

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
TRABAJO FIN DE GRADO

# **PERFIL DEL USUARIO DROGODEPENDIENTE: COMPARACIÓN ENTRE RECURSOS TERAPÉUTICOS**

Estudiantes: Sandra Carrillo Solanas

Ana Villa Izaguerri

Directora: Elena Fernández del Río

Zaragoza, Junio de 2014



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, queremos agradecer a la profesora Elena Fernández del Río, su labor de dirección en este proyecto de investigación. También agradecerle su dedicación, su interés y su apoyo, que han hecho que este trabajo sea posible.

En segundo lugar, queremos mostrar nuestro agradecimiento a la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Zaragoza, en especial a su director, Juan Ortega, por permitirnos el acceso a la institución y por su ayuda a la hora de organizar el encuentro con los usuarios. Agradecer también su colaboración a Carlos Cester (voluntario), Cristina Carme (educadora social) y Pepe Abad (educador social).

Así mismo, expresar nuestra gratitud al Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, especialmente al psiquiatra Jesús Larrubia y al trabajador social Javier Garreiro, ya que sin su colaboración no habría sido posible el acceso a la muestra.

Nuestros agradecimientos al profesorado de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo por los conocimientos que nos han aportado durante estos cuatro años.

Finalmente, queremos agradecer de manera especial a los usuarios de ambos recursos su colaboración y participación en este proyecto. Este trabajo va dedicado a vosotros.

Gracias a todos.

Sandra Carrillo y Ana Villa



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
4.1. <i>Conceptualización: abuso y dependencia de sustancias.....</i>	17
4.2. <i>Situación actual del consumo de drogas.....</i>	18
4.3. <i>Prevalencia del consumo de sustancias en España.....</i>	21
4.4. <i>Perfil del usuario dependiente de sustancias que acude a     tratamiento.....</i>	23
4.5. <i>Patología dual.....</i>	31
4.6. <i>Recursos asistenciales en el tratamiento de las     drogodependencias.....</i>	32
4.6.1. <i>Admisiones a tratamiento.....</i>	32
4.6.2. <i>Comunidades Terapéuticas (CT).....</i>	34
4.6.2.1. <i>Evolución histórica.....</i>	34
4.6.2.2. <i>Redes existentes en el ámbito de las CT.....</i>	37
4.6.2.3. <i>Funcionamiento de las CT.....</i>	37
4.6.2.4. <i>Cambios en los usuarios drogodependientes             tras el tratamiento en una CT.....</i>	39
4.7. <i>Rol del profesional del Trabajo Social en el ámbito de las     drogodependencias.....</i>	42
<b>5. PRESENTACIÓN DE LAS ENTIDADES DE REFERENCIA.....</b>	<b>46</b>
5.1. <i>Proyecto Hombre.....</i>	46
5.2. <i>Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen.....</i>	47
<b>6. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.....</b>	<b>48</b>
6.1. <i>Recursos existentes en el ámbito nacional.....</i>	48
6.2. <i>Recursos existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón.....</i>	51
<b>7. PRESENTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....</b>	<b>53</b>
7.1. <i>Descripción de la muestra.....</i>	53

7.1.1. Características sociodemográficas.....	55
7.1.2. Características relacionadas con el consumo de sustancias.....	57
7.1.3. Variables relacionadas con el tratamiento y/o el recurso terapéutico.....	60
7.2. <i>Comparación entre usuarios de los dos recursos terapéuticos...</i>	64
7.2.1. Características sociodemográficas.....	64
7.2.2. Características relacionadas con el consumo de sustancias.....	66
7.2.3. Variables relacionadas con el tratamiento y/o el recurso terapéutico.....	69
<b>8. DISCUSIÓN.....</b>	<b>73</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>76</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....</b>	<b>78</b>
<b>11. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....</b>	<b>81</b>
<b>12. ANEXOS.....</b>	<b>83</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas ha sido una realidad que ha afectado a la sociedad española desde hace décadas. Hacia la mitad de la década de los años 70 se comenzó a observar que los principales problemas derivados del consumo de drogas se relacionaban con el alcohol. Sin embargo, veinte años después, la diversidad de drogas y problemas relacionados con el consumo han aumentado hasta el punto de considerarse una de las problemáticas sociales de mayor gravedad (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013):

La aparición de nuevas sustancias, su difusión y los efectos en la salud física y mental de quien las consume, podrían ser los causantes de tal situación. Pero, a grandes rasgos, las situaciones que han desembocado en el panorama actual han sido:

- ❖ Introducción de las drogas ilegales en España: A finales de los años 70 se comienzan a consumir derivados del cánnabis, los alucinógenos, los estimulantes y la heroína. Al principio, estas drogas fueron consumidas por una población con cierto nivel cultural y poder adquisitivo.
- ❖ Establecimiento de un marco ilegal: A comienzos de la década de los 80 se da el consumo entre todos los estamentos sociales, destacando el protagonismo de la heroína.
- ❖ Primera reacción social: El vacío asistencial existente ante estos novedosos problemas genera que las organizaciones comiencen a proporcionar una oferta asistencial específica.
- ❖ Segunda reacción asistencial: Desde contextos institucionales y desde la psiquiatría general, comienzan a darse alternativas profesionalizadas, a pesar de que no existe una adecuada organización de las mismas.
- ❖ En 1985 se crea el Plan Nacional Sobre Drogas: Nace como iniciativa gubernamental dirigida a coordinar y potenciar las políticas que se han ido desarrollando desde las Administraciones Públicas y de las organizaciones sociales.
- ❖ La aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Genera la concepción de que las drogas son un problema de salud pública, la

sociedad comienza a ver la droga como un riesgo potencial, los consumidores de droga por vía parental descubren la extensión de la infección.

- ❖ En la segunda mitad de los 80 se producen cambios: Empieza a extenderse el consumo de otras drogas, más allá de la heroína, como la cocaína.
- ❖ A principios de los años 90 se empieza a popularizar en España el uso de las drogas de síntesis, principalmente el éxtasis. Su consumo se da sobre todo en la población joven.
- ❖ Finalmente, cabe destacar en la situación actual el consumo de alcohol y de cannabis. El alcohol, junto con el tabaco, son las drogas legales de mayor consumo en España. Mientras se moderaba su consumo en la población adulta, crece su consumo entre la población joven, al igual que el cannabis.

Paralelamente, se han ido incrementando en España las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2011). En concreto, en el año 2009, se registraron en España, un total de 52.549 admisiones a tratamiento, tanto por abuso, como por dependencia de sustancias psicoactivas, excluyendo el alcohol y el tabaco. Este número es muy similar al que se ha obtenido en los últimos años, aunque en la serie histórica se pueden observar diferentes cambios. Entre los años 1998 y 2002, las admisiones a tratamiento disminuyeron de un total de 54.338 en el año 1998 (en el cual se registraron mayor número de admisiones) a 46.744 en el año 2002. A partir del 2002 se produjo un aumento de las admisiones acercándose a las del año 1998. El descenso entre 1998-2002 pudo producirse como consecuencia de la aparición de los programas de mantenimiento con metadona (PMM), ya que hicieron que gran parte de los consumidores de heroína no rotasen por otros servicios.

Cabe destacar que el aumento de las admisiones entre 2002 y 2004 y desde 2006 hasta 2009 se debe fundamentalmente al incremento de consumidores de cocaína y cannabis. En el caso de esta última, los expertos apuntan que en los próximos años asistiremos a un incremento espectacular



de demanda de tratamiento por consumo de cannabis (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013).

Por lo que respecta a nuestra Comunidad Autónoma (Dirección General de Salud Pública, 2010b), las admisiones a tratamiento durante el año 2010 en Aragón han sido 1.534, de las cuales el 81% corresponde a hombres y el 19% a mujeres. El grupo que más destaca es el situado entre las edades de 31 a 50 años con mayor porcentaje de inicios de tratamiento (51,3%). En este grupo de edad destaca la demanda de tratamiento por consumo de alcohol (42,9%), seguido del consumo de cocaína (26,8%).

Los tratamientos con mayor demanda, en general, en el conjunto de Aragón durante el año 2010 han sido los de alcohol (45,6%) seguidos de estimulantes como la cocaína y las anfetaminas (24,5%), cannabis (16%) y opiáceos, como la heroína, con el 12,9%.

Es en este contexto en el que se plantea este Trabajo Fin de Grado. Como veremos posteriormente, la dependencia de sustancias lleva a miles de personas a demandar atención en los diversos recursos existentes. El **objetivo** de este proyecto de investigación es analizar las posibles diferencias entre los perfiles de usuarios drogodependientes pertenecientes a dos recursos terapéuticos muy distintos entre sí. Existen muchos estudios en los cuáles se dibuja un perfil concreto del usuario drogodependiente dependiendo del recurso en el que se encuentra, pero son menos aquellos que han comparado los perfiles de usuarios consumidores de drogas y de pacientes que presentan una patología dual (consumo de drogas y enfermedad mental).

Esta comparación se centra principalmente en los usuarios drogodependientes pertenecientes a la Comunidad Terapéutica (CT) de Proyecto Hombre y al Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Zaragoza. Se pretende que los resultados puedan optimizar las intervenciones que se hacen en cada uno de ellos.

Esta investigación ha seguido las directrices estipuladas en la Guía Docente del Trabajo Fin de Grado para el curso 2013-2014 en cuanto a su formato, estructura y presentación. En cuanto a la **estructura** básica de la investigación, se han seguido las indicaciones para la modalidad "Informe de

una investigación social". Por ello, este Trabajo Fin de Grado consta, en primer lugar, de una *introducción* en la que se justifica brevemente el tema elegido, el interés social del mismo y la estructura. El segundo apartado hace referencia al *planteamiento y diseño de la investigación*, en el que se delimitan los objetivos del trabajo (general y específicos), la población objeto de estudio, el tiempo y lugar en los que se ha llevado a cabo la investigación, y la definición operativa de las variables. En tercer lugar, se describe la *metodología y el diseño de la investigación*, principalmente el enfoque de la investigación, los instrumentos desarrollados para la obtención de la información, la muestra seleccionada y la presentación del programa estadístico utilizado para el análisis de los datos. En cuarto lugar se presenta un *marco teórico de referencia*, en el cual se han incluido los aspectos básicos relacionados con el ámbito de las drogodependencias (abuso y dependencia de sustancias, situación actual del consumo, prevalencia de este, perfil del usuario drogodependiente), la patología dual, los recursos terapéuticos y asistenciales disponibles y el papel que se ejerce desde el Trabajo Social en este colectivo. En quinto lugar, se *presentan las entidades objeto de estudio* (Proyecto Hombre y Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen). A continuación, se describen los *recursos sociales existentes relacionados con las drogodependencias*. En séptimo lugar, se describen el *análisis y la interpretación de los datos* y, finalmente, se establece una breve discusión al respecto y las *conclusiones* finales. Este Trabajo Fin de Grado se cierra con un apartado para la *bibliografía* utilizada, y los *anexos* pertinentes.

## **2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación social se ubica dentro del ámbito de las drogodependencias. Los perfiles que se van a describir y comparar en este proyecto pertenecen a usuarios que han consumido algún tipo de droga y/o que continúan haciéndolo en la actualidad, y que están en tratamiento en dos recursos asistenciales de Zaragoza.

Por tanto, el **objetivo general** de este trabajo de investigación es conocer las diferencias existentes entre los perfiles de usuarios de dos recursos terapéuticos de la ciudad de Zaragoza. Para cumplir con este objetivo general, se plantean los siguientes **objetivos específicos**:

- ❖ Obtener información sociodemográfica de los usuarios de ambos recursos.
- ❖ Evaluar las características relacionadas con el consumo de sustancias de los individuos encuestados de ambos recursos.
- ❖ Conocer las características relacionadas con el tratamiento y el recurso terapéutico de ambos colectivos.

La **población** objeto de la investigación son personas drogodependientes de edades comprendidas entre 18 y 65 años, usuarios de dos recursos de la ciudad de Zaragoza: la CT de Proyecto Hombre y el Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. En concreto, la población usuaria en Proyecto Hombre durante el año 2014 fueron 51 personas (45 varones y 6 mujeres). En el Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen durante el año 2014 están siendo tratados 41 usuarios (de los cuales 29 son varones y 12 son mujeres).

El período de tiempo dedicado a la investigación ha comprendido los meses de Febrero, Marzo, Abril y Mayo, tal y como se puede observar en el cronograma (tabla 1).

**Tabla 1.** Cronograma del estudio de investigación social.

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Planteamiento de los objetivos y la metodología				
Elaboración del marco teórico				
Diseño y realización de las encuestas				
Análisis e interpretación de los resultados				
Elaboración de las conclusiones				

La definición de las variables incluidas en la encuesta realizada se indica en la tabla 2.

**Tabla 2.** Definición de las variables incluidas en la encuesta.

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Descripción</b>
<b>Sexo</b>	Hombre, Mujer	Sexo del individuo encuestado
<b>Edad</b>	(variable continua)	Edad del individuo encuestado
<b>Estado civil</b>	Soltero, Casado/Vive en pareja, Divorciado/Separado, Viudo	Estado civil del individuo encuestado
<b>Número de hijos</b>	Ninguno, 1 o más	Nº de hijos del individuo encuestado
<b>Nacionalidad</b>	Española, No española	Nacionalidad del individuo encuestado
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios, Básicos, Medios, Superiores	Nivel de estudios máximo alcanzando por el individuo encuestado
<b>Situación laboral actual</b>	Trabaja, En paro, De baja laboral, Estudia, Pensionista, Otras	Descripción de la situación laboral actual del individuo encuestado
<b>Unidad de convivencia</b>	Familia, Amigos, Otros	Unidad de convivencia fuera del centro
<b>Relación con familiares</b>	Muy buena, Buena, Mala, Muy mala, Inexistente	Definición de la relación con sus familiares
<b>Situación económica</b>	Muy buena, Buena, Mala, Muy mala	Definición de su situación económica actual
<b>Prestación social</b>	Sí, No	Recepción de alguna prestación social en el momento actual
<b>Patología física</b>	Sí, No	Padece alguna patología física en el momento actual
<b>Patología mental</b>	Sí, No	Padece alguna patología mental en el momento actual.
<b>Tabaco vida</b>	Sí, No	Ha consumido tabaco alguna vez en la vida
<b>Inicio tabaco</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de tabaco
<b>Frecuencia tabaco 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de tabaco en los últimos 6 meses
<b>Alcohol vida</b>	Sí, No	Ha consumido alcohol alguna vez en la vida
<b>Inicio alcohol</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de alcohol
<b>Frecuencia alcohol 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 6 meses
<b>Cannabis vida</b>	Sí, No	Ha consumido cannabis alguna vez en la vida

**Tabla 2.** Definición de las variables incluidas en la encuesta (continuación).

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Descripción</b>
<b>Inicio cannabis</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de cannabis
<b>Frecuencia cannabis 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 6 meses
<b>Tranquilizantes vida</b>	Sí, No	Ha consumido tranquilizantes alguna vez en la vida
<b>Edad tranquilizantes</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de tranquilizantes
<b>Frecuencia tranquilizantes 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de tranquilizantes en los últimos 6 meses
<b>Inhalantes vida</b>	Sí, No	Ha consumido inhalantes alguna vez en la vida
<b>Inicio inhalantes</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de inhalantes
<b>Frecuencia inhalantes 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de inhalantes en los últimos 6 meses
<b>Anfetaminas vida</b>	Sí, No	Ha consumido anfetaminas alguna vez en la vida
<b>Inicio anfetaminas</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de anfetaminas
<b>Frecuencia anfetaminas 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de anfetaminas en los últimos 6 meses
<b>Éxtasis vida</b>	Sí, No	Ha consumido éxtasis alguna vez en la vida
<b>Inicio éxtasis</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de éxtasis
<b>Frecuencia éxtasis 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de éxtasis en los últimos 6 meses
<b>Cocaína vida</b>	Sí, No	Ha consumido cocaína alguna vez en la vida
<b>Inicio cocaína</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de cocaína
<b>Frecuencia cocaína 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de cocaína en los últimos 6 meses
<b>Heroína vida</b>	Sí, No	Ha consumido heroína alguna vez en la vida
<b>Inicio heroína</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de heroína
<b>Frecuencia heroína 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de heroína en los últimos 6 meses
<b>Otras vida</b>	Sí, No	Ha consumido otras drogas alguna vez en la vida
<b>Inicio otras</b>	(variable continua)	Edad de inicio en el consumo de otras drogas

**Tabla 2.** Definición de las variables incluidas en la encuesta (continuación).

Variable	Categorías	Descripción
<b>Frecuencia otras 6 meses</b>	Diario, Una o más veces a la semana, Menos de una vez a la semana	Frecuencia de consumo de otras drogas en los últimos 6 meses
<b>Sustancia tratamiento</b>		Principal sustancia por la que demandó tratamiento
<b>Motivo inicio consumo</b>	Para experimentar nuevas sensaciones, Por curiosidad, Por presiones de los amigos, Para evadirme de la realidad, Otros	Principal motivo por el que comenzó a consumir drogas
<b>Motivo consumo actual</b>	No consumo, Placer, Adicción, Influencias, Otros	Principal motivo por el que sigue consumiendo
<b>Influencia entorno</b>	Sí, No	Influencia del entorno en que siga consumiendo
<b>Tratamiento previo</b>	Sí, No	Ha realizado algún otro tratamiento antes del actual
<b>Ingreso</b>	Voluntario, Por orden judicial, Autorización judicial, Ingreso de urgencia	Cómo fue el ingreso en el centro
<b>Tiempo en el centro</b>	Menos de 3 meses, Entre 3 y 6 meses, Entre 6 y 12 meses, Entre 1 y 2 años, Más de 2 años	Tiempo que lleva en el centro
<b>Recaídas</b>	Sí, No	Ha sufrido alguna recaída desde que está en el centro
<b>Tratamiento actual</b>	Sí, No	Recibe algún tratamiento farmacológico y/o psicológico actualmente
<b>Adaptación al centro</b>	Sí, No	Se ha adaptado con facilidad al centro
<b>Trato profesionales</b>	Muy bueno, Bueno, Cordial, Malo, Muy malo	Valoración del trato de los profesionales hacia el individuo encuestado
<b>Apoyo externo</b>	Muy bueno, Bueno, Malo, Muy malo, No recibe apoyo	Valoración del apoyo que recibe el individuo encuestado fuera del centro
<b>Perspectivas futuro</b>	Seguir consumiendo, Estudiar, Trabajar, Otras	Perspectivas de futuro del individuo encuestado.
<b>Deseo dejar drogas</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Deseo de dejar las drogas en este momento
<b>Impacto laboral</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto que ha provocado el consumo de drogas en el ámbito laboral
<b>Impacto amigos</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto que ha provocado el consumo de drogas en su relación con los amigos
<b>Impacto pareja</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto que ha provocado el consumo de drogas en su relación de pareja
<b>Impacto familia</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto que ha provocado el consumo de drogas en su relación con su familia

**Tabla 2.** Definición de las variables incluidas en la encuesta (continuación).

Variable	Categorías	Descripción
<b>Impacto físico</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto que ha provocado el consumo de drogas en su salud física
<b>Impacto mental</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto que ha provocado el consumo de drogas en su salud mental
<b>Impacto judicial</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto que ha provocado el consumo de drogas en el ámbito judicial
<b>Impacto global</b>	(variable continua en una escala del 0 al 10)	Impacto global que ha provocado el consumo de drogas en su vida

### 3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se ha realizado en este proyecto es de tipo cuantitativo (Corbetta, 2003) ya que a través de la encuesta, como método de investigación utilizado, se han obtenido una serie de datos controlados, objetivos, sólidos, repetibles y que muestran la realidad transmitida por los sujetos de la investigación.

Según Cea (1998):

*"La encuesta constituye una estrategia de investigación basada en las declaraciones verbales de una población concreta. Puede utilizarse de forma aislada, o en conjunción con otras estrategias de investigación" (...). La encuesta puede definirse como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información (oral o escrita) de una muestra amplia de sujetos. La muestra ha de ser representativa de la población de interés; y, la información se limita a la delineada por las preguntas que componen el cuestionario precodificado diseñado al efecto"* (pp. 239-240).

La **encuesta** diseñada para este proyecto consta de 30 cuestiones (ver Anexo) entre las que se combinan preguntas abiertas, donde el usuario puede expresar sus opiniones, y preguntas cerradas donde los sujetos de la investigación han de indicar una única respuesta. Han sido llevadas a cabo de forma individual a cada uno de los usuarios para una mayor privacidad de éstos.

Como veremos posteriormente, se seleccionó a un número de individuos similar en los dos recursos terapéuticos (17 usuarios en el Neuropsiquiátrico y 20 en la CT de Proyecto Hombre). En el primero de los casos, la selección fue realizada de manera intencional por el psiquiatra de la institución, el cual eligió a aquellos pacientes que presentaban o habían presentado patología dual reciente y eran capaces de contestar a la totalidad de la encuesta. Tras el cribado inicial realizado por el profesional, todos ellos accedieron a participar en el estudio. En el caso de la CT de Proyecto Hombre, se presentó el proyecto a todos los usuarios y aquellos que se presentaron voluntariamente fueron encuestados días después.

Para el **análisis de la información**, se ha utilizado el programa estadístico SPSS 19.0 para construir la base de datos y analizar los resultados. Este programa, además de definir las variables y categorías que las componen, permite realizar un análisis completo de las mismas y con ello, la posterior sistematización de resultados. En concreto, en primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra total (N=37) basado en las frecuencias cuantitativas y cualitativas. La segunda parte del estudio consistió en la comparación de los usuarios de los dos recursos en base a tres bloques principales de variables: características sociodemográficas, características relacionadas con el consumo de sustancias y características relacionadas con el tratamiento y el recurso terapéutico. En el caso de las variables continuas (ej., edad, impacto del consumo en diferentes esferas de la vida del individuo, etc.) se utilizó la prueba estadística *t* de Student y para las variables categóricas (ej., sexo, nivel de estudios, tratamientos previos) se realizaron tablas de contingencia y se aplicó el estadístico chi cuadrado ( $\chi^2$ ). Se calculó la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas que tienen casillas con una frecuencia



esperada menor de cinco. Las diferencias se han considerado estadísticamente significativas a partir de una  $p \leq ,05$ .

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Conceptualización: abuso y dependencia de sustancias**

El consumo de drogas se puede producir de forma experimental y de manera ocasional (lo que se conoce como consumo experimental) o llegar al consumo diario y a largo plazo (denominado uso de drogas). La evolución hacia el abuso o dependencia de sustancias dependerá tanto de la dosis consumida, como de la vía de administración, la duración del consumo en el tiempo y la vulnerabilidad individual.

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) define el *abuso de sustancias* como:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:
  - 1. Consumo recurrente de sustancias, que tiene como consecuencia no cumplir con las obligaciones en el trabajo, escuela o en casa.
  - 2. Consumo recurrente de sustancias en situaciones que resultan físicamente peligrosas.
  - 3. Problemas legales producidos por el consumo de sustancias.
  - 4. Consumo continuado de sustancias aunque esto produzca problemas sociales o interpersonales causados por los efectos de la droga.
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de esta clase de sustancia.

Asimismo, define la *dependencia a una sustancia* como (APA, 2000):

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más)

de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia y tiene que estar definida por alguno de los ítems siguientes:
  - a. Una necesidad de cantidades cada vez más creciente de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. El efecto de las mismas cantidades disminuye si se tiene un consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por alguno de los siguientes ítems:
  - a. El síndrome de abstinencia propio de la sustancia.
  - b. Se toma la misma sustancia para intentar evitar o aliviar los síntomas de la abstinencia.
3. La sustancia es tomada finalmente en cantidades muy superiores y durante un periodo más largo de lo que al principio se pretendía.
4. Existe un deseo continuo por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea gran parte de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en recuperar los efectos de la sustancia.
6. Se reducen las actividades sociales, laborales o recreativas como consecuencia del consumo de sustancias.
7. La sustancia se sigue tomando a pesar de conocer los problemas psicológicos o físicos que producen.

#### **4.2. Situación actual del consumo de drogas**

El Informe Mundial sobre las Drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013), ofrece una visión muy amplia de la situación actual del consumo de sustancias en el mundo y los cambios que se han producido en el mercado de la droga. Según este informe, el panorama mundial ha continuado estable, aunque se ha constatado un aumento de consumidores de sustancias ilegales. Sin embargo, en líneas generales, el

número de consumidores de drogas con dependencia o trastornos relacionados con el consumo de sustancias no ha variado notablemente en los últimos años.

Por el contrario, la combinación de sustancias ilegales y medicamentos con receta continúa generando una fuerte alarma, preocupando especialmente el abuso de sedantes y tranquilizantes. El número de nuevas sustancias psicoactivas también ha causado una importante preocupación para la salud pública, tanto por el aumento en su consumo, como por la escasez de investigaciones realizadas sobre las mismas.

El consumo de drogas por inyección y el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) continúan siendo un problema para la salud pública. A pesar de ello, la prevalencia de personas que se inyectaban drogas y padecían VIH en 2011 había disminuido.

Las muertes atribuidas directamente al consumo de drogas en el año 2011 fueron 211.000. La población consumidora de drogas más joven fue la principal afectada entre estas muertes y los opioides continuaron siendo el grupo de sustancias más implicado en dichas muertes. Asimismo, cobra gran importancia la falta de servicios para el tratamiento de drogas puesto que solo uno de cada seis consumidores de drogas había recibido tratamiento en el año precedente.

Por otro lado, el tráfico de sustancias a través de la vía marítima se ha convertido en un grave problema para las autoridades, ya que cada vez es mayor la cantidad de sustancias ilegales que circulan por océanos y continentes. África Oriental y Occidental se está convirtiendo en una fuerte potencia en este tráfico por vía marítima. La experiencia poco a poco ha demostrado que las incautaciones llevadas a cabo por esta vía son de mayor volumen en comparación con otras formas de tráfico. La droga más incautada durante el año 2011 fue la cocaína (86.000 incautaciones) frente al cannabis, cuya cifra solo alcanzó las 31.000.

Por lo que respecta al consumo de opiáceos, se han registrado cambios notables en cuanto a su consumo y su producción. Existe una importante prevalencia del consumo de opiáceos en Asia sudoccidental y central, Europa oriental y sudoriental y América del Norte. Afganistán sigue siendo el principal

cultivador de opio a nivel mundial (en 2012 se alcanzó el 74% de producción ilegal).

El cultivo de cocaína alcanzó un total de 155.600 hectáreas en 2011. A primera vista a penas se dan cambios en relación al año anterior, pero sí con respecto al año 2007, con una disminución del 14%. En cuanto a la cantidad de cocaína pura elaborada en 2011, osciló entre 776 y 1.051 toneladas, una cifra muy similar a la del año 2010. Las mayores incautaciones de esta droga se siguen realizando en Colombia y Estados Unidos, aunque el mercado va creciendo y desplazándose a otras regiones.

Poco a poco van apareciendo mayores indicios de que el mercado de estimulantes de tipo anfetamínico (excluyendo el éxtasis) está creciendo cada vez más, ya que las incautaciones, la fabricación y el consumo han aumentado sensiblemente en los últimos años. Se estimó que en el año 2011 un total de 33,8 millones de personas en todo el mundo había consumido estas sustancias. En cuanto al éxtasis, el consumo se dio en un total de 19,4 millones de personas, un consumo más bajo en comparación con el año 2009. Las incautaciones alcanzaron un máximo de 123 toneladas en el año 2011, lo que significó un aumento del 66% comparándolo con el año anterior.

En cuanto al consumo de cannabis, es complicado poder presentar el panorama a nivel mundial de esta sustancia ya que se cultiva en la mayoría de países de todo el mundo. Quizás por ello, el cannabis continúa siendo la sustancia ilícita más consumida a nivel mundial. Existe un aumento en la prevalencia de su consumo en un total de 180,6 millones entre población de 15 a 64 años en comparación con 2009.

Por último, debido a su rápida aparición en los mercados y a la falta de regularización en los convenios y en el sistema de fiscalización internacional, se ha favorecido el consumo de nuevas sustancias psicoactivas. El consumo de estas nuevas sustancias sufrió un incremento del 50% desde finales del año 2009 hasta mediados del 2012. Estas sustancias son consideradas ilícitas por lo que su uso es indebido y pueden convertirse en una fuerte amenaza para la salud pública. El principal problema que presentan estas sustancias es que aquellos que las fabrican van produciendo cada vez nuevas variantes que

esquivan los nuevos marcos legales que fiscalizan las sustancias ya conocidas. La percepción general que las rodea da a entender que su consumo es inofensivo y poco peligroso, pero el resultado puede ser totalmente diferente, por ello este pensamiento es el que precisamente las convierte en problemáticas y de riesgo.

A nivel europeo, el último Informe Europeo sobre Drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013), indica que alrededor de 85 millones de europeos en edad adulta han probado algún tipo de droga ilegal a lo largo de su vida, siendo la droga más consumida el cannabis. En relación a su procedencia, el cannabis que se consume en Europa procede de países cercanos y la resina de esta sustancia se importa en gran parte de Marruecos.

En cuanto a la cocaína, esta droga se produce en Bolivia, Colombia y Perú a través de las hojas del arbusto de la coca y llega hasta nuestro continente a través de mar y aire. España y Portugal son fundamentales para este intercambio, ya que hacen de diana entre los países emisores y los receptores.

En cuanto a la heroína, en Europa tradicionalmente se han importado dos tipos de heroína: heroína marrón, procedente de Afganistán y la blanca que en un principio llegaba desde Asia sudoriental. Se ha producido una disminución considerable tanto en las incautaciones de heroína como en los delitos que tienen una relación con esta oferta de la droga.

Las anfetaminas, desarrolladas en un principio con fines terapéuticos, son una de las drogas más conocidas en Europa y se elaboran en el propio continente. En 2011 se notificaron unas 45.000 incautaciones de anfetaminas. Las incautaciones de éxtasis, también denominado MDMA, han ido disminuyendo a lo largo de los años.

#### **4.3. Prevalencia del consumo de sustancias en España**

El programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas promovido por el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las

distintas comunidades autónomas. Su objetivo es analizar la evolución de las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo. Según la última encuesta EDADES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2013), la edad media de consumo de las diferentes sustancias se mantuvo respecto al 2010. El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas por los españoles de entre 15 y 64 años. En cuanto a sustancias ilegales es el cannabis la más consumida en este sector de la población. Tras ella se encuentra la cocaína en polvo.

Las drogas tanto legales como ilegales se consumen principalmente en el periodo de edad de 15 a 34 años. Por lo que respecta a la edad media del primer consumo (tabla 3), los jóvenes españoles se inician en las drogas legales en torno a los 16 años, mientras que el consumo de sustancias ilegales se sitúa en torno a la mayoría de edad. En la tabla 3 se puede observar como la media de edad de inicio de consumo que más ha aumentado ha sido la de tabaco, las anfetaminas y los inhalantes; en cambio, las sustancias en las que la edad media ha disminuido han sido la cocaína y el éxtasis.

**Tabla 3.** Media de edad (en años) en el consumo de drogas desde 1995 hasta 2011.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
<b>Tabaco</b>	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5
<b>Alcohol</b>	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7
<b>Cannabis</b>	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7
<b>Cocaína en polvo</b>	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0
<b>Heroína</b>	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7
<b>Anfetaminas</b>	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2
<b>Inhalantes</b>	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7
<b>Éxtasis</b>	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8

Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT, 2011).

En el año 2011, el cannabis era la droga ilegal más consumida en España (el 27,4% de los entrevistados la habían consumido alguna vez en la vida). Le sigue la cocaína en polvo, cuya prevalencia fue del 8,8%. Pero sin duda, una de las evoluciones más notables ha sido la de los tranquilizantes, alcanzando una prevalencia de 17,1%. Durante el último mes del año 2011, por primera vez en la serie histórica, los hipnosedantes se convirtieron en la tercera sustancia psicoactiva más extendida entre la población, superando al cannabis.

La prevalencia de consumo del éxtasis fue del 3,6% seguida de las anfetaminas, las cuales habían sido consumidas alguna vez en la vida por el 3,7% de la población entrevistada. Estas últimas sustancias, también conocidas como *speed*, anfetetas, metanfetaminas, *ice* o cristal, tienen un consumo más esporádico y experimental.

Otro dato relevante incluido en esta encuesta es que el 48,1% de la población consumidora podría ser clasificada como "policonsumidora", es decir, que consume dos o más sustancias psicoactivas, ya sean legales o ilegales, en un periodo de tiempo concreto.

En cuanto al uso de drogas por género, éste parece estar más extendido entre hombres que en mujeres, excepto el consumo de tranquilizantes y somníferos, que son más consumidas por ellas que por ellos.

En cuanto a las principales vías de obtención, la mayor parte de los individuos indica que las ha obtenido a través de un amigo o conocido, por distribuidores y bares o discotecas, las *smart-shop* y por último los festivales. Internet también es un medio habitual para conseguir este tipo de sustancias, sobre todo las procedentes de otras zonas de Europa.

#### **4.4. Perfil del usuario dependiente de sustancias que acude a tratamiento**

Varios son los estudios que se han publicado en España respecto al perfil del usuario drogodependiente que demanda tratamiento en los distintos recursos asistenciales. Así por ejemplo, en el estudio "Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente" (Asociación Proyecto Hombre, 2012), se evaluaron las características de 2.190 usuarios de esta misma

Institución. En concreto, se tuvieron en cuenta diferentes variables sociodemográficas como: datos generales, nacionalidad, procedencia, estado civil, nivel de estudios, núcleo de convivencia, conflictos y problemas familiares, uso de sustancias y situación legal. Se encontró que el 90,9% de los usuarios eran varones, el 99% eran de nacionalidad española, el 44,5% provenían de una ciudad cuya población era superior a los 100.000 habitantes, el 60% estaban solteros y que la mayor parte de la muestra únicamente poseía estudios básicos o no tenía estudios (79,2%).

En cuanto a las características del ámbito familiar y social, encontraron que el 9,2% vivían solos, el 37% con alguna persona de su núcleo familiar, el 23,2% con sus parejas e hijos, el 18,1% con su pareja y únicamente el 2,6% solo con hijos. Además, el 67,4% afirmó tener problemas con su familia.

Por lo que respecta al consumo de drogas, la sustancia más consumida era el alcohol (41,7%), seguida de la cocaína (31,4%). El 12% fueron clasificados como policonsumidores.

En relación a su situación legal en ese momento, el 34,5% afirmó haber cometido algún tipo de delito durante su vida. El 74,8% de los entrevistados informaron no tener carga legal alguna en el momento en el que se le realizó el tratamiento.

Tras el análisis de los datos recogidos, se concretaron cuatro perfiles de personas en tratamiento:

- a) Perfil de personas cuya sustancia principal de consumo es el alcohol: principalmente hombres, con una edad media y tiempo de consumo mayores, casados y con un núcleo de convivencia estructurado. Suelen tener problemas familiares y de pareja. El empleo es la principal fuente de ingreso. No suelen presentar enfermedades infecciosas, ni problemas legales y sus tratamientos son ambulatorios.
- b) Perfil de personas que consumen cocaína: la mayor parte de esta población son varones. Solo un 50% cuenta con empleo y la mayor parte de ellos están solteros. Muchos presentan problemas familiares y la edad media de inicio en el consumo es muy temprana. Poseen poca afectación por el VIH.



- c) Perfil de los usuarios que consumen heroína: suelen consumir también otras sustancias. La mayor parte de ellos son hombres y destacan los problemas familiares y de pareja. Presentan el mayor porcentaje de convivencia en medios protegidos e inestables. Sus ingresos suelen provenir de pensiones, ayudas sociales o familiares. Tienen un alto porcentaje de delitos cometidos y muchos de ellos presentan VIH.
- d) Perfil de población consumidora de cannabis: principalmente hombres solteros que comienzan a consumir a una edad muy temprana. Conviven junto a su familia y apenas presentan problemas familiares. Sus ingresos son proporcionados por familia o compañeros y no están afectados por VIH.

En el estudio de Gimeno, Amérigo y Martí (1993) se describe el perfil del drogodependiente en el Servicio Municipal de Drogodependencias en Villajoyosa, con el objetivo final de adecuar los programas de tratamiento a las necesidades sociales que tenga la población consumidora de sustancias usuaria del Servicio.

Tras analizar una muestra de 59 casos, encontraron que el 11% eran consumidores de alcohol, el 89% consideraba la heroína como droga principal y el 72% consumía una segunda droga (cocaína, benzodiacepinas, anfetaminas y cannabis). En cuanto a la media de edad, los consumidores de heroína resultaron significativamente más jóvenes que los dependientes del alcohol (27,5 versus 40 años respectivamente). Respecto al estado civil, el 66,7% eran solteros. En referencia al nivel de estudios, el 7% eran analfabetos, el 3,6% tenían formación profesional o BUP, el 78% había abandonado los estudios con 14 años y solo el 10% había alcanzado el graduado escolar. En cuanto a la situación judicial, 27 pacientes no tenían ningún problema con la justicia, 9 habían estado en prisión, 3 no habían estado encarcelados pero tenían causas pendientes, 12 estaban pendientes de juicio, 6 se encontraban en libertad condicional y por último, 1 paciente se encontraba en búsqueda y captura.

Por lo que respecta a las características del propio consumo, el 83,9% había consumido por primera vez con sus amigos. La principal vía de consumo de los pacientes heroínómanos era la intravenosa (59,6%). El 81% había realizado tratamientos anteriores. Además, el 38,9% de la muestra tenía antecedentes familiares de consumo de alcohol, y el 13% de consumo de otras drogas.

Los programas de tratamientos en los que participaron estos usuarios fueron:

- Programa de desintoxicación ambulatoria con antagonistas
- Derivación al programa de mantenimiento de metadona
- Derivación a la Unidad de Desintoxicación Hospitalarias
- Derivación a Comunidades Terapéuticas.

Fernández, Fernández y López (2008), analizaron la evolución en el perfil del usuario de la Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) de Monforte de Lemos (Lugo). En concreto, se evaluaron las características de los usuarios que iniciaron o reiniciaron tratamiento en los años 1996 y 2006. La muestra estaba formada por 145 usuarios, 69 pertenecían al año 1996 y 76 al 2006. Gracias al programa informático GECEAS (Gestión de Centros Asistenciales) se permitió acceder a las historias clínicas para obtener los datos y realizar el análisis.

Las demandas de tratamiento en la UAD de Monforte de Lemos, a lo largo del año 1996 fueron en gran parte generadas por el consumo de drogas ilegales, mientras que en el año 2006 el porcentaje se redujo a la mitad. La heroína fue la droga ilegal con más demanda de tratamiento, a pesar de ello es considerable su disminución en un 66,4% en el año 2006. En cambio, la demanda de tratamiento por cocaína aumentó en un 10,2% y la del tratamiento por cannabis en un 4,1%. En cuanto a las drogas legales, la demanda de tratamiento por consumo de alcohol aumentó del 5,8% en 1996 al 21,1% en 2006. Por último, mientras que en el año 1996 nadie había acudido a tratamiento solicitando deshabituación de tabaco, en el año 2006 lo hicieron un total de 28 personas.

En cuanto a las formas de acceso a la UAD no habían aparecido cambios sustanciales, pues en ambos años fue la iniciativa personal la forma de acceso más frecuente. También constataron un cambio en el nivel académico de los pacientes, que aumentó considerablemente en el año 2006, a pesar de que el más habitual sea el graduado escolar en ambos casos. Cabe destacar que el 14,5% de usuarios habían obtenido el título de Bachiller en el año 2006.

Egea, Pérez, Osuna, Falcón y Luna (2005) llevaron a cabo un estudio para analizar las diferencias en el perfil de los usuarios de una Unidad Móvil de Drogodependencias en el sureste de España. Las Unidades Móviles de prescripción y dispensación de metadona se encargan de acercar los recursos sanitarios a zonas deprimidas donde los colectivos son marginales y generalmente no acuden a los Centros de Atención a los Drogodependientes. Los objetivos más importantes del tratamiento son admitir y mantener con tratamiento de metadona al máximo número de usuarios drogodependientes.

Los autores realizaron un muestreo de forma aleatoria (teniendo como universo total N=549) de usuarios que demandaron tratamiento por primera vez en una Unidad Móvil de Drogodependencias (UMD). La muestra la formaban 119 hombres (88,1%) y 16 mujeres (11,9%).

Los datos se recabaron a través de una entrevista personal y voluntaria realizada al paciente por el médico de la UMD con una duración de 15 minutos. En el cuestionario se recogieron variables sociodemográficas, personales, familiares, relacionadas con el consumo, asistenciales, clínicas y relacionadas con la UMD.

En la muestra obtenida predominaron los sujetos solteros (61,6%) que viven en el domicilio familiar (79,2%), entre los cuales destacaban las familias numerosas. El 20% de los sujetos eran de etnia gitana. El cuanto al nivel educativo de los usuarios, sólo el 27,4% de ellos había finalizado los estudios primarios. Las relaciones con la familia eran consideradas como buenas por el 47,4% de los usuarios y deterioradas en el resto, siendo el principal motivo el consumo de drogas (80,9%).

En cuanto a los antecedentes penales, 40 de los usuarios habían tenido contacto con el Juzgado de Menores (29,6%), siendo el motivo principal el

robo. La edad media de la primera vez que estos pacientes fueron detenidos fue de 17 años, contando con antecedentes delictivos el 74,1% de los usuarios. El 56,3% de los sujetos habían estado ingresados en algún centro penitenciario y el 34,1% estaban pendientes de algún juicio.

En el momento de la realización de la entrevista, la sustancia más consumida fue la heroína por vía intravenosa (65,9%). En referencia a los patrones higiénicos en el uso de las jeringuillas (desde el inicio hasta el momento de la realización de la entrevista) se pudo observar un cambio en el riesgo. Al principio un 37% compartían las jeringuillas con otras personas, mientras que tras la entrevista el 50,4% de los usuarios utilizaba una jeringuilla para la administración de varias dosis pero sin compartirla con otras personas.

Habían seguido tratamientos anteriores a la entrevista el 62,2%, siendo el tratamiento más utilizado un Programa de Mantenimiento con Metadona (28,8%). En cuanto al consumo de otras sustancias destacó el consumo diario de cocaína (64,6%), cannabis (19,3%) y benzodiacepinas (17,8%). El porcentaje de pacientes que fumaban fue del 98,5%, y un 57,8% de los usuarios eran consumidores de alcohol.

El 16,3% de los sujetos eran seropositivos, el 21,5% habían tenido contacto con la hepatitis C y el 20% con la hepatitis C.

Otro estudio importante es el realizado por Gutiérrez, Donate, Hevia y González (2009) en el que se establece el perfil de los pacientes que acuden a tratamiento residencial en CT del Principado de Asturias. Como se puede observar en la tabla 4, el número de pacientes que habían sido atendidos en CT ha ido aumentando a lo largo de los años. Una de las razones que hace que se produzca este incremento, según los autores, es que la oferta de plazas de este tipo de recursos ha aumentado.

**Tabla 4.** Evolución del perfil de los usuarios de Programas Residenciales. Asturias 2001-2008.

<b>Año</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Atendidos</b>	413	408	486	534	589	525	560	580
<b>Media de edad</b>	31,5	31,4	34,1	34,8	35,6	36,9	37,0	38,0
<b>Sexo</b>	83/17	81/19	81/19	82/18	81/19	72/28	70/30	70/30
<b>Nivel de formación</b>	59	59	56	58	56	50,1	44	46
<b>Situación laboral (paro)</b>	57	45	43	38	52,1	45,1	55	40
<b>Estado civil (soltero)</b>	56	53	50	49	59,9	56,3	52	65
<b>Convivencia al iniciar el programa (familia de origen)</b>	44	39	44	38	45	47,4	49	48
<b>Droga principal de abuso</b>	Heroína 60%	Heroína 48%	Heroína 42%	Heroína 43%	Heroína 31% Cocaína 31%	Policonsumo 69%	Policonsumo 70%	Policonsumo 70%
<b>Edad inicio consumo droga principal</b>	17,5	18	18,0	18,8	19,1	18,2	18,3	18,4
<b>Antecedentes penales</b>	52	36	37	30	43	47	64	68

Fuente: Gutiérrez et al. (2009).

Se puede apreciar que predomina el consumidor varón, aunque el de mujer va aumentando considerablemente, y que la edad media se incrementa a lo largo de los años. La mayor parte de los consumidores tienen formación en estudios primarios, son solteros, se encuentran en paro y seguían conviviendo con su familia de origen antes de ingresar en el centro.

La edad de inicio en el consumo de drogas también ha aumentado en los últimos años. La principal droga consumida ha ido cambiando a medida que han pasado los años, puesto que en un principio predominaba la heroína y actualmente destaca el número de usuarios policonsumidores. En cuanto a los

problemas legales, se notaba una pequeña mejora en los últimos años, aunque en 2007 y 2008 se produjo un incremento.

En otro estudio realizado en una muestra de 325 pacientes ingresados una CT de Marbella (Madoz, García, Luque y Ochoa, 2013), la mayoría de los usuarios eran varones (78,8%), que se habían iniciado en el consumo de sustancias a los 20 años y cuya edad media de inicio en tratamiento fue de 38,12 años. La mayor parte de ellos había cursado estudios primarios o secundarios (61,8%) y el 31,1% no tenía estudios. El 55,7% de los usuarios se encontraban desempleados y solo el 14,5% trabajaba en ese momento (tabla 5).

**Tabla 5.** Características de la muestra (N = 325) del estudio de Madoz et al. (2013).

<b>Sexo</b>	Hombres	78,8%
	Mujeres	21,2%
<b>Nivel educativo</b>	Sin estudios	31,1%
	Estudios primarios o secundarios	61,8%
	Estudios superiores	7,1%
<b>Actividad laboral</b>	Activos	14,5%
	Desempleados	55,7%
	Baja laboral permanente	29,8%
<b>Dependencia de sustancias</b>	Dependencia de alcohol	61,8%
	Dependencia de tabaco	81,8%
	Dependencia de opiáceos	43,1%
	Dependencia de cannabis	51,7%
	Dependencias de cocaína	78,2%
	Dependencia de hipnosedantes	25,5%
	Policonsumo (sin incluir tabaco)	84,5%
<b>Comorbilidad psiquiátrica</b>	Trastornos psicóticos	30,5%
	Trastornos afectivos graves	36,3%
	Trastornos graves de ansiedad	16,3%
	Trastornos orgánicos	8,9%
	Trastornos límite de la personalidad	20,6%
	TDAH	14,5%

Fuente: Madoz et al. (2013).

El 84,5% se definían como consumidores, y en cambio solo el 25,5% eran consumidores de hipnosedantes. Un porcentaje importante de usuarios (39,7%) presentaba además de la adicción a la sustancia, otro trastorno mental, lo que se conoce como patología dual (tabla 5).

#### **4.5. Patología dual**

La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) clasifica dentro del término “patología dual” a aquellos sujetos que presentan de forma simultánea, o a lo largo de un ciclo vital, una adicción y un trastorno mental.

Las adicciones pueden padecerse tanto por consumo de sustancias, como en relación al comportamiento del individuo como puede ser la ludopatía o juego patológico. En referencia a los trastornos mentales, se incluyen distintos tipos, como los trastornos de ansiedad (ansiedad social, ansiedad generalizada, etc.), trastornos relacionados con el estado de ánimo (trastorno bipolar, depresión, etc.), trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), y diferentes trastornos de la personalidad con sus correspondientes rasgos (principalmente trastorno límite, antisocial, evitativo y obsesivo compulsivo).

Los síntomas por los cuáles se consulta este trastorno dual están siempre relacionados con la cantidad, es decir, cuando la situación tanto social de la persona junto con su convivencia familiar se desborda y se convierte en algo insostenible. Algunos ejemplos de estos síntomas son: el alto nivel de impulsividad, violencia, agresiones, no respetar normas o pautas, desorden en la convivencia en cuanto a su persona, ideas paranoides decodificadoras de la realidad, marginalidad y exclusión social. Además a todos estos síntomas se suman los provocados por el consumo de la propia sustancia.

Actualmente, la SEPD afirma que seis de cada diez drogodependientes han sido atendidos en toda la red de atención a las drogodependencias en España sufren patología dual<sup>1</sup>. Esta cifra solo representa a un lado visible de

---

<sup>1</sup> [http://www.patologiadual.es/pacientes\\_pdual.html](http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html)

este problema ya que la mayor parte de usuarios que la sufren no están diagnosticados.

La mayor parte de los usuarios que sufren este trastorno dual son denominados como “pacientes de puerta giratoria” ya que entran y salen una y otra vez de los hospitales al igual que de los centros de tratamiento de drogodependencias, puesto que en ninguno de ellos encuentran lo que necesitan.

Los pacientes que sufren patología dual presentan mayor gravedad, tanto en el ámbito clínico como social, que aquellos que solo padecen un tipo de trastorno.

Casi las tres cuartas partes de los pacientes diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias cumplen los criterios de al menos un trastorno psiquiátrico distinto a este consumo, siendo los más prevalentes los trastornos afectivos y los de personalidad.

Además, las personas con patología dual acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, además de mostrar más conductas de riesgo e infecciones relacionadas con el VIH y la hepatitis C, lo cual supone un reto para el sistema sanitario. En relación a dichos pacientes, se puede observar una alta tasa de desempleo y marginación y la adopción de conductas más violentas y criminales.

Este problema plantea una gravedad tanto clínica como social unida a la prevalencia y al conjunto de dificultades terapéuticas que hacen que actualmente hayan aumentado los estudios de co-ocurrencia de trastornos, tanto de consumo de sustancias, como de trastornos y enfermedades psiquiátricas.

## **4.6. Recursos asistenciales en el tratamiento de las drogodependencias**

### ***4.6.1. Admisiones a tratamiento***

El indicador “admisiones a tratamiento” es un registro en el cual se recogen los datos individualizados sobre admisiones a tratamiento tanto de



forma ambulatoria o por abuso o dependencia de droga en toda España. Este indicador existe desde 1987. También se puede definir como la cantidad de usuarios admitidos a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas en una comunidad autónoma y en determinado año (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2011). Si una persona entra en tratamiento varias veces en un mismo año y en la misma Comunidad Autónoma solo se tiene en consideración la primera admisión.

Se entiende por “tratamiento” la intervención que los profesionales realizan con el fin de reducir el efectos de las sustancias psicoactivas o eliminar el abuso o la dependencia de estas. Se considera que es ambulatorio, cuando el tratamiento no se realiza en el centro o se realiza en las prisiones.

La admisión a tratamiento se puede dar en las situaciones siguientes:

1. La admisión a un centro por primera vez y allí realizar el tratamiento. Debe ser la primera vez que se atiende a este paciente en ese centro y se le abre una historia clínica, por un técnico cualificado con el objetivo de empezar el tratamiento.
2. La readmisión a tratamiento en el mismo centro, es decir, una persona que había sido dado de alta terapéutica, había sido expulsado o había abandonado al centro, vuelve al tratamiento que se había realizado anteriormente.
3. La continuación de un tratamiento que se ha iniciado por algún tipo de razón, en muchas ocasiones de urgencia, en servicios que no notifican al indicador y que posteriormente acuden a un centro notificado y continúan el tratamiento.
4. Las personas afectadas por una situación administrativa o judicial.

Por “centros notificados” se entienden los centros, servicios o programas tanto públicos como privados subvencionados o concertados en los cuales se realizan tratamientos ambulatorios sobre abuso o dependencia de drogas.

Según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011):

*"Puede tratarse de centros específicos de drogodependencias, centros o servicios de salud mental que realizan tratamientos*

*ambulatorios de drogodependencias, programas de tratamiento de drogodependencias de prisiones, centros que realizan tratamientos complejos que incluyen una fase ambulatoria, o unidades móviles que realizan tratamientos con sustitutivos opioides y que cuentan con personal médico y de enfermería” (p. 133).*

Como centros “no notificados”, se incluyen aquellos en los cuales se realiza tratamiento pero en la ocasión de ingreso o de internamiento, porque se cree que la mayor parte de los dependientes tratados en estos centros han sido derivados de un centro ambulatorio notificado.

Como se puede ver en la tabla 6, el total de usuarios admitidos a tratamiento fueron 52.549, y de estos la diferencia entre hombres y mujeres es muy notable (44.317 hombres versus 7.961 mujeres). De estos el 49,5% era tratado por primera vez (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2011).

#### **4.6.2. Comunidades Terapéuticas (CT)**

##### *4.6.2.1. Evolución histórica*

Históricamente se puede afirmar que las Comunidades Terapéuticas (CT) nacieron como forma de dar respuesta a la ineptitud llevada a cabo por las antiguas instituciones psiquiátricas. El trato hacia las personas con problemas de salud mental ha pasado por distintas fases a lo largo de los años. Al principio estas personas no estaban a penas consideradas, se convirtieron en perfectos candidatos al exterminio ya fuera de forma premeditada o por procedimientos de descuido. Pero esta opción pronto fue sustituida en la segunda mitad del siglo XIX por los conocidos “manicomios” u otras instituciones similares en las cuáles sólo una parte de los usuarios eran verdaderos enfermos mentales y en las que pasaban largos períodos de estancia incluso toda su vida.

**Tabla 6.** Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
<b>Nº de casos</b>	52.549	25.098	24.605	44.317	7.961
<b>Tratados por primera vez por la droga principal (%)</b>	49,5			49,0	52,6
<b>Edad media (años)</b>	33,1	36,2	29,8	33,1	33,1
<b>Mujeres (%)</b>	15,2	14,3	16,1		
<b>Máximo nivel de estudios completado (%)</b>					
Sin estudios	1,3	1,4	1,2	1,3	1,2
Enseñanza primaria	46,0	47,0	44,	46,8	41,0
Enseñanzas secundarias	48,2	47,9	47,1	47,9	50,5
Estudios universitarios	3,9	3,3	4,6	3,5	6,6
Otros	0,6	0,4	0,7	0,5	0,7
<b>Situación laboral principal (%)</b>					
Trabajando	33,5	30,0	37,1	34,7	27,0
Parado no habiendo trabajado	5,1	4,9	5,2	4,7	7,0
Parado habiendo trabajado	40,0	43,9	35,9	40,1	38,6
Otras	21,4	21,1	21,8	20,4	27,4
<b>Nacidos fuera de España (%)</b>	6,9	5,6	8,5	6,8	7,8
<b>Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)</b>					
Otros servicios de tratamientos de drogodependencias	12,8	17,5	8,3	12,5	14,5
Médicos generales, Atención Primaria de Salud	9,6	7,0	12,2	9,5	10,5
Hospitales u otros servicios de salud	5,9	7,0	4,8	5,4	8,8
Servicios Sociales	4,9	3,3	6,6	4,4	7,7
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	7,5	8,8	6,2	7,6	6,5
Servicios legales o policiales	8,3	4,5	12,3	8,9	5,1
Empresas o empleadores	1,7	1,7	1,5	1,8	1,1
Familiares o amigos/as	14,1	9,0	19,0	14,4	12,9
Iniciativa propia	33,1	38,5	26,4	33,5	30,7
Otras	2,2	1,7	2,6	2,2	2,1
<b>Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión por tratamiento (%)</b>					
Solo	15,6	17,1	14,3	15,7	15,3
Unicamemente con pareja	11,4	11,7	10,9	10,4	16,8
Únicamente con hijos	4,8	4,6	5,0	3,9	9,7
Con pareja e hijos/as	14,8	14,5	14,9	14,8	14,4
Con padres o familia de origen	40,0	36,2	43,9	41,7	30,7
Con amigos	3,0	3,1	2,9	2,9	3,8
Otros	10,4	12,7	8,1	10,6	9,4
<b>Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)</b>					
Casas, pisos, apartamentos	83,1	79,5	86,6	83,0	83,5
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	6,2	7,8	4,5	6,7	3,3
Otras instituciones	3,2	3,6	2,9	3,2	3,6
Pensiones, hoteles, hostales	1,3	1,4	1,2	1,2	1,6
Alojamientos inestables/precarios	2,9	3,5	2,3	2,8	3,7

Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011).

Esta grave situación fue criticada a través de dos caminos, uno de ellos afirmaba la falta de criterios para internar a las personas supuestamente consideradas enfermas mentales y el otro criticaba la falta de recursos técnicos en estas instituciones.

A finales de los años 60, la CT se convirtió en una compleja, pero a la vez bien estructurada opción para el tratamiento de la salud mental, esto fue interpretado de una manera formal por la Organización Mundial de la Salud. La CT pudo encontrar, paralelamente al tratamiento en salud mental, una nueva alternativa en la que poder desarrollar el tratamiento hacia personas adictas a las drogas. El éxito de estas CT fue rápido debido a la aparición de entidades privadas, las cuales planteaban tratamientos costosos por un lado pero eficaces por el otro.

En España, las CT surgieron en los años 60 de la mano de psiquiatras que pretendían mejorar la situación de los pacientes de los tradicionales manicomios. Por otro lado, las CT para drogodependientes no aparecieron en nuestro país hasta el año 1979, y aunque contaban con muchos apoyos públicos algunas de ellas sobrevivían en estados muy precarios. Estas Comunidades parecían no ser muy eficientes por lo que no le gustaban a nadie, ni familiares de los ingresados, ni a los servicios sociales, sistema judicial, etc. (Comas, 1987). El panorama cambia con la creación del Plan Nacional sobre Drogas, a partir del cual se ofreció mayor información y formación a través de la realización de distintos estudios sobre estas Comunidades. A pesar de estas mejoras no se pudo evitar en los años 1993-1994 la llamada "crisis de las CT para drogodependientes", que no se pudo aclarar debido a la falta de elementos empíricos para demostrarla (Comas, 2006).

En 2005 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, realizó una investigación para conocer realmente cuál era la situación de las CT en España. Este estudio se realizó a través de un complejo cuestionario enviado a todas las CT junto a la revisión de otros estudios similares realizados hasta aquel momento. Se tuvieron en cuenta aquellas Comunidades que no realizaron el cuestionario y sus razones para no hacerlo. Otra estrategia

también llevada a cabo en este estudio fue la realización de entrevistas a los responsables de las CT. Se llegó a la conclusión de que cada Comunidad era diferente y tenía sus particularidades y por ello en ocasiones era difícil la generalización de los datos.

#### *4.6.2.2. Redes existentes en el ámbito de las CT*

Durante los años 1983 y 1986 se produjo un cambio muy significativo en la tipología de las CT en España. En el año 1983 únicamente existían tres instituciones que trataban la problemática de las drogodependencias: las Comunidades Profesionales, las Comunidades de ex-toxicómanos y las Comunidades Religiosas. Durante el año 1986, la tipología de las redes se expandió y las Comunidades Profesionales se dividieron en la red pública y en la red privada. Las Comunidades de ex-toxicómanos pasaron a llamarse Red *Le Patriarche* y por último las Comunidades Religiosas se convirtieron en la Red de Iglesias Evangélicas, Red de Proyecto Hombre y la Red de Narconon.

#### *4.6.2.3. Funcionamiento de las CT*

El funcionamiento de la CT se caracteriza por englobar una serie de rasgos y componentes. Algunos de los más significativos se pueden observar siguiendo el siguiente esquema propuesto por Maxwell Jones (Comas, 2010):

- ❖ La CT es un centro residencial, en el que el individuo permanece la mayor parte del día conviviendo con el resto del equipo técnico. Hay centros que requieren el aislamiento de la persona, pero la mayor parte de ellos fomentan la participación progresiva con la sociedad. El equipo profesional no reside en el centro pero siempre debe haber algún profesional en la CT para poder llevar a cabo las distintas actividades con los usuarios.
- ❖ La duración de la estancia en el centro ha de ser determinada en base a criterios temporales y según el logro de los objetivos. Los períodos de tiempo demasiados largos se consideran contraproducentes en relación a la metodología, por lo que la disminución temporal de los últimos años se considera un aumento en calidad.

- ❖ Existen varios tipos diferentes de CT dependiendo del perfil del usuario. Una de las ideas básicas es que el perfil de los usuarios se delimita a través de una serie de variables sociológicas y la metodología ha de adaptarse a dicho perfil.
- ❖ El ingreso en una CT es voluntario por lo que no puede usarse ningún tipo de medida retentiva. En algunas ocasiones pueden presentarse dificultades ya que algunos residentes pueden encontrarse en la comunidad como consecuencia de una obligación ya sea judicial o por motivos de enfermedades mentales. En estos casos los distintos dispositivos han de adaptarse a estos perfiles.
- ❖ Es indispensable la intervención de un equipo multidisciplinar siendo una de las diferencias principales entre las CT y otras metodologías de intervención. Todas las personas que forman parte de la vida en la comunidad forman parte de este equipo.
- ❖ Uno de los objetivos más importantes que se persigue en las CT es intentar crear una situación similar a la vida cotidiana en el mundo real, en la cual tanto el equipo multidisciplinar como el resto de residentes cumplen con sus roles y tareas. Para poder llevar a cabo esta microsociedad, las CT, deben tener un número de plazas determinado y acertado, por lo que lo más frecuente es que oscile entre 20 y 40 plazas.
- ❖ La vida en este tipo de Comunidades se convierte en un continuo aprendizaje social, donde se crea una densidad de las relaciones sociales. Existe una combinación de grupos terapéuticos, terapias individuales y otros procedimientos que generan esta densidad en las relaciones sociales.
- ❖ Todo el equipo técnico será responsable de crear una serie de procedimientos que ayuden en el intercambio de información y en la toma de decisiones, ya que si no la Comunidad se puede exponer a la desorganización y convertirse en un espacio poco terapéutico. Algunos de los procedimientos que se llevan a cabo en la gestión de las CT son: los historiales de los residentes, las reuniones del equipo técnico, la información cruzada entre los profesionales, organigramas, etc.

- ❖ Normalmente la CT engloba a personas con diversos problemas y perfiles, destacando la existencia de una combinación de problemas psicológicos, sociales y morales. La estancia en la Comunidad deberá generar una mejora en la resolución de estos problemas, a través de la creación de un proyecto de vida alternativo.
- ❖ Las personas que residen en las CT no son meros sujetos pasivos que simplemente están recibiendo una ayuda profesional, sino que deben asumir roles y responsabilidades para poder incorporarse en una vida normalizada. Se crea un fuerte entorno de autoayuda.
- ❖ En general puede decirse que la CT es un centro residencial que debe englobar todas las características anteriores para funcionar con éxito, pero a pesar de ello no se trata de una institución encargada de resolver todos los problemas que presentan los residentes. Para compensarlo existen un conjunto de redes de atención que tratan problemas más específicos. Los residentes normalmente presentan problemáticas agudas por lo que la coordinación técnica con el resto de redes es esencial.
- ❖ Una evaluación continuada es esencial en la práctica de las CT en tres niveles: 1) Evaluación realizada por el equipo técnico de los casos de manera individual 2) Evaluación también llevada a cabo por el equipo técnico de procesos y procedimientos con la recomendación de supervisores del exterior 3) Evaluación de los resultados para poder generar conocimiento.

#### *4.6.2.4. Cambios en los usuarios drogodependientes tras el tratamiento en una CT.*

Los países anglosajones son aquellos que mayor tradición reúnen a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones a través de la implantación de indicadores.

Los primeros estudios de seguimiento de usuarios drogodependientes en CT realizados en España estuvieron relacionados con la verificación, ya que únicamente definían perfiles de los drogodependientes. En general, en España, se pueden distinguir dos etapas, la primera antes de la creación del Plan

Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985 y la segunda después de su creación. Los estudios anteriores eran realizados por entidades privadas y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de una forma bastante aislada. Se trataba de trabajos más de tipo descriptivo y sociodemográfico y menos de seguimiento. Durante el segundo período, todo el esfuerzo de los estudios ha sido destinado sobre todo a conocer la eficacia del tratamiento para así consolidar programas para drogodependientes que fueron creados en los años 80 y 90.

En el estudio realizado por Pérez (2012), se plantea como objetivo conocer en qué cambian las variables psicológicas de una muestra de pacientes de CT en un período corto de tiempo. Primero se analizó el estado de los pacientes durante el primer mes y a continuación se analizaron los cambios positivos de éstos a los seis meses de tratamiento. Se analizaron también las características de la muestra y se tuvo en cuenta las diferencias en una serie de variables. La CT seleccionada fue *El Priorato* situada en San Medel (Burgos), un centro de carácter residencial cuyos servicios van orientados hacia la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de adicciones. Se llevan a cabo terapias individualizadas contando con un equipo multidisciplinar y donde se distinguen tres fases: la primera de ellas es la fase de desintoxicación y adaptación al centro, la segunda es donde cobra protagonismo el trabajo terapéutico y educativo y una tercera donde se da mayor importancia a una inserción socio-laboral.

Los participantes fueron voluntarios, mayores de 21 años, que ingresaron en la CT durante el período de 2005 a 2008. 156 usuarios realizaron una primera evaluación y 76 participantes realizaron la segunda evaluación a los seis meses. Durante la primera fase se utilizaron instrumentos de evaluación, como cuestionarios sociodemográficos, un inventario para conocer los procesos de cambio en los usuarios, un examen de trastornos de personalidad, aumento de la concienciación para aumentar la cantidad de información sobre uno mismo, cuestionario de balance decisonal para conocer el "conflicto" existente hacia el abandono del consumo, cuestionario para conocer la agresividad del paciente, etc.



En esta etapa se diferenciaron dos grupos: grupo de los politoxicómanos (P) y grupo de las personas alcohólicas (A). El grupo (A) presentaba más problemas psicológicos y su situación de salud era extrema al igual que sus problemas familiares y sociales. También recibían mayor medicación por problemas emocionales y psicológicos en comparación con el grupo (P). En cuanto a variables de buen pronóstico cabe destacar que los pacientes del grupo que abandonan el recurso presentaban peor diagnóstico que los que no abandonaban. En relación a la variable del consumo hay que apuntar que ninguno de los 76 entrevistados consumía sustancias en el segundo momento de evaluar, es decir, a los seis meses.

Por tanto se observa que en la variable del consumo la CT cumplió con sus objetivos. También la postura de los usuarios se suavizó en comparación con las posturas “extremas” del primer mes, la tentación baja y aumentaba la confianza, es decir, que a los seis meses aumentaba la autoeficacia percibida por los usuarios. Los procesos de cambio que aumentaron a los seis meses fueron los siguientes: liberación social, el contracondicionamiento, el control de estímulos y las relaciones de ayuda. En relación a la agresividad se observó que la variable de hostilidad había aumentado, lo cual podía deberse a varias suposiciones. Una de ellas podía deberse a los propios efectos del tratamiento al sacar fuera de ellos el conflicto. Otra pudo ser que el daño que el usuario se producía a través del consumo se canalizaba de otra forma una vez iniciada la intervención.

Este estudio concluye que la mayoría de los cambios que se produjeron en estos usuarios eran positivos a través del tratamiento de seis meses llevado a cabo en esta CT, por lo que se destacaba lo siguiente:

1. La terapia se enfoca a las dificultades y no solo a pros y contras de consumir sustancias.
2. A los seis meses de tratamiento aumenta de una manera considerada la autoeficacia de los usuarios.
3. Se observa que a los seis meses la única fase que aumenta es la acción, ya que se acompaña y se intenta llevar a cabo una evolución.

#### **4.7. Rol del profesional del Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias**

Los sistemas teóricos-explicativos relacionados con las drogodependencias fueron entrando en crisis, ya que se basaban en la influencia de un único factor como puede ser los efectos de las distintas drogas. Poco a poco fue naciendo un consenso de múltiples factores que a su vez dieron lugar a la creación de nuevos modelos multidimensionales, entre los que cabe destacar el Modelo Biopsicosocial y el Modelo de Competencia Social.

Estos modelos teóricos basaban sus explicaciones en el origen o la etiología de las drogodependencias con respecto a la relación de tres dimensiones como son: las drogas (como propia sustancia) y los efectos de éstas, las características de los consumidores y el contexto o ambiente donde se produce el consumo. Por ello el protagonismo que alcanzaron estos modelos ha permitido conocer la importancia social dentro de las políticas de intervención en las drogodependencias. Las distintas políticas de lucha llevadas a cabo por instituciones comunitarias o por estados pertenecientes a la Unión Europea, conceden gran importancia a los sistemas de servicios sociales, de salud, educativos y a organizaciones sociales dirigidas a reducir el consumo de drogas y la exclusión social.

Para conocer el rol del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias es necesario aproximarse a una definición del trabajador social en este mismo ámbito. El Trabajo Social está comprendido por un conjunto de actividades que la conforman como profesión. Estas actividades tienen una función social y la profesión es el medio de vida, ya que se adquieren unos conocimientos a través de una transmisión especializada. Al ser el Trabajo Social una profesión específica existe una definición que la caracteriza y que fue obtenida en el marco de la Reunión General de la Federación Internacional de Trabajadores sociales (FITS).

El Trabajo Social, desde un punto de vista internacional se define como (Gutiérrez, 2007):

*“La profesión que promueve el cambio social, la solución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación*

*de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social” (p.183).*

En cuanto a la definición del trabajador social y el rol del mismo en el ámbito de las drogodependencias existen diferentes constataciones a tener en cuenta. En el ámbito de las drogodependencias siempre ha existido una atención individualizada que deja de lado a la visión social, tampoco existe ningún Marco Normativo que regule el rol del trabajador social dentro de este ámbito, por lo que el trabajo que realiza en el ámbito de las drogodependencias es muy heterogéneo dando lugar a una escasez de definiciones de la metodología de intervención. Los profesionales están dispersados debido a que existe una falta de foros de discusión y sistematización que impiden poder llevar a cabo actuaciones. El desconocimiento del papel del trabajador social por parte de otros profesionales, debido a la falta de un perfil profesional definido, es algo muy común que lleva a confusiones. Esto unido a la falta de especialización en el ámbito de las drogodependencias, genera dificultades a la hora de conocer la misión del trabajador social en este ámbito.

A pesar de estas dificultades, una definición del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias sería la siguiente (Gutiérrez, 2007):

*“Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo de estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial” (p.184).*

Algunos elementos fundamentales, dentro de esta concepción del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias, son los siguientes:

- ❖ La persona drogodependiente, unida a sus problemas de consumo, se estudian desde un conjunto ecológico-sistémico dentro del cual existen varios niveles (microsocial, macrosocial, etc.) en los que se contextualiza a los usuarios dependiendo del momento.
- ❖ El individuo es el centro de las actuaciones y es él mismo el que asume la responsabilidad de todas las actuaciones que serán realizadas desde la comunidad en la que se encuentre.
- ❖ El principal objetivo de los trabajadores sociales será mejorar la situación del usuario convirtiéndole en el protagonista de su propia transformación.
- ❖ La intervención del trabajador social va ligada a la actuación de otros profesionales procedentes de distintas disciplinas, por lo que formará parte de un equipo interdisciplinar.
- ❖ Las actuaciones estarán individualizadas y adaptadas dependiendo de las personas y su entorno.
- ❖ Todas estas actuaciones tendrán un carácter promocional, preventivo, asistencial y rehabilitador.
- ❖ El trabajador social es el enlace con el resto de sistemas de protección social como son la sanidad, educación, empleo, etc.
- ❖ El conjunto de conocimientos con respecto a la red de recursos sociales será una característica de gran importancia para el trabajador social.

La participación de los trabajadores sociales en todo el conjunto de recursos que están especializados y destinados a realizar actuaciones en las demandas y problemas en general que padecen los usuarios drogodependientes, a parte del conocimiento que disponen a cerca de la comunidad (problemas, recursos, potencialidades, etc.), convierte a los trabajadores sociales en un elemento fundamental para reducir la demanda de drogas a través del desarrollo de programas y actividades.

Es importante también el trabajo que se realiza en las redes de Servicios Sociales y de Salud ya que, a través de ellos, los trabajadores sociales tienen un conocimiento directo de personas con problemas de abuso y/o dependencia de drogas.

Por último, hay que mencionar los trabajadores sociales que realizan su trabajo en los medios abiertos debido al amplio conjunto de potencialidades que se ofrecen. Este tipo de trabajo realizado en espacios considerados no formales, como la propia calle, será muy importante a la hora de detectar demandas y problemáticas sociales, gracias a las cuales se reducirán las relaciones problemáticas con las drogas.

El rol profesional es aquel que explica, en este caso, quién es el trabajador social y qué se espera de él dentro del ámbito profesional explicando las distintas funciones que realiza dependiendo del área en la que se actúe.

Según Gutiérrez (2007; p. 190):

*“Dentro de los Servicios Sociales Especializados, el Libro Blanco señala los Servicios de Atención a las Drogodependencias como uno de los ámbitos de actuación del trabajador social orientados a la atención (información, prevención, diagnóstico y tratamiento) a las drogodependencias, comunidades terapéuticas, centros de rehabilitación y de reinserción social y laboral”.*

Los trabajadores sociales dentro del ámbito de las drogodependencias, pueden desempeñar diversos puestos como son: técnicos de políticas públicas en materia de drogodependencia, técnicos de prevención de drogodependencias, técnicos en el Área de Atención Social, técnicos dentro de empresas privadas y públicas, técnicos en los Centros de Encuentro y Acogida, técnicos en Programas de Captación Activa o Programas de Medio Abierto, técnicos en las Unidades de Atención a Drogodependientes en el ámbito penitenciario, docentes en el ámbito universitario impartiendo asignaturas como Trabajo Social en Drogodependencias, supervisores de equipos de trabajo interdisciplinares en atención a las drogodependencias, formadores en cursos de postgrado destinados a la actuación de los trabajadores sociales en el ámbito de las drogodependientes, directores de los diferentes centros en la red de asistencia a las drogodependencias, técnicos de inserción y orientación

del ámbito sociolaboral a los usuarios drogodependientes, responsables de proyectos de investigación en el ámbito de las drogas, etc.

Actualmente se vive en un presente abierto al cambio y a las transformaciones de un nuevo elenco de posibilidades de trabajo en este ámbito. Si se tiene en cuenta lo mencionado anteriormente, el Rol del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias tiene que estructurarse por áreas de trabajo.

Los trabajadores sociales *“debemos intervenir con el fin de ayudar a los seres humanos a conseguir su máximo desarrollo psicosocial, tanto en aspectos personales (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y en las interacciones entre todos ellos) como sobre el medio (físico, social, cultural, institucional, legislativo, etc.)”* (Romero, 2003; p. 347).

Aparecen por tanto dos formas de intervención, directa e indirecta. La intervención directa es aquella que se encarga de resolver las demandas individuales, familiares, grupales o comunitarias en relación a el ámbito de las drogodependencias y donde es necesaria para el cambio la relación entre trabajador social-Sistema Cliente. En cuanto a la intervención indirecta es aquella que implica actividades del trabajador social como son el estudio, sistematización, análisis, planificación, investigación, supervisión, docencia, gestión, coordinación y evaluación.

Por lo que las áreas de trabajo en las que se encuentran las actividades realizadas por los trabajadores sociales en el ámbito de las drogodependencias son: área de prevención, área de asistencia, área de incorporación social, área de docencia e investigación, área de gestión y planificación, área de evaluación y área de supervisión.

## **5. PRESENTACIÓN DE LAS ENTIDADES DE REFERENCIA**

### **5.1. Proyecto Hombre**

Durante los primeros años de la década de los 80, España vivió un *boom* espectacular de consumo de drogas, especialmente de la heroína. Las situaciones de marginalidad y de delincuencia, ligadas a su consumo, poco a

poco se fueron haciendo protagonistas, lo que causó una fuerte alarma en la sociedad. Al no existir en España ningún tipo de recurso consolidado ni servicios de atención especializados, se buscaron alternativas en otros países, fundamentalmente en la experiencia del Centro Italiano de Solidaridad conocido como "CeIS-Progetto Uomo".

En 1985 se creó la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza junto con la archidiócesis de Zaragoza. Una de las primeras tareas que se llevaron a cabo fue la creación del programa educativo terapéutico "Proyecto Hombre" para la rehabilitación y reinserción de personas drogodependientes.

En la actualidad, los distintos programas que se llevan a cabo en el Centro de Solidaridad de Zaragoza son: Programa de familias, Programa de Prevención, Centro de tratamiento de adicciones y Proyecto Hombre.

En Proyecto Hombre es donde aparece la CT, un recurso de carácter asistencial que, a pesar de desarrollarse en un contexto grupal, proyecta una visión muy individualizada. No sólo va dirigido a usuarios drogodependientes, sino también a sus familias y acompañantes con algún problema relacionado con el abuso de alguna sustancia, independientemente de sexo, edad o condición. En la CT existe una contrastación entre lo que el usuario da de sí mismo, la observación continuada de los profesionales y lo percibido por el resto de miembros. Se trata de un programa educativo, no finalista, que durante un período de tiempo concreto se orienta al usuario a que pueda, gracias a la ayuda y al apoyo del equipo, reconducir y responsabilizarse de su vida. La CT va dirigida a personas con consumos problemáticos de drogas, alcoholismo, patología dual, programa de mantenimiento con metadona (PMM) y también a menores.

## **5.2. Neuropsiquiátrico Nuestra Señora Del Carmen**

El centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Zaragoza depende de la red de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús dentro de la provincia canónica de Barcelona y nace en el momento en el que estas Hermanas detectan una serie de carencias en el campo de la asistencia psiquiátrica en Aragón, a principios de los años 70.

Actualmente, la provincia de Barcelona gestiona seis entidades hospitalarias en Cataluña y Aragón y una amplia red de dispositivos asistenciales comunitarios repartidos por las dos comunidades autónomas.

Todas son independientes en cuanto al funcionamiento, aunque están coordinadas desde el Gobierno Provincial, formado por la Superiora Provincial y su consejo. El Gobierno Provincial depende, a su vez, del Gobierno General encabezado por la Superiora General de la Congregación con sede en Roma.

Es una institución de naturaleza privada la cual tiene conciertos con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), el Servicio Aragonés de Salud, compañías aseguradoras privadas y con algunas Comunidades Autónomas.

El Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen es un complejo asistencial en salud mental, con unidades de corta, media y larga estancia. Está formado por 5 pabellones (el pabellón A y B dedicado a salud mental de larga estancia, el C a corta y media estancia y por último el D y E dedicados a geriatría y psicogeriatría respectivamente). También cuenta con siete pisos asistidos.

La mayor parte de los pacientes que recibe el centro son de la Comunidad Autónoma de Aragón a través del IASS y del Servicio Aragonés de Salud, pero también se encuentran ingresadas personas de toda España.

Una de las características más frecuentes en gran parte de los pacientes ingresados en el centro es la patología dual.

## **6. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES PARA EL ABORDAJE TERAPEUTICO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.**

### **6.1. Recursos existentes en el ámbito nacional**

<sup>2</sup>Toda la amplia red de atención a las drogodependencias con la que cuenta España está formada por un conjunto muy diversificado de centros y recursos de atención en todo el conjunto de las Comunidades y Ciudades autónomas (CC.AA). Estos centros pueden ser tanto públicos como privados.

---

<sup>2</sup> <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaAsistencia/tipologia.htm>



Puede decirse que, en el conjunto de las CC.AA. existe un primer nivel de atención al paciente, el cual, se considera la puerta de entrada más significativa al sistema. Este primer nivel varía dependiendo de cada Comunidad. Generalmente suelen tratarse de recursos de fácil acceso con escasa exigencia al principio para el usuario drogodependiente donde se destacan los siguientes objetivos principales: la detección, captación, motivación, atención inicial básica y derivación de los pacientes a servicios más especializados.

Dentro de este nivel se pueden distinguir los centros o equipos de atención primaria, los centros específicos de atención a las drogodependencias con programas iniciales de baja exigencia.

Seguidamente, los pacientes suelen ser atendidos en recursos más específicos compuestos generalmente por unos equipos multidisciplinares, los cuales serán encargados de diseñar y llevar a cabo un programa individualizado de intervención y de tratamiento personalizado, dependiendo del usuario atendido. Entre estos recursos se destacan los Centros Ambulatorios de atención a las Drogodependencias (CAD), los cuáles se convertirán en un acceso directo o por derivación de los centros citados con anterioridad.

Estos recursos citados podrán aparecer en atención primaria, en salud mental, en la red de recursos sociales, etc., siempre dependiendo de cada Comunidad Autónoma.

Por último, se cuenta también con los recursos considerados de alta especialización, las unidades de desintoxicación hospitalarias (UDH), y las CT para el tratamiento de tipo residencial. Dentro de estos recursos de alta especialización se encontrarán los centros seleccionados en este proyecto para su comparación.

Por lo tanto los centros de tratamiento para personas drogodependientes que se pueden encontrar en España son los siguientes:

- ❖ Centros Ambulatorios de Asistencia: Estos centros desarrollan las funciones de evaluación, desintoxicación y deshabituación e inclusión social, de una forma ambulatoria. En 2011 se atendieron en España a

un total de 91.996 usuarios entre los 554 centros ambulatorios existentes.

- ❖ Unidades de Desintoxicación Hospitalaria: Desde un régimen de ingreso hospitalario de la persona drogodependiente se lleva a cabo la desintoxicación de ésta. En 2011 en España se atendió a 3.420 pacientes de entre 53 unidades.
- ❖ Comunidades Terapéuticas (CT): Se llevan a cabo actividades en régimen de internamiento. En 2011 en España se llevó a cabo la atención de 8.026 personas de entre 135 comunidades.
- ❖ Centros que realizan Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM): El objetivo principal de estos centros es proporcionar, de acuerdo a prescripciones realizadas de manera individual a cada usuario, tratamientos del síndrome de dependencia a las distintas sustancias. Se atendieron durante el año 2011 en España a un total de 74.199 pacientes.

En España también existen los llamados Programas de Reducción del Daño asociado al consumo de drogas. Se trata de programas dirigidos a los usuarios drogodependientes que prosiguen con el consumo de drogas. Por tanto basan sus actuaciones, minimizando los daños del consumo, en la atención a una población que decide no recibir un tratamiento de abstinencia. A través de la realización de intervenciones sanitarias, sociales y psicológicas. Se pueden distinguir:

- ❖ Centros de Emergencia Social: Tratan de resolver problemas relacionados con la marginación de las personas con drogodependencia, atendiendo sus necesidades básicas y derivando a otros recursos cuando sea necesario. En España, durante 2011, se atendieron a un total de 17690 personas en los 43 centros en funcionamiento.
- ❖ Unidades Móviles: Se trata de vehículos, por lo general de acceso directo, los cuáles proporcionan una atención socio sanitaria a drogodependientes marginales que no acuden a ningún centro de

tratamiento. En 2011 permanecieron activas 29 unidades móviles en España.

- ❖ Oficinas de farmacia: Se trata de farmacias de fácil acceso las cuales a través de su personal, tanto farmacéuticos como auxiliares de farmacia, tratan de acceder a los usuarios drogodependientes mediante la vía parental.
- ❖ Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJs): Tienen gran importancia a la hora de reducir el daño del consumo de drogas por vía parental. Los PIJs disminuyen la vida media de las jeringuillas, previenen la transmisión de VIH, VHB<sup>3</sup> y VHC<sup>4</sup>. En España durante 2011 se han atendido a un total de 36.476 pacientes con un intercambio total de 1.990.130 jeringuillas.
- ❖ Salas de inyección segura o de venopunción: Se permite, siempre bajo la observación de los profesionales, la administración de la sustancia de abuso con las condiciones sanitarias más acordes al consumo. Pero la administración de la sustancia no es el objetivo principal, cobra gran protagonismo el contacto con los profesionales y la mejora de la calidad de vida y de salud a través de sus consejos. En Madrid, Cataluña y el País Vasco, durante 2011 han estado en funcionamiento ocho dispositivos atendiendo a 6.918 usuarios.

## **6.2. Recursos existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón**

Los recursos en atención a drogodependencias existentes en Aragón se encuentran divididos en dos áreas, el área de prevención y el área de atención (Dirección General de Salud Pública, 2010a).

Dentro del área de prevención, se encuentran los Centros de Prevención Comunitaria, estos centros pertenecen a las corporaciones locales y desarrollan actividades para evitar o intentar reducir el uso y/o abuso de drogas y problemas que estén asociados al consumo de éstas. Estos centros también tratan de promover hábitos de vida saludables para sus usuarios. Las

---

<sup>3</sup> *Virus de Hepatitis B*

<sup>4</sup> *Virus de Hepatitis C*

principales tareas que llevan a cabo los Centros de Prevención Comunitaria son las de dinamización de procesos, coordinación y desarrollo de intervenciones que, ligadas al ámbito local (municipal/comarcal) aparecerán recogidas en los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones.

Además de incluir programas preventivos también incluyen entre sus funciones un trabajo de proximidad, de manera que toman un contacto de forma directa con individuos en riesgo, los cuales no acceden a otros recursos ya existentes u otras vías tradicionales de la educación para la salud.

Cabe destacar que en los Centros de Prevención Comunitaria se pueden distinguir:

- ❖ Servicios generales: En los cuales se establece una recepción en primer lugar y una atención e información al usuario. Una docencia, formación e investigación y por último una información, coordinación y colaboración institucional.
- ❖ Servicios específicos: Los cuáles proporcionan en primer lugar un servicio de orientación, información y asesoramiento, una prevención selectiva, prevención en el ámbito educativo, prevención familiar, prevención comunitaria, prevención del medio laboral, incorporación social y por último prevención en políticas locales.

Los Centros de Prevención Comunitaria (CPC) existentes en Aragón son los siguientes:

- ❖ Huesca: CPC Ayuntamiento de Huesca. Pza. San Bernardo s/n, CPC Comarca de Cinca Medio (Monzón), CPC Ayuntamiento de Ainsa (Ainsa) y CPC Ayuntamiento de Jaca (Jaca).
- ❖ Zaragoza: CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones) Ayuntamiento de Zaragoza, CPC Comarca de Tarazona y el Moncayo (Tarazona), CPC Ayuntamiento Calatayud (Calatayud) y Servicios Sociales Comarcales Bajo Aragón Caspe (Caspe).
- ❖ Teruel: CPC Ayuntamiento Teruel, CPC Comarca Cuencas Mineras (Utrillas), CPC Comarca Andorra Sierra de Arcos (Andorra), CPC

Ayuntamiento de Alcañiz (Alcañiz) y CPC Ayuntamiento de Calamocha (Calamocha).

En cuanto al área de atención, se pueden encontrar las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA). Estas Unidades son asistenciales y están especializadas en un tratamiento ambulatorio de trastornos adictivos. Los usuarios serán personas drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos que hayan sido derivados de otros recursos como Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o de Centros de Prevención Comunitaria. Se trata de unas unidades de referencia en cuanto a la atención a las drogodependencias u otros tipos de trastornos adictivos dentro del Sector de Salud en el que se sitúen. Estas unidades deberán existir siempre que la población alcance un número total de 100.000 habitantes y su objetivo principal será la asistencia a las drogodependencias y otras adicciones.

Las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones podemos encontrarlas:

- Huesca: UASA Huesca y UASA Sector Barbastro Centro de Especialidades (Monzón).
- Zaragoza: UASA Servicio Aragonés de Salud, CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones), Centro de Solidaridad, UASA Cruz Roja, UASA Cinco Villas (Ejea) y Calatayud (Calatayud).
- Teruel: UASA Alcañiz (Alcañiz) y UASA Cruz Roja Teruel.

Por último cabe destacar también dentro del área de atención, los recursos residenciales, cómo son las CT. Estas comunidades son principalmente centros de rehabilitación donde se proporciona una atención siempre orientada hacia esta, deshabituación y la ayuda a la reinserción de los usuarios. Tiene un carácter residencial y los objetivos se pretenden conseguir mediante una terapia farmacológica, psicológica y ocupacional para, de esta forma, hacer más fácil la incorporación social del individuo. Los recursos que podemos encontrar dentro esta área son dos y ambos están situados en Zaragoza. El primero de ellos es la CT situada en El Frago (Zaragoza) y el

segundo es la CT Proyecto Hombre, que ha sido incluido en el presente trabajo.

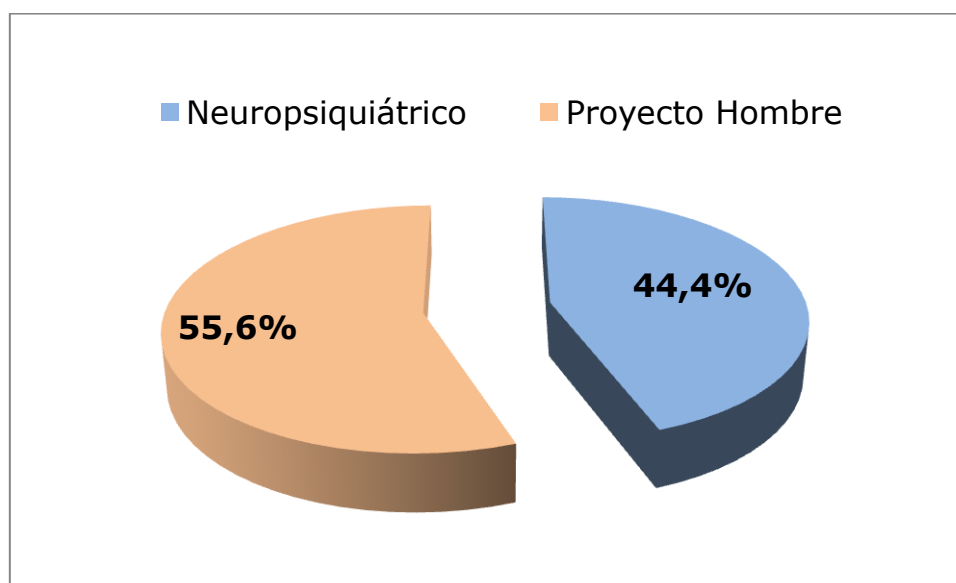
## **7. PRESENTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

### **7.1. Descripción de la muestra**

La población objeto de estudio fueron los usuarios de los dos recursos terapéuticos seleccionados, que estaban en tratamiento durante el presente año 2014; en concreto, en Proyecto Hombre 51 usuarios (45 hombres y 6 mujeres) y en el Neuropsiquiátrico 41 usuarios (29 hombres y 12 mujeres).

Tal y como se ha comentado anteriormente, se seleccionaron dos muestras de ambos recursos, de manera que el número de usuarios que participaron en la realización de las encuestas fueron 37 (20 usuarios de Proyecto Hombre y 17 usuarios del Neuropsiquiátrico). No obstante, para los análisis se eliminó a un individuo del centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen que no pudo contestar a la totalidad de las preguntas. Por ello, los análisis que se describen a continuación han sido obtenidos de la muestra final formada por 36 usuarios (16 del Neuropsiquiátrico y 20 de Proyecto Hombre) (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Distribución de la muestra en función del centro de referencia.



### **7.1.1. Características sociodemográficas**

Las principales características sociodemográficas de la muestra total aparecen descritas en la tabla 7. Del total de 36 sujetos encuestados, el 75% eran varones y el 25% mujeres, con una edad media de 36,89 años (D.T. = 9,47; rango de 20 a 58 años). En cuanto al estado civil, predomina el número de usuarios solteros sobre el resto (77,8%). Tal y como se puede observar en la tabla 7, un alto porcentaje de la muestra objeto de estudio afirma no tener hijos (77,8%). La mayor parte de los usuarios solo han alcanzado el nivel básico de estudios (61,1%), y respecto a su situación laboral actual, la gran mayoría se encuentran en situación de desempleo (61,1%). Prácticamente, la totalidad de sujetos encuestados tienen nacionalidad española (91,7%), frente a un reducido número de población extranjera (8,3%), en concreto colombiana, francesa y rumana.

En referencia a la unidad de convivencia fuera del centro, cabe destacar que un alto porcentaje de usuarios convive con su familia (61,1%) y gran parte de estos afirman que la relación con ellos es buena (44,4%) al igual que su situación económica (47,2%). Respecto a las prestaciones sociales, el 58,3% indica que recibe alguna, como por ejemplo: RAI (Renta Activa de Inserción), pensión no contributiva o prestación por desempleo, entre otras.

En relación a la presencia de enfermedades, el 25% de los usuarios presenta alguna patología física en el momento de realizar la encuesta, entre las que destacan las enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis C y B). En cuanto a las patologías mentales, el 63,9% afirma padecer alguna enfermedad de este tipo (principalmente algún trastorno del espectro esquizofrénico, trastorno límite de la personalidad o trastorno del estado de ánimo, como depresión mayor o trastorno bipolar).

**Tabla 7.** Características sociodemográficas de la muestra total (N = 36).

		<b>Muestra total N = 36</b>
		<i>Media (D.T.)</i>
<b>Edad</b>		36,9 (9,5)
		<i>n (%)</i>
<b>Sexo</b>	Hombres	27 (75,0)
	Mujeres	9 (25,0)
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	28 (77,8)
	Casado/a, vive en pareja	2 (5,6)
	Divorciado/a separado/a	6 (16,7)
<b>Número de hijos</b>	Ninguno	28 (77,8)
	1 o más de uno	8 (22,2)
<b>Nacionalidad</b>	Española	33 (91,7)
	Otra	3 (8,3)
<b>Nivel de estudios máximo alcanzado</b>	Sin estudios	2 (5,6)
	Básicos	22 (61,1)
	Medios	8 (22,2)
	Superiores	4 (11,1)
<b>Situación laboral</b>	Trabaja	2 (5,6)
	En paro	22 (61,1)
	De baja Laboral	2 (5,6)
	Estudia	2 (5,6)
	Pensionista	7 (19,4)
	Otras	1 (2,8)
<b>Unidad de convivencia</b>	Familia	22 (61,1)
	Amigos	3 (8,3)
	Otros	11 (30,6)
<b>Relación con su familia</b>	Muy buena	9 (25,0)
	Buena	16 (44,4)
	Mala	5 (13,9)
	Inexistente	6 (16,7)
<b>Situación económica actual</b>	Muy buena	3 (8,3)
	Buena	17 (47,2)
	Mala	9 (25,0)
	Muy mala	7 (19,4)
<b>Recibe prestaciones sociales</b>	Sí	21 (58,3)
	No	15 (41,7)

D. T. = Desviación típica



### **7.1.2. Características relacionadas con el consumo de sustancias**

En la tabla 8, se describen las principales características relacionadas con el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales. En lo referente a las primeras, se aprecia que ambas han sido consumidas *alguna vez en la vida* por un alto porcentaje de usuarios, superando el tabaco al alcohol en un 22,2%. En cuanto a las drogas ilegales, se puede apreciar en la tabla 8, que las sustancias más consumidas son el cannabis y la cocaína (80,6%). Al preguntar a los usuarios por la principal vía de consumo, éstos indican la vía esnifada y oral (fumada) para la cocaína y la vía parenteral (inyectada) y oral (fumada) para la heroína.

En referencia a la frecuencia de consumo de sustancias en los *últimos 6 meses* se observa lo siguiente:

- ❖ Casi la totalidad de los usuarios (91,7%) han consumido tabaco en los últimos 6 meses. De ellos, el 97,1% lo ha hecho a diario y el 2,9% restante una o más veces a la semana.
- ❖ El 38,9% (n=14) ha consumido alcohol en los últimos 6 meses. De ellos, el 42,9% lo ha hecho a diario, el 28,6% una o más veces a la semana y el 28,6% menos de una vez a la semana.
- ❖ El 41,7% (n=15) ha consumido cannabis en los últimos 6 meses. De ellos, el 26,7% lo ha hecho a diario y el 73,3% restante menos de una vez a la semana.
- ❖ El 50% de la muestra (n=18) ha consumido tranquilizantes en los últimos 6 meses. De ellos, el 77,8% lo ha hecho a diario, el 5,6% una o más veces a la semana y el 16,7% menos de una vez a la semana.
- ❖ Sólo el 2,8% (n=1) ha consumido inhalantes en los últimos 6 meses, y afirma haberlo hecho a diario.
- ❖ El 19,4% (n=7) ha consumido anfetaminas en los últimos 6 meses. De ellos, el 57,1% lo ha hecho a diario y el 42,9% menos de una vez a la semana.
- ❖ Sólo el 5,4% (n=2) ha consumido éxtasis en los últimos 6 meses (uno de ellos a diario y el otro una o más veces a la semana).

- ❖ El 30,6% (n=11) ha consumido cocaína en los últimos 6 meses. De ellos, el 45,5% lo ha hecho a diario y el 54,5% menos de una vez a la semana.
- ❖ El 13,9% (n=5) ha consumido heroína en los últimos 6 meses. De ellos, el 20% lo ha hecho a diario, otro 20% una o más veces a la semana y el 60% menos de una vez a la semana.
- ❖ Finalmente, un sujeto indica haber consumido otras sustancias menos de una vez a la semana en los últimos 6 meses (2,8%).

**Tabla 8.** Consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses.

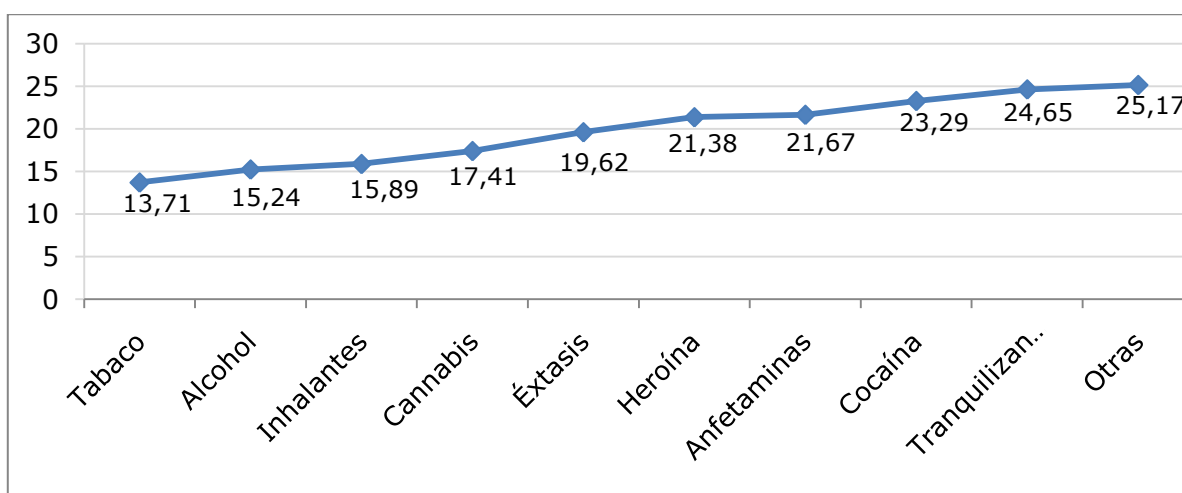
		<b>Muestra total N = 36</b>
		<i>n (%)</i>
<b>Tabaco</b>	Alguna vez en la vida	34 (94,4)
	Últimos 6 meses	33 (91,7)
<b>Alcohol</b>	Alguna vez en la vida	26 (72,2)
	Últimos 6 meses	14 (38,9)
<b>Cannabis</b>	Alguna vez en la vida	29 (80,6)
	Últimos 6 meses	15 (41,7)
<b>Tranquilizantes</b>	Alguna vez en la vida	24 (66,7)
	Últimos 6 meses	18 (50,0)
<b>Inhalantes</b>	Alguna vez en la vida	11 (30,6)
	Últimos 6 meses	1 (2,8)
<b>Anfetaminas</b>	Alguna vez en la vida	21 (58,3)
	Últimos 6 meses	7 (19,4)
<b>Éxtasis</b>	Alguna vez en la vida	14 (38,9)
	Últimos 6 meses	2 (5,6)
<b>Cocaína</b>	Alguna vez en la vida	29 (80,6)
	Últimos 6 meses	11 (30,6)
<b>Heroína</b>	Alguna vez en la vida	17 (47,2)
	Últimos 6 meses	5 (13,9)
<b>Otras</b>	Alguna vez en la vida	10 (27,8)
	Últimos 6 meses	1 (2,8)

Respecto a la edad de inicio en el consumo, en el gráfico 2 se observa que la edad media de consumo de tabaco y alcohol (13,71 y 15,24 años respectivamente) es claramente menor que la de inicio en el consumo de sustancias ilegales. En estas sustancias, la mayor media de edad se encuentra en otras drogas (ej., LSD), con una media de edad de inicio de 25,17 años.

El principal motivo por el que la población objeto empezó a consumir fue por curiosidad (27,8%), en cambio solo el 13,9% afirma que fue por presión de los amigos. El 69,4% afirma no estar consumiendo en el momento de contestar a la encuesta. Entre los que siguen consumiendo, el 11,1% lo hace por adicción o por otras razones (ej., aburrimiento, depresión, problemas familiares, etc.) (tabla 9).

El 47,2% cree que el entorno en el que se encuentra fuera del centro le influye en seguir consumiendo. La principal razón para esta influencia, en general, es que las personas de su alrededor consumen.

**Gráfico 2.** Edad de inicio en el consumo de distintas sustancias.



**Tabla 9.** Variables relacionadas con el consumo.

	<b>Muestra total (N = 36)</b>
	<i>n (%)</i>
<b>Principal motivo para inicio en el consumo</b>	
Experimentar nuevas sensaciones	7 (19,4)
Curiosidad	10 (27,8)
Presiones de los amigos	5 (13,9)
Evasión de la realidad	6 (16,7)
Otros	8 (22,2)
<b>Principal motivo por el que continua consumiendo</b>	
No consumo	25 (69,4)
Placer	2 (5,6)
Adicción	4 (11,1)
Influencias	1 (2,8)
Otras	4 (11,1)
<b>Influencia del entorno en el consumo</b>	
Sí	17 (47,2)
No	19 (52,8)

### ***7.1.3. Variables relacionadas con el tratamiento y/o el recurso terapéutico***

Por lo que respecta a las variables relacionadas con el tratamiento y con el recurso terapéutico, el 75% de la muestra objeto de la investigación afirma haber recibido algún otro tratamiento antes del actual (ver tabla 10).

**Tabla 10.** Variables relacionadas con el tratamiento y/o el recurso terapéutico.

	<b>Muestra total (N = 36)</b>
	<i>n (%)</i>
<b>Tratamientos previos</b>	
Sí	27 (75,0)
No	9 (25,0)
<b>Forma de ingreso en el centro</b>	
Voluntaria	24 (66,7)
Orden judicial	5 (13,9)
Autorización judicial	4 (11,1)
Ingreso de urgencia	2 (5,6)
<b>Tiempo de estancia en el centro</b>	
Menos de 3 meses	16 (44,4)
Entre 3 y 6 meses	4 (11,1)
Entre 6 y 12 meses	3 (8,3)
Entre 1 y 2 años	1 (2,8)
Más de 2 años	12 (33,3)
<b>Ha sufrido recaídas</b>	
Sí	11 (30,6)
No	25 (69,4)
<b>Recibe tratamiento farmacológico</b>	
Sí	33 (91,7)
No	3 (8,3)
<b>Facilidad en la adaptación al centro</b>	
Sí	27 (75,0)
No	9 (25,0)

**Tabla 10.** Variables relacionadas con el tratamiento y/o el recurso terapéutico (continuación).

	<b>Muestra total (N =36)</b>
	<i>n (%)</i>
<b>Trato recibido por los profesionales</b>	
Muy bueno	16 (44,4)
Bueno	13 (36,1)
Cordial	6 (16,7)
Malo	0 (0)
Muy malo	1 (2,8)
<b>Apoyo recibido fuera del centro</b>	
Muy bueno	14 (38,9)
Bueno	14 (38,9)
Malo	1 (2,8)
Muy malo	0 (0)
No recibe apoyo	6 (16,7)
<b>Perspectivas de futuro</b>	
Seguir consumiendo	2 (5,6)
Estudiar	4 (11,1)
Trabajar	29 (80,6)
Otras	1 (2,8)

En cuanto al recurso actual, la forma principal de ingreso en el centro ha sido voluntaria en el 66,7% de los casos, mientras que el 13,9% ha entrado por orden judicial.

Respecto al tiempo de estancia en el centro, el 44,4% de usuarios lleva menos de tres meses realizando el tratamiento en el centro. Se observa que el 69,4% de los sujetos encuestados afirma no haber sufrido recaídas en el tiempo que lleva en tratamiento.

La mayor parte de los usuarios (91,7%) está recibiendo algún tipo de tratamiento farmacológico actualmente (ej., antipsicóticos, antidepresivos, etc.). El 75% indica que se adaptó con facilidad al centro, mientras el 25%

restante reconoce problemas de adaptación, debidos fundamentalmente a las exigencias del centro o al estricto control sobre el consumo.

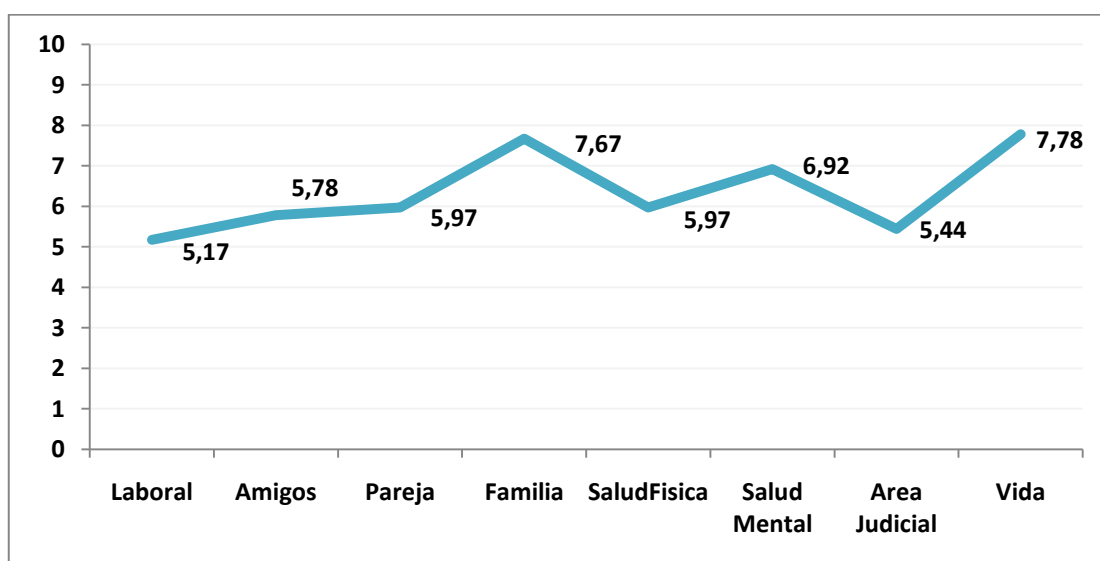
La mayor parte de los sujetos califican el trato de los profesionales hacia ellos de muy bueno (44,4%) y solo el 2,8% afirma que es muy malo. En cuanto al apoyo que reciben los usuarios fuera del centro, el 40% afirma que es muy bueno, mientras que el 16,7% afirma no recibir ningún apoyo.

Por lo que se refiere a las perspectivas de futuro, en el caso de que abandonasen el centro, el 80,6% espera trabajar frente al 5,6% que reconoce que desearía seguir consumiendo.

En lo referente a la media obtenida en la variable de "deseo del usuario de dejar las drogas en este momento" (rango de 0, "ningún deseo" a 10, "deseo total"), la media obtenida es muy alta (media = 8,36; D. T.= 3,12).

Finalmente, al valorar el impacto (en una escala del 0 al 10) que el consumo de sustancias ha tenido en distintas áreas de su vida (gráfico 3), la media obtenida en cuanto al impacto global ha sido bastante alta (media = 7,78; D. T. = 2,78). A un nivel más concreto, destaca el impacto del consumo en el área familiar, con una media de 7,67 (D. T. = 3,26). El impacto más bajo ha sido el ocasionado en el ámbito laboral (media = 5,17; D. T. = 4,16).

**Gráfico 3.** Impacto que ha tenido el consumo de drogas en los diferentes ámbitos en la vida de los usuarios.



## **7.2. Comparación entre usuarios de los dos recursos terapéuticos**

El segundo paso en el análisis de los datos fue comparar a los usuarios de los dos recursos terapéuticos, Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen y Proyecto Hombre, en las distintas variables sociodemográficas, características de consumo y cuestiones relacionadas con el tratamiento y el propio recurso. Pasamos a describir los principales hallazgos a continuación.

### ***7.2.1. Características sociodemográficas***

Por lo que respecta a las características demográficas, la comparación entre usuarios de los dos recursos puede verse en la Tabla 11.

Encontramos diferencias significativas en la variable sexo ( $\chi^2_{(1)} = 5,40$ ;  $p \leq 0,05$ ), ya que el porcentaje de hombres en el Neuropsiquiátrico es superior al de Proyecto Hombre (93,8% versus 60% respectivamente). En cambio, respecto a la edad, el estado civil, el número de hijos, la nacionalidad, el nivel de estudios, la situación laboral y económica, la unidad de convivencia y las relaciones familiares, los perfiles de los usuarios encuestados fueron bastante similares.

Sin embargo, sí hallamos diferencias en la variable prestaciones sociales ( $\chi^2_{(1)} = 6,22$ ;  $p \leq 0,05$ ): hay un mayor porcentaje de usuarios del Neuropsiquiátrico que reciben este tipo de ayudas (81,3% versus 40% en Proyecto Hombre).

En relación a las patologías físicas de la población objeto de la investigación, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos centros ( $\chi^2_{(1)} = 0,60$ ;  $p = 0,383$ ) si bien la presencia de este tipo de problemas de salud ha resultado ligeramente superior entre los usuarios de Proyecto Hombre (30% versus 18,8% en el grupo del Neuropsiquiátrico). Por el contrario, sí se alcanza la significación estadística en cuanto a la presencia de problemas de tipo mental ( $\chi^2_{(1)} = 16,28$ ;  $p \leq 0,001$ ) como cabía esperar. El 100% de los usuarios entrevistados en el Neuropsiquiátrico presentan alguna patología de este tipo. No obstante, la presencia de comorbilidad psiquiátrica



en el grupo de usuarios de Proyecto Hombre (35%) también ha resultado relevante.

**Tabla 11.** Comparación de los usuarios de los dos recursos terapéuticos en características sociodemográficas.

		<b>Neuropsiquiátrico (n = 16)</b>	<b>P. Hombre (n = 20)</b>	
		<i>Media (D.T.)</i>	<i>Media (D.T.)</i>	<i>t</i>
<b>Edad (Media, D.T.)</b>		37,8 (10,3)	36,2 (8,9)	0,52
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2$
<b>Sexo</b>	Hombres	15 (93,8)	12 (60,0)	5,40*
	Mujeres	1 (6,3)	8 (40,0)	
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	15 (93,8)	13 (65,0)	4,42
	Casado/a, vive en pareja	0 (0)	2 (10,0)	
	Divorciado/a separado/a	1 (6,3)	5 (25,0)	
<b>Número de hijos</b>	Ninguno	14 (87,5)	14 (70,0)	3,60
	1 o más de uno	2 (12,5)	6 (30,0)	
<b>Nacionalidad</b>	Española	15 (93,8)	18 (90,0)	2,86
	Otra	1 (6,2)	2 (10,0)	
<b>Nivel de estudios máximo alcanzado</b>	Sin estudios	2 (12,5)	0 (0)	7,33
	Básicos	12 (75,0)	10 (50,0)	
	Medios	1 (6,3)	7 (35,0)	
	Superiores	1 (6,3)	3 (15,0)	
<b>Situación laboral</b>	Trabaja	0 (0)	2 (10,0)	4,94
	Paro	10 (62,5)	12 (60,0)	
	De baja laboral	0 (0)	2 (10,0)	
	Estudia	1 (6,3)	1 (5,0)	
	Pensionista	4 (25,0)	3 (15,0)	
	Otras	1 (6,3)	0 (0)	

D. T. = Desviación típica; \*  $p \leq, 05$

**Tabla 11.** Comparación de los usuarios de los dos recursos terapéuticos en características sociodemográficas (continuación).

		<b>Neuropsiquiátrico (n = 16)</b>	<b>P. Hombre (n = 20)</b>	
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2$
<b>Unidad de convivencia</b>	Familia	9 (56,3)	13 (65,0)	4,15
	Amigos	3 (18,8)	0 (0)	
	Otros	4 (25,0)	7 (35,0)	
<b>Relación con su familia</b>	Muy buena	3 (18,8)	6 (30,0)	1,69
	Buena	7 (43,8)	9 (45,0)	
	Mala	2 (12,5)	3 (15,0)	
	Inexistente	4 (25,0)	2 (10,0)	
<b>Situación económica actual</b>	Muy buena	2 (12,5)	1 (5,0)	3,06
	Buena	5 (31,3)	12 (60,0)	
	Mala	5 (31,3)	4 (20,0)	
	Muy mala	4 (25,0)	3 (15,0)	
<b>Recibe prestaciones sociales</b>	Sí	13 (81,3)	8 (40,0)	6,22*
	No	3 (18,8)	12 (60,0)	

\*  $p \leq, 05$

### 7.2.2. Características relacionadas con el consumo de sustancias

Cuando comparamos a los usuarios de ambos recursos respecto al consumo de sustancias *alguna vez en la vida* (tabla 12), únicamente encontramos diferencias significativas en el caso de los inhalantes ( $\chi^2_{(1)} = 8,96$ ;  $p \leq, 01$ ), ya que el 52,9% de usuarios en el Neuropsiquiátrico han consumido este tipo de drogas frente al 10% de usuarios en Proyecto Hombre. En el resto de sustancias, no se han encontrado diferencias significativas.

En cuanto al consumo de sustancias en los *últimos 6 meses* no se ha alcanzado la significación estadística en ningún caso, si bien nos gustaría señalar el porcentaje de usuarios de Proyecto Hombre que reconocen haber consumido heroína en los últimos 6 meses (25%). En la comparación de frecuencia de consumo en los últimos 6 meses se hallaron diferencias en el caso del alcohol ( $\chi^2_{(1)} = 10,73$ ;  $p \leq, 01$ ): ningún usuario del Neuropsiquiátrico

bebía a diario frente al 66,7% de los usuarios de Proyecto Hombre. En el resto de sustancias no existen diferencias en la frecuencia de consumo.

**Tabla 12.** Comparación entre los usuarios de los dos recursos en cuanto al consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses.

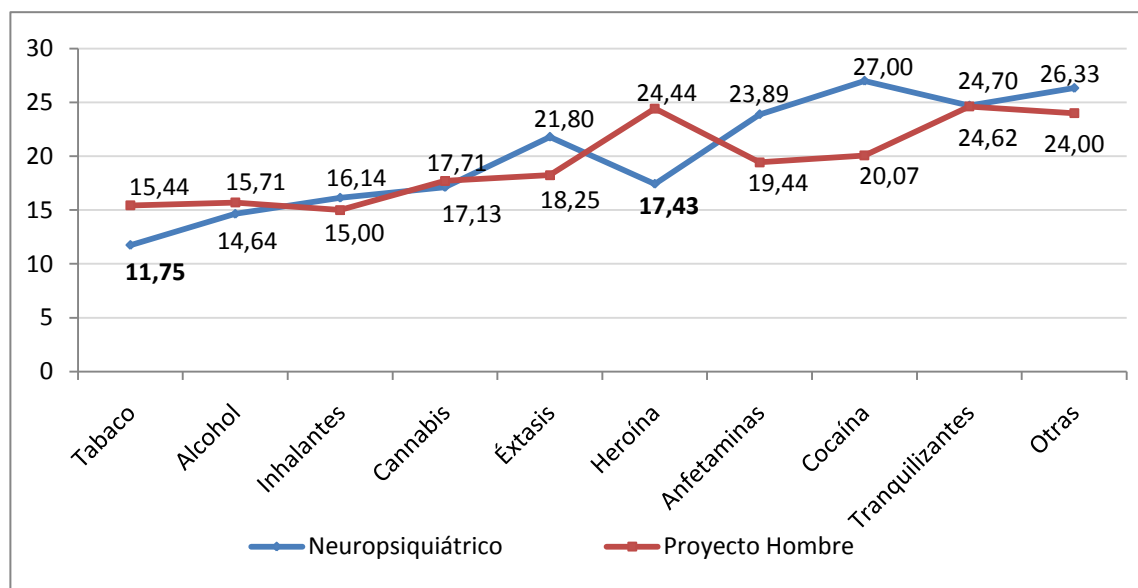
		<b>Neuropsiquiátrico (n = 16)</b>	<b>P. Hombre (n = 20)</b>	
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2$
<b>Tabaco</b>	Alguna vez en la vida	16 (100)	18 (90,0)	1,69
	Últimos 6 meses	16 (100)	18 (90,0)	1,69
<b>Alcohol</b>	Alguna vez en la vida	11 (68,8)	15 (75,0)	0,17
	Últimos 6 meses	5 (31,3)	9 (45,0)	0,71
<b>Cannabis</b>	Alguna vez en la vida	15 (93,8)	14 (70,0)	3,20
	Últimos 6 meses	8 (50,0)	7 (35,0)	0,82
<b>Tranquilizantes</b>	Alguna vez en la vida	11 (68,8)	13 (65,0)	0,06
	Últimos 6 meses	8 (50,0)	10 (10,0)	0,01
<b>Inhalantes</b>	Alguna vez en la vida	9 (56,3)	2 (10,0)	8,96**
	Últimos 6 meses	1 (6,3)	0 (0)	1,29
<b>Anfetaminas</b>	Alguna vez en la vida	11 (68,8)	10 (50,0)	1,29
	Últimos 6 meses	3 (18,8)	4 (20,0)	0,01
<b>Éxtasis</b>	Alguna vez en la vida	6 (37,5)	8 (40,0)	0,02
	Últimos 6 meses	0 (0)	2 (10,0)	2,86
<b>Cocaína</b>	Alguna vez en la vida	14 (87,5)	15 (75,0)	0,89
	Últimos 6 meses	3 (18,8)	8 (40,0)	1,89
<b>Heroína</b>	Alguna vez en la vida	8 (50,0)	9 (45,0)	0,09
	Últimos 6 meses	0 (0)	5 (25,0)	4,65
<b>Otras</b>	Alguna vez en la vida	3 (18,8)	7 (35,0)	1,17
	Últimos 6 meses	0 (0)	1 (5,0)	0,82

\*\* p ≤, 01

También comparamos la edad de inicio en el consumo de las distintas drogas. En el gráfico 4 puede observarse la existencia de diferencias

significativas en la edad de inicio en el consumo de tabaco ( $t = -2,32$ ;  $p \leq ,05$ ) y en el consumo de heroína ( $t = -2,33$ ;  $p \leq ,05$ ). En ambos casos, los usuarios del Neuropsiquiátrico se iniciaron en el consumo de estas drogas a una edad más temprana que los de Proyecto Hombre.

**Gráfico 4.** Edad de inicio en el consumo de diversas sustancias en los usuarios del Neuropsiquiátrico y Proyecto Hombre.



En relación al motivo por el que empezaron a consumir, el motivo por el que continúan consumiendo y la influencia del entorno en dicho consumo no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos (tabla 13).

**Tabla 13.** Comparación en variables relacionadas con el consumo.

	Neuropsiquiátrico (n = 16)	P. Hombre (n = 20)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2$
<b>Principal motivo para inicio en el consumo</b>			
Experimentar nuevas sensaciones	5 (31,3)	2 (10,0)	3,35
Curiosidad	3 (18,8)	7 (35,0)	
Presiones de los amigos	2 (12,5)	3 (15,0)	
Evasión de la realidad	2 (12,5)	4 (20,0)	
Otros	4 (25,0)	4 (20,0)	
<b>Principal motivo por el que continua consumiendo</b>			
No consumo	11 (68,8)	14 (70,0)	1,94
Placer	1 (6,3)	1 (5,0)	
Adicción	1 (6,3)	3 (15,0)	
Influencias	1 (6,3)	0 (0)	
Otras	2 (12,5)	2 (10,0)	
<b>Influencia del entorno en el consumo</b>			
Sí	7 (43,8)	10 (50,0)	0,14
No	9 (56,3)	10 (50,0)	

### **7.2.3. Variables relacionadas con el tratamiento y/o el recurso terapéutico**

Por lo que respecta a las variables relacionadas con el tratamiento y con el recurso terapéutico (ver tabla 14), encontramos diferencias significativas: mientras que en Proyecto Hombre el 95,0% de los usuarios ingresaron de forma voluntaria, en el Neuropsiquiátrico, únicamente accedieron mediante esta forma el 33,3% de los usuarios. En referencia al tiempo de estancia en el

centro, destaca que la gran parte de usuarios del Neuropsiquiátrico llevan más de dos años (75%), mientras que en el caso de la gran mayoría de los usuarios de Proyecto Hombre (75%) llevan menos de 3 meses en el recurso. Por último, destaca que el 56,3% de los usuarios del Neuropsiquiátrico hayan sufrido recaídas en el consumo de sustancias frente a solo el 10% de los usuarios de Proyecto Hombre.

En el resto de variables relacionadas con el tratamiento y el recurso terapéutico no se encontraron diferencias significativas.

**Tabla 14.** Comparación entre usuarios de los dos recursos terapéuticos en base a variables relacionadas con el consumo.

	<b>Neuropsiquiátrico (n = 16)</b>	<b>P. Hombre (n = 20)</b>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2$
<b>Tratamientos previos</b>			
Sí	14 (87,5)	13 (65,0)	2,40
No	2 (12,5)	7 (35,0)	
<b>Forma de ingreso en el centro</b>			
Voluntaria	5 (33,3)	19 (95,0)	16,80**
Orden judicial	5 (33,3)	0 (0)	
Autorización judicial	4 (26,7)	0 (0)	
Ingreso de urgencia	1 (6,7)	1 (5,0)	
<b>Tiempo de estancia en el centro</b>			
Menos de 3 meses	1 (6,3)	15 (75,0)	29,51***
Entre 3 y 6 meses	0 (0)	4 (20,0)	
Entre 6 y 12 meses	2 (12,5)	1 (5,0)	
Entre 1 y 2 años	1 (6,3)	0 (0)	
Más de 2 años	12 (75,0)	0 (0)	

\*\*p ≤,01; \*\*\*p ≤,001

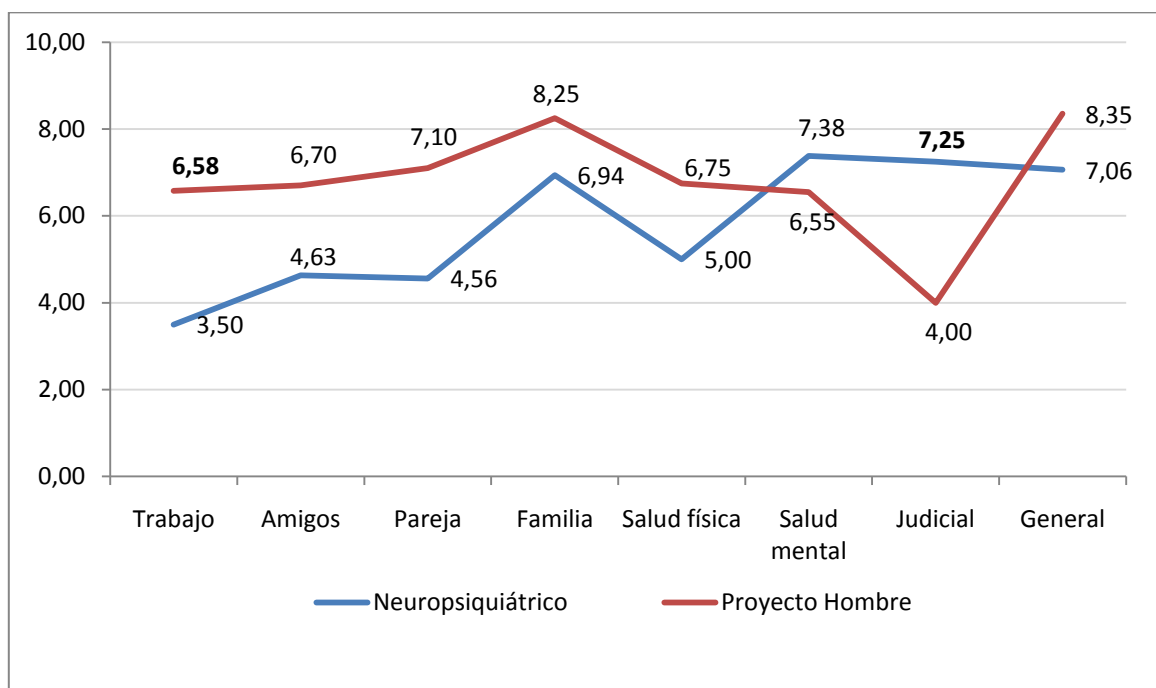
**Tabla 14.** Comparación entre usuarios de los dos recursos terapéuticos en base a variables relacionadas con el consumo (continuación).

	<b>Neuropsiquiátrico (n = 16)</b>	<b>P.Hombre (n = 20)</b>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2$
<b>Ha sufrido recaídas</b>			8,96**
Sí	9 (56,3)	2 (10,0)	
No	7 (43,8)	18 (90,0)	
<b>Recibe tratamiento farmacológico</b>			
Sí	16 (100)	17 (85,0)	
No	0 (0)	3 (15,0)	
<b>Facilidad en la adaptación al centro</b>			2,05
Sí	11 (44,0)	14 (70,0)	
No	5 (31,3)	4 (20,0)	
<b>Trato recibido por los profesionales</b>			
Muy bueno	6 (37,5)	10 (50,0)	2,33
Bueno	7 (43,8)	6 (30,0)	
Cordial	2 (12,5)	4 (20,0)	
Malo	0 (0)	0 (0)	
Muy malo	1 (6,3)	0 (0)	
<b>Apoyo recibido fuera del centro</b>			7,37
Muy bueno	3 (20,0)	11 (55,0)	
Bueno	8 (53,3)	5 (25,0)	
Malo	0 (0)	1 (5,0)	
Muy malo	0 (0)	0 (0)	
No recibe apoyo	4 (26,7)	2 (10,0)	
<b>Perspectivas de futuro</b>			5,19
Seguir consumiendo	2 (12,5)	0 (0)	
Estudiar	1 (6,3)	3 (15,0)	
Trabajar	12 (75,0)	16 (80,0)	
Otras	1 (6,3)	0 (0)	

\*\*p ≤ ,01

Al comparar a los usuarios de los dos recursos terapéuticos en relación al impacto que el consumo de drogas ha tenido en distintas áreas de su vida, encontramos que solo existen diferencias significativas en el ámbito laboral y judicial (gráfico 5). Así, los usuarios del Neuropsiquiátrico indicaron un mayor impacto en el área judicial ( $t = 2,37$ ;  $p \leq ,05$ ) mientras que los de Proyecto Hombre destacan el impacto en el área laboral ( $t = -2,26$ ;  $p \leq ,05$ ).

**Gráfico 5.** Impacto que han tenido las drogas en diversas áreas de la vida de los usuarios.





## 8. DISCUSIÓN

El objetivo del presente Trabajo Fin de Grado era conocer las diferencias existentes entre los perfiles de usuarios de dos recursos terapéuticos de la ciudad de Zaragoza, la CT de Proyecto Hombre y el Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen.

Al analizar los datos obtenidos, observamos que, en la línea de lo apuntado recientemente en el estudio de Gutiérrez et al. (2009) o de la Asociación Proyecto Hombre (2012), existe un mayor número de hombres en tratamiento por consumo de sustancias que de mujeres. Este hecho puede deberse a diversos motivos, como por ejemplo un menor consumo de determinadas sustancias, fundamentalmente ilegales por parte de la población femenina, y por otro, porque es más difícil que las mujeres acudan a tratamiento y demanden ayuda por el estigma social que las rodea (Arostegui y Urbano, 2004).

Por lo que respecta a la edad de los usuarios, ésta ha sido ligeramente inferior a la que han apuntado estudios previos en otras Comunidades Autónomas. En el presente trabajo la edad media de los usuarios en tratamiento ha sido de 37 años, frente a los 50 años de media en el trabajo de Fernández et al. (2008). Tal y como se ha ido observando en las Encuestas Domiciliarias y Escolares realizadas por el Plan Nacional Sobre Drogas estos últimos años (2013, 2014), la edad de inicio en el consumo de sustancias ha ido disminuyendo, lo cual provocaría que aquellos que desarrollan antes un trastorno adictivo acudan a alguno de estos recursos a una edad más temprana.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los usuarios son solteros (61,6%), con una distribución similar a la obtenida por otros autores (Egea et al., 2005; Gutiérrez et al., 2009). Respecto al nivel de estudios, aunque el porcentaje de sujetos con estudios básicos en el presente trabajo es mayor (61,1% frente al 28% apuntado por Observatorio Proyecto Hombre, 2012), en líneas generales se puede concluir que el nivel educativo de los usuarios de este tipo de recursos públicos suele ser medio-bajo, lo cual les sitúa en una

posición de mayor riesgo de exclusión social (Egea et al., 2005; Gutiérrez et al., 2009). En la misma línea, la situación laboral es semejante ya que más de la mitad de los usuarios de este tipo de recursos no está en activo (desempleo principalmente). No obstante, desconocemos si esta situación, tanto en estado civil como en situación laboral, podría deberse al impacto que ha tenido el consumo de drogas en su esfera personal y laboral respectivamente o ha sido consecuencia de la situación de internamiento en la que se encontraban en el momento del estudio.

Nos gustaría señalar el hecho de que el 8,3% de la población objeto del presente estudio de investigación es extranjera. Aunque dado el bajo tamaño muestral no hemos podido profundizar en esta variable, creemos que al igual que sucedía en la población femenina, el acceso a los tratamientos por parte de este sector de la población es menor, lo que acentuaría el riesgo de ser excluidos socialmente.

En lo referente al tipo de sustancias consumidas, destacan las legales (tabaco y alcohol) y el cannabis y la cocaína entre las ilegales. En cambio, la demanda de tratamiento por consumo de heroína parece haber ido disminuyendo en las últimas décadas (Fernández et al., 2008). El consumo de drogas como la cocaína ha aumentado espectacularmente en los últimos años en España poniéndola a la cabeza dentro de la Unión Europea. Esto ha llevado parejo un incremento de las demandas de tratamiento por consumo de cocaína, y los expertos apuntan que en los próximos años sucederá algo similar con el cannabis (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013).

En cuanto a la forma de acceso al tratamiento, la mayoría de los usuarios lo ha hecho de manera voluntaria, tal y como habían encontrado estudios anteriores (Egea et al., 2005; Fernández et al., 2008). Sin embargo, a pesar de esto, la mayoría indican haber realizado varios tratamientos antes del actual.

A pesar del impacto que tiene el consumo de sustancias tiene en el individuo, casi la mitad de los encuestados indica que la relación con su familia es buena o muy buena. La mayoría de ellos indica que vivía con ellos antes de

su internamiento en el centro. Significa esto que la familia ha constituido y constituye su principal fuente de apoyo, y dado que las relaciones con ella son valoradas positivamente por un porcentaje significativo de los encuestados, ésta se convierte en una variable importante para el éxito del tratamiento (Gutiérrez et al., 2009).

Este trabajo no está exento de limitaciones, algunas de las cuales se han derivado directamente de las dificultades que han ido surgiendo en su realización. En primer lugar, el tamaño de la muestra es pequeño y su elección no ha sido al azar (intencional en el Neuropsiquiátrico, voluntaria en Proyecto Hombre), lo que impide la generalización de los datos. Queremos manifestar, por lo tanto, que las conclusiones derivadas de este trabajo han de ser interpretadas con precaución. La idea inicial era haber encuestado a todos los usuarios de los dos recursos asistenciales (un total de 92 personas), pero por diversos motivos ajenos a nuestra voluntad fue imposible. No obstante, se ha intentado que la representatividad de las muestras fuese lo más fiel posible a la realidad, teniendo en cuenta por ejemplo la distribución en base a la variable sexo. Por otro lado, el estado físico y mental de los usuarios del Neuropsiquiátrico ha dificultado la realización de las encuestas y esto puede haber influido en la veracidad de la información ofrecida por ellos.

A pesar de las dificultades, hemos contado en todo momento con la participación y buena voluntad de usuarios y profesionales, y gracias a ello ha sido posible alcanzar el objetivo inicial propuesto: la comparación de usuarios drogodependientes de dos recursos terapéuticos. El fin último no es otro que optimizar los recursos humanos y materiales con los que contamos, y sobre todo, reivindicar el papel que el profesional del Trabajo Social tiene en el ámbito de las drogodependencias. Tal y como afirma Romero (2003), los trabajadores sociales debemos intervenir para conseguir de los individuos su máximo desarrollo psicosocial. Un individuo drogodependiente va a presentar una serie de demandas individuales, familiares, etc. en las que el trabajador social tiene mucho que ver. Las metas del profesional en estos casos son claras (Feuerlein, 1982): a) reforzar y fomentar las funciones del individuo; b) concienciar y modificar la situación problemática y los factores que mantienen

la conducta desviada; y c) ayudar a la nueva construcción de roles sociales dentro de un funcionamiento social.

## **9. CONCLUSIONES**

Las principales conclusiones obtenidas en el presente trabajo de investigación se indican a continuación:

- ❖ El porcentaje de hombres en el Neuropsiquiátrico es superior al de Proyecto (93,8% versus 60%).
- ❖ Respecto a la edad, el estado civil, el número de hijos, la nacionalidad, el nivel de estudios, la situación laboral y económica, la unidad de convivencia y las relaciones familiares, los perfiles de los usuarios encuestados de ambos recursos son similares.
- ❖ En cuanto a las prestaciones sociales, el porcentaje de usuarios que reciben estas ayudas es mayor en el recurso del Neuropsiquiátrico (81,3%) mientras que en Proyecto Hombre solo un 40% tienen acceso a ellas.
- ❖ Mientras que la presencia de enfermedades físicas es similar en ambos recursos, existen notables diferencias en cuanto a las enfermedades mentales, derivadas lógicamente del recurso seleccionado. No obstante, existe un porcentaje notable (35%) de usuarios de Proyecto Hombre que presenta patología dual.
- ❖ En referencia al consumo de sustancias alguna vez en la vida, sólo existen diferencias en el caso de los inhalantes, en el que destacan los usuarios del Neuropsiquiátrico frente a los de Proyecto Hombre.
- ❖ En cuanto al consumo de sustancias más reciente (últimos 6 meses), los usuarios de Proyecto Hombre, frente a los del Neuropsiquiátrico, destacan en consumo de alcohol.

- ❖ La edad de inicio de consumo de drogas es más temprana en los usuarios del Neuropsiquiátrico que en los de Proyecto Hombre (14,64 años y 15,71 años respectivamente).
- ❖ En relación al motivo por el que empezaron a consumir, el motivo por el que continúan consumiendo y la influencia del entorno en dicho consumo no se encontraron diferencias significativas entre los dos recursos.
- ❖ En cuanto a las formas de ingreso, el 95,0% en Proyecto Hombre ingresaron de forma voluntaria, frente al 33,3% de los usuarios del Neuropsiquiátrico que lo hicieron también de esta forma.
- ❖ En referencia al tiempo de estancia que llevan los usuarios en los recursos, encontramos que el 75% de los usuarios en el Neuropsiquiátrico lleva más de dos años, mientras que la gran mayoría (también 75%) de los usuarios de Proyecto Hombre lleva menos de tres meses en el centro.
- ❖ El 56,3% de los usuarios del Neuropsiquiátrico han sufrido recaídas en el consumo de sustancias, frente al 10% de Proyecto Hombre. En el resto de variables relacionadas con el tratamiento y el recurso terapéutico no se encontraron diferencias significativas.
- ❖ En relación al impacto del consumo de drogas en las distintas áreas de la vida de los usuarios, en Proyecto Hombre destaca el impacto en el ámbito laboral, mientras que en el Neuropsiquiátrico, lo hace el ámbito judicial.

## 10. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, 4th ed., revised text*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).
- Arostegi E. y Urbano A. (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Asociación Proyecto Hombre (2012). *Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente*.
- Cea, M. A. (1998). *Metodología cuantitativa estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Comas, D. (1987). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comas, D. (2006). *Comunidades Terapéuticas en España: Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Fundación Atenea, Grupo GID.
- Comas, D. (Ed.) (2010). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea, Grupo GID.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Dirección General de Salud Pública (2010a). *Recursos en atención a drogodependencias*. Gobierno de Aragón.
- Dirección General de Salud Pública (2010b). *Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Gobierno de Aragón.

- Egea, C., Pérez, M. D., Osuna, E., Falcón, M. y Luna, A. (2005). Perfil de los usuarios de una unidad móvil de drogodependencias en el sureste de España. *Adicciones*, 17, 307-314.
- Fernández, V., Fernández, A. M. y López, J. (2008). *Pasado y presente. ¿Hay diferencia en el perfil del usuario de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Monforte? 1996-2006*. *Trastornos Adictivos*, 10, 121-126.
- Feuerlein, W. (1982). *Alcoholismo: Abuso y Dependencia*. Barcelona: Salvat.
- Gimeno, C., Amérigo, M. A. y Martí, M. J. (1993). Perfil de los drogodependientes y familias atendidas en el Servicio Municipal de Drogodependencias de Villajoyosa. *Cuadernos de Trabajo Social*, 2, 259-268.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Gutiérrez, E., Donate, I., Hevia, J. R. y González, J. A. (2009). *Perfil de los pacientes que acuden a tratamiento residencial en Comunidades Terapéuticas del Principado de Asturias 2001-2008*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Madoz, A., García, V., Luque, E. y Ochoa, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25, 300-308.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2013). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013). *Informe Mundial sobre las Drogas*.

Pérez, F. (2012). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 287-303.

Plan Nacional Sobre Drogas (2013). *Encuesta sobre Alcohol y drogas en población general española (EDADES 2011-2012)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Plan Nacional Sobre Drogas (2014). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012/2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Romero, I. (2003). Trabajo Social y Medicina en Extremadura. *Revista de Estudios Extremeños*, 59, 343-367.

## **WEBGRAFÍA**

Página web del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD): <http://www.pnsd.msc.es/home.htm>

Página web de Proyecto Hombre Zaragoza: <http://www.fundacioncsz.org/>



## 11. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

### TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Cronograma del estudio de investigación social.....	11
<b>Tabla 2.</b> Definición de las variables incluidas en la encuesta.....	12
<b>Tabla 3.</b> Media de edad (en años) en el consumo de drogas desde 1995 hasta 2011.....	22
<b>Tabla 4.</b> Evolución del perfil de los usuarios de Programas Residenciales. Asturias 2001-2008.....	29
<b>Tabla 5.</b> Características de la muestra (N = 325) del estudio de Madoz et al. (2013).....	31
<b>Tabla 6.</b> Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo.....	35
<b>Tabla 7.</b> Características sociodemográficas de la muestra total (N = 36).....	56
<b>Tabla 8.</b> Consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses.....	58
<b>Tabla 9.</b> Variables relacionadas con el consumo.....	60
<b>Tabla 10.</b> Variables relacionadas con el tratamiento y/o el recurso terapéutico.....	61
<b>Tabla 11.</b> Comparación de los usuarios de los dos recursos terapéuticos en características sociodemográficas.....	65
<b>Tabla 12.</b> Comparación entre los usuarios de los dos recursos en cuanto al consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses.....	67
<b>Tabla 13.</b> Comparación en variables relacionadas con el consumo...	69
<b>Tabla 14.</b> Comparación entre usuarios de los dos recursos terapéuticos en base a variables relacionadas con el consumo.....	70

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribución de la muestra en función del centro de referencia.....	54
<b>Gráfico 2.</b> Edad de inicio en el consumo de distintas sustancias.....	59
<b>Gráfico 3.</b> Impacto que ha tenido el consumo de drogas en los diferentes ámbitos en la vida de los usuarios.....	63
<b>Gráfico 4.</b> Edad de inicio en el consumo de diversas sustancias en los usuarios del Neuropsiquiátrico y Proyecto Hombre.....	68
<b>Gráfico 5.</b> Impacto que han tenido las drogas en diversas áreas de la vida de los usuarios.....	72

