

Eficiencia en el tratamiento de adicciones en un contexto residencial

Descripción, aplicación y evaluación de una propuesta terapéutica

José María Salgado Cacho*

María del Pilar Moreno Jiménez**

* Director técnico de tratamiento de la Comunidad Terapéutica de ARPOM

** Doctora en Psicología, profesora titular de la universidad de Málaga

Enviar correspondencia a: josemariasalgado@psicologos.com

RESUMEN

A las comunidades terapéuticas se les está exigiendo una adaptación continua en su metodología de trabajo, motivada por una serie de cambios en el perfil diferente de usuarios respecto a su adicción, así como las especiales condiciones sociales y económicas de nuestros días, que da lugar a que acudan más personas a tratamiento a medida que se reducen los recursos sociales. Por lo tanto se hace indispensable el continuo cambio y renovación de los centros de tratamiento residenciales, configurándose como modelos de tratamiento altamente eficientes para dar respuesta a la demanda actual.

En este trabajo se analiza un tratamiento tradicional llevado a cabo desde las distintas comunidades terapéuticas de la entidad ARPOM; se aplica una propuesta terapéutica con cambios que subsanan las deficiencias del tratamiento tradicional; se evalúan y comparan los resultados obtenidos en ambos tratamientos. Finalmente, se identifican una serie de indicadores que aparecen como predictores del abandono prematuro del tratamiento, lo que puede orientar al terapeuta en la intervención.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica, eficiencia, cambio, tratamiento.

ABSTRACTS

Therapeutic communities are being demanded to adjust their work methodology, motivated by a series of changes in the users profile concerning their addictions, as well as the present social and economic conditions that cause even more people to require treatment just when there are less resources destined to this cause. Therefore it is essential for continuous changes and renovations in the residential treatment centres, having to create different high efficiency treatment models to respond to the current demand.

It is at this point where an analysis of the traditional treatment is done from the different therapeutic communities at ARPOM, implementing a therapeutic proposal associated with changes that correct the errors of the traditional treatment, evaluating and comparing the results obtained. Also identified are a series of indicators that seem confident predictors of the premature treatment withdrawal which can guide the therapist during the session.

Keywords: Therapeutic communities, efficiency, change, treatment.

INTRODUCCIÓN

La propuesta terapéutica que se realiza a continuación surge a partir de la necesidad de aumentar la eficiencia del tratamiento prestado a las personas con problemas de dependencia a sustancias que acuden a una Comunidad Terapéutica (CT).

En el tratamiento de las adicciones en contextos residenciales se han ido produciendo una serie de cambios (perfil del usuario, sustancia consumida, fuentes de apoyo disponibles...) que están requiriendo una continua adaptación del tratamiento que se ofrece, ajustando tiempo, recursos y profesionales a la nueva realidad.

Hay que tener en cuenta que la finalidad del tratamiento en una CT en nuestros días dista de la finalidad clásica que consideraba la CT como único lugar donde las personas adictas estaban seguras, siendo un fin en sí misma. La visión clásica del tratamiento de adicciones según esta perspectiva identifica un entorno normalizado como “otro lugar en el que las personas adictas no podían vivir sin recaer en la adicción, lo que supone que debían permanecer de forma indefinida en la comunidad” (Polo y Zelaya, 1983).

Además de la necesidad de adaptación de los profesionales a las nuevas necesidades que presentan las personas con problemas de adicción (tanto en la sustancia consumida, edad de los usuarios, relación familiar, realidad social...) encontramos una presión importante por parte de la administración que obliga a los centros de tratamiento a la continua evaluación y cambio. Esta presión se concreta en la importante reducción de recursos económicos que la administración pública está dedicando al tratamiento de adicciones. Si a esto se une la alta tasa de recaídas que presenta la población con problemas de consumo de drogas, encontramos que se hace necesario -indispensable- realizar tratamientos lo más eficaces posibles con el mínimo gasto, de manera que se pueda atender a la mayor parte de la población que presente esta problemática con los recursos de los que se dispone.

El trabajo que aquí se expone busca aumentar la eficiencia del tratamiento en el contexto residencial de las CTs, haciendo una evaluación sobre la metodología de trabajo que se realiza y llevando a cabo los cambios necesarios para subsanar las deficiencias detectadas.

Programa terapéutico de ARPOM

ARPOM es una asociación dedicada al tratamiento de conductas adictivas desde hace 20 años. Cuenta con apoyo y subvenciones de organismos públicos tales como Ayuntamiento de Málaga, Junta de Andalucía, y convenios con otras instituciones fuera de la Comunidad Andaluza como el Gobierno Vasco.

El programa intenta dar respuesta a la disfunción conductual en el marco geográfico más cercano donde ésta se produce. Hay una separación parcial de la persona con su entorno habitual, ingresando en régimen residencial y recorriendo las fases normales de un programa terapéutico: desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y reinserción. Cada persona tiene su propio plan terapéutico elaborado, seguido y evaluado por un

equipo multidisciplinar de tratamiento, abordando la problemática presentada desde distintos ámbitos de actuación.

Se cuenta con diferentes recursos de tratamiento para dar respuesta a cada una de las necesidades específicas de los demandantes de tratamiento. En concreto, se dispone de: CT urbana, CT rural, centro de día, piso de reinserción y centro ambulatorio.

El programa terapéutico está basado teóricamente en el Modelo Transteórico de las Conductas Adictivas de Prochaska, DiClemente y Norcross (1994). Este modelo describe qué elementos subyacen al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva. Al existir personas en distintas etapas, surge la necesidad de motivarlas para que pasen al siguiente estadio del cambio, para lo que se utiliza Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991).

Descripción de los grupos de trabajo

A continuación se realiza una descripción de los grupos de trabajo en los que se estructura la metodología utilizada de forma tradicional en la CT urbana de ARPOM-Málaga (Tratamiento Tradicional), y una descripción de la propuesta terapéutica que se ha realizado desde la CT rural de ARPOM-Álora (Tratamiento Experimental).

Descripción del Tratamiento Tradicional

La distribución de los grupos de trabajo durante el desarrollo del programa terapéutico se denominan: Grupo Inicial (grupo 1), Grupo Intermedio (grupo 2), Grupo Avanzado (grupo 3) y Grupo de Reinserción (grupo 4).

Grupo inicial

En este primer momento se busca potenciar el cambio de hábitos y costumbres adquiridos durante el consumo. El tratamiento se basa, principalmente, en la convivencia dentro de la CT, asistencia a grupos de autoayuda coordinados por un monitor/educador y participación en las distintas actividades que componen la rutina de la CT: participación en las tareas de mantenimiento y limpieza del centro, asistencia a talleres ocupacionales y participación en actividades de ocio y tiempo libre. La duración media de esta fase es de tres meses.

A su vez, las personas pertenecientes al grupo inicial, pueden tener entrevistas, a petición del usuario, con el psicólogo de la Comunidad, así como con la trabajadora social para tratar temas judiciales, bajas laborales, prestaciones de desempleo, etc.

El objetivo principal de esta fase de tratamiento es el cambio de hábitos en la conducta adictiva, basándose para ello en la convivencia con otros iguales y la participación en grupos de autoayuda, donde las distintas experiencias de cada participante propician un cambio de perspectiva en la forma de ver los problemas que les han sucedido. Así mismo, se facilita una mayor predisposición a la escucha mediante el proceso de identificación de situaciones que han sucedido al resto de usuarios.

Grupo intermedio

En esta segunda fase se busca mantener y reforzar el no-consumo conseguido durante los primeros meses de tratamiento. Se continúa la rehabilitación del sujeto, donde se empiezan a potenciar los recursos personales. Se intenta normalizar la situación familiar, comenzando con una toma de contacto con su ambiente, a la vez que se va fortaleciendo la confianza en sí mismo. La duración media de esta fase es de tres meses.

El tratamiento se sigue apoyando fuertemente en la convivencia dentro de la CT y se inician contactos con la familia de manera más intensa. Es en esta fase cuando los usuarios del programa comienzan a tener entrevistas periódicas de manera estructurada con el psicólogo de referencia, comenzando formalmente con el tratamiento psicológico. Además de participar en los grupos de autoayuda coordinados por un monitor/educador, se inician las psicoterapias coordinadas por el psicólogo de referencia. Durante las psicoterapias de este grupo se trabaja fundamentalmente la prevención de recaídas de la conducta adictiva.

Grupo avanzado

Se pretende, fundamentalmente, fortalecer los objetivos conseguidos en las fases anteriores de tratamiento. Se continúa con la prevención de recaídas y se inicia el análisis, reconocimiento y expresión de sentimientos, técnicas para superar frustraciones y ensayo de estrategias (resolución de conflictos y habilidades de comunicación con la familia). De esta manera se busca facilitar la socialización y afrontar de manera adecuada los conflictos que puedan surgir. La duración media de esta fase es de tres meses.

El contacto con el equipo técnico (educadores, psicólogo y trabajadores sociales) sigue la misma dinámica que en la fase anterior, de manera que se realizan entrevistas estructuradas, se asiste a grupos de autoayuda y a psicoterapias.

Grupo de reinserción

Este grupo de autoayuda se divide en dos momentos bien diferenciados. El primero tiene una duración de mes y medio, y pretende la consolidación, puesta en práctica y evaluación continua de los cambios adquiridos durante el tiempo de tratamiento. Se trabaja la ocupación efectiva del ocio y tiempo libre, la búsqueda de un entorno social no vinculado a personas consumidoras y habilidades básicas de búsqueda activa de empleo. Durante el desarrollo de toda esta fase se siguen evaluando las dificultades que surgen en la nueva realidad, y se plantean alternativas al consumo de sustancias para la resolución de problemas.

El segundo momento de este grupo de reinserción se caracteriza por el paso de los usuarios al piso de reinserción. Esto sólo se realiza si los usuarios no cuentan con apoyos sociales en el exterior, o estos apoyos se consideran de riesgo para reiniciarse en la conducta adictiva.

Descripción del Tratamiento Experimental

El desarrollo del programa terapéutico experimental se organiza en tres grupos denominados: Grupo Inicial, Grupo Avanzado y Grupo de Incorporación Social.

Grupo inicial

En esta nueva propuesta de tratamiento, el “Grupo inicial” incluye los grupos “Inicial e Intermedio” del tratamiento tradicional (grupos 1 y 2). Existen varios criterios que sustentan la unión de ambos grupos. En primer lugar, se acorta el tiempo de duración del tratamiento. Como es bien sabido, el tiempo de retención en el tratamiento es algo fundamental para que dicho tratamiento pueda surtir algún efecto. De esta manera, y según los datos con los que se cuenta hasta la fecha en la base de datos de ARPOM, los abandonos ocurren, principalmente, en los primeros dos meses de tratamiento, de manera que se decidió centrarse en dicha etapa para disminuir el número de personas que abandonan el tratamiento.

A modo de resumen, a partir del análisis realizado con los usuarios de ARPOM y de la bibliografía existente, encontramos que: A) Existe un considerable número de abandonos durante las primeras semanas de tratamiento. B) Cuando se somete a evaluación la etapa de cambio en la que se encuentran los nuevos usuarios de ARPOM, utilizando el cuestionario estandarizado URICA (McConnaughy, DiClemente, Prochaska, y Velicer, 1989), se obtiene un elevado número de personas en etapas iniciales de cambio, como contemplación y pre-contemplación. Este dato indica que estos usuarios no se encuentran en la fase de acción, en la que teóricamente deberían estar las personas que inician voluntariamente un tratamiento. C) Según Prochaska et al. (1994), utilizar procesos no ajustados a la etapa de motivación para el cambio no suele ser eficaz, con la posibilidad añadida de perjudicar la evolución positiva del usuario. D) Las personas que no cambian de etapa durante el primer mes de tratamiento, tienen muchas posibilidades de no cambiar en los siguientes 6 meses (Di Clemente y Prochaska, 1982).

A partir de este análisis, se evidencia la necesidad de ampliar el papel del psicólogo con formación específica en entrevista motivacional durante la primera fase del tratamiento, a fin de realizar una primera evaluación de la etapa en la que se encuentran los usuarios, para así vencer las resistencias presentadas. Se propone la unión de los grupos 1 y 2 de manera que la psicoterapia toma un papel más activo desde las primeras etapas de tratamiento. Los cambios más importantes que se realizan en la primera fase son los siguientes:

- Una vez concluida la fase de desintoxicación, se evalúa la etapa de cambio en la que se encuentran los usuarios que ingresan en CT mediante el cuestionario estandarizado URICA (McConnaughy et al. 1989).
- El grupo 1 y 2 del tratamiento tradicional quedan unidos pasándose a llamar “Grupo Inicial”, acortándose también el tiempo de duración.

- El psicólogo deja de ser una figura a la que acudir en situaciones de crisis, iniciándose las intervenciones individuales estructuradas desde el momento de ingreso en la Comunidad Terapéutica.
- Se inician también grupos de psicoterapia desde el comienzo del tratamiento, complementando así los grupos de autoayuda a los que asistían los usuarios pertenecientes al grupo 1 en el tratamiento tradicional.
- La prevención de recaídas ya no se trabaja en el grupo 2 (ahora desaparecido por la unión del 1 y 2) ya que el nivel motivacional para el cambio en las primeras fases del programa no es suficientemente alto para realizar cambios conductuales enfocados a la evitación de riesgos. Por lo tanto, se adecúan los procesos de cambio a la etapa de cambio.

Grupo avanzado

Este grupo equivale aproximadamente a la concepción del grupo 3 del tratamiento tradicional y se reduce en dos semanas (de 12 a 10 semanas).

El cambio más importante que se produce en el grupo avanzado es el contenido de las sesiones psicoterapéuticas. En la concepción tradicional se trabaja en esta etapa de manera más profunda el trabajo con habilidades sociales, la consciencia emocional, capacidad de introspección... temas que se abordan desde el tratamiento experimental en las primeras etapas, ya que se busca el aumento de conciencia de enfermedad y la motivación por el cambio, más efectivo al inicio del tratamiento; de nuevo se trata de ajustar procesos con etapa de cambio. Desde la misma perspectiva, entendemos que las técnicas y propuestas terapéuticas que se utilicen durante el tratamiento en CT orientadas a la acción (como es el caso del programa de prevención de recaídas) deben incluirse en las últimas fases de tratamiento, cuando se valora la fase de cambio de cada usuario y se hayan tratado las posibles resistencias hacia el tratamiento. Se considera que los usuarios que llegan al grupo avanzado cumplen los requisitos para poder aprovechar el programa de prevención de recaídas.

Grupo de incorporación social

En este grupo, tanto los objetivos como el contenido son iguales que en el grupo 4 tradicional, pero aparece un importante acortamiento en el tiempo total de tratamiento.

Reducir el tiempo a la mitad se justifica por las indicaciones que se establecen desde la Fundación para la Atención y la Integración Social (FADAIS), ya que “a partir de un determinado momento la percepción del sujeto con respecto a lo que se le ofrece cambia, pudiendo caer en la monotonía y por tanto en un estancamiento e incluso en regresiones en su evolución¹”. Esta afirmación se ve especialmente marcada en la última etapa de tratamiento, de manera que se ha podido observar que a medida que aumenta el tiempo de estancia en las últimas fases, la motivación y la actitud activa va decreciendo.

¹ Conclusiones de la reunión convocada por el Servicio de Coordinación Asistencial en Abril de 2009 por la ya desaparecida Dirección General para la Drogodependencias y Adicciones de Andalucía.

Se considera que el aumento de confianza en sí mismo, la alta motivación y el refuerzo del autoconcepto que se consigue al pasar al grupo avanzado y posteriormente al grupo de incorporación social es un refuerzo positivo que se debe aprovechar en la puesta en práctica de las habilidades aprendidas durante el tratamiento, pero ahora de manera más intensa en el entorno habitual.

MÉTODO

Objetivos e hipótesis

Objetivo general: Diseñar, implantar y evaluar un nuevo programa terapéutico de tratamiento de adicciones en un contexto residencial, concretamente en Comunidad Terapéutica.

Hipótesis: Se consiguen mejores resultados con la aplicación del tratamiento experimental, atendiendo al tipo de alta que obtienen los usuarios, es decir aumentando la “Capacidad de Resolución”.

Metodología

Elección de la muestra

La elección de la muestra que ha participado en las distintas Comunidades Terapéuticas ha sido aleatoria, ya que ambos centros tienen una gestión de plazas independiente. Los usuarios ingresan en uno u otro centro según la comunidad con la que hayan contactado, sin que exista una valoración previa que determine la asignación a uno u otro centro.

La única diferencia que existe en la modalidad de entrada en la CT experimental (Álora) es que está concertada con la Junta de Andalucía, por lo que algunos usuarios son asignados, también de manera aleatoria, por esta entidad pública.

Descripción de la muestra

La muestra está compuesta por 25 hombres (13 en tratamiento tradicional y 12 en el experimental) mayores de edad, que cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV Tr para la dependencia de sustancias. En la tabla 1 se ofrece un cuadro resumen de las características más importantes de la muestra:

Tabla 1: Descripción de la muestra

ARPOM – MÁLAGA (Tto. tradicional)	ARPOM – ÁLORA (Tto. experimental)
Edad: entre 26 a 48 años	Edad: entre 23 y 50 años
Estado civil: 54 % solteros, 31 % separados o divorciados, 15 % casados.	Estado civil: 67% solteros, 8% separados o divorciados, 8% casados, 17% viudos.
Hijos: el 85% tiene al menos un/a hijo/a.	Hijos: el 33% tiene al menos un/a hijo/a.
Historia penitenciaria: 61% ha tenido un paso previo por instituciones penitenciarias.	Historia penitenciaria: 25% ha tenido un paso previo por instituciones penitenciarias.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos son los siguientes:

1. Cuestionario sociodemográfico y tipo de alta
2. Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979).
3. Escala de evaluación del cambio, de la universidad de Rhode Island (URICA), de McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer (1989).
4. Escala de autoestima de Rosemberg (RSES) de Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo (2007).
5. Cuestionario de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985); se utiliza la adaptación española de Cabañero, Richard, Cabrero, Orts, Reig y Tosal (2004).
6. Ítem único de Felicidad. incluido en SWLS pero puntuado independientemente.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.

Procedimiento

La muestra se obtuvo de los usuarios ingresados en las dos Comunidades Terapéuticas pertenecientes a la entidad ARPOM a partir del 1 de febrero de 2008 hasta el 31 de Junio de 2008. Los usuarios que ingresaron después del intervalo de la fecha establecida en la CT de Álora seguirán también el tratamiento experimental, pero no están incluidos en el estudio.

La primera recogida de datos se realiza en las dos primeras semanas tras el ingreso, y posteriormente a los dos y seis meses de estancia.

Variables

Variable independiente: Como variable independiente se establece el tipo de tratamiento. Los distintos valores que tomará son el Tratamiento Tradicional y el Tratamiento Experimental.

Variable dependiente: La variable medible más importante en el estudio es la que se refiere a la capacidad de resolución de la Comunidad Terapéutica, es decir, al tipo de alta recibida por los usuarios.

Los distintos valores que nos podemos encontrar en esta variable dependiente son: alta terapéutica, alta voluntaria, alta derivada y alta disciplinaria

También se tendrán en cuenta otras variables dependientes, los resultados obtenidos en los cuestionarios descritos, como forma para comparar ambas muestras a medida que avanza el tratamiento: depresión, etapa en el proceso de cambio, autoestima, satisfacción vital y felicidad.

RESULTADOS

Los resultados del análisis de los datos obtenidos a lo largo del seguimiento del programa en ambas comunidades se exponen en la tabla 2.

Tabla 2: Tipo de alta por tipo de tratamiento

	Tipo de tratamiento	
	Experimental	Tradicional
% Alta terapéutica	70,0	30,0
% Alta voluntaria	36,4	63,6
% Alta disciplinaria	33,3	66,7
% Alta derivada	,0	100,0
Total	48,0	52,0

Los datos muestran una clara diferencia en el tipo de altas obtenidas en las distintas comunidades terapéuticas en función del tipo de tratamiento seguido en cada una de ellas. De esta manera, se observa que el 70% de las altas terapéuticas que se han conseguido durante el tratamiento en ambas comunidades terapéuticas corresponde al centro en el que se implanta la propuesta terapéutica experimental.

De manera inversa, el número de altas voluntarias disminuye de manera considerable en comparación con el tratamiento tradicional. En este caso se observa que las altas voluntarias (o abandonos) que se han producido durante la aplicación del tratamiento experimental corresponde a un 36,4% del total de altas voluntarias durante el periodo especificado.

El resto de altas que se produjeron durante el tratamiento no tienen mayor relevancia al corresponder únicamente a cuatro personas en total, entre altas disciplinarias y derivadas, entre ambas comunidades.

Los resultados que se obtienen del análisis del tipo de altas conseguidos en relación con el tipo de tratamiento muestran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=11,96$; $gl=3$; $p< .01$), confirmándose la hipótesis inicial donde se pronosticaba que la nueva propuesta terapéutica tendría unos resultados iguales o mejores que el tratamiento tradicional. Al utilizar menos recursos y conseguir mejores resultados, encontramos que aumenta la eficiencia del tratamiento, y por lo tanto la nueva propuesta terapéutica se considera que debe ser el tratamiento de elección a seguir dentro de las Comunidades Terapéuticas de ARPOM. Si atendemos de manera independiente a la capacidad de resolución de los distintos tratamientos, encontramos ciertas mejoras significativas en los resultados finales conseguidos con la aplicación del nuevo tratamiento, como se expone en la tabla 3.

Tabla 3: Tipos de alta según tratamiento

	Tratamiento experimental	Tratamiento Tradicional
Alta terap	58,3 %	23,1 %
Alta volunt	33,3 %	53,8 %
Alta disciplin	8,3 %	15,4 %
Alta derivada	0	7,7 %

En la tabla 4 se recogen las medias de las mediciones obtenidas en facilitando la comparación entre tratamientos en las tres mediciones temporales realizadas.

Uno de los datos más importantes, si atendemos a la primera medición realizada al inicio del tratamiento, es la alta puntuación que obtiene el cuestionario URICA de evaluación de cambio en la sub-escala “contemplación”. Hay que recordar que una de las características definitorias de esta etapa es la ambivalencia ante el cambio. Se puede considerar que las personas que se encuentran en esta etapa admiten tener un problema, sin embargo no se han comprometido firmemente a realizar un cambio. Esta etapa puede ser una fase de estancamiento si no se reducen de manera adecuada las resistencias que la persona presenta, siendo la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) la intervención más adecuada.

La alta puntuación en la sub-escala contemplación supone, por sí misma, una confirmación de la necesidad de aumentar la intervención de un técnico formado en intervención motivacional.

Tabla 4: Descriptivos de resultados obtenidos según momento de medición

		Primera medición (Antes de 15 días desde el ingreso)		Segunda medición (A los 2 meses)		Tercera medición (A los 6 meses)	
		Media	Desv. típ	Media	Desv. típ	Media	Desv. típ
(BDI)	Experimental	16,08	11,579	10,30	10,594	10,56	12,012
	Tradicional	12,69	5,154	7,11	5,465	5,67	3,786
URICA Precontemplación	Experimental	14,08	6,735	15,70	5,417	18,22	8,643
	Tradicional	15,15	5,505	14,44	4,475	20,33	2,517
URICA Contemplación	Experimental	37,50	2,316	35,00	2,309	34,00	3,937
	Tradicional	35,38	4,032	36,00	3,674	34,67	3,055
URICA Acción	Experimental	35,25	3,019	34,20	3,225	33,67	6,245
	Tradicional	35,69	3,683	35,78	2,587	29,67	2,082
URICA Mantenimiento	Experimental	34,33	4,030	26,90	6,506	30,89	4,595
	Tradicional	32,08	4,153	29,89	6,030	25,00	5,196
Autoestima (RSES)	Experimental	25,50	4,000	29,80	3,706	28,44	5,480
	Tradicional	27,83	4,579	31,56	4,157	32,33	2,517
Satisfacción con la vida (SWLS)	Experimental	14,63	6,346	20,80	4,872	19,78	5,044
	Tradicional	20,83	5,913	24,78	3,528	25,00	3,464
Felicidad	Experimental	3,00	1,069	4,80	1,033	4,67	1,581
	Tradicional	4,50	2,510	5,00	1,658	4,00	1,000

Por otra parte también llama la atención que las puntuaciones en los cuestionarios de depresión, autoestima, satisfacción vital y felicidad, presentan tendencias diferentes en ambos tratamientos: menos depresión, mayor satisfacción con su vida, mayor autoestima y mayor felicidad en el tratamiento tradicional. En la tabla 4 se destacan estas diferencias, siendo la segunda medición la más importante ya que se evalúa a la práctica totalidad de usuarios, de los cuales una parte terminarán abandonando el programa en el tratamiento tradicional (recordar que sólo en 23% de la población que asistió al tratamiento tradicional consiguió un alta terapéutica, por lo que no se realiza la tercera medición a las personas que abandonan antes de 6 meses).

La elevada puntuación conseguida en estos cuestionarios desde etapas bastante iniciales de tratamiento sorprendió a los técnicos que evaluaban dichos cuestionarios, y terminó siendo un posible predictor de abandono. La combinación de una alta percepción sobre sí mismo y una elevada satisfacción con su vida desde etapas muy tempranas de tratamiento, junto con un alejamiento de la realidad en cuanto a la gravedad del problema adictivo y sus consecuencias (propio de fases pre-contemplativas y contemplativas) podría propiciar una falsa seguridad. Esta se materializa en un abandono del tratamiento antes de ser concluido, debido a la percepción de mejora, aunque ésta no sea real.

Probablemente el trabajo inicial de los terapeutas mediante la utilización de intervenciones motivacionales, donde se trata de aumentar la ambivalencia ante un problema (en las etapas pre y contemplativas) mediante análisis realista de su situación, psicoeducación, información... sean las responsables de mantener cotas más altas de sintomatología depresiva y menores de autoestima y satisfacción con la vida. Esto implica mantener un contacto constante con la realidad y con perspectivas positivas respecto al cambio y a la continuidad en el tratamiento iniciado.

Se ha realizado un análisis de correlaciones entre las variables consideradas. Los datos se encuentran en la tabla 5; son resultados del segundo momento de medición en cada una de las Comunidades Terapéuticas².

Se refleja una fuerte asociación inversa, en los usuarios del tratamiento tradicional, entre la puntuación obtenida en el cuestionario de autoestima y las sub-escalas de acción y mantenimiento del cuestionario URICA. Esta correlación no se observa en los usuarios del tratamiento experimental.

Hay que destacar que el 66% de los sujetos que participaron del tratamiento tradicional y que fueron evaluados en el segundo momento de medición, no completaron el programa terapéutico por abandono o expulsión. Estos datos también apoyan la teoría antes expuesta de que una alta consideración sobre sí mismos (que se materializa en una alta autoestima) de las personas que se sitúan en fase inicial en las etapas de cambio

² Volvemos a centrarnos en la segunda medición ya que es en la que se puede observar algún efecto del tratamiento, aunque sea mínimo, y puesto que en la tercera medición se contaba con menos del 50% de la población inicial, perteneciendo el 75% del total de la muestra a usuarios del tratamiento experimental.

(que se observa en la relación inversa de la autoestima con las etapas más avanzadas de cambio, como son acción y mantenimiento), pueden precipitar el abandono prematuro del programa de tratamiento.

Tabla 5: Correlaciones en la segunda medición, según tipo de tratamiento

Tratamiento Tradicional	BDI	URICA Pre.	URICA Cont.	URICA Acción	URICA Mant.	RSES	SWLS	Felicid.
BDI	1	,294	,336	,409	,588	-,757(*)	-,414	-,786(*)
URICA Pre.	,230	1	-,175	-,142	,016	-,230	-,769(*)	-,674(*)
URICA Cont.	,404	-,098	1	,552	,559	-,393	-,280	-,185
URICA Acción	-,233	-,066	,477	1	,559	-,708(*)	-,321	-,058
URICA Mant.	,170	-,014	,348	,562	1	-,835(**)	-,477	-,563
RSES	-,706(*)	-,341	-,195	,413	,262	1	,649	,671(*)
SWLS	-,330	-,642(*)	,000	,102	,276	,638(*)	1	,748(*)
Felicidad	-,552	-,151	-,745(*)	,013	-,086	,714(*)	,344	1

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Resultados de los informes sobre indicadores de gestión de las Comunidades Terapéuticas concertadas

Como complemento de los datos obtenidos en el análisis durante el periodo de comparación entre los dos tratamientos, se ofrece el resultado de otras evaluaciones independientes a la entidad de ARPOM.

Los siguientes datos que se exponen provienen de la Fundación para la atención y la integración social (FADAIS) que valora la gestión y funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas concertadas, y que tratan de adoptar indicadores objetivos de medida de la actividad. Este análisis se hace de manera independiente y por separado entre las entidades concertadas de Andalucía.

Como ya se ha mencionado, ARPOM – Álora es una Comunidad Terapéutica concertada con la Junta de Andalucía, que disponen de cuatro plazas públicas. La valoración de la gestión de las Comunidades Terapéuticas concertadas se realiza desde esta institución pública a partir de una serie de indicadores a través de los cuales se evalúa la adecuación o no de seguir financiando esas plazas públicas, así como la pertinencia de aumento o reducción de plazas, según los resultados obtenidos.

Hay que tener en cuenta el carácter orientativo de estos datos, ya que ARPOM – Álora cuenta únicamente con cuatro plazas, por lo que puede no reflejar con total fidelidad el funcionamiento global de la Comunidad. Según el informe de análisis del año 2007,

ARPOM ocupaba la octava posición sobre nueve³ en cuanto a la valoración global de funcionamiento de la Comunidad (Tabla 6).

Tabla 6: Puntuación de Comunidades concertadas en 2007

Arco Iris Hombres	85,5
Nuevo Rumbo	81,61
Manatial	80,29
Girasol	78,59
NOESSO	74,58
Arco Iris Mujeres	73,44
POVEDA	72,85
ARPOM - Álora	64,01
JOMAD	57,39

Fuente: Informe sobre indicadores de gestión de las Comunidades Terapéuticas concertadas del año 2007. FADAIS

Estos datos tan poco positivos, junto con las razones apuntadas en apartados anteriores, fueron los impulsores de la necesidad de un profundo análisis del tratamiento realizado hasta la fecha, dando como resultado la propuesta terapéutica que se expone en este trabajo.

Dos años después, en abril de 2009 y durante una reunión de la ya desaparecida Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, aparecen los nuevos datos del funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas.

En esta nueva evaluación, que coincide con el periodo de puesta en práctica de la propuesta terapéutica descrita en este trabajo, se observa una clara mejora en la puntuación global (Tabla 7).

Tabla 7: Puntuación de Comunidades concertadas en 2008

Arco Iris Hombres	13,31
POVEDA	11,57
ARPOM - Álora	10,25
Nuevo Rumbo	10,02
Girasol	9,92
Manatial	7,91
NOESSO	7,75
Arco Iris Mujeres	6,52

Fuente: Informe sobre indicadores de gestión de las Comunidades Terapéuticas concertadas del año 2008. FADAIS

³ El informe se hace de manera independiente y por separado entre las nueve comunidades terapéuticas concertadas y las de Proyecto Hombre, no incluidas en este estudio, por no poder existir comparabilidad entre ellas debido al tipo de gestión de ingresos realiza.

Se observa la puntuación obtenida por la Comunidad Terapéutica de ARPOM-Álora tiene una notable mejoría, pasando de un penúltimo puesto en la valoración general, a un tercer puesto según el funcionamiento general registrado durante el año 2008.

DISCUSIÓN

En este trabajo se ha llevado a cabo un proceso de análisis, valoración y cambio en la metodología de trabajo en uno de los contextos terapéuticos con más tradición y más herméticos que se pueden encontrar en el tratamiento de las adicciones a sustancias, como es el tratamiento residencial en las Comunidades Terapéuticas.

En relación a este estudio, se tienen presentes las limitaciones debido a la reducida muestra a la que se ha podido acceder durante la puesta en práctica del tratamiento experimental. Se ha ajustado el tratamiento tradicionalmente desarrollado por las comunidades terapéuticas a los modelos teóricos vigentes, respaldando las acciones terapéuticas del tratamiento no sólo a partir de la experiencia individual de cada profesional, sino en base a conocimientos científicos actuales. La importancia real de este trabajo radica en haber tenido la oportunidad de aplicar de manera directa los conocimientos científicos existentes, con el valor añadido de haberlo llevado a cabo en uno de los contextos de tratamiento a los que más difícil acceso tienen los teóricos. Este acercamiento a la comunidad terapéutica no ha sido de manera puntual, sino seguido a lo largo del tiempo desde el funcionamiento interno de la organización. Se logra el acercamiento de la teoría y la práctica.

La aplicación del programa terapéutico ha traído asociado una serie de cambios importantes en el funcionamiento de la comunidad terapéutica. En primer lugar, se ha reducido de manera sensible el tiempo de tratamiento. En segundo lugar, se ha modificado el tiempo de actuación de los diferentes profesionales, y por último, se ha realizado un cambio en el contenido y momento de aplicación de las psicoterapias. Se ha identificado un hecho importante: gran número de personas que acuden a este tipo de tratamiento no necesariamente se encuentra en una etapa de acción dentro del proceso de cambio (como era de esperar en un tratamiento de acceso voluntario). Más bien se encuentran en etapas anteriores, lo que ha obligado a modificar la actuación inicial (una intervención dirigida a la acción) a un acercamiento motivacional, donde se trabajen adecuadamente las resistencias y la ambivalencia presentada, para así aumentar la probabilidad de aprovechamiento del programa terapéutico.

Aunque los resultados conseguidos son prometedores, hay que tomarlos con precaución hasta realizar un seguimiento más continuado de los mismos. De esta manera es necesario un seguimiento longitudinal de las personas que realizan este tipo de tratamiento en comparación con el tratamiento tradicional, y una evaluación del mantenimiento de los objetivos conseguidos a lo largo del tiempo.

Otro aspecto apuntado en este estudio, que sería interesante profundizar, es la identificación de predictores de abandono prematuro del tratamiento, para posibilitar el cambio de actuación de los profesionales. En el análisis de los resultados se ha podido observar que cuando existe una alta autovaloración, es decir, alta autoestima, alta

satisfacción con la vida y alta felicidad, unido a baja puntuación en depresión desde etapas iniciales de tratamiento, el índice de abandono ha sido mayor. Además también se ha encontrado una fuerte correlación negativa entre los datos mencionados y la puntuación obtenida en las sub-escalas acción y mantenimiento (etapas avanzadas dentro del proceso de cambio), situándose estas personas en etapas iniciales como son pre-contemplación y/o contemplación. Las personas en estas etapas no suelen ser conscientes de la gravedad del problema, sus repercusiones, etc. y por tanto no tienen previsto realizar ningún cambio en sus vidas a corto plazo. La bibliografía insiste que las intervenciones dirigidas a la acción, en estas personas, no tendrán ningún resultado, y existe una gran posibilidad de abandono del tratamiento.

A partir de los datos obtenidos en el estudio, se ha podido observar el posible comportamiento de los usuarios a lo largo de un tratamiento residencial. La evolución de su autopercepción en referencia a su adicción, la conciencia de problema y la actitud hacia el tratamiento van cambiando de manera significativa durante el mismo. Según la dirección en la que se orienten estos indicadores, existe mayor o menor probabilidad de finalización y aprovechamiento del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que las personas que acuden a tratamiento en comunidades terapéuticas, por su adicción, han sufrido muchas más dificultades que las personas que acuden a un tratamiento ambulatorio. Habitualmente estas personas llegan con un ambiente social, familiar, sanitario, laboral y judicial bastante complicado, sufriendo las consecuencias directas de su adicción. Ante esta realidad, y en relación con las puntuaciones obtenidas en el estudio, una alta autoestima, alta satisfacción con la vida, alta felicidad y baja puntuación en depresión desde etapas muy iniciales del tratamiento no puede ser más que un indicador del grado de resistencia para aceptar su situación real. El conocimiento de esta situación puede orientar de manera adecuada el tratamiento, dando mayor importancia a la metodología motivacional en las primeras actuaciones.

En cuanto a las modificaciones realizadas en el tratamiento, ha sido posible gracias al cambio en la filosofía tradicional de funcionamiento dentro de las comunidades terapéuticas. Se ha fomentado una actitud de renovación y reciclaje, posibilitando la continua adaptación de estos centros de tratamiento de carácter residencial a los nuevos perfiles de usuarios, así como a las necesidades que presentan cada uno de ellos. Estos cambios no sólo suponen la supervivencia de las comunidades terapéuticas, sino que originan una nueva institución, muy diferente a la clásica; más fuerte y competente, que vuelve a recuperar un cierto protagonismo, aunque ya no mediático sino técnico, en el ámbito del tratamiento de trastornos adictivos.

Esta capacidad de adaptación se ha materializado en la capacidad de tratamiento de un amplio espectro de adicciones, pasando de tratar de manera asistencial un perfil casi exclusivo de consumidores de heroína, al tratamiento profesional de todo tipo de adicciones, ajustándose de esta manera a las indicaciones del II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (PASDA).

El espíritu de continua mejora a través de la evaluación y cambio de la entidad ARPOM así como de sus integrantes no finaliza con la aplicación de la propuesta terapéutica aquí descrita, sino que se configura como una filosofía de trabajo. De esta manera, recientemente se ha introducido otro cambio en el tratamiento aplicado, un nuevo taller dedicado a la *educación sexual, formación en género y prevención de violencia de género*, respondiendo a las necesidades que presentan los usuarios. Este y otros aspectos van incorporándose para la mejora continua de las intervenciones en adicciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck, AT; Rush, AJ; Shaw, BF. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York: Guilford. Press.

Cabañero, M.J., Richard, M., Julio Cabrero, J., Orts, M.I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*; 16(3), 448-455.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior. A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*. 7, 133-142.

Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F. (2007) The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*; 10(2):458–467.

McConaughy, E.A.; DiClemente, C.C.; Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*; 26: 494-503.

Miller, E.R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guildford Press.

Polo, LL y Zelaya, G. (1983). *Las Comunidades Terapéuticas en España*, Madrid: Cruz Roja Española.

Prochaska J.O; DiClemente, C; Norcross, J.C. (1994). Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías*, 1.