

DEPARTAMENT DE HISTÒRIA DE LA CIÈNCIA I
DOCUMENTACIÓ

CONCEPTOS DE ENFERMEDAD Y SALUD EN UNA
MUESTRA DE POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA

ISABEL LÓPEZ ESCAMILLA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 22 de febrer de 2008 davant un tribunal format per:

- D^a. Rosa Ballester Añón
- D^a. Nuria Romo Avilés
- D^a. Josefa Gómez Moya
- D. Pedro Maset Campos
- D^a. Maria José Báguena Cervellera

Va ser dirigida per:

D^a. Pilar Carla Aguirre Marco

©Copyright: Servei de Publicacions
Isabel López Escamilla

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-7125-1

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

**“CONCEPTOS DE
ENFERMEDAD Y
DE SALUD
EN UNA MUESTRA
DE POBLACIÓN
DROGODEPENDIENTE
EN LA COMUNIDAD
VALENCIANA
(1999-2001)”**

Tesis Doctoral

Autora: Isabel López Escamilla

Directora: Pilar Carla Aguirre Marco

**Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación
de la Universidad de Valencia.**

PILAR CARLA AGUIRRE MARCO, profesora titular de Historia de la Ciencia de la Universidad de Valencia

CERTIFICO que la presente tesis doctoral de Dña. Isabel López Escamilla “Conceptos de enfermedad y de salud en una muestra de población drogodependiente en la Comunidad Valenciana (1999-2001)” ha sido realizada bajo mi dirección.

Valencia, noviembre de 2007,

Me gustaría agradecer su ayuda

A Carla por sus 10 años de paciencia y al Departamento de Historia de la Ciencia por apostar por la antropología médica.

A Marga por sus búsquedas.

A “Los Vientos” por ser mi inspiración.

A Paula por darme permiso y a Julio por facilitarlo.

A Guadalupe por prestarme su gran profesionalidad y regalarme su amistad.

A Bienve, Choni, Kike, Nuria, Susana y Toni que me enseñaron cuanto se disfruta del trabajo en equipo, y a Antonio Luis, Rosa y Pepe que se sumaron algo más tarde a esta ilusión.

A Jesule por el sabor de sus tortillas de patata.

A mis padres y abuelos por su apoyo intemporal e incondicional y por su herencia de la capacidad de esfuerzo.

A Jesús por su compañía.

A Daniel por aprender a jugar solo mientras mamá escribía un cuento para mayores.

A Ali por sus investigaciones.

Y en especial a mi HERMANO Angel, a quien me gustaría dedicarle este trabajo, porque en los momentos difíciles en que deseé abandonar me prestó su teoría de la “vaca de radio r” y me regaló la “técnica” que tanto necesitaba. Gracias.....

Conceptos de enfermedad y de salud, en una muestra de población drogodependiente en la Comunidad Valenciana (1999-2001).

Sumario	<u>pág</u>
Introducción _____	9
1.1.- Planteamiento del problema: Revisión bibliográfica _____	12
1.2.- Objetivos _____	17
1.3.- Material y métodos _____	19
La población drogodependiente: una muestra en la Comunidad Valenciana.	19
Características del lugar de recogida de datos.	20
Criterios para la selección de la muestra.	21
Criterios para la selección del material escrito.	22
El análisis de la muestra	24
La recogida de datos	28
Las entrevistas	28
La observación directa	32
Las historias de vida	33
Las hojas de datos	34
El análisis de los datos	36
1.4.- Estructura del trabajo _____	43
Análisis de la muestra: _____	45
Datos personales	47
Datos familiares	69
Historia de consumo de drogas ilegales y alcohol	95
Severidad y necesidad de tratamiento en la muestra.	127
Características sociodemográficas y severidad en función de los diagnósticos.	146
Comparación con la población drogodependiente que solicita tratamiento en España y en la Comunidad Valenciana en 1999 y 2001.	185
Características de nuestra muestra.	194
Resultados del análisis de la muestra	225
El concepto de enfermedad y salud.- _____	239
3.1.- Las respuestas a la entrevistas _____	241
¿Estas enfermo? ¿padeces alguna enfermedad?	241
¿Qué problemas de salud te preocupan? ¿padeces alguna enfermedad?	242
¿Padeces/padecías alguna enfermedad? ¿cual/cuales?	243
¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?	253
¿Quién te lo ha contado?	259
¿Qué expectativas tienes sobre el tratamiento? ¿A qué has venido al centro?	261
¿Cómo definirías droga?	269
¿Consideras la drogadicción una enfermedad? ¿Por qué?	275

3.2.- Enfermedad y salud en función de los diagnósticos_____	289
Dependientes de heroína.	289
Dependientes de heroína y cocaína.	302
Dependientes de cocaína.	313
Dependientes de cocaína y abuso de alcohol.	320
Dependientes de alcohol.	328
3.3.- Resultados del análisis del concepto de enfermedad y salud_____	338
Concepto de enfermedad y de salud en la muestra	338
Conceptos de enfermedad y salud en función de los diagnósticos	348
Conclusiones _____	363
Bibliografía _____	389
Anexos _____	423
Anexo 1: Entrevistas. Historias de vida. Hojas de Datos.	425
Anexo 2: Formulario del EuropASI.	427
Anexo 3: Documentos.	434
Anexo 4: Tablas porcentuales	436
Anexo 5: Tablas de los Informes del Observatorio Español sobre Drogas.	437
Anexo 6: Criterios DSM-IV R de Dependencia y abuso	441

INTRODUCCIÓN

Nuestro estudio parte de la necesidad de conocer en profundidad las ideas y las prácticas de nuestros pacientes previamente al inicio del tratamiento con el objeto de abordarlo desde una perspectiva global, más amplia, que nos permita también entender mejor aspectos concretos como los abandonos prematuros del tratamiento, el incumplimiento del mismo o la automedicación, y otras cuestiones habituales en la práctica clínica diaria, cuya propia dinámica, o el tiempo de que disponemos para atender a cada paciente, nos impide abordar.

Este estudio se inició dentro de una línea de investigación de antropología socio-médica del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación sobre medicina popular y otros sistemas médicos. En este contexto, resulta necesario “tener una perspectiva amplia, que tenga en cuenta las distintas formas que ha adoptado y tiene actualmente esta lucha [contra la enfermedad], para no caer en el riesgo de concebirla de modo estrecho y separado de la realidad. Ante todo hay que evitar reducirla a la medicina científica moderna, que en las sociedades desarrolladas suele ser hegemónica, pero no la única”¹

Existe un desconocimiento general sobre las ideas, las actitudes y las prácticas de los pacientes sobre la enfermedad y la salud, y sobre las expectativas hacia los tratamientos que inician –en este caso hacia un tratamiento residencial. Como veremos, si se da este vacío de información sobre la población general, porque se han hecho pocas investigaciones al respecto, la ausencia de información es mucho mayor en lo que se refiere a la población drogodependiente. Con este estudio hemos intentado averiguar también qué es para ellos una droga y por qué consideran o no su drogodependencia como una enfermedad.

Conocer qué ideas tienen sobre la salud, la enfermedad y el tratamiento nos facilita el trabajo. Es frecuente encontrarnos con que, sólo si entendemos su sistema de ideas y saberes sobre un asunto concreto, y sus actitudes hacia el mismo, podemos intervenir para mejorar su calidad de vida y su salud. Del mismo modo, conocer qué saben sobre las enfermedades que padecen, quién se lo ha contado o cómo definirían “droga” resulta útil para valorar sus ideas sobre la salud y la enfermedad, sobre la adhesión a tratamientos de la medicina científica moderna, los abandonos (muy frecuentes en este tipo de pacientes) y la automedicación.

Utilizaremos para nuestro estudio un diseño propio de entrevista semiestructurada que recoja estos aspectos en una muestra de 26 individuos a los que también evaluaremos mediante el EuropASI² y utilizaremos los datos referentes a la salud y la enfermedad y las variables sociodemográficas de un proyecto de investigación anterior en este departamento con otros 26 individuos. Esto nos permitirá ampliar el tamaño muestral en lo referente a lo que conocen sobre las enfermedades que padecen y a sus fuentes de información.

¹ Fresquet, J.L.; Aguirre, C.P. (1996) “Salud, enfermedad y cultura. Programa del curso 1996-97”. Valencia. (Mecanografiado).

² Versión europea del *Addiction Severity Index*.

1.2.- Planteamiento del problema. Revisión bibliográfica.

Para enmarcar el trabajo de investigación se ha revisado la bibliografía entre 1971 y 2006. Desde 1971 hasta 2006, a través de la base de datos informatizada del Índice Médico Español (IME); desde 1975 a través de la base ISOC y desde 1966 de la base de datos MEDLINE (*Medical Literature Analysis an Retrieval System on LINE*). En todos los repertorios hicimos varias búsquedas según avanzaba la investigación utilizando, en las bases en castellano, el acceso a través de las palabras clave drogodependencias, heroína, cocaína y alcohol en un primer lugar, y, en la última búsqueda en 2006 con las raíces “drug” y “toxico”³ para poder acceder a todos los derivados. En MEDLINE utilizamos en término “substance-related disorders” para cada búsqueda. Los repertorios informatizados nos permitieron hacer cruces con otras palabras clave en función de lo que queríamos encontrar en cada momento.

Así, para reunir lo publicado sobre el concepto de enfermedad y salud en drogodependientes, en el repertorio ISOC y el Índice Médico Español se ha hecho la búsqueda cruzada accediendo por las palabras clave: drogas, drogodependencia, toxicomanía, heroína, cocaína, alcohol y concepto de enfermedad y salud. En el primero sólo hemos encontrado dos artículos relacionados directamente con temas educativos: transversalidad curricular⁴ y prevención de drogas en educación para la salud⁵. En el segundo también encontramos sólo dos, aunque en este caso de mucho más interés para nuestro estudio. Uno analiza los tipos de comportamiento y la opinión de los jóvenes sobre

³ Este formato es el modo en que se hace la búsqueda en dichas bases para que nos incluyan todo lo publicado con alguna palabra con esa raíz: droga, drogodependiente, drogodependencia, toxico, toxicomanía, toxicómano, etc.

⁴ GARCIA NIETO, N.; CARBALLO, R.; FERNANDEZ DIAZ, M.J. (2003). La transversalidad curricular, una década después. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 14 (2), 63-80, 70 ref.

⁵ CASELLES PÉREZ, J.F.; CÁMARA CONEJERO, M.L. (1987). La educación para la salud, la prevención de las drogodependencias y diversas disciplinas de pedagogía implicadas. *Anales de Pedagogía. Revista de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación*, 5, 215-236, 43 ref.

la salud y sus determinantes⁶; y el otro, en el contexto de la reducción de riesgos, del cambio en la forma de conceptualizar el uso de drogas⁷ (de daño moral a enfermedad y de enfermedad a conducta).

Hemos analizado lo publicado en MEDLINE desde 1966 a junio de 2006 bajo los descriptores “disease” o “health” y “concept formation”; y las 5665 referencias obtenidas las hemos cruzado con “substance-related disorders”, encontrando que, sólo 3 de los artículos del recogidos en este repertorio contienen estos descriptores. Uno de ellos, publicado en Australia, trata de las diferencias en el concepto de alcoholismo en las distintas culturas en comparación con la clasificación de enfermedades mentales que se usa a nivel mundial⁸; otro finlandés⁹ del concepto social de enfermedad frente al médico en relación al alcoholismo; y el tercero¹⁰ de la aplicación de estos conceptos a la prevención.

Ninguno de estos artículos aborda el concepto de enfermedad o salud del drogodependiente o alcohólico, sus implicaciones; tampoco lo que piensan sobre los conceptos de droga o drogodependencia.

Quisimos saber qué estudios se habían publicado en castellano con entrevistas semiestructuradas en drogodependientes y accedimos con la palabra clave entrevista semiestructurada, encontrando sólo 33 referencias en el IME y ninguna correspondía a estudios en drogodependientes. Aunque, al analizar los artículos encontramos que 14 de éstos eran de estudios cualitativos en relación con temas de psicología y salud mental, 8 de temas relacionados con el cuidador y 9 de otros temas (encontramos un artículo sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre su enfermedad en diabéticos y otro sobre conceptos e ideas de los ancianos sobre la muerte). De los mencionados, 11 eran publicaciones en revistas de enfermería. Sólo encontramos 2 artículos relacionados con temas de adicciones: uno en relación a la extensión del uso de yaj en Colombia, y otro era un estudio coste-efectividad de programas de mantenimiento con Metadona en Barcelona. En el repertorio ISOC encontramos 74 referencias sobre entrevistas semiestructuradas que, al cruzarlas con “drog*” o “toxico*”, se redujeron a sólo 5 estudios en drogodependientes: una la del uso de yaj ya mencionada, otra sobre VIH y comportamientos de riesgo en heroinómanos; otra sobre estadios de cambio en pacientes en tratamiento con metadona, otro de alteraciones de personalidad y conductas adictivas y otro sobre ansiedad en hijos de pacientes alcohólicos. Ninguna de las publicaciones mencionadas estaba relacionada con los conceptos de enfermedad y salud en drogodependientes. Sí había dos artículos en este último repertorio sobre el concepto de enfermedad, actitudes ante la misma y necesidad de tratamiento en pacientes esquizofrénicos ingresados en una Unidad Hospitalaria; y otro artículo sobre conciencia de enfermedad y calidad de vida en enfermos respiratorios crónicos¹¹.

⁶ HERNAN, M.; FERNÁNDEZ, A.; RAMOS, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 47-55, 47 ref.

⁷ GRIJALVO, J.; INSFA, P.; LLEDÓ, M. (2001). Nuevos conceptos, nuevo discurso: talleres de consumo de menos riesgo. *Trastornos Adictivos*, 3 (1), 111-120, 21 ref.

⁸ GUREJE, O.; MAVREAS, V.; VAZQUEZ-BARQUERO, J.L.; JANCA, A. (1997). Problems related to alcohol use: a cross-cultural perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21 (2), 199-211.

⁹ RAIKKA, J. (1996). The social concept of disease. *Theoretical Medicine*, 17 (4), 353-61.

¹⁰ WALLER, J.A. (1987). Injury: conceptual shifts and preventive implications. *Annual Review of Public Health*, 8, 21-49.

¹¹ Las referencias del repertorio ISOC que nos han parecido de utilidad aparecen en el capítulo de bibliografía; ALBIACH CATAL, C et al. (2000); CANGAS DIAZ, A et al. (1999); ORTIZ ZABALA, M. et al (1993); RODRIGUEZ FRANCO, L et al. (2002); ROJO, J et al. (1994); D VAZ, F.J et al. (1994); VÉLEZ CÁRDENAS, A. et al (2004). MARTINEZ, T. et al (2001).

En MEDLINE, la búsqueda cruzada de “Semi-structured interview”, con “Substance related disorders”, arroja un total de 66 referencias desde 1996 a 2006. De éstas, 16 son estudios sobre alcoholismo y 16 sobre otras drogadicciones, básicamente opiáceos, y sólo 3 estudios de otras drogas; 12 relacionan temas de psiquiatría con abuso de drogas, 7 estudios abordan el VIH en distintos pacientes que abusan de drogas y 12 tratan otros temas. En este repertorio hemos encontrado cuatro artículos especialmente interesantes para nuestra investigación. Uno de ellos, sobre factores que intervienen en la evolución del abusador de alcohol¹² (según los terapeutas), destaca las expectativas hacia la efectividad del tratamiento como una de las 7 categorías más importantes predictoras de la evolución. Otro trata sobre percepciones acerca del tratamiento en usuarios de drogas¹³ y otro sobre actitudes ante el tratamiento antirretroviral en VIH¹⁴. El último intenta indagar, con entrevistas semiestructuradas, sobre la percepción del sentido de la vida en abusadores de drogas africanos¹⁵. Tampoco en este caso encontramos referencia alguna relativa al concepto de enfermedad, de droga y drogodependencia y de las expectativas hacia el tratamiento desde el punto de vista del paciente. Sólo 2 de los artículos basados en entrevistas semiestructuradas procedentes de Medline hacen referencia al *Addiction Severity Index* (ASI).

Consultamos también lo publicado en castellano sobre el ASI o EuropASI (adaptación europea del *Addiction Severity Index*), ya que en nuestra segunda submuestra utilizamos con fines clínicos esta entrevista e incluimos en la investigación los resultados. Encontramos que, en los repertorios consultados en castellano, sólo había 19 referencias a lo largo de todos los años (13 del ISOC y 6 del IME). En el ISOC, 10 publicaciones eran estudios sobre dependientes de opiáceos (3 de evaluación de trastornos de personalidad, uno con diagnóstico añadido de VIH, y 6 de estudios sobre evolución o evaluación inicial); 2 estudios más eran del resto de dependencias (un estudio incluye en paralelo la evaluación de la familia¹⁶); y otro estudio sobre alcoholismo. En el IME hemos encontrados dos estudios de evaluación de esquizofrenia con consumo de sustancias mediante el ASI; otro estudio con aplicaciones diagnósticas; uno sobre programas en dependientes de opiáceos; otro sobre depresión y alcoholismo; y uno comparativo sobre severidad de la adicción en dependientes de cocaína y heroína¹⁷ que resultó de utilidad en nuestra investigación. Ninguno de ellos utiliza la entrevista semiestructurada para abordar el concepto de enfermedad ni de drogodependencia de sus pacientes.

Nuestro estudio recoge datos descriptivos de la unidad familiar de procedencia de los individuos de la muestra, por lo que hicimos una búsqueda de lo publicado en España

¹² AIRA, M.; KAUFMAN, J.; LARIVAARA, P.; RAUTIO, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, 20(3), 270-5.

¹³ HINDLER, C.; KING, M.; NAZARETH, I.; COHEN, J.; FARMER, R.; GERADA, C. (1996). Characteristics of drug misusers and their perceptions of general practitioner care. *British Journal of General Practice*, 46(404); 149-52.

¹⁴ DEMAS, P.; SCHOENBAUM, E.E.; WILLS, T.A.; DOLL, L.S.; KLEIM, R.S. (1995). Stress, coping, and attitudes toward HIV treatment in injecting drug users: a qualitative study. *AIDS Education & Prevention*, 7(5), 429-42.

¹⁵ STEYN, M.; GREEFF, M.; POGGENPOEL, M. (1991). Perception of life's meaning by drug-dependent patients. *Curationis*, 14(1), 30-6.

¹⁶ IRAURGI CASTILLO, I.; SANZ VÁZQUEZ, M.; MARTINES PAMPLIEGA, A. (2004). Family functioning and addiction severity in persons that request treatment. *Adicciones*, 16(3), 185-195, 55 Ref.

¹⁷ GARCÍA RODRIGUEZ, O.; SECADES VILLA, R.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.; CARBALLO CRESPO, J.L.; ERASTI, PEREZ, J.M.; AL-HALABI DIAZ, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. *Adicciones*, 17 (1), 33-42, 24 ref.

sobre familias de drogodependientes para obtener perfiles familiares que poder comparar con nuestra muestra. Así, al cruzar “drog” y “toxico” con familia/s en el IME encontramos 30 artículos. De éstos, 18 eran artículos generales sobre drogodependientes donde se nombraba la palabra familia, en el sistema sociosanitario, en atención primaria o en estudios con tratamientos farmacológicos; sólo 6 eran sobre terapia familiar y 7 sobre el clima familiar y sus características. Sólo uno de ellos¹⁸ nos ha sido de utilidad para poder comparar el perfil familiar de nuestra muestra con el que nos describen en su estudio. En el repertorio ISOC, al hacer el cruce anterior nos encontramos con algo parecido: había 420 artículos donde se nombraba la palabra familia pero sin discriminar estudios. Por este motivo utilizamos los descriptores “familia de drogodepen*” y “drogadic* y familia” encontrando en la primera búsqueda 7 referencias que se superponen con las 187 de la segunda. De éstas, 22 publicaciones son sobre distintos enfoques de programas de intervención y terapia familiar y 13 sobre relaciones, dinámica, funcionamiento y ambiente familiar. El resto son publicaciones donde se nombra a la familia en estudios de distinta índole. En el total, desde el artículo más antiguo recogido en ISOC, de 1978, sólo hemos encontrado un estudio de perfil comparativo con un grupo control en familias de adictos a drogas por vía parenteral de 1991 en Madrid¹⁹ donde se analiza la estructura familiar, cohesión, ingresos, estudios y profesión y antecedentes de los padres. No hemos encontrado más estudios descriptivos en familias, ni más recientes ni de la Comunidad Valenciana, pero sí publicaciones que, al abordar otros temas, describen las características de las unidades familiares de los individuos de la muestra objeto de su trabajo. Hemos utilizado algunos de éstos para hacer comparaciones con nuestra muestra²⁰.

Finalmente, como en la fase de estudio de campo decidimos recoger 4 historias de vida, indagamos en este tipo de estudios cualitativos en drogodependientes. En el repertorio del IME, y buscando con los descriptores “Historia/s Vida/s o Método/s Biográfico/s o historia/s oral/es”, encontramos sólo 5 referencias en todo el periodo. De éstos, 2 comentan la utilidad del método biográfico o historias de vida en gerontología, otro es un estudio con historias de vida de mujeres en Japón y los 2 restantes no corresponden a este tipo de metodología cualitativa aunque en el resumen mencionan la “historia de vida” de sus pacientes como algo relevante sin referirse específicamente al método en concreto (uno es sobre diferencias de género en drogodependientes y el otro es un estudio de enfermería en pacientes con déficits cognitivos). En el repertorio ISOC cruzamos los mismos descriptores con “drog*” y “tóxico*” (si no lo hacíamos, no discriminábamos, y en número total era de 608 publicaciones). Así, en el ISOC

¹⁸ AYERBE, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; GARCÍA, E.; SANTOS, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Adicciones*, 9 (3), 375-379.

¹⁹ JIMENEZ FILLOY, J.L.; REVUELTA BRAVO, A. (1991). La familia del toxicómano: un estudio comparativo. *Adicciones*, 3 (2), 133-140, 20 REF.

²⁰ Hemos comparado nuestras familias con el estudio de AYERBE y estos 3 estudios básicamente: VILAREGUT PUIGDESENS, A.; PEREZ TESTOR, C.; SANCHEZ CARBONELL, J. (1999) Características sociodemográficas y dinámica familiar en familias con un miembro drogodependiente. Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. (6ª. 1999. Chiclana de la frontera). Cadiz: Centro provincial de drogodependencias. Comunicaciones. BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994) La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones. *Revista española de drogodependencias*, 19 (4), 297-310. BOGANI MIQUEL, E.; CASANOVES CUENCA, E.; ARLANDIS VILLARROYA, A. (1990) Heroinómanos: Hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años. *Revista española de drogodependencias*, 15 (4), 249-253.

encontramos 4 referencias sobre métodos biográficos o historias de vida en drogodependencias. El más antiguo es de 1999 sobre 3 historias de vida de abuelas gitanas; y el más reciente, de 2005, es un artículo sobre fuentes orales en jóvenes con drogodependencias en Argentina. De los otros dos, uno aborda los antecedentes de maltrato en convictos que consumen drogas, y el último, de 2000, es un artículo sobre la reelaboración de la propia “historia personal” que se propone como terapia misma desde una Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre.

En cuanto a lo publicado en inglés, en MEDLINE hemos encontrado 38 referencias utilizando los descriptores “Substance- Related Disorders” cruzado con “Biographical methods o life history o oral history”. De éstas, 14 no se refieren a estudios realizados según la metodología de la historia de vida, sino a características, factores y temas relacionados con la historia del paciente. Otras 19 referencias son específicamente de estudios con métodos biográficos de historia de vida (14 nombran en particular “life history interview” o “narratives” o “biographies” o “biographical method”). La referencia más antigua con historias de vida es de 1975 y la más reciente de 2004: Siete son estudios en alcoholismo, 3 en dependientes de opiáceos y 9 son generales en varias adicciones. De las 5 referencias que restan, 4 son de un modelo de entrevista utilizado en estudios de agresión en cocainómanos (“*Brown-Goodwin Assessment for Life History of Aggression*”) y una más sobre la validación de un test en alcoholismo.

Hemos cotejado esta información bibliográfica con la que nos ha aportado el Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los repertorios del Instituto Bogani. En ninguno de estos repertorios encontramos ninguna publicación en la dirección de nuestra investigación.

En este contexto hemos pretendido iniciar una línea de investigación cualitativa con el objeto de conocer las ideas, los saberes, las actitudes y las prácticas del drogodependiente sobre la enfermedad y la salud, sus expectativas hacia el tratamiento y qué actitudes mantiene en lo que se refiere a la droga y la drogodependencia que nos permitan un mejor acercamiento al paciente y su enfermedad en la clínica diaria.

1.2.- Objetivos

Este trabajo responde a la necesidad de escrutar los problemas de salud que preocupan a los drogodependientes abstinentes que participan de un programa de deshabitación residencial y describir las enfermedades que dicen padecer y lo que conocen de ellas. Intenta averiguar también si de algún modo la intervención sanitaria en el centro influye en lo que saben sobre las enfermedades que padecen o en la cantidad de enfermedades que nos relatan o lo que piensan sobre de la enfermedad.

No es posible abordar el cuidado integral del drogodependiente sin conocer sus creencias, ideas, conocimientos y actitudes sobre la salud y la enfermedad, sobre la dependencia que padecen o la droga que consumen. Por eso nos pareció de gran interés abordar directamente estas cuestiones y analizar con rigor sus respuestas.

Tampoco es posible establecer unos objetivos realistas en la intervención con cada paciente sin saber cuáles son sus expectativas hacia el tratamiento porque entendemos que probablemente sus ideas previas intervienen directamente en la consecución de los resultados y en la satisfacción del paciente.

Por estos motivos, los objetivos que pretende cumplir este trabajo de investigación son los siguientes:

- Describir las variables personales, familiares y de historia de consumo de la muestra de individuos que se benefician de un tratamiento de deshabitación residencial.
- Identificar si existen diferencias en las variables personales, familiares y de historia de consumo entre las dos muestras seleccionadas de dos años distintos de tratamiento en la Comunidad Terapéutica.
- Describir la severidad de la adicción con la medición con EuropASI de los 26 individuos que son objeto de la investigación completa.
- Identificar si existen diferencias en las variables personales, familiares, de historia de consumo y en la severidad de la adicción entre los distintos grupos de diagnósticos.

- Describir el perfil del individuo representativo de cada grupo diagnóstico.
- Identificar las enfermedades que reconocen padecer o haber padecido, lo que saben de ellas y la procedencia de su información, prestando especial atención a la inclusión o no de su drogodependencia entre aquéllas de forma espontánea.
- Identificar las diferencias en las enfermedades que relatan padecer, los conocimientos que tienen sobre las mismas y la procedencia de esta información, entre ambas muestras, que han sido seleccionadas con criterios diferentes: una sin intervención sanitaria en el centro previa a la entrevista y otra ya intervenida por el programa. Valorar, en consecuencia, si el programa -y el tiempo de permanencia en el programa del centro- es un factor que influye en el concepto de enfermedad y salud -y el de drogodependencia- de los entrevistados.
- Identificar si consideran la drogodependencia como una enfermedad con una pregunta directa si no la incluyeron espontáneamente entre las enfermedades que padecen o han padecido. Indagar por qué, si consideran la drogodependencia como enfermedad, no la han referido.
- Aproximación al concepto de “droga” de los 26 individuos de la muestra que son el sujeto de la investigación completa.
- Describir las expectativas que tienen hacia el tratamiento residencial del que van a beneficiarse y los objetivos que les han traído al centro -si son diferentes de las expectativas que relatan.
- Identificar si existen o no diferencias en cuanto a estas concepciones y las expectativas que tienen hacia el tratamiento entre los distintos grupos diagnósticos clasificados en función de la droga principal de consumo.
- Describir el perfil de estas respuestas del individuo representativo de la muestra y por grupos de individuos con diagnósticos similares.
- Mostrar la historia de vida de cuatro individuos de la muestra con diferentes diagnósticos e historia de consumo.

1.3.- Material y métodos de investigación

La población drogodependiente: Una muestra en la Comunidad Valenciana.

El trabajo de investigación que presentamos se ha llevado a cabo en una muestra de población drogodependiente de la Comunidad Valenciana que había iniciado un tratamiento específico de deshabituación en una unidad residencial.

En concreto esta muestra de población drogodependiente ha estado constituida por dos submuestras de 26 individuos cada una que pertenecen a dos épocas distintas. La primera de ellas fue objeto de un estudio previo en un proyecto de investigación. Dicho estudio concluyó en 1999 y abarcó muchos aspectos distintos en los drogodependientes²¹. Uno de sus objetivos, entre otros, era describir y analizar los conceptos de enfermedad y salud en una muestra de drogodependientes. Decidimos en este momento continuar la investigación rediseñando el estudio y ampliando la muestra a otros 26 individuos en programa de deshabituación. Hemos usado por tanto, una submuestra de 26 individuos ingresados en el centro en 1999 y otra, de otros 26, que iniciaron el tratamiento de deshabituación en el mismo centro entre los años 2000 y 2002.

Con el objeto de contrastar los datos obtenidos de la muestra por medio de la observación directa, entrevistas y europasi, se ha recurrido también a tres fuentes escritas:

²¹ LOPEZ ESCAMILLA, I. (1999). *Alimentación, enfermedad y tratamientos no convencionales en una muestra de población drogodependiente en la Comunidad Valenciana*. Trabajo de investigación en doctorado del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia, (Curso académico 98-99). No publicado.

Se han utilizado los datos extraídos de la historia clínica y de la solicitud de ingreso de los individuos entrevistados, así como los datos procedentes de la ficha social que se rellena en el centro al ingreso y en los días posteriores.

Los datos de nuestro estudio se han obtenido de cuatro fuentes distintas:

- La muestra de población drogodependiente a estudio (observación, entrevistas y EuropASI).
- La solicitud de ingreso al centro de la U.C.A. (Unidad De Conductas Adictivas), recurso que deriva al usuario e indica el tratamiento de deshabituación.
- La historia clínica de la Unidad de Deshabituación Residencia (U.D.R.).
- La ficha social de la Unidad de Deshabituación Residencial (U.D.R.).

a) Características del lugar de recogida de datos.

El centro donde se ha realizado el trabajo de campo es la Comunidad Terapéutica o Unidad de Deshabituación Residencial “C.T. Los Vientos” de carácter público. A dicho centro acuden los pacientes con diagnósticos de trastornos por dependencia a drogas ilegales y/o alcohol, previa petición de plaza en las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) del Servicio Valenciano de Salud. Estas solicitudes son tramitadas y seleccionadas por la Secretaría Técnica de la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Bienestar Social. Dicho centro está ubicado en el término municipal de Requena. Dispone de un total de 24 plazas (19 para hombres y 5 para mujeres) que pueden ser ocupadas por cualquier solicitante con residencia en las provincias de Castellón, Valencia o Alicante que cumpla los criterios de inclusión para el ingreso.

Los criterios de inclusión para ser ingresado en una Unidad de Deshabituación Residencial son los siguientes:

1. Ser mayor de edad
2. Ser residente en la Comunidad Valenciana.
3. Solicitar voluntariamente el ingreso (firma de la solicitud de ingreso por parte del usuario).
4. Presentar un diagnóstico de Dependencia a Opiáceos, otras drogas ilegales o alcohol.
5. Presentar una desestructuración social y/o familiar que aconseje el tratamiento en un medio distinto del originario del/de la paciente.
6. Cualquier excepción a estos criterios será valorada por la Secretaría Técnica.

Estos criterios son las características generales que un drogodependiente debe reunir para ingresar en una Comunidad Terapéutica y que “*a priori*” no suponen ningún sesgo en el contexto de la población drogodependiente en general. Es necesario tener en cuenta que cualquier excepción en el cumplimiento de estos criterios puede darse y será valorada en cada caso por la Secretaría Técnica en Drogodependencias que tramita los ingresos. Como ejemplos, en ocasiones se han ingresado en la Comunidad a menores o ha habido usuarios sin ningún apoyo externo, ni familiar ni de ningún otro tipo para la reinserción posterior. Alguna de estas excepciones se ha dado también entre los individuos de nuestra muestra: Hay una menor y un individuo que no era residente en la Comunidad Valenciana aunque dispuso de un domicilio en la misma para poder tramitar la solicitud de ingreso a nuestro centro. También hay un individuo que ingresó en el tratamiento directamente por mandato de un juez por excarcelación.

El edificio que acoge la Unidad de Deshabituación Residencial donde hemos realizado el estudio es una casa de campo antigua que dispone de un total de 8 habitaciones para hombres y dos para mujeres. Los profesionales son un total de 16 trabajadores: el director

del centro, dos psicólogos, un trabajador social, ocho educadores sociales, un celador, un profesional de mantenimiento, un D.U.E. y un médico. La médico del centro ha realizado el estudio de campo y posterior análisis que presentamos.

- La petición de permiso:

En 1999, al inicio del proyecto de investigación, fue necesario solicitar permiso tanto al Director del centro como a la Directora-gerente de la empresa que lo gestiona, previo a llevar a cabo el trabajo en el campo. Para ello se remitió el documento escrito para la petición de permiso que aparece en el Anexo 3. El permiso fue concedido a principios del mes de mayo de 1999. Tras la recepción de la respuesta se inició la primera fase de investigación a la que nos hemos referido de 26 entrevistas que se llevaron a cabo durante el periodo de tiempo de un mes.

Tras concluir esta primera fase de investigación y el análisis de resultados, se continuó en el año 2000, con la investigación incluyendo en la misma otros 26 individuos aunque, en este caso, la entrevista que se realizó formó parte de la entrevista médica de ingreso en el centro. La dirección del centro en este momento autorizó la investigación manteniendo las premisas de privacidad de los contenidos de datos personales en el transcurso de la investigación para impedir la identificación de los sujetos objeto de estudio.

Así mismo, se solicitó en todos los casos el permiso de los entrevistados para grabar las entrevistas. En los cuatro casos en los que se procedió a realizar las historias de vida, se solicitó el permiso de las personas entrevistadas para llevar a cabo la grabación de la entrevista y su posterior utilización de la misma en un proyecto de investigación.

b) Criterios para la selección de la muestra .

En la primera fase de investigación, en 1999, el trabajo estaba diseñado para efectuar treinta entrevistas semiestructuradas, a treinta individuos ingresados en la Comunidad Terapéutica "Los Vientos" (o Unidad de Deshabitación Residencial). Estas entrevistas debían desarrollarse en un corto espacio de tiempo con el fin de que el intercambio de información entre los individuos de la muestra interfiriera lo menos posible en la veracidad de la información recogida. El diseño de la guía de entrevista y los contenidos que recogía, en aquella ocasión, así lo requirieron.

Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 26 individuos, que constituían todos los usuarios que durante las fechas del 18 de mayo al 18 de junio de 1999 estaban en programa en la Comunidad Terapéutica. Los individuos de esta primera submuestra eran tanto los próximos al alta como los ingresados recientemente. Estas dos fechas eran las de la primera y última entrevista. Nos planteamos llegar a la cifra de 30 individuos en este momento, tal y como estaba previsto en el diseño del estudio, incluyendo también entrevistas telefónicas a ex-usuarios, de alta ya en el programa. Se valoró esta alternativa, para no hacerlo finalmente por considerar que en una entrevista telefónica se podría perder mucha información derivada de la observación directa y se desvirtuaría el estudio.

Los 26 individuos que entre las fechas del 18 de mayo y 18 de junio de 1999 pasaron por el programa, dieron su consentimiento tras la información previa, para ser entrevistados.

En la segunda submuestra, el diseño del estudio se modificó. En este caso nos planteamos que la entrevista semiestructurada que se grabaría y transcribiría, sería una parte de la entrevista médica de ingreso que se ampliaría en algún punto para tal efecto. Así, los 26 individuos de la segunda submuestra son aquellos que ingresaron en el centro entre diciembre de 2000 y junio de 2002 –fechas que corresponden a la entrevista uno y veintiséis respectivamente- y que cumplieron los criterios de inclusión que nos planteamos.

Dichos criterios de inclusión fueron temporales. El primero en referencia a que consiguiéramos hacer la entrevista médica de ingreso para abrir la historia clínica en los 10 días posteriores al ingreso. Intentábamos con este requisito evitar que los datos que obtuviéramos respecto de su concepto de enfermedad y de salud estuvieran condicionados por la intervención terapéutica del programa del centro o sus profesionales, y también que el intercambio de información entre los individuos interfiriera lo menos posible en la veracidad de la información recogida tal y como nos planteamos en la primera fase del estudio. Aplicamos además un segundo criterio temporal: que pudiéramos realizar el test de evaluación de la severidad de la adicción EuropASI tras esta primera entrevista semiestructurada y dentro del mes posterior al ingreso, puesto que muchos ítems críticos de este test se refieren al mes previo.

Así pues, en el periodo entre diciembre de 2000 y junio de 2002 hicimos la entrevista de ingreso con la misma estructura a todos los individuos que ingresaron en el centro. Dejamos de grabar dichas entrevistas cuando obtuvimos 26 que cumplían los criterios temporales antes expuestos. No utilizamos ningún otro método para la selección de la muestra.

Es evidente que hay una diferencia fundamental entre ambas submuestras. En la primera las entrevistas corresponden a individuos en programa y los datos proceden por tanto de individuos iniciando programa y de otros en curso o finalizándolo. Sin embargo, los de la segunda muestra son individuos que están en programa como máximo 10 días cuando se les entrevista. Este diseño nos permitirá ver si, de alguna manera, la permanencia en el programa del centro más tiempo es un factor que influye en el concepto de enfermedad y salud de los entrevistados; si hay diferencias entre ambos grupos en las enfermedades que nos relatan, en lo que saben sobre las mismas o quien les ha dado esa información y, finalmente, en si nos comentan o no la drogodependencia como una más de las enfermedades que padecen.

Contando con los criterios de ingreso ya enumerados, la muestra la constituyen 52 individuos mayores de edad residentes en la Comunidad Valenciana que han solicitado voluntariamente plaza en una Unidad de Deshabitación Residencial (Comunidad Terapéutica) pública para tratamiento de la dependencia o abuso de sustancias. Con la excepción de un individuo no residente que se empadrona en la Comunidad, un menor y un excarcelado con ingreso en el centro por orden judicial que ya hemos comentado.

c) Criterios para la selección de material escrito.

El material escrito ha sido seleccionado de tres fuentes principales tal y como hemos comentado: De la solicitud de ingreso, de la historia clínica de los pacientes y de la ficha social.

- Las solicitudes de ingreso:

Se han leído todas las solicitudes de ingreso en la Unidad de Deshabitación Residencial de los individuos de la muestra procediendo a la selección en todos los casos de la información que pudiera ser importante en nuestro estudio.

De la solicitud de ingreso se han recogido en primer lugar todos los datos referentes a enfermedades infecto-contagiosas asociadas al consumo como la hepatitis B y C y el SIDA. También las pruebas de Mantoux para detectar tuberculosis, por ser este tipo de población de especial riesgo. En segundo lugar se han seleccionado todos los antecedentes de enfermedad detallados en esta solicitud, y especialmente aquellos referidos a enfermedades psiquiátricas presentes o pasadas.

Es importante hacer constar la falta de uniformidad de los contenidos de las solicitudes de ingreso. Aunque en principio todas las solicitudes deben cubrir unos requisitos básicos de información desde el servicio que deriva al paciente –la U.C.A.- a la Unidad Residencial, no en todos los casos se aporta la misma información o no con la misma exactitud y detalle. Esto es fácil de entender si se conoce que pueden ser casi treinta distintas U.C.A.s, las que deriven a los pacientes para tratamiento de deshabitación y que la solicitud de ingreso puede estar cumplimentada por todos, algunos o sólo uno de los profesionales de la UCA que remite al paciente. Estas variaciones en la información que nos ofrece este documento escrito son especialmente visibles en lo que se refiere a la información social de los pacientes; básicamente, los datos referentes a la estructura familiar, empleo del paciente y de los padres, información sobre los hermanos o antecedentes familiares de otro tipo y temas judiciales pendientes o pasados. Puesto que en el segundo grupo de pacientes entrevistados no recogíamos los datos familiares y de empleo en la entrevista, sino de los documentos escritos, y dada la disparidad de la información recogida en las solicitudes de ingreso, decidimos, utilizar ahora una fuente escrita más que nos aportara la información que necesitábamos. Por este motivo, en la segunda muestra, utilizamos la ficha social. Con ella cotejamos la información en unos casos y la obtuvimos en otros para disponer de las mismas variables.

- Las historias clínicas:

De la historia clínica del paciente en la U.D.R. se han recogido, en primer lugar, las enfermedades que ha padecido durante su estancia en el programa. También todos aquellos problemas de salud que han sido objeto de intervención por parte del médico: vacunaciones, pruebas complementarias, citas a especialistas por enfermedades crónicas en caso de haberlas, y recomendaciones médicas. En el caso del primer grupo de 26 pacientes, la información sobre las enfermedades que hemos recogido de la historia clínica se refiere a los antecedentes previos al programa y las padecidas en el transcurso del mismo hasta el momento de la entrevista. En el segundo grupo de pacientes, y dado que la entrevista se efectuaba al ingreso y no se disponía de mucha información, se ha recopilado además de las padecidas hasta el momento de la entrevista o detectadas en la exploración física al ingreso, los nuevos diagnósticos que se han hecho posteriormente, durante el programa. En la ficha de datos que hemos creado para tal efecto los hemos hecho constar en el epígrafe “Nuevos diagnósticos en el transcurso del programa”.

En segundo lugar, de esta historia clínica se han obtenido los datos referentes a la historia de consumo: El diagnóstico principal por el que acude a tratamiento, la edad de inicio de consumo, las drogas y vías de consumo, así como los tiempos medios de utilización de cada sustancia, periodos de abstinencia y tratamientos anteriores.

Hemos de explicar en este caso que, en la primera muestra, en las notas de datos obtenidos de la solicitud de ingreso e historia clínica sólo hemos hecho constar los datos de la historia de consumo si estos diferían de los que nos han comentado en la entrevista ya que en el diseño de esa primera entrevista semiestructurada sí se recogía la transcripción literal de dichos datos. Esto lo explicaremos con más detalle cuando comentemos las diferencias entre ambas entrevistas.

- Las fichas sociales:

La ficha social es un documento que cumplimenta la trabajadora social al ingreso del paciente en el centro y que recoge, entre otros, los datos referentes a la familia del paciente.

De la ficha social hemos obtenido, en el caso de la segunda submuestra, todos los datos referentes a la ocupación y estudios del entrevistado y de sus progenitores, estado civil de los progenitores, número de miembros de la familia y lugar que ocupa entre los hermanos. Tal y como hemos comentado, muchos de estos datos constaban en algunas de las solicitudes de ingreso pero no en todos los casos por lo que ha sido necesario recurrir a este documento para poder recoger toda la información.

Dado que en la segunda muestra no estaban recogidos estos datos dentro del diseño de la entrevista, nos vimos obligados a recurrir a la ficha social y solicitud de ingreso para completar la información. En este momento, y dado que en la primera submuestra, el diseño de la entrevista sí recogía esta información, decidimos utilizar las fichas sociales de este primer grupo para cotejar lo obtenido de las entrevistas de los individuos en cuestión con el objeto de ver si había diferencias entre lo obtenido por la trabajadora social o lo que los pacientes nos habían contado en la entrevista. Al cotejar ambas fuentes en estos 26 primeros individuos de la muestra, pudimos observar que la información obtenida era la misma. Es decir, que no había diferencia entre la información relativa al empleo y estudios del individuo y familia ni de la estructura familiar, obtenidas en la ficha social o en la transcripción de nuestras primeras veintiséis entrevistas.

En los tres registros escritos constaban datos de filiación como la edad, sexo, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, y lugar de residencia.

Los datos de estas fuentes escritas en ambas submuestras se han transcrito junto con los dossiers de las entrevistas y de la observación sobre el desarrollo de las mismas, con el fin de facilitar la comparación en el análisis de los datos.

El análisis de la muestra.

Hemos analizado nuestra muestra intentando ofrecer los datos obtenidos ordenados en siete apartados. Finalmente ofrecemos los resultados sobre las conclusiones del análisis de la misma en un apartado final.

En primer lugar, el apartado de datos personales recoge los datos de ambas submuestras y del global de 52 individuos referentes a: las edades medias, la distribución por sexos, el lugar de nacimiento y de residencia, el nivel de estudios y las ocupaciones principales de los individuos de la muestra.

En segundo lugar, en el apartado de datos familiares hemos analizado los siguientes datos de las familias de referencia de los entrevistados: el número de miembros que constituye el núcleo familiar, el estado civil de los progenitores, la edad y diferencia de edad entre los mismos, el nivel de estudios y ocupación de los padres y madres, el número de hijos por familia y el lugar o número de orden que ocupa en entrevistado entre sus hermanos.

En tercer lugar hemos analizado la historia de consumo de drogas ilegales y alcohol. Para ello hemos obtenido los datos referentes a las drogas principales de abuso y las vías de consumo, la edad media de inicio de consumo de cualquier tipo de droga y las drogas por las que inician el consumo, la edad media de inicio de consumo de la droga

que genera la dependencia y el tiempo medio de consumo de la misma y los tiempos medios de estancia en programa y de abstinencia. Al referirnos a las vías de consumo hemos utilizado la siguiente terminología: “Vía intravenosa” para la administración parenteral; “speedball” para la administración parenteral de heroína y cocaína en bolo; “vía esnifada” para la inhalación nasal; “vía pulmonar” para referirnos a la administración fumada o inhalada por vía pulmonar (no nasal) y “vía oral” para referirnos a la ingesta de sustancias.

También en este apartado analizamos cada una de estas características de la historia de consumo en función de los grupos diagnósticos que hemos utilizado para clasificar a los individuos de nuestra muestra. Hemos clasificado los individuos drogodependientes entrevistados en cinco grupos diagnósticos que nos facilitaran la comprensión y el análisis de las variables. Esta clasificación es la siguiente:

- Dependientes de heroína. Dentro de este grupo hemos intentado ofrecer el análisis de los datos en función de la vía de consumo que han utilizado diferenciando dos grandes grupos: Los dependientes de heroína por vía intravenosa y los dependientes de heroína fumada (inhalada en “chinos”).
- Dependientes de heroína y cocaína. En este grupo hemos incluido aquellos individuos que tienen un diagnóstico de dependencia para ambas sustancias –con o sin otros diagnósticos-. A su vez hemos intentado analizar las variables diferenciando si se trataba de consumidores de ambas sustancias en bolo intravenoso –“speedball”- o si el consumo de ambas era por otras vías distintas de la intravenosa -fumada y esnifada o fumada para ambas sustancias-.
- Dependientes de cocaína. Que básicamente utilizaban dos vías, la esnifada y la fumada (cocaína base o crack).
- Dependientes de cocaína y abuso de alcohol. Decidimos utilizar este grupo diagnóstico para el análisis dado el gran número de pacientes en la muestra que, teniendo un diagnóstico de dependencia de cocaína, habían añadido un diagnóstico de problemas relacionados con el alcohol y ambos diagnósticos eran actuales. La frecuencia de asociación del consumo de ambas sustancias de manera consecutiva en la clínica diaria nos hizo pensar que podía ser útil analizar los datos desde esta visión diagnóstica.
- Dependientes de alcohol. Sólo dos individuos del estudio eran dependientes de alcohol como único y principal diagnóstico.

En el cuarto apartado analizamos la severidad y necesidad de tratamiento -en los 26 individuos de la segunda submuestra- en función de los datos obtenidos por el pase de la entrevista semiestructurada EuropASI. En el diseño de nuestro estudio decidimos utilizar, como un instrumento más que nos ayudara a definir la muestra de población drogodependiente con la que estábamos trabajando, el EuropASI que estaba utilizando el médico de la Unidad con fines clínicos.

El EuropASI es la adaptación europea de la quinta versión del ASI o Addiction Severity Index que se utiliza en Estados Unidos. Se trata de una entrevista breve, de 35 a 45 minutos, semiestructurada y realizada para proporcionar información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su Síndrome de Abuso de Sustancias. Y desde este punto de vista nos pareció muy interesante incluir los resultados de los EuropASI de los 26 pacientes que fueron objeto de nuestro segundo grupo de entrevistas.

Es una adaptación a Europa de esta entrevista porque por un lado algunos ítems americanos no eran relevantes en el contexto europeo y otros no eran susceptibles de traducción literal por tratarse de sistemas de seguridad social y terapéuticos diferentes. Se consiguió una adaptación que permitiese la comparación entre los pacientes dependientes de alcohol y drogas en toda Europa.

El Objetivo central del ASI es la evaluación de la intensidad de problemas en los pacientes adictos a drogas. Los fines clínicos para los que se utiliza el EuropASI son, comprender el problema global por el que pide ayuda el paciente y usarlo como base para la planificación del tratamiento inicial.

En cuanto al contenido de esta entrevista, está diseñada para explicar siete áreas potencialmente problemáticas en la población drogodependientes. Estas áreas son: Médica, Empleo y Soportes, consumo de Alcohol, consumo de Drogas, Legal, Familiar y Social y Psiquiátrica. Al inicio se explica a los pacientes que los contenidos de la entrevista serán confidenciales y que la información no saldrá del lugar terapéutico. También se les habla de que vamos a preguntarle por sus problemas más importantes en esas siete áreas y qué necesidad de ayuda considera que tiene en cada una de ellas²². El paciente utilizará una escala de autovaloración para darnos su puntuación en cada área y se le insistirá varias veces en el transcurso de la entrevista en la independencia de un área de otra para que se concentre en cada área de manera independiente.

En la entrevista hay preguntas que constituyen los ítems críticos y cuyas respuestas van a definir la puntuación de severidad –definida como necesidad de tratamiento- que se realiza habitualmente cotejando la puntuación que pondrá el entrevistador con la de autoevaluación del paciente. Estas puntuaciones no intentan ser una estimación del beneficio potencial del tratamiento para el paciente, sino el grado con el que necesita algún tipo de intervención efectiva en cada área en concreto, independientemente de que ese tratamiento o intervención este disponible para él o no.

Las puntuaciones de cada uno de los 26 individuos entrevistados se ofrecerán en el Anexo número 1. Así mismo, en el Anexo número 2 figura el formulario de la entrevista EuropASI.

En el quinto apartado analizamos todas las variables sociodemográficas mencionadas – las edades medias, la distribución por sexos, el lugar de nacimiento y de residencia, el nivel de estudios y las ocupaciones principales de los individuos de la muestra, las características del núcleo familiar y la severidad de la adicción- pero en esta ocasión en función del grupo diagnóstico al que pertenecen.

En el sexto apartado de análisis de la muestra que denominamos “Comparación con la población drogodependiente que solicita tratamiento en España y en la Comunidad Valenciana en 1999 y 2001”, hemos reunido los datos de nuestra muestra que ha sido posible comparar con los registros de la población drogodependiente que acudió a tratamiento en la Comunidad Valenciana y en España para los mismos años. Y, finalmente, en el apartado de “Características de nuestra muestra”, hemos reunido aquellos datos más relevantes del análisis de nuestra muestra.

²² Como ejemplo de introducción al EuropASI, la guía del mismo recomienda hacer la siguiente introducción: “Nos hemos dado cuenta que aunque todos los pacientes tienen problemas de alcohol/drogas, muchos tienen también importantes problemas en otras áreas como médicas, empleo, familiares, etc. En cada una de esas áreas, le preguntaré si Ud. piensa que tiene problemas en ella, cómo de molesto se ha sentido por esos problemas, y cómo de importante piensa que es el tratamiento de esos problemas para Ud. Esto es una oportunidad para que Ud. describa sus problemas más importantes; aquellos que Ud. piensa que son en los que más ayuda necesita”.

Para llevar a cabo estas comparaciones en el sexto apartado, hemos utilizado los datos disponibles de la población drogodependiente que acude a tratamiento durante estos años y está registrada por el Observatorio Español sobre Drogas. Este organismo pertenece a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD).

La función primordial del Observatorio Español sobre Drogas es “ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de drogas psicoactivas incluyendo alcohol y tabaco), los problemas asociados y las respuestas sociales ante los mismos en España²³. Para ello se recoge información procedente de diversas fuentes que, una vez analizada y contextualizada, ayuda a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a la hora de tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos”.

Los informes del O.E.D. se elaboran recogiendo los datos de fuentes distintas:

- Los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad gestionados por el Plan Nacional sobre drogas.
- La Encuesta Domiciliaria sobre Drogas.
- La Encuesta de Drogas a la Población Escolar.
- Los Indicadores sobre el control de la Oferta.
- También se recoge información sobre Programas de Prevención y datos sobre inserción a la vida laboral y social.

Hemos utilizado básicamente, para comparar nuestra muestra, los datos obtenidos sobre población drogodependiente publicados en dos informes del Observatorio²⁴:

- El informe número 4 que recoge y cuantifica los datos de 51.191 admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas en 1999 en 537 centros notificadores distintos en toda España.
- Y el informe número 6, de 2001, en que se notificaron 49.376 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco), procedentes de 492 centros declarantes en toda España.

También solicitamos por escrito del Centro de Documentación del Plan Nacional sobre Drogas (O.E.D.) los indicadores poblacionales correspondientes a nuestra Comunidad Autónoma en los años 1999 y 2001²⁵ y a la propia Dirección General de Atención a la Dependencia de la Comunidad Valenciana que nos los facilitaron.

²³ Tomado textualmente del informe número 6 del O.E.D.

²⁴ OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). Informe nº 4 de 1999. Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD).
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). Informe nº 6 de 2001. Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD).

²⁵ OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). Tablas de datos de la Comunidad Autónoma Valenciana correspondientes a 1999 y 2001. Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD).
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. Tablas de datos correspondientes a admisiones a tratamiento en 1999 y 2001.

La recogida de datos

a) Las Entrevistas

Para llevar a cabo este estudio se han utilizado dos entrevistas semiestructuradas –una de ellas modificación de la otra como comentaremos-, en las que se insta al informante a hablar sobre cuestiones que previamente le planteamos.

Los modelos de cuestionarios que utilizamos son los siguientes:

- Entrevista de la primera submuestra –

Entrevista N°

Fecha de la entrevista:

Fecha de ingreso:

1) Datos personales:

- Edad: Fecha de nacimiento:
- Sexo: Lugar de nacimiento:
- Lugar/es de residencia: .
- Ocupación/es: Nivel de estudios:

2) Datos familiares:

- Características del núcleo familiar:
- Lugar/es de residencia:.
- Miembros de la familia:

3) Historia de consumo de drogas ilegales y alcohol:

- Edad de inicio de consumo Sustancia/s:
- Vías de consumo: Tiempo/s de consumo en años:
- Cómo inicia el consumo:
- Tratamientos anteriores:
- Tiempo de abstinencia:

4) Concepto de enfermedad y de salud:

- ¿Estás enfermo?
- ¿Padece ahora alguna enfermedad?
- ¿Has estado enfermo?
- ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padece/ padeciste?
- ¿Quién te lo ha contado?

5) Alimentación:

- ¿Qué comes?
- ¿Qué comías cuando consumías?
- ¿Cuándo?
- ¿Por qué?

6) Conocimiento sobre tratamientos no convencionales:

- ¿Has oído hablar de...? En caso afirmativo, ¿en qué consiste?

1. - Homeopatía:
2. - Acupuntura:
3. - Masajistas:
4. - Quiropraxis:
5. - Balnearios:
6. - Curanderos:
7. - Naturopatía:
8. - Plantas medicinales:
9. - Remedios caseros:
10. - Otros:

7) Uso de tratamientos no convencionales:

- ¿Has utilizado alguno de estos tratamientos?

En caso afirmativo, ¿Cuándo?, ¿Para qué?, ¿Qué le costó?, ¿Cuánto tiempo?, ¿Quién le informó?

1. -Homeopatía:
2. -Acupuntura:
3. - Masajistas:
4. - Quiropraxis:
5. -Balnearios:
6. -Curanderos:
7. -Naturopatía:
8. -Plantas medicinales:
9. -Remedios caseros:
10. - Otros:

8) Uso de tratamientos no convencionales en la drogodependencia:

- Para tu problema de dependencia/abuso de drogas, ¿has recurrido alguna vez a algún tratamiento distinto del recetado por el médico?

En caso afirmativo:

¿Has tomado algún tratamiento (fármacos/automedicación) por tu cuenta? ¿Cuál/es?

¿Qué te costó?

¿Quién te lo aplicó?

- Entrevista de la segunda submuestra.

HISTORIA N°

Fecha de ingreso:

Fecha de entrevista:

- 1) ¿Qué problemas de salud te preocupan?
- 2) ¿Padeces o padecías alguna enfermedad? ¿Cuáles?
- 3) ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?
- 4) ¿Quién te lo ha contado?
- 5) ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento?
- 6) ¿A qué has venido al centro?
- 7) ¿Cómo definirías la droga?
- 8) ¿Consideras la drogadicción una enfermedad?

La primera entrevista, la llevada a cabo en el primer grupo de 26 individuos, constaba de 8 apartados distintos tal y como puede verse en los cuestionarios:

El primero, segundo y tercero recogían los datos personales, y familiares y la historia de consumo de cada individuo respectivamente.

El cuarto correspondía a las preguntas especialmente referidas a los conceptos de enfermedad y salud, que son las que hemos utilizado para la elaboración de esta tesis.

El quinto apartado recogía hábitos alimenticios y el sexto, séptimo y octavo conocimientos y practicas de tratamientos no convencionales y automedicación. La transcripción de estos cuatro últimos apartados se ha suprimido por no formar parte de la investigación actual.

Cuando, tras presentar el proyecto de investigación, decidimos centrar la misma para la tesis de manera más concreta en el concepto de enfermedad y de salud del paciente, decidimos modificar algunas preguntas y añadir otras. Lo que resultó de estas modificaciones fueron las cuatro primeras preguntas que podemos ver en el del guión del cuestionario de la segunda entrevista.

Además se añadieron preguntas que nos hicieran entender mejor por qué en la mayoría de casos no se mencionaba la drogodependencia como enfermedad y sin embargo estaban en un centro de internamiento para recibir tratamiento por su diagnóstico de dependencia o abuso. Así se añadieron a la entrevista inicial las preguntas números 5, 6, 7 y 8.

Las dos primeras de este grupo ¿qué expectativas tienes sobre el tratamiento? y ¿a qué has venido al centro? Eran realmente dos preguntas con respuestas similares que se hacían de manera reiterativa para obtener más información.

En cuanto a la tercera, -¿Cómo definirías droga?- no utilizamos en la práctica siempre esta pregunta únicamente. Con frecuencia añadimos frases que nos permitieran aclarar al entrevistado qué es lo que queríamos que nos dijera. En la transcripción de las entrevistas hemos reflejado fielmente la pregunta tal y como la hicimos. Como ejemplo, a varios

usuarios les dijimos algo parecido a esto²⁶: “Si yo te pregunto qué es una silla, o qué es una mesa, tú me lo sabes describir con tus palabras y me sabes definir qué es, como si fueras un diccionario. Si yo te pregunto ¿qué es para ti una droga?, a ver si consigues definírmela”.

Durante la fase de entrevistas en el segundo grupo de muestra, al entrevistado número 18b y posteriores se les preguntó por qué en su momento no habían enumerado la drogodependencia como una de sus enfermedades y, sin embargo, luego sí consideraban la drogodependencia una enfermedad. Esta pregunta surgió como un interrogante nuevo en el transcurso de la investigación y decidimos utilizarla en los casos de la muestra que nos quedaban por entrevistar.

En el caso de esta segunda submuestra con la que utilizamos la segunda guía de entrevista, los tres apartados de la primera entrevista con la recogida de los datos personales, y familiares y la historia de consumo de cada individuo, los obviamos y obtuvimos de la historia médica del paciente –por lo que muchas veces se obtuvieron en la misma sesión de grabación junto al resto de preguntas-, de la ficha social y de la solicitud de ingreso, tal y como hemos comentado en las fuentes.

En cuanto a la duración de las entrevistas, en el primer grupo de 26 pacientes fue de entre 20 y 45 minutos. En el segundo grupo, aunque el contenido de la entrevista era menor y fue grabado en menos tiempo como media que en las primeras (entre 15 y 25 minutos), el tiempo que estuvimos con los individuos entrevistados en conjunto y la duración de las grabaciones fue incluso mayor que en la primera –de alrededor de una hora-. Esto se explica porque esta segunda entrevista se hacía en el contexto de la apertura de la historia clínica del paciente a su llegada al centro donde, además de las preguntas propias de la entrevista recogimos el resto de datos necesarios para el trabajo en el centro. En este segundo caso, la entrevista semiestructurada que hemos utilizado para el estudio, estaba integrada completamente en la recogida de datos para la historia clínica del centro y como tal se le hizo a todos los pacientes que entre diciembre de 2000 y junio de 2002 –fechas de la primera y última entrevista- ingresaron en el centro y no se marcharon antes de poder abrirles la historia clínica completa. Sólo se han utilizado aquellos materiales que proceden de individuos con el EuropASI hecho en el primer mes tras el ingreso y con la primera entrevista en los primeros 10 días. Las entrevistas o EuropASI que no cumplían alguno de los dos criterios temporales no han sido utilizadas.

Las 52 entrevistas fueron grabadas –no encontramos objeciones para ello en ningún caso- y todas se llevaron a cabo en un despacho de la Comunidad Terapéutica a excepción de una de la segunda submuestra, la 13, que se llevo a cabo durante un trayecto en coche en un traslado al hospital para llevar a cabo unas pruebas complementarias. Aún en este caso y tal y como comentamos en su transcripción, la entrevista se llevó a cabo en un ambiente distendido y relajado.

Las transcripciones se han llevado a cabo en primera persona intentando respetar fielmente el lenguaje y contenido de lo que el informante nos comunicaba. Incluso en un caso en que nos hablaba en valenciano hemos transcrito los párrafos tal y como él nos los dijo sin hacer ninguna corrección gramatical (el entrevistado no hablaba un valenciano académico). Se han recogido de igual modo las preguntas tal y como se formularon en cada caso. Sólo hay un apartado donde no se respetó la literalidad de sus respuestas. Fue en el apartado de datos familiares en las entrevistas de la primera submuestra. En esta ocasión se ordenó,

²⁶ Tomado de la transcripción directa de la entrevista del 21b.

resumió y redactó el apartado para facilitar el análisis posterior puesto que sólo se trataba de recoger datos útiles para la investigación en este caso.

Aparece entrecomillado cuando el entrevistado ha utilizado una palabra en argot o un vocablo que nos llama especialmente la atención. También cuando hace referencia a algo que le dice un tercero de una manera textual o se refieren a una frase que ellos dijeron en otro momento de una manera textual. Cuando el entrevistado menciona algún nombre propio o dato que le pueda identificar a él o a su familia, dicho nombre o dato aparece como XXXX para asegurar el anonimato.

En la transcripción del segundo grupo de entrevistas, aparecen las preguntas literales de modo que, sí se añadió alguna pregunta similar aclaratoria, aparecen a continuación de estas en la transcripción. Y si en algún caso no se ha hecho la pregunta literalmente, el epígrafe se ha transcrito entre paréntesis y en el renglón siguiente aparece la pregunta tal como se formuló al entrevistado, respetando completamente la literalidad. Del mismo modo, a veces, en el transcurso de la entrevista, se hacen dos preguntas en una para facilitar la fluidez. Tal es el caso de ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces? y ¿quién te lo ha contado?. Es frecuente que en la contestación de la primera pregunta aparezca también la segunda. En este caso, al llegar a la segunda pregunta hay una nota que nos remite a la contestación correspondiente a la primera. En ningún caso se ha omitido el epígrafe para asegurar que no se olvida ninguna pregunta en ninguna entrevista. Además, cuando en algún caso, al grabar el resto de historia clínica, se han encontrado datos importantes como complemento de la entrevista, se han añadido al final y de manera literal (es el caso del número 13b).

En las 26 primeras entrevistas se informó a cada uno de los entrevistados de que se estaba llevando a cabo un proyecto de investigación y que dicha entrevista era específicamente el método de trabajo para el mismo. Se les pidió el consentimiento para llevarla a cabo y el permiso para utilizar la grabadora a tal efecto. En el segundo grupo de 26 pacientes, se solicitó permiso para la grabación de la entrevista clínica de ingreso que servía como base para la apertura de la historia clínica. En todos los casos se les dijo que si no estaban cómodos se detendría la grabación o se les entregaría la cinta al final de la misma. Una parte de esa grabación la constituyen las preguntas que hemos utilizado en nuestro análisis. Sólo en los cuatro casos en que se prolongó la investigación con las historias de vida, dado que éstas no eran objeto de trabajo en nuestro centro, se solicitó especialmente el permiso de los entrevistados para utilizarlas en nuestra investigación. Como comentaremos al hablar de las historias de vida, se transcribió también en algún caso la petición de permiso.

La principal dificultad que encontramos en el transcurso de las entrevistas fue la limitación de tiempo de trabajo. Por un lado, porque las entrevistas sólo podían llevarse a cabo sin interferir con el tiempo destinado a otras actividades del programa del centro terapéutico. Esto resultó especialmente difícil en el segundo grupo de entrevistas porque aplicamos un nuevo criterio temporal para incluirlas o no en nuestro estudio. Por otro lado, porque en algún caso, como en la entrevista 5 del primer grupo, por tratarse de un individuo que nos daba mucha información y de una entrevista, por tanto, mucho más larga de lo habitual, fue necesario llevarla a cabo en periodos de tiempo libre del informante y en varios días consecutivos.

b) Observación directa

Se han tomado notas sobre los individuos y la entrevista en los 52 casos. Si bien, hay algo que diferencia la observación directa y notas relativas a uno y otro grupo de entrevistados.

En el primer grupo se tomó nota sobre datos derivados principalmente de la impresión subjetiva del entrevistador (al igual que en el segundo grupo), pero condicionada no sólo por el tiempo de observación directa durante la entrevista en sí, sino, probablemente influenciadas también por la relación previa de la entrevistadora con el paciente concreto. Se trababa en este caso de una relación médico paciente ya establecida puesto que las entrevistas se realizaron, como hemos comentado, a todos los individuos presentes en la Comunidad Terapéutica en un periodo de tiempo de un mes²⁷ y por tanto había individuos que acababan de ingresar y muchos otros que ya llevaban un tiempo en la Comunidad o incluso estaban acabando el programa; en cualquier caso, que habían sido ya intervenidos una o varias ocasiones por el médico del centro. La observación directa y las notas que a este respecto se tomaron en este primer caso, están más condicionadas por la especial relación médico paciente en la Unidad y por el conocimiento previo que el entrevistador – el médico de la Unidad- tiene sobre el individuo.

Nos parece importante describir las características que hacen de esta relación médico-paciente algo especial en que el entrevistador forma parte del entorno del usuario de manera constante y directa durante su estancia en el centro. El médico tenía, en el periodo en que se hicieron las primeras entrevistas, un horario de trabajo de 11 a 19 horas debiendo comer en el centro con los internos a diario. Durante el tiempo que el profesional está en la Unidad, no permanece en la consulta, sino que está en los despachos y resto de dependencias del centro con los usuarios y resto de profesionales. Sólo acude a la consulta para atender una demanda concreta de un paciente que lo requiere. Además de comer con los internados, tal y como hemos comentado, los acompaña en las actividades deportivas, coordina las actividades culturales del centro e imparte quincenalmente un programa de escuela de salud. Todo esto hace que la relación médico-paciente sea especialmente estrecha y cercana en este tipo de recursos asistenciales.

Consideramos que en la mayoría de los casos esta peculiaridad fue provechosa para la investigación. El nivel de entendimiento y relación con los informantes fue muy alto. El conocimiento previo de los casos, en su mayoría, impidió dobles interpretaciones y malentendidos, y permitió al entrevistador evaluar mejor el grado de sinceridad de los informantes. También es posible, como contrapartida, que en la recogida de datos e interpretación de los mismos se viera influenciado por el conocimiento previo que de los usuarios tenía.

En el segundo grupo de entrevistas la relación médico-paciente aún no estaba plenamente establecida puesto que nos propusimos que dichas entrevistas se hicieran en el primer contacto del profesional médico con el individuo que había ingresado en el día o días anteriores. No se había dado por tanto ningún acto médico formal hasta el momento de la entrevista. Tratábamos así de ver si estos dos diseños de estudio influían de algún modo en la calidad y cantidad de información que recogíamos de dos muestras de población drogodependiente similares. La impresión subjetiva del entrevistador fue que no había diferencias relevantes ni en lo que nos contaban ni en como lo hacían. Quizá es el recurso asistencial residencial y sus características, así como el tiempo disponible para las entrevistas semiestructuradas lo que determinó la cantidad y calidad de la información recogida para posterior análisis.

c) Historias de vida

Ofrecemos también entre los materiales de esta investigación, la elaboración completa de cuatro historias de vida. Fueron realizadas a cuatro pacientes pertenecientes a la

²⁷ Del 18 de mayo al 18 de junio de 1999.

segunda submuestra . Este material no ha sido objeto de un análisis en profundidad por nuestra parte. Sólo hemos pretendido que, al hacerlas constar aquí, clarificaran o sirvieran de ejemplos explicativos de qué cosas en la vida de un drogodependiente concreto pueden haber perpetuado su problema adictivo y condicionado su percepción de enfermedad o la eficacia de las intervenciones profesionales o tratamientos a los que ha estado sometidos.

Estas historias de vida se hicieron en el transcurso de unas dos horas y media a tres, en un despacho de la Unidad. Para llevarlas a cabo se pidió el consentimiento expreso a los cuatro pacientes que fueron objeto de las mismas explicándoles que formaban parte de una investigación. Los cuatro pacientes prestaron su colaboración para la misma. Su contenido, que esperamos sea objeto de un análisis posterior a esta tesis, nos ha parecido muy interesante. Por eso decidimos ofrecer en el anexo 1 la transcripción de las mismas junto con sus entrevistas y hojas de datos. Corresponden a los individuos 1b y 2b, dependientes de heroína, y 12b y 22b con diagnóstico de dependencia de cocaína y abuso de alcohol.

La guía que utilizamos para que nos relataran de manera distendida sus vidas fue la que aparece a continuación:

- Aspectos de tu vida: Háblame de tu vida ¿Cómo ha sido? ¿Qué cosas te “han marcado”?
- Háblame de tu familia: miembros, posición que ocupas, trabajos.
- Háblame de tu residencia habitual y tu entrono (la ciudad en que vives, el barrio, etc)
- Estudios, colegio, etc.
- Causas que identificas en el consumo de drogas: Cómo empiezas el consumo, cuándo, qué cosas te han hecho seguir, qué ha mantenido el consumo.
- Tratamientos anteriores.

d) Las hojas de datos.

En el caso de las primeras 26 entrevistas, y dado que las mismas ya contenían los apartados correspondientes a los datos personales e historia familiar y de consumo, sólo abrimos un apartado –que hicimos constar después de las observaciones sobre el desarrollo de la entrevista- donde recogimos los datos más relevantes de la solicitud de ingreso e historia clínica del paciente en cuestión.

Dadas las características de las segundas entrevistas donde, como hemos comentado, no se recogían los datos anteriores; decidimos crear un registro que nos ayudara a recoger todo aquello que consideramos que nos sería de utilidad en el análisis de la muestra. Llamamos a este registro “Hoja de datos de solicitud de ingreso, ficha social e historia clínica”. En ella recogimos uno a uno los datos personales, familiares y de historia de consumo de los 26 individuos de la segunda muestra. También recogimos los antecedentes de enfermedad, tratamientos anteriores, tiempos de abstinencia hasta la entrevista, tipo de alta y causas judiciales pendientes.

A continuación mostramos la plantilla de este registro:

Fecha de ingreso:

- Edad: Fecha de nacimiento:
- Sexo: Estado civil:
- Lugar de nacimiento:
- Lugar/es de residencia:
- Ocupación habitual o última:
- Nivel de estudios:
- Número de miembros de la familia:
- Estado civil de los progenitores:
- Estudios de los padres:
- Ocupación del padre:
- Ocupación de la madre:
- Número de hijos por familia:
- Lugar que ocupa entre los hermanos:
- Droga/drogas de consumo:
- Principal droga de abuso:
- Diagnóstico (Dependencia o Abuso):
- Vía de consumo de la droga principal: ¿iv?
- Edad de inicio de consumo de cualquier sustancia:
- Sustancia con la que inicia el consumo:
- Edad de inicio de consumo de la droga/s que ha generado el diagnóstico de dependencia:
- Año de inicio de consumo de la droga principal
- Tiempo medio de consumo de la droga principal:
- Tiempo medio de permanencia en programa hasta la entrevista:
- Tiempo medio de abstinencia hasta la primera entrevista:
- Resultado del control toxicológico en orina al ingreso:
- Antecedentes de enfermedad:
- Datos complementarios al ingreso:
- Mantoux Serología V.I.H. , V.H.C. ,V.H.B.
 ,RPR
- Fecha de la última analítica practicada previa al ingreso:
- Enfermedades actuales:
- Nuevos diagnósticos en el transcurso del programa:
- Diagnósticos psiquiátricos:
- Tratamiento psiquiátrico previo:
- Tratamiento al ingreso:
- Número de tratamientos anteriores y recursos:
- U.C.A.: U.D.H.: U.D.R.: C.D: P.M.M: U.S.M.: G.A.: O.N.G.s:
- Otros tratamientos:
- Tipo de alta:
- Fecha de alta:
- Tiempo de permanencia en programa:
- Otra información de interés:- Causas judiciales pendientes:
- Servicio militar

Por otro lado, creamos un nuevo registro que llamamos “Hoja de datos extraídos del EuropASI” y que presentamos a continuación. En ella figura el tiempo de permanencia en programa hasta la realización del EuropASI, el perfil de severidad para el que creamos una tabla con puntuaciones, y datos de interés que nos parecieron relevantes en el pase de este cuestionario extraídos de items críticos. Añadimos también otra línea dentro de esta hoja de datos que llamamos “cuestiones a investigar”, por si en esta entrevista nos habían surgido interrogantes respecto del paciente, su historia clínica o el contraste entre lo obtenido en esta entrevista y en la que nosotros le habíamos pasado al ingreso.

Hoja de Datos extraídos del EuropASI: - Tiempo de permanencia en programa hasta el EuropASI: PERFIL DE SEVERIDAD										
PROBLEMAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MEDICO										
EMPLEO/SOPORTES										
ALCOHOL										
DROGAS										
LEGAL										
FAMILIA/SOCIAL										
PSICOLÓGICO										
DATOS DE INTERÉS DE ITEMS CRÍTICOS U OTROS: A INVESTIGAR:										

Nos parece necesario comentar también aquí que, tanto para el análisis de la muestra como para el análisis de los resultados obtenidos en las entrevistas creamos varias hojas de datos en EXCEL. Estos registros eran tablas ordenadas por el número asignado a cada entrevistado donde figuraban los datos sociodemográficos relevantes, de la historia de consumo y de un resumen de sus respuestas a las preguntas de las entrevistas. Fueron ordenados en primer lugar por orden numérico y posteriormente en función del diagnóstico principal para que nos permitiera proceder al análisis en función del grupo diagnóstico al que pertenecían. Estos instrumentos de trabajo nos resultaron imprescindibles a la hora de cotejar datos y asegurarnos de que no estábamos errando u omitiendo información en el análisis.

El análisis de los datos

En este apartado vamos a anotar los criterios que hemos utilizado a la hora de analizar los datos y al cotejarlos con los aportados por bases de datos de usuarios atendidos en drogodependencias y por la bibliografía. Es importante hacer constar en primer lugar que, en nuestra investigación, hemos hecho básicamente un análisis del contenido de las entrevistas.

En primer lugar, debemos comentar que hemos utilizado el informe nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas que abarca las admisiones a tratamiento en toda España durante 2001 para comparar los datos de nuestra segunda muestra. En esta, aunque 19 de los 26 pacientes ingresaron durante 2001, uno lo hizo en diciembre de 2000 y los 6 restantes

tramitaron su ingreso en los últimos meses de 2001, aunque ingresaron ene. Centro en 2002.

Expondremos a continuación con detalle los criterios utilizados para el análisis de la muestra y lo haremos respetando el mismo orden con el que hemos procedido a dicho análisis.

1) Análisis de la Muestra

El perfil de los datos personales de nuestra muestra no ha sido enteramente comparable con los perfiles de la población drogodependiente registrada en la Comunidad Valenciana²⁸, ni de la española²⁹ para los mismos años. A diferencia de nuestra muestra, el cómputo para la Comunidad Valenciana incluye los tratamientos de la dependencia de la nicotina y la ludopatía, y el registro nacional no incluye las admisiones por dependencia de alcohol como única sustancia.

En cuanto a la ocupación principal, en los datos nacionales -Observatorio Español sobre Drogas- y valencianos sólo recogen un apartado de “parados que no han trabajado antes” o “nunca han trabajado”, por lo que ha sido el único epígrafe susceptible de comparación para nuestra muestra.. En ésta hemos explicado con detalle las principales profesiones que han ocupado en algún momento de su vida los individuos de la muestra (sin detallar si en ese momento estaban de baja, cobrando subsidio de desempleo u otros); y, posteriormente, hemos clasificado a los individuos en grupos (trabajadores especializados/no especializados, etc) para poderlos comparar entre sí y con un artículo³⁰ que hacía referencia a esta clasificación en un estudio en progenitores de drogodependientes.

Sobre las dimensiones del núcleo familiar se ha contabilizado a los padres si han vivido con el informante hasta el ingreso en el centro o hasta que han creado una familia propia, y el número de hermanos. No se han contabilizado los hijos de los informantes que conviven también en dicho domicilio, ni los padres si fallecieron hace más de 10 años o, por estar separados, no residen con el informante. Sí se han contabilizado como unidad familiar los padrastros o parejas de sus padres si han convivido con ellos largos periodos de tiempo (más de 10 años o desde la infancia). Se ha hecho así por considerar que el factor más importante que puede influir en las conductas y actitudes del informante son, en relación a su familia, sus relaciones más cercanas y directas a lo largo de su vida, su relación con los padres y hermanos y las influencias que de ellos ha recibido.

Respecto a la diferencia de edad entre los progenitores, se ha calculado únicamente en las familias en que ambos progenitores continúan vivos debido a que al intentar rescatar el dato de la edad que podrían tener los progenitores muertos en el presente o la diferencia de edad con sus parejas, los entrevistados no podían precisar la información. De este modo se han analizado las diferencias de edad entre los progenitores de 19 individuos de la primera muestra y de otros 19 en la segunda.

²⁸ Información proporcionada por la Dirección General de Atención a la Dependencia de la –Comunidad Valenciana (DGAD Comunidad Valenciana) de los años 1999 y 2001.

²⁹ Nos referimos a los datos aportados por el Observatorio Español sobre Drogas del Plan Nacional sobre Drogas en sus informes nº 4 y 6 correspondientes a 1999 y 2001 respectivamente.

³⁰ BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). *La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones*. Revista española de drogodependencias, 19 (4), 297-310.

Al analizar la edad de los progenitores, hemos utilizado únicamente la edad de los progenitores que están vivos. Hemos contabilizado las edades de 40 padres (20 de cada submuestra) y 49 madres (25 de la primera muestra y 24 de la segunda).

En el nivel de estudios de los padres, nos planteamos tomar como referencia también el nivel de estudios de los progenitores fallecidos si el informante lo conocía y, finalmente, hemos recogido el nivel de estudios de todos los progenitores a excepción de 6 padres de los que no hemos podido recoger esta información y que hemos registrado como NS/NC (“no sabe, no contesta”). Hemos clasificado el nivel de estudios en cinco grupos: Analfabetos, sabe leer y escribir, primarios, secundarios y superiores.

En cuanto a las ocupaciones principales de los progenitores del informante, en primer lugar hemos recogido toda la información de que disponíamos incluyendo las profesiones anteriores de los jubilados y de los progenitores fallecidos hace menos de diez años.

Una vez reunidas, los hemos clasificado atendiendo a los criterios utilizados en el estudio de Duran Gervilla³¹ pero sólo las que corresponden al presente, es decir, las de progenitores vivos en su ocupación actual. Hemos de anotar que en el estudio mencionado los porcentajes por ocupación están extraídos del 100% de encuestados y el 73,88% eran madres. En el cómputo de nuestra muestra, si las madres trabajan de amas de casa y también en un negocio familiar (bar) o actualmente están en paro pero son administrativas u otra profesión y habitualmente trabajan fuera de casa, se han contabilizado por el negocio familiar y la profesión habitual.

Para poder comparar la edad media del informante con las de sus hermanos se hizo el cálculo del cómputo global de edades medias de los hermanos en cada familia, sin incluir la del informante. En el caso de la primera muestra, el sumatorio total de las edades de los hermanos de los informantes se dividió entre 24 familias que tenían más de un hijo, puesto que en las otras dos familias el entrevistado era hijo único.

En cuanto a la historia de consumo, aunque la mayoría de los individuos admiten haber consumido varias sustancias de abuso (49 individuos), los hemos clasificado en grupos por la droga principal de abuso que determina el diagnóstico de trastorno por dependencia y para la que se solicita principalmente el ingreso en un recurso como la U.D.R. (Unidad de Deshabitación Residencial).

Para facilitarnos las comparaciones y el estudio posterior, clasificamos los individuos de nuestra muestra en cinco grupos principales para los que, en el apartado de variables sociodemográficas por grupos diagnósticos, hicimos la descripción minuciosa de todas sus características. Estos grupos fueron los siguientes:

- Dependencia de heroína.
- Dependencia de heroína y cocaína (*speedball* u otras vías).
- Dependencia de cocaína.
- Dependencia de cocaína y dependencia o abuso de alcohol.
- Dependencia de alcohol como único diagnóstico.

Puesto que al intentar comparar los datos de nuestra muestra con bases de datos a nivel nacional y comunitario, los grupos de admisión a tratamiento por diagnósticos se clasifican en función de una única droga principal, nosotros solo hemos podido comparar los grupos que se refieren a una única droga (heroína, cocaína y alcohol como única sustancia principal) y, para poder aproximar mejor los datos hemos hecho en

³¹ Esta clasificación incluye: Trabajadores especializados de la industria o hostelería, trabajadores no especializados (albañiles, capataces, fontaneros, peluqueros, almacenistas, limpiadores, etc.); artesanos; trabajadores de servicios públicos; trabajos domésticos y jubilados.

algunos momentos los cálculos globales. Por ejemplo hemos considerado todos los diagnósticos de dependencia de cocaína con o sin alcohol para comparar con los que corresponden a cocaína en los datos del OED y Comunidad Valenciana puesto que en ninguno de los dos registros se recoge un grupo de cocaína y alcohol y en el OED ni siquiera hay un grupo de admisiones a tratamiento por alcohol. También en algún caso hemos sumado todos los dependientes de heroína (con o sin cocaína). Cada vez que hemos hecho este tipo de consideraciones lo hemos especificado.

En cada uno de los grupos hemos analizado las vías de consumo utilizadas, pero también hemos hecho un párrafo en historia de consumo analizando las principales vías de consumo utilizadas por la muestra sin discriminar la sustancia consumida. Para el cálculo de los porcentajes en nuestras muestras, se han contabilizado todas las vías utilizadas. Esto quiere decir que si un paciente utiliza más de una sustancia y por distintas vías, se han tenido en cuenta ambas en el cómputo global. Además, en nuestro estudio hemos recogido en un mismo grupo la vía “pulmonar” que correspondería a las administraciones fumada e inhalada y que hemos denominado fumada en gran parte del texto. Está recogida así porque en los registros del Observatorio Español sobre drogas recogen los usuarios que utilizan la vía “pulmonar” englobando ambos tipos de consumo (fumada e inhalada). Como hemos especificado anteriormente, hemos utilizado la terminología de “esnifada” para referirnos a la inhalación por vía nasal, de “intravenosa” para el uso parenteral y de “*speedball*” adoptando la denominación inglesa del uso en bolo intravenoso, de administración parenteral, de heroína y cocaína juntas.

Conviene puntualizar que uno de los dependientes de heroína como principal diagnóstico utiliza la vía fumada siempre pero en los últimos meses uso la intravenosa. A efectos del análisis lo hemos incluido en el grupo de heroína fumada.

Al analizar los datos de los tiempos medios de consumo de la droga principal, en el grupo de heroína y cocaína la mayoría comenzaron por consumir cocaína y 5 refieren la misma edad de inicio para ambas. Decidimos considerar la edad de inicio de la droga principal aquella por la que comenzaran antes y, por tanto, ésta coincide con la del inicio de cocaína en todos los miembros de este grupo. En el grupo de cocaína y alcohol hemos considerado la edad de inicio de la droga principal la de cocaína puesto que es al añadir esta sustancia al alcohol cuando empiezan a consumir ambas juntas.

Al analizar el tiempo de estancia en programa y el tiempo de abstinencia actual, tal y como se comenta en el apartado de criterios de selección de la muestra, dadas las diferencias en cuanto a los criterios de selección de las dos submuestras, el tiempo de estancia en programa en ambas es muy distinto, y por tanto, también lo son los periodos de abstinencia. Por este motivo, los datos de las dos muestras no pueden ser comparables directamente. En el caso de la muestra de 1999, los tiempos de programa y de abstinencia se contabilizan en meses y semanas y, en la muestra del 2001 los hemos contabilizado en días por lo que hemos procedido a hacer las transformaciones oportunas.

Al analizar la severidad con el EuropASI, hemos utilizado el sumatorio total de las puntuaciones de los individuos de la muestra de 2001 (a los que fue pasado este cuestionario) por áreas e individualmente. De este modo, hemos podido objetivar en qué áreas las puntuaciones eran más altas y por tanto la severidad de la adicción de los individuos de nuestra muestra o necesidad de intervención en esta área era mayor. Y, al hacer lo mismo por individuos, hemos podido conocer aquéllos que requieren más intervención en general y los hemos ordenado de mayor a menor grado de severidad de la adicción.

Cuando en el apartado de variables sociodemográficas por grupos diagnósticos hemos recogido y detallado las variables personales, familiares y de severidad para cada uno de los cinco grupos diagnósticos en que hemos clasificado nuestra muestra, diferenciando también los datos por año para poder comparar con los datos disponibles a nivel nacional y comunitario. Hemos hecho comparaciones entre los datos extraídos de nuestras muestras y los de la población drogodependiente admitida a tratamiento y registrada en 1999 en el Observatorio Español sobre Drogas o en la Comunidad Valenciana. Si ha sido necesario para poder hacer estas comparaciones, hemos contabilizado los datos uniendo varios grupos diagnósticos. Por ejemplo, para poder comparar los datos del OED de dependientes de cocaína con los de nuestra muestra, hemos sumado los grupos de cocaína y cocaína y alcohol de la misma dado que sabemos que en el registro del OED no se recogen los casos de alcohol aislados o asociados a otras drogas por lo que para este registro los casos de cocaína y cocaína y alcohol se recogen en un único grupo de cocaína. Siempre hemos hecho constar si se han producido estas modificaciones.

Así mismo, si los registros consultados clasificaban sus resultados de un modo distinto al nuestro, cuando ha sido necesario hemos vuelto a contabilizar los datos de nuestra muestra para permitir la comparación. Sirva como ejemplo el hecho de que, la mayoría de los registros sólo recogen nivel de estudios de Graduado Escolar o equivalente, nivel inferior a este o superior y en los niveles inferiores no recogen si es inferior o superior a 5º de EGB o si el curso de 8º de EGB está acabado o no, como hemos hecho nosotros. Del mismo modo, en las ocupaciones principales, los registros sólo distinguen entre si están en paro habiendo o no trabajado antes o si están en activo. Nosotros, sin embargo, hemos recogido sus ocupaciones principales y por tanto, sólo ha sido comparable el dato de si han tenido trabajo previo o no. En este último apartado, hemos introducido también en cada subgrupo diagnóstico un epígrafe que corresponde a lo que hemos llamado “individuos sin tratamiento previo” en el que hemos recogido los datos de aquellos individuos que como mucho han hecho un tratamiento en U.C.A. o uno de desintoxicación (ambos requisitos imprescindibles para el ingreso en U.D.R.).

Hemos analizado también los resultados del EuropASI por grupos diagnósticos con el objetivo de poder objetivar si había diferencias de severidad y en qué áreas en los distintos grupos.

En el apartado de comparación entre nuestra muestra y los registros consultados de la Comunidad Valenciana y el Observatorio Español sobre drogas, hemos recogido de manera resumida aquellas cosas en las que nuestra muestra difiere o se aproxima a los datos de los mismos. Hay datos que no constan en este apartado porque nosotros los recogimos de nuestra muestra pero no hemos encontrado datos sobre población drogodependiente con las que compararlos.

Del mismo modo, en el apartado de características de nuestra muestra recogemos un resumen de todo lo expuesto en los apartados anteriores.

2) Concepto de salud y enfermedad.

Para el análisis del concepto de enfermedad y salud hemos recogido los resultados de la investigación de manera ordenada en función de las preguntas de cada entrevista. Cuando nos ha parecido relevante hacer la transcripción literal de lo que el individuo nos contestó a cada pregunta hemos entrecomillado sus respuestas; y hemos hecho constar entre paréntesis el número del entrevistado (la denominación “b” corresponde a los entrevistados de la muestra de 2001). Hemos utilizado a menudo en la redacción del texto una doble contabilidad –en porcentaje y en número de individuos- de los resultados encontrados. En cualquier caso ofrecemos unas tablas porcentuales en los anexos (anexo 4) en referencia al

número total de la muestra (52 individuos) o en función de cada submuestra de 26 individuos.

En el análisis de las respuestas sobre qué enfermedades padecen, hemos cruzado los datos con lo encontrado en las fuentes escritas (solicitud de ingreso e historia clínica del paciente). De este modo hemos contabilizado y comparado por un lado lo que nos cuentan y por otro lo que figura en los antecedentes y análisis. Así, además de reflejar el contenido de sus respuestas, hemos recogido de las fuentes escritas los antecedentes de enfermedad que no nos relatan en la entrevista y hemos hecho las comparaciones oportunas. Para facilitar esto hemos elaborado una tabla donde anotamos el número de individuos y las enfermedades que nos dicen padecer así como el total que está enfermo según las fuentes escritas. Hemos hecho aclaraciones al pie de la tabla para que todos los datos queden reflejados. Y, en el caso de los diagnósticos psiquiátricos, decidimos hacer una distribución gráfica aparte porque, aunque es escaso el número de individuos que nos comenta sus antecedentes psiquiátricos, ocurre que además, el diagnóstico que nos proporcionan no es habitualmente el que figura en su solicitud de ingreso, lo que complica aún más el análisis.

En cuanto a lo que saben sobre las enfermedades que padecen hemos analizado el contenido de sus respuestas enfermedad por enfermedad. Y, cuando recogemos quién se lo ha contado hemos intentado establecer categorías para agrupar las respuestas similares de distintos individuos.

En la pregunta sobre expectativas hacia el tratamiento y a qué han venido al centro, con el objetivo de que quede constancia de cuándo nos responden algo similar en ambas o cuándo añaden en la segunda pregunta nuevas expectativas, en primer lugar, hemos listado las respuestas a ambas preguntas por orden de individuo. Después las hemos agrupado por categorías de respuesta para analizar el contenido, de manera que, en cada individuo, la respuesta puede ir clasificada en varias categorías distintas. Cuando reproducimos literalmente sus respuestas estas aparecen entrecomilladas, y si las hemos recortado en alguna frase o palabra aparecen puntos suspensivos entre el texto anterior y el posterior al corte. Si hemos considerado oportuno hacer alguna aclaración, como nota de campo, o como explicación-resumen de algo que nos está contando de una manera más extensa, lo hemos anotado aquí, normalmente como una nota al pie de página referenciada en el texto que hemos extraído de la entrevista.

En la pregunta de definición de droga hemos hecho algo similar a la anterior con sus respuestas: en primer lugar hemos extraído un resumen de su transcripción literal de las mismas por orden de individuo y, a continuación, hemos clasificado las respuestas por categorías para analizar cuántos individuos nos dan cada una de ellas.

En cuanto a si consideran o no la drogodependencia una enfermedad, hay individuos que nos dicen que sí y que no dependiendo de en que casos. Hemos contabilizado sus respuestas en ambos sentidos y recogido también un resumen de sus argumentos respetando su literalidad. Finalmente, al final de este apartado ofrecemos las respuestas de los individuos a los que, a partir del número de orden 18, preguntamos por qué no nos habían relatado la drogodependencia como enfermedad y luego sí nos dicen que lo es cuando les interrogamos directamente.

Después de esto, en el capítulo de enfermedad y salud en función de los diagnósticos, hemos analizado todas sus respuestas por grupos. En este caso no hemos recogido el listado de sus repuestas literales por grupos diagnósticos en ninguna de las preguntas por considerar que ya aparecen reflejadas en el apartado anterior sobre el de concepto de enfermedad y de salud. Sólo las hemos analizado por grupos de respuestas similares,

aunque sí hemos recogido algunos ejemplos de sus respuestas en cada pregunta y, de manera más extensa en la de definición de droga. Siempre que reproducimos recortes textuales de sus entrevistas, la transcripción aparece entre comillas.

1.4.- Estructura del trabajo

El texto de esta tesis se expone siguiendo el siguiente orden:

En el primer capítulo, en la Introducción, se exponen los objetivos básicos del estudio de investigación y el planteamiento del problema con un resumen detallado de la bibliografía encontrada para enmarcar nuestro trabajo, así como la metodología y fuentes utilizadas en el desarrollo del estudio y los criterios utilizados para el análisis. Se expone también este capítulo con la descripción de la estructura del texto.

En el segundo capítulo se presenta el análisis de la muestra. En primer lugar, en este segundo capítulo analizamos las características de la muestra, los datos personales y familiares así como la historia de consumo de drogas ilegales y alcohol correlacionando posteriormente las variables sociodemográficas con la historia de consumo y otro capítulo en que se exponen los resultados del EuropASI que usamos en la segunda submuestra. El subapartado de la muestra se cierra con un capítulo que reúne todos los datos que hemos comparado con población drogodependiente que acude a tratamiento y otro con un resumen de las características y peculiaridades de nuestra muestra.

En el tercer capítulo de Concepto de Enfermedad y Salud, se exponen los resultados del análisis de las entrevistas en ambas muestras. En un primer momento se analizan las respuestas a las entrevistas y en un segundo se comparan estas por grupos de diagnósticos distintos.

En el cuarto capítulo se exponen las conclusiones de la investigación tanto en lo que se refiere a la muestra por un lado, como a los contenidos de sus respuestas por otro.

El quinto capítulo recoge las Referencias Bibliográficas a las que se ha recurrido.

Y, finalmente, incluimos los Anexos. El primer anexo recoge todos los datos que posteriormente han sido objeto de análisis. Engloba, por tanto, las transcripciones de todas las entrevistas; las notas sobre el desarrollo de las mismas; los resultados del Europasi y los resúmenes de los datos extraídos de las fuentes escritas: solicitud de ingreso e historia

clínica en todos los casos y datos de la ficha social e historia de consumo en las segundas entrevistas. También figuran en este primer anexo las historias de vida. En el segundo anexo ofrecemos el formulario de la entrevista EuropASI. En el tercero los documentos a los que nos referimos en el texto de esta tesis, los de petición de permiso y compromisos de utilización adecuada de los datos proporcionados. En el cuarto anexo aparecen unas tablas de porcentajes en función de 26 y 52 individuos que se utilizan como referencia en el texto del análisis. Finalmente, en el quinto anexo aparecen las tablas de datos que hemos utilizado de los informes del Observatorio Español sobre Drogas como referencia para establecer comparaciones.

ANALISIS DE LA MUESTRA

Análisis de la muestra

Datos personales.

La edad media de los individuos de la muestra de 1999 es de 28,69 años. El máximo se sitúa en los grupos de edad entre 26 y 30 años en los que hay un total de 10 individuos.

La distribución por grupos de edad es la siguiente:

Con 20 años o menos.- 3 individuos, el 11,53% de los individuos de la muestra.

Entre 21 y 25 años.- 3 individuos, el 11,53%.

Entre 26 y 30 años.- 10 individuos, el 38,46%.

Entre 31 y 35 años.- 7 individuos, el 26,92%.

Entre 36 y 40 años.- 3 individuos el 11,53%.

El individuo de más edad tiene 36 años y el mínimo de edad de la muestra se sitúa en 18 años, hay dos informantes con esta edad.

En el informe número 4 del Observatorio Español sobre Drogas³², que recoge entre otros, el indicador de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 1999, hemos encontrado que la media de edad en los admitidos a tratamiento durante este año es de 30,40 años. Es superior en más de dos años a la edad media de los entrevistados de nuestra primera muestra. Además, en este informe, aunque la gran mayoría de admitidos a tratamiento (el 85,8%) tenían edades comprendidas entre los 20 y 39 años (coincide con

³² Este informe recoge y cuantifica los datos de 51.191 admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas en 1999 en 537 centros notificadores distintos en toda España. FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

los datos de nuestra muestra); la proporción más alta de casos estaba entre los 30 y 34 años con el 27,2%. En nuestra muestra esta en el grupo de entre 26 a 30 años.

En cuanto a los datos de que disponemos de los 9.914 admitidos a tratamiento en 1999 en la Comunidad Valenciana³³, la edad media de los individuos es de 34,02 años (mayor en cuatro años a la media nacional y casi en seis a la edad media de nuestra muestra). Es necesario apuntar aquí que entre los admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana se incluyen los datos referentes a los que solicitan asistencia por problemas relacionados con el alcohol, dependencia de nicotina y ludopatía. Estos tres grupos de individuos no están recogidos en los datos del Observatorio Español sobre Drogas. Según los datos del OED, los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana para ese año fueron 5.652 pacientes. Por tanto, el total de casos que no remitieron a los registros del OED –los correspondientes a tratamientos de tabaco, alcohol y ludopatía- fueron en total 4.262 casos.

La edad media de los individuos de la muestra de 2001-2002 es de 28,04 años. El máximo de edad se sitúa también en los grupos de edad entre 26 y 30 años en los que hay un total de 8 individuos. El grupo de edad más numeroso en segundo término es el de 31 a 35 años con 6 individuos. La distribución por grupos de edad en esta segunda muestra es más amplia (de 15 a 42 años):

Con 20 años o menos.- 4 individuos, el 15,38% de los individuos de la muestra.

Entre 21 y 25 años.- 5 individuos, el 19,23%.

Entre 26 y 30 años.- 8 individuos, el 30,77%.

Entre 31 y 35 años.- 6 individuos, el 23,08%.

Entre 36 y 40 años.- 2 individuos el 7,69%.

Más de 40 años.- 1 individuo, el 3,85%

El individuo de más edad tiene 42 años y el mínimo de edad de la muestra se sitúa en 15 años.

Diecinueve de los 26 individuos de esta segunda muestra, fueron admitidos en la Unidad residencial durante 2001. Sólo uno fue admitido en diciembre de 2000 y, hemos considerado que, dado que los otros seis individuos tramitaron su ingreso en U.D.R. en los últimos meses de 2001 –aunque ingresaron en el centro en 2002-, decidimos utilizar para comparar los datos de esta segunda muestra los del informe número 6 del Observatorio Español sobre Drogas que corresponde a los admitidos a tratamiento en toda España durante 2001³⁴. La edad media en el O.E.D. es de 31,50 años durante 2001. En este caso es casi en tres años mayor a la edad media de los individuos de nuestra segunda muestra.

En cuanto a los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana en 2001, la media de edad fue de 35,93 años. En este año el número de admisiones a tratamiento en la C. Valenciana fue de 10.301 casos –incluye alcohol, tabaco y ludopatía- y de estos, los registrados en el OED fueron 5.560. También en este caso la edad media de nuestra muestra es inferior.

Si analizamos ambas muestras en conjunto podemos ver que el máximo de edad se sitúa en el rango entre 26 y 30 años con un total de 18 individuos (34,62%). Dicha distribución

³³ Datos proporcionados por la Dirección General de Atención a la Dependencia de la C. Valenciana a la que nos remitieron desde el Plan Nacional para obtener los datos parciales que corresponden a nuestra Comunidad Autónoma.

³⁴ Según este informe, en 2001 se notificaron 49.376 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco), procedentes de 492 centros declarantes en toda España. FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

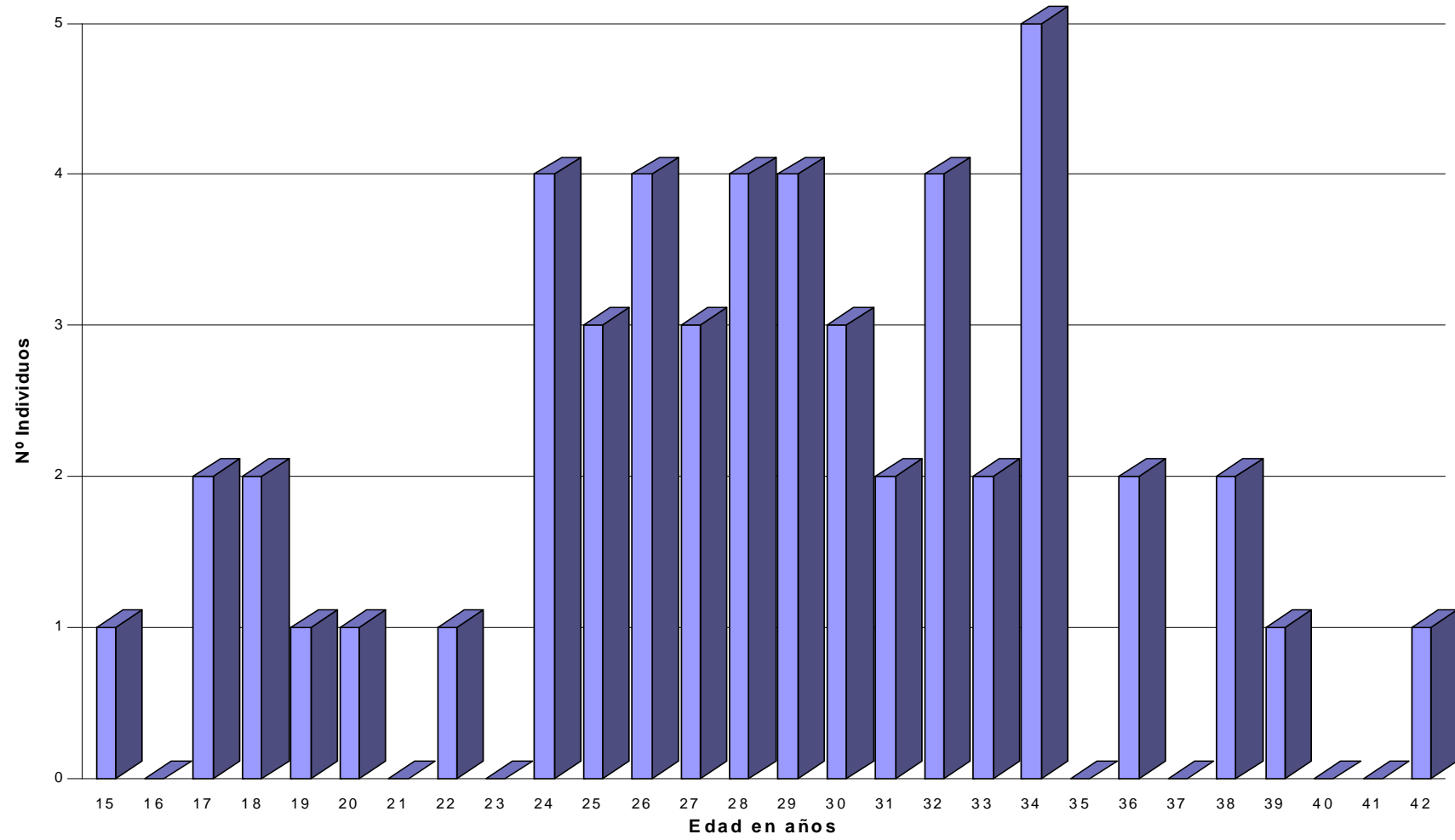
puede observarse en la grafica Distribución por edad de la MUESTRA. Los datos corresponden a la tabla que se detalla a continuación:

GRUPOS DE EDAD	Muestra 1	Muestra 2	MUESTRA (totales)
Con 20 años o menos	3	4	7 individuos (13,46%)
Entre 21 y 25 años	3	5	8 individuos (15.38%)
Entre 26 y 30 años	10	8	18 individuos (34.61%)
Entre 31 y 35 años	7	6	13 individuos (25%)
Entre 36 y 40 años	3	2	5 individuos (9.62%)
Más de 40 años	0	1	1 individuo (1.92%)

La media de edad de los individuos de la muestra es de 27,71 años.

En lo que se refiere al estado civil, en el 71,15% se trata de individuos solteros (37 de los cuales 20 pertenecen a la primera muestra); el 19,23% son separados o divorciados (10 individuos, 6 de 1999 y 4 del 2001), en el 7,69% están casados (4 informantes de la segunda muestra) y sólo uno de la segunda submuestra es viudo.

Distribución por edad de la MUESTRA



- En cuanto a la distribución por sexos:

En la muestra 1 el 80,77% de individuos son hombres (21), y el 19,23% (5 individuos) son mujeres. En los admitidos a tratamiento en 1999 en la Comunidad Valenciana, el porcentaje de hombres fue del 81,50%. Sin embargo, en el informe número 4 del Observatorio Español sobre Drogas³⁵, en ese mismo año el porcentaje de hombres admitidos a tratamiento fue del 84,9%, porcentaje superior al de nuestra muestra. En la muestra 2 el 73,08 % son hombres (19 individuos) y el 26,92 % son mujeres (7). El porcentaje de hombres entre los admitidos a tratamiento en 2001 fue del 80,19%. Y en el informe número 6 del O.E.D. en el mismo año, el 84,7% de los admitidos a tratamiento eran hombres.

En nuestras dos muestras, el porcentaje de mujeres entrevistadas supera al de admitidas a tratamiento en la comunidad autónoma y este porcentaje, a su vez, es superior al de mujeres registradas en el O.E.D. como admisiones a tratamiento a nivel nacional.

Si analizamos la muestra en su conjunto el porcentaje de hombres y mujeres, en el global de los 52 individuos, es de un 79,92% (40) y 23,08% (12) respectivamente.

- Si los distribuimos por años de nacimiento encontramos que:

En la primera muestra entre los años 1960 y 1965 nacieron 8 informantes (30,77%); entre 1966 y 1970 nacieron 6 informantes (23,08%); entre 1971 y 1975 nacieron 10 informantes (38,46%); entre 1976 y 1980 nacieron 2 individuos (7,69%). Aunque la segunda muestra fue tomada dos años después podemos observar que la distribución por años de nacimiento es muy parecida a la primera aunque con una distribución de rangos más amplia: Antes de 1961 nació un individuo (3,85%); entre 1961 y 1965 nacieron 2 (7,69%); de 1966 a 1970 nacieron 6 individuos (23,08%); de 1971 a 1975 nacieron 10 individuos (38,46%); entre 1976 y 1980 nacieron 4 (15,38%) y finalmente, entre 1981 y 1985 nacieron 3 (11,53%).

- La moda en ambos grupos se sitúa en el periodo entre 1971 y 1975 en que nacieron 10 individuos de cada muestra. La distribución por años de nacimiento de la muestra se recoge gráficamente en la figura Distribución por años de nacimiento de los individuos de la MUESTRA.

- En cuanto al lugar de nacimiento:

En la primera muestra el 38,46% de los individuos (10) nació en Valencia capital y el 7,69% (2) en otros pueblos de la provincia de Valencia. El 3,85% (1 individuo) nació en Alicante capital y el 23,08% (6) en pueblos de la provincia de Alicante. El 19,23% (5 individuos) nació en otras provincias que no pertenecen a la Comunidad Valenciana. El 7,69% nació en el extranjero (corresponde a dos informantes mujeres, una nacida en París de padres españoles y otra nacida en Londres de familia inglesa que reside actualmente en Jávea).

En los datos aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia, en la Comunidad Valenciana, en 1999, el 39,98% de los admitidos a tratamiento nació en Valencia (capital o provincia), el 23,37% en Alicante, el 9,35% en Castellón, y el 27,30% en el resto de España.

³⁵ FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

En la segunda muestra, las cifras son: Un 42,31 % (11 informantes) nacieron en Valencia capital y un 15,39% (4, el doble que en la muestra 1) en los pueblos de dicha provincia. Un individuo, el 3,85%, nació en Alicante capital y el 11,54% (3 informantes, la mitad que en la muestra 1) en la provincia. El 23,08% (6) nacieron en otras provincias (1 en Madrid, 1 en Badajoz, 2 en Málaga, 1 en Córdoba y 1 en Oviedo) . Un 3,85% (un individuo) nació en el extranjero (en Ginebra de padres españoles).

Los datos de provincias de nacimiento entre los admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana en 2001 son de un 42,87% de nacidos en Valencia, un 22,84% en Alicante, un 6,90% en Castellón, un 27,38% en el resto de España, y en un 0,01% no se registra³⁶.

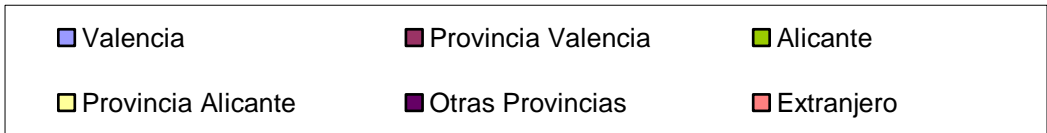
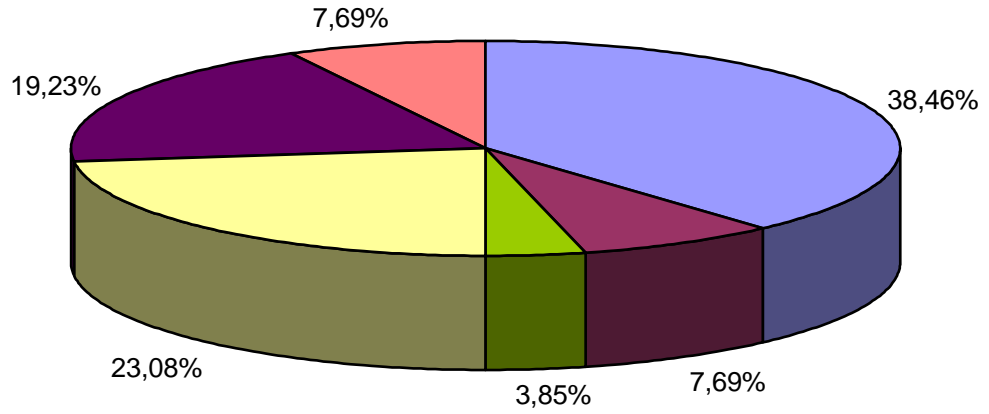
Si analizamos la muestra en su conjunto obtenemos los siguientes resultados:

	<u>Número</u>	<u>de</u>	<u>Porcentaje</u>
	<u>individuos</u>		
Nacidos en Alicante	2		3,85%
Nacidos en la Provincia de Alicante	9		17,31%
Nacidos en Valencia	21		40,38%
Nacidos en la Provincia de Valencia	6		11,54%
Nacidos en Otras Provincias	11		21,15%
Nacidos en el Extranjero	3		5,77%

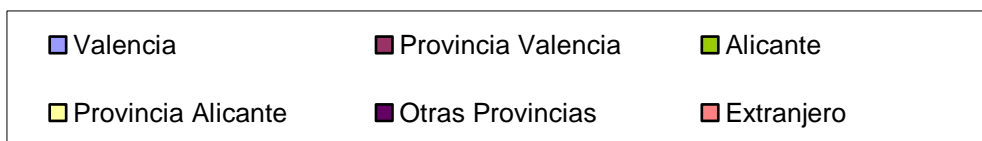
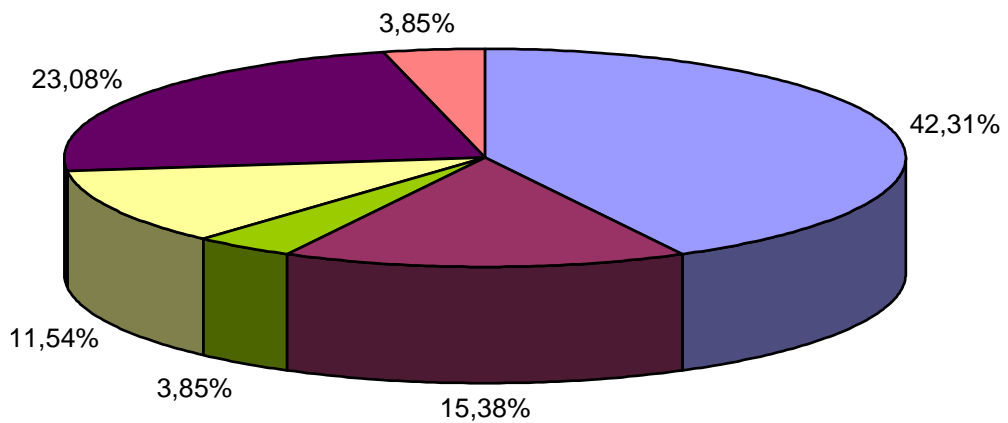
Estos resultados se ofrecen gráficamente en las figuras Lugar de nacimiento de la muestra 1 y 2 y Lugar de nacimiento de la MUESTRA.

³⁶ En el 0.01 consta un NS/NC (No sabe / No contesta).

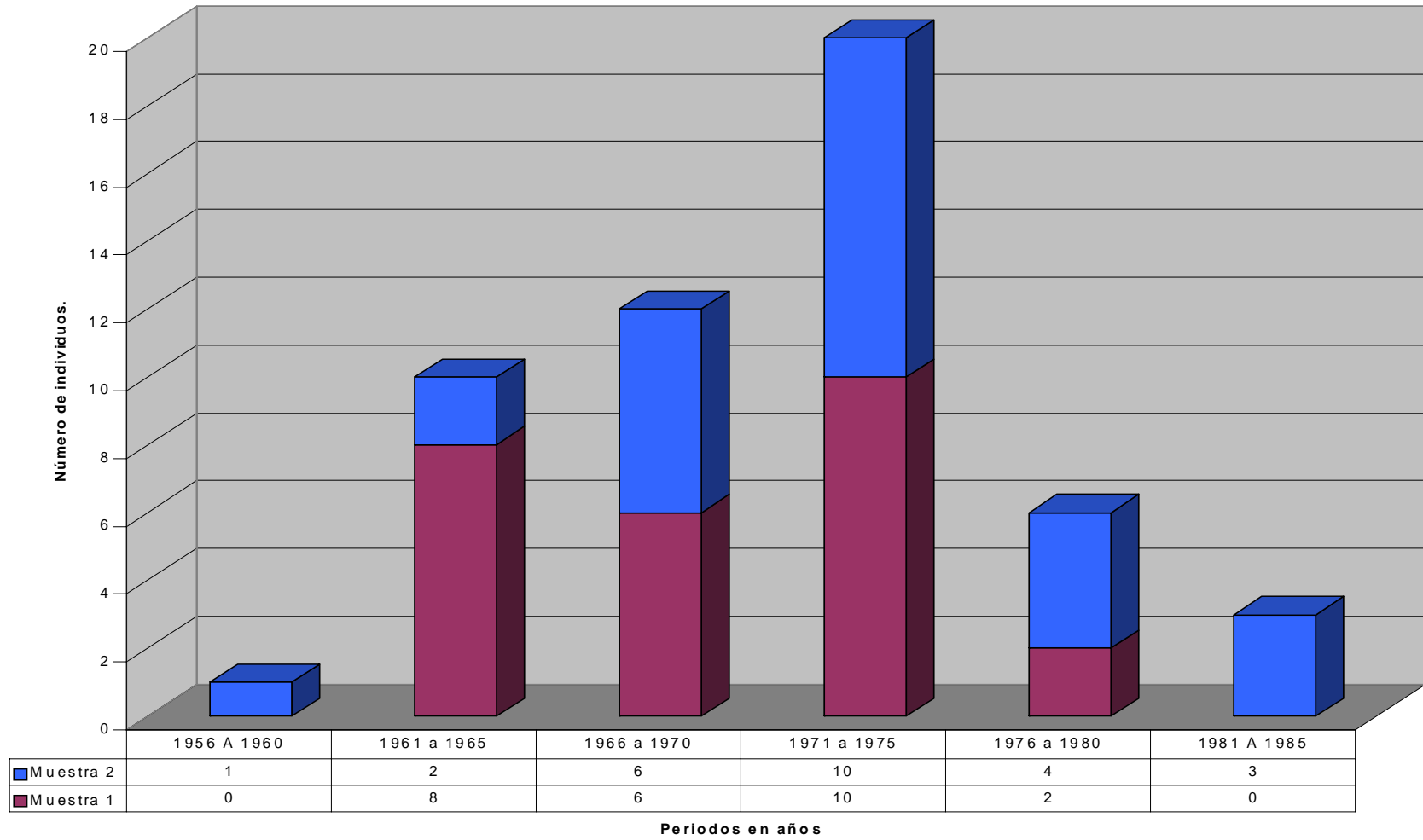
Lugar de nacimiento(1)



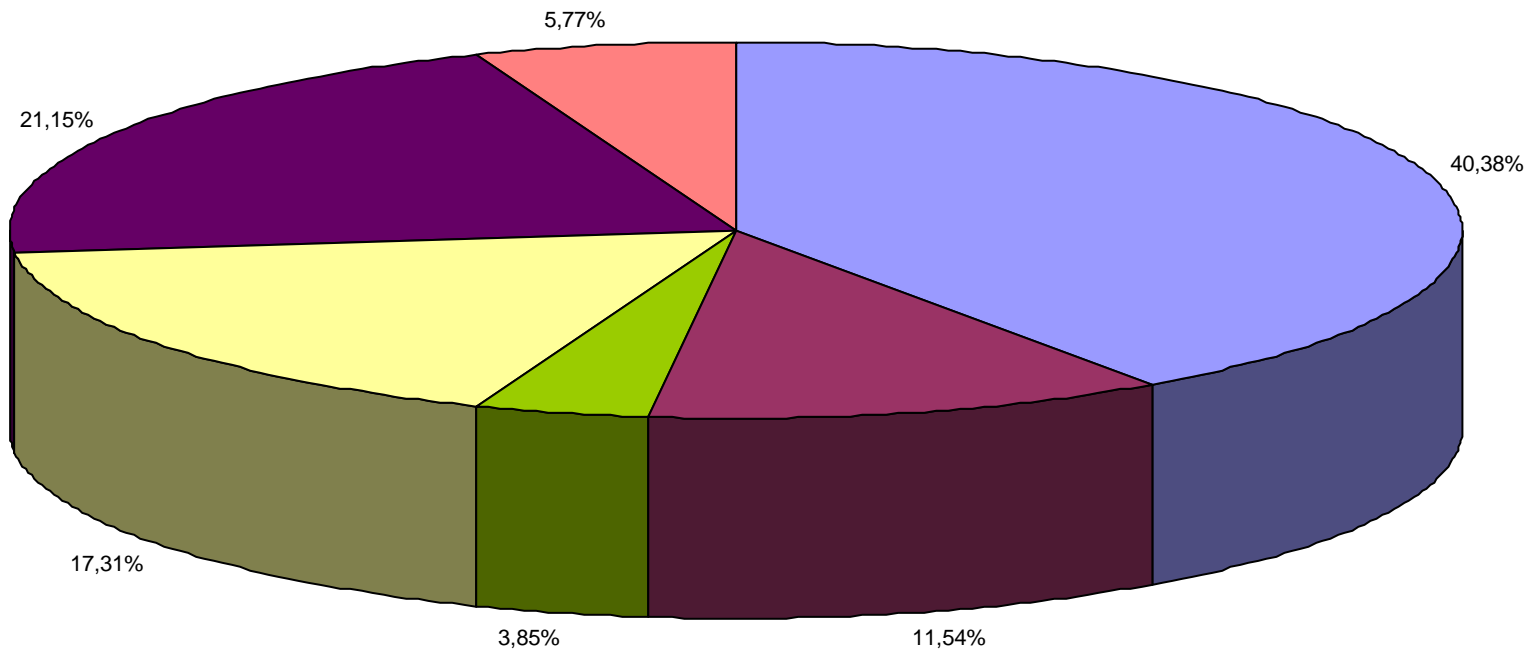
Lugar de nacimiento (2)



Distribución por años de nacimiento de los individuos de la MUESTRA.



Lugar de nacimiento muestra (52 individuos)



- Respecto al lugar de residencia:

El 65,39% de los individuos de la muestra 1 residen en ciudades de la provincia de Valencia. Un 34,62% en Valencia capital y un 30,77% en otras ciudades. El resto, un 34,62%, residen en ciudades y pueblos de la provincia de Alicante (ningún individuo vive el Alicante capital). En 1999 en 50,57% de los admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana vivían en la provincia de Valencia, el 35,29% en Alicante; el 13,78% en Castellón y un 0,36% en el resto de España.

En la muestra 2, un 69,23% residen en la provincia de Valencia (un 19,23% en la capital y un 50% del total en la provincia), un 15,38% vive en la provincia de Alicante (no hay tampoco ningún caso que resida en Alicante capital), Un 11,54% vive en la provincia de Castellón y un 3,85% en otras provincias (corresponde a un individuo que siempre ha residido en Madrid aunque ha cambiado su residencia a la provincia de Valencia durante el programa en el centro). Los porcentajes para la C. Valenciana en 2001 fueron de un 52,68% de residentes en Valencia; un 35,78% en Alicante, un 11,24% en Castellón y un 0,40% en el resto de España.

En la figura Lugar de Residencia de la MUESTRA, se puede apreciar que más de la mitad de los individuos de la muestra, un 67,31%, viven en Valencia (14 individuos) y provincia (21 individuos), con un 26,92% y 40,38% respectivamente. En el resto, el lugar de residencia, se distribuye como sigue: En la provincia de Alicante un 25% (13 individuos), en la provincia de Castellón un 5,77% (3 individuos que provienen exclusivamente de la segunda muestra) y un 1,92% de otras provincias (solo un individuo que residía en Madrid hasta la fecha de ingreso pero que cambia su residencia a la provincia de Valencia, sin este hecho probablemente no le hubiera sido posible el ingreso en el centro).

- Nivel de estudios:

El nivel de estudios máximo de los individuos de la muestra 1 se sitúa en cuarto curso de Educación Secundaria, alcanzado por un único individuo. Sin embargo en la muestra 2, el nivel de estudios máximo alcanzado es de Secundaria completa o COU en 4 individuos.

La moda, en el primer grupo, se sitúa en el nivel de estudios de Graduado Escolar, nivel máximo alcanzado por 12 individuos (46,15%) y superado por 6 (23,08%). Un total de 8 individuos de la primera muestra (30,77%) tienen un nivel de estudios inferior al Graduado Escolar.

Según los datos publicados por el Observatorio Español sobre Drogas (informe número 4 de 1999), el 27,8% tienen un nivel de B. Elemental, E.G.B. o E.S.O.³⁷ El porcentaje de los admitidos a tratamiento con este nivel de estudios en la C. Valenciana es similar, del 27,97%. Esta clasificación se correspondería con los 15 individuos de nuestra muestra que tienen hasta 8º de E.G.B. o 2º de la E.S.O. con o sin G. Escolar y que son el 57,69% de nuestra primera muestra. Además, el 50,6% de drogodependientes admitidos a tratamiento en 1999 –según el O.E.D.- tienen un nivel de estudios inferior al comentado y este nivel es superado por el 21,5% de la población drogodependiente registrada. En la Comunidad Valenciana las cifras son del 52,23% para los que tienen un nivel de estudios inferior al Graduado o equivalentes y del 19,8% para los que superan este nivel. El nivel de estudios de nuestra muestra de 1999 es por tanto superior al del O.E.D. y al de admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana en 1999.

³⁷ Equiparan estos tres como un nivel de estudios similar que corresponden a tres planes de estudio distintos y creemos que equivaldría a lo que nosotros hemos considerado como hasta 8º de E.G.B., 2º de la E.S.O. y Graduado Escolar.

En la segunda muestra la moda se distribuye entre el grupo de graduado escolar con 5 individuos y el de 8º de EGB/2º de ESO con otros 5 individuos (un 19,23% para cada grupo). Estos dos grupos constituyen en total el 38,46% de esta muestra; porcentaje superior al del O.E.D. que para este grupo –B.Elemental-EGB-ESO- es del 32,3% en 2001³⁸ y también al porcentaje de los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana³⁹ con este nivel de estudios que es del 27,26%. El nivel de Graduado Escolar es superado por 11 individuos en nuestra segunda muestra, el 42,31% de la misma; este porcentaje también superior al de O.E.D. que es del 20,1% y al de la C.Valenciana que es del 24,37% para el mismo año. El 19,23% de esta muestra (5 individuos) tienen un nivel de estudios inferior a los mencionados. En la C. Valenciana el porcentaje de los admitidos a tratamiento con un nivel de estudios inferior a G. Escolar es del 48,38% y en el O.E.D. en 2001 este porcentaje es del 47,6%.

El nivel de estudios más bajo en ambas muestras se sitúa en quinto curso de Educación General Básica con dos individuos en la primera muestra y uno en la segunda. Sin embargo en los datos del O.E.D. hay un 13,8% de drogodependientes sin estudios en 1999 y un 11,8% en 2001. Y en los datos aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Comunidad Valenciana, el porcentaje de admitidos a tratamiento que no saben leer ni escribir es del 1,58% en 1999 y 1,38% en 2001, y el porcentaje con estudios primarios inferiores o iguales a 5º de E.G.B. es del 12,59% para 1999 y 12,14% para 2001.

Como hemos visto, en general en ambas submuestras, el nivel de estudios alcanzado por los individuos es mayor a las poblaciones registradas por el Observatorio Español sobre Drogas y en la C. Valenciana en 1999 y 2001.

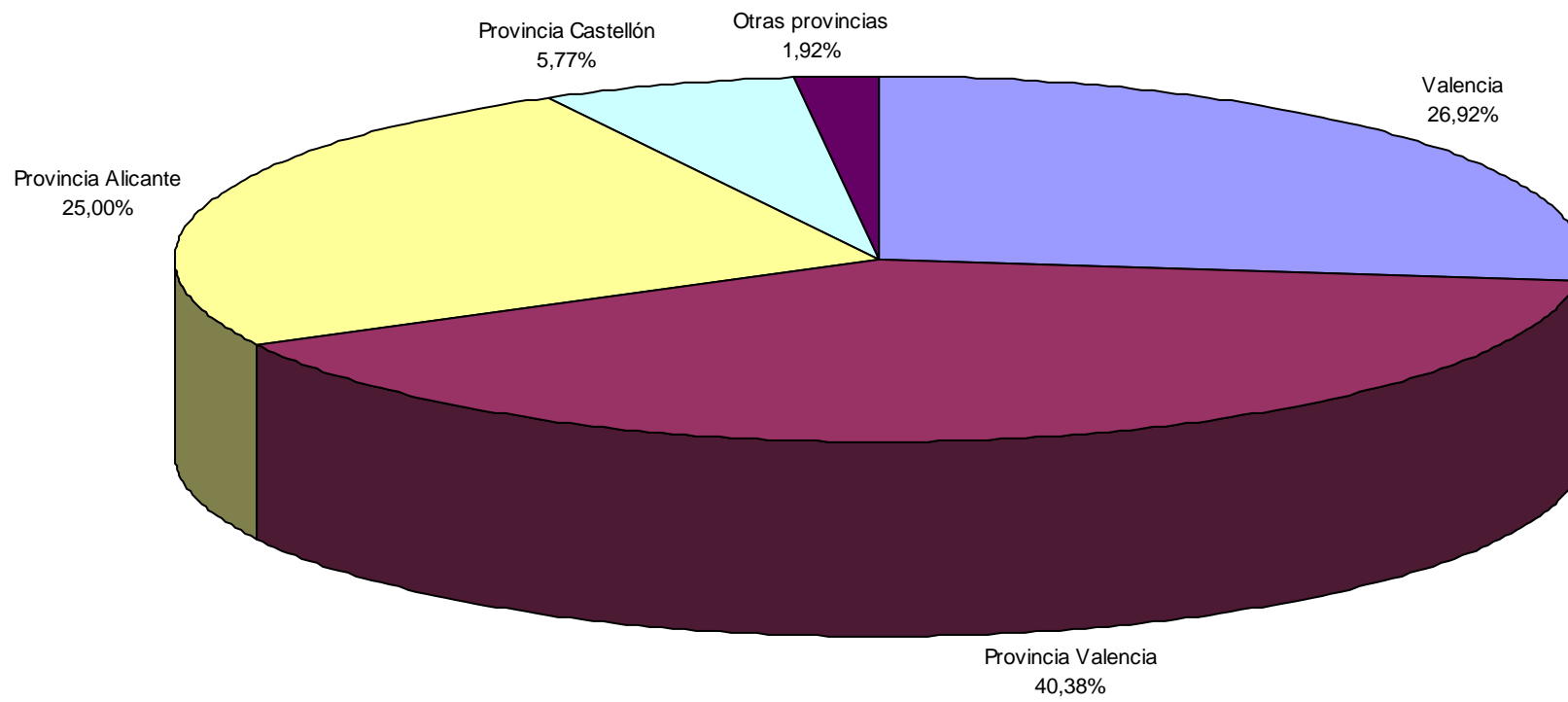
En la representación gráfica Nivel de estudios de la Muestra (52 individuos) se puede apreciar mejor esta distribución. Se puede ver que en general, el nivel de estudios de la muestra 2 es ligeramente superior al de la primera muestra y que la moda se sitúa en el nivel de Graduado escolar con 17 individuos (32,69%), seguida por el grupo de nivel de estudios máximo de 8º de EGB o 2º de ESO con 8 individuos (15,38%).

<u>Nivel máximo de estudios</u>	Muestra 1	Muestra 2	MUESTRA (52 individuos)
Hasta 5º de EGB o inferior	2 (7,69%)	1 (3,85%)	3 individuos (5,77%)
Hasta 6º de EGB	1 (3,85%)	2 (7,69%)	3 individuos (5,77%)
Hasta 7º de EGB o 1º de ESO	2 (7,69%)	2 (7,69%)	4 individuos (7,69%)
Hasta 8º de EGB o 2º de ESO	3 (11,54%)	5 (19,23%)	8 individuos (15,38%)
GRADUADO ESCOLAR	12 (46,15%)	5 (19,23%)	17 individuos (32,69%)
Hasta 1º de secundaria o 3º ESO	1 (3,85%)	3 (11,54%)	4 individuos (7,69%)
Hasta 2º de secundaria o 4º ESO	2 (7,69%)	2 (7,69%)	4 individuos (7,69%)
Tercer curso de secundaria	2 (7,69%)	1 (3,85%)	3 individuos (5,77%)
Cuarto curso de secundaria	1 (3,85%)	1 (3,85%)	2 individuos (3,87%)
Secundaria completa / COU	0	4 (15,39%)	4 individuos (7,69%)

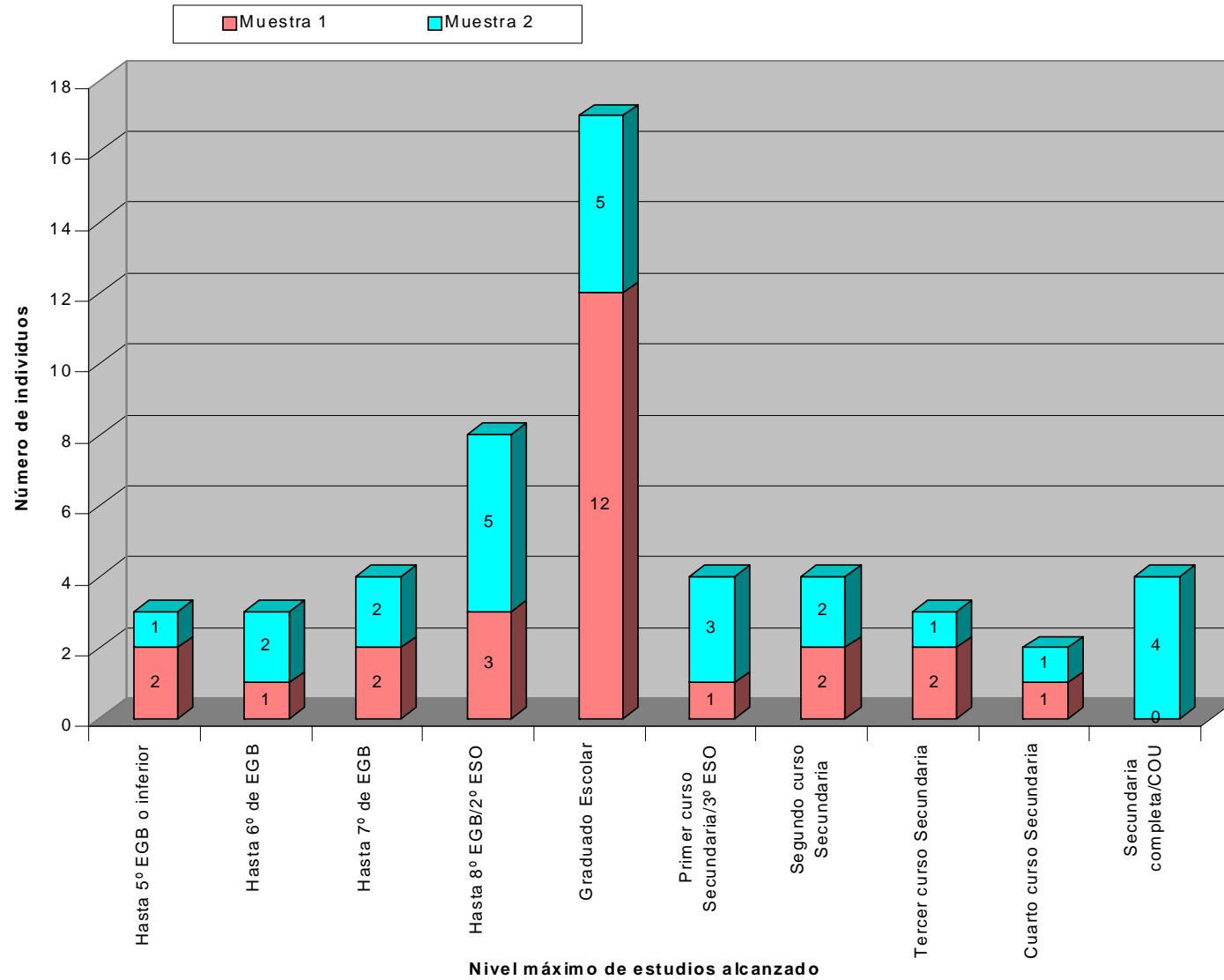
³⁸ FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe número 6.

³⁹ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Consellería de Sanitat. Comunidad Valenciana.

LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MUESTRA (52)



Nivel de estudios de la MUESTRA (52 individuos)



- Las ocupaciones principales en las que han trabajado los individuos de la muestra son:

Como empleados de fábricas han trabajado 5 individuos (18%) en la primera muestra y 8 en la segunda (31%).

En la hostelería, normalmente como camareros, han trabajado 4 individuos del primer grupo y 4 de la segunda muestra (un 15% de cada muestra).

En la construcción, de peón o de albañiles, 3 individuos (12%) de la primera y 3 en la segunda (12%).

Como artesanos de la madera (ebanistas) o de la piedra (mamposteros) 2 individuos, un 8%, en la primera muestra un sólo uno (4%) en la segunda.

Como fontaneros han trabajado 2 individuos, un 8%, de la primera muestra, ningún individuo de la segunda.

Como Empleados de Servicios Públicos 2 individuos (8%) en la primera muestra y el 15%, 4 individuos, de la segunda muestra (2 auxiliares de clínica, un trabajador de funcionariado público y un taxista).

En otras profesiones (quiromasajista, capataz, técnico de ascensores, pintor, peluquero, repartidor, etc.) han trabajado otros 5 individuos, tanto en la primera como en la segunda muestra (un 19% de cada muestra).

Nunca habían trabajado 3 individuos de la muestra número uno (12%) y un sólo individuo de la segunda muestra (4%).

El porcentaje de parados sin haber trabajado antes en los informes del O.E.D.⁴⁰ es del 9,8% en 1999 y del 7,5% para 2001. Por tanto, en nuestra primera submuestra, el porcentaje de parados es superior al de la población drogodependiente admitida a tratamiento y registrada en el O.E.D. y en el 2001 sin embargo, el porcentaje de parados en nuestra muestra es inferior al registrado en España. En la C. Valenciana, el porcentaje de admitidos a tratamiento que nunca habían trabajado en 1999 fue del 4,10% y en 2001 del 3,48%.

Estas distribuciones se ofrecen de forma gráfica en las figuras Ocupaciones principales de los individuos de la muestra 1 y 2. Considerando la muestra en su conjunto, la distribución por ocupación de los individuos de la muestra aparece en la gráfica Ocupaciones principales de los individuos de la MUESTRA (52).

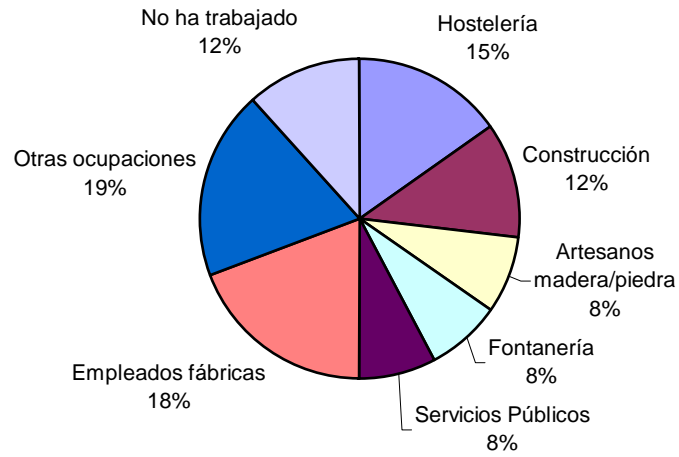
La tabla siguiente muestra los datos totales:

<i>Ocupaciones principales</i>	<u>Muestra 1</u>	<u>Muestra 2</u>	MUESTRA (52 individuos)
Hostelería	4	4	8 (15,39%)
Construcción	3	3	6 (11,54%)
Artesanos madera / piedra	2	1	3 (5,77%)
Fontanería	2	0	2 (3,85%)
Servicios Públicos	2	4	6 (11,54%)
Empleados de fábricas	5	8	13 (25%)
Otras ocupaciones	5	5	10 (19,23%)
No han trabajado	3	1	4 (7,69%)

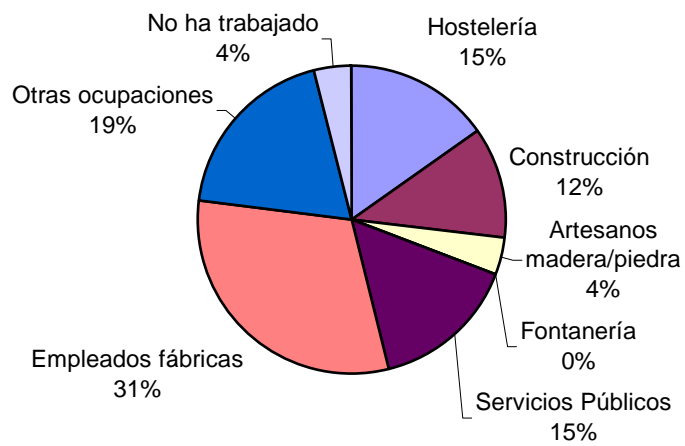
La distribución por ocupación de los individuos de ambos subgrupos es similar a excepción de los apartados de empleados de fábricas en que hay más ocupados en este puesto en la segunda muestra y los individuos que nunca han trabajado, sólo un caso en la segunda muestra y tres en la primera.

⁴⁰ Informe número 4 de 1999 y número 6 de 2001. FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

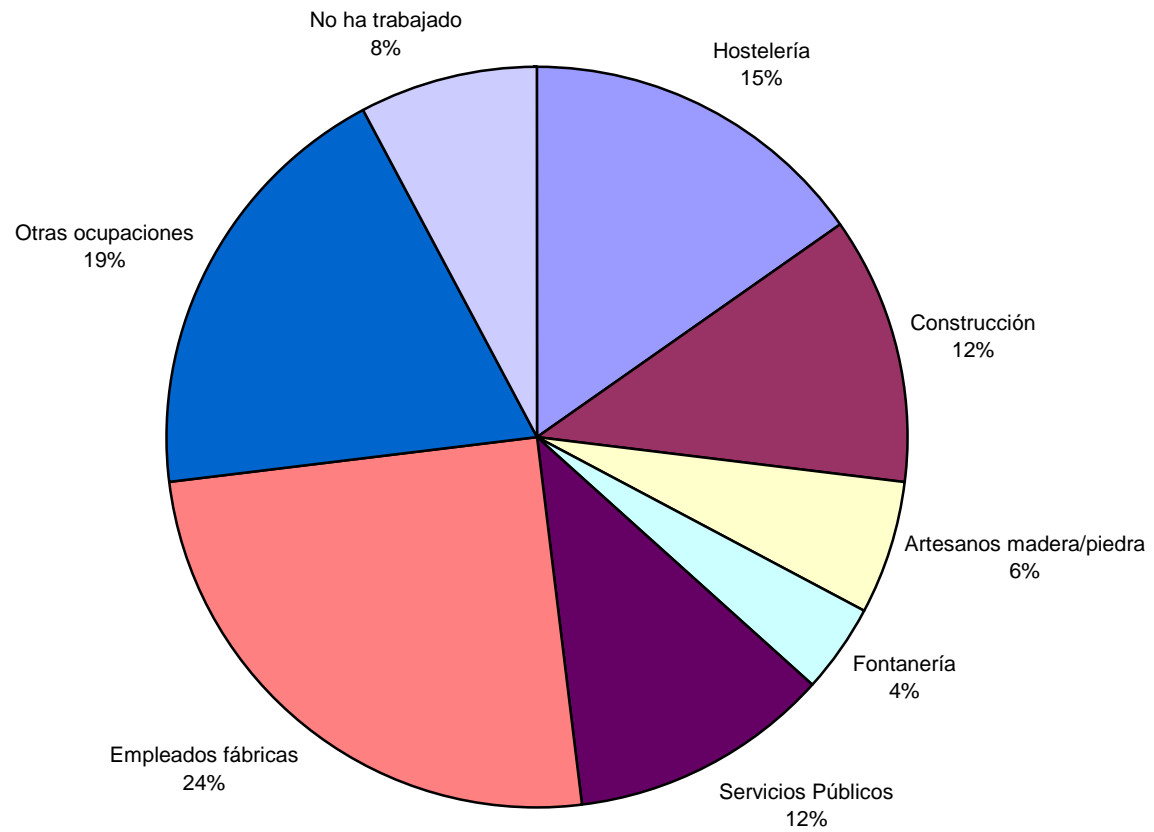
Ocupaciones principales de los individuos de la muestra (1)



Ocupaciones principales de los individuos de la muestra (2)



Ocupaciones principales de los individuos de la MUESTRA (52)



Para poder comparar de forma más extensa con las ocupaciones de los padres y de otros drogodependientes que aparecen en otros estudios, en 1999 la primera muestra se clasificó atendiendo a los rangos aportados por uno de los artículos consultados. Atendiendo a esta distribución, las ocupaciones de los individuos de la muestra clasificadas en grupos es la siguiente:

Trabajadores especializados de la industria o la hostelería, un total de 9 individuos, el 34,61% de la primera muestra, y 11 individuos, un 42,31 % de la segunda.

Trabajadores no especializados (albañil, capataz, fontanero), en la muestra de 1999, 9 individuos, el 34,61% y 7 en 2000 (26,92%).

Trabajadores de servicios públicos (ayuntamientos, centros concertados), un total de 2 individuos en la primera (7,69%) y 4 en la segunda muestra (15,38%).

Artesanos de la madera o de la piedra (ebanistería, mampostería), un total de 2 individuos, el 7,69% en la primera y sólo un individuo en la muestra de 2000 (3,85%).

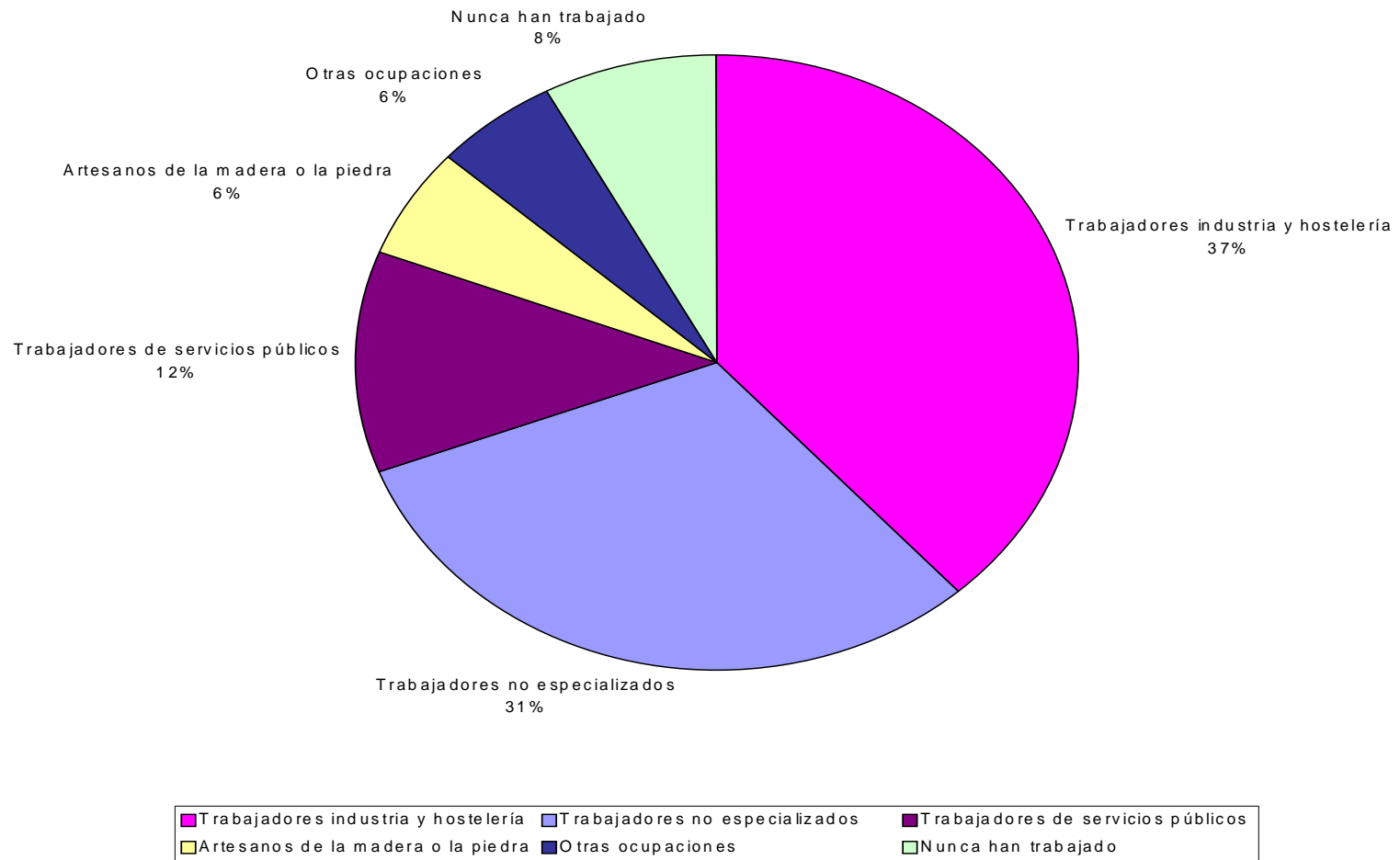
Otras profesiones, un individuo en la primera muestra (3,85%) y dos en la segunda (7,69%).

Nunca han trabajado, un total de 3 individuos en la primera y sólo uno en la segunda; el 11,54% y 3,85% respectivamente.

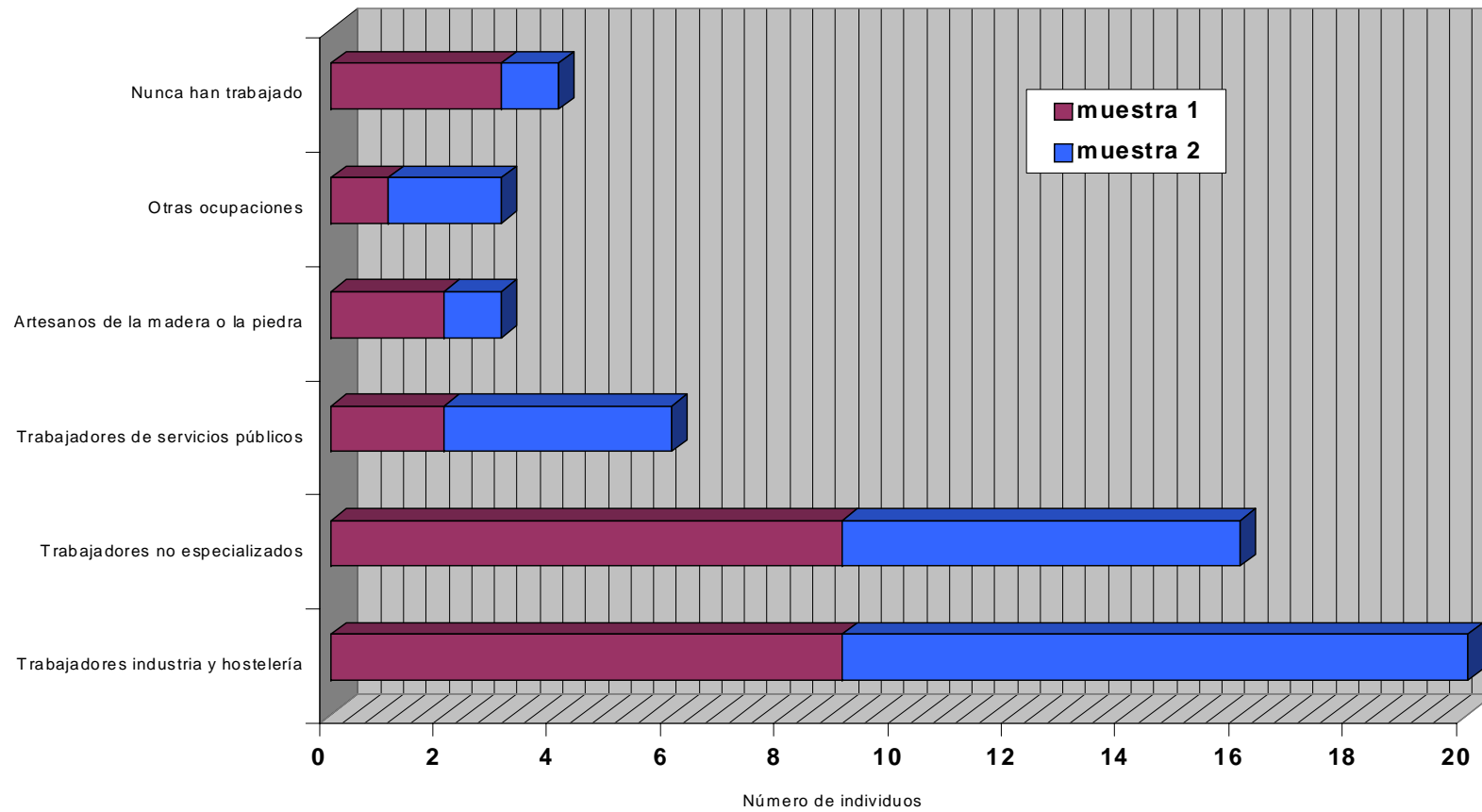
En cuanto a la distribución de la muestra en su conjunto, la moda corresponde al grupo de trabajadores de la industria y hostelería con un total de 20 informantes (38,46%), seguido del grupo de trabajadores no especializados con 16 individuos (30,77%). Un porcentaje del 11,54% (6 individuos) trabajaron en servicios públicos y un 7,69 % (4) nunca han trabajado. El porcentaje de artesanos de la madera o la piedra y otras ocupaciones es similar (5,77%) con 3 individuos en cada grupo.

Esta distribución aparece de forma gráfica en las figuras Distribución por ocupaciones de los individuos de la muestra (en la que constan los porcentajes totales) y en la gráfica de barras Distribución por ocupación de los individuos de la MUESTRA (52) en que aparecen los totales con la distribución en ambas muestras.

Distribución por ocupación de los individuos de la muestra (52)



Distribución por ocupación de los individuos de la MUESTRA (52)



Datos familiares.

Para analizar al número de miembros que componen el núcleo familiar se han contabilizado a los padres, si han vivido con el informante prácticamente hasta la actualidad o hasta que han creado una familia propia, y el número de hermanos. No se han contabilizado los hijos de los informantes que conviven también en dicho domicilio, ni los padres si fallecieron hace más de 10 años o, por estar separados, no residen con el informante. Si se han contabilizado como unidad familiar los padrastros o parejas de sus padres si han convivido con ellos largos periodos de tiempo (más de 10 años o desde la infancia). Se ha hecho así por considerar que el factor más importante que puede influir en las conductas y actitudes del informante son sus relaciones familiares directas a lo largo de su vida, su relación con los padres y hermanos y las influencias que de ellos ha recibido.

Se han obtenido los siguientes resultados:

Número de miembros del Núcleo familiar	Muestra 1	Muestra 2	TOTAL
3 miembros	2	0	2
4 miembros	6	7	13
5 miembros	9	8	17
6 miembros	4	5	9
7 miembros	3	0	3
8 miembros	1	3	4
9 miembros	0	1	1
10 o más miembros	1	2	3

La moda se sitúa en familias de 5 miembros que son el 32,69% de la muestra, seguida del grupo de familias de 4 miembros con el 25%. La media del número de miembros

que componen el núcleo familiar en nuestra muestra de 52 individuos es de 5,56 miembros.

En un estudio de Vilaregut Puigdesens⁴¹ publicado en 1999 en familias de 25 adictos encontramos que la media de miembros de la familia que viven juntos es de 4,16 miembros.

- En cuanto al estado civil de los progenitores de los individuos de la muestra:

De los individuos de la muestra de 1999, 17 proceden de familias en que ambos progenitores viven y están casados. Un total de 6 individuos proceden de familias con progenitores casados en que el progenitor varón ha fallecido y conviven con su madre viuda. En 4 de estas familias se ha contabilizado el padre como unidad familiar porque los fallecimientos se han producido en los últimos años. Sólo en un caso la madre tiene una segunda pareja que convive hace años en el domicilio familiar y en otro el fallecimiento del padre hace más de 22 años y la viuda no tiene una nueva pareja. Un único individuo convive con su abuela materna por haber fallecido la madre hace unos siete años, su padre vive, pero prácticamente desde el fallecimiento de la madre no ha residido con él. Dos individuos proceden de familias con padres separados y divorciados respectivamente, y conviven con la madre, en sólo uno de estos casos la madre tiene una segunda pareja prácticamente desde la infancia del informante.

En la segunda muestra 2001-2002, 17 individuos proceden de familias en que los progenitores están casados y viven. Dos familias más proceden de progenitores casados en que el progenitor varón ha fallecido en el último año. En cuatro casos proceden de familias con progenitores divorciados (en dos de los casos ha fallecido alguno de los cónyuges). Tres individuos más proceden de progenitores separados, todos viven con la madre y en dos de los casos ésta tiene una nueva pareja con la que comparten domicilio desde hace más de 10 años (en los dos casos se han recogido los datos de la pareja de la madre por ser conviviente con el individuo de la muestra más de 10 años, también se han recogido los datos del padre en el tercero por ser la separación hace menos de 10 años).

En el análisis de la muestra en su conjunto se puede observar que la mayoría de los individuos de la muestra proceden de progenitores casados: 34 individuos (65,39%) cuyos padres viven aún y 7 de familias (13,46%) donde uno de los cónyuges ha fallecido hace menos de 10 años (en 4 de estos falleció uno o dos años antes de la entrevista, en otro hace 4 años, otro hace 5 y un único caso hace 7 años). Dos individuos (3,85%) proceden de familias con progenitores viudos hace más de 10 años (en todos los casos el progenitor vivo es la madre). Cuatro individuos (7,69%) proceden de familias con progenitores separados (en un caso hace menos de 10 años) y otros 5 divorciados (9,62%). Esta distribución se puede observar en la gráfica Distribución por estado civil de los progenitores donde se combinan los datos obtenidos de ambas muestras.

En un estudio llevado a cabo por Durán Gervilla⁴² (1994) y colaboradores, del Programa Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia sobre familias de

⁴¹ VILAREGUT PUIGDESENS, A. ; PEREZ TESTOR, C. ; SANCHEZ CARBONELL, J. (1999). *Características sociodemográficas y dinámica familiar en familias con un miembro drogodependiente*. Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. (6ª. 1999. Chiclana de la frontera). Cadiz: Centro provincial de drogodependencias. Comunicaciones.

drogodependencias se obtuvieron los siguientes resultados: el 6,77% de los padres encuestados eran solteros, el 76,69% casados, el 8,27% viudos, el 5,26% separados y el 3,01% divorciados.

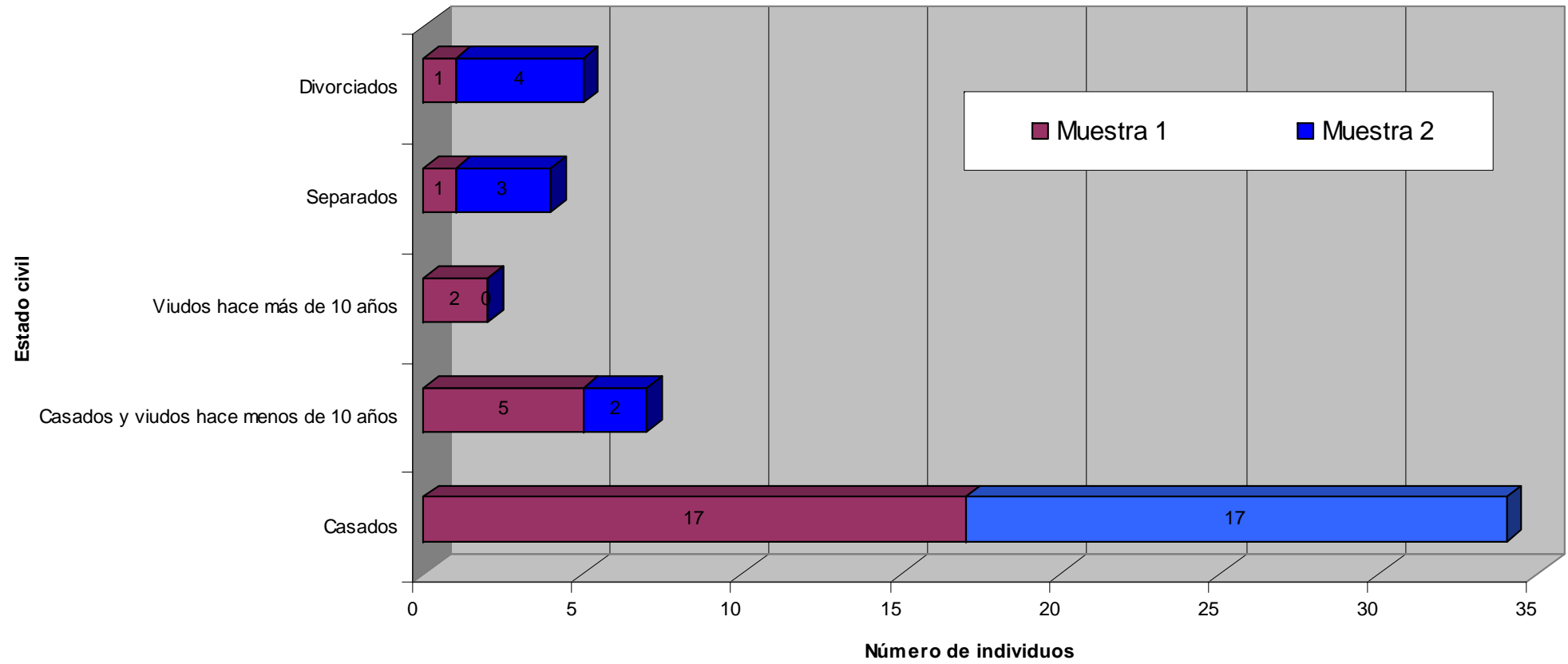
En el estudio sobre dinámica familiar de Villaregut Puigdenses comentado encontramos un porcentaje de padres casados del 76%, un 24% están separados y viudos.

- Respecto a la diferencia de edad de los progenitores, se ha calculado únicamente en las familias en que ambos progenitores continúan vivos debido a que al intentar rescatar el dato de la edad que podrían tener los progenitores muertos en el presente o la diferencia de edad con sus parejas los entrevistados no podían precisar la información. De este modo se han analizado las diferencias de edad entre los progenitores de 19 individuos de la primera muestra y 19 en la segunda. En la primera muestra tres parejas de progenitores tienen la misma edad (40, 56 y 69 años), en la segunda muestra dos parejas tienen la misma edad (45 y 72 años). En un total de 11 parejas de progenitores de la muestra 1 (6 parejas) y 2 (5 parejas) respectivamente, las edades de los cónyuges difieren dos años o menos. En 4 parejas de la primera muestra y 5 de la segunda la diferencia de edad entre los progenitores se sitúa entre 3 y 4 años. Tres y cuatro parejas de progenitores de la muestra 1 y 2 respectivamente tienen diferencias de edad de entre 5 y 6 años. Tres parejas de progenitores en ambas muestras tienen diferencias de edad de siete años o más. Sólo en una familia en cada submuestra la madre tiene mayor edad que el padre (en el resto tienen la misma o menor). En ambas muestras hay siete parejas con al menos uno de los cónyuges fallecido. En el caso de la muestra número 1 se trata de 6 padres y una madre de distintas familias, en la muestra número dos han fallecido 5 padres y uno más se desconoce si está vivo (o cualquier otro dato de él) y dos madres pero el total corresponde también a 7 familias en las que no se calcula la diferencia de edad porque en uno de los individuos de esta muestra ambos progenitores (padre y madre) han fallecido.

La distribución porcentual de las diferencias de edad respecto al total en la muestra de 52 individuos puede apreciarse en la representación gráfica Diferencia de edad entre los progenitores.

⁴² BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). *La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones*. Revista española de drogodependencias, 19 (4), 297-310.

Distribución por estado civil de los progenitores



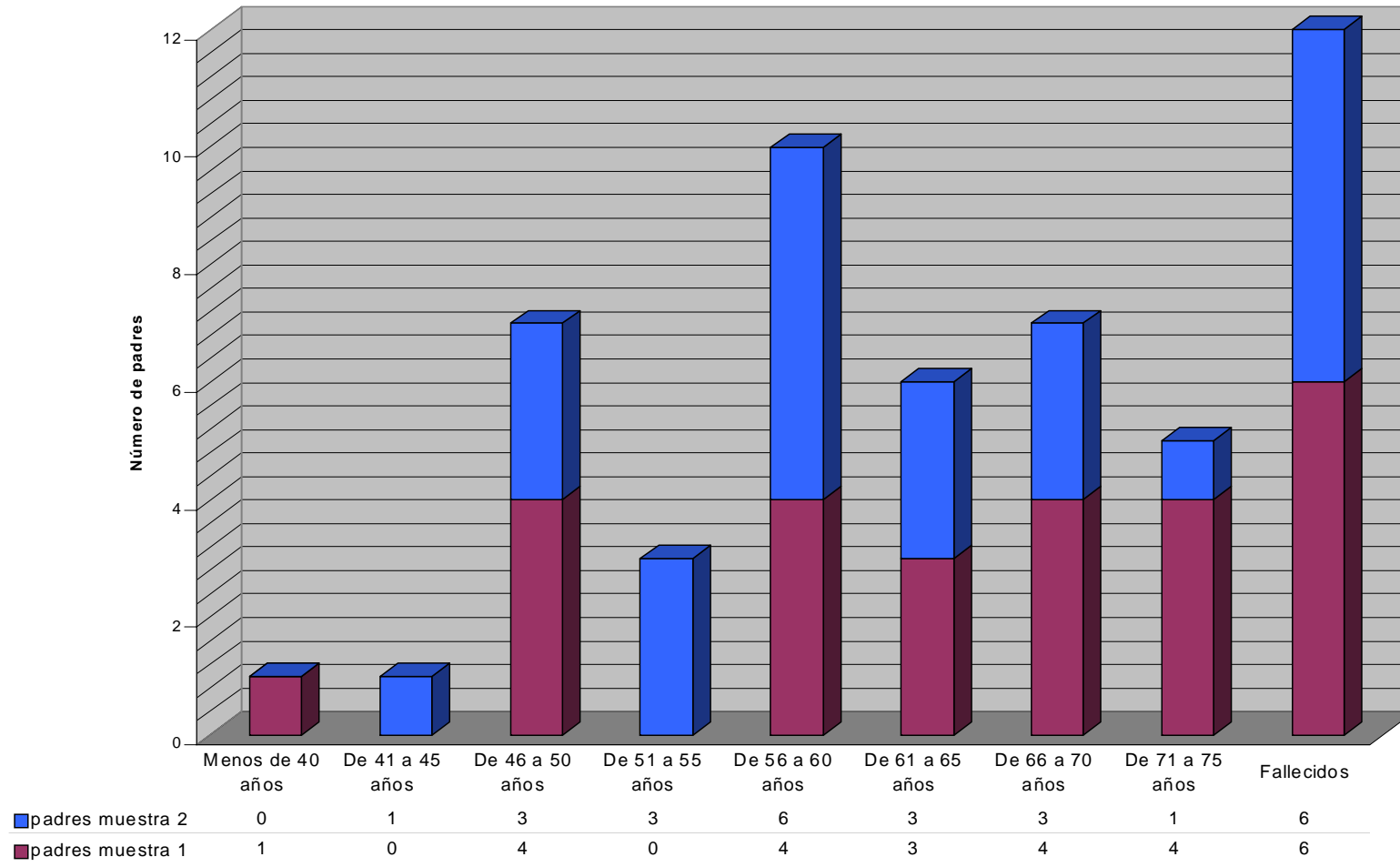
Diferencia de edad entre los progenitores



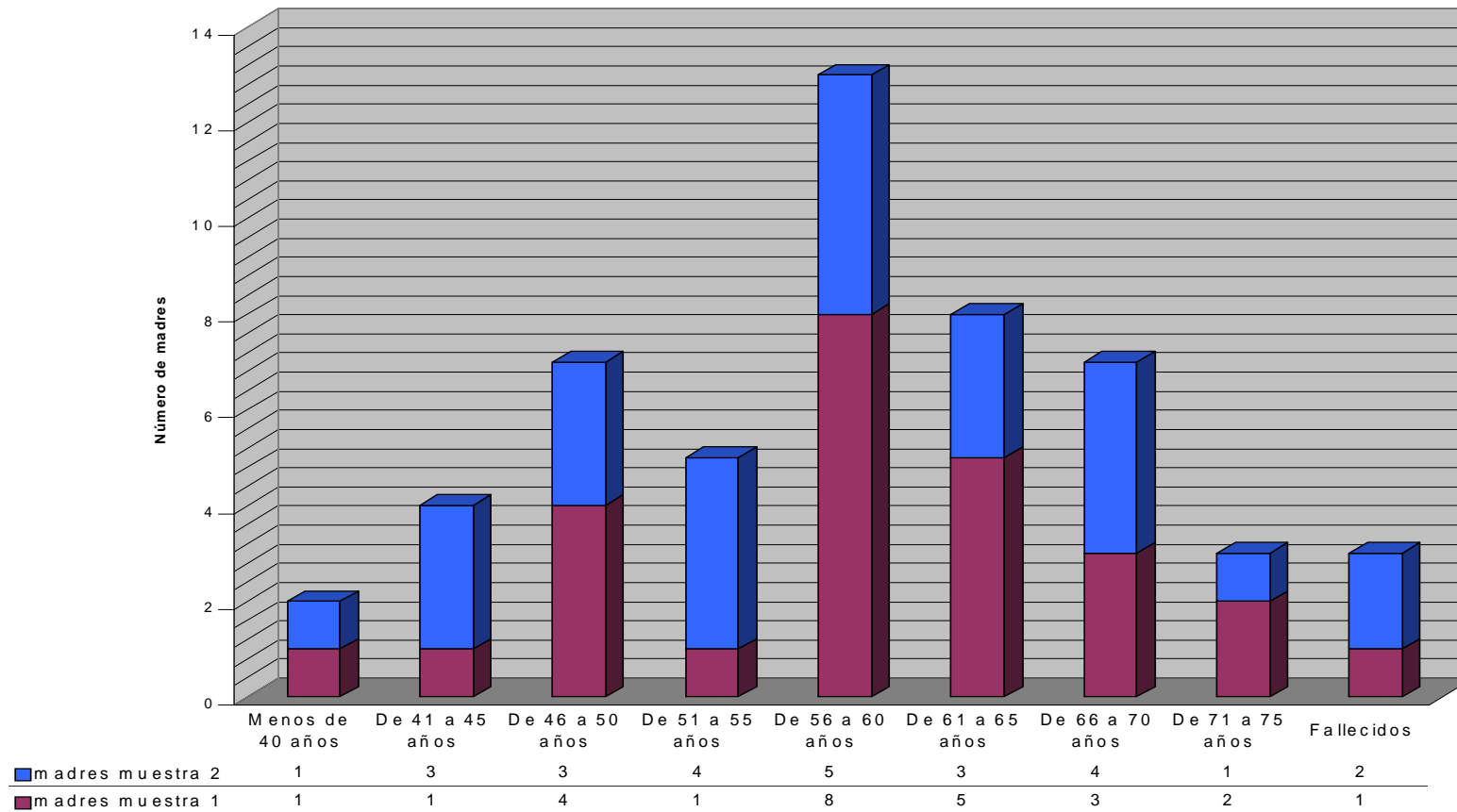
En cuanto a la edad de los progenitores, como se puede apreciar en las gráficas de Distribución por edad de los padres y madres de las familias de Muestra, la mayoría de los progenitores varones, un total de 15 padres de 20 que están vivos de la muestra 1 y 12 de 20 en la muestra número 2, tienen más de 55 años; y la mayoría de los progenitores mujeres, 18 madres de 25 vivas en la muestra número 1 y 14 de 24 madres vivas en la segunda muestra, tienen más de 55 años. La moda en ambos grupos de progenitores se sitúa en el rango de edad entre 56 y 60 años en el que están 10 padres (el 25% de los padres vivos) y 13 madres (el 26,53% de las madres vivas). Al comparar ambas gráficas/tablas entre sí y las distribuciones entre las dos muestras se puede objetivar que hay el mismo número de padres que de madres con una edad superior a 60 años, 18 en cada caso, el 45% de los varones vivos y el 36,73% de las mujeres vivas (si consideráramos la muestra en su conjunto sería el 28,85% del total de progenitores para cada grupo). Del mismo modo se puede objetivar que el número de mujeres con edad inferior a 56 años es también de 18 (36,73% de las vivas), sin embargo el número de hombres menores de 56 años es de 12 (30% de los vivos o un 23% del total de padres de la muestra). Al comparar las edades de ambas muestras entre sí vemos que las medias de edad para las madres (58,56 años) y padres (60,8 años) de la muestra 1 son superiores en dos años aproximadamente a las medias de edad, 56,8 años para madres y 58,35 años para padres, de la muestra 2. Los progenitores de la segunda muestra son más jóvenes.

Además, al comparar padres y madres en el conjunto de la muestra, no sólo viven más madres (solo 3 fallecidas frente a 12 padres), sino que las que están vivas son más jóvenes que los padres vivos. La media de edad de la Muestra para madres se sitúa en 57,37 años y para los padres en 59,58 años. Las diferencias entre padres y madres se pueden objetivar en la gráfica Edad padres y madres de la muestra (52).

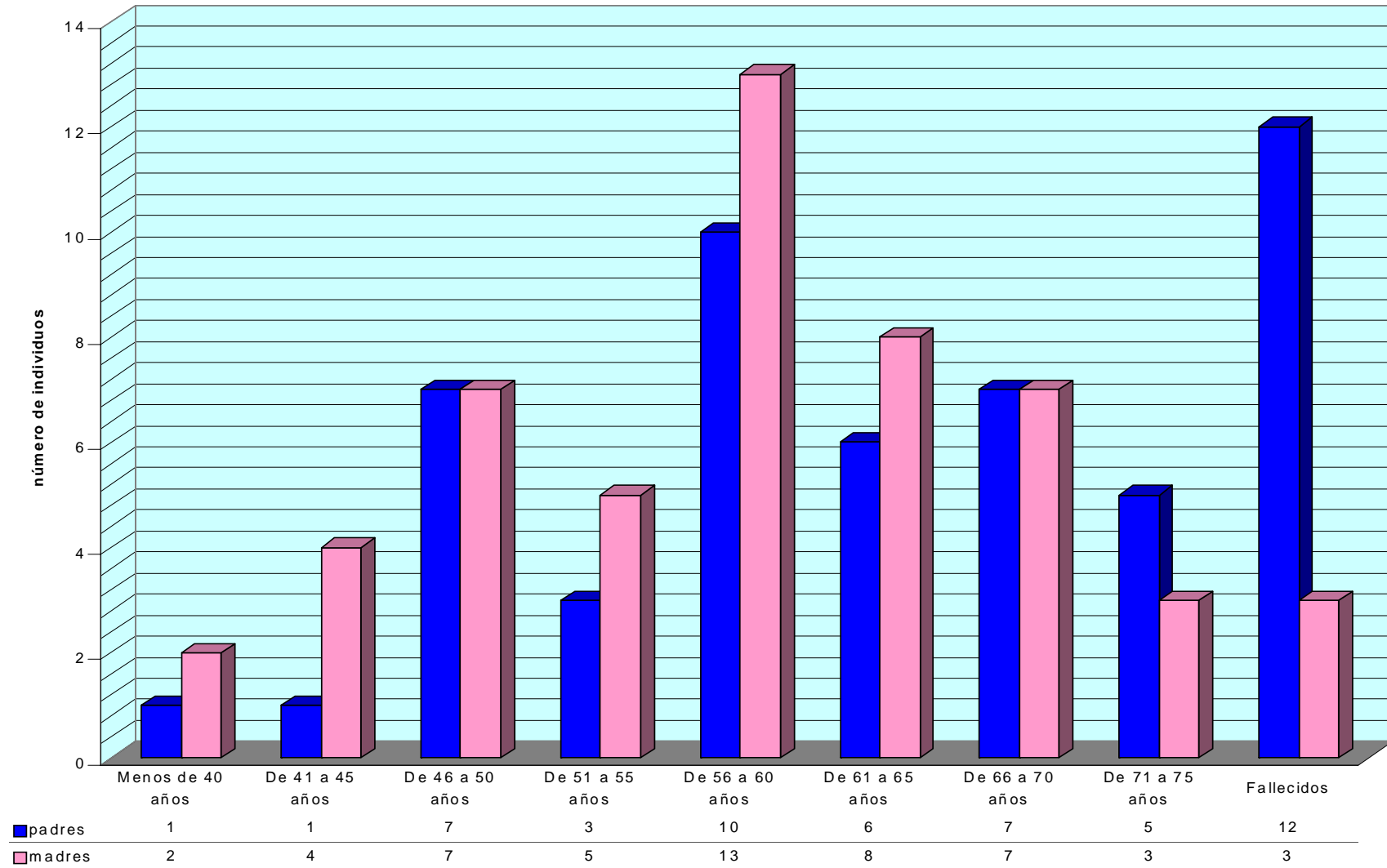
Distribución por edad de los padres



Distribución por edad de las madres de la Muestra



Edad padres y madres de la muestra (52)



- Al recoger el nivel de estudios de los padres, se ha tomado nota también del nivel de estudios de los progenitores fallecidos, si el informante lo conocía. Se han distribuido en 6 bloques:

A) Analfabetos.- si no saben leer ni escribir.

L/E) Sabe leer y escribir.- si contestan ningún estudio pero saben leer y escribir.

P) Primarios.- si cursó estudios primarios de E.G.B. (Educación General Básica) o los correspondientes anteriores a la reforma.

S) Secundarios.- Los correspondientes a F.P. (Formación Profesional), B.U.P. (Bachillerato), o estudios de Bachiller anteriores a este tipo de enseñanzas.

Sup) Superiores.- Si tienen una Diplomatura o Licenciatura.

NS/NC) No sabe/no contesta.- Si el informante no sabe que estudios tienen o tenían (en el caso de fallecidos) los progenitores.

Distribución por nivel de estudios:

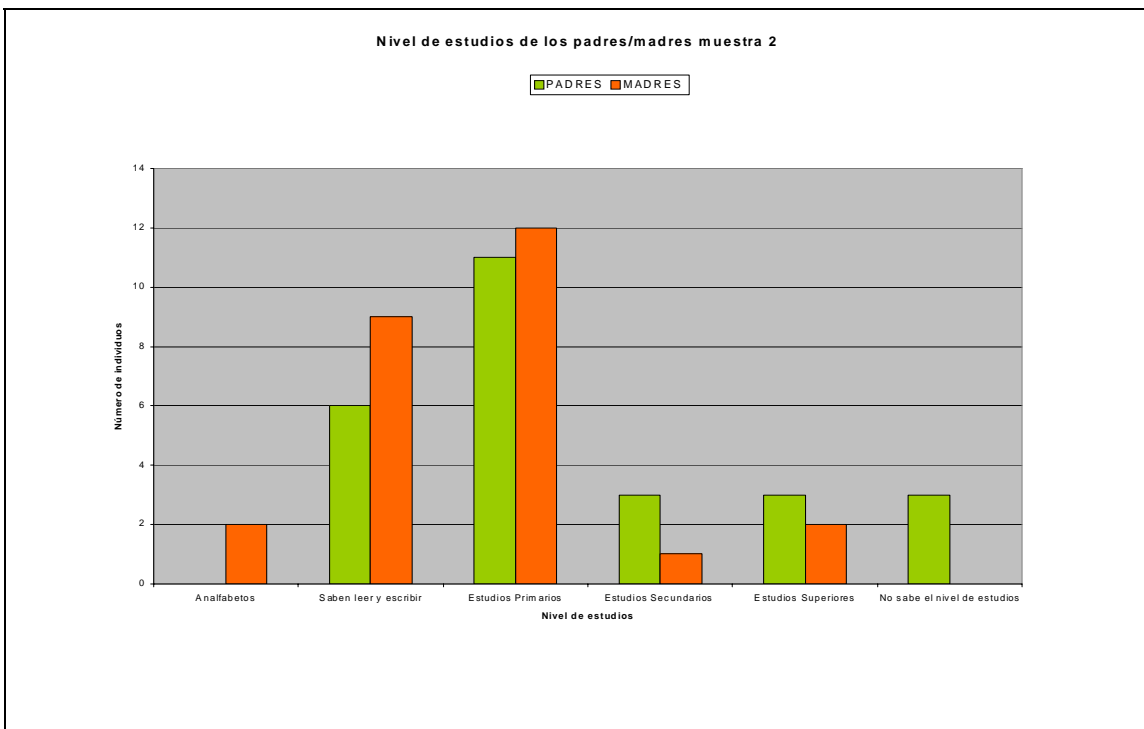
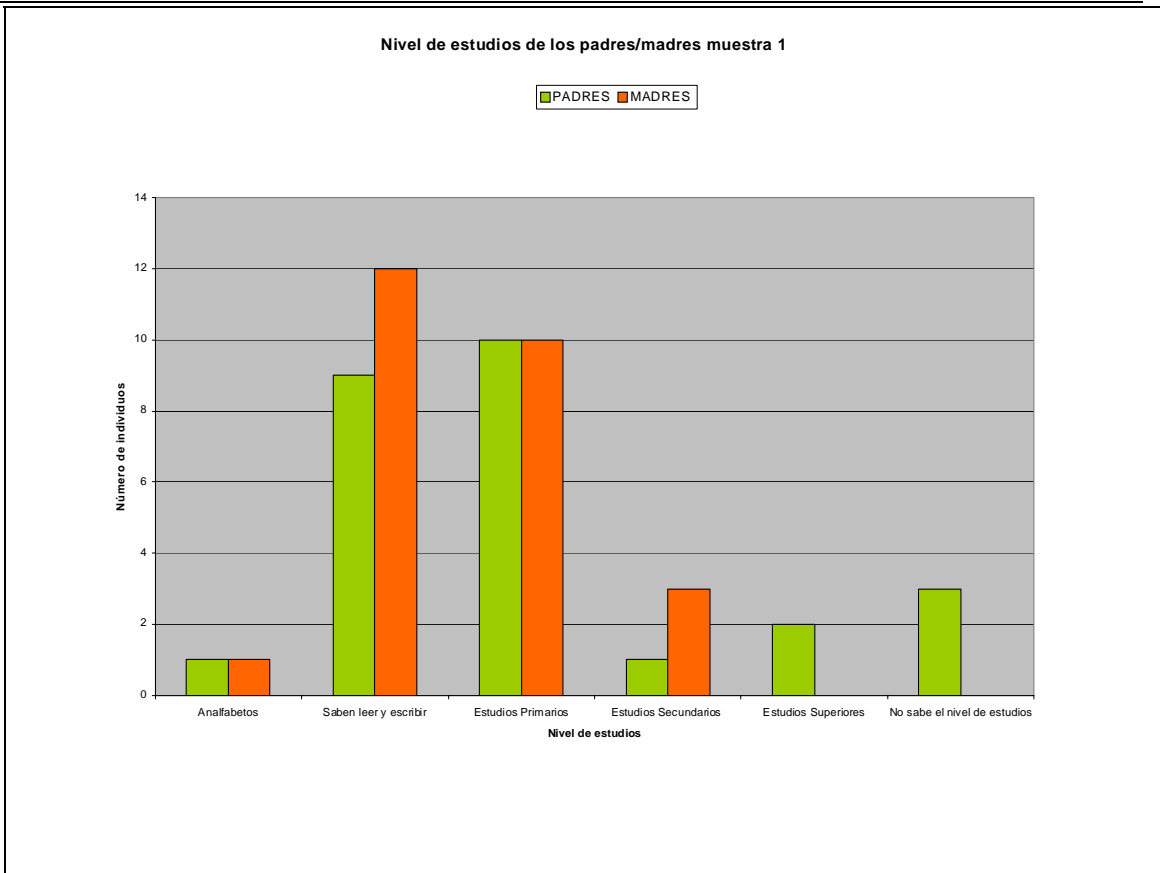
	Madres		Padres		Total madres	Total padres
	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 1	Muestra 2		
Analfabetos	1	2	1	0	3	1
Sabe L/E	12	9	9	6	21	15
Primarios	10	12	10	11	22	21
Secundarios	3	1	1	3	4	4
Superiores	0	2	2	3	2	5
NS/NC	0	0	3	3	0	6

En la distribución anterior se puede apreciar que la mayoría de los padres, 36 (69,23%) tienen o tenían estudios primarios o saben leer y escribir. Lo mismo ocurre con las madres, un total de 43 (82,69%) tienen o tenían estudios primarios o sabían leer y escribir. Al comparar ambas submuestras se puede observar que el número de analfabetos es el mismo en ambas (1 padre y una madre en la primera muestra y dos madres en la segunda), sin embargo, si estudiamos en número de progenitores con estudios superiores, este es ligeramente más alto en la muestra de 2001 que en la de 1999 (2 en la primera muestra frente a 5 en la segunda), además en la primera muestra no había madres con estudios superiores y en la segunda hay dos madres.

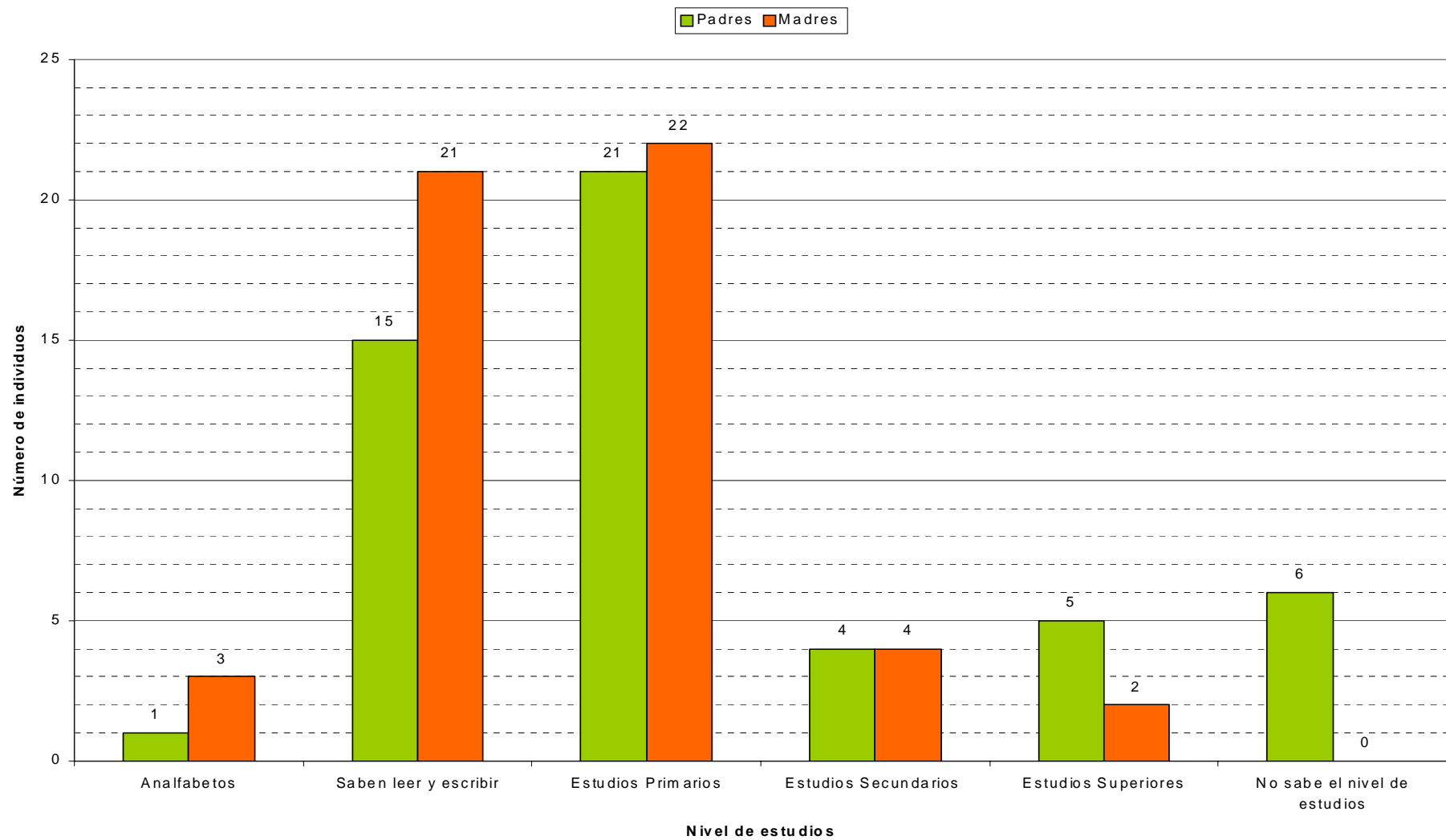
El porcentaje de padres con un nivel de estudios primarios en el estudio de Bueno Cañigral y Duran Gervilla mencionado del Programa Municipal de Drogas de la ciudad de Valencia es del 51,52%, el 12,88% no tienen estudios, el 28,03% tienen estudios medios y el 7,58% superiores. Nuestros porcentajes globales, según esta clasificación y considerando el conjunto de progenitores, serían del 38,46% sin estudios (40 individuos de los grupos de analfabetos y sabe leer y escribir); el 41,35% con estudios primarios (43 progenitores); 7,69% de estudios medios (8 individuos con estudios de secundaria) y 6,73% con estudios superiores. Calculado así, el porcentaje de progenitores de los que no conocemos el nivel de estudios es del 5,77%. Al comparar con el estudio mencionado encontramos un porcentaje de padres de nuestra muestra similar en estudios superiores pero mucho más bajo en estudios medios –secundaria- y algo inferior en primarios y muy superior en el grupo de sin estudios.

Se ha elaborado representaciones gráficas del nivel de estudios de los padres de ambas muestras, que aparecen en las figuras Nivel de estudios de los padres/madres de la muestra

1 y 2. Así mismo, en la gráfica Distribución por nivel de estudios de los progenitores (52) se pueden observar los datos de la muestra en su conjunto.



Distribución por nivel de estudios de los progenitores (52)



Antes de mostrar la distribución por ocupación de los progenitores en el presente, y siguiendo los criterios y clasificación en grupos igual que hicimos con los individuos de la muestra, en esta tabla vienen descritas todas las profesiones que se han podido recoger (también las de jubilados o fallecidos hace menos de 10 años).

<i>Ocupaciones principales de los padres de la muestra</i>	<u>Muestra 1</u>	<u>Muestra 2</u>	MUESTRA (52 individuos)
Hostelería	4	2	6
Construcción	1	4	5
Transportes	4	1	5
Artesanos madera / piedra	4	0	4
Servicios Públicos	2	5	7
Empleados de fábricas / industria	5	4	9
Otras ocupaciones	4	6	10
Desconocido o ausente (>10 años)	2	4	6
<i>Ocupaciones principales de las madres de la muestra</i>	<u>Muestra 1</u>	<u>Muestra 2</u>	MUESTRA (52 individuos)
Hostelería	4	3	7
Empresas de limpieza	2	1	3
Transportes	0	1	1
Ama de casa	12	14	26
Servicios Públicos	0	2	2
Empleados de fábricas / industria	4	4	8
Otras ocupaciones	4	1	5
Desconocida o ausente (>10 años)	0	0	0

Posteriormente hemos estudiado sólo aquellas ocupaciones que corresponden al presente, las de progenitores vivos en su profesión actual, para poder hacer una comparación con las ocupaciones actuales (a la fecha de entrevista) y de los progenitores vivos de nuestra muestra con otros. Además los hemos clasificado en grupos similares a los encontrados en un estudio de la Comunidad Valenciana⁴³ en función de la especialización y hemos obtenido los siguientes resultados:

- Ocupaciones de los padres (del total de 40 padres vivos, 20 de cada muestra):
- Trabajadores especializados de la industria o la hostelería, un total de 5 individuos en la primera muestra (de los que dos tienen negocio propio) y 6 individuos en la segunda

⁴³ BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). *La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones*. Revista española de drogodependencias, 19 (4), 297-310.

(de estos 3 tienen negocio propio). El porcentaje que se obtiene en este sector es del 27,5% de los padres vivos de la muestra.

- Trabajadores no especializados (albañil, capataz, fontanero), en la muestra de 1999, 5 individuos y 6 en 2001. Son el 27,5% de padres vivos.

- Trabajadores de servicios públicos (ayuntamientos, centros concertados), un total de 4 padres (10% de los vivos) que corresponden a 1 individuo en la primera (trabajador de un ayuntamiento) y 3 en la segunda muestra (2 funcionarios de administraciones públicas y un trabajador de transporte público).

- Artesanos de la madera o de la piedra (ebanistería, mampostería, carpintería) un único individuo en activo que procede de la primera muestra y cuyo negocio es de propiedad (2,3% de la muestra de padres vivos).

- Jubilados un total de 13 padres (32,5%); 8 en la primera muestra y 5 en la segunda.

De los 8 jubilados de la primera muestra 3 trabajaban como artesanos de la madera y de la piedra, 3 como trabajadores no especializados y 2 como trabajadores especializados de la industria o la hostelería. Respecto a los 5 jubilados de la segunda muestra: dos trabajaban en la industria y hostelería y otros tres como trabajadores no especializados -dos en ventas (uno de ellos con negocio propio), y uno en un vivero-. Estas distribuciones en ambas submuestras, se pueden comparar en las representaciones gráficas Distribución por ocupación de los padres 1 y 2. Así mismo, el computo general de las ocupaciones de los padres vivos (a fecha de la entrevista) se pueden objetivar en la gráfica Distribución por ocupación de los padres de la Muestra (52).

➤ Ocupaciones principales de las madres⁴⁴ (del total de 49 madres vivas, 25 y 24):

- Trabajadoras especializadas de la industria o la hostelería, 5 madres en la primera muestra (dos trabajan en negocio familiar) y 6 en la segunda (también dos trabajan en un negocio familiar). Un total de 11 madres, el 22,45% de las madres vivas en el momento de realización de la entrevista.

- Trabajadoras no especializadas 8 (16,33%), de las que 5 pertenecen a la primera muestra (una trabaja en una peluquería de su propiedad) y 3 pertenecen a la segunda muestra (limpiadoras, almacenistas, modistas, etc.).

- Trabajos domésticos –amas de casa- sin trabajar habitualmente en otros negocios, un total de 25 madres (51,02%), 12 madres en la primera muestra y 13 en la segunda.

- Trabajadoras de servicios públicos una única madre (2,04%) de la segunda muestra (auxiliar).

- Jubiladas 3 madres en la primera muestra (2 eran trabajadoras especializadas de la industria o la hostelería y una era trabajadora no especializada) y una madre en la segunda muestra (trabajaba en la industria del juguete).

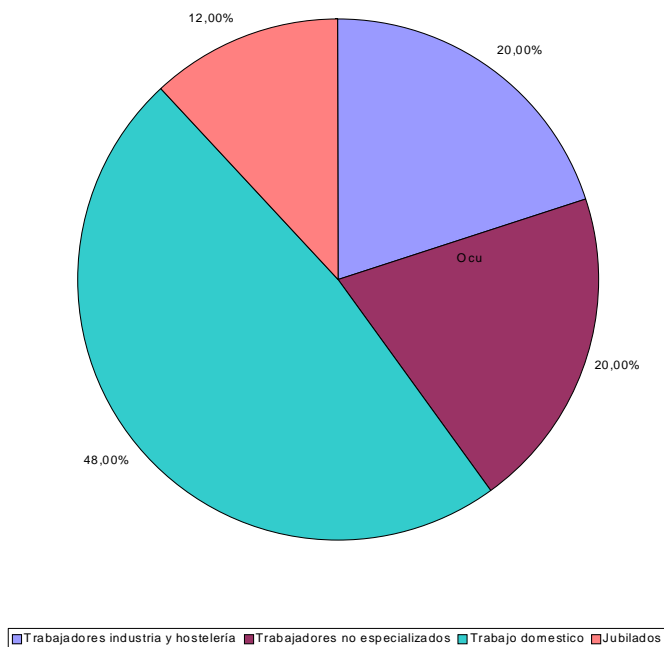
Las figuras Distribución por ocupación de las madres (1) y (2) y Distribución por ocupación de las madres de la Muestra (52) muestran gráficamente estos resultados.

En el estudio del Programa Municipal de Drogodependencias de 1994 en progenitores de drogodependientes al que hacíamos mención encontramos los siguientes datos: El 51,88% de los encuestados hacen trabajos domésticos (el 73,88% de los encuestados eran madres); el 11,28% estaban en paro y el 9,77% jubilados. El 27,07% corresponde a las siguientes actividades laborales: 3,01% profesión liberal, 2,26% gerentes o empresarios, 4,51%

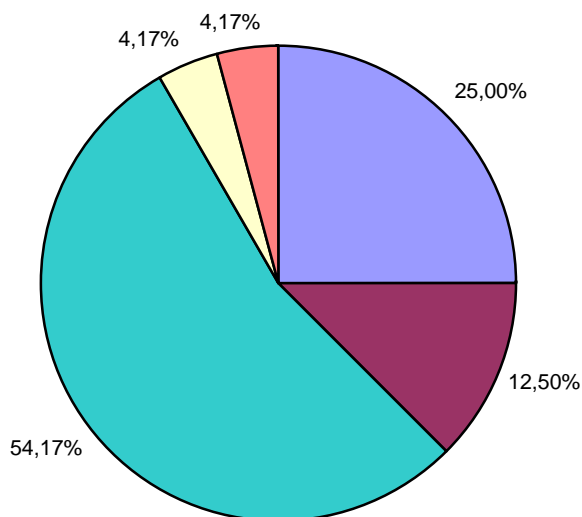
⁴⁴ Puntualizar que en este caso que si las madres trabajan de amas de casa y también en un negocio familiar (bar) o actualmente están en paro pero son administrativas u otra profesión y habitualmente trabajan fuera de casa, se han contabilizado como tales.

funcionarios o administrativos, 7,52% trabajadores especializados, 6,02% no especializados y un 3,76% de otros empleos.

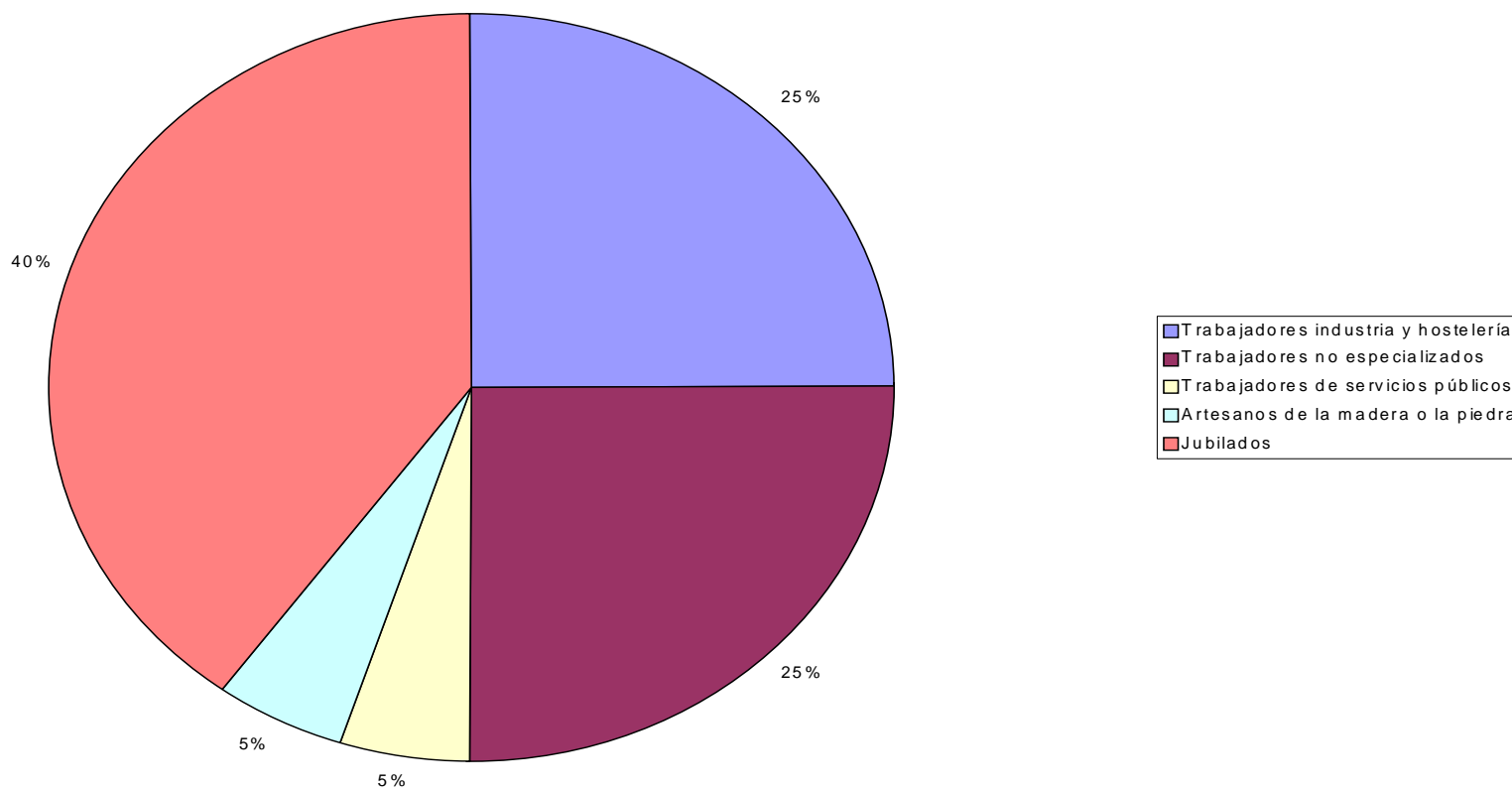
Distribución por ocupación de las madres (1)



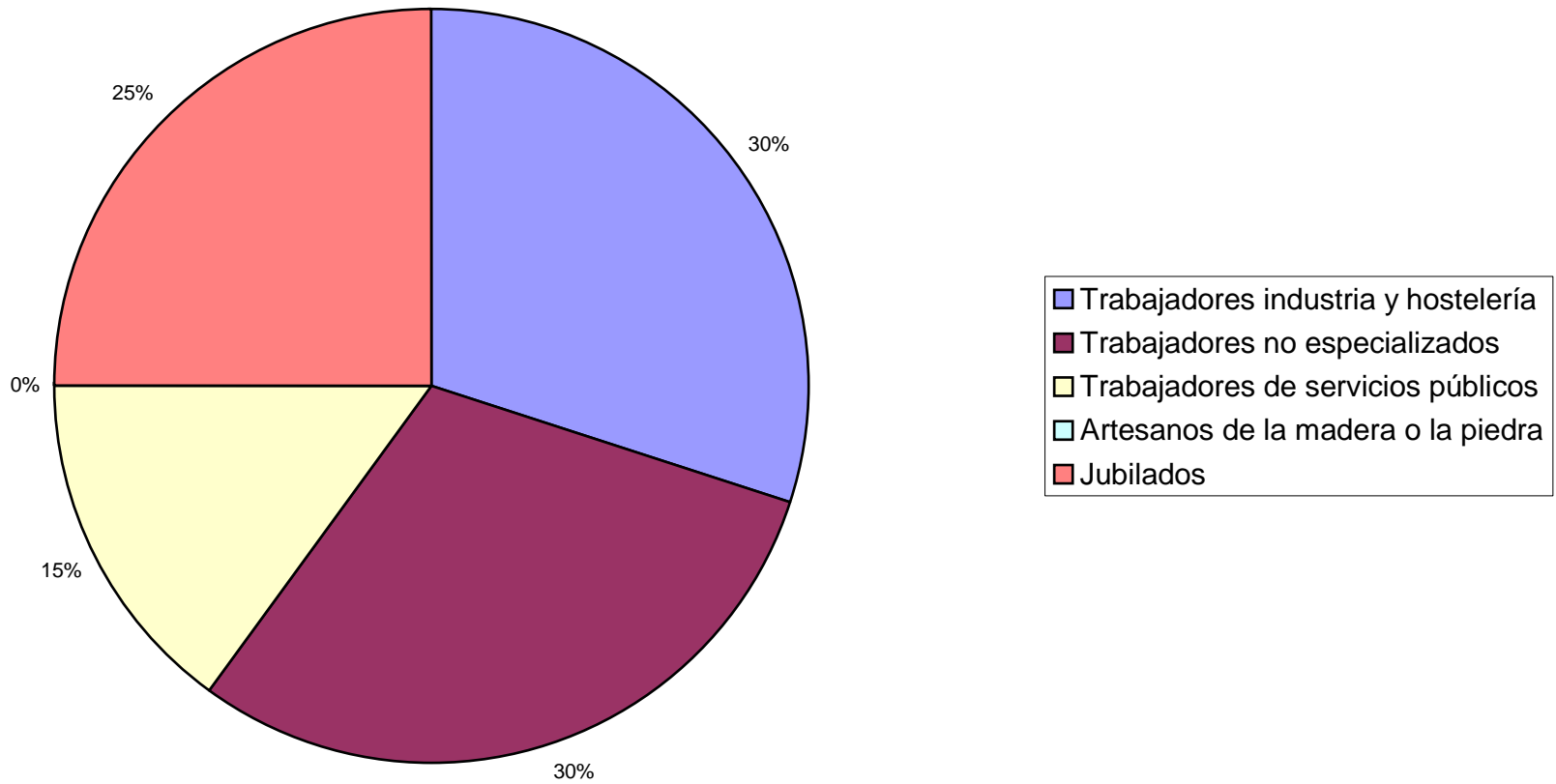
Distribución por ocupación de las madres (2)



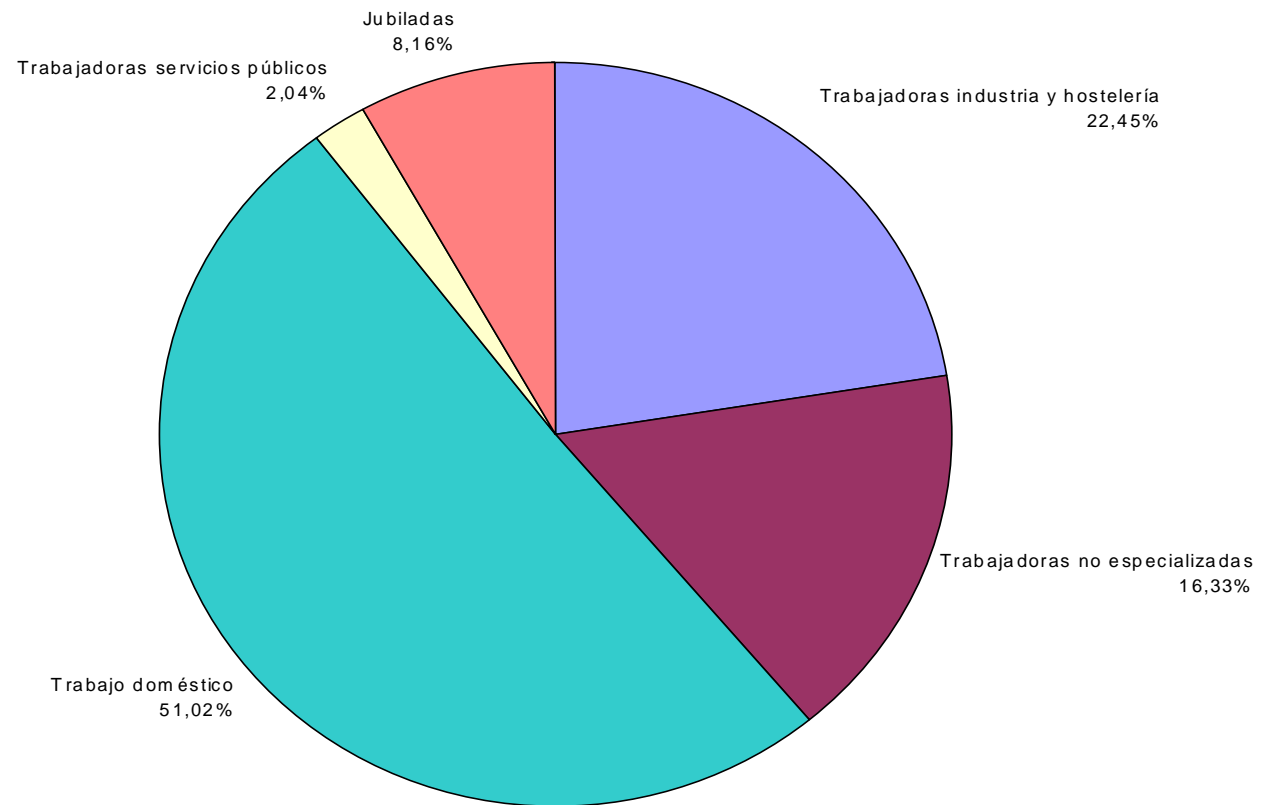
Distribución por ocupación de los padres (1)



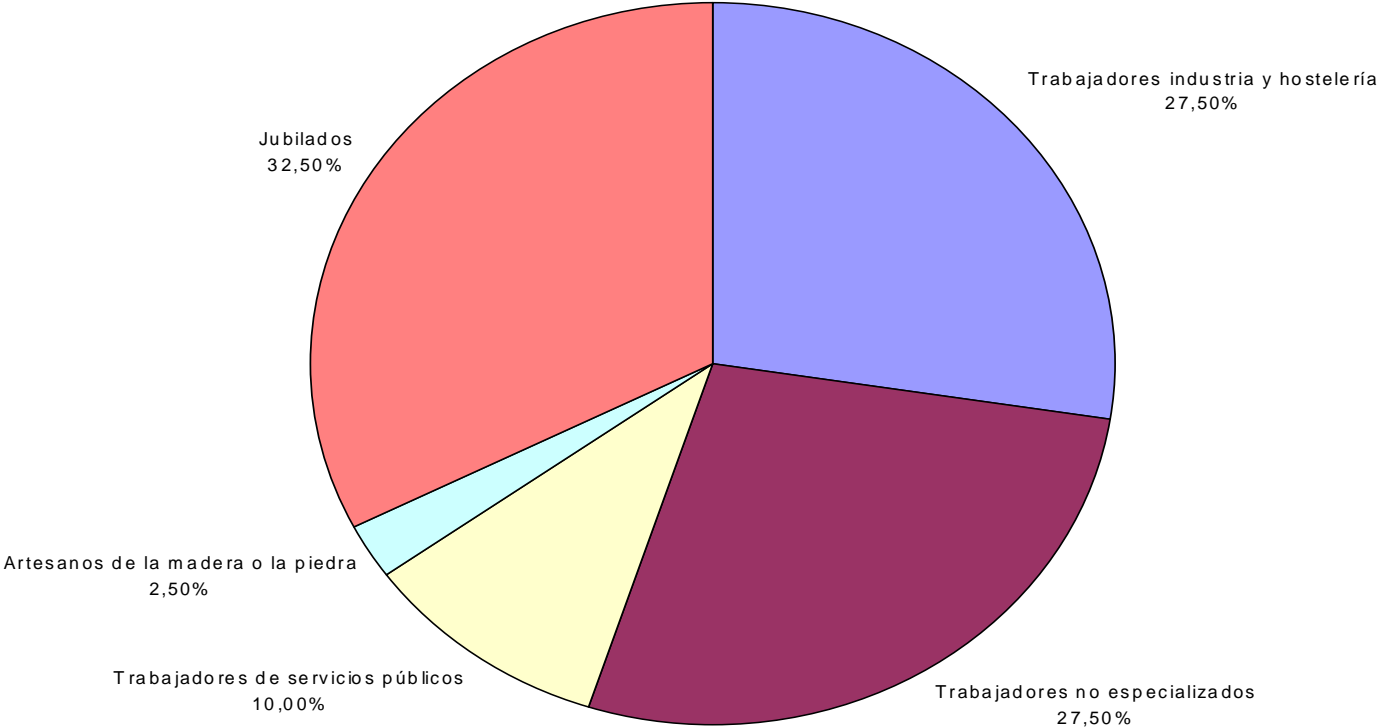
Distribución por ocupación de los padres (2)



Distribución por ocupación de las madres de la Muestra (52)



Distribución por ocupación de los padres de la Muestra (52)



Al analizar el número de hijos por familia objetivamos que:

- Sólo hay dos familias, un 3,85% del total de las familias de la muestra, con un único hijo y ambas pertenecen a la primera muestra. En uno de los casos se trata de una hija adoptiva que ha vivido con sus padres desde la infancia.
- Hay 12 familias con dos hijos (23,08%), 5 en la primera muestra y 7 en la segunda.
- Respecto a las familias con tres hijos, son en total 15 (28,85%); corresponden a la moda de nuestra muestra; de éstas 9 familias corresponden a la primera muestra y 6 a la segunda.
- Con 4 hijos hay un total de 12 familias (23,08%), 5 familias en la muestra de 1999 y 7 en la de 2001.
- Sólo hay 3 familias con 5 hijos (5,77%). Las tres pertenecen a la primera submuestra.
- Con 6 hijos, hay en total 4 familias (7,69%). Una familia corresponde a la muestra de 1999 y el resto a la de 2001.
- Finalmente, sólo hay una familia con 7 hijos (en la segunda muestra), otra con 9 hijos (en la primera muestra) y otras dos familias en la segunda submuestra con 10 y 11 hijos respectivamente.

El porcentaje total de familias con cuatro o más hijos es del 44,23% (23 familias).

La media de hijos por familia se sitúa en 3,75 hijos por familia. Respecto a las medias parciales se obtienen 3,42 hijos para la primera submuestra y algo ligeramente mayor, 4,07 hijos por familia, para la segunda. La distribución de familias arreglo al número de hijos puede apreciarse en la gráfica Número de hijos por familia.

En un estudio de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Bétera⁴⁵ hecho en 539 pacientes heroínómanos encontramos que el número de familias con cuatro o más hijos es de 285 (el 52,88%), el de familias con 3 hijos de 134 (24,86%), con 2 hijos de 93 (17,25%) y con un hijo único de 28 (5,20%). La media de hijos por familia en este estudio es de 3.98 hijos por familia.

Y en el estudio de Vilaregut Puigdesens⁴⁶ publicado en 1999, que ya hemos comentado, encontramos que, en referencia al número de hijos, el 28% de las familias tenían 3 hijos, el 24% de familias tenían un hijo y el 8% 5 hijos (no nos explicitan el resto de grupos y porcentajes).

En cuanto al lugar que ocupa entre los hermanos el informante:

- Es hijo único en dos casos (que corresponden a las dos familias de la primera muestra con un único hijo). Son un porcentaje del 3,85% de la muestra.
- Es el hermano mayor, el primogénito, en 5 casos en la primera muestra, de éstos en 2 casos en el mayor de 3 hermanos, en 2 casos es el mayor de 2 hermanos y en un caso el mayor de cuatro. En la segunda muestra el informante es el primogénito en 8 casos. De estos, en 5 casos es el mayor de dos hermanos y en 3 es el mayor de tres. En el total de la muestra son 13 casos de individuos primogénitos, el 25% de la muestra.

⁴⁵ BOGANI MIQUEL, E.; CASANOVES CUENCA, E.; ARLANDIS VILLARROYA, A. (1990).

Heroinómanos: Hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años. Revista española de drogodependencias, 15 (4), 249-253.

⁴⁶ VILAREGUT PUIGDESENS, A. ; PEREZ TESTOR, C. ; SANCHEZ CARBONELL, J. (1999). *Características sociodemográficas y dinámica familiar en familias con un miembro drogodependiente.* Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. (6ª. 1999. Chiclana de la frontera). Cadiz: Centro provincial de drogodependencias. Comunicaciones.

- Siete de los informantes de la primera muestra son en número de orden el segundo hermano. De éstos, en 3 casos es el hijo menor (segundo de dos), en 3 es el mediano (segundo de tres hermanos) y en un caso el segundo de 4 hermanos. En la segunda muestra son seis los informantes que ocupan en segundo puesto en el número de hermanos y de estos dos son los segundos de cuatro hermanos, dos son los segundos de tres (mediano) y dos son los hermanos menores (segundo de dos). En el total de la muestra son 13 individuos (25%) los que ocupan el segundo en número de orden entre los hermanos.
- En 7 casos en la primera muestra y 5 en la segunda, el informante es el tercero de los hermanos. En 6 de estos casos es también el hermano menor (4 en la primera muestra y 2 en la segunda). El total de casos en que el informante es el tercer hermano es de 12 casos (23,08%).
- En 8 casos del total el informante es el cuarto en orden entre los hermanos (15,39%). Cuatro casos pertenecen a la primera muestra y cuatro a la segunda. También en ambas submuestras en tres casos es el hermano menor – el cuarto de cuatro -. Hacen un total de 6 hermanos menores en este subgrupo.
- Sólo hay un caso en cada submuestra que el número de orden que ocupa el informante es el quinto. Estos 2 individuos (3,85%) ocupan el lugar quinto entre seis hermanos.
- Hay un único individuo que ocupa en número de orden el noveno y otro que ocupa el número de orden onceavo y es además el menor. Ambos proceden de la muestra de 2001.

Un total de 10 informantes de la primera muestra, (el 38,46% de la misma), y 8 de la segunda muestra (30,77% de esta submuestra) son los hijos menores de las familias. El porcentaje que ocupan estos 18 individuos que son hijos menores en la muestra es del 34,62%.

En el estudio de Bétera mencionado, el porcentaje de hijos mayores era del 22,08% (119 individuos), de hijos menores del 31,54% (170), de hijos intermedios del 41,19% (222) y de hijos únicos del 5,20% (28 individuos).

Y en el estudio de Vilaregut en el 36% el paciente era el hijo pequeño y en el 24% eran hijos únicos.

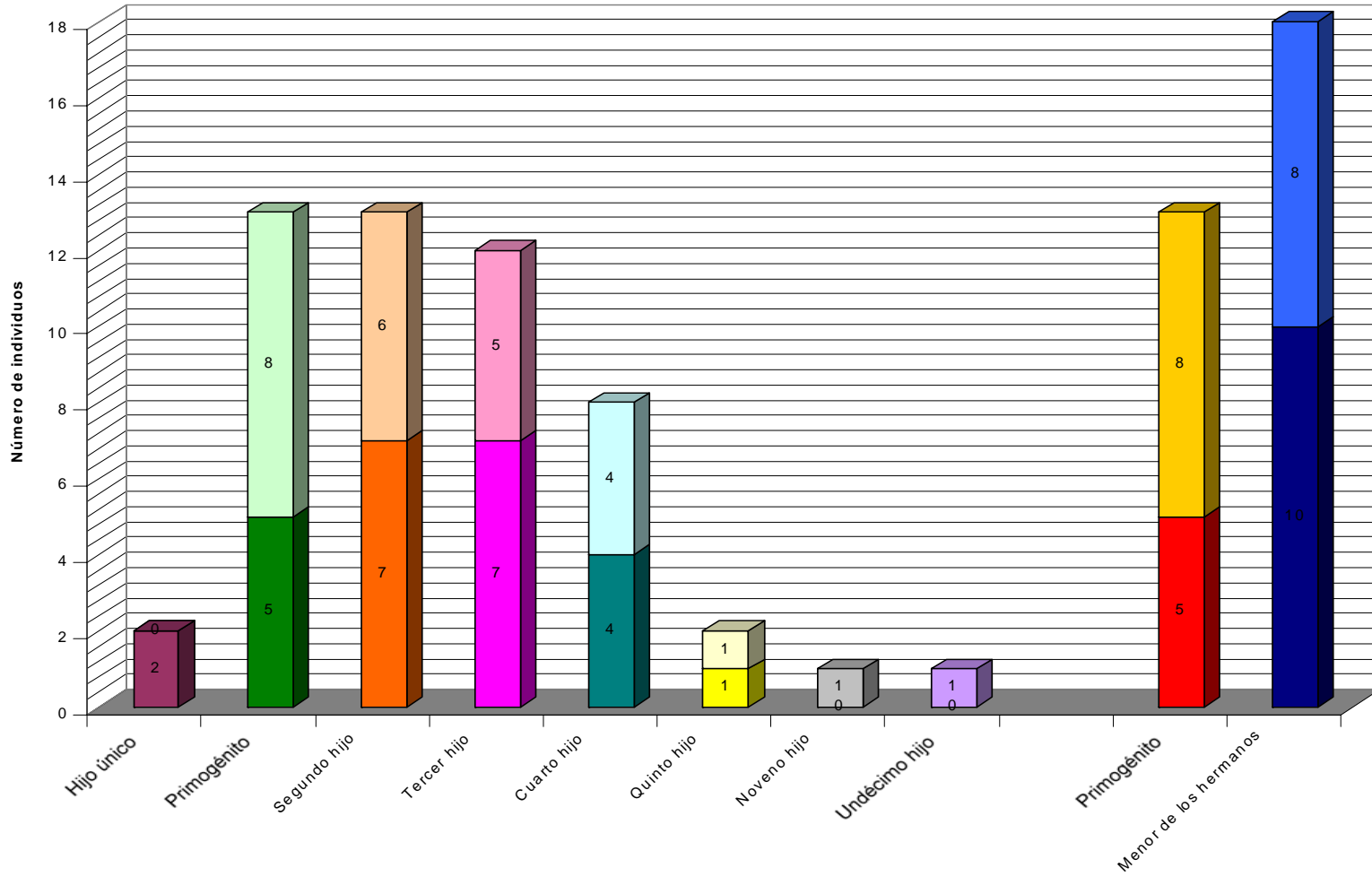
El lugar que ocupa por orden de nacimiento el informante dentro del número total de hermanos está representado en la gráfica Número de orden entre los hermanos. En esta representación se recogen también los parciales de ambas submuestras.

Se ha hecho el cálculo del cómputo global de edades medias de los hermanos en cada familia, sin incluir la del informante, para poder compararlas de manera gráfica con la edad del informante en cada caso. La edad media global de los hermanos de los informantes de la muestra 1 es de 29,9 años (se ha dividido en este caso la suma de las medias familiares entre 24 familias que tienen más de un hijo). En la muestra 2, la edad media de los hermanos es de 28,27 años. La media de edad de los hermanos de los individuos de la muestra (en el cómputo general) es de 29,04 años.

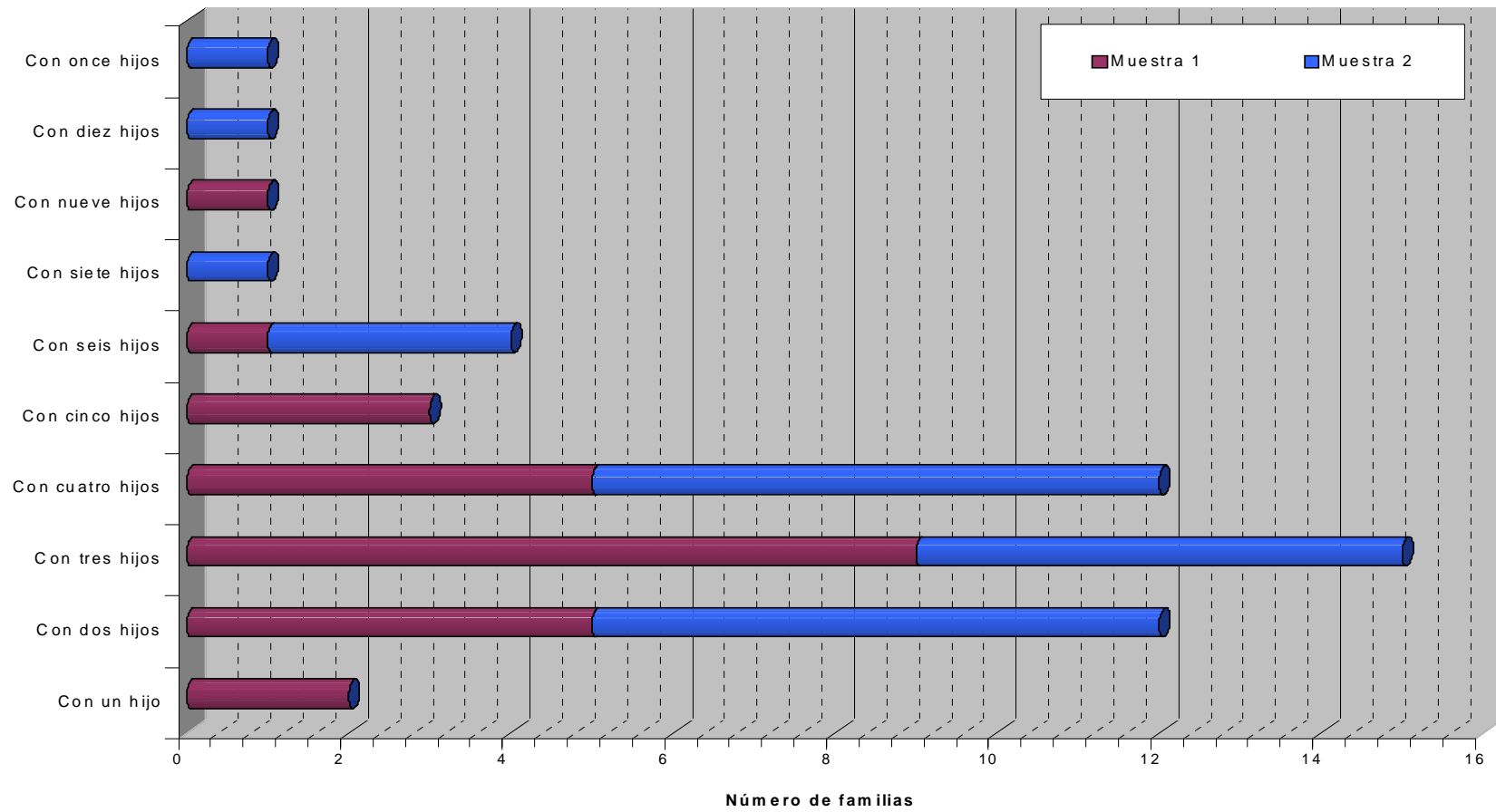
La comparación entre las edades de los informantes y las medias de edad entre sus hermanos se muestra en la figura Diferencia de edad entre el informante y la media de edad de los hermanos. Esta gráfica tiene su origen en la siguiente distribución:

Diferencia de edad	Es informante es MENOR			El informante es MAYOR			TOTAL INDIVIDUOS
	Muestra 1	Muestra 2	Total	Muestra 1	Muestra 2	Total	
Sin diferencias	-	-	-	-	-	-	2
De un año	1	1	2	1	2	3	5
De dos años	1	0	1	1	4	5	6
De tres años	2	1	3	1	1	2	5
De cuatro años	2	1	3	1	1	2	5
De cinco años	1	1	2	3	1	4	6
De seis años	1	0	1	1	1	2	3
De siete años	2	2	4	1	1	2	6
De ocho años	1	2	3	1	2	3	6
De nueve años	0	2	2	-	-	-	2
De diez años	1	1	2	-	-	-	2
De catorce años	-	-	-	0	1	1	1
De diecisiete años	1	0	1	-	-	-	1

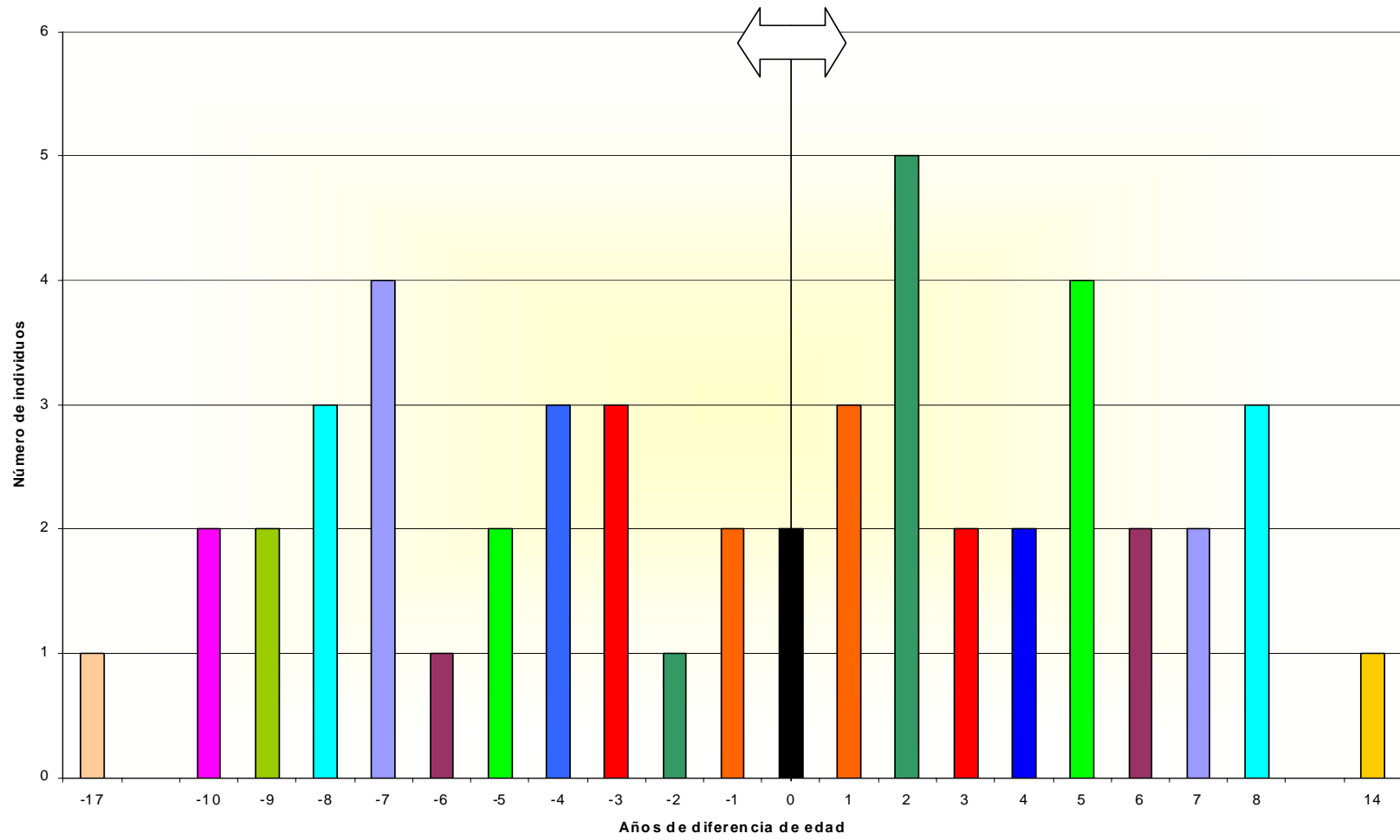
Número de orden entre los hermanos



Número de hijos por familia



Diferencia de edad entre el informante y la media de edad de los hermanos



Historia de consumo de drogas ilegales y alcohol.

La mayoría de los individuos de la muestra son o han sido consumidores de varias drogas de abuso, el 94,23% (49 individuos de 52) son o han sido politoxicómanos. Es raro el consumo aislado de una única sustancia. Este consumo aislado sólo se da en dos individuos de la muestra de 1999, (uno en el que consumo ha sido básicamente de opiáceos y otro en que droga generadora de la dependencia ha sido el alcohol) y un individuo de la muestra de 2001 en que la única sustancia consumida ha sido el alcohol.

Aunque la mayoría son policonsumidores, siempre hay una droga principal de abuso que condiciona el diagnóstico de trastorno por dependencia y para la que se solicita principalmente el ingreso en un recurso como la U.D.R. (Unidad de Deshabitación Residencial).

- Desde este punto de vista, es la heroína la principal droga de abuso en un 50% de los individuos de la muestra de 1999 (13 individuos) y en un 26,92% (7 individuos) de la muestra de 2001. Considerando la muestra en su conjunto, 20 individuos (38,46%) tienen como droga principal, para la que acuden a tratamiento por diagnóstico de dependencia la heroína. De estos, 11 consumen heroína fumada (7 en la primera muestra y 4 de la segunda), uno de ellos ha hecho consumos intravenosos en el último mes. Otros nueve utilizan la vía intravenosa (6 en la primera muestra y 3 en la segunda. Se aprecia un descenso del número de consumidores de heroína especialmente por vía intravenosa (de 6 a 3 individuos).

- Consumen heroína y cocaína mezcladas en bolo intravenoso (speedball) que son las drogas principales de abuso en un 15,39% (8 individuos) de la muestra. Consumen

speedball 3 pacientes del primer grupo y 5 del segundo. Tres de ellos refieren haber empezado consumiendo cocaína para luego añadir la heroína. El resto, los otros 5, refieren haber comenzado con ambas sustancias. Si analizamos ambas muestras por separado encontramos que el porcentaje de consumidores de speedball en la primera muestra es del 11,54%, sin embargo en la segunda es algo más alto, del 19,23%. Se produce una reducción en esta segunda muestra del número de dependientes de heroína como principal diagnóstico para incrementarse el de dependientes de heroína y cocaína –también por otras vías distintas de la intravenosa-.

- Existe además un grupo de 5 individuos que refieren como drogas principales también las dos sustancias pero no utilizan la vía intravenosa. En cuatro de los casos empezaron consumiendo cocaína para luego añadir la heroína al consumo. Dos de ellos, correspondientes a la primera muestra, utilizan la cocaína esnifada y la heroína fumada (inhalada en “chinos”). Los otros 3 (uno de la primera submuestra y 2 de la segunda) utilizan ambas sustancias fumadas (cocaína base-crack). Por tanto, el 3,85% de la primera muestra consume ambas sustancias por vías distintas de la intravenosa y en la muestra del 2001, este porcentaje se incrementa hasta el 15,38%. En total, un 9,61% de la muestra consume heroína y cocaína por vías distintas de la intravenosa y un 25% tienen un diagnóstico principal de dependencia para ambas sustancias (heroína y cocaína).

El porcentaje global de diagnósticos de dependencia de heroína desciende del 65,39% en la muestra de 1999 (50% como principal diagnóstico y 15,39% con dependencia de cocaína) al 61,53% en la muestra de 2001 (26,92% como principal diagnóstico y 34,61% con dependencia de cocaína). Los porcentajes de dependientes de heroína como diagnóstico principal admitidos a tratamiento en 1999 y 2001 en el Observatorio Español sobre Drogas⁴⁷ fueron del 73,1% y 68,3% del total de admitidos en esos años. En los datos de la Comunidad Valenciana⁴⁸ encontramos porcentajes inferiores: El 40,79% para 1999 y el 33,65% entre los admitidos a tratamiento tienen dependencia de opiáceos como principal diagnóstico. Estos dos porcentajes son más cercanos a los que obteníamos en nuestras muestras (50% y 26,92% respectivamente) si consideramos el diagnóstico de dependencia a heroína aislado –que es por otra parte el que consideran en la estadística a la que hacemos referencia-.

- En cuanto a los dependientes de cocaína, 9 individuos (17,31%) la consumen como única droga principal. De estos, 5 la consumen vía esnifada (2 en la primera muestra y 3 en la segunda), uno por vía intravenosa, otro fumada (crack) y otros dos refieren utilizar por igual las vías esnifada y fumada. Si consideramos la dependencia de cocaína aislada como único diagnóstico principal encontramos que el porcentaje de individuos de la primera muestra es del 23,08% frente al 11,54% de la segunda muestra. Podría parecer por tanto que el número de individuos con un diagnóstico principal en relación a la cocaína ha descendido de la primera a la segunda muestra, pero no es real. Si analizamos en porcentaje global de individuos con dependencia de cocaína con o sin otros diagnósticos encontramos que en la muestra de 1999, el 46% de la muestra tiene un diagnóstico de dependencia de cocaína (23,08% como único diagnóstico, 15,39% con dependencia de heroína, y 7,69% con problemas relacionados con el alcohol) y; en la del 2001 sin embargo, el porcentaje de diagnósticos de dependencia de cocaína se incrementa al 69,23% (11,54% como único diagnóstico, 31,61% con dependencia de heroína y 23,08% con problemas relacionados con el alcohol). Según los datos del informe número 4 del Observatorio Español sobre Drogas, el porcentaje de tratamientos

⁴⁷ Informes número 4 de 1999 y número 6 de 2001.

⁴⁸ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Comunidad Valenciana.

por cocaína, en los casos sin tratamiento previos, en la Comunidad Valenciana durante 1999 fue del 46%. Y en los datos nacionales, el porcentaje de admitidos a tratamiento dependientes de cocaína para 1999 y 2001 fue del 17,7% y 19%. En los estudios del OED se observa un incremento de los tratados por cocaína y un descenso de heroína. Algo similar ocurre en nuestra muestra. Sin embargo, el número de admitidos a tratamiento con diagnóstico de dependencia de cocaína en la Comunidad Valenciana⁴⁹ fue del 16,39% en 1999 y 15,45% en 2001 descendiendo por tanto el número de casos.

- Dentro de los individuos de la muestra, existe dependencia de cocaína y problemas relacionados con el alcohol –abuso o dependencia- en un 15,38% (8 individuos). De estos sólo dos pertenecen a la primera muestra (7,69% de la misma) y consumen la cocaína por vía esnifada. Los otros 6 pertenecen a la segunda muestra (23,08% de ésta) y cuatro de ellos consumen la cocaína esnifada, otro fumada y otro intravenosa. El total de consumidores de cocaína como droga principal con o sin alcohol es de 17 individuos (32,69%).

- El alcohol como única droga aparece en el 3,85% de la muestra (un solo individuo en cada submuestra). Los datos de los admitidos a tratamiento en los mismos años en la C. Valenciana fueron del 32,61% para 1999 y del 34,84% para 2001. Es evidente que los casos de nuestras muestras tienen un porcentaje muy inferior a los de admitidos a tratamiento en esos años. Los ingresos por dependencia de alcohol en la U.D.R.⁵⁰ de la que proceden nuestras muestras eran escasos en estos años.

La tabla número 1: Porcentajes por grupos diagnósticos en las muestras, intenta clarificar los datos que hemos descrito en nuestro análisis:

Tabla 1: Porcentajes por grupos diagnósticos en las muestras

	1999		2001		MUESTRA
Heroína	50%		26,53%		38,46%
Heroína y cocaína (otras vías)	3,85%	Dependencia Heroína 65,39%	15,38%	Dependencia Heroína 61,51%	9,62%
Speedball	11,54%		19,23%		15,38%
Cocaína	23,08%	Dependencia Cocaína 46,16%	11,54%	Dependencia Cocaína 69,23%	17,31%
Cocaína y alcohol	7,69%		23,08%		15,38%
Alcohol	3,85%	Alcohol 11,54%	3,85%	Alcohol 26,93%	3,85%
Totales	100%		100%		100%

⁴⁹ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Comunidad Valenciana.

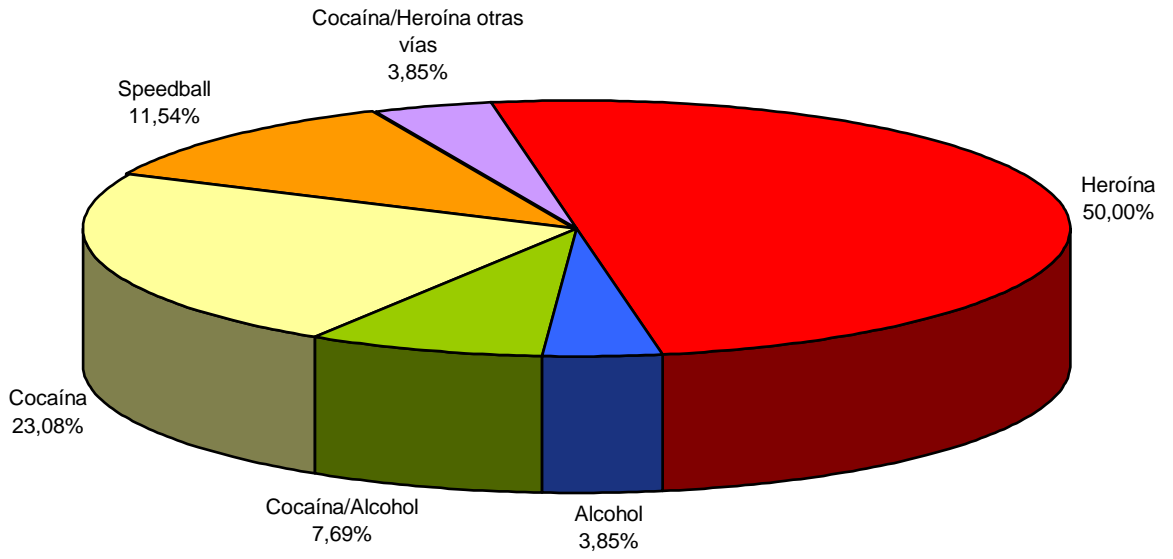
⁵⁰ U.D.R.- Unidad de Deshabitación Residencial.

Como resumen comentaremos que durante 1999, en la Comunidad Valenciana⁵¹, el porcentaje de los admitidos a tratamiento por opiáceos fue del 40,79%; por cocaína del 16,39% y por alcohol del 32,61%. Y, durante 2001 estos porcentajes fueron: El 33,65% fueron tratados por diagnóstico principal de dependencia de opiáceos; el 15,45% por cocaína y el 34,84% por alcohol. Puede observarse que los porcentajes de tratados por cocaína en nuestra muestra son en general superiores a los de la población drogodependientes atendida para ese año.

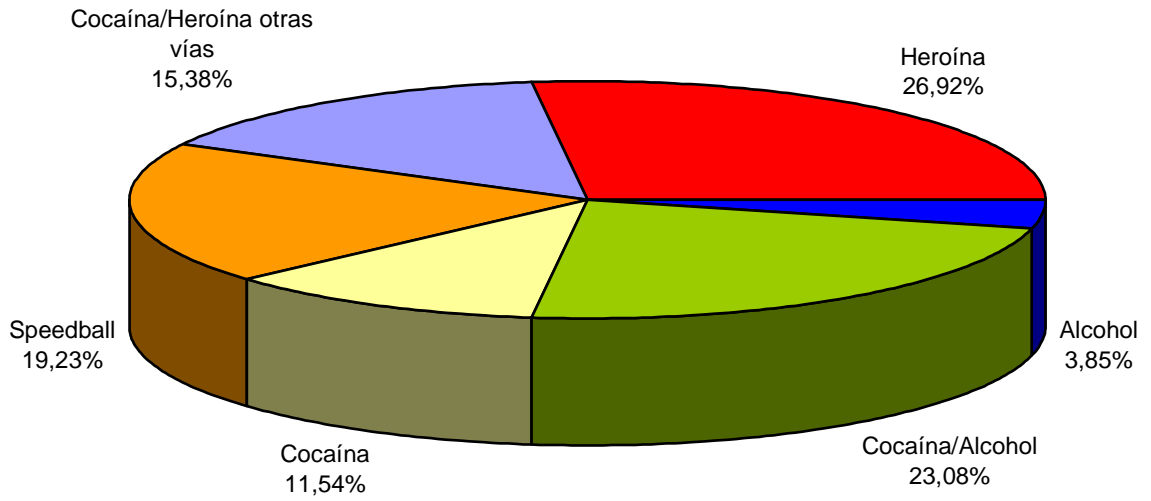
En la figura Drogas principales de abuso 1 y 2 y Distribución por drogas principales de consumo de la Muestra que aparecen en la siguiente página, pueden apreciarse las representaciones gráficas de estos datos.

⁵¹ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Nos remitieron a ellos desde el Plan Nacional porque son los que recogen los datos de la Comunidad Autónoma Valenciana y los envían al Observatorio Español sobre drogas. Con diferencia de los datos del OED a nivel nacional, el cómputo total de atendidos en nuestra comunidad autónoma incluye el tratamiento de ludopatía (o juego patológico), dependencia de nicotina (tabaco) y problemas relacionados con el alcohol.

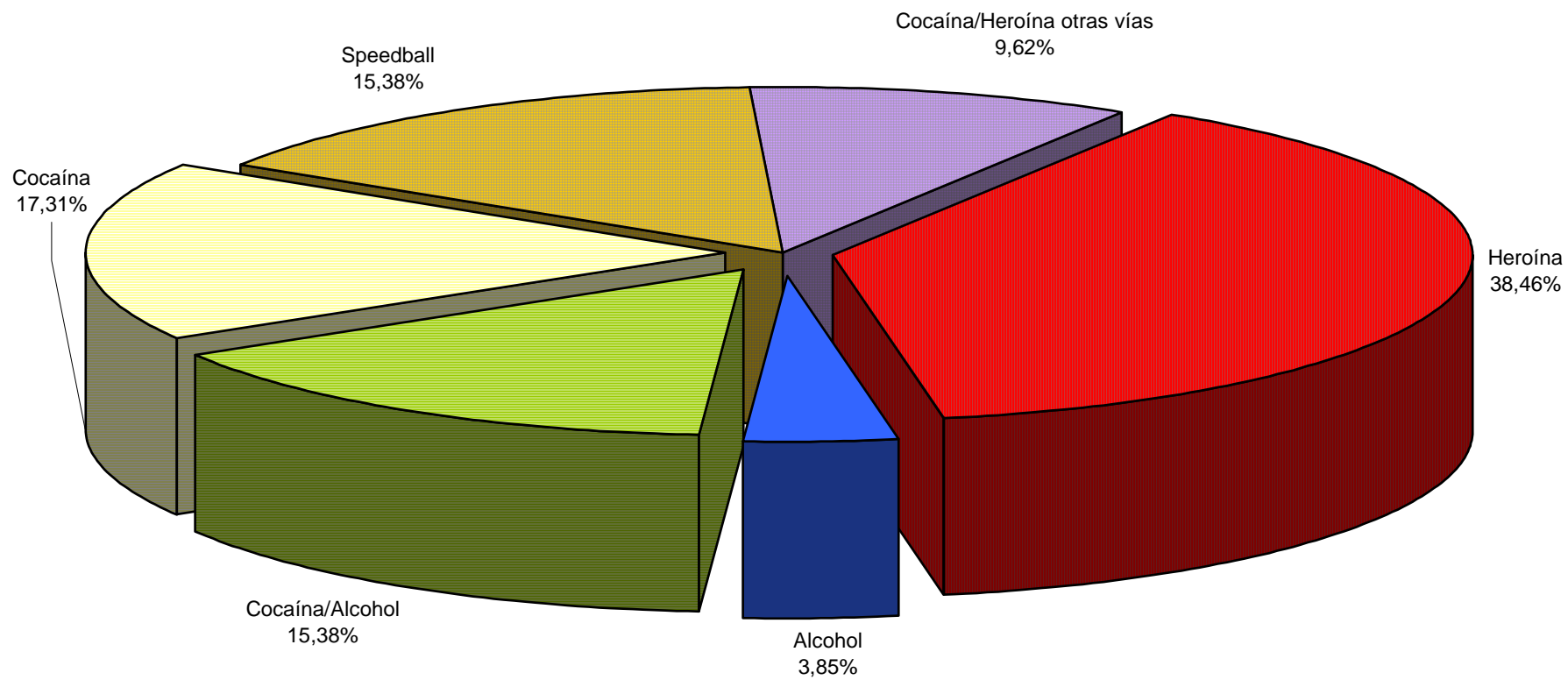
Drogas principales de abuso (1)



Drogas principales de abuso (muestra 2)



Distribución por drogas principales de consumo de la muestra



Respecto a las principales vías de consumo utilizadas por la muestra, sin discriminar la sustancia consumida, las vías más frecuentes son la fumada e intravenosa con un 31,25% del total de la muestra para cada vía. A continuación, es la vía esnifada en un 23,44% y finalmente la oral en un 14,06%. (Disminuye el uso de la vía intravenosa y fumada, de una a otra submuestras, y aumenta la esnifada y oral –esta última debido al incremento de abusadores de alcohol).

Si analizamos estos porcentajes por separado en cada muestra encontramos –tal y como puede observarse en las representaciones gráficas de la página siguiente–, que en la muestra de 1999 las dos vías más utilizadas son la intravenosa y fumada con un 35,48% para cada grupo; seguidas de la esnifada con un 19,35% y, finalmente la oral con un 9,68% de la muestra. En el informe número 4 del O.E.D.⁵² el porcentaje de los admitidos a tratamiento que utilizan la vía intravenosa es del 20,8%, siendo la tercera en frecuencia de uso tras la fumada (24,4%) e inhalada (30,4%). Estas dos últimas vías corresponden a lo que nosotros hemos recogido como fumada en nuestro estudio (pulmonar). Por tanto, el porcentaje de usuarios de la vía fumada en nuestra muestra del 1999 –35,48%– es muy inferior al conjunto de los que utilizarían esta misma “vía” en la población registrada para el mismo año en el O.E.D. que vendría a ser del 54,8%. El porcentaje para la vía esnifada en este registro es, sin embargo, muy similar al que encontramos en nuestra muestra, del 18,6%. Los que utilizan la vía oral en el O.E.D. son sólo el 3,5% de la población registrada, el porcentaje de la vía oral en nuestra muestra de 1999 es casi tres veces este. En cuanto a los datos de que disponemos de la Comunidad Valenciana para el mismo año encontramos que el porcentaje del total de los que utilizan la vía oral es mucho más alto, del 36,29%⁵³. Las vías inhalada y fumada en los atendidos en Valencia son el 32,61%, la esnifada el 15,69% y la intravenosa el 14,46%.

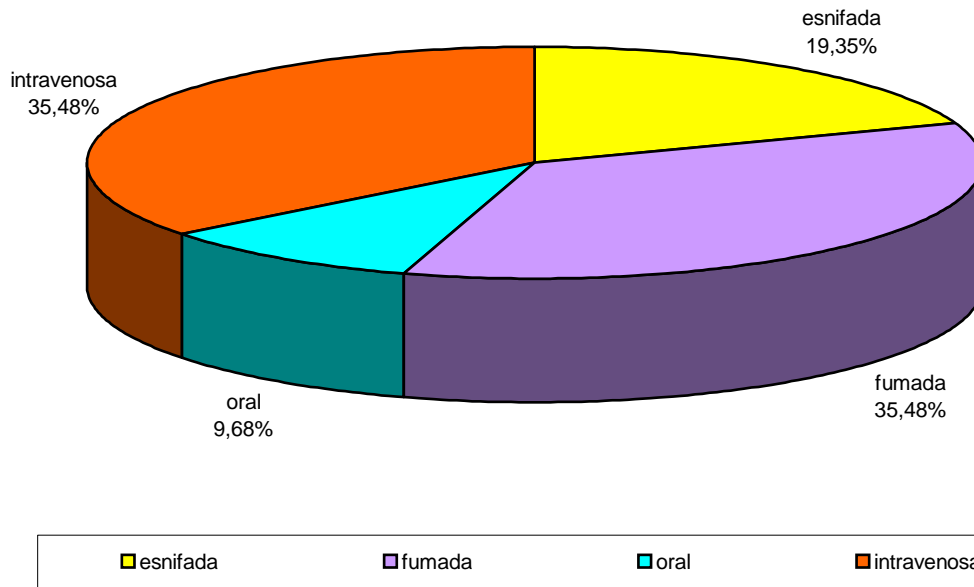
En la muestra de 2001, los porcentajes se reparten a partes iguales entre la vía intravenosa, fumada y esnifada, con un 27,27% para cada vía. La vía oral alcanza en este caso el 18,18% (más alta que en la muestra primera). Sin embargo, en los datos sobre población drogodependiente obtenidos del informe número 6 del O.E.D. para 2001, la vía oral es utilizada únicamente por el 5,2% de la población registrada. En este informe, los datos para la vía fumada son del 58,5% (26,4 inhalada y 32,1 fumada) y para la esnifada del 16,8% y, el porcentaje de los que utilizan la vía intravenosa es algo superior a los de esnifada con un 17,4%. En los datos de la C. Valenciana para el mismo año encontramos un porcentaje de uso de la vía oral del 38,03%, seguida de las vías pulmonares (inhalada y fumada) con el 33,14%, la esnifada con el 14,57% y la intravenosa con el 9,62%.

Para el cálculo de los porcentajes en nuestras muestras, se han contabilizado todas las vías utilizadas. Esto quiere decir que si un paciente utiliza más de una sustancia y por distintas vías, se han tenido en cuenta ambas en el cómputo global. La distribución por porcentajes de las vías de consumo utilizadas puede verse en las figuras Vías principales de consumo (muestras 1 y 2) y VIAS DE CONSUMO (52).

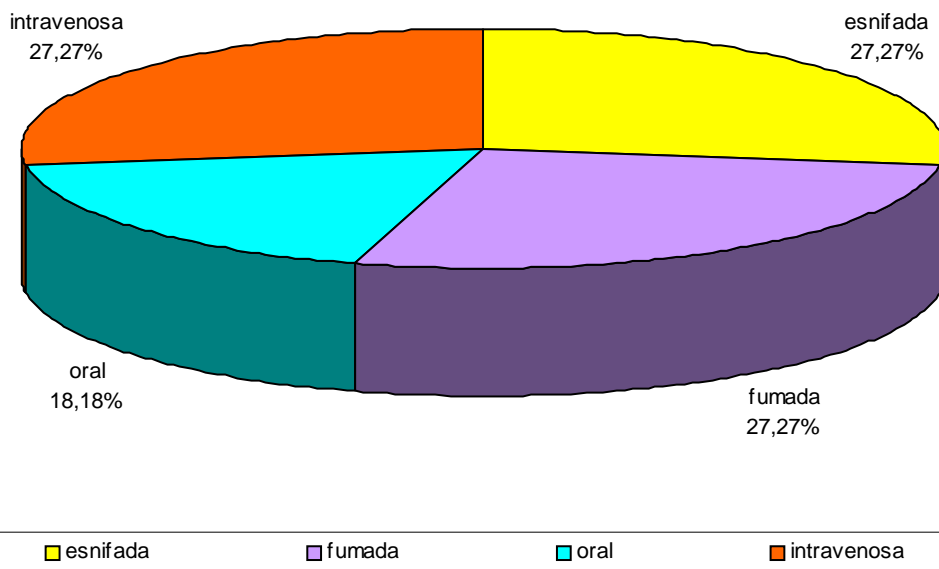
⁵² FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe número 4, correspondiente a los casos registrados en 1999.

⁵³ Los datos aportados por la Dirección General de Atención a la Drogodependencia de la Comunidad Valenciana incluyen el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol que son un 32,61% en 1999.

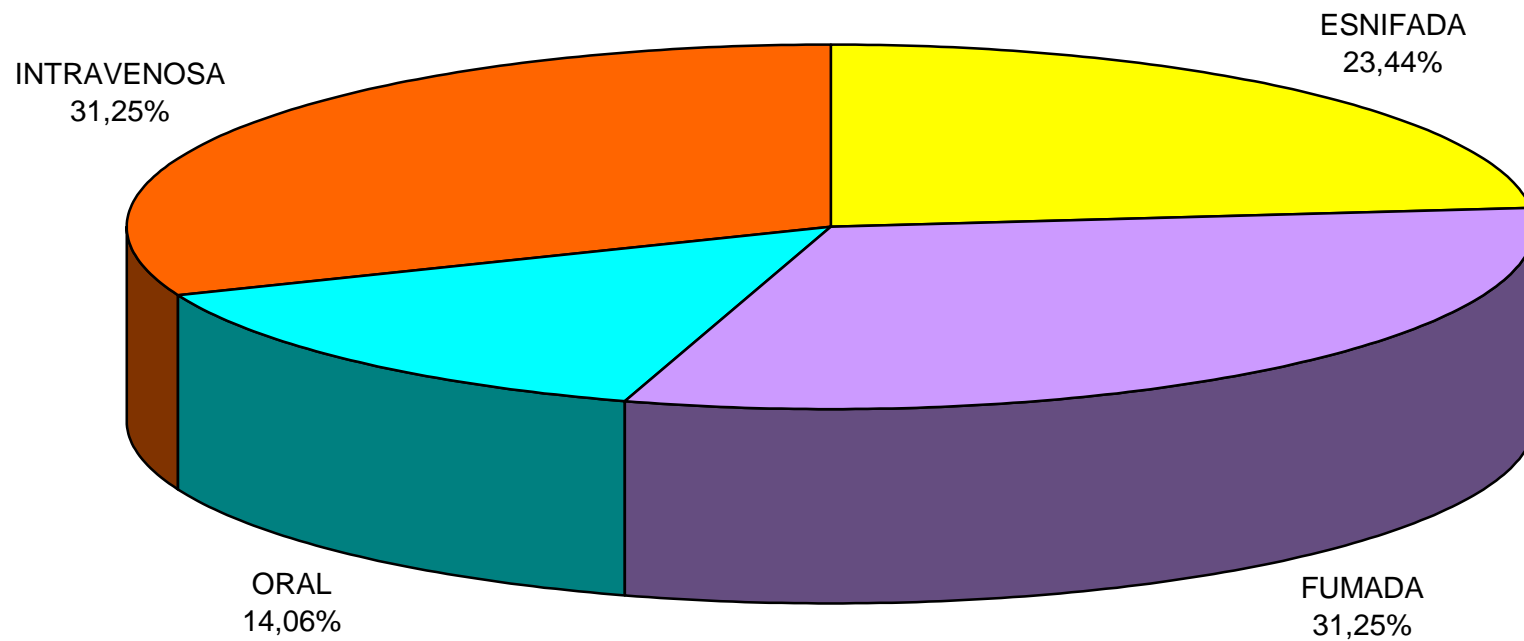
Vias principales de consumo (muestra 1)



Vias principales de consumo (muestra 2)



VIAS DE CONSUMO (52)



Los individuos de la muestra con diagnóstico principal de dependencia a heroína la utilizan fumada en el 50% de casos del total de consumidores de heroína (10 individuos de 20) e intravenosa en el 45% (9 casos de 20). El 5% restante de los consumidores de heroína como principal sustancia, lo constituye un individuo que ha consumido habitualmente por vía fumada (inhalada en “chinos”), pero en los últimos meses previos al ingreso en el centro ha utilizado la vía intravenosa (a efectos de contabilizar factores sociodemográficos por grupos lo hemos incluido en el de heroína fumada). Al comparar ambas muestras encontramos que el número de individuos con diagnóstico principal de dependencia a heroína ha disminuido de 13 en la muestra de 1999 (7 fumada, 6 intravenosa y uno con ambas vías) a 7 en la muestra de 2001 (4 fumada y 3 intravenosa). Así, el 65% de los consumidores de heroína de nuestra muestra pertenecen a la submuestra de 1999. El 53,85% de los dependientes de heroína de la muestra de 1999 y el 57,14% de la de 2001 la consumen por vía fumada. Estos porcentajes se aproximan a los de la población registrada en los informes del O.E.D. en los dependientes de heroína para las vías inhalada y fumada⁵⁴ que, para esos años, son del 62.3% y 67.4% respectivamente. Los porcentajes de uso de la vía intravenosa en los heroinómanos en 1999 son del 46,15% en nuestra muestra y del 27% en el informe número 4 del O.E.D. En 2001 son del 42,85% en nuestra muestra y sólo del 24,2% en el informe número 6 del O.E.D. Los porcentajes de utilización de las distintas vías entre los admitidos a tratamiento por dependencia de heroína en la C. Valenciana⁵⁵ son: En 1999 el 63,12% utiliza la vía pulmonar (10,61% fumada y 52,51% inhalada) y el 32,22% usan la intravenosa; en 2001 el 67,05% usan la vía pulmonar (10,65% fumada y 56,40% inhalada) y el 26,85% la intravenosa.

En cuanto a aquellos pacientes que tienen como diagnósticos principales dependencia a ambas sustancias, los consumidores de heroína y cocaína, el bolo intravenoso de la mezcla de ambas sustancias es la vía más utilizada en 8 casos, el 61,54% del total de consumidores de heroína y cocaína. De estos, 3 individuos pertenecen a la submuestra de 1999 y 5 a la de 2001. La vía fumada para ambas sustancias (heroína inhalada en “chinos” y cocaína base libre/crack) en un caso en la muestra 1 y en dos casos en la segunda muestra. Estos 3 casos hacen un porcentaje del 23,07% del total de consumidores de heroína y cocaína. Dos individuos (15,39%) que proceden de la segunda muestra utilizan la vía fumada para la heroína y esnifada para la cocaína. De los 13 casos mencionados de consumo de ambas sustancias, 5 de los consumidores de speedball refieren haber empezado a consumir las dos sustancias a la misma edad. Los otros tres consumidores por vía intravenosa refieren haber empezado con la cocaína a edades más tempranas (6, 3 y 2 años antes) que con la heroína. En cuanto a los cinco consumidores de ambas sustancias por vías distintas a la intravenosa, cuatro empezaron a consumir cocaína para luego añadir el consumo de heroína fumada (en dos casos 4 años después, en otro 3 y en otro 2). El caso que resta refiere haber empezado a la misma edad con ambas sustancias, se trata de un individuo de la segunda muestra que ha estado los dos últimos años en programa de mantenimiento con metadona y continuaba consumiendo cocaína fumada.

Para los consumidores de cocaína con único diagnóstico principal de dependencia a esta sustancia, la vía con más frecuencia utilizada es la esnifada en 5 casos de los 9 totales, el 55,56% de los consumidores de cocaína sola. Corresponden a dos casos de la primera muestra y tres de la segunda. Consumen cocaína esnifada y fumada con la misma frecuencia en dos casos (22,22%) que proceden de la primera muestra; fumada en un caso e intravenosa en otro caso (11,11% del total de consumidores de cocaína para cada vía).

⁵⁴ Como hemos comentado, estas dos vías para el OED corresponden en nuestra muestra a la vía fumada.

⁵⁵ FUENTE: Datos enviados tras solicitud expresa por la Dirección General de Atención a la Dependencia.

Todos los consumidores de cocaína como único diagnóstico de la segunda muestra –3 individuos en total- la consumen por vía esnifada.

En 6 casos, el 75%, de los 8 cuyo consumo principal es de cocaína y alcohol, la vía utilizada para el consumo de cocaína es la esnifada y el alcohol lo consumen por vía oral. Los otros dos casos corresponden a un individuo que consume cocaína fumada y otro que lo consume intravenosa.

Dado que en los informes del O.E.D. y de la C. Valenciana se recogen estos datos pero sólo en referencia a la cocaína –sin diferenciar cocaína sólo o con alcohol- si comparamos sus parámetros poblacionales con el total de nuestra muestra dependientes de cocaína con o sin abuso de alcohol nos encontramos con que:

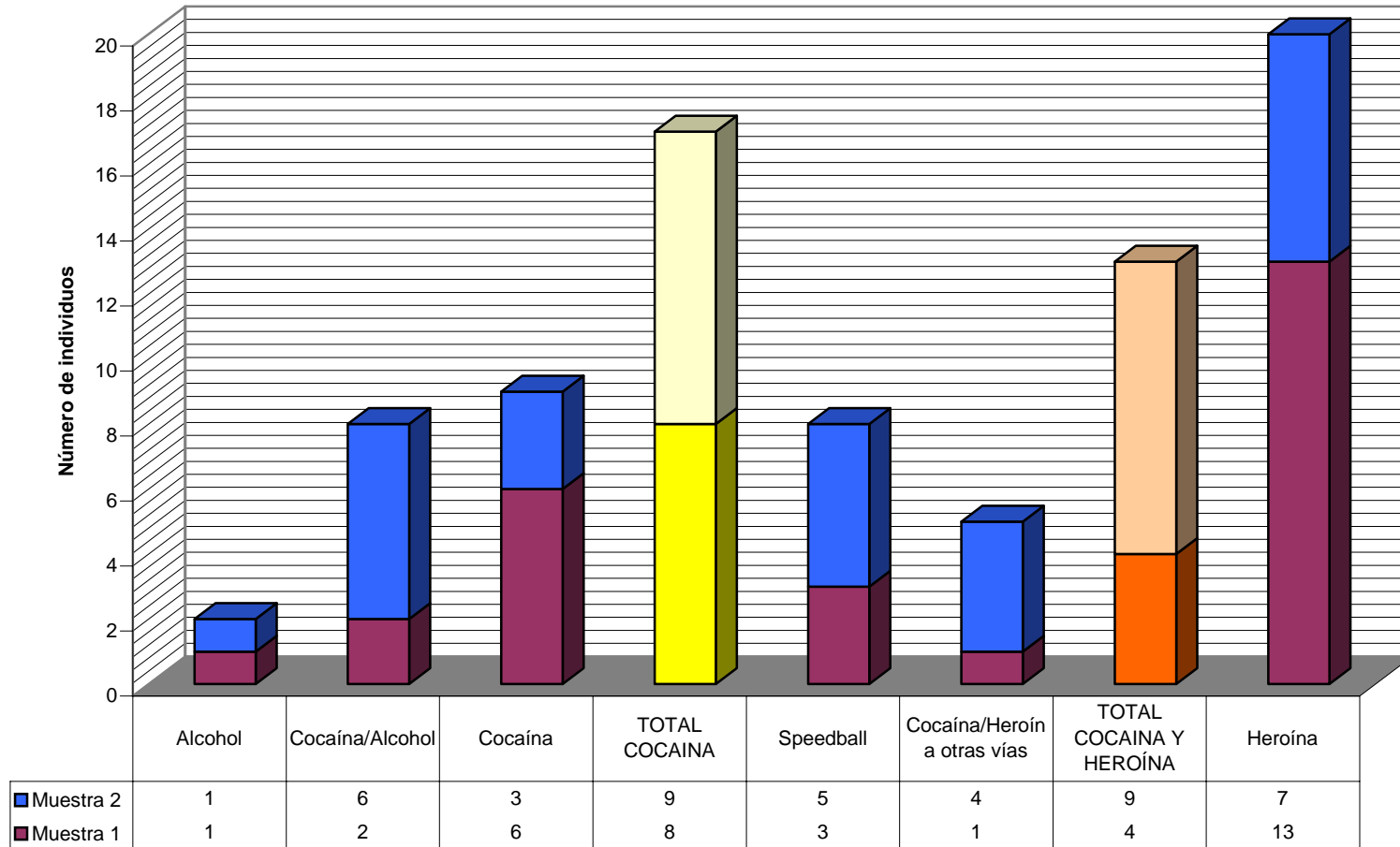
- En 1999, en nuestra muestra el porcentaje de consumidores de cocaína esnifada (con o sin alcohol) es del 50% -4 de 8-; además hay un 25% que dicen consumir por las dos vías –fumada y esnifada- con igual frecuencia; el 12,5% consumen por vía fumada y otro 12,5% por vía intravenosa. Para el mismo año, los porcentajes de consumidores de cocaína esnifada registrados en el informe 4 del O.E.D. fueron del 74,4%, el 19,8% la consumían fumada (o inhalada) y el 4,6% inyectada. Y en los admitidos a tratamiento por dependencia de cocaína en la Comunidad Valenciana⁵⁶ en ese mismo año los porcentajes fueron del 84,51% para la vía esnifada, el 9,83% la consumían fumada o inhalada y el 4,48% intravenosa.
- En 2001 los porcentajes de nuestra muestra son del 77,78% para la vía esnifada (7 de 9), el 11,11% para la vía fumada y otro 11,11% de uso intravenoso. El mismo año en el informe sobre población drogodependiente del OED el porcentaje de consumidores por vía esnifada fue del 69,4%, por vía fumada del 25,1% e inyectada del 4,1%. En los datos de la C. Valenciana el 84,04% la consumen esnifada, el 11,50% fumada o inhalada y el 2,97% intravenosa.

Hay un único caso en cada submuestra con único diagnóstico de dependencia a alcohol.

Esta distribución por drogas de consumo en cada submuestra y los totales para cada sustancia en concreto se han plasmado en la representación gráfica Distribución por drogas principales de abuso de las muestras.

⁵⁶ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Comunidad Valenciana.

Distribución por drogas principales de abuso de las muestras



Diagnósticos principales

Nos ha parecido importante y aclaratorio hacer referencia a los diagnósticos de abuso de alcohol que aparecen en los individuos de la muestra y que, en la mayoría de ocasiones, dada la dependencia de droga ilegal -grave en la mayoría de los casos- que ha motivado la derivación a este recurso residencial (U.D.R) parece poco relevante como información pero es de gran trascendencia clínica.

En nuestra investigación, además de los ya mencionados dependientes a alcohol como única sustancia (2 individuos) y los ocho individuos consumidores de cocaína y alcohol referenciados como grupo aparte por la entidad clínica de estas dependencias o dependencia y abuso (cocaetilenos); encontramos que en otros individuos hay un diagnóstico actual o antiguo de problemas relacionados con el alcohol. Debido a que éste no era el diagnóstico principal, no aparecen detallados en otros apartados.

Así, además de los ya mencionados, hay un grupo de 7 individuos (13,46% del total de la muestra) con diagnóstico de abuso de alcohol previo al ingreso. De estos, uno tiene diagnóstico principal de dependencia de heroína (1b) y el resto dependencia a heroína y cocaína (18, 4b, 8b, 13b, 23b y 26b). De los seis dependientes a heroína y cocaína con abuso de alcohol, cuatro refirieron haber empezado antes con la cocaína que con la heroína (una media de 2,75 años antes) y en cuatro el inicio de consumo de cualquier tipo de sustancias fue con alcohol. Además, hay un octavo individuo que tenía un diagnóstico de dependencia alcohólica para el que fue tratado y refería abstinencia a alcohol de cuatro años, venía remitido a nuestro tratamiento por el diagnóstico de dependencia a cocaína (17b).

El porcentaje total de individuos diagnosticados de problemas relacionados con el alcohol (abuso o dependencia) al ingreso o previos es del 34,62% (18 individuos). Hay que destacar que de estos, sólo 3 individuos corresponden a la primera muestra -2 pertenecientes al grupo de cocaína y alcohol y uno dependiente a heroína y cocaína con diagnóstico de abuso de alcohol-. Esto nos plantea una nueva hipótesis de trabajo para estudios futuros:

- ¿Es probable que en los casos de la muestra de 1999 se infra-diagnosticaran los problemas relacionados con el alcohol o que en la de 2001 se sobreestimaran?
- El/los profesional/es médicos que han diagnosticado y derivado los casos es/son más sensibles y detectan mejor⁵⁷ estos trastornos o
- En número de individuos con problemas relacionados con el alcohol ha crecido realmente (de 3 a 15 en dos años con una población drogodependiente similar).

Aunque en los informes del O.E.D. no encontramos datos en referencia a individuos dependientes de otras sustancias con diagnósticos de problemas relacionados con el alcohol asociados; sí podemos objetivar en el apartado en que se registran las drogas consumidas en los 30 días anteriores a la admisión a tratamiento, los porcentajes de uso de alcohol.

Así, en el informe número 4 de 1999, el 23,5% de dependientes de heroína y el 62,9% de dependientes de cocaína habían consumido alcohol –sin especificar que cantidad- en los 30 días previos a iniciar el tratamiento. En nuestra muestra de 1999, el 5,88% de dependientes de heroína⁵⁸ y el 25% de los dependientes de cocaína –con o sin otros diagnósticos- tiene

⁵⁷ En el año de recogida de datos de esta segunda muestra se llevó a cabo un Curso de Especialización en Alcoholismo de 300 horas donde participaba como alumno gran parte de los profesionales médicos de la red de drogodependencias de la Comunidad Valenciana-.

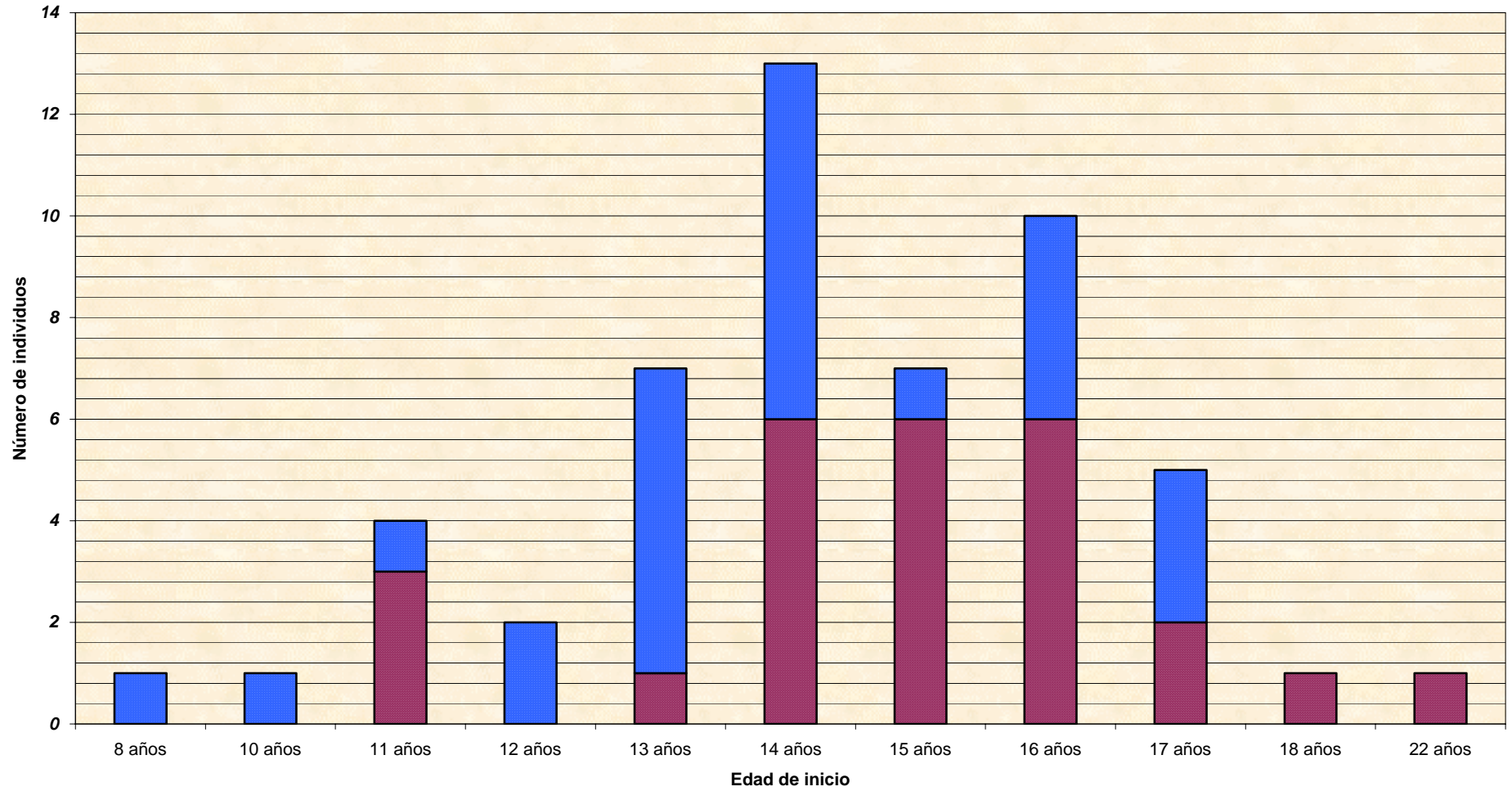
⁵⁸ Se ha calculado dividiendo el número de individuos con problemas de abuso de alcohol con dependencia de heroína (independientemente de si tiene otro diagnóstico o no).

un diagnóstico de abuso de alcohol. En la muestra el 3,85% tiene diagnóstico de dependencia de alcohol y sólo en 11,54% tienen diagnóstico de abuso de alcohol asociado a otros (7,69% con dependencia de cocaína y 3,85% con dependencia de heroína y cocaína).

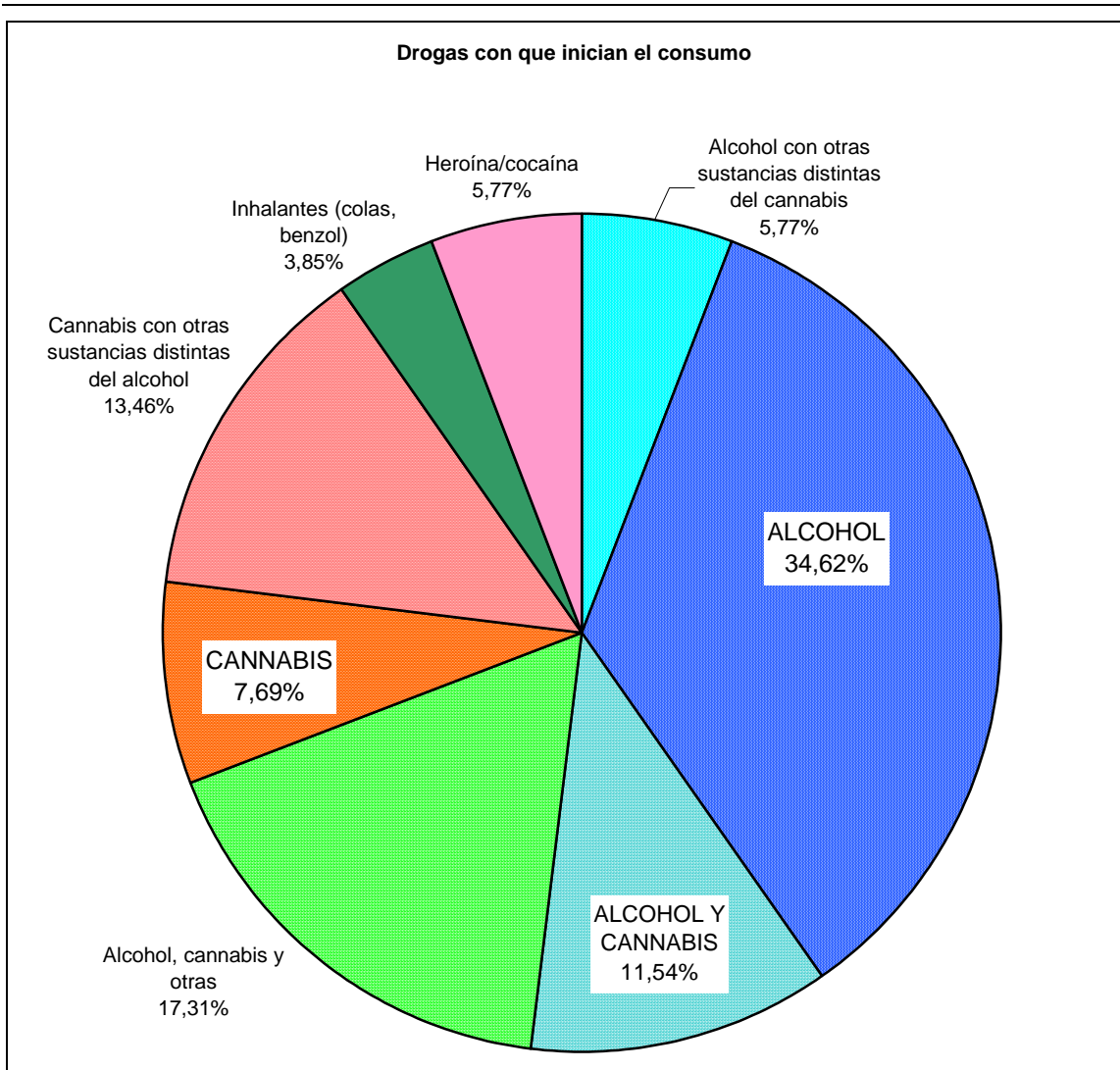
Los porcentajes del OED para 2001 son similares a los de 1999. Así, el porcentaje de dependientes de heroína con uso de alcohol en los 30 días anteriores es del 25,1% de admitidos a tratamiento y el de dependientes de cocaína del 63,4%. En nuestra muestra de 2001, el 37,5% de dependientes de heroína –con o sin otros diagnósticos- y el 66,67% de los dependientes de cocaína tienen también un diagnóstico de abuso de alcohol. En esta muestra encontramos que el 3,85% tiene un diagnóstico de dependencia de alcohol, pero, en este caso además, el 50% de la muestra tiene algún diagnóstico relacionado con el alcohol (23,08% con dependencia de cocaína, 19,23% con dependencia de heroína y cocaína, 3,85% con dependencia de heroína y 3,85% corresponde a un paciente dependiente de cocaína con diagnóstico antiguo de dependencia de alcohol y 4 años de abstinencia para esta sustancia).

Respecto a la edad media de inicio del consumo de cualquier droga son los 15 años en la muestra de 1999 y 13,81 años en la de 2001. Considerando el conjunto de los 52 individuos que son el objeto de nuestro estudio, la edad media de inicio de consumo de cualquier droga son los 14,4 años. También la moda se sitúa en los 14 años con 13 individuos, el 25% de la muestra, 6 son del primer grupo y 7 del segundo. A continuación el grupo de individuos que empezaron con 16 años, un total de 10 individuos, el 19,23% que corresponden 6 a la primera muestra y 4 a la segunda. Estos datos pueden apreciarse en la representación gráfica Edad de inicio de consumo de cualquier droga. Del mismo modo, puede observarse que en el caso de la primera muestra son 6 individuos los que empiezan a consumir con 14 años, 6 con 15 y 6 con 16 años. Estos tres grupos son los que más se repiten. La distribución no es tan homogénea para la muestra 2. El mínimo de edad de inicio se sitúa en 8 años y corresponde a un individuo de la segunda muestra que dice haber empezado a consumir alcohol a esa edad. Del mismo modo el máximo de edad de inicio se sitúa en 22 años y corresponde al individuo de la primera muestra que refirió haber empezado a consumir exclusivamente con cocaína.

Edad de inicio de consumo de cualquier droga



Las drogas principales por las que inician el consumo son el alcohol como primera droga aislada en 7 individuos en la primera muestra y 11 en la segunda. Un 34,62% de la muestra empezó a consumir con alcohol exclusivamente. Refieren haber empezada a consumir con cánnabis como única sustancia el 7,69% (3 individuos de la primera muestra y uno de la segunda). Además hay dos individuos que refieren haber empezado a consumir con mórficos directamente y uno con cocaína como únicas sustancias. Estos tres últimos pertenecen a la primera muestra. También dos individuos de la primera muestra refieren haber empezado con inhalantes (colas, pegamentos y benzol) como única sustancia inicial y a edades tempranas. El resto de individuos comenzaron el consumo con dos o más sustancias. Así, el alcohol y cánnabis combinados como sustancias de inicio se da en el 11,54% (2 individuos de la primera muestra y cuatro de la segunda); y ambos con una tercera o cuarta sustancia en el 17,31% (6 de la primera muestra y 3 de la segunda). Estos nueve individuos combinan alcohol y cánnabis con barbitúricos, benzodicepinas, psicoestimulantes, cocaína y colas. Empezaron con alcohol y otra sustancia distinta del cánnabis (ácidos, benzodicepinas, anfetaminas) 3 individuos (5,76%) y con cánnabis y otra sustancia distinta del alcohol 7 individuos (13,46%). Esta distribución se puede observar en la gráfica Drogas con que inician el consumo.



La edad media de inicio de consumo de la droga que genera la dependencia son los 19,12 años para la primera muestra y 18,62 años para la segunda. También en este caso las edades de inicio son menores en la segunda submuestra. La media de edad en la población registrada en el OED es de 20,78 años para ambos años -1999 y 2001-, superior a las de nuestras dos submuestras.

La media global de inicio de consumo de la droga principal para la muestra es de 18,89 años. Sin embargo, si estratificamos en función de la droga principal de consumo encontramos que: la edad media de inicio de consumo en los dependientes a heroína en el primer grupo es de 18,46 años y en el segundo de 19 años. Para los dependientes de cocaína los 19,83 años en el primer grupo y de 21 años para el segundo; para cocaína y alcohol 19,5 años y 20,5 años para el segundo; para el alcohol de 18 y 17 años respectivamente y, finalmente, para el grupo de dependientes a heroína y cocaína de 20,25 en la primera muestra y 16,44 años en la segunda. Analizando la muestra en su conjunto para los distintos grupos encontramos que para los dependientes de opiáceos la edad media de inicio es de 18,65 años; para los de cocaína de 20,22; para los consumidores de cocaína y alcohol similar, 20,25 años; y para los de alcohol 17,5 años. Para los consumidores y dependientes de cocaína y heroína la edad media de inicio es de 17,61 años.

En nuestra muestra encontramos en general que la edad de inicio del consumo de heroína, cocaína y cocaína y alcohol es mayor en el grupo de 2001 que en el de 1999 y que las edades de inicio del consumo de cocaína son algo superiores a las de heroína. Estas tendencias también las podemos ver en los informes del OED, en que encontramos que: la edad de inicio de consumo de heroína es de 20,78 años en 1999 y de 20,84 en 2001. Estas son ligeramente inferiores a las de inicio de consumo de cocaína que fueron de 21,73 años en 1999 y 21,61 años en 2001. Entre los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana se observa que la edad media de los dependientes de heroína fue de 20,51 años para 1999 y 19,87 para 2001; y entre los dependientes de cocaína de 20,58 años y 21,97 respectivamente.

El tiempo medio de consumo de la droga principal de la muestra son 9,04 años de consumo. En la primera submuestra el tiempo medio de consumo de la droga principal es de 9,12 años y en la segunda de 8,96 años. Estos tiempos fueron de 9,7 años en 1999 y 7,8 años en 2001 en la población registrada en los informes del OED.

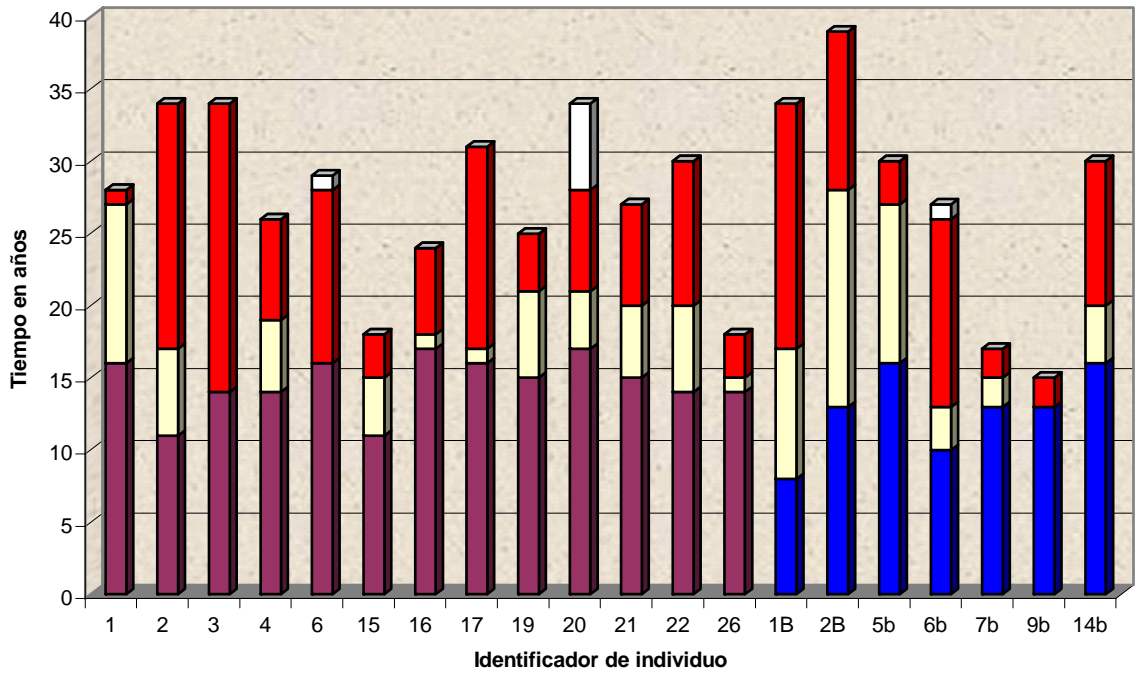
Analizando en nuestras muestras las drogas por separado, el tiempo medio para los que consumen heroína sola es de 8,45 años, el tiempo medio de consumo en años para los que consumen cocaína es de 8 años, y el tiempo medio para los que la droga principal es el alcohol es de 16 años. En los consumidores de cocaína y alcohol el tiempo medio que se ha considerado se calculó en función del inicio del consumo de cocaína y corresponde a 9,75 años de consumo. Igual ocurre con los consumidores de heroína y cocaína en speedball o por otras vías distintas de la intravenosa, todos los individuos a excepción de cinco que refieren haber empezado con la misma edad con las dos sustancias, empezaron antes con cocaína. El tiempo medio de consumo de la droga principal en este grupo – consumidores de cocaína y heroína – es de 9,15 años.

Debido a que en muchos subgrupos distintos hemos considerado la edad de inicio de cocaína como la de inicio de la droga principal hemos decidido extraer este dato para el análisis. Así, la edad de inicio para todos los consumidores de cocaína como droga principal (aislada o unida a alcohol o heroína también principales) es de 18,5 años en un total de 30 individuos (el 57,99% de la muestra) que reúnen estas características. Y el tiempo medio de consumo de la droga principal es de 8,97 años.

En los informes del Observatorio Español sobre Drogas sólo hemos encontrado los datos referidos a 2001 en que el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de a droga principal y a admisión a tratamiento por esa droga para heroína fue de 9,1 años y para cocaína de 7,2. Estos mismos datos en los registros de la Comunidad Valenciana encontramos que la media de años de consumo de la droga principal para los dependientes de heroína fue de 10,11 para 1999 y de 12,43 para 2001 y en los dependientes de cocaína de 6,19 años en 1999 y 7,62 en 2001.

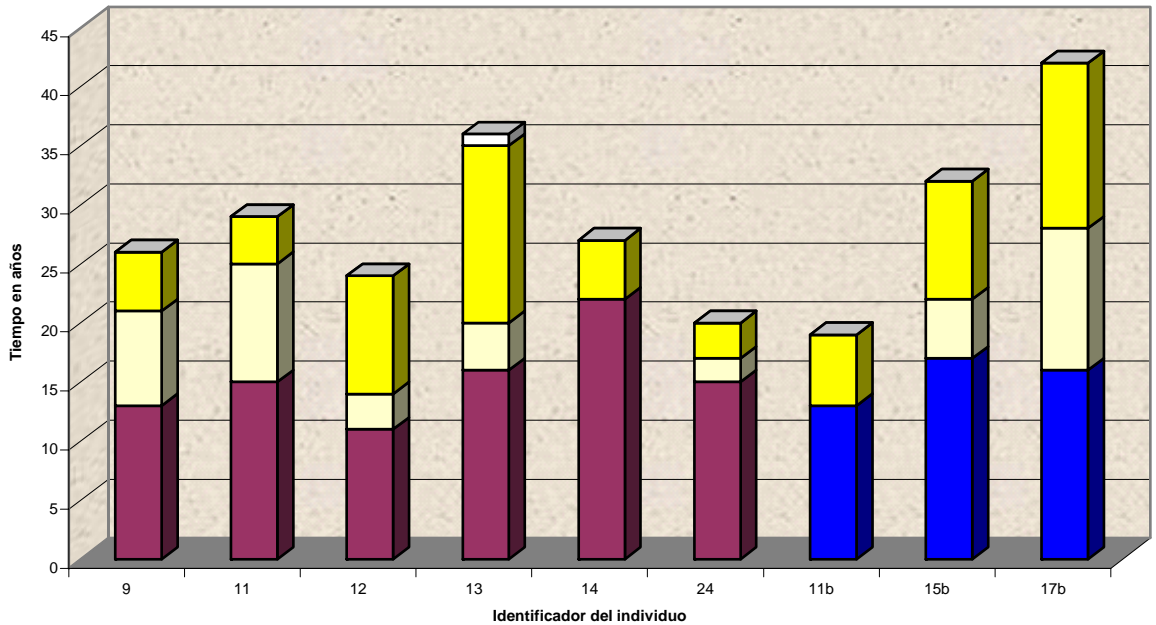
En las cinco representaciones gráficas Historia de consumo por periodos de los dependientes de heroína, cocaína, cocaína y heroína, cocaína y alcohol y alcohol se puede ver con claridad la edad de inicio del consumo de cualquier droga, la de inicio de la droga principal, los periodos de consumo de las mismas y las edades actuales para cada individuo.

Historia de consumo por periodos de los DEPENDIENTES A HEROINA



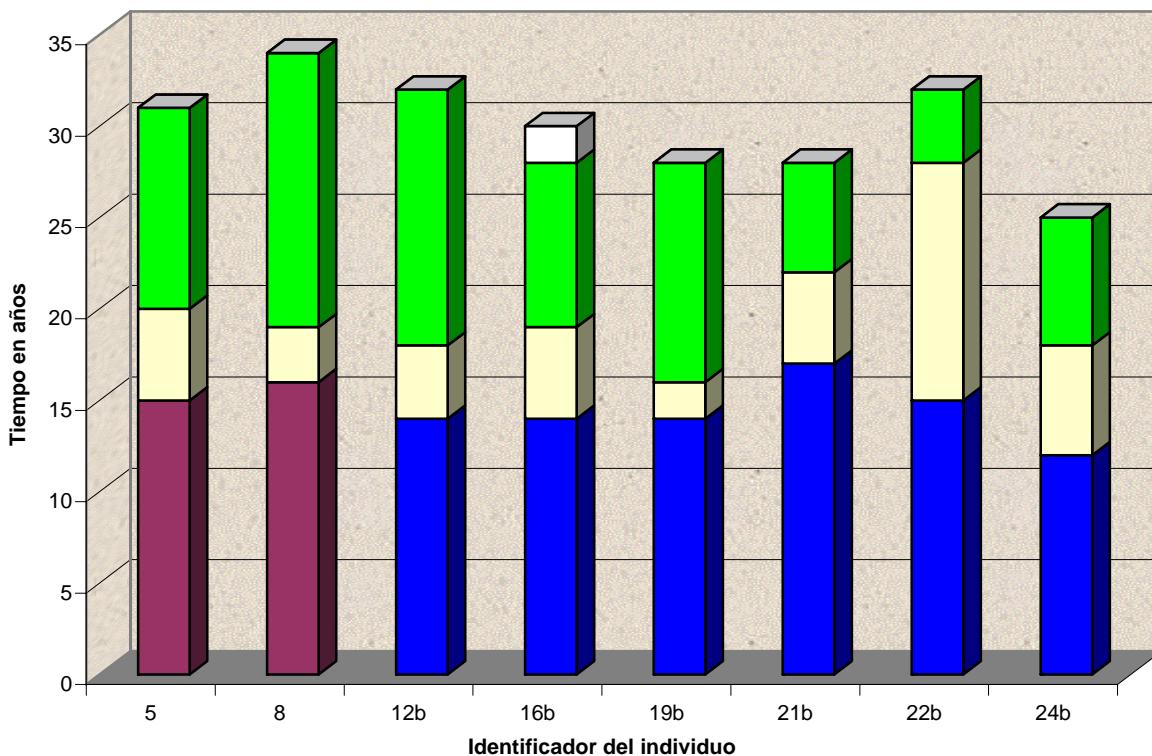
Edad inicio cualquier droga muestra 1
 Edad inicio cualquier droga muestra 2
 Periodo de consumo hasta el inicio de la droga principal
 Periodo de consumo de HEROINA
 Tiempo hasta la edad actual

Historia de consumo por periodos para los DEPENDIENTES A COCAINA



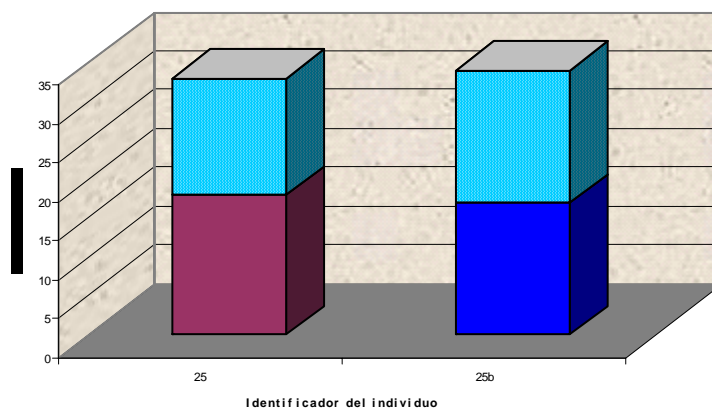
Edad inicio cualquier droga muestra 1
 Edad de inicio cualquier droga muestra 2
 Tiempo de consumo hasta el inicio del consumo de COCAINA
 Periodo de consumo de cocaína
 Tiempo hasta la edad actual

Historia de consumo por periodos para los consumidores de COCAINA Y ALCOHOL



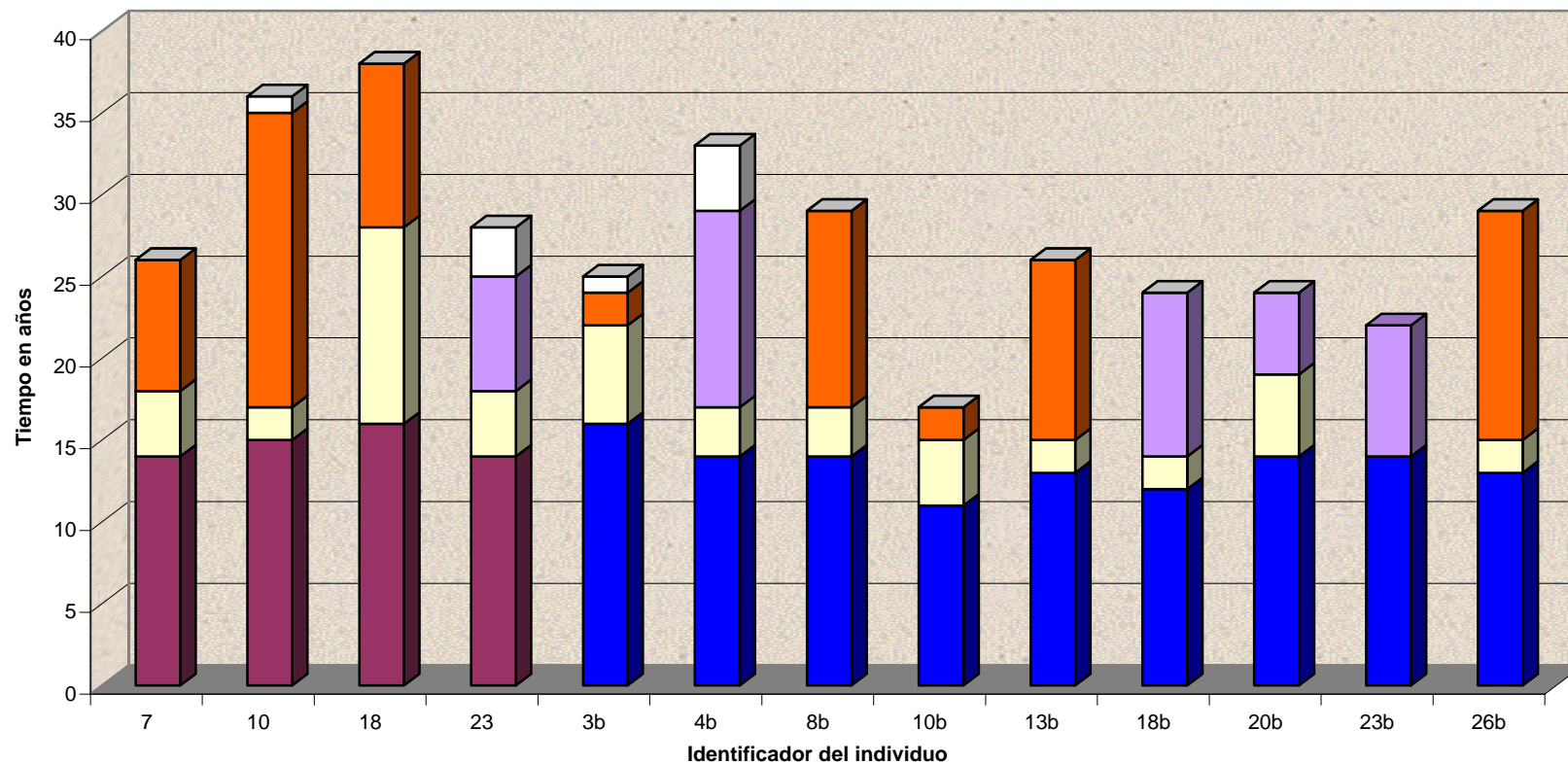
- Edad de inicio de cualquier droga muestra 1
- Edad de inicio de cualquier droga muestra 2
- Tiempo de consumo hasta el inicio de COCAINA Y ALCOHOL
- periodo de consumo de COCAINA Y ALCOHOL
- Tiempo hasta la edad actual

Historia de consumo por periodos de los dos DEPENDIENTES A ALCOHOL de la muestra



- Tiempo hasta la edad actual
- Tiempo de consumo de ALCOHOL hasta la edad actual
- Edad inicio consumo muestra 2
- Edad inicio consumo muestra 1

Historia de consumo para los DEPENDIENTES A COCAINA Y HEROÍNA



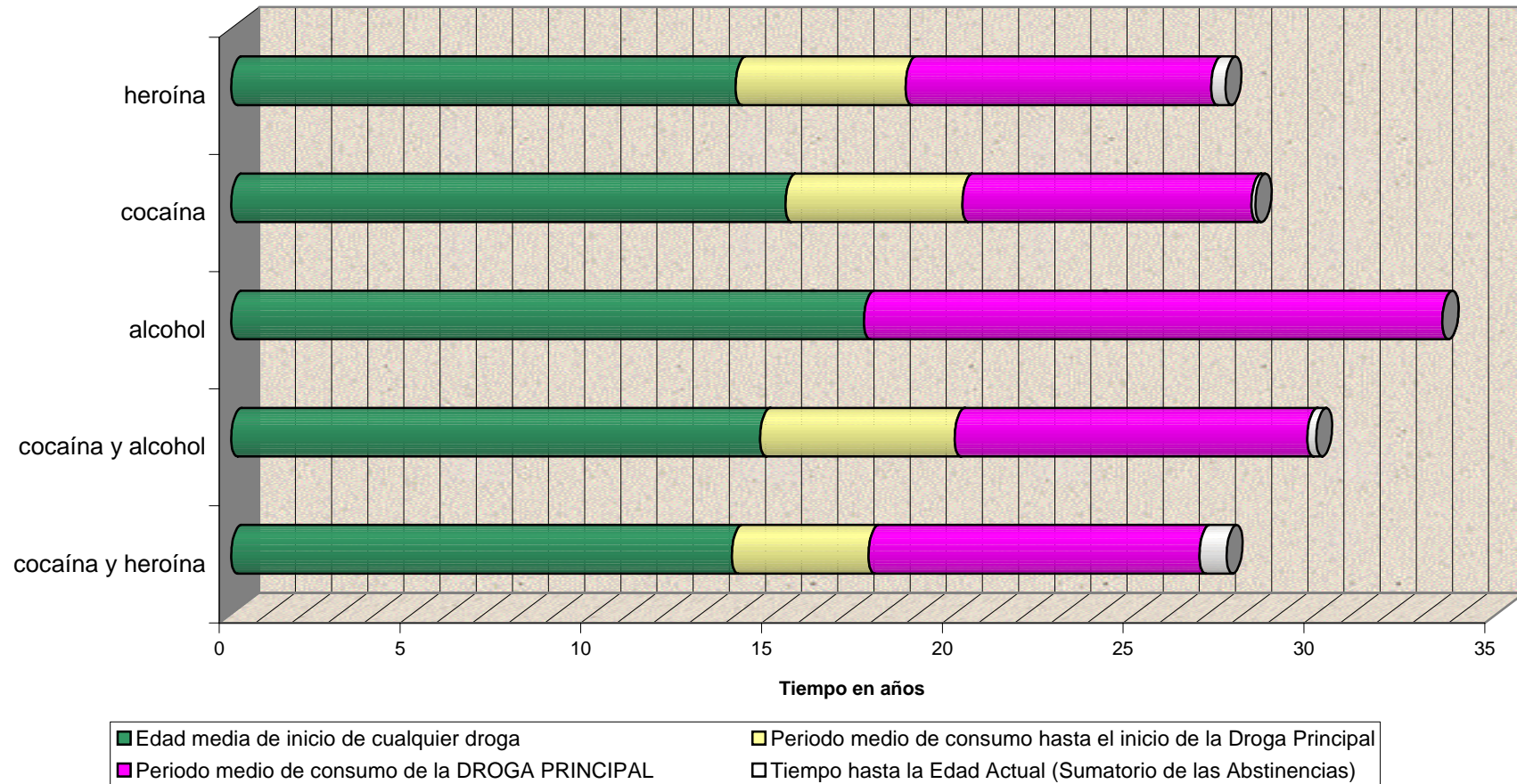
Extrayendo las medias para cada subgrupo de las edades de inicio de consumo de cualquier droga y de la droga/s principal/es que originaron el problema que motivó el ingreso en el centro, así como de los periodos de consumo de ambas y la edad actual, se pueden comparar estos datos por subpoblaciones. Este análisis se muestra en la gráfica Comparación historias de consumo por periodos de los distintos diagnósticos principales de la muestra.

Los datos de la misma responden a los ya expuestos en apartados anteriores y que se muestran, a modo de resumen, en la siguiente tabla y que recoge toda la información para cada subgrupo* :

EDADES Y TIEMPOS AÑOS	Dependencia Heroína	Dependencia Cocaína	Dependencia <u>Alcohol</u>	Dependencia Cocaína y Alcohol	Dependencia Cocaína y Heroína
Edad MEDIA de Inicio de consumo de cualquier droga (en a	13,95	15,33	17,5	14,63	13,85
Tiempo MEDIO de consumo hasta el inicio de la Droga Principal	4,7	4,89	0	5,38	3,78
Edad MEDIA de inicio de consumo de la Droga Principal	18,65	20,22	17,5	20,25	17,61
Periodo MEDIO de consumo de la Droga Principal	8,45	8	16	9,75	9,15
Edad MEDIA actual	27,3	28,33	33,5	30,25	27,46

* El análisis detallado de esta tabla y la representación gráfica de la misma, aparece detallado en la página siguiente.

Comparación historias de consumo por periodos de los distintos Diagnósticos Principales de la Muestra



Como puede apreciarse en la tabla y en la gráfica, la edad de inicio de cualquier tipo de droga más alta es para el alcohol –que es al mismo tiempo la única sustancia que han consumido los dos dependientes a alcohol de la muestra- seguida de los consumidores de cocaína (con una diferencia entre ambos grupos de más de dos años).

Destacar también que las edades medias más altas de inicio de consumo de la droga principal se sitúan en los grupos de cocaína y cocaína y alcohol. Esto quiere decir que en nuestra muestra, los consumidores de cocaína y cocaína y alcohol, empiezan más tarde a consumir cocaína (1,5 años aproximadamente) que los consumidores de alcohol o heroína de forma aislada o de cocaína y heroína combinadas.

Si observamos el grupo de heroína y cocaína vemos que es el de edad más joven de inicio de consumo de las drogas principales tras el de alcohol. Tal y como se comentó, en este grupo la referencia de edad de inicio de la droga principal era la que toman antes. Así, 6 individuos refirieron haber empezado a la vez con heroína y cocaína y 7 habían empezado con cocaína. De esto se traduce que en nuestra muestra, los consumidores de cocaína con heroína empezaron a consumir dicha sustancia antes que los consumidores de cocaína como sustancia aislada (2,61 años antes) y los de cocaína y alcohol (2,64 años antes). Al compararlos con los consumidores de heroína como sustancia aislada vemos también que estos empiezan como media 1,04 años más tarde que los consumidores de cocaína y heroína.

El subgrupo de más edad es el de dependientes a alcohol con 33,5 años como media y también éste es el de periodo más largo de consumo de la droga principal (16 años). También los consumidores de cocaína y alcohol de nuestra muestra, aunque son los que más tarde empiezan el consumo de la droga principal (20,25 años), son los segundos en cuanto a tiempo de consumo (9,75 años) tras el alcohol. Y este periodo de consumo de las drogas principales son más amplios que los de los consumidores de cocaína aislada (1,5 años menos de consumo como media) y cocaína y heroína (0,6 años menos).

Si comparamos la edad de inicio del consumo de cualquier droga con la edad de inicio de la droga principal que genera la dependencia encontramos que la diferencia media en años entre el inicio de consumo de sustancias y el de la droga principal es de 4,42 años. Para la muestra de 1999 esta media es de 4,12 años y para la de 2001 es de 4,73 años. En los datos parciales el grupo que más tarda en iniciar el consumo de la droga principal es el de cocaína y alcohol con 5,38 años. En este grupo se consideró el inicio de consumo la edad de inicio de la cocaína. En todo este subgrupo, la droga con que inician el consumo de cualquier sustancia es el alcohol (con o sin otras sustancias).

Además de los dos dependientes de alcohol, que inician el consumo de cualquier sustancia ya con la droga que genera la dependencia, existen otros 6 individuos en nuestra muestra (3 en la primera y 3 en la segunda) que refieren haberse iniciado en el consumo de la droga que genera la dependencia el mismo año que con cualquier otra droga. Estos seis individuos son 3 dependientes a heroína, 2 a cocaína y uno más a heroína y cocaína juntas. En cuanto a las drogas con las que empezaron el consumo 3 lo hicieron con cocaína y/o heroína, 2 con alcohol, 2 con alcohol cánnabis y otra/s sustancia/s y uno con cannabís y otra sustancia distinta del alcohol.

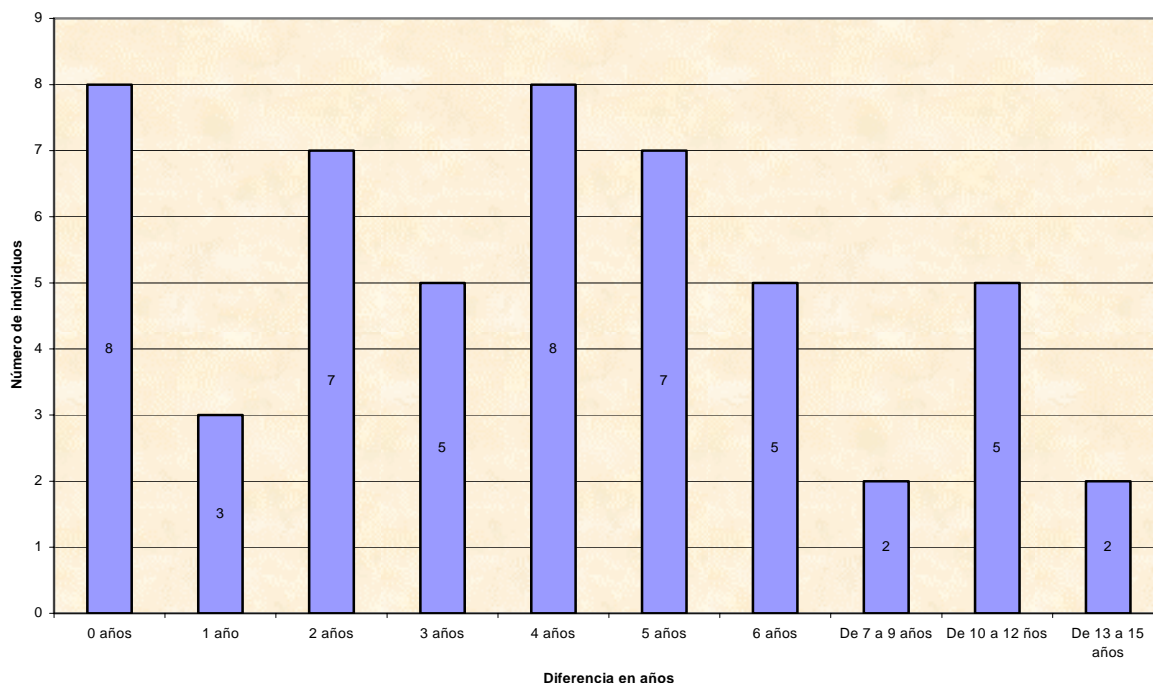
La moda en cuanto a la diferencia en años entre el inicio de consumo de cualquier droga y el de la droga principal, se sitúa en el grupo de 4 años de diferencia constituido por 8 individuos (5 de la primera submuestra y 3 de la segunda). Corresponden a 3 dependientes a heroína, 3 a cocaína y heroína, uno a cocaína y alcohol y otro a cocaína.

Siguiendo de cerca de este grupo en número de individuos están los de diferencias de 2 años y 5 años con siete individuos en cada grupo. Ambos son grupos heterogéneos en cuanto a los diagnósticos de los pacientes que los constituyen no habiendo encontrado diferencias relevantes.

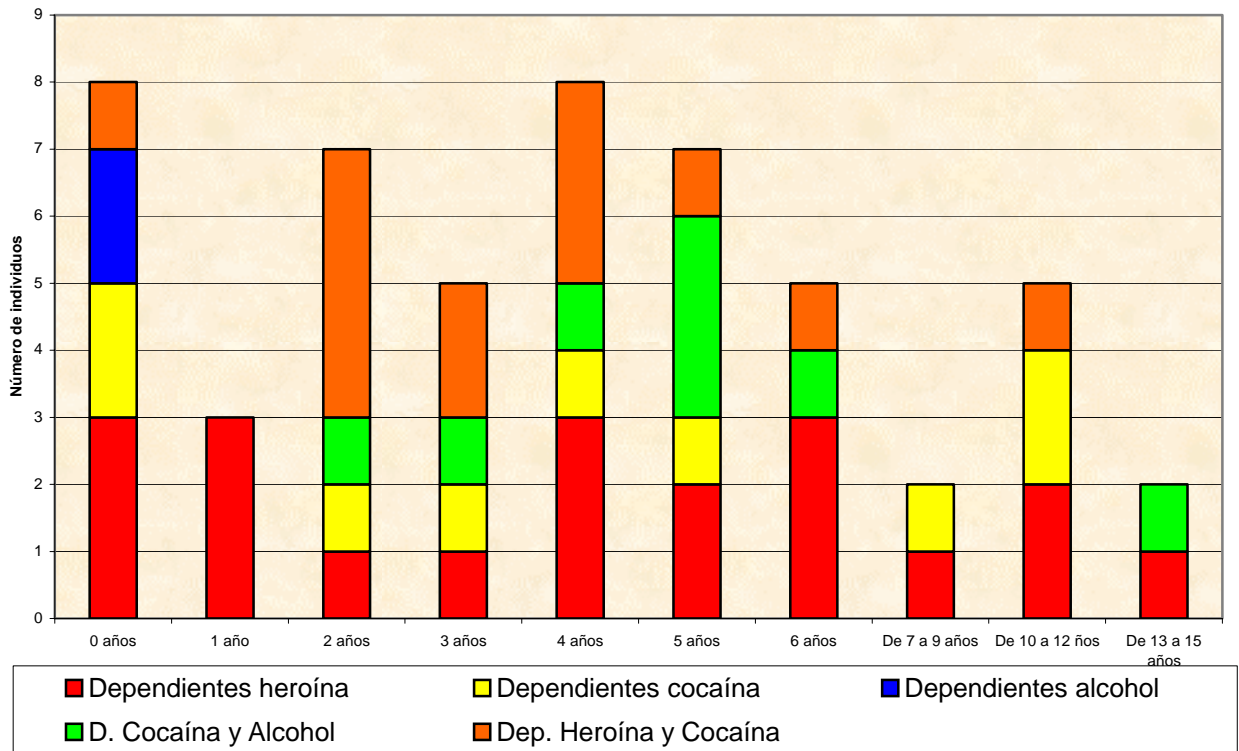
El individuo al que corresponde el periodo más largo desde el inicio de consumo de cualquier sustancia y el de la droga principal es un consumidor de heroína intravenosa que empezó a consumir con cánnabis y alcohol. Refiere una diferencia entre el inicio de estos consumos y el de heroína de 15 años.

En la gráfica Diferencia de edad entre el consumo de sustancias y el inicio de la droga principal se pueden apreciar por estratos de grupos de años de diferencia estos resultados. Intentando profundizar más en el análisis para ver si había diferencias entre los individuos con distintos diagnósticos principales se ha elaborado esta misma gráfica colocando en colores los diagnósticos principales en función de cuantos años antes empezaron a consumir cualquier tipo de droga. Se puede apreciar en la gráfica Clasificación por diferencia en años entre el inicio de consumo de cualquier droga y el de la droga principal por DIAGNÓSTICOS que la distribución es bastante heterogena. Para constatar si había o no variabilidad en el periodo que transcurría desde el inicio del consumo de cualquier sustancia en función de la droga por la que inician el consumo, repetimos esta representación gráfica utilizando como items las drogas de inicio (en lugar de los diagnósticos principales. Esta distribución se puede ver en Clasificación por diferencia en años entre el inicio de consumo de cualquier droga y el de la droga principal en función de la DROGA DE INICIO.

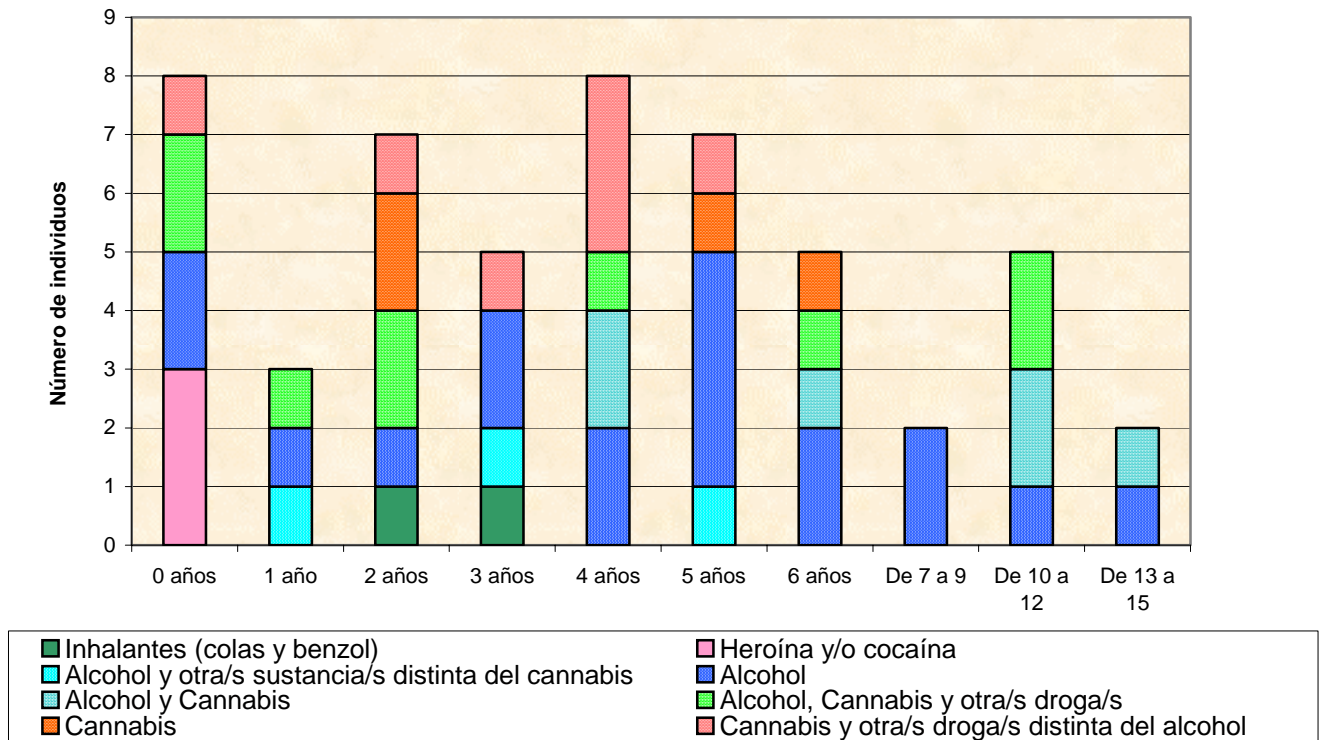
Diferencia de edad entre el consumo de sustancias y el inicio de la droga principal



Clasificación por diferencia en años entre el inicio de consumo de cualquier droga y el de la droga principal por DIAGNÓSTICOS.



Clasificación por diferencia en años entre el inicio de consumo de cualquier droga y el de la droga principal en función de la DROGA DE INICIO.



La visión de las dos gráficas anteriores en las que no encontramos variabilidad entre los años que transcurren desde el inicio de consumo y el inicio de la droga principal en función de los diagnósticos principales o de la droga de inicio nos hizo pensar que el estudio no estaría completo si no analizáramos los datos desde la perspectiva de cada subgrupo diagnóstico.

Así, de los 20 dependientes a heroína, 2 empezaron con esta sustancia (10%); uno con inhalantes (colas y benzol); 5 con alcohol (25%); 2 con cánnabis (10%); 3 con alcohol y cánnabis (15%); 4 (20%) con alcohol, cánnabis y alguna/s otra/s droga/s⁵⁹; 2 con cánnabis y otra/s drogas distinta/s del alcohol (10%) y uno con alcohol y otra sustancia/s distinta del cánnabis.

En los consumidores de cocaína y heroína (13 individuos), 4 empezaron con cánnabis y otras sustancias distintas del alcohol (30,78%); 3 con alcohol, cannabís y otra/s sustancia/s (23,08%); 2 con alcohol ((15,38%); 1 con cannabís (7,69%); otros 2 más con cannabís y alcohol y otro con inhalantes (colas y benzol). Ahora bien, tal y como se puede observar en la representación gráfica, si analizamos todos los dependientes de heroína y cocaína en dos grupos según utilicen la vía intravenosa (speedball) u otras vías distintas sí podemos apreciar diferencias en nuestra muestra:

- Los consumidores de heroína y cocaína por vía intravenosa (8 individuos) en el 75% (6 individuos) empezaron a consumir con dos o más sustancias. Dos (25%) empezaron con alcohol y cánnabis; 2 con alcohol; cannabís y otra/s droga/s y otros 2 con cannabís y otra/s sustancia/s diferente del alcohol. El resto (2 individuos) refieren haber empezado a consumir uno con cannabís de manera aislada y otro con colas y pegamentos.

- Los consumidores de heroína y cocaína por otras vías distintas de la intravenosa (5 individuos) de nuestra muestra, empezaron a consumir en el 40% (2 individuos) con alcohol de manera aislada; en otro 40% (2 individuos) con cánnabis y otra sustancia distinta del alcohol; y uno más con alcohol, cannabís y otra droga. En estos 5 individuos, dos de ellos refieren como “otras drogas” la cocaína. Uno es del subgrupo de alcohol, cannabís y otras y otro del de cannabís y otras distintas del alcohol.

En los 9 dependientes a cocaína, un individuo empezó directamente con esta sustancia (11,11%); 2 individuos (22,22%) empezaron con alcohol; uno con cannabís; otro con cannabís y alcohol; otros dos con cannabís, alcohol y otra/s sustancia/s; uno con alcohol y una sustancia distinta del cánnabis y otro con cánnabis y otra sustancia distinta del alcohol.

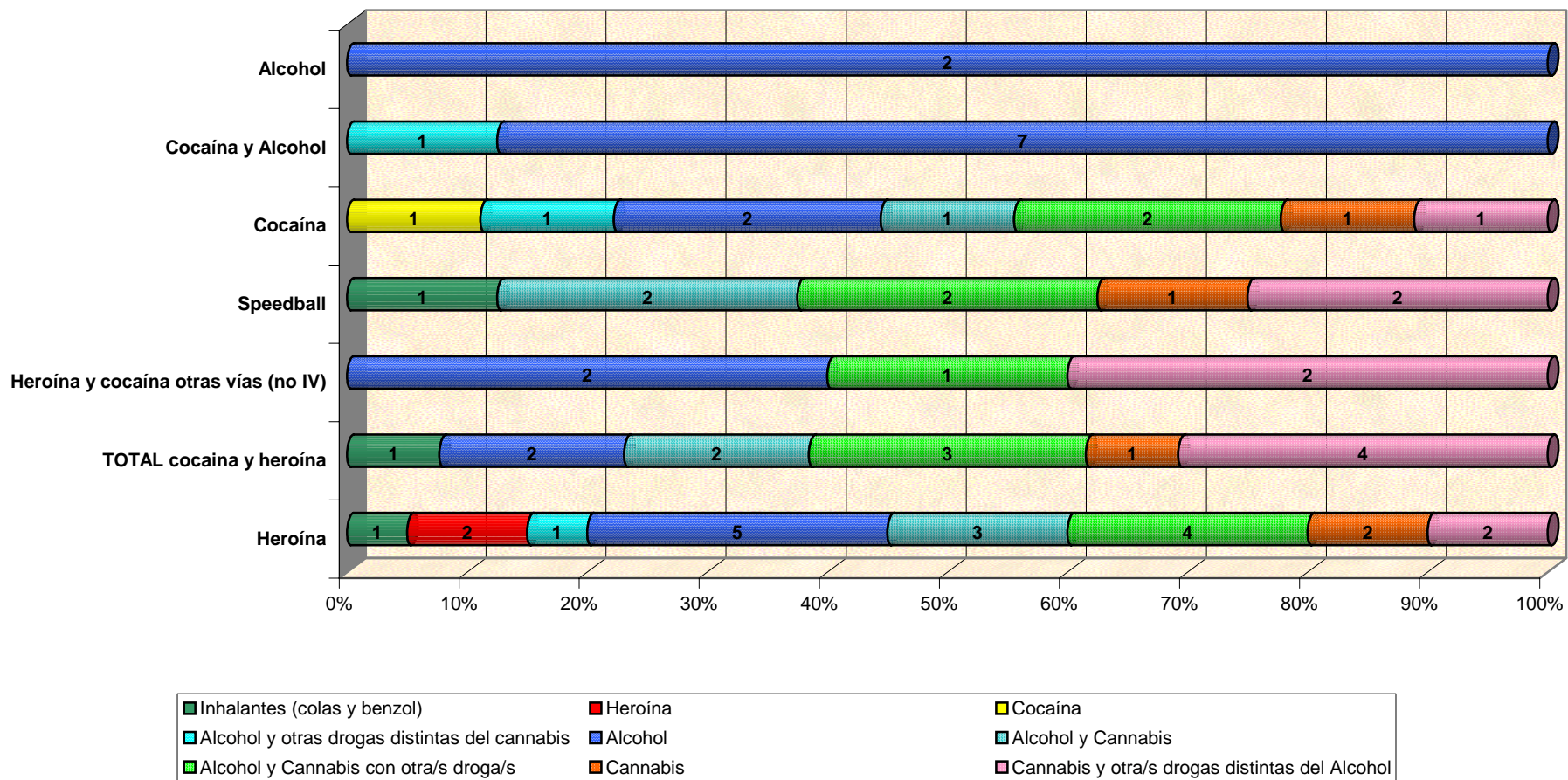
En los 8 consumidores de cocaína y alcohol observamos gran disparidad respecto al inicio de consumo con respecto al resto de grupos. Así, 7 de ellos (87,5%), refieren haber empezado a consumir con alcohol como sustancia única y el otro individuo con alcohol y otra/s droga/s distintas del cannabís (psicoestimulantes).

Finalmente, tal y como se ha comentado ya en otros párrafos, los dos dependientes a alcohol empezaron a consumir ya con esta sustancia y no refieren otras.

Estas diferencias se puede apreciar en la grafica Porcentaje de drogas de inicio en los distintos grupos diagnósticos.

⁵⁹ Cuando en estos grupos nos estamos refiriendo a otra droga habitualmente se trata de psicoestimulantes (anfetaminas y derivados, LSD, etc), si no es así aparece especificado en su correspondiente apartado.

Porcentaje drogas de inicio en los distintos grupos diagnósticos.



En cuanto al tiempo de estancia en programa y el tiempo de abstinencia actual, tal y como se comenta en el apartado de criterios de selección de la muestra, dadas las diferencias en cuanto a estancia en programa de las dos submuestras, y el origen distinto de las mismas, estas no pueden ser directamente comparables.

En el caso de la muestra de 1999 los tiempos de programa y abstinencia se contabilizan en meses, como puede apreciarse en la gráfica Abstinencia en Meses y tiempo de programa de la muestra 1 (y con el color de fondo en marrones/granates que ha sido el utilizado hasta ahora para la muestra 1).

Puede apreciarse que prácticamente ambos puntos (el de tiempo de abstinencia y el de tiempo de permanencia en programa) para cada individuo, se sitúan en paralelo y coincidentes en muchos de los casos. Así, de todos los individuos, los que tienen una diferencia entre la abstinencia y el tiempo de permanencia en programa inferior o igual a un mes son 23 (88,46% de la muestra 1), además, de éstos, 12 individuos refieren el inicio de la abstinencia en el momento del ingreso en programa (es decir las diferencias entre ambos datos son cero y los puntos son coincidentes) y otros tres con una diferencia de una semana.

Es obvio que la metodología utilizada con cada una de las submuestras en este punto en concreto difiere. El poder haber contabilizado la abstinencia y permanencia en programa en días en la segunda muestra nos ha aportado más datos al respecto.

En la primera muestra, el tiempo de abstinencia suele ser algo mayor -una o dos semanas- que el tiempo de permanencia en programa en los individuos que ingresan en el centro completamente desintoxicados y sin consumos recientes. Sólo en dos casos la diferencia entre ambos ítems se acrecienta. Son los individuos de la muestra 1 número 10 y 14 en que el tiempo de abstinencia (13 y 6 meses) es muy superior al de permanencia en el programa (4 meses y 0,75 meses). Uno de ellos, en número 10 con 13 meses de abstinencia, ingresó en la Comunidad Terapéutica derivado de otra Comunidad Terapéutica Pública en la que prácticamente había concluido el programa. Otro individuo de esta muestra (el número 7) tiene una diferencia entre ambos tiempos de dos meses.

Al analizar por separado ambos en la muestra de 1999 encontramos que el tiempo medio de permanencia en el programa hasta la fecha de realización de la entrevista es de tres meses y medio (3,5). El tiempo medio de abstinencia hasta la fecha de entrevista es de cuatro meses y una semana (4,3).

En el caso de la muestra de 2001-2002 los tiempos de programa y abstinencia se contabilizan en días, como puede apreciarse en la gráfica Abstinencia en días y tiempo de programa de la muestra 2 (y con el color de fondo en azul que ha sido el utilizado hasta ahora para la submuestra 2).

Teniendo en cuenta, como en la muestra primera, el número de individuos con diferencias inferiores a un mes (30 días) entre el tiempo de permanencia en programa hasta la entrevista y el de abstinencia, vemos que también un porcentaje alto el 80,77% de la muestra 2 (21 individuos) se sitúa en diferencias tiempos inferiores o iguales a este periodo. Sólo cinco individuos difieren incrementando estas diferencias hasta alcanzar 31,146, 65, 77 y 84 días; por referir al entrevistador periodos de abstinencia a la fecha de la entrevista de 5 meses (150 días), dos meses y cuatro días, un mes y seis días y 3 meses en los otros dos casos (90 días). Corresponden a los individuos 5, 11, 12, 14 y 15 respectivamente de la muestra número 2.

En la gráfica correspondiente a esta segunda muestra no puede haber sin embargo muchos puntos coincidentes debido a que la contabilidad en días hace que los ajustes sean distintos.

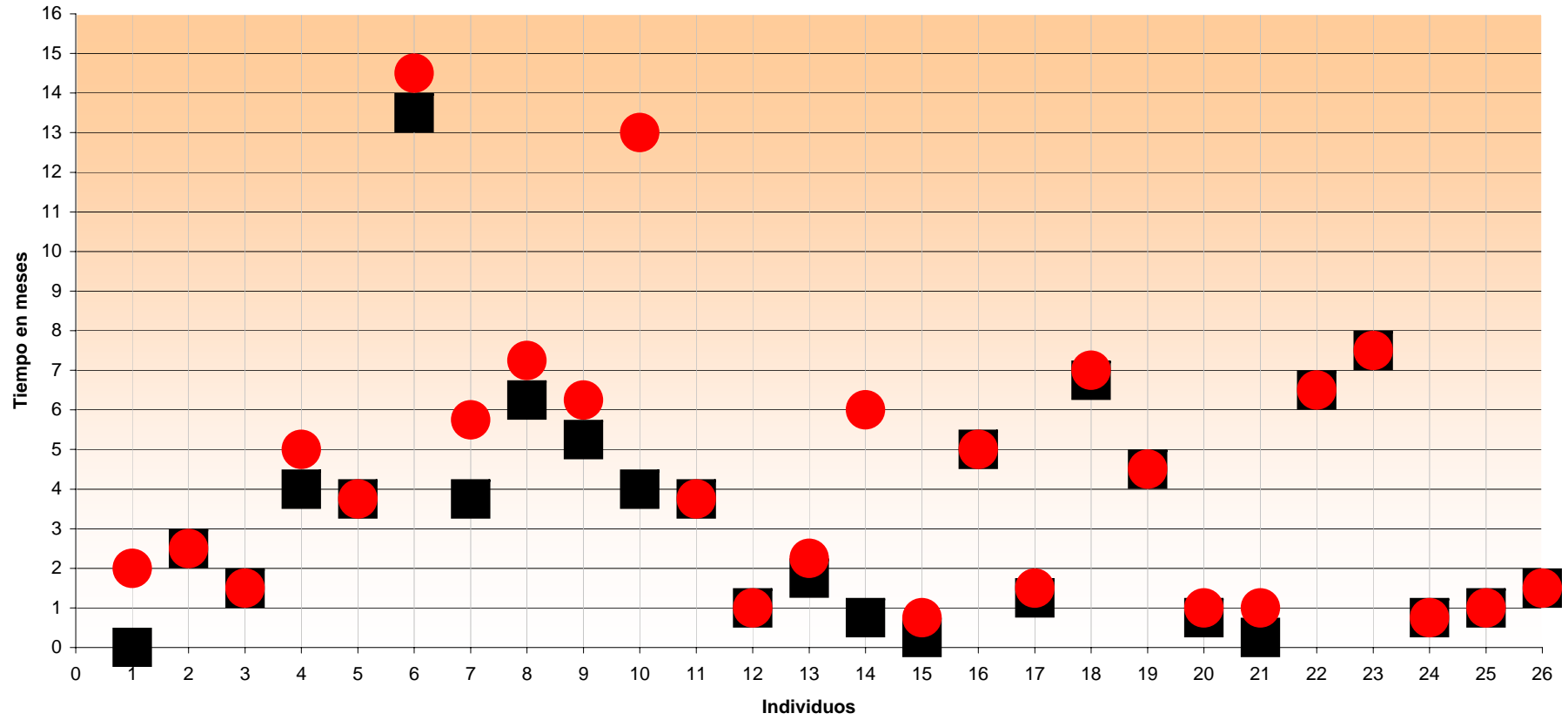
Sólo un individuo, el número 9 de esta submuestra, refirió el mismo tiempo de abstinencia en días (6) que de permanencia en programa. Es decir, había consumido hasta el momento previo al ingreso en el centro. Sin embargo, estratificado estas diferencias por semanas para poderlas comparar más fácilmente con la muestra, encontramos los siguientes resultados:

- Con diferencias iguales o inferiores a 7 días (una semana) hay un total de 15 individuos, el 57,69% de la muestra 2. Nueve de ellos con diferencias de 3 días o menos entre ambos tiempos, es decir, consumieron por última vez 3, 2, un día o el mismo día del ingreso. Todo este grupo de diferencias de una semana o menos equivaldrían a los puntos coincidentes en abstinencia-permanencia en la muestra 1 ya que aquí las cifras que utilizaron se estratificaron por semanas.
- Con diferencias de 8 a 14 días (de dos semanas), un único individuo con ocho días de diferencia.
- Con diferencias de 15 a 21 días (de tres semanas) otros 4 individuos (15,39%).
- Con diferencias de tres semana (21 días) hasta un mes un único individuo.
- Y cinco individuos ya descritos con diferencias superiores a 30 días. Más de un mes de abstinencia antes del ingreso en el centro.

Al comparar por diferencias de ambos tiempos –abstinencia y permanencia en programa– contabilizando ambas muestras y calculando el porcentaje en la muestra global, obtenemos la siguiente tabla:

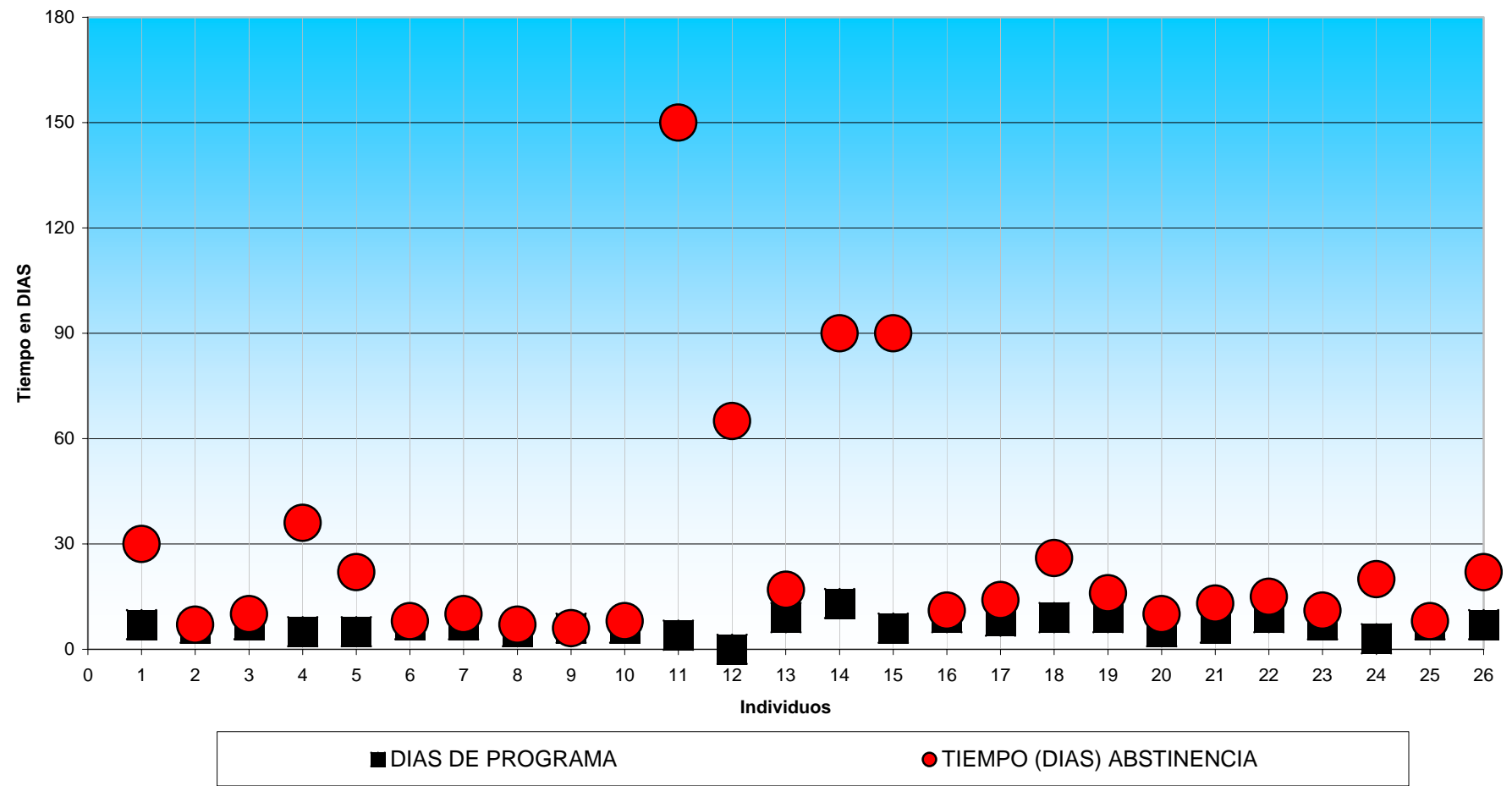
Diferencia en semanas entre Tiempo de abstinencia y permanencia en programa	Muestra 1	Muestra 2	<u>MUESTRA</u> totales	PORCENTAJE (52 individuos)
Una semana o menos	15	15	30	57,69%
De una a dos semanas	3	1	4	7,69%
De dos a tres semanas	1	4	5	9,62%
De tres semanas a un mes	4	1	5	9,62%
Más de un mes	3	5	8	12,9%

Abstinencia en MESES y tiempo de programa muestra 1



■ MESES DE PROGRAMA ● TIEMPO (MESES) ABSTINENCIA

Abstinencia en DIAS y tiempo de programa (muestra 2)



Severidad y necesidad de tratamiento en la muestra.

En este apartado vamos a detallar los resultados extraídos del pase de la entrevista EuropASI a nuestra muestra de 2001. Tal y como hemos comentado en material y métodos, se trata de la adaptación para Europa del Addiction Severity Index⁶⁰. Como aparece en el Manual para Entrenamiento y Administración de la Entrevista EuropASI, dichas puntuaciones “son sólo estimaciones de una situación problema, en un periodo específico de tiempo y que son susceptibles de cambiar cuando existan alteraciones en el contexto inmediato de la vida del paciente... no pueden sustituir a la información más detallada dada por el paciente en cada área problema”⁶¹.

Las puntuaciones se obtienen basándonos en las preguntas objetivas y subjetivas de cada área, en ningún momento utilizamos información extra obtenida fuera de la entrevista. Y, para sacar las puntuaciones de cada área hemos utilizado un método en dos pasos –tal y como recomienda el manual-. En primer lugar y basándonos en los ítems críticos y objetivos del área, hemos dado una puntuación preliminar de severidad del problema del paciente o necesidad de tratamiento con un rango aproximado de 2 o 3 puntos. Y en segundo lugar, con los datos subjetivos o puntuación que se da el paciente, hemos elegido el punto del rango que puntuamos anteriormente y que más se ajusta a la realidad. Si el paciente se puntuó alto en su autoescala de valoración, por considerar que su problema en esa área es importante y necesita tratamiento, hemos elegido la puntuación más alta del rango de 2 o 3 puntos que habíamos elegido y sí considera que el problema es menos grave y no necesita tratamiento o en tratamiento es menos importante hemos elegido la puntuación más baja. También, en algún caso en que era

⁶⁰ Adaptación Europea de la 5ª edición Americana (McLellan, 1992) realizada por: A. Kokkevi, C. Hartgers, P. Blanken, EM. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta y A. Uchtenhagen (1994).

⁶¹ A. Kokkevi, C. Hartgers, P. Blanken, EM. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta y A. Uchtenhagen (1994) *Manual para entrenamiento y administración de la entrevista EuropASI*. página 12.

obvio que el paciente necesitaba tratamiento pero él no lo consideraba así, nuestra puntuación refleja esa necesidad de tratamiento. El manual también recoge que se deben hacer este tipo de excepciones cuando es necesario y, cuando hemos tenido que hacerlo lo hemos especificado en la hoja de recogida de datos de ese usuario en concreto.

Los rangos de puntuación que utiliza el entrevistador, y que nos hablan del grado en que es necesaria algún tipo de intervención⁶², son los siguientes:

- 0-1 No existe problema real, el tratamiento no está indicado.
- 2-3 Problema leve, el tratamiento probablemente no es necesario.
- 4-5 Problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento.
- 6-7 Problema considerable, el tratamiento es necesario.
- 8-9 Problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario.

En cuanto a la escala de autoevaluación del paciente, se les pide que valoren la severidad de sus problemas y cómo piensan que el tratamiento para esos problemas es de importante. Se puntúan del 0 al 4 en la siguiente escala:

- 0 - En absoluto.
- 1 - Ligeramente.
- 2 - Moderadamente.
- 3 - Considerablemente.
- 4 - Extremadamente.

La severidad que define el EuropASI, viene entendida como la necesidad de tratamiento cuando éste no existe o como la implementación de un tipo de tratamiento adicional en el caso de que el paciente esté recibiendo algún tipo de tratamiento. En la Unidad de Deshabitación, el médico ha utilizado estas puntuaciones al ingreso para evaluar en que área el usuario tiene más problemas o déficit de intervención e incidir más en ellas.

Dado que algunos ítems del EuropASI van referidos al mes anterior al inicio de tratamiento, nosotros nos propusimos, en el diseño del estudio, darnos un plazo de pase de la entrevista que no excediera de un mes para poder cotejar los datos de antes del ingreso. Así, si sacamos la media de los días que trascurrieron hasta que les pasamos la entrevista EuropASI, encontramos que el tiempo medio desde el ingreso fue de 21,39 días. El individuo al que más pronto se la hicimos fue el número 20b en el que trascurrieron sólo 5 días hasta la entrevista. Así mismo, el individuo al que más tarde le pasamos la entrevista fue el 12b en que se la hicimos al 30 día tras el ingreso. Del total, con 17 individuos lo hicimos el día 20 tras el ingreso o posteriores y, en la mayoría de estos, cuando se estaba acercando el mes de ingreso: A los 29 días con un individuo, a los 28 días con 4 individuos, a los 27 días con 6 individuos y a los 26 días con dos individuos.

Analizando las puntuaciones del conjunto de los 26 individuos de la muestra de 2001, encontramos que:

- Hay seis individuos que tienen en todas las áreas necesidad de tratamiento. Es decir, no han puntuado 3 o por debajo de 3 en ninguna de las siete áreas de estudio. Son los individuos números 1b, 13b, 14b, 19b, 20b y 26b. Además, si sumáramos todas las puntuaciones de cada área encontraríamos que serían 6 de los 9 individuos de la muestra con una suma de puntuaciones más altas. Por orden de más a menos puntuación serían: 13b (50 puntos), 20b (49 puntos), 1b y 26b (43 puntos), 19b (42 puntos) y 14b (38

⁶² No intentan ser una estimación del beneficio del tratamiento para el paciente sino del grado de necesidad de tratamiento.

puntos). Abría que añadir a este grupo de las nueve puntuaciones más altas al individuo 6b con 46 puntos, al 2b con 41 puntos y al 18b con 38 puntos, aunque los tres tienen al menos un área con puntuación igual o inferior a 3 puntos. De estos 9 individuos con puntuaciones más altas, 4 son dependientes de heroína, otros 4 de heroína y cocaína y sólo uno –el 19b– es del grupo de cocaína y alcohol. En un estudio de la Universidad de Oviedo⁶³ en 373 pacientes donde comparan los dependientes de heroína y los de cocaína con el EuropASI, encontraron también que los usuarios del programa de heroína también presentan mayor gravedad en su patrón de consumo que los de cocaína (los 3 dependientes de cocaína de nuestra muestra tienen las puntuaciones más bajas en severidad).

- Hay cuatro individuos que, al menos en un área no tienen ningún problema o el problema es leve y no está indicado el tratamiento o no es necesario. Son los individuos 2b (psicológico 2 puntos), 6b (alcohol 0) y 18b (médico 0) ya comentados y el 10b (médico 2 puntos). La suma de puntuaciones de este último individuo es de 36 puntos. El 10b tiene además otra área con puntuación de 4 puntos (legal), y el 18b tiene 4 puntos en empleo y soportes.

- Hay catorce individuos con puntuación inferior a 3 en dos áreas-problema. Es decir, no requieren tratamiento o el tratamiento no está indicado en esas áreas porque el problema es inexistente o muy leve. Son los individuos: 3b (médica 1 punto, alcohol 0 puntos); 4b (médico y legal 0 puntos); 5b (médico 2, alcohol 0); 7b (médico y legal 0 puntos); 8b (alcohol 0 y psicológico 1 punto); 9b (médico 2 puntos, alcohol 0); 11b (médico y legal 0 puntos); 12b (empleo/soportes y legal 0 puntos); 16b (médico y empleo/soportes 0 puntos); 21b (médica y legal con 0 puntos); 22b (empleo/soportes 3 puntos y legal 0); 23b (médico 1 punto y legal 2 puntos); 24b (médico 3 puntos y empleo/soportes 2 puntos) y 25b (médico 1 punto y drogas 0 puntos). De estos catorce seis tienen además un área más con puntuación de sólo 4 puntos: El 7b en alcohol, el 8b en empleo y soportes, el 16b en legal, el 21b en empleo/soportes, el 23b en familiar/social y el 25b en empleo/soportes. Y, 3 más con dos áreas con puntuación de 4 puntos: El 5b en legal y psicológica, el 11b en empleo/soportes y alcohol y el 22b en médico y alcohol.

- Hay dos individuos con puntuación igual o inferior a 3 en cuatro áreas-problema. Son el 15b que tiene la puntuación más baja en el conjunto de esta muestra (19 puntos en total); y las cuatro áreas para las que tiene esta puntuación tan baja son la médica, alcohol y legal con 0 puntos y la psicológica con 1 punto. El otro individuo es el 17b (con una de las puntuaciones más bajas 25 puntos, es la 2ª puntuación más baja compartida con el individuo 11b) cuyas áreas con puntuación baja son el área médica con 1 punto, 0 puntos en las áreas de alcohol y legal y 3 puntos en el área psicológica. Estos dos individuos son dos de los tres individuos de nuestra muestra de 2001 con diagnóstico aislado de dependencia de cocaína.

Al analizar las áreas para las que hay más individuos que no requieren intervención o tratamiento o el individuo no tiene problemas en esa área o son leves, encontramos, de más a menos, que: En el área médica hay un total de 15 individuos con puntuación igual o inferior a 3 puntos; en segundo lugar el área legal con 9 individuos; luego alcohol con 7 individuos; empleo y soportes con 4 individuos y psicológico con otros 4 individuos y drogas con 1 individuo. No tiene ningún individuo con puntuación igual o inferior a 3

⁶³ GARCÍA RODRIGUEZ, O.; SECADES VILLA, R.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.; CARBALLO CRESPO, J.L.; ERASTI, PEREZ, J.M.; AL-HALABI DIAZ, S. (2005). *Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI*. Adicciones, 17 (1), 33-42, 24 ref.

puntos el área familiar/social; es decir, todos los individuos tienen problemas en esta área y requieren algún tratamiento en la misma.

En cuanto a las áreas con puntuaciones más altas:

Con puntuaciones de 8 o 9, es decir, con problemática extrema para esa área y/o el tratamiento es absolutamente necesario, el área que más usuarios tiene en este grupo de valoración es la de drogas con 8 individuos, seguida de la psicológica con 4, la legal con 3 y la familiar/social con 2. Las áreas médica, empleo/soportes y alcohol tienen un único individuo en este bloque de puntuación.

Si sumáramos las puntuaciones de los 26 individuos en cada una de las áreas para ver en cual de ellas los individuos puntúan más alto encontraríamos que: Al área para la que nuestra muestra requiere más tratamiento o tiene más problemas es la de drogas -175 puntos en cómputo global-, seguida de la familiar/social con 160 puntos. A continuación estarían el área psicológica (136) y empleo/soportes (129); y, finalmente el área legal con 105 puntos y la médica con sólo 82. A continuación pasamos a detallar lo que encontramos en cada área:

a) Área médica:

Es el área en que los individuos de nuestra muestra puntúan más bajo. Así, encontramos, que hay un total de 11 individuos con 0 o 1 punto en esta área, es decir, no existe problema real, el tratamiento no está indicado. Además, hay 4 más con puntuaciones entre 2 y 3 puntos, es decir que el problema es leve, el tratamiento probablemente no es necesario. Esto quiere decir que el 57,69% de la muestra de 2001 no tiene problemas importantes en el área médica y no requiere intervención. Estos 15 individuos son: El 4b, 7b, 11b, 15b, 16b, 18b y 21b que puntúan 0; el 3b, 17b, 23b y 25b que puntúan 1 punto; el 5b, 9b y 10b que puntúan 2 y el 24b que puntúa 3 puntos. Tres son dependientes de heroína (5b, 7b y 9b), cinco son dependientes de heroína y cocaína (3b, 4b, 10b, 18b y 23b), otros tres son dependientes de cocaína (11b, 15b y 17b), tres son dependientes de cocaína y abuso de alcohol (16b, 21b y 24b), y el 25b es dependiente de alcohol.

En cuanto a los individuos con un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento, los que se puntúan entre 4 y 5, sólo son 2, el 22b y 19b con 4 y 5 puntos respectivamente. Ambos son dependientes de cocaína con abuso de alcohol.

Sin embargo, en el bloque de 6 y 7 puntos -problema considerable, el tratamiento es necesario-, hay 8 individuos. Son el 1b, 2b, 12b, 13b y 14b con 6 puntos y el 8b, 20b, 26b con 7. De estos 8, tres son dependientes de heroína (1b, 2b y 14b), otros cuatro de heroína y cocaína (8b, 13b, 20b y 26b), y uno más de cocaína y alcohol (12b). Además, hay un individuo que puntúa 9 - problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario-, es el 6b (seropositivo sin seguimiento ni tratamiento adecuado y dependiente de heroína intravenosa).

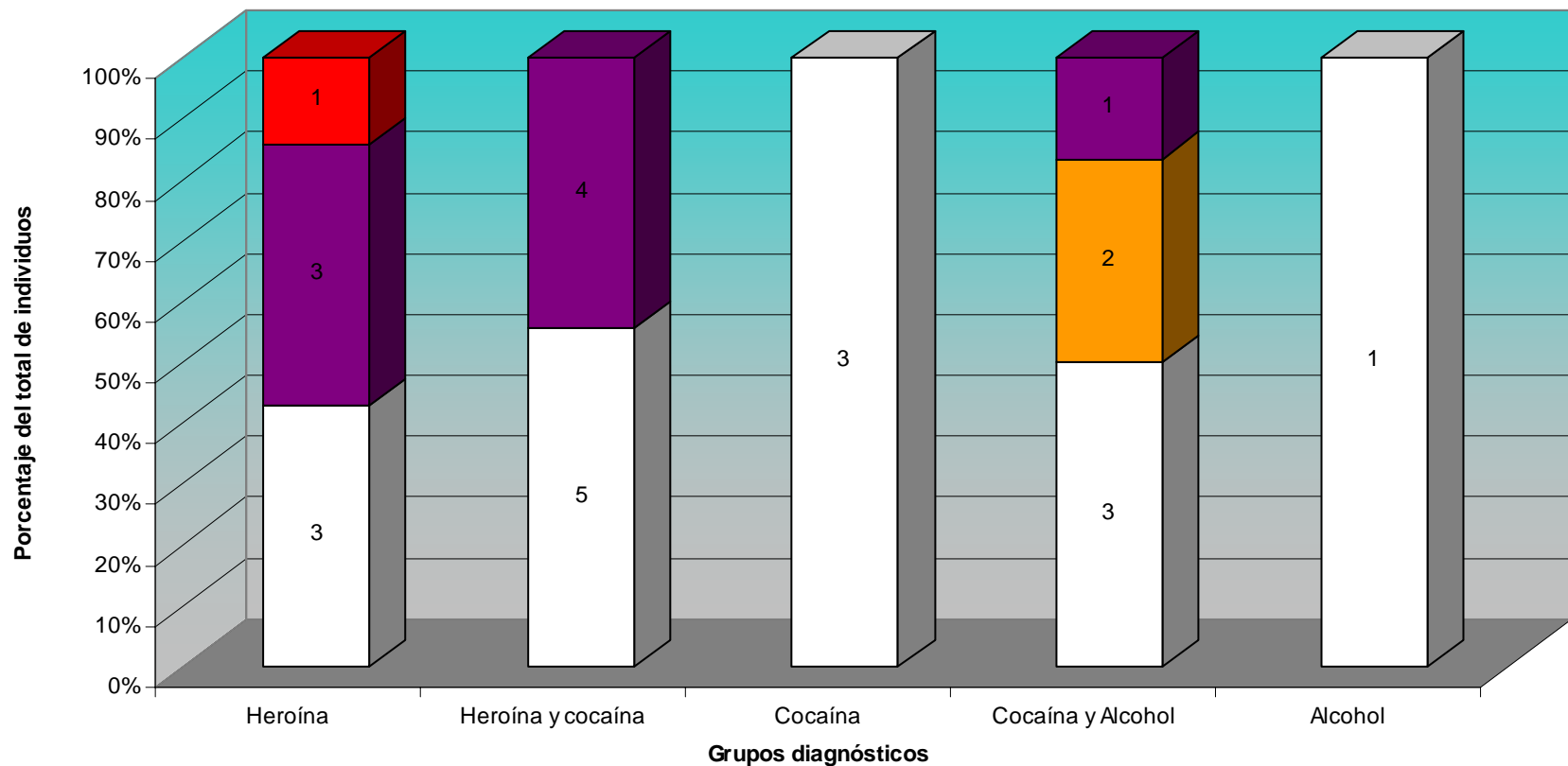
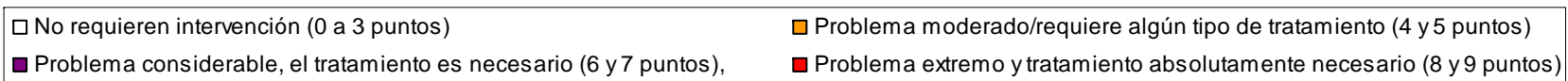
Por tanto el 34,62% (9 de 26) tienen problemas médicos considerables y graves y el tratamiento en el área médica es muy necesario. Estos resultados contrastan con el 57,69% que no requería tratamiento. Y sólo el 7,69% tiene una puntuación intermedia, un problema médico moderado y necesita algún tipo de tratamiento.

Hemos contrastado y anotado aquí algunos datos que, en el contraste con la historia clínica nos han parecido interesantes o que anotamos en su momento en el pase del cuestionario. Son los siguientes:

- Por un lado, los individuos 3b y 4b que, al ingreso y en el pase del cuestionario pertenecerían al grupo de los que no requieren tratamiento médico o no tienen problemas relevantes en esta área, posteriormente y durante el programa se detectan serologías positivas para el virus de la hepatitis C. Además, el 4b, tenía hepatitis B al ingreso que no refirió en ningún momento como “problema crónico que interfiera con su vida”. El omitir esta información hizo que su puntuación fuera más baja.
- Como contraste, también encontramos individuos que, aunque no tienen ninguna enfermedad crónica o problema de salud concreto se puntúan alto como el 5b o el 24b que se define a sí mismo como hipocondríaco, y, de echo se puntúa 4 como necesidad de tratamiento médico aunque no padece ninguna enfermedad crónica relevante.
- Finalmente y como curiosidad, el 26b había tenido 8 ingresos hospitalarios el último hace 5 años, tenía VHC y B, y no consideró tener problemas médicos ningún día en el último mes.

La puntuación de cada grupo diagnóstico por áreas puede verse en la representación gráfica Severidad Area médica de la página siguiente.

Severidad. Area médica.



b) Empleo y Soportes:

En esta área, dos individuos 12b y 16b - puntúan 0 - no existe problema real, el tratamiento no está indicado- y, otros 2 puntúan 2 –el 24b- o 3 puntos –el 22b-. Por tanto, el 15,39% de nuestra muestra de 2001 no requiere ningún tipo de tratamiento porque no tienen problemas en esta área o el problema es leve. Estos cuatro individuos son 4 de los 6 de nuestra muestra con diagnóstico de dependencia de cocaína y abuso de alcohol. Los cuatro estaban trabajando en el momento del ingreso y durante el tratamiento están de baja laboral (ILT). Uno trabajaba como oficial mecánico, otro en telefónica, otro de soldador y, la mujer, el 22b de auxiliar de clínica en una residencia.

El 34,62% tienen un “problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento”. Son el 8b, 11b, 14b, 18b, 21b y 25b que puntúan 4 y el 4b, 15b y 23b que puntúan 5. De estos nueve con un problema moderado, uno es dependiente de heroína (14b), cuatro son dependientes de heroína y cocaína (4b, 8b, 18b y 23b), dos son dependientes de cocaína (11b y 15b), uno es dependiente de cocaína y abuso de alcohol (21b) y el otro dependiente de alcohol (25b).

Otros 12 individuos, un 46,15%, tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Los que puntúan 6 son el 1b, 2b, 3b, 10b, 19b, 20b, 26b y, los que puntúan 7 el 5b, 7b, 9b, 13b y 17b. Corresponden a cinco dependientes de heroína (1b, 2b, 5b, 7b y 9b) que han trabajado como obreros no cualificados, peones o jornaleros; cinco de heroína y cocaína (3b, 10b, 13b, 20b y 26b) que han trabajado en la hostelería o como peones no cualificados; uno de cocaína (17b) y uno de cocaína y alcohol (19b) que ha trabajado como ebanista.

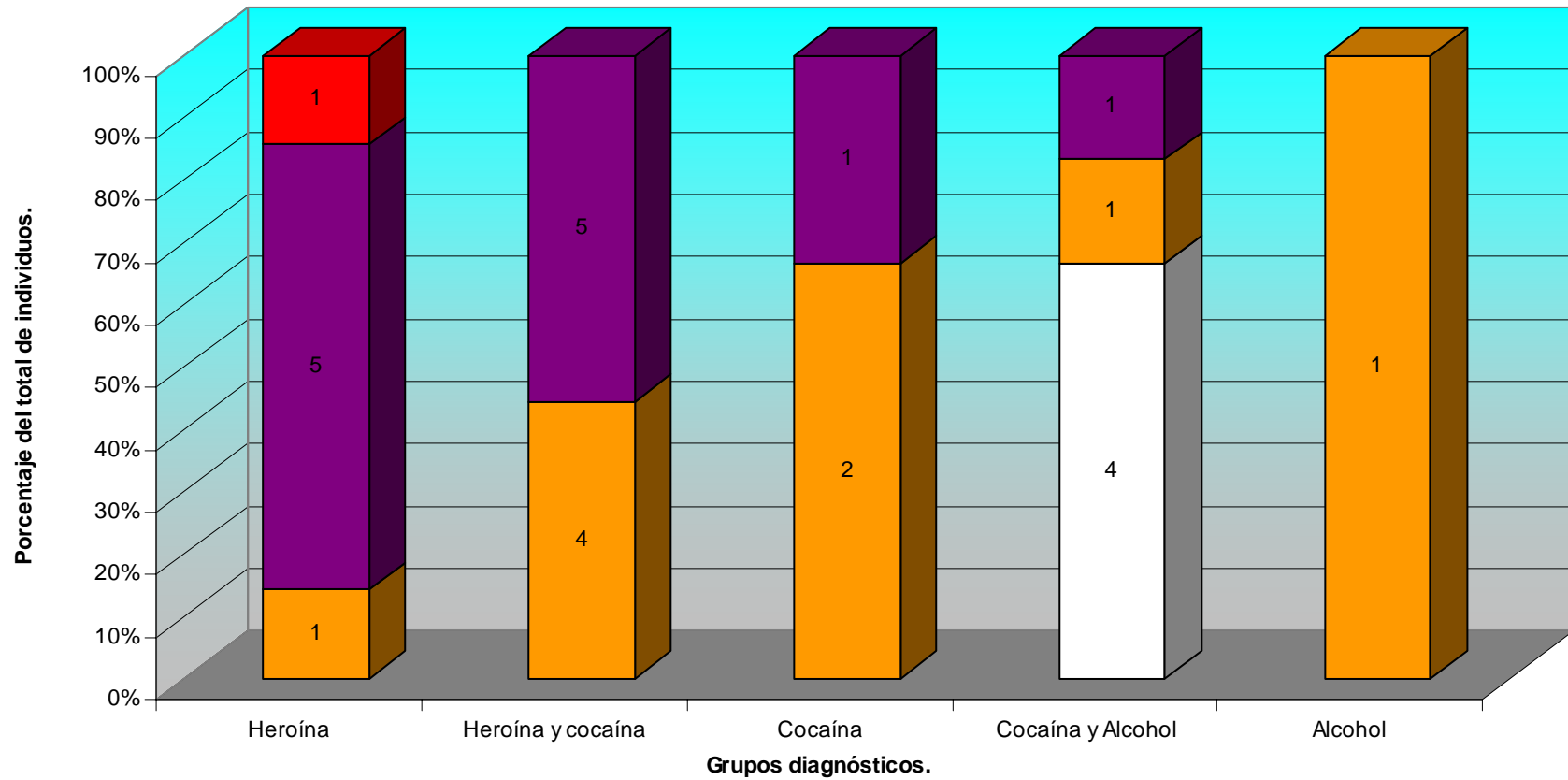
Un único individuo tiene un problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario, es el 6b que puntúa 8 puntos. Este individuo es el que acaba de salir de prisión donde está desde los 16 años y que nunca ha trabajado (como ya hemos comentado es dependiente de heroína intravenosa).

Comentar como anotaciones de esta área lo siguiente:

- El 17b, aunque ha trabajado mucho tiempo como funcionario de registro, actualmente está en paro sin formación específica en ninguna área en concreto y por su edad y características necesita de asesoramiento, por eso la puntuación es alta.
- El 19b tiene problemas importantes en el trabajo pero parece que los infravalora (se puntúa 0 y 2).
- Por otro lado, el 22b, realmente no parece tener problemas para trabajar pero manifiesta problemas en el último mes en su puesto de trabajo “no llegaba”.

En la figura Severidad Area Empleo y soportes puede verse la distribución por grupos diagnósticos.

Severidad. Area Empleo y Soportes.



c) Alcohol:

En esta área puntúan 0 -no existe problema real, el tratamiento no está indicado- siete individuos, el 26,92% de los entrevistados. Son los individuos : 3b, 5b, 6b, 8b, 9b, 15b y 17b. Los individuos 5b, 6b y 9b son dependientes de heroína; 3b y 8b de heroína y cocaína y los individuos 15b y 17b de cocaína.

Tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento otros nueve individuos (34,62% de la muestra). Con 4 puntos el 7b, 11b, 22b y 26b; y con 5 puntos el 1b, 2b, 14b, 18b y 23b. De estos nueve, cuatro son dependientes de heroína (1b, 2b, 7b y 14b); tres son dependientes de heroína y cocaína (18b, 23b y 26b); uno es dependiente de cocaína (11b) y otro de cocaína y alcohol (22b).

Para otros nueve (otro 34,62%), el problema es considerable y el tratamiento es necesario. Son el 4b, 10b, 12b, 19b y 20b con 6 puntos y el 16b, 21b, 24b y 25b con 7. En este grupo, tres son dependientes de heroína y cocaína (4b, 10b y 20b) y cinco son dependientes de cocaína y alcohol (12b, 16b, 19b, 21b y 24b). El 25b es el dependiente de alcohol.

Un único individuo, el 13b dependiente de heroína y cocaína, puntúa 8, -el problema es extremo y el tratamiento es absolutamente necesario-.

Nos parece necesario anotar aquí que el individuo 22b con diagnóstico de dependencia de cocaína y abuso de alcohol, tienen una puntuación media-baja (4 puntos) para los problemas relacionados con el alcohol en el EuropASI. El resto de dependientes de cocaína con problemas relacionados con el alcohol puntúan alto (6 o 7 puntos).

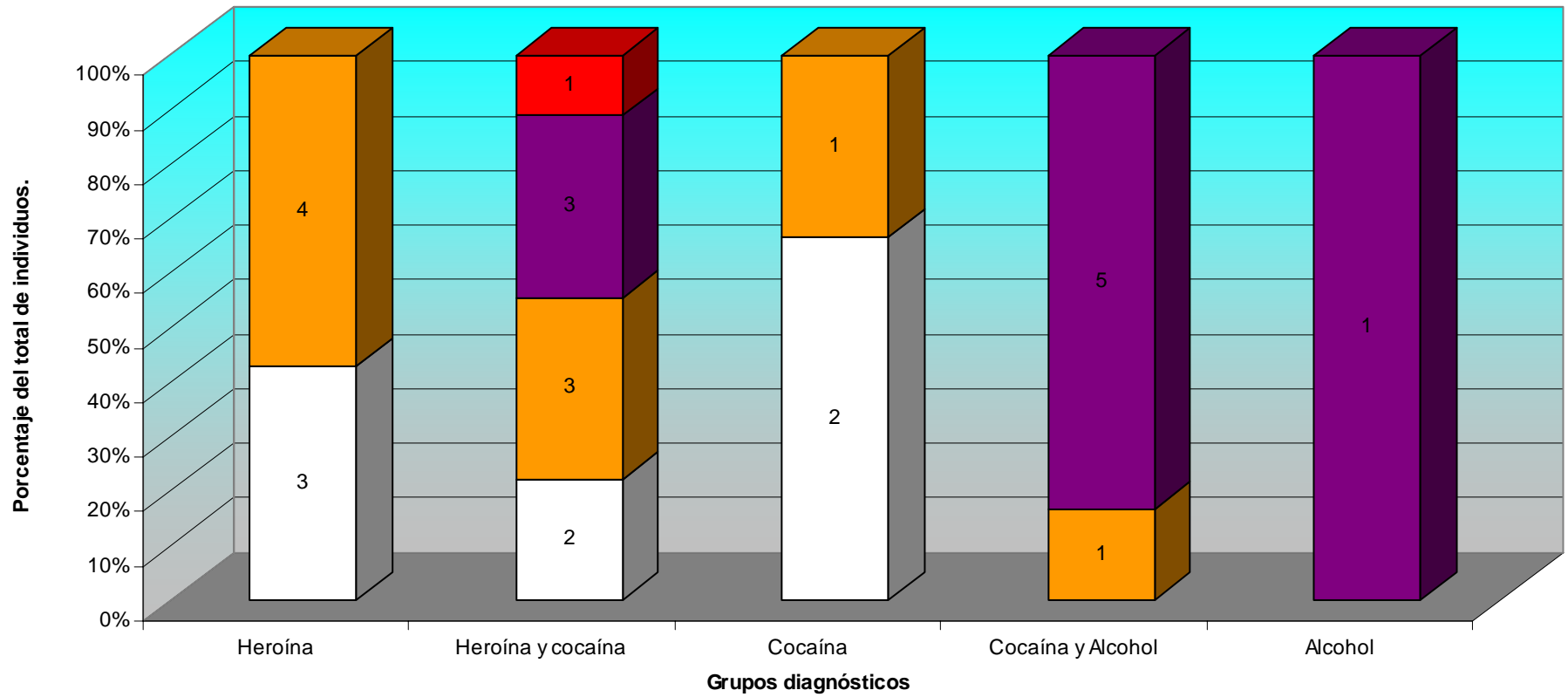
En el apartado de historia de consumo de drogas ilegales y alcohol hacíamos referencia a otros 8 individuos con diagnóstico actual o antiguo de problemas relacionados con el alcohol. Estos eran por un lado el 17b dependiente de cocaína con diagnóstico antiguo de dependencia de alcohol para el que fue tratado y está abstinentemente hace años por un tratamiento (no ha vuelto a beber), es lógico por tanto que puntúe 0 en necesidad de intervención o tratamiento en esta área. De los otros siete a los que nos referíamos en el apartado mencionado, uno pertenecía a la primera muestra, uno era dependiente de heroína (1b) y los otros 5 eran dependientes de heroína y cocaína (4b, 8b, 13b, 23b y 26b). Destacar de estos, que el 8b, a pesar del diagnóstico, puntúa 0 en el área de alcohol del EuropASI. El resto puntúan todos, como puede verse, en rangos de necesidad de tratamiento (tres entre 4 y 5 puntos, uno 6 puntos y otro 8 puntos, la puntuación máxima).

Trascribimos también a continuación otras notas que tomamos al puntuar la entrevista:

- En el 5b al estudiar los ítems críticos la puntuación no es muy alta, rango 5-7 (requiere tratamiento pero no de manera extrema) y al cotejarlos con su puntuación -4 en necesidad de tratamiento y problema- vemos que puntuamos 6 y no 7 -como cabría esperar en el rango- porque entendemos que supervalora su problema.
 - El 19b nos refiere considerar que necesita tratamiento para problemas relacionados con el alcohol, aunque en el último mes no lo ha tomado.
 - En el caso 21b, infravalora los dos consumos (alcohol y drogas) puntuándose 1 y 2 como rangos de severidad, sin embargo, los ítems críticos y puntuación del entrevistador no coinciden con su valoración.
 - El 26b nos dice que no bebe ni tiene problema alguno con el alcohol pero a lo largo del programa puede constatar que no puede mantener la abstinencia a esta sustancia.
- En la siguiente gráfica se puede apreciar la distribución.

Severidad. Area de Alcohol.

- No requieren intervención (0 a 3 puntos)
- Problema moderado/requiere algún tipo de tratamiento (4 y 5 puntos)
- Problema considerable, el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos),
- Problema extremo y tratamiento absolutamente necesario (8 y 9 puntos)



d) Drogas:

Es el área en la que nuestra muestra manifiesta tener más problemas y requerir más intervención, es decir en la que los individuos puntúan más alto la escala de severidad.

Sólo hay un único individuo que puntúa 0 en esta área. Corresponde al individuo 25b, dependiente de alcohol que no consume otro tipo de drogas. El resto puntúan igual o superior a 5 puntos.

Hay dos personas (7,69%) con puntuación de 5 -problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento- son el 3b (dependiente de heroína y cocaína) y el 9b (dependiente de heroína).

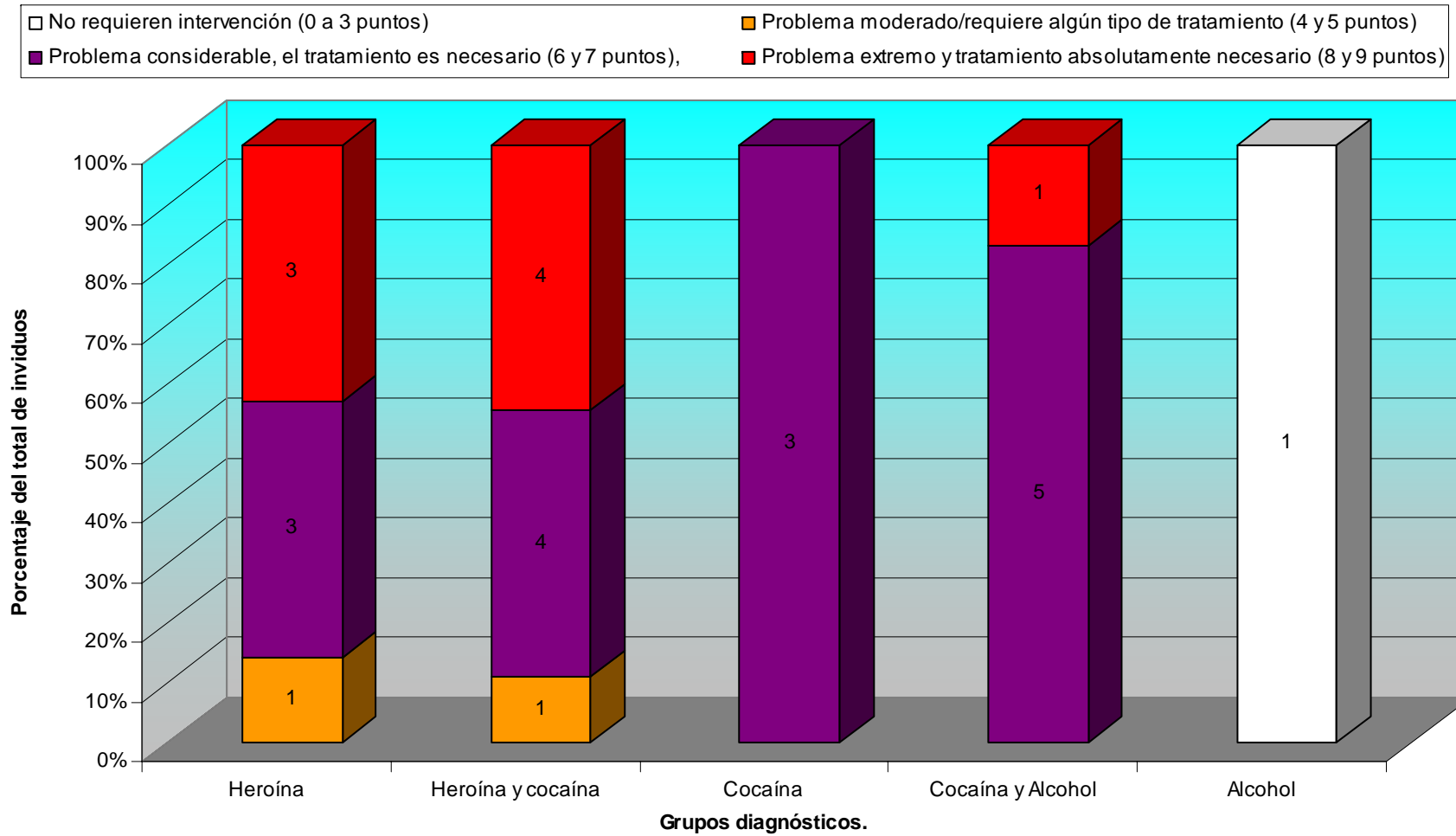
Quince individuos –el 57,69% de la muestra- tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario en esta área. Son el 5b, 7b, 10b y 11b con 6 puntos y el 4b, 8b, 14b, 15b, 16b, 17b, 19b, 21b, 22b, 23b y 24b con 7 puntos. De estos quince, tres son dependientes de heroína (5b, 7b y 14b), cuatro son dependientes de heroína y cocaína (4b, 8b, 10b y 23b), tres son dependientes de cocaína (11b, 15b y 17b) y cinco son dependientes de cocaína y alcohol (16b, 19b, 21b, 22b y 24b).

Y finalmente puntúan 8 puntos -problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario- el 30, 77%. Son los individuos 1b, 2b, 6b, 12b, 13b, 18b, 20b y 26b. Tres son dependientes de heroína (1b, 2b y 6b), otros cuatro dependientes de heroína y cocaína (13b, 18b, 20b y 26b) y otro más, el 12b es dependiente de cocaína con abuso de alcohol.

Tal y como comentamos en el apartado anterior, el 21b infravalora los dos consumos (alcohol y drogas) puntuándose 1 y 2 como rangos. Los ítems críticos y puntuación del entrevistador no coinciden con su valoración. Algo similar ocurre con el individuo 5b que se puntúa alto en el área médica, drogas y psicológica.

En la representación Severidad, Area Drogas podemos observar esta distribución.

Severidad. Area Drogas.



e) Legal:

En la descripción de los resultados obtenidos en esta área, hemos decidido comparar en cada grupo de puntuaciones, los datos que figuran respecto a antecedentes judiciales y causas pendientes en la ficha social de los individuos en cuestión.

Puntúan en un rango de 0 a 2 puntos -no existe problema real, el tratamiento no está indicado- en esta área los individuos 4b, 7b, 11b, 12b, 15b, 17b, 21b y 22b con 0 puntos y el 23b con 2 puntos. Son el 34,62% de la muestra. Corresponden a los tres dependientes de cocaína de la muestra (11b, 15b y 17b), tres de dependientes de cocaína y alcohol (12b, 21b y 22b), un dependientes de heroína (7b) y dos de heroína y cocaína (4b y 23b). Según los datos que obtuvimos de la ficha social, son nueve de los dieciséis de esta submuestra que no tienen antecedentes ni causas judiciales pendientes.

Seis individuos tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento en esta área. Es decir, puntúan 4 los individuos 5b, 10b y 16b; y puntúan 5 el 8b, 14b y 19b. Son el 23,08% del conjunto de la muestra. Dos son dependientes de heroína (5b y 14b), dos de heroína y cocaína (8b y 10b) y otros dos (16b y 19b) de cocaína y alcohol.

Además, corresponden a cuatro de los dieciseis individuos que, según los datos de la ficha social no tienen antecedentes ni causas judiciales pendientes. Los otros dos son el 8b y 10b que sí tienen antecedentes pero ninguna causa judicial pendiente.

Puntúan 6 y 7 puntos -problema considerable, el tratamiento es necesario- los individuos 9b, 13b, 24b y 25b con 6 puntos y 1b, 2b, 6b y 26b con siete. Son el 30,77% de la muestra correspondiendo por grupos diagnósticos a cuatro dependientes de heroína (1b, 2b, 6b y 9b); dos dependientes de heroína y cocaína (13b y 26b); un dependiente de cocaína y alcohol (24b), y el dependiente de alcohol (25b).

Nos gustaría destacar que, de este grupo, el 13b no tiene antecedentes ni causas judiciales pendientes y sin embargo puntúa 6 como necesidad de asesoramiento en esta área. Se debe a que prácticamente todos sus ingresos provenían de actividades ilegales – se dedica al tráfico de drogas y nunca le han pillado- y al preguntarle cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su propio beneficio contesta directamente que 30 días. En cuanto al 24b, aunque lo que consta en la ficha social es que sólo tiene pendiente un juicio de faltas (que no tiene antecedentes ni causas pendientes) en el pase del EuropASI, vemos que ha sido acusado en varias ocasiones de delitos violentos, robos y tráfico de drogas aunque ninguno de esos cargos acabaron en condenas; y que en el momento actual estaba pendiente de un juicio por robo⁶⁴.

Por otro lado, los individuos 1b, 2b y 9b están cumpliendo en la Unidad de Deshabitación. En el caso del 1b está cumpliendo un año u medio como medida alternativa a la prisión y tiene causas judiciales pendientes de juicio (robo con violencia, uso de armas y falta de lesiones). El 2b tiene también dos causas judiciales pendientes (delito contra la salud pública y conducción bajo síntomas de haber bebido alcohol) y está cumpliendo una medida en el centro con suspensión de 9 fines de semana. Y el 9b tiene una medida de seguridad por le ley del menor (mujer de 15 años) por varias detenciones por robos múltiples. Además de estos tres, el 6b fue excarcelado por la nueva ley del menor con seguimiento y medida de seguridad en U.D.R. (es el individuo que estaba en prisión desde los 16 años y tenía 26 actualmente, y estaba condenado a otros 12 años mas por robos con violencia, tenencia de armas, robos con violación y

⁶⁴ ¿Es posible que los datos de la ficha social no estuvieran “actualizados” en el momento del ingreso y el usuario no refiriera ese juicio pendiente?.

violaciones). El individuo 26b tiene tres causas judiciales pendientes de juicio pero no está cumpliendo actualmente ninguna.

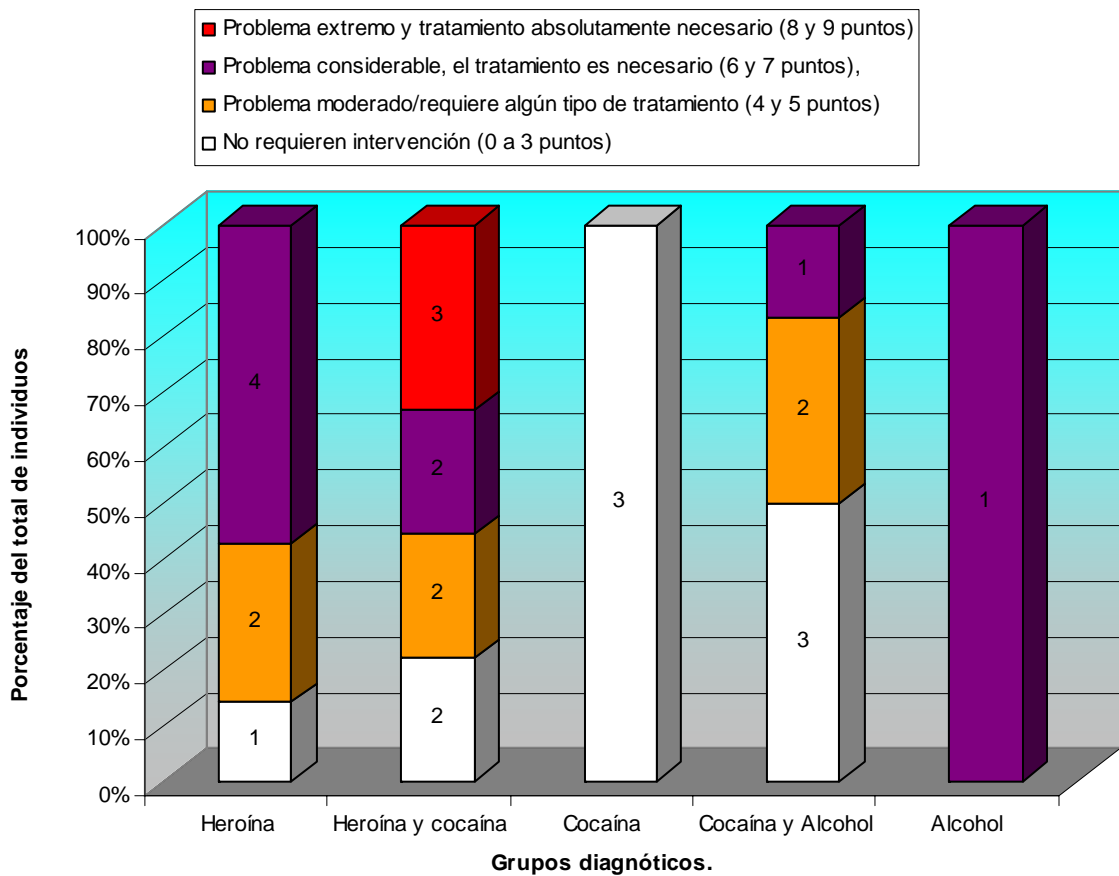
Finalmente, el 25b, aunque puntúa alto en esta área, no tiene antecedentes ni causas pendientes. Tiene que acudir al juzgado en varias ocasiones durante el programa por denuncias por malos tratos puestas a su pareja. Ella se persona como denunciante en este caso.

Tres individuos, el : 3b, 18b y 20b puntúan 8 - problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario-. Los tres son dependientes de heroína y cocaína. Son el 11,54% de la muestra. Según los datos de que disponemos, el 3b, aunque no le constan antecedentes, tiene un juicio pendiente por robo con fuerza y estafa con una petición fiscal de 7 y 16 meses. En cuanto al 18b y 20b, ambos tienen antecedentes judiciales y más de 5 causas pendientes en el primer caso y 2 en el segundo.

Para finalizar sólo anotaremos cuáles son los dieciseis individuos que, según los datos de la ficha social, no tienen antecedentes ni causas judiciales pendientes. Son el 4b, 5b, 7b, 11b, 12b, 13b, 14b, 15b, 16b, 17b, 19b, 21b, 22b, 23b, 24b y 25b.

Igual que en las áreas anteriores, en la siguiente gráfica podemos ver la distribución de las puntuaciones por grupos diagnósticos en esta área.

Severidad. Area Legal.



f) Familiar/Social:

Es la segunda área por orden de puntuación en que los individuos de la muestra manifiestan tener más problemas o requerir más intervención. Además todos los individuos de la muestra entrevistados requieren intervención o tratamiento en esta área. Es decir, no hay ninguno con puntuación igual o inferior a 3 puntos.

Con 4 y 5 puntos -problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento- hay seis individuos: 23b (4 puntos) y 3b, 4b; 5b, 8b y 21b (con 5 puntos). Son el 23.08% de la muestra. Cuatro de ellos son dependientes de heroína y cocaína (3b, 4b, 8b y 23b), uno de heroína (5b) y otro de cocaína y alcohol (21b).

En el 69,23% de la muestra (18 individuos), el problema es considerable y el tratamiento es necesario. Son el 2b, 6b, 7b, 9b, 10b, 11b*, 14b, 15b, 16b, 20b y 24b con 6 puntos y el 1b, 12b, 13b, 17b, 18b, 22b y 26b con siete. Al clasificarlos por diagnósticos encontramos que seis son dependientes de heroína (1b, 2b, 6b, 7b, 9b y 14b); cinco dependientes de heroína y cocaína (10b, 13b, 18b, 20b y 26b); tres son los dependientes de cocaína (11b, 15b y 17b); cuatro son dependientes de cocaína y alcohol (12b, 16b, 22b y 24b).

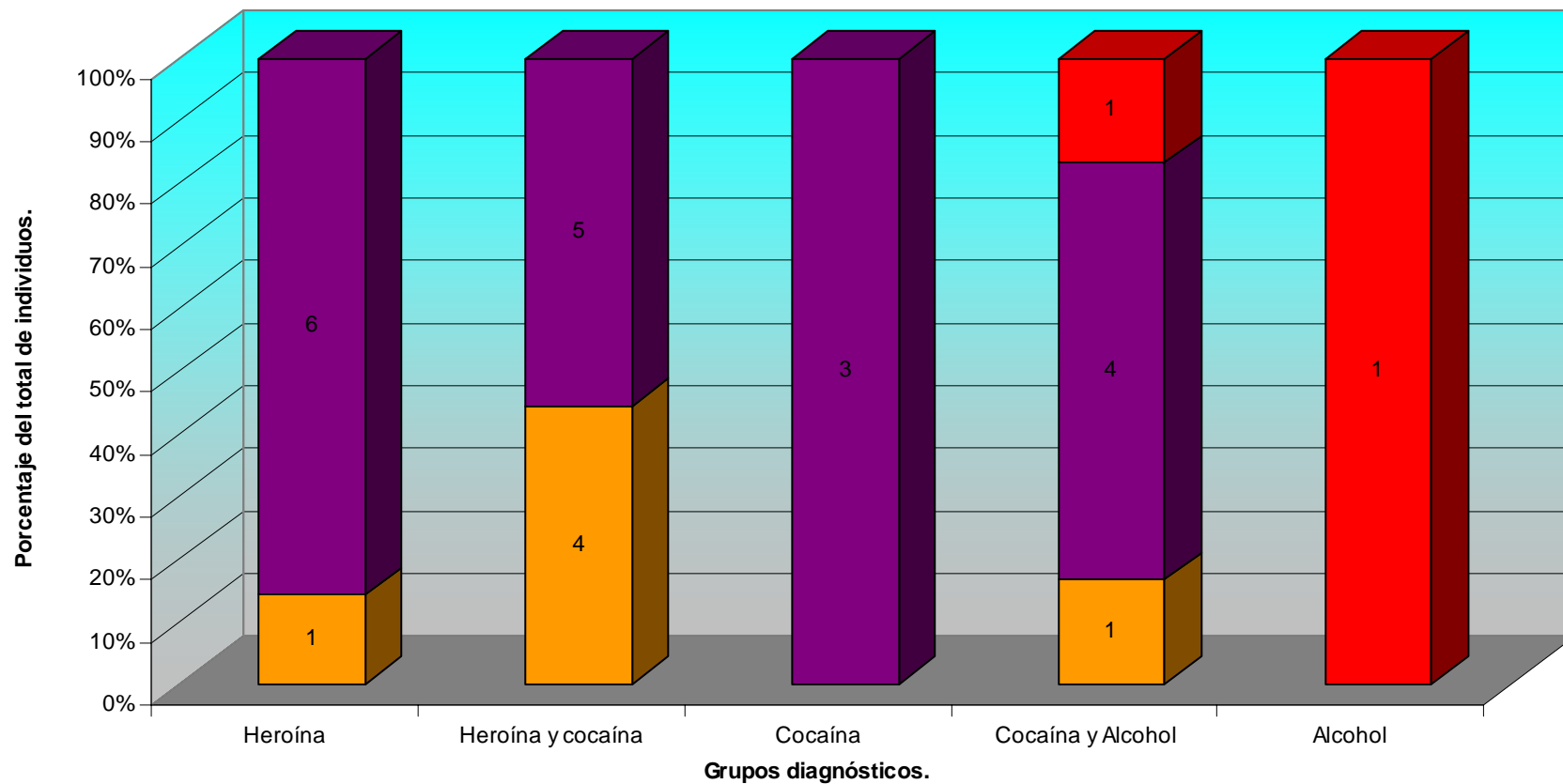
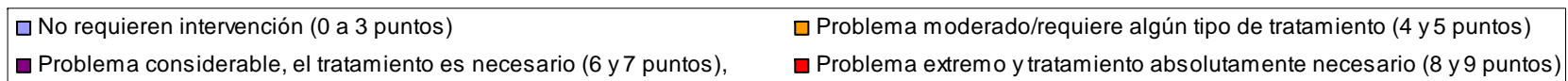
Finalmente, hay dos individuos con problema extremo en esta área y el tratamiento es absolutamente necesario. Son el 19b (dependientes de cocaína y abuso de alcohol) y el 25b dependiente de alcohol.

Anotar que:

- El 11b procede de una familia desestructurada, con muchos problemas familiares que requerirían intervención pero el paciente ha pasado en un piso de acogida la mayor parte del tiempo en los últimos 8 meses.
- El 19b tiene muchos e importantes problemas familiares y aislamiento social.
- El 23b refiere que no le han criado sus padres, que sólo ha vivido con ellos en los 6 últimos años (antes estaba con sus abuelos).

En la figura Severidad. Area familiar/social se puede ver esta distribución.

Severidad. Area familiar/social.



g) Psicológico:

Sólo cuatro individuos del total, el 15,39%, no tienen problemas en esta área o son leves y el tratamiento no es necesario. Son el 8b y 15b con un punto, el 2b con dos puntos y el 17b con tres puntos. Uno es dependiente de heroína (2b); otro de cocaína y heroína (8b) y dos son dependientes de cocaína (15b y 17b).

Comentar de este grupo que el individuo 17b spravalora la necesidad de tratamiento (se puntúa 4) pero realmente no aparecen problemas relevantes al valorar los ítems críticos que nos hagan darle una puntuación alta.

Tiene un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento el 38,46% de la muestra (10 individuos). Corresponden al 1b; 5b y 26b con cuatro puntos y al 3b, 9b, 11b, 14b, 19b, 22b y 23b con cinco. Son cuatro dependientes de heroína (1b, 5b, 9b y 14b); tres dependientes de heroína y cocaína (3b, 23b y 26b); un dependiente de cocaína (11b) y dos de cocaína y alcohol (19b y 22b).

De los individuos de este grupo –con un problema moderado- anotamos lo siguiente en el pase del EuropASI:

-En el 1b, cuando se le pasa el EuropASI ya está en tratamiento neuroléptico –al ingreso no lo estaba- y más centrado; por ello la puntuación probablemente habría sido más alta en otra época. Tiene historia de varios brotes psicóticos desde 1985. Fue diagnosticado en 1982 de “Neurosis Paranoide”. En la solicitud de ingreso refieren que la sintomatología psicótica remitía en los periodos de abstinencia.⁶⁵

- Por otro lado, los individuos 3b y 19b puntúan en esta área relativamente bajo si consideramos sus problemas reales (en función de los datos extraídos de la observación y evolución en el centro). Es decir, por los datos extraídos de la clínica necesita mucha más intervención o más intensiva de lo que pudiera parecer por la puntuación inicial del test.

- Algo similar ocurre con el 22b en que anotamos que: Según ítems críticos requiere algún tratamiento pero no tienen una puntuación alta en este apartado en comparación con sus problemas reales (inestabilidad, conductas pasivo-agresivas hacia la familia, actitud autodestructiva en su consumo, inmadurez, impulsividad y baja tolerancia a la frustración). Se confirma durante el programa un trastorno límite de personalidad.

- Sin embargo, con el 5b, nuestras anotaciones iban en sentido contrario: Supravalora sus problemas en áreas médica, uso de drogas y área psiquiátrica.

Otro 30,77% tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Son 8 individuos: Puntúan 6 el 4b, 7b, 10b, 18b, 21b* y 24b; y puntúan 7 el 16b y 25b. De ellos, sólo uno es dependiente de heroína (7b), tres son dependientes de heroína y cocaína (4b, 10b y 18b); otros tres de cocaína y alcohol (16b, 21b y 24b) y otro dependiente de alcohol (25b).

De algunos individuos de este grupo anotamos lo siguiente:

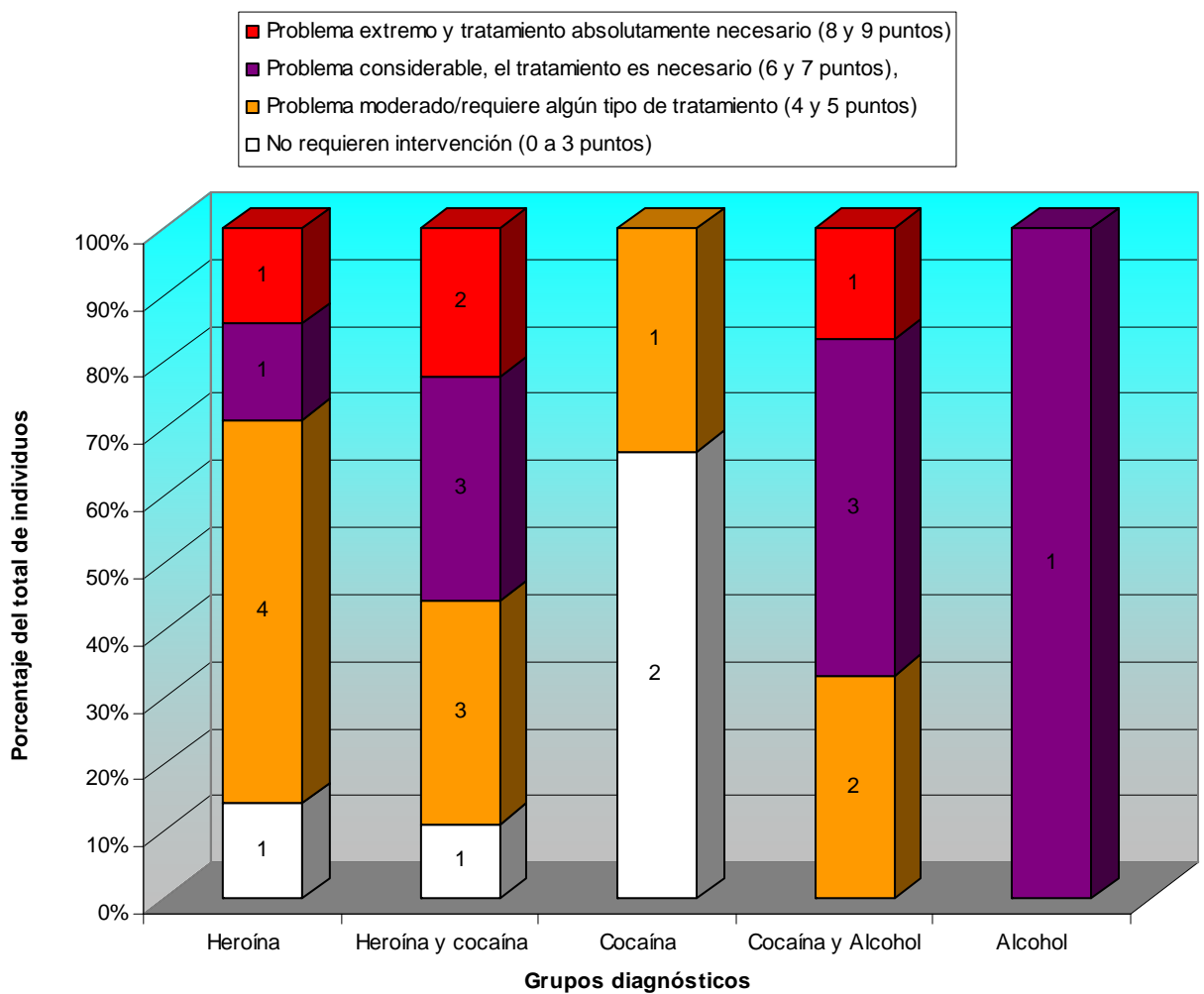
⁶⁵ Durante la apertura de la historia clínica tras la entrevista y al hacer referencia a una prueba de Mantoux positiva y la necesidad o no de tratamiento con isoniacida, el paciente tiene una reacción desmesurada elevando el tono de voz y con agresividad. Indagamos sobre tratamientos farmacológicos y averiguamos que había abandonado el tratamiento neuroléptico que necesitaba –venía descrito en su solicitud de ingreso susceptibilidad, hipervigilancia y suspicacia. Durante el programa se mantiene el tratamiento y revierte la sintomatología.

- En 7b puntúa con rango alto (6) porque los múltiples intentos de suicidio así lo indican a pesar de la infravaloración de la paciente de la necesidad de tratamiento (se puntúa 1 y 0 respectivamente).

- El 21b Tiene un importante trastorno psiquiátrico y puntúa bajo en este apartado. Está infravalorado comparando la puntuación extraída de los ítems y la observación directa de la gravedad de la sintomatología en su problema psiquiátrico.

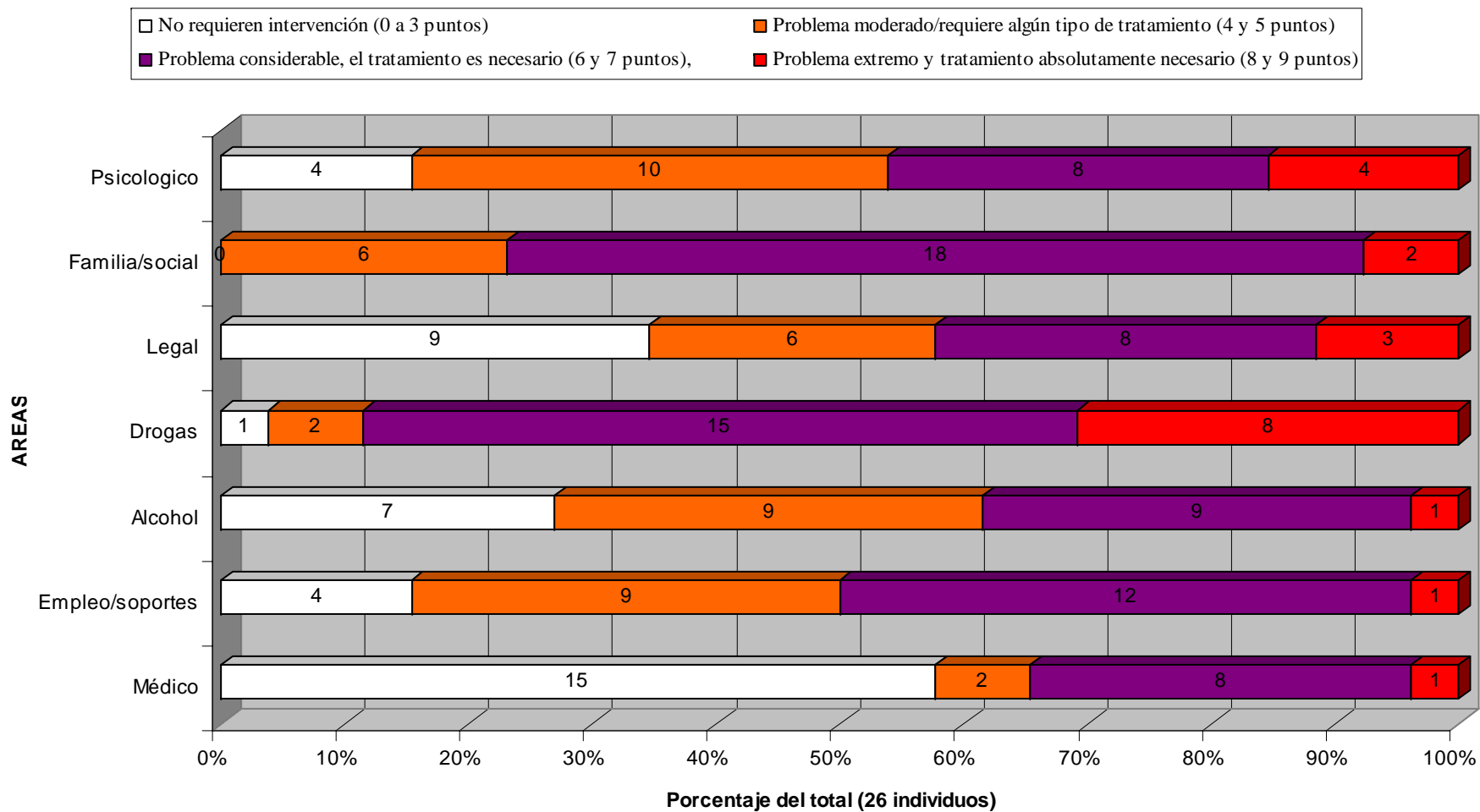
Finalmente, cuatro individuos, el 15,39%, tiene un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario. Son el 6b, 12b, 13b y 20b. Uno es dependiente de heroína (6b), otro de cocaína y alcohol (12b) y dos de cocaína y heroína (13b y 20b).

Severidad. Area psicológica



En el gráfico siguiente – Rangos de puntuaciones de severidad por áreas- se puede apreciar la distribución del número total de individuos que puntúan en cada uno de los rangos de severidad y por áreas.

Rangos de puntuaciones de severidad por áreas



Características sociodemográficas y severidad en función de los diagnósticos.

Finalmente, hemos analizado las distintas características sociodemográficas de la muestra agrupada por drogas de consumo y vías (en función de la clasificación ya mencionada) para poder compararlos y ver si encontramos diferencias.

❖ En los dependientes a heroína como única droga que genera dependencia encontramos:

1) Distribución por sexos.

El 25% son mujeres, un total de 5 casos. Dos pertenecen a la primera muestra y 3 a la segunda. Si bien, de las cinco mujeres que consumen heroína como sustancia principal cuatro lo hacen por vía fumada y sólo una intravenosa. Es decir, las mujeres son el 36,36% de los consumidores de heroína fumada (cuatro mujeres de once casos) y sólo el 11,11% de los de heroína intravenosa (un único caso entre nueve y que pertenece a la primera muestra). Entre las mujeres de nuestra muestra que consumen heroína como droga principal el consumo por vía fumada es mucho más frecuente que por vía intravenosa siguiendo una proporción de 4/1. En cuanto a los varones consumidores de heroína, son un total de 15 individuos –el 75% restante de los dependientes a heroína como diagnóstico principal- de los que 7 corresponden a la primera muestra y 8 a la segunda. De estos, 7 consumen por vía fumada y 8 por vía intravenosa. Los hombres son el 63,64% de los dependientes de heroína fumada y el 88,89% de los consumidores de heroína intravenosa (todos menos una mujer).

El porcentaje de mujeres entre los dependientes de heroína en el informe número 4 del O.E.D.⁶⁶, que corresponde a los drogodependientes admitidos a tratamiento en 1999, es

⁶⁶ “FUENTE: Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).”

del 15,2%. En el informe número 6 correspondiente a 2001, el porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento y dependientes de heroína es del 15,6%. En los datos de que disponemos de la Comunidad Valenciana⁶⁷ los porcentajes de mujeres admitidas a tratamiento son del 20,88% en 1999 y del 19,56% en 2001.

Los porcentajes de mujeres dependientes de heroína en nuestras submuestras son del 15,38% en 1999 (2 mujeres de 13 dependientes de heroína) y el 42,86% en 2001 (3 de 7) si consideramos los dependientes de heroína como principal y único diagnóstico. Si añadiéramos a éstas las mujeres dependientes de heroína y cocaína, el porcentaje total de mujeres dependientes de heroína de la muestra sería del 17,6% para 1999 y del 25% para 2001 de los dependientes de heroína –con o sin otros diagnósticos-.

2) Distribución por grupos de edad.

En la distribución por edades encontramos que, en el grupo de menores o iguales a 20 años hay dos mujeres consumidoras de heroína fumada y 2 hombres consumidores de heroína intravenosa. En el grupo de 21 a 25 años hay un varón consumidor de heroína fumada y otro consumidor de intravenosa. De 26 a 30 años hay un total de 6 individuos consumidores de heroína fumada (que constituyen la moda para este tipo de consumo en cuanto a grupo edad), dos de estos son mujeres. En cuanto a los consumidores de heroína intravenosa sólo hay dos varones en este grupo de edad. Entre 31 y 35 años hay dos individuos consumidores de heroína fumada y dos de heroína intravenosa (uno de estos es la única mujer consumidora de heroína por vía intravenosa). Entre 36 y 40 años hay también dos individuos consumidores de heroína intravenosa.

La media de edad para todos los dependientes de heroína en la muestra es de 27,7 años. Para los heroinómanos de la primera muestra es de 27,54 años y de 28 años para la segunda. Ambas medias son inferiores a las medias de edad de los dependientes de heroína registradas en los informes del OED que para 1999 fue de 31,31 años y de 32,82 para 2001. También son inferiores a las medias de edad de los dependientes de opiáceos admitidos a tratamiento en la C. Valenciana en los mismos años que son de 30,64 años en 1999 y de 32,32 años en 2001.

En nuestra muestra, la media de edad para el grupo de consumidores por vía fumada es 26,73 años, algo inferior a la media del grupo de consumidores por vía intravenosa que es de 28,89 años.

Hemos encontrado también que la edad media de las mujeres consumidoras de heroína fumada es bastante inferior a la de los varones. Son 22,75 años para las mujeres y 29 años para los varones consumidores de heroína fumada.

En cuanto a los consumidores por vía intravenosa, la única mujer que forma parte de este grupo tiene 34 años (4,11 años más que la media) y la media para los varones es de 28,25 años en este grupo.

3) Lugar de nacimiento y residencia.

La distribución por lugar de nacimiento y residencia de los consumidores de heroína es bastante heterogénea y su distribución no muestra diferencias con la de la muestra general. Corresponde a los datos que aparecen en la siguiente tabla.

⁶⁷ FUENTE: Dirección General de Atención a al Dependencia. Cosellería de Sanitat. Comunidad Valenciana.

	Heroína Fumada		Heroína Intravenosa	
	Nacimiento	Residencia	Nacimiento	Residencia
Alicante	1	0	0	0
Provincia				
Alicante	1	2	3	3
Valencia	7	5	3	3
Provincia				
Valencia	1	4	1	3
Otras				
Provincias	1	0	1	0
Extranjero	0	0	1	0

Al compararlo con la muestra general quizá lo único que podemos destacar es que el 47,62% (10 individuos) de los todos los nacidos en Valencia (21 individuos) son consumidores de heroína y el 44,44% (4 individuos) de los nacidos en Alicante (9 individuos). En cuanto a la residencia, también el 57,14% (8 individuos) de los residentes en Valencia capital de nuestra muestra (14 individuos) son consumidores de heroína y un 33,33% (7 individuos) de los residentes en la provincia de Valencia (21 individuos). Un 38,46% (5 individuos) de los residentes en la provincia de Alicante (13 individuos) son consumidores de heroína y ninguno de los residentes en Castellón o su provincia.

Si analizamos donde nacieron y residen los dependientes de opiáceos de nuestra muestra encontramos que el 60% (12 individuos) nacieron en Valencia o su provincia, el 25% en Alicante y su provincia, el 10% en otras provincias y el 5% en el extranjero⁶⁸. Los porcentajes en los datos que nos aportó la Dirección General de Drogas de la C. Valenciana son del 40,20% en 1999 y 43,50% en 2001 de heroínómanos nacidos en Valencia, el 18,68% (1999) y 16,15% (2001) de nacidos en Alicante, el 34,66% (1999) y 33,82% (2001) de nacidos en otras provincias y el 6,47% en 1999 y el 6,53% en 2001 de nacidos en el extranjero.

En cuanto al lugar de residencia encontramos que el 75% (15) viven en Valencia y su provincia y el 25% restante en Alicante y su provincia. En los datos de la C. Valenciana encontramos unos porcentajes de residencia en Valencia del 53,90% para 1999 y del 56,71% en 2001; residen en Alicante el 31,98% de 1999 y 30,39% en 2001; hay un 13,53% en 1999 y un 12,55% en 2001 de residentes en Castellón y el resto viven en otras provincias de España o extranjero.

4) Nivel de estudios.

De los consumidores de heroína, 8 tienen el Graduado Escolar (4 son consumidores por vía fumada y 4 intravenosa), estos son el 47,06% de los individuos de la muestra con un nivel de estudios mínimo de Graduado Escolar (17 individuos) y el 40% de los dependientes de heroína. Además 5 individuos (3 por vía fumada y dos intravenosa) tienen un nivel de estudios de primaria inacabada en cursos superiores a 5º de EGB. Sólo un individuo (el 5% de dependientes de heroína) tiene un nivel igual o inferior a 5º curso y pertenece al grupo de los consumidores por vía intravenosa. Es el individuo

⁶⁸ No nos ha parecido relevante hacer la distribución dividiendo los 20 heroínómanos en las dos muestras por considerar que no nos clarificarían más y la comparación con los datos de la Comunidad Valenciana se podría hacer en cualquier caso.

número 6 de la segunda muestra (el mismo que está en tratamiento con metadona y ha pasado los últimos años en prisión). Por lo demás, 6 de los consumidores de heroína tienen un nivel de estudios de secundaria (FP o BUP, o niveles superiores a 2º de ESO), son el 30% de los consumidores de heroína de nuestra muestra y el 35,29% de todos los individuos de la muestra con un nivel de estudios superior al Graduado Escolar (17 individuos). Si bien sólo uno de ellos alcanzó el nivel de COU pero no lo acabó. En nivel de estudios por sexos en este grupo es similar.

El nivel de estudios de los dependientes de heroína de nuestra muestra es superior al de los registrados en el OED. En los informes de 1999 y 2001, el porcentaje de individuos con dependencia de heroína y estudios de primaria inacabada o inferior (sin estudios) es del 54,5% y 53,1% respectivamente –en nuestra muestra sólo había un individuo con nivel de estudios inferior a 5º de EGB y otros 5 con primaria inacabada que constituyen en total el 30% del total de dependientes de heroína-; el porcentaje de individuos con EGB acabada, ESO o Bachiller Elemental es del 26,2% para 1999 y 30,6% para 2001 - en nuestra muestra es del 40%- y con un nivel de secundaria (FP, BUP, etc) del 16,5% y 13,8% respectivamente –en nuestra muestra el porcentaje global en este grupo era del 30%- . Si comparamos con los datos obtenidos de esos mismos años entre los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana, encontramos que: El porcentaje de admitidos dependientes de heroína con un nivel de estudios de G. Escolar o equivalente fue del 28,31% en 1999 y 28,93% en 2001; el 56,69% de 1999 y 52,93% de 2001 tienen un nivel de estudios inferior a G. Escolar (primaria inacabada o inferior) y un 15% en 1999 y un 18,14% para 2001 tienen un nivel superior a G. Escolar. También en este caso el nivel de estudios de nuestra muestra es superior al de la población de referencia en esos años.

5) Situación laboral principal.

De los cuatro individuos de la muestra que nunca han trabajado, tres pertenecen al grupo de consumidores de heroína por vía intravenosa. Sus edades son 18, 25 y 27 años y los tres son varones. Estos son el 33,33% de los consumidores de heroína intravenosa y el 15% de los dependientes a heroína como principal diagnóstico. Además, el 50% de los trabajadores en la hostelería de nuestra muestra (4 individuos), son consumidores de heroína fumada. También el 50% de los trabajadores de la construcción de nuestra muestra (3 individuos) son consumidores de heroína (uno por vía fumada y otro intravenosa). El único trabajador de servicios públicos de la primera submuestra consume heroína por vía intravenosa. Además 3 individuos consumidores de heroína fumada trabajan en fábricas e industrias, dos en otras ocupaciones y uno es artesano de la madera y la piedra. En cuanto a los consumidores de heroína intravenosa no descritos hasta ahora, uno es fontanero y los otros dos tienen otras profesiones.

Como hemos comentado, el 15% de los dependientes de heroína de nuestra muestra nunca han trabajado (el 15,38% de la muestra de 1999 y 14,29% de la de 2001); y el otro 85% corresponde a individuos que están trabajando o parados pero habiendo trabajado antes (el 84,62 de la primera submuestra y el 85,71% de la segunda). Si comparamos con los datos del Observatorio Español sobre Drogas encontramos que en 1999 el porcentaje de individuos dependientes de heroína que están parados sin haber trabajado antes era del 10,6% y del 8,8% para 2001. Ambos porcentajes son inferiores a los de nuestras muestras. Sin embargo, también son inferiores si consideramos los de individuos que estaban trabajando o parados pero habiendo trabajado antes que eran del 77% para 1999 y 75,1 para 2001 en el OED. Esto ocurre porque el OED hace otro grupo clasificatorio que denomina “Otros” al referirse a la situación laboral en el que están

incluidos el 2,9% de los dependientes de heroína de 1999 y el 16,1% de los de 2001⁶⁹. Algo similar ocurre con los datos de admitidos para esos años en la C. Valenciana por dependencia de heroína en que el 7,39% para 1999 y el 6,91% para 2001 estaban parados sin haber trabajado antes; 81,87% en 1999 y el 80,69% en 2001 está trabajando (aunque no en todos los grupos son trabajos remunerados) o parado pero habiendo trabajado antes; además el 5,50% son pensionistas y el 5,25% están clasificados en el grupo de “otros” para 1999 y estos porcentajes para 2001 son del 7,38% de pensionistas y el 5,03% de otros.

6) Características del núcleo familiar.

Todos los consumidores de heroína de nuestra muestra proceden de familias de cuatro o más miembros, es decir, en todas las familias son al menos dos hermanos. La media de hermanos por familia para los consumidores de heroína es de 3,5 hermanos aunque hay que tener en cuenta que a este grupo pertenece un consumidor de heroína intravenosa de la segunda submuestra con 10 hermanos. Esta “distorsión” de los resultados se puede evitar si comparamos la muestra por subgrupos. El porcentaje de familias con cuatro o más hijos es del 35% (7), con tres hijos del 45%(9) y con dos del 10%(2 familias). En cuanto al lugar que ocupan entre los hermanos, en los 20 consumidores de heroína, 5 (el 25%) son el hermano mayor, 9 (45%) son el hermano menor, de los 6 restantes 4 son los segundos hermanos de tres y cuatro hermanos y otros dos son el tercero de 5 y el noveno de 10 hermanos. La edad media de los hermanos de los consumidores de heroína es de 28,55 años (un año por encima de la media de edad del grupo que es de 27,3 años).

La media de hermanos por familia en los consumidores de heroína fumada es de 3,36 hermanos por familia, siendo el número de hermanos que más se repite en de 4 y 3 hermanos con cinco familias en cada caso (45,45% de las familias de los consumidores de heroína fumada para cada grupo) y el caso restante corresponde a un individuo con un único hermano. En este caso es una de las 4 mujeres consumidoras de heroína fumada y es la hermana mayor. En general, en los 11 individuos consumidores de heroína fumada, son el hermano mayor en 3 casos, el menor en 6 casos y el segundo de cuatro hermanos en otros 2 casos. La edad media de los hermanos es de 27,88 años (un año por encima de la edad del subgrupo).

La media de hermanos por familia en los consumidores de heroína intravenosa es de 3,67 hermanos por familia, pero la distribución no es tan homogénea como en los consumidores por vía fumada porque hay un individuo perteneciente a una familia con 10 hermanos. Además hay 4 individuos que proceden de familias con 3 hijos, 3 de familias con 2 hijos y otro procedente de una familia con cinco hijos. Tres individuos son el hermano menor y dos son el mayor. El resto son el tercero de cinco hermanos, el segundo de tres hermanos en dos casos y el noveno de 10. La edad media de los hermanos en este subgrupo es de 29, 44 años (también un año por encima de la edad del subgrupo).

En un estudio de Bogani⁷⁰ sobre 539 pacientes dependientes de opiáceos, de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Bétera encontramos que el número de familias con

⁶⁹ Creemos que engloban aquellos casos que se dedican a actividades ilegales, o a encarcelados antes del tratamiento o a trabajos dentro del hogar.

⁷⁰ BOGANI MIQUEL, E.; CASANOVES CUENCA, E.; ARLANDIS VILLARROYA, A. (1990). *Heroinómanos: Hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años*. Revista española de drogodependencias, 15 (4), 249-253.

cuatro o más hijos es de 285 (el 52,88%), el de familias con 3 hijos de 134 (24,86%), con 2 hijos de 93 (17,25%) y con un hijo único de 28 (5,20%). La media de hijos por familia en este estudio es de 3,98 hijos por familia. En cuanto al lugar que ocupan dentro de las familias, en el son los hijos mayores en el 22,08% (119 pacientes), en el 41,19% son los intermedios (222), y son hijos únicos en el 5,20% (28 casos) e hijos menores en el 31,53%.

En cuanto al estado civil de los progenitores de las familias de procedencia 8 (40%) proceden de familias con progenitores casados (5 en los consumidores de heroína fumada y 3 en los de intravenosa). Además 6 más –otro 30%- (2 entre los consumidores de heroína fumada y 4 en los de intravenosa) proceden de familias con progenitores viudos pero que estaban casados anteriormente. Tres (el 15%) proceden de familias divorciadas (los tres son consumidores por vía fumada) y otros 3 de progenitores separados (uno consumidor de heroína fumada y 3 intravenosa). Entre las familias de divorciados y separados hay también 2 progenitores viudos/as y un padre en paradero desconocido desde la infancia del individuo. Encontramos que del total de nuestra muestra de padres fallecidos o en paradero desconocido (12 familias), en el grupo de dependientes de heroína se encuentran la mitad de estas familias. Es decir, el 58,33% de los individuos (7 individuos) con padre fallecido o ausente de nuestra muestra son consumidores de heroína. También el 66,67% (2 familias) de los individuos con madre fallecida son consumidores de heroína.

Al comparar estos datos con el estudio de Duran Gervilla de 1994 en familias de toxicómanos⁷¹, el 6,77% de los padres encuestados eran solteros, el 8,27% viudos, el 5,26% separados y el 3,01% divorciados.

La edad media de los padres de los dependientes a heroína de la muestra es de 61,08 años y la de las madres de 59,56 años. Ambas edades medias son superiores a las edades medias de los padres de la muestra en su conjunto que eran de 59,58 años para los padres y 57,37 años para las madres. Además si analizamos por separado según la vía de consumo de la heroína vemos que las edades medias de los padres y madres de los consumidores de heroína fumada son de 62 años y 59,3 años respectivamente y para los consumidores por vía intravenosa de 59,6 para los padres y 59,88 para las madres. Es decir, los padres de los consumidores de heroína vía intravenosa de nuestra muestra son más jóvenes que los de los consumidores por vía fumada y en las edades de las madres la diferencia es muy pequeña. Los progenitores de los consumidores de heroína fumada difieren más en edades que los de intravenosa. Además y según los datos, los padres de los consumidores de heroína intravenosa son ligeramente más jóvenes que las madres pero hay que tener en cuenta que tres de estos padres han muerto y uno está en paradero desconocido por lo que no se contabiliza en estas medias. Este es un factor de distorsión a tener en cuenta.

En el estudio de Ayerbe⁷² de 1997 sobre clima familiar en pacientes heroínómanos (60 pacientes y 36 controles) encontramos una media de edad en los padres de 58 años y en las madres de 56 años.

⁷¹ BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). *La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones*. Revista española de drogodependencias, 19 (4), 297-310.

⁷² AYERBE, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; GARCÍA, E.; SANTOS, A. (1997). *Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos*. Adicciones, 9 (3), 375-379.

Finalmente, comentar que cinco individuos dependientes a heroína – el 25% de este subgrupo- (3 consumidores de heroína fumada y 2 de intravenosa), han tenido familia propia aunque actualmente vuelven a convivir en domicilio paterno. Tres de ellos son mujeres con hijos (2 hijos para cada una de las dos dependientes a heroína fumada y uno para la mujer dependiente de heroína intravenosa) que actualmente regresaron al domicilio de la familia de origen. Los otros dos son varones que se casaron y no tuvieron hijos.

7) Nivel de estudios y trabajo de los padres.

Siete de los 20 padres de los consumidores de heroína (el 35%) tienen el nivel de estudios más bajo en este subgrupo que corresponde a los padres que saben leer y escribir (sin haber completado estudios primarios). De ellos, 5 corresponden a padres de los consumidores de heroína fumada y 2 de intravenosa. En cuanto a las madres, 10 (50% de las madres de los consumidores de heroína) son las que saben leer y escribir como nivel máximo de estudios; 6 son madres de consumidores de heroína fumada y 4 de intravenosa. Hay dos madres más (una de cada subgrupo) que tienen un nivel más bajo de estudios, prácticamente no saben leer ni escribir.

Seis padres más (3 del grupo de heroína fumada y 3 del de intravenosa) refieren un nivel de estudios primario y uno más con certificado de escolaridad. Así, otro 35% de los padres tiene estudios primarios como nivel máximo de estudios. Respecto a las madres, 4 (2 de heroína intravenosa y 2 del grupo de fumada) tienen un nivel de primaria y otras dos más (una de cada subgrupo) tienen el certificado de escolaridad. Estas 6 mujeres son el 30% de las madres de los consumidores de heroína.

Solo una madre tiene estudios secundarios (ningún padre). Respecto al nivel de estudios superiores éste es alcanzado por 2 padres y una madre.

En cuanto a los cuatro padres restantes, dos han estado en paradero desconocido y hace tiempo que no conviven con la familia y en los otros dos el individuo de la muestra refirió no conocer el nivel de estudios.

En el estudio de Bueno Cañigral y Duran Gervilla mencionado del Programa Municipal de Drogas de Valencia, encontramos un nivel de estudios en los padres participantes de un 51,52% con estudios primarios, el 12,88% no tienen estudios, el 28,03% tienen estudios medios y el 7,58% superiores. Así mismo, en el de Ayerbe en heroínómanos, el 40% de los padres y 50% de las madres tienen estudios primarios inacabados o no tienen estudios y el 36% de padres y 38% de madres acabaron la EGB.

En cuanto a la distribución por ocupación de los padres y madres de la muestra:

- Trabajadores especializados de la industria y la hostelería: 4 padres de los individuos que consumen heroína fumada trabajan en este sector (ninguno de los padres del grupo de heroína intravenosa). Estos son un 36,36% de los padres que trabajan en este sector (4 de 11 padres). En cuanto a las madres, también cuatro son trabajadoras especializadas de la industria y la hostelería (3 madres de individuos que consumen por vía fumada y uno intravenosa). También son un 36,36% del total de madres que tienen estas ocupaciones.

- Trabajadores no especializados sólo hay dos padres que corresponden a los individuos que consumen heroína intravenosa y tres madres (de 8 que trabajan en este grupo).

- No hay ningún padre de los vivos (si hay uno fallecido) en estos dos subgrupos de consumidores de heroína que haya trabajado en servicios públicos, aunque si que hay

una madre de una consumidora de heroína intravenosa que trabajaba en servicio público y que en el momento del estudio había fallecido.

- En cuanto a artesanos de la madera y la piedra, el único padre de la muestra que se dedica a este oficio y aún está en activo es un padre de un individuo consumidor de heroína intravenosa.

- Tres madres de los consumidores de heroína fumada y cuatro de los consumidores por vía intravenosa son amas de casa. Estas 7 madres son el 35% de las madres de los consumidores de heroína.

- Padres jubilados en este subgrupo hay 6, el 46,15 % de todos los padres jubilados. Tres corresponden a padres de consumidores de heroína por vía fumada y los otros 3 por vía intravenosa. En cuanto a las madres, 3 de los consumidores de heroína fumada están jubiladas y una de los consumidores intravenosos. Estas cuatro madres son el 100% de las madres jubiladas de la muestra.

- Finalmente, tal y como se ha comentado en otros apartados, 3 padres de los consumidores de heroína fumada y 4 de los consumidores por vía intravenosa han fallecido. Estos son un 58,33% de los progenitores varones fallecidos (7 de 13). En cuanto a las madres, han muerto 2, una de cada subgrupo, y que constituyen el 66,67% de las madres fallecidas (2 de las 3). Encontramos así más progenitores fallecidos entre los consumidores de heroína.

En cuanto a la situación laboral en el pasado y el empleo de todos los padres y madres conocidos (fallecidos ya o jubilados), sigue esta distribución:

Ocupaciones de los padres.	Consumidores de heroína fumada	Consumidores de her. intravenosa	Consumidores de heroína.
Hostelería	2	1	3 (15%)
Construcción	2	-	2 (10%)
Trasportes	-	2	2
Artesanos madera/piedra	2	-	2
Servicios públicos	-	1	1 (5%)
Empleados de fábricas/industria	3	-	3
Otras ocupaciones	-	3	3 (15%)
Desconocido o ausente	2	2	4 (20%)
Ocupaciones de las madres	Consumidores de heroína fumada	Consumidores de her. intravenosa	Consumidores de heroína.
Hostelería	2	1	3 (15%)
Empresas de limpieza	-	2	2 (10%)
Ama de casa	3	4	7 (35%)
Servicios públicos	1	-	1 (5%)
Empleados de fábricas/industria	4	1	5 (25%)
Otras ocupaciones	1	1	2

En la gráfica anterior destacan los siguientes datos al comparar con la muestra en su conjunto:

En primer lugar, el porcentaje de padres en paradero desconocido o bien de aquellos en las que el individuo no sabe especificar en nuestra muestra es de 6 individuos y cuatro de estos (el 66,67%) corresponden a padres de consumidores de heroína como principal sustancia (que son el 38,4% de la muestra). Son a su vez el 20% de los padres de los consumidores de heroína.

Por otro lado, el porcentaje de madres que son amas de casa en este subgrupo es sólo de 7 (el 35% de las madres de los dependientes a heroína); sin embargo, esta cifra es baja en comparación con el porcentaje de amas de casa de la muestra que es del 50% (26 madres). Nos encontramos por tanto que el porcentaje relativo de madres que trabajan fuera de casa es mayor en las madres de heroinómanos que en el global de la muestra. Sobre los empleos de esas madres comentar que 2 de las 3 madres trabajadoras en empresas de limpieza de la muestra son madres de heroinómanos y que de las 8 madres trabajadoras en fábricas e industrias de la muestra 5 (el 62,5%) corresponden a este subgrupo.

Así mismo, si cotejamos estos datos con los del estudio del Programa Municipal de Drogodependencias de 1994 que comentamos en el apartado de datos familiares sobre progenitores de drogodependientes (y en el que por el momento de obtención de los datos la mayoría de los toxicómanos eran heroinómanos) encontramos los siguientes datos: El 51,88% de los encuestados hacen trabajos domésticos (el 73,88% de los encuestados eran madres); el 11,28% estaban en paro y el 9,77% jubilados. El 27,07% corresponde a las siguientes actividades laborales: 3,01% profesión liberal, 2,26% gerentes o empresarios, 4,51% funcionarios o administrativos, 7,52% trabajadores especializados, 6,02% no especializados y un 3,76% de otros empleos.

8) Individuos sin tratamiento previo.

Considerando a los individuos sin tratamiento previo como aquellos que como mucho han hecho un tratamiento en U.C.A. o uno de desintoxicación (ambos requisitos imprescindibles para el ingreso en U.D.R.) encontramos que en el grupo de heroína fumada hay dos casos (un varón con 28 años y una mujer con 15 años), y en el de heroína intravenosa un único caso que corresponde al varón en tratamiento de mantenimiento con metadona que inicio en prisión y que no ha pasado por ningún otro recurso de tratamiento o rehabilitador.

9) Severidad y necesidad de tratamiento.

Tal y como referimos en el apartado anterior, hemos analizado la severidad de la adicción y necesidad de tratamiento en los individuos correspondientes a la segunda submuestra. Pasamos a exponer a continuación los resultados de los siete individuos dependientes de heroína como principal diagnóstico de la muestra de 2001.

Así, de los 6 individuos que tienen necesidad de tratamiento en todas las áreas⁷³ de la muestra de 2001, dos son dependientes de heroína, el 1b y 14b. Es decir, el 28,57% de los dependientes de heroína a los que se les ha pasado el A.S.I. (2 de siete) requieren tratamiento o intervención en las siete áreas de estudio.

⁷³ Han puntuado en las siete áreas superior a 3 puntos.

Otros dos individuos más –otro 28,57% del total de heroinómanos entrevistados- no tienen necesidad de tratamiento en un área de estudio. Son el 2b con sólo dos puntos en el área psicológica y el 6b con 0 puntos en el área de alcohol.

El 42,86% restante de heroinómanos pertenecientes a la muestra de 2001, tienen al menos dos áreas-problema con puntuación inferior a 3 –sin necesidad de intervención-. Son los individuos 5b con 2 puntos en el área médica y 0 en la de alcohol; el 7b con 0 puntos en las áreas médica y legal y el 9b con dos puntos en el área médica y 0 en la de alcohol.

Los resultados por áreas de estudio son los siguientes:

a) Área médica:

Tal y como hemos comentado, de los siete individuos dependientes de opiáceos entrevistados, tres no tienen problemas importantes en el área médica y no requieren intervención (5b⁷⁴, 7b y 9b). En cuanto al resto, tres tienen un problema considerable en esta área y el tratamiento es necesario (puntuación 6 o 7), son el 1b, 2b y 14b. Son a su vez el 37,5% de total de los que daban estos resultados (3 de 8). Y, finalmente, el único individuo de la muestra de 2001 que puntúa 9 - problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario- pertenece a este grupo. Es el 6b que es seropositivo sin seguimiento ni tratamiento adecuado y dependiente de heroína intravenosa.

b) Empleo y Soportes:

Un dependiente de heroína, el 14b, puntúa 4 puntos, tiene un problema moderado y está indicado algún tratamiento.

De los 12 individuos que tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario en la muestra de 2001, cinco son dependientes de heroína. El 71,43% de los dependientes de heroína entrevistados tienen un problema considerable en esta área. Son los individuos 1b, 2b, 5b, 7b y 9b, que han trabajado como obreros no cualificados, peones o jornaleros.

También en esta área hay un único individuo con un problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario, puntúa 8 puntos. Este individuo es de nuevo el 6b que acaba de salir de prisión donde está desde los 16 años y que nunca ha trabajado.

c) Alcohol:

El 42,86% (3 de 7) de los individuos que puntúan 0 -no existe problema real, el tratamiento no está indicado- son dependientes de heroína. Son los individuos 5b, 6b y 9b y a su vez constituyen el 42,87% de los dependientes de heroína como principal diagnóstico.

El otro 57,14% (los otros cuatro individuos), tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento –puntúan 4 o 5- -son el 1b, 2b, 7b y 14b.

Anotar que uno de los 8 individuos a que hacíamos referencia en el apartado de historia de consumo de drogas ilegales y alcohol con diagnóstico antiguo de problemas relacionados con el alcohol era el 1b que corresponde este grupo diagnóstico.

d) Drogas:

⁷⁴ Tal y como comentamos, el 5b, aunque no tiene ninguna enfermedad crónica o problema de salud concreto se puntúa alto.

Uno de los siete dependientes de heroína entrevistados, el 9b, tiene una puntuación de 5 en esta área -problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento-.

De los quince individuos de la muestra de 2001 que tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario en esta área (6 o 7 puntos), tres –el 20%- son dependientes de heroína. Son el 5b, 7b y 14b que constituyen a su vez el 42,86% de los dependientes de opiáceos entrevistados.

Y finalmente otro 42,86% de los dependientes de opiáceos puntúan 8 puntos -problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario-. Son los individuos 1b, 2b y 6b. Son tres de los 8 (el 37,5%) individuos que puntúan tan alto en esta área.

e) Legal:

Sólo un individuo de los dependientes de heroína, el 7b, no requiere intervención en esta área.

De los seis individuos que tenían un problema moderado y estaba indicado algún tipo de tratamiento (puntúan 4 o 5), dos son pertenecen a este grupo: 5b y 14b. Son el 28,57% de los dependientes de heroína.

Finalmente, los otros cuatro dependientes de heroína (el 57,14%) puntúan en un rango entre 6 y 7 puntos – el problema es considerable, el tratamiento es necesario-. Son a su vez el 50% (4 de 8) de los que puntuaban 6 y 7 en esta área.

Tal y como hemos comentado en el apartado de Severidad, los individuos 1b, 2b y 9b están cumpliendo condena en la Unidad de Deshabitación como medida alternativa a la prisión y además el 6b fue excarcelado por la nueva ley del menor y enviado a la U.D.R. para seguimiento y medida de seguridad.

Los otros tres dependientes de opiáceos como principal diagnóstico no tienen antecedentes ni causas judiciales pendientes.

f) Familiar/Social:

Un único individuo de este grupo, el 5b, tiene un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento (puntúa 5). Los otros 6 individuos puntúan 6 o 7 puntos -el problema es considerable y el tratamiento es necesario-. Son a su vez el 33,33% (6 de 18) de los entrevistados que puntúan 6 o 7 en esta área.

g) Psicológico:

Un dependiente de heroína no tiene problemas en esta área. Es el 2b y constituye el 25% (1 de 4) de los individuos de la muestra de 2001 que no requieren tratamiento o intervención en esta área.

Tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento (puntúan 4 o 5), cuatro individuos de este grupo. Son el 1b⁷⁵, 5b⁷⁶, 9b y 14b.)

El individuo 7b puntúa 6 -problema considerable y el tratamiento es necesario-. Aunque ella infravalora la necesidad de tratamiento, los múltiples intentos de suicidio indican que la puntuación debe ser en un rango más alto.

⁷⁵ El individuo 1b, en el momento del pase del EuropASI está ya en tratamiento neuroléptico –al ingreso no lo estaba- por lo que la puntuación probablemente habría sido distinta en otro momento del tratamiento.

⁷⁶ Tal y como hemos comentado en otros apartados, el individuo 5b parece que supervalora sus problemas en áreas médica, uso de drogas y psiquiátrica.

Finalmente, el individuo 6b tiene un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario en esta área.

❖ En los dependientes a cocaína y heroína como principales diagnósticos las variables sociodemográficas y severidad de la adicción muestran:

1) Distribución por sexos.

El 15,39% son mujeres, sólo 2 casos de los 13. Una pertenece al grupo de los consumidores de speedball y otra a la de consumidores por otras vías constituyendo en 12,5% y el 23,07% de cada subgrupo respectivamente. No hay diferencias por tanto en este subgrupo entre las que utilizan la vía intravenosa y la fumada/esnifada. Los varones consumidores de heroína y cocaína, son un total de 11 individuos –el 84,62% restante– de los que 3 corresponden a la primera muestra y son consumidores por vía intravenosa y 8 a la segunda (4 consumen speedball y otros 4 combinan otras vías). Los hombres son el 87,5% de los dependientes de heroína y cocaína por vía intravenosa (7 de 8) y el 80% de los consumidores de heroína y cocaína por otras vías (4 de 5).

2) Distribución por grupos de edad.

En la distribución por edades encontramos que, en el grupo de menores o iguales a 20 años sólo hay un individuo consumidores de cocaína y heroína, es una mujer consumidora de speedball. En el grupo de 21 a 25 años hay cuatro individuos de este subgrupo (el 50% de todos los individuos de la muestra entre estas edades). Estos cuatro corresponden a varones, uno consumidor de speedball y otros 3 consumidores por otras vías. En conjunto los dependientes de heroína y cocaína entre 21 y 25 años son el 30,77% del total. De 26 a 30 años hay un total de 5 individuos (otro 38,46% de total de este subgrupo) que constituyen la moda para este tipo de consumo en cuanto a grupo edad. Entre 31 y 35 años hay un único individuo. Entre 36 y 40 años hay dos individuos consumidores de heroína y cocaína por vía intravenosa intravenosa.

La media de edad para el grupo de consumidores por vía fumada para ambas o fumada/esnifada es de 26,2 años (muy cercana a la de los consumidores de heroína fumada), y algo inferior a la media del grupo de consumidores por vía intravenosa de ambas sustancias que es de 28,25 años (también una cifra aproximada a la de los consumidores de heroína intravenosa). La edad media global de los dependientes de ambas sustancias es de 27,46 años.

Comentar finalmente que el individuo más joven de este grupo es una mujer de 17 años que consume heroína y cocaína por vía intravenosa.

3) Lugar de nacimiento y residencia.

La distribución por lugar de nacimiento y residencia de los consumidores de heroína y cocaína es bastante heterogénea y su distribución no muestra diferencias con la de la muestra general. Corresponde a los datos que aparecen en la tabla.

Al compararlo con la muestra general quizá lo único que podemos destacar es que del total de individuos que residen en Valencia (14 individuos) y su provincia (21 más) y que constituían el 67,31% de la muestra, en el subgrupo de dependientes de heroína y cocaína hay 7 individuos (3 viven en Valencia y cuatro en su provincia) que constituyen el 53,85% de los dependiente de esta sustancia y el 20% de los residentes en Valencia y su provincia (los consumidores de heroína y cocaína son el 20% de la muestra). Por otro lado, sólo el 9,52% (2 individuos) de los todos los nacidos en Valencia (21 individuos)

son dependientes de heroína y cocaína. Destacar que el 38,46% (5 individuos) de todos los residentes en la provincia de Alicante (13 individuos) pertenecen a este subgrupo; esta cifra es similar a los consumidores de heroína (otros 5 individuos). Uno de los 3 individuos residentes en la provincia de Castellón pertenece a este subgrupo.

	Hero/Coca Intravenosas		Hero/Coca Fumadas o F/E	
	Nacimiento	Residencia	Nacimiento	Residencia
Alicante	0	0	1	0
Provincia				
Alicante	2	2	1	3
Valencia	2	2	2	1
Provincia				
Valencia	1	3	0	1
Castellón	0	1	0	0
Otras				
Provincias	2	0	1	0
Extranjero	1	0	0	0

4) Nivel de estudios

Al igual que en el subgrupo de dependientes a heroína como principal sustancia, en los dependientes de heroína y cocaína, uno tiene un nivel igual o inferior a 5º curso y pertenece al grupo de los consumidores por vía intravenosa. Este individuo es uno de los tres de toda la muestra con este nivel de estudios. Cuatro individuos más tienen un nivel de estudios superior a 5º de EGB pero inferior al Graduado Escolar o la educación Primaria completa. Estos 4 constituyen el 30,77% de los dependientes de heroína y cocaína, y todos ellos son consumidores de speedball constituyendo el 50% del total de los mismos (8 consumidores de speedball). Cinco individuos más han alcanzado el nivel de estudios de Graduado escolar (son el 38,46% de los consumidores de heroína y cocaína) y además, todos ellos consumen ambas sustancias por vías distintas de la intravenosa constituyendo el 100% de este subgrupo. Los 3 individuos que restan del subgrupo de dependientes de cocaína y heroína son consumidores por vía intravenosa y han alcanzado un nivel de estudios de secundaria.

5) Situación laboral principal

Todos los individuos de nuestra muestra dependientes de heroína y cocaína por cualquier vía han trabajado en algún momento. En este subgrupo encontramos 2 individuos que han trabajado principalmente en hostelería (uno de ellos mujer). Estos constituyen el 25% de los trabajadores de hostelería de nuestra muestra (2 de 8) y el 15,39% de los dependientes a heroína y cocaína. Ambos son consumidores por vía intravenosa. Cinco individuos más (el 38,46% del subgrupo) han sido trabajadores de la industria y fábricas constituyendo también en porcentaje el 38,46% de los trabajadores de la industria de nuestra muestra (5 de 13); dos consumen por vía intravenosa y tres por otras vías. Un individuo más ha sido trabajador de la construcción y tres más han trabajado en otras profesiones. Los dos individuos restantes han sido empleados de servicios públicos constituyendo el 33,33% de todos los trabajadores de servicios públicos de nuestra muestra (2 de 6) y el 15,39% de los dependientes a heroína y cocaína.

6) Características del núcleo familiar

Al igual que en los dependientes de heroína de nuestra muestra, los dependientes de ambas sustancias –heroína y cocaína- proceden de familias de cuatro o más miembros, es decir, en todas las familias son al menos dos hermanos. La media de hijos por familia para este subgrupo de 3,61 hijos. Esta cifra es aproximada a la media para dependientes a heroína exclusivamente que era de 3,5 hermanos. Si analizamos la media de hermanos para las familias de los consumidores por vía intravenosa encontramos que es de 2,88 hijos por familia y, sin embargo, para los consumidores por otras vías distintas de la intravenosa es bastante superior, ascendiendo a 4,8 hijos por familia (son familias mucho más numerosas). En cuanto al lugar que ocupan entre los hermanos, en los 13 consumidores de cocaína y heroína, 3 (23,08%) son el hermano mayor – dos de 3 hermanos y uno de dos-; y 5 (38,46%) son el hermano menor (3 de 2 hermanos y 2 de 4 hermanos). De los 5 restantes 3 individuos son el tercero de 3, 4 y 7 hermanos, otro es el segundo de 3 hermanos y otro el cuarto de 6. La edad media de los hermanos de los dependientes de heroína y cocaína es de 27,62 años (edad aproximada a la media de edad de los individuos de este grupo que es de 27,46 años). Sin embargo, la edad media de los hermanos de los consumidores por vía intravenosa es superior -29,13 años- a la del grupo en su conjunto y también a la de los consumidores de speedball (28,25 años) y la de los hermanos de los consumidores por otras vías distintas de la intravenosa es de 27,2 años (prácticamente dos años más jóvenes).

Analizando el conjunto podemos apreciar que la moda se sitúa en cuatro familias con dos hijos (en 3 de ellas ya hemos mencionado que el individuo es el hermano menor y el otro es el mayor), seguidas de tres familias con cuatro hijos (ambas del grupo de otras vías diferentes de la intravenosa) y otras tres con tres hijos (dos de los consumidores de speedball y uno de otras vías). El resto son tres familias con 5, 6 y 7 hijos respectivamente.

En cuanto al estado civil de los progenitores de las familias de procedencia 11 (84,62%) proceden de familias con progenitores casados (7 en los consumidores de heroína y cocaína intravenosas y 4 en los de otras vías diferentes de la intravenosa). Los otros dos individuos proceden de familias con progenitores divorciados (el que resta que consume speedball) y separados (el que resta por otras vías). No hay en este grupo ningún progenitor fallecido. El porcentaje de progenitores casado es bastante superior al de los dependientes a heroína (40%) y constituyen el 32,35% de los individuos con progenitores casados y vivos actualmente (34 individuos) mientras que los individuos dependientes de heroína y cocaína son el 25% de nuestra muestra (13 individuos).

Los progenitores de este grupo son más jóvenes que los de los dependientes de heroína y también que los de la muestra en general. Así, la edad media de los padres de los dependientes de cocaína y heroína de la muestra es de 58,53 años y la de las madres de 54 años. Ambas edades medias son inferiores a las edades medias de los padres de la muestra en su conjunto que eran de 59,58 años para los padres y 57,37 años para las madres. Además si analizamos por separado según la vía de consumo vemos que las edades medias de los padres y madres de los consumidores de heroína y cocaína por vía intravenosa son de 59,62 y 54,38 años y las de los progenitores de los consumidores por otras vías algo inferiores, de 56,8 años y 53,4 respectivamente. Destacar que en este subgrupo, y en concreto en el de consumidores por vía intravenosa, hay dos parejas de progenitores con diferencias de edad de 10 y 15 años (que son el tercero en orden y el mayor en cuanto a diferencia de edad entre los progenitores respectivamente) y que son un tercio (2 de 6) de las parejas de progenitores que difieren en edad 7 o más años.

Tres individuos (el 23,08%) de este subgrupo han tenido familia propia. Dos varones sin hijos (uno de ellos casado sólo unos meses antes y que ha necesitado volver al domicilio paterno para ponerse en tratamiento) uno de ellos consumidor de speedball y otro por otras vías y una mujer consumidora de ambas sustancias por vía fumada y con una hija (vive con la misma y sus padres actualmente).

7) Nivel de estudios y trabajo de los padres

Dos padres (uno de cada subgrupo) de los dependientes de heroína y cocaína tienen el nivel de estudios más bajo en este subgrupo: saben leer y escribir (sin haber completado estudios primarios). Con este nivel de estudios (saben leer y escribir) hay también 4 madres, el 30,77% del total de este subgrupo. Tres son madres de consumidores por vía intravenosa y una de un consumidor por otras vías.

Cinco padres más (3 del grupo de speedball y 2 del de consumidores por otras vías) refieren un nivel de estudios primario y tres más (2 y 1 en función de la vía) tienen el certificado de escolaridad. Así, el 61,54% de los padres de los dependientes de heroína y cocaína tiene estudios primarios como nivel máximo de estudios. Respecto a las madres, 2 tienen estudios primarios (procedentes del grupo de speedball) y 5 más (2 de intravenosa y 3 del grupo de otras vías) tienen el certificado de escolaridad. El total hace un porcentaje del 53,85% de las madres de los dependientes a cocaína y heroína con un nivel mínimo de estudios primarios. Un padre y una madre más tienen estudios secundarios (del grupo de speedball y otras vías respectivamente). Finalmente tienen estudios superiores dos padres (uno de cada subgrupo) y una madre (de un consumidor de speedball). Considerando que en nuestra muestra sólo hay 5 padres con estudios superiores y 2 madres, el porcentaje relativo de los padres con estudios superiores en este subgrupo es alto (del 40 y 50% respectivamente). Más relevante aún es este dato si tenemos en cuenta que la otra madre con estudios superiores era madre de una paciente dependiente de heroína fumada y también dos padres más con estudios superiores lo son de dos individuos dependientes a heroína (uno de una mujer que consume heroína fumada y otro intravenosa). Es decir, prácticamente todos, el 85,71%, (a excepción de un único padre) de los progenitores con estudios superiores -4 padres y las 2 madres- son padres y madres de dependientes a heroína o heroína y cocaína de nuestra muestra.

En cuanto a la distribución por ocupación de los padres y madres de la muestra:

- Trabajadores especializados de la industria y la hostelería: 4 padres de los individuos dependientes de heroína y cocaína trabajan en este sector (2 del grupo de speedball y 2 del de otras vías), estos son un 36,36% de los padres que trabajan en este sector (4 de 11 padres) y coincide este porcentaje con el de los padres de los dependientes a heroína como única sustancia. En cuanto a las madres, también cuatro son trabajadoras especializadas de la industria y la hostelería (2 madres de individuos que consumen por vía intravenosa y dos por otras vías). También son un 36,36% del total de madres que tienen estas ocupaciones.

- Trabajadores no especializados hay cuatro padres (también dos de cada subgrupo) que corresponden al 36,36% (4 de 11) de los padres de individuos de la muestra que trabajan en este sector. Y son tres las madres de este grupo de individuos que trabajan como trabajadores no especializados (de 8 que trabajan en este grupo), el número de madres coincide con el de las de los consumidores de heroína (aunque porcentualmente es mayor -3 de 13- el número de madres que trabajan en este sector que en las de los heroínómanos -3 de 20-).

- Hay tres padres (los tres de consumidores de speedball) que han trabajado en servicios públicos. Estos son el 42,86% de los padres trabajadores en servicios públicos de la muestra (3 de 7). No hay ninguna madre en este grupo que trabaje en servicios públicos.
- Cuatro madres de los consumidores de cocaína y heroína por vía intravenosa y 2 de los consumidores por otras vías son amas de casa. Estas 6 madres son el 46,15% de las madres de los dependientes de cocaína y heroína. El porcentaje de madres que son amas de casa es mayor que el del grupo de dependientes a heroína como única sustancia (que era del 35%), y por tanto el porcentaje de madres trabajadoras –fuera del domicilio familiar- es inferior.
- Padres jubilados hay únicamente 2 en este subgrupo, el 15,39 % de todos los padres jubilados. No hay ninguna madre jubilada en este subgrupo.
- Finalmente, resaltar que no hay ningún progenitor fallecido en el grupo de dependientes de heroína y cocaína de nuestra muestra.

En cuanto a la situación laboral en el pasado y el empleo de todos los padres y madres conocidos (fallecidos ya o jubilados), sigue esta distribución:

Ocupaciones de los padres.	Consumidores de speedball	Consumidores por otras vías	Dependientes de cocaína y heroína.
Construcción	0	1	1 (7,69%)
Trasportes	1	-	1
Servicios públicos	3	-	3 (23,08%)
Empleados de fábricas/industria	2	2	4 (30,77%)
Otras ocupaciones	2	2	4
Ocupaciones de las madres	Consumidores de speedball	Consumidores por otras vías	Consumidores de heroína.
Hostelería	1	1	2 (15,39%)
Empresas de limpieza	1	-	1 (7,69%)
Ama de casa	4	2	6 (46,15%)
Trasportes	1	-	1
Empleados de fábricas/industria	1	1	2
Otras profesiones	-	1	1

En la gráfica anterior destacan los siguientes datos al comparar con la muestra en su conjunto:

El porcentaje de madres que son amas de casa en este subgrupo es del 46,15%, se aproxima al de la muestra en general que es del 50% de las madres. Nos encontramos aún, en cualquier caso, con que el número relativo de madres que trabajan fuera de casa es aún algo mayor que el de las madres del global de la muestra (aunque no hay tanta diferencia como en el grupo de dependientes de heroína como único diagnóstico).

Otro dato a resaltar es que, en este grupo, no hay ningún padre que trabaje en la hostelería.

8) Individuos sin tratamiento previo

Considerando a los individuos sin tratamiento previo como aquellos que como mucho han hecho un tratamiento en U.C.A. o uno de desintoxicación (ambos requisitos imprescindibles para el ingreso en U.D.R.) encontramos que en el grupo de

dependientes de cocaína y heroína hay un único individuo consumidor por vía intravenosa de ambas sustancias y que procede de la primera muestra (un varón con 26 años casado en los meses previos al inicio del programa).

9) Severidad y necesidad de tratamiento.

De los nueve individuos de la muestra de 2001 con estos diagnósticos, tres (el 33,33% de los dependientes de heroína y cocaína) requieren tratamiento en todas las áreas. Son los individuos 13b, 20b y 26b que no han puntuado por debajo de 3 en ninguna de las siete áreas de estudio. Son a su vez el 50% (3 de 6) del total de individuos de la muestra de 2001 que requieren intervención en todas las áreas.

Dos individuos más tienen un área con puntuación baja –no requieren intervención en esa área o el problema es leve-. Son el 10b y el 18b con 2 y 0 puntos respectivamente en el área médica. Estos dos tienen además otra de las áreas con indicación de tratamiento pero con sólo 4 puntos: El 10b tiene 4 puntos en el área legal y el 18b en empleo y soportes.

Los otros cuatro individuos de este grupo –el 44,44%-, no tienen necesidad de tratamiento en dos áreas problema, es decir, tienen una puntuación inferior a 3 (el problema es inexistente o muy leve). Son el 3b (médica 1 punto, alcohol 0 puntos); 4b (médico y legal 0 puntos); 8b (alcohol 0 y psicológico 1 punto) y 23b (médico 1 punto y legal 2 puntos).

Si analizamos esta información por áreas encontramos que:

a) Área médica:

El 55,55% de los dependientes de heroína y cocaína (5 individuos) entrevistados no tienen un problema que requiera algún tipo de tratamiento en el área médica (3b, 4b, 10b, 18b y 23b).

Los otros 4 individuos puntúan entre 6 y 7 puntos –tienen un problema considerable, el tratamiento es necesario-. Son el 8b, 13b, 20b y 26b. Son a su vez la mitad de los individuos de la muestra de 2001 que puntúan en este rango en el área médica.

Nos parece necesario anotar que el individuo 4b no nos refirió en ningún momento como “problema crónico que interfiera con su vida” la hepatitis B que ya padecía al ingreso y, omitir esta información hizo que su puntuación fuera más baja.

b) Empleo y Soportes:

El 44,44% (los individuos 4b, 8b, 18b y 23b), tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento en esta área.

El otro 55,56% tiene un problema considerable y el tratamiento es necesario. Son los individuos 3b, 10b, 13b, 20b y 26b; que constituyen a su vez el 41,67% (5 de 12) de los individuos que nos daban esta puntuación de la muestra de 2001. Estos cinco individuos han trabajado en la hostelería o como peones no cualificados.

No hay ningún individuo de este grupo diagnóstico que no requiera intervención en esta área.

c) Alcohol:

El 22,22% de los dependientes de heroína y cocaína puntúan 0 en esta área -no existe problema real, el tratamiento no está indicado-. Son los individuos 3b y 8b.

Otro 33,33% tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento. Son el 18b, 23b y 26b. Constituyen a su vez el 33,33% de los individuos con este rango de puntuación en la muestra de 2001.

Otro 33,33% tiene un problema considerable y el tratamiento es necesario son el 4b, 10b y 20b.

Finalmente, el único individuo de la muestra de 2001 con un problema extremo y en que el tratamiento es absolutamente necesario (puntuación 8) es el 13b que pertenece a este grupo diagnóstico.

Cinco dependientes de heroína y cocaína pertenecían al grupo con un diagnóstico – antiguo o más reciente- de problemas relacionados con el alcohol. Son los individuos 4b, 8b, 13b, 23b y 26b. Destacar de estos, que el 8b, a pesar del diagnóstico, puntuó 0 en el área de alcohol del EuropASI. Y, por otro lado, el 26b nos dice que no bebe ni tiene problema alguno con el alcohol pero a lo largo del programa puede constatar que no puede mantener la abstinencia a esta sustancia (al menos en este caso la puntuación del EuropASI si que nos hablaba de que había necesidad de tratamiento en esta área).

d) Drogas:

Solo un individuo de esta área, el 3b, tiene un problema moderado -está indicado algún tipo de tratamiento-, con una puntuación de 5. El resto tiene aún mayor puntuación.

Cuatro (el 44,44%) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Son el 4b, 8b, 10b y 23b.

Y otro 44,44% puntúan 8 puntos -problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario-, son el 13b, 18b, 20b y 26b. Son a su vez el 50% (4 de 8) de los individuos de 2001 que puntuaban en la escala más alta de necesidad de tratamiento.

e) Legal:

De todos los individuos dependientes de heroína y cocaína a los que se les pasó esta entrevista, dos (el 22,22%) puntúan en un rango de 0 a 2 puntos -no existe problema real, el tratamiento no está indicado-. Son los individuos 4b y 23b. Ninguno de los dos tiene antecedentes ni causas pendientes.

Otros dos más tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento en esta área (puntúan 4 o 5). Son el 8b y 10b que sí tienen antecedentes pero ninguna causa judicial pendiente.

Puntúan 6 y 7 puntos -problema considerable, el tratamiento es necesario otros dos individuos más -13b y 26b-. El 13b no tiene antecedentes ni causas pendientes pero puntuó 6 como necesidad de tratamiento en esta área porque prácticamente todos sus ingresos provenían de actividades ilegales (tráfico de drogas) y, en el último mes ha realizado actividades ilegales para su propio beneficio todos los días. En cuanto al 26b, tiene tres causas pendientes de juicio.

Los tres individuos restantes (33,33%) tienen un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario –puntúan 8 en esta área y son los únicos que puntúan en este rango alto de toda la muestra de 2001. Son el 3b, 18b y 20b. El 3b tiene un juicio pendiente por robo con fuerza y estafa con una petición fiscal de 7 y 16 meses. Y los individuos 18b y 20b tienen antecedentes judiciales y más de 5 causas pendientes en el primer caso y 2 en el segundo.

f) Familiar/Social:

También en esta área no hay ningún dependientes de heroína y cocaína que no requiera intervención o tratamiento. Así con 4 y 5 puntos -problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento- hay cuatro individuos (el 44,44%). Son el 3b, 4b, 8b y 23b.

Los otros cinco dependientes de heroína y cocaína (el otro 66,66%) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Son el 10b, 13b, 18b, 20b y 26b.

g) Psicológico:

Un individuo, el 8b no tiene problemas en esta área o son leves y el tratamiento no es necesario.

Tres, el 33,33%, tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento. Son el 3b, 23b y 26b.

Otro 33,33% tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Son el 4b, 10b y 18b. Son 3 de los 8 individuos de la muestra de 2001 con esta puntuación en el área psicológica.

Finalmente, de los cuatro individuos de 2001 con un problema extremo en esta área y el tratamiento es absolutamente necesario, dos, el 50%, son dependientes de cocaína y heroína. Son el 13b y 20b que constituyen también a su vez el 22,22% de los individuos entrevistados con este diagnóstico.

❖ En los dependientes de cocaína como diagnóstico principal encontramos las siguientes características sociodemográficas y de severidad de la adicción:

1) Distribución por sexos:

El 22,22% son mujeres, 2 casos de 9. Una pertenece a la primera muestra y otra a la segunda, siendo el 16,67% y el 33,33% respectivamente de los dependientes de cocaína como principal y único diagnóstico. Si bien, una es consumidora de cocaína por vía esnifada (el 20% de los consumidores por esta vía que son 5 individuos) y la otra es la única de los consumidores de cocaína por vía intravenosa como vía principal. Esta consumidora por vía intravenosa es un caso procedente de la primera muestra, tiene 24 años y un diagnóstico psiquiátrico dual. Se trata de una hija adoptiva –la única de la muestra- de padres ingleses y con residencia en la provincia de Alicante. Nunca ha trabajado y sabe leer y escribir como máximo nivel de estudios alcanzado.

El total de casos de mujeres dependientes de cocaína para ambas submuestras (con o sin otros diagnósticos) es de 2 (el 16,67% de los dependientes de cocaína) para 1999 y 3 (el 11,11% de los dependientes de cocaína) para 2001.

Los porcentajes del OED de mujeres dependientes de cocaína que acuden a tratamiento en 1999 fue del 14% y en 2001 del 13,4%. En la Comunidad Valenciana el porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento por dependencia de cocaína para esos mismos años fue del 13,66% y 15,39% respectivamente.

2) Distribución por grupos de edad

En la distribución por edades encontramos que, en el grupo de menores o iguales a 20 años hay dos individuos (22,22%), ambos consumidores de cocaína esnifada. En el grupo de 21 a 25 años hay un único individuo (la mujer consumidora por vía intravenosa). Entre 26 y 30 años hay otros 3 individuos (el 33,33% de los consumidores de cocaína). En los grupos de edad entre 31 y 35 años, 36 y 40 y mayores de 40 años hay un individuo en cada grupo. El individuo mayor de 40 años es el único de toda la

muestra que supera esta edad, es decir, el individuo de más edad de la muestra. Se trata de un varón de 42 años separado y con dos hijos que en el momento del ingreso vivía con su madre y estaba en paro (había perdido su trabajo en un servicio público en los meses previos).

La media de edad para el grupo de consumidores de cocaína por vía esnifada (5 de los nueve) es de 28 años, algo inferior a la media del grupo de consumidores de cocaína por otras vías (uno intravenosa, uno fumada y 2 esnifada y fumada indistintamente) que es de 28,75 años. Destacar que los dos individuos de más edad de este grupo que utiliza otras vías son los dos consumidores por vía fumada y esnifada que tienen 29 y 36 años (ambas edades por encima de la media para cocaína).

Hemos encontrado, en general, una media de edad para los consumidores de cocaína de 28,33 años, siendo de 28 años para las mujeres -una tiene 24 (intravenosa) y otra 32 (esnifada)- y 28,43 años para los hombres.

Si analizamos ambas submuestras por separado, la edad media de los dependientes de cocaína como principal y único diagnóstico es de 27 años en la primera submuestra y 31 años en la segunda. Sin embargo, si analizamos las edades medias de todos los dependientes de cocaína con o sin otros diagnósticos vemos que son de 29,58 para 1999 (de un total de 12 dependientes de cocaína) y 27,41 años para 2001 (de un total de 18 dependientes de cocaína).

Las medias de edad para los dependientes de cocaína en esos años de los informes del OED fueron de 28,62 años para 1999 y 29,82 para 2001. Estas medias se corresponden a los individuos que acuden a tratamiento con diagnóstico principal de dependencia de cocaína (con o sin abuso de alcohol añadido, de echo el 62,9% de ellos ha consumido alcohol en los 30 días anteriores). En nuestra muestra correspondería a los individuos dependientes de cocaína sólo o con abuso de alcohol que son en total 17 individuos, 8 de la primera muestra y 9 de la segunda; y, cuyas edades medias serían de 28,38 años para 1999 y 30 años para 2001, similares a las del OED.

Las edades medias de los admitidos a tratamiento por diagnóstico principal de dependencia de cocaína en la Comunidad Valenciana en esos mismos años fue de 27,81 años para 1999 y 29,60 años para 2001.

3) Lugar de nacimiento y residencia.

La distribución por lugar de nacimiento y residencia de los consumidores de cocaína corresponde a los datos que aparecen en la siguiente tabla.

	Nacimiento	Residencia
Provincia Alicante	1 (11,11%)	2 (22,22%)
Valencia	4 (44,44%)	2
Provincia Valencia	2 (22,22%)	4 (44,44%)
Otras Provincias	1	1
Extranjero	1	0

En esta distribución, los 5 consumidores de cocaína esnifada tienen como lugar de residencia la provincia de Valencia en tres casos, y en un caso Valencia capital. Estos 4 han nacido en Valencia capital tres de ellos y uno en las provincias. El quinto consumidor por vía esnifada es nacido en otras provincias y residía también fuera de la

Comunidad Valenciana (en Madrid) hasta prácticamente el momento del ingreso en la Unidad.

Los datos de la Comunidad Valenciana⁷⁷ muestran un 43,49% en 1999 y un 45,94% de nacidos en Valencia; un 24,98% en 1999 y 27,19% para 2001 de nacidos en Alicante; un 10,73% y 6,67% de nacidos en Castellón para los mismos años; un 16,72% en 1999 y 15,17% en 2001 de nacidos en provincias del resto de España y, finalmente, un 4,07 y 5,03% de nacidos en el extranjero. En cuanto a la residencia en el momento de admisión a tratamiento, el 51,57% para 1999 y 52,04% para 2001 de los dependientes de cocaína residían en Valencia (ciudad y provincia); el 34,04% y 37,34% respectivamente en Alicante; el 13,74% en 1999 y 9,99% en 2001 en Castellón y, sólo el 0,25% en 1999 y 0,63% en 2001 residían en otras provincias de España.

4) Nivel de estudios.

De los dependientes a cocaína como principal diagnóstico, sólo uno –la mujer de procedencia inglesa que refiere consumo intravenoso- tiene un nivel de estudios no reglado, sabe leer y escribir pero no ha alcanzado ningún nivel superior a 5º de EGB y no nos fue posible determinar que nivel de enseñanza reglada máxima correspondería en los estudios ingleses. Cinco individuos más (el 55,56 % de los consumidores de cocaína) tienen un nivel de estudios entre 5º y 8º de E.G.B. Otros 2 tiene el Graduado Escolar y uno más tiene un nivel de estudios de secundaria (COU sin finalizar).

El porcentaje de dependientes de cocaína con un nivel de EGB, B. Elemental o Graduado en ESO es del 32,5% para 1999 y 36,3% para 2001. Con un nivel inferior están el 41,5% de los dependientes de cocaína en 1999 y el 35,3% para 2001. Por otro lado, el 25,9% para 1999 y el 28,4% para 2001 tienen un nivel de estudios de FP, BUP o medios y superiores.

Dado que, como ya hemos comentado, los informes del OED, no analizan por separado los pacientes con abuso de alcohol añadido, si hiciéramos esto en nuestra muestra para poder comparar las características (considerando todos los casos de dependencia de cocaína con o sin alcohol), encontraríamos que tenemos:

- Solo una paciente de la primera muestra con nivel de estudios inferior a 5ª de EGB. Además, dos individuos más tienen 6º de EGB y dos hasta 7º de EGB (dos son de la primera muestra y dos de la segunda, uno consumidor de cocaína y tres de cocaína y alcohol). El conjunto de los que tienen estudios inferiores a 8º de EGB sería por tanto del 29,41% (5 de 17).

- Con Graduado Escolar o hasta 8º de EGB hay 5 en la primera muestra (4 de coca y 1 de coca y alcohol) y 3 en la segunda (2 de coca y uno de coca y alcohol). Son el 47,06% de los dependientes de cocaína con o sin problemas relacionados con el alcohol.

- Con un nivel de estudios superior a Graduado Escolar o equivalente están 4 individuos de la segunda muestra (1 de cocaína y 3 de cocaína y alcohol). El 23,53% del total.

Y, estudiando ambas submuestras por separado tendríamos que, en la muestra de 1999 el 62,5% tiene un nivel de estudios de G. Escolar o equivalente (5 de 8) y el 37,5% (3 individuos de 8) tiene un nivel inferior. No hay ningún individuo dependiente de cocaína con o sin alcohol con un nivel superior al G. Escolar en la muestra de 1999.

Sin embargo, en la muestra de 2001, el 44,44% (4 de 9) tienen un nivel de estudios superior a G.Escolar; además, el 33,33% (3 de 9) tienen el G. Escolar o equivalente y

⁷⁷ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Consellería de Sanitat. Comunitat Valenciana.

sólo 2 individuos más tienen un nivel de estudios inferior a 8º de EGB constituyendo el otro 22,22% del total de dependientes de cocaína con o sin alcohol para ese año.

En los datos aportados por el OED para esos años encontramos que, en los dependientes de cocaína admitidos en 1999 el 32,5% tienen un nivel de Graduado o equivalente, el 41,5% un nivel inferior y el 25,9% superior; y en 2001 el 36,3% tienen un nivel de estudios de G. Escolar o equivalente, el 35,3% un nivel inferior y el 28,4% superior. En cuanto a los datos de la C. Valenciana, el 36,85% para 1999 y el 31,14% para 2001 de los dependientes de cocaína tiene un nivel de Graduado, el 38,83% en 1999 y 40,01% de 2001 tienen un nivel inferior y el 24,32% en 1999 y 28,86% en 2001 tiene un nivel superior.

5) Situación laboral principal

De los cuatro individuos de la muestra que nunca han trabajado, tres pertenecían al grupo de consumidores de heroína por vía intravenosa y el cuarto corresponde a la mujer de procedencia inglesa consumidora de cocaína por vía intravenosa que forma parte de este grupo. Destacar en este grupo de 9 individuos que dos de ellos (el 22,22%) son trabajadores de servicios públicos constituyendo a su vez un tercio de los trabajadores de servicios públicos de nuestra muestra –que eran 6 individuos-. Un individuo era oficial de registro y el otro la otra mujer de este subgrupo que trabajaba en una residencia de la tercera edad. Los otros 6 individuos con diagnóstico de dependencia a cocaína de la muestra trabajan en los siguientes sectores: uno en la hostelería, uno en la industria, otro es fontanero, otro trabaja en la construcción y dos más en otros empleos (repartidos y técnico de ascensores). No se han detectado diferencias entre los consumidores de cocaína por vía fumada y esnifada, esnifada o intravenosa. Únicamente reseñar que los dos trabajadores de servicios públicos consumían cocaína por vía esnifada.

En los informes del OED, sólo un 7,3% en 1999 y un 4,2% en 2001 de dependientes de cocaína estaban parados no habiendo trabajado antes. Los porcentajes de parados sin haber trabajado antes de la C. Valenciana son aún más bajos, del 2,05% para 1999 y 2,55% en 2001. El resto estaban trabajando al inicio del tratamiento o parados pero habiendo trabajado antes. Los porcentajes de individuos trabajando son mucho más altos que en los dependientes de heroína y los de individuos que no han trabajado nunca muy inferiores. Algo similar les ocurre en nuestra muestra a los dependientes de cocaína.

Si comparamos estos porcentajes con los de nuestra muestra añadiendo a los detallados en el párrafo anterior los descritos en el apartado de cocaína y alcohol encontramos que todos los individuos dependientes de cocaína con o sin alcohol menos uno han trabajado o están trabajando en el momento de admisión a tratamiento. Es decir, el 5,86% (un individuo de 17) está parado sin haber trabajado antes. Si analizáramos ambas muestras por separado encontraríamos que el 87,5% de los dependientes de cocaína de la muestra de 1999 y el 100% de 2001 están trabajando, o parados pero habiendo trabajado antes, en el momento de la admisión a tratamiento.

6) Características del núcleo familiar

Comenzar comentando que en la muestra de 52 individuos, solo había dos hijos únicos que procedían de familias con tres miembros (la pareja de progenitores y el individuo de la muestra). Los dos individuos con estas características pertenecen a este subgrupo de dependientes de cocaína. Uno corresponde a la mujer nacida en Londres y consumidora por vía intravenosa ya comentada en otros apartados y el otro es un varón

de 36 años consumidor por vía fumada y esnifada. Por lo demás, la moda se sitúa en 3 individuos procedentes de familias con sólo 4 miembros (los progenitores y dos hermanos), seguido de dos familias con 5 miembros. El resto son un individuo procedente de una familia de 6 miembros y otro procedente de una familia de 11. La media de hijos por familia es de 3, aunque hay que tener en cuenta que el individuo de 9 hermanos desvía esta cifra hacia una cifra más alta si comparamos con lo que más se repite ya que 5 individuos de 9 (55,56%) tienen uno o ningún hermano. Respecto al lugar que ocupan entre los hermanos, 3 son el primogénito de dos hermanos, en otros 2 casos son el segundo hermano (de 3 y de 4 hermanos) y en otros dos casos son el tercero (de 9 y de tres hermanos – el menor-). Los otros dos individuos son hijos únicos como se ha comentado. En cuanto a la edad media de los hermanos (de los 7 individuos de este grupo que los tienen) es de 26,43 años dos años inferior a la edad media de los dependientes a cocaína que era de 28,33 años.

Todos los progenitores de los dependientes de cocaína de la muestra están o han estado casados. Sólo en dos casos de los 9 el progenitor varón ha fallecido hace 4 y un año respectivamente y vive la madre viuda. Ambos son dependientes de cocaína por vía esnifada. En cuanto a la edad progenitores, la media para los padres es de 55,72 años y para las madres de 54,67 años. Estas medias, al igual que las de los dependientes a heroína y cocaína que eran de 58,53 y 54 años, son inferiores a las edades medias de los progenitores de los dependientes a heroína (61,8 y 59,56 años) y a las edades medias de los progenitores de la muestra en general (59,58 y 57,37 años). Además, comparando con todos los grupos estudiados hasta ahora, vemos que es el grupo de menor diferencia de edad entre ambos progenitores, aproximándose la edad de las madres a las de los dependientes de heroína y cocaína pero la de los padres es inferior al resto de grupos y a la media global en casi 4 años. Puede haber intervenido en este factor el hecho de que no se contabilicen las edades de los dos progenitores varones fallecidos.

Han tenido familia propia dos individuos. Una es una mujer que tiene dos hijas que residen actualmente con ella y con sus padres en el domicilio paterno y otra es el varón de más edad de la muestra que también tiene dos hijos que viven actualmente con su expareja. Ambos son a su vez los dos individuos de este subgrupo que han trabajado en servicios públicos.

7) Nivel de estudios y trabajo de los padres

Un padre y una madre de este subgrupo son analfabetos. Son a su vez el único padre analfabeto de la muestra y una de las tres madres (es decir, el 50% del total de progenitores analfabetos de la muestra). No son ambos progenitores de un mismo individuo ni de algún caso que destaque por características concretas. Además dos padres y dos madres saben leer y escribir. Así, un tercio de los progenitores de los dependientes a cocaína (padres y madres) tienen un nivel de estudios inferior a los primarios. Otro tercio de los padres –3 padres- y un 44,44% de las madres –4 madres- tienen estudios primarios. Dos padres y dos madres más tienen estudios secundarios. Del padre que resta de los nueve desconocemos el nivel de estudios.

En cuanto a la distribución por ocupación de los padres y madres de los dependientes de cocaína:

- Trabajadores especializados de la industria y la hostelería: 2 padres (22,22%) y una madre trabajan en este sector.
- Trabajadores no especializados hay dos padres y una madre.
- Hay un padre más que ha trabajado en servicios públicos. Este es uno de los cuatro padres de toda la muestra que trabaja en este sector.

- Siete madres (el 77,78%) de los consumidores de cocaína son amas de casa. Este es un porcentaje muy alto en comparación con el total de la muestra que era del 51,02% de madres dedicadas al trabajo doméstico. Este porcentaje es también de más del doble en comparación con el porcentaje de madres dependientes de heroína y amas de casa que era del 35% y continua siendo bastante más alto en comparación con el de madres de los dependientes de heroína y cocaína que era del 46,15% de las madres dedicadas al trabajo doméstico. Es decir, el porcentaje más bajo de los tres grupos de madres trabajadoras fuera del domicilio familiar es para el grupo de dependientes de cocaína. Las madres amas de casa de este grupo constituyen a su vez el 28% de las madres amas de casa de la muestra (7 de 25 madres), mientras que el porcentaje de dependientes de cocaína, como principal diagnóstico, de la muestra era del 17,31%.

- Padres jubilados hay 3 en este subgrupo, un tercio del total, y no hay ninguna madre jubilada.

- Finalmente, recordar, como ya se ha comentado anteriormente, que hay dos progenitores varones fallecidos en el grupo de dependientes de cocaína de nuestra muestra (uno trabajó en servicios públicos y otro de henero en un apanadería).

En cuanto a la situación laboral en el pasado y el empleo de todos los padres y madres conocidos (fallecidos ya o jubilados), sigue esta distribución:

Ocupaciones de los padres.	Dependientes de cocaína	Porcentaje del total
Hostelería	1	11,11%
Construcción	1	11,11%
Artesanos madera/piedra	1	11,11%
Trasportes	1	11,11%
Servicios públicos	2	22,22%
Empleados de fábricas/industria	2	22,22%
Otras ocupaciones	1	11,11%
Ocupaciones de las madres	Dependientes de cocaína	Porcentaje del total
Hostelería	1	11,11%
Ama de casa	7	77,78%
Otras profesiones	1	11,11%

8) Individuos sin tratamiento previo

Considerando a los individuos sin tratamiento previo como aquellos que como mucho han hecho un tratamiento en U.C.A. o uno de desintoxicación (ambos requisitos imprescindibles para el ingreso en U.D.R.) encontramos que en el grupo de dependientes de cocaína hay un total de 5 individuos sin tratamiento previo (el 55,56% del total de dependientes de cocaína). Es el porcentaje más alto de individuos sin tratamiento previo entre los distintos subgrupos (eran 3 los individuos sin tratamiento previo entre los dependientes de heroína, uno en el de cocaína y heroína, 3 en el de cocaína y alcohol y uno en el de alcohol). Además, estos 5 individuos son el 38,46% del total de individuos sin tratamiento previo (en total son 13 individuos). Estos 13 individuos sin tratamiento previo son el 25% -la cuarta parte- de los individuos de la muestra.

Dos de estos cinco individuos son las dos mujeres que corresponden a este grupo. Además hay otros dos consumidores de cocaína esnifada y otro consumidor por vía esnifada y fumada.

9) Severidad y necesidad de tratamiento.

Sólo hay tres individuos en la muestra de 2001 con un diagnóstico único de dependencia de cocaína (sin otro diagnóstico asociado). De éstos tres, uno, el 11b tiene una puntuación igual o inferior a 3 en dos áreas-problema (a. médico y legal 0 puntos); y los otros dos tienen esta puntuación en cuatro de las siete áreas a estudio. Ambos, tanto el 15b como el 17b tienen una puntuación igual o inferior a 3 en las áreas médica, alcohol, legal y psicológica. Es decir, no requieren tratamiento o el tratamiento no está indicado en esas áreas porque el problema es inexistente o muy leve.

Además, si consideramos el sumatorio de las puntuaciones en todas las áreas, encontramos que estos tres tienen las puntuaciones más bajas del conjunto de la muestra de 2001. Así el 15b tiene la puntuación más baja en el conjunto de esta muestra (19 puntos en total); y el 11b y 17 tienen las segundas puntuaciones más bajas de la muestras (25 puntos cada uno).

Si hacemos este análisis por áreas encontramos que:

a) Área médica:

Ningún individuo de los dependientes de cocaína como principal diagnóstico tiene problemas importantes en el área médica y, por tanto, ninguno requiere intervención en esta área.

b) Empleo y Soportes:

Dos de los tres dependientes de cocaína, el 11b y 15b tienen un problema moderado. Puntúan 4 y 5 puntos respectivamente.

El otro, el 17b con 7 puntos en esta área, tiene un problema considerable y el tratamiento es necesario. Trabajó como funcionario de registro pero cesó en ese trabajo y está en paro son formación específica en ningún área concreta que le facilite la búsqueda de empleo.

c) Alcohol:

Dos de los siete individuos que puntúan 0 en esta área -no existe problema real, el tratamiento no está indicado- son dependientes de cocaína. Son el 15b y 17b. Tal y como ya hemos comentado en el apartado de severidad, el 17b tubo un diagnóstico antiguo de dependencia de alcohol para el que fue tratado y esta abstinente años por lo que no constituye un problema susceptible de tratamiento en el momento actual.

En cuanto al 11b obtiene una puntuación de 4 en esta área –problema moderado y está indicada algún tipo de intervención-.

d) Drogas:

Así como en las áreas anteriores, los dependientes de cocaína puntúan bajo en severidad, en esta área, los tres dependientes de cocaína tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Puntúa 6 el 11b y 7 puntos los individuos 15b y 17b.

e) Legal:

De los nueve individuos de la muestra de 2001 que no tienen un problema real en el área legal y no está indicado ningún tratamiento, tres, el 33,33% son los dependientes de cocaína. Por tanto, todos los dependientes de cocaína no necesitan intervención en esta área, además, ninguno de ellos tiene antecedentes judiciales ni causas pendientes.

f) Familiar/Social:

También en esta área –al igual que en la de drogas- los tres dependientes de cocaína tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Esta puntuación contrasta como hemos comentado con el resto de las áreas en que puntúan muy bajo. Aquí puntúan 6 el 11b y 15 b y 7 puntos el 17b.

g) Psicológico:

Tanto el 15b como el 17b obtienen puntuaciones en esta área que reflejan que no requieren intervención. El 15b puntúa 1 y el 17b 3 puntos. Este último se autopuntúa 4 en necesidad de tratamiento pero realmente no tiene problemas relevantes en esta área que, al valorar los ítems críticos nos haga pensar que requiere una puntuación más alta en severidad.

El individuo 11b con una puntuación de 5, tiene un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento.

❖ En los dependientes de cocaína y abusadores / dependientes de alcohol como diagnósticos principales (un total de 8 individuos, el 15,39% de la muestra) encontramos las siguientes características sociodemográficas y de severidad:

1) Distribución por sexos:

Solo hay una mujer en este grupo que constituye el 12,5% del total de este grupo y pertenece a la segunda muestra. Además, esta mujer es el único caso de los 8 que dice utilizar la vía fumada como la principal para el consumo de cocaína. El resto, el 87,5%, son 7 varones. Seis de ellos utilizan la vía esnifada para el consumo de cocaína y el séptimo refiere utilizar la vía intravenosa principalmente.

2) Distribución por grupos de edad

En la distribución por edades encontramos que, todos los individuos de este subgrupo tienen una edad igual o superior a 25 años. De hecho hay un único individuo de 25 años. En el grupo entre 26 y 30 años hay otros 2 individuos ambos con 28 años (el 25% de los consumidores de cocaína y alcohol). Los otros 5 individuos pertenecen al grupo de edad de entre 31 y 35 años.

La media de edad para el grupo de consumidores de cocaína y alcohol es de 30,25 años. Esta media es superior a la media de los grupos de consumidores de heroína, heroína y cocaína y cocaína como única sustancia principal; y sólo es superada por la media de los dependientes de alcohol como principal diagnóstico que es de 33,5 años.

3) Lugar de nacimiento y residencia..

Los 3 consumidores de cocaína y alcohol han nacido en otras provincias que corresponden a Córdoba, Badajoz y Albacete. Estos tres individuos viven actualmente en la provincia de Castellón, la provincia de Valencia y Valencia respectivamente. Son hijos de inmigrantes de estas provincias que viven durante años en la Comunidad Valenciana. Respecto a la residencia puede apreciarse que 5 de los 8 viven en la

provincia de Valencia y uno más en Valencia capital. Sólo uno vive en la provincia de Alicante y uno en la de Castellón.

La distribución por lugar de nacimiento y residencia de los consumidores de cocaína y alcohol corresponde a los datos que aparecen en la siguiente tabla.

	Nacimiento	Residencia
Provincia Alicante	1	1
Valencia	3	1
Provincia Valencia	1	5
Provincia de Castellón	0	1
Otras Provincias	3	0

4) Nivel de estudios.

En nivel más bajo de estudios de este subgrupo corresponde a 3 individuos (37,5%) que tienen como nivel máximo uno superior a 5º curso de primaria inferior a 8º de EGB. Dos más (25%) tiene un nivel de Graduado escolar. El 37,5% restante –los otros 3 individuos- tienen un nivel de secundaria (aunque sólo uno de ellos la ha concluido).

5) Situación laboral principal

En este grupo de dependientes a cocaína con abuso o dependencia de alcohol, no hay ningún individuo que nunca haya trabajado. Trabajan en los siguientes sectores: Tres en la industria, uno en la construcción y dos más son artesanos de la madera o la piedra (un ebanista y un mampostero), otro trabaja en un servicio público y otro más en otros trabajos (ha ejercido de quiromasajista). Destacar que dos de los 3 trabajadores como artesanos de la madera o la piedra de esta muestra pertenecen a este grupo.

6) Características del núcleo familiar

Comentar que en general, comparando con los otros subgrupos, los pertenecientes a este subgrupo provienen de familias con más número de miembros que en el resto de subgrupos. Así, solo hay una familia de 4 miembros (un único individuo con sólo un hermano). Hay también otras dos familias con cinco miembros, otra con 6, otra con 7 miembros, dos de 8 miembros y una de 13. En cuanto al número de hermanos por familia, además de la familia ya mencionada con sólo dos hijos, el resto tienen, en un caso 3 hijos en dos casos 4 hijos, en otro caso 5 hijos en otros dos casos 6 hijos y en otro 11 hijos. La media de hijos por familia es de 5,13. Destacar que hay una unidad familiar de 5 miembros que corresponde a la madre y 4 hijos en que, los progenitores además de estar divorciados, el padre ya ha fallecido.

Respecto al lugar que ocupan entre los hermanos, sólo en un caso, el individuo es el hermano mayor (el primero de 2) y en otros 3 es el menor (el 4º de 4, el onceavo de 11 y el tercero de cuatro hermanos gemelo de otro y considerándose el menor de la familia). En total, el individuo es el primogénito en un caso, el segundo (de 3 hermanos) en otro caso, el tercero en otros dos casos (de 6 y de 4), el cuarto (de 5 y de 4 hermanos) en otros dos casos, el quinto (de 6) en otro y el menor de once hermanos en otro caso. La media en este grupo es de 5,13 hermanos por familia. En cuanto a la edad media de los hermanos es de 33 años, superior a la del grupo que era de 30,25 años y también a la del resto de medias de edad de los hermanos en los otros subgrupos.

Cinco de los progenitores de este grupo están casados y viven en el momento de la entrevista. Uno más corresponde a otro matrimonio en el que el padre ha fallecido recientemente (en el 2000) y otro a otra pareja casada con ambos progenitores fallecidos. Sólo hay un caso que proviene de una familia con los progenitores divorciados (y además el padre ha fallecido). Hay un total de tres padres fallecidos y una madre en este grupo.

La edad media de los progenitores vivos es de 62,8 años para los padres y de 59,71 años para las madres. Estas medias son las más altas de todos los subgrupos y también más altas que las de la media de la muestra en general tanto para padres como para madres.

Ha tenido familia propia un único individuo que corresponde al hermano gemelo menor de 4 hermanos y que vive actualmente con la madre viuda. Tiene una hija que vive con su expareja actualmente. Es también el único individuo de este grupo con estudios secundarios acabados.

7) Nivel de estudios y trabajo de los padres

Una madre de este subgrupo es analfabeta. En cuanto al resto, 3 padres y 3 madres (el 37,5% de ambos progenitores del subgrupo) saben leer y escribir, dos padres más y tres madres estudios primarios, un padre y una madre tienen estudios secundarios. Finalmente un padre tiene estudios superiores y de otro desconocemos el nivel de estudios.

En cuanto a la distribución por ocupación de los padres y madres de los dependientes de cocaína y alcohol:

- Trabajadores especializados de la industria y la hostelería: un padre y una madre de este subgrupo.
- Trabajadores no especializados hay dos padres (un agricultor y un camionero) y una madre (trabajadora de un almacén de naranja).
- Hay una madre trabajadora en un servicio público –la única en la muestra- y que trabaja en un hospital.
- Cuatro madres (el 50%) de los consumidores de cocaína y alcohol son amas de casa. Este es un porcentaje se aproxima al del total de la muestra que era del 51,02% de madres dedicadas al trabajo doméstico.
- Hay dos padres jubilados y ninguna madre en este subgrupo.
- Finalmente, recordar, como ya se ha comentado anteriormente, que hay tres progenitores varones fallecidos en el grupo (uno de ellos trabajaba en un servicio público y de los otros dos se desconoce la profesión anterior) y una madre (que era ama de casa).

En cuanto a la situación laboral en el pasado y el empleo de todos los padres y madres conocidos (fallecidos ya o jubilados), sigue esta distribución:

Ocupaciones de los padres.	Dependientes de cocaína y abuso/dep alcohol	Porcentaje del total
Hostelería	1	12,5%
Artesanos madera/piedra	1	12,5%
Trasportes	1	12,5%
Servicios públicos	1	12,5%
Empleados de fábricas/industria	1	12,5%

Otras ocupaciones	1	12,5%
Desconocido	2	25%
Ocupaciones de las madres	Dependientes de cocaína y abuso/dep alcohol	Porcentaje del total
Hostelería	1	12,5%
Ama de casa	5	62,5%
Servicios Públicos	1	12,5%
Otras profesiones	1	12,5%

8) Individuos sin tratamiento previo

Respecto a los individuos sin tratamiento previo (máximo un tratamiento antes del ingreso en U.D.R.), tres de los 13 pertenecen a este subgrupo, constituyendo el 23,08% de los individuos sin tratamiento previo. A su vez son el 37,5% de los dependientes de cocaína y abusadores o dependientes de alcohol de nuestra muestra.

Uno de estos tres individuos es la única mujer de este subgrupo.

9) Severidad y necesidad de tratamiento.

Sólo hay un individuo, de los seis con este diagnóstico de la muestra de 2001 entrevistados, que no haya puntuado igual o inferior a 3 puntos en ningún área. Es el 19b con necesidad de tratamiento en las siete áreas-problema.

Los otros cinco individuos con diagnóstico de dependencia de cocaína y dependencia/abuso de alcohol, no tienen una puntuación de severidad que sugiera necesidad de intervención o problema real en dos áreas problema. Son el 12b con puntuación de 0 en empleo/soportes y área legal; el 16b con 0 en área médica y empleo/soportes; el 21b con 0 en a. médica y legal, el 22b con 3 puntos en empleo/soportes y 0 en legal y el 24b con 3 puntos en el área médica y 2 en empleo/soportes.

Si analizamos la severidad en función de las siete áreas de estudio encontramos que:

a) Área médica:

Tal y como hemos comentado, tres de los seis individuos con este diagnóstico (el 50%) no tienen problemas importantes en el área médica y no requieren intervención. Son el 16b, 21b y 24b.

Dos más, el 33,33%, tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento. Son el 22b con 4 puntos y el 19b con 5.

Y, finalmente, con 6 puntos -problema considerable, el tratamiento es necesario- hay un individuo más, el 12b.

Nos parece necesario volver a comentar aquí que el individuo 24b no padece ninguna enfermedad o problema de salud importante y, sin embargo, se autopuntúa alto en necesidad de tratamiento⁷⁸ aunque su puntuación final, una vez cotejada con el resto de datos, no indica necesidad de tratamiento.

b) Empleo y Soportes:

Tal y como hemos comentado en el apartado de severidad, el 15,36% de la muestra de 2001 no requería intervención en esa área por no tener problema o tratarse de un

⁷⁸ Se define a si mismo como hipocondríaco.

problema leve. Correspondía a 4 individuos con puntuaciones iguales o inferiores a 3 y los cuatro tenían un diagnóstico de dependencia de cocaína y abuso de alcohol. Son a su vez el 66,66% de los individuos entrevistados con este diagnóstico (4 de 6). Reiterar que los cuatro estaban de baja laboral en el momento de la entrevista y el tratamiento y los cuatro tenían trabajo de oficial mecánico, en telefónica, como soldador y como auxiliar de clínica. Son el 12b, 16b, 22b y 24b.

Además, el 21b puntúa 4 en esta área, -el problema es moderado y está indicado algún tipo de tratamiento-; y el 19b obtiene una puntuación de 6 -problema considerable y tratamiento necesario-. Este último ha trabajado como ebanista y, aunque tiene problemas considerables en esta área, se puntúa bajo en su autobaremo.

c) Alcohol:

Tal y como era esperable, todos los individuos pertenecientes a este grupo diagnóstico puntúan como necesidad de tratamiento en esta área. Así, el 22b, obtiene la puntuación más baja de los seis citados con 4 puntos -problema moderado-. Los otros cinco individuos tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (puntúan 6 y 7 puntos). Son cinco de los nueve con esta puntuación en la muestra de 2001.

Anotar que el 21b, se autopuntúa 1 y 2 en las áreas de alcohol y drogas respectivamente y consideramos que infravalora los dos consumos (alcohol y drogas).

d) Drogas:

Todos los individuos de este grupo diagnóstico puntúan 6 o por encima de 6 en severidad en esta área de estudio.

Cinco de los seis dependientes de cocaína y alcohol tienen un problema considerable en esta área y el tratamiento es necesario. Son el 16b, 19b, 21b, 22b y 24b. son a su vez el 33,33% de los individuos que puntúan en este rango de la muestra de 2001(5 de 15).

Y el individuo 12b puntúa 8 en esta área, es decir, el problema es extremo y el tratamiento absolutamente necesario.

e) Legal:

El 50% de los dependientes de cocaína y alcohol no tienen problema real en esta área y no requieren tratamiento (Puntúan en un rango de 0 a 2 puntos). Son el 12b, 21b y 22b. Ninguno de ellos tiene antecedentes ni causas judiciales pendientes.

Dos más, el 16b y 19b, puntúan 4 y 5 respectivamente; tienen un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento en esta área. Tampoco estos dos tienen antecedentes ni juicios pendientes.

El individuo que resta, el 24b, puntúa 6 en esta área -problema considerable, el tratamiento es necesario-. Tal y como hemos comentado en el apartado de severidad, aunque sólo tiene pendiente un juicio de faltas, ha sido acusado en varias ocasiones de delitos violentos, robos y tráfico de drogas aunque, de momento, ningún cargo ha acabado en condena, nunca se le ha considerado culpable hasta la fecha.

f) Familiar/Social:

Al igual que ocurría en los individuos con diagnóstico único de dependencia de cocaína, en este grupo (d. a cocaína y alcohol) todos los individuos tienen problemas en esta área que requieren algún tipo de intervención. Así, el 21b tiene la puntuación más baja en necesidad de tratamiento y severidad en esta área con 5 puntos -problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento-.

Cuatro más de los dependientes de cocaína y alcohol tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Son el 12b, 16b, 22b y 24b, con puntuaciones de 6 y 7 puntos.

Finalmente el 19b tiene un problema extremo en esta área y el tratamiento es absolutamente necesario (puntuación 8 puntos).

g) Psicológico:

También en esta área todos los individuos con un doble diagnóstico de dependencia de cocaína y dependencia o abuso de alcohol tienen alguna necesidad de tratamiento (ninguno puntuación 3 o por debajo de 3 puntos).

Puntuación 5 puntos -problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento- dos individuos, el 19b⁷⁹ y 22b⁸⁰.

Tres individuos con este diagnóstico (el 50%) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario. Son el 21b⁸¹ y 24b con 6 puntos y 16b con 7.

Finalmente, el 12b, con 8 puntos, tiene un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario en esta área.

❖ En cuanto a los dos únicos individuos dependientes de alcohol como diagnóstico principal de nuestra muestra, sus características sociodemográficas son las siguientes:

Ambos casos son mujeres –cada uno procede de una de las submuestras- y tienen 33 y 34 años.

En los datos de la C. Valenciana, sólo el 16,92% en 1999 y el 17% en 2001 de los admitidos a tratamiento por dependencia de alcohol eran mujeres y las edades medias de estos eran de 41,68 y 42,45 años. Los datos de nuestra muestra difieren mucho de los de la población dependiente de alcohol en la C. Valenciana. No es extraño si consideramos que a este recurso residencial hasta 2001 en número de pacientes admitidos por alcohol como única sustancia era escaso –este recurso se ha utilizado siempre más para usuarios de drogas ilegales- y por tanto el porcentaje de pacientes que llega con un problema de alcohol no puede ser representativo.

Ambas han nacido fuera de la Comunidad Valenciana (en Córdoba y en Oviedo). Una vive en la provincia de Valencia y otra en la de Castellón. El porcentaje de nacidos fuera de la C. Valenciana entre los admitidos a tratamiento por alcohol en la C. Valenciana fue del 33,04% para 1999 y 32,56% para 2001. Alrededor del 50% viven en Valencia y del 10 al 13% (según el año) en Castellón.

El nivel de estudios de ambas es de secundaria inacabada (hasta 3º de BUP y hasta 2º de FP). Ambas han trabajado, una en la industria (fábrica de confección) y otra en la

⁷⁹ Sin embargo, por los datos extraídos de la clínica necesita mucha más intervención o más intensiva de lo que pudiera parecer por la puntuación inicial del test.

⁸⁰ Ocurre algo similar que con el 19b, ya que por su inestabilidad, inmadurez e impulsividad, debería puntuar más alto en cuanto a problema y necesidad de intervención. En este caso se confirma durante el programa un diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

⁸¹ Nos referimos a este caso en el apartado de severidad por considerar que por la gravedad en la clínica de su problema psiquiátrico, la puntuación obtenida en el EuropASI en esta área era inferior a la que requeriría realmente.

hostelería. Solo el 14,56% en 1999 y el 16,60% en 2001 de los admitidos por alcohol en la C. Valenciana tienen un nivel de estudios de secundaria.

En cuanto a las familias de procedencia, son familias de 6 y 8 miembros respectivamente, con 4 y 6 hermanos (cinco hijos como media por familia en este subgrupo). Una de ellas es la mayor (de cuatro hermanos) y la otra es la quinta de seis. En cuanto a las edades medias de los hermanos son de 26 y 37 años respectivamente – edad media global de los hermanos de 31,5 años- inferior a la edad de las pacientes.

Ambas proceden de familias con progenitores casados en que viven ambos miembros. Uno de los padres tiene estudios primarios y es encargado de un supermercado y el otro sabe leer y escribir y trabaja en la construcción. Las edades de ambos son 59 y 65 años respectivamente (media de 62 años). También una madre tiene estudios primarios y la otra sabe leer y escribir. Una trabaja en una industria de transportes y la otra es ama de casa. Tiene edades de 56 y 70 años respectivamente (esta segunda madre tiene 5 años más que su pareja). La media de edad es de 63 años.

Ambas mujeres han estado casadas y tienen familia propia que actualmente conservan. Una esta casada hace seis años y la otra también casada, tiene cuatro hijos y vive hasta el momento del ingreso con su pareja e hijos (no con su familia de origen).

La mujer que procede de la segunda submuestra no ha tenido tratamiento previo.

En cuanto al perfil de severidad de la adicción extraído del EuropASI en la mujer de la segunda muestra que fue objeto de esta entrevista (25b), los datos obtenidos son:

Tiene dos áreas problema sin necesidad de tratamiento. Son el área médica con 1 punto y drogas con 0. En ambas áreas no requiere tratamiento o el tratamiento no está indicado porque el problema es inexistente o muy leve.

En el área de Empleo y Soportes tiene un problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento. Obtuvo en esta área una puntuación de 4.

En orden creciente de puntuación de severidad nos encontramos con que puntúa 6 en el área legal –problema considerable y tratamiento necesario-. Aunque puntúa alto en esta área no tiene antecedentes ni causas pendientes aunque está en contacto con el sistema judicial por denuncias de malos tratos en que se persona como denunciante durante el programa.

Tanto en el área de alcohol como en la psicológica puntúa 7 en severidad –el problema es considerable y en tratamiento necesario en ambas áreas-.

Finalmente, la puntuación más alta es de 8 puntos en el área familiar y social. Sólo hay dos individuos que puntúan así de alto en esta área⁸². Ha sido víctima durante años de malos tratos en su domicilio por parte de su pareja, actualmente en trámites de separación y con cuatro hijos en el domicilio conyugal que ha dejado con su pareja durante el tratamiento. Además tiene baja autoestima y, en general, sus relaciones sociales son escasas.

En las dos tablas siguientes se pueden apreciar los datos referentes al individuo y núcleo familiar de los cinco grupos diagnósticos en que hemos clasificado nuestras muestras. Del mismo modo, en las cinco representaciones gráficas de Severidad por áreas podemos ver, en cada grupo diagnóstico, que necesidad de tratamiento tienen y en qué áreas.

⁸² El otro individuo es el 19b con diagnóstico de abuso de alcohol y dependencia de cocaína.

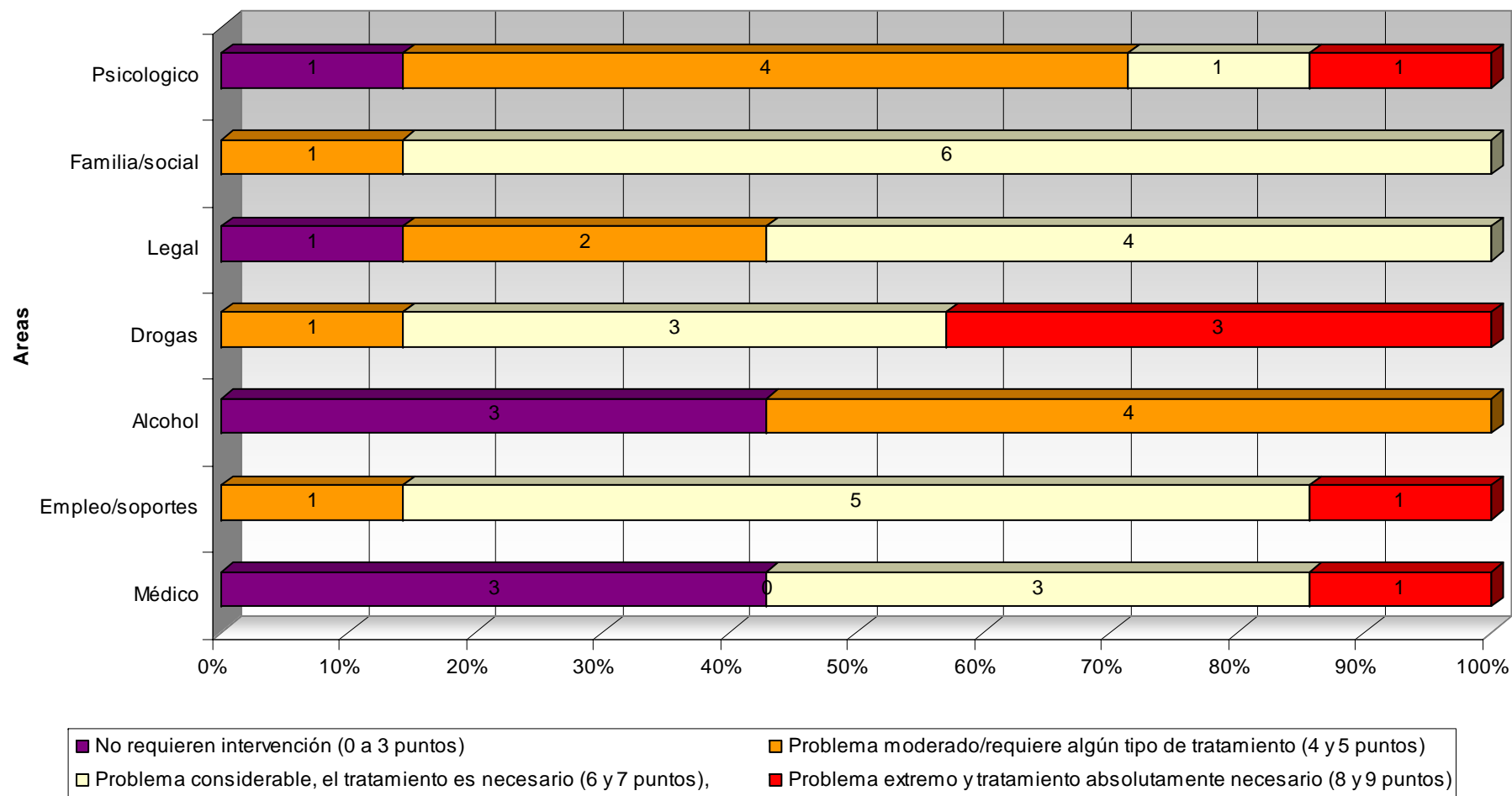
Características Generales por grupos diagnósticos de los individuos de la muestra (el individuo)

	Heroína	Heroína y Cocaína	Cocaína	Cocaína y Alcohol	Alcohol
Número de casos y Porcentaje del total	20 (38,46%)	13 (25%)	9 (17,31%)	8 (13,46%)	2 (3,85%)
Edad media (años)	27,3	27,46	28,33	30,25	33,5
Distribución por grupos de edad					
Menor igual a 20 años (n° y %)	4	1	2	-	-
De 21 a 25 años	2	4	1	1	-
De 26 a 30 años	8	5	3	2	-
De 31 a 35 años	4	1	1	5	2
De 36 a 40 años	2	2	1	-	-
Mayores de 40 años	-	-	1	-	-
Sexo (%)	(15/5)	(11/2)	(7/2)	(7/1)	(0/2)
Hombres	75%				0
Mujeres	25%	15,39%	22,22%	12,5%	100%
Máximo nivel de estudios alcanzado					
Hasta 5° de EGB	1 (5%)	1 (7,69%)	1 (11,11%)	-	-
De 5° a 8° de EGB	5 (25%)	4 (33,77%)	5 (55,56%)	3 (37,5%)	-
Graduado Escolar	8 (40%)	5 (38,46%)	2 (22,22%)	2 (25%)	-
Secundaria	6 (30%)	3 (23,08%)	1 (11,11%)	3 (37,5%)	2
Estudios Medios o Superiores	-	-	-	-	-
Edad de inicio de droga principal	18,65	17,61	20,22	20,25	17,5*
Tiempo medio de consumo en años	8,45	9,15	8	9,75	16
Edad inicio de cualquier droga	13,95	13,85	15,33	14,63	17,5*
Situación laboral principal					
Nunca han trabajado	3	-	1	-	-
Hostelería	4	2	1	-	1
Industria	3	5	1	3	1
Construcción	3	1	1	1	-
Trasportes	-	-	-	-	-
Fontanería	1	-	1	-	-
Artesanos de madera/piedra	-	-	-	2	-
Servicios públicos	-	2	2	1	-
Otros	6	3	2	1	-

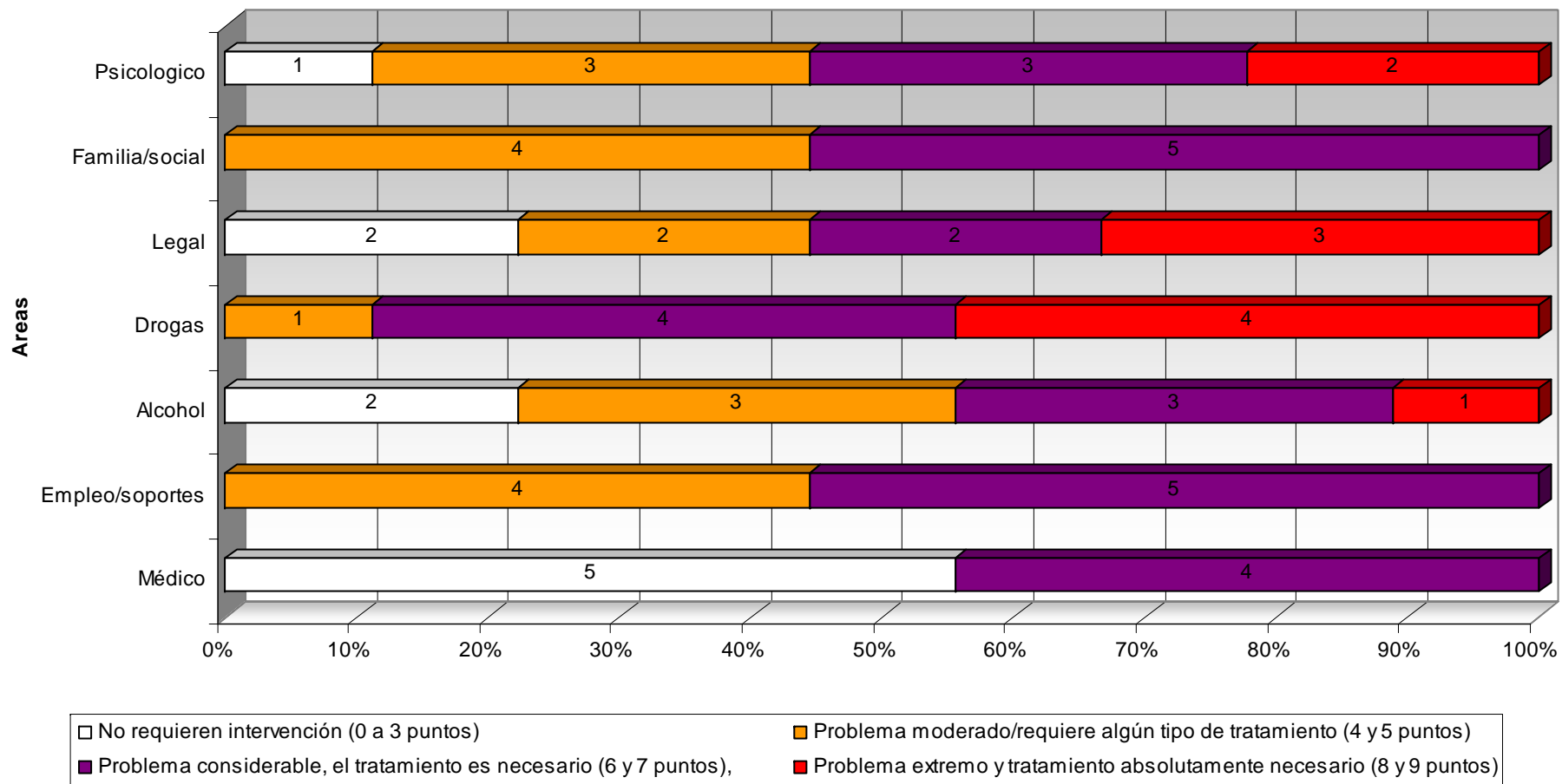
Características Generales por grupos diagnósticos de los individuos de la muestra (el núcleo familiar)

	<u>Heroína</u>	<u>Heroína y Cocaína</u>	<u>Cocaína</u>	<u>Cocaína y Alcohol</u>	<u>Alcohol</u>
Edad media de los padres vivos	61,08	58,53	55,72	62,8	62
Edad media de las madres vivas	59,56	54	54,67	59,71	63
Estado Civil de los Progenitores (nº y %)					
Casados (ambos vivos)	8 (40%)	11	7	5	2
Casados (algún progenitor fallecido)	6 (30%)	-	2	2	-
Divorciados	3 (15%)	1	-	1	-
Separados	3 (15%)	1	-	-	-
Estudios de los PADRES / MADRES					
Analfabeto	0 / 2	- / -	1 / 1	- / 1	- / -
Sabe leer y escribir	7 / 10	2 / 4	2 / 2	3 / 3	1 / 1
Primarios	6 / 4	5 / 2	3 / 4	2 / 3	1 / 1
Certificado de Escolaridad	1 / 2	3 / 5	- / -	- / -	- / -
Secundarios	0 / 1	1 / 1	2 / 2	1 / 1	- / -
Medios / Superiores	2 / 1	2 / 1	- / -	1 / -	- / -
Desconocido / No sabe	4 / 0	- / -	1 / 0	1 / -	- / -
Ocupaciones principales de los padres					
Trabajadores de industria y hostelería	4	4	2	1	-
Trabajadores no especializados	2	4	1	2	2
Trabajadores de Servicios Públicos	-	3	1	-	-
Artesanos de la Madera o Piedra	1	-	-	-	-
Jubilados	6	2	3	2	-
Fallecidos / desconocido	7 (1des)	-	2	3	-
Ocupaciones principales de las madres					
Trabajadoras de la industria y hostelería	4	4	1	1	1
Trabajadoras no especializadas	3	3	1	1	-
Trabajadoras de Servicios Públicos	-	-	-	1	-
Trabajo doméstico (ama de casa)	7	6	7	4	1
Jubiladas	4	-	-	-	-
Fallecidas	2	-	-	1	-
Edad media de los hermanos	28,5	27,62	26,43	33	31,5
Número de hijos por familia	3,5	3,61	3	5,13	5

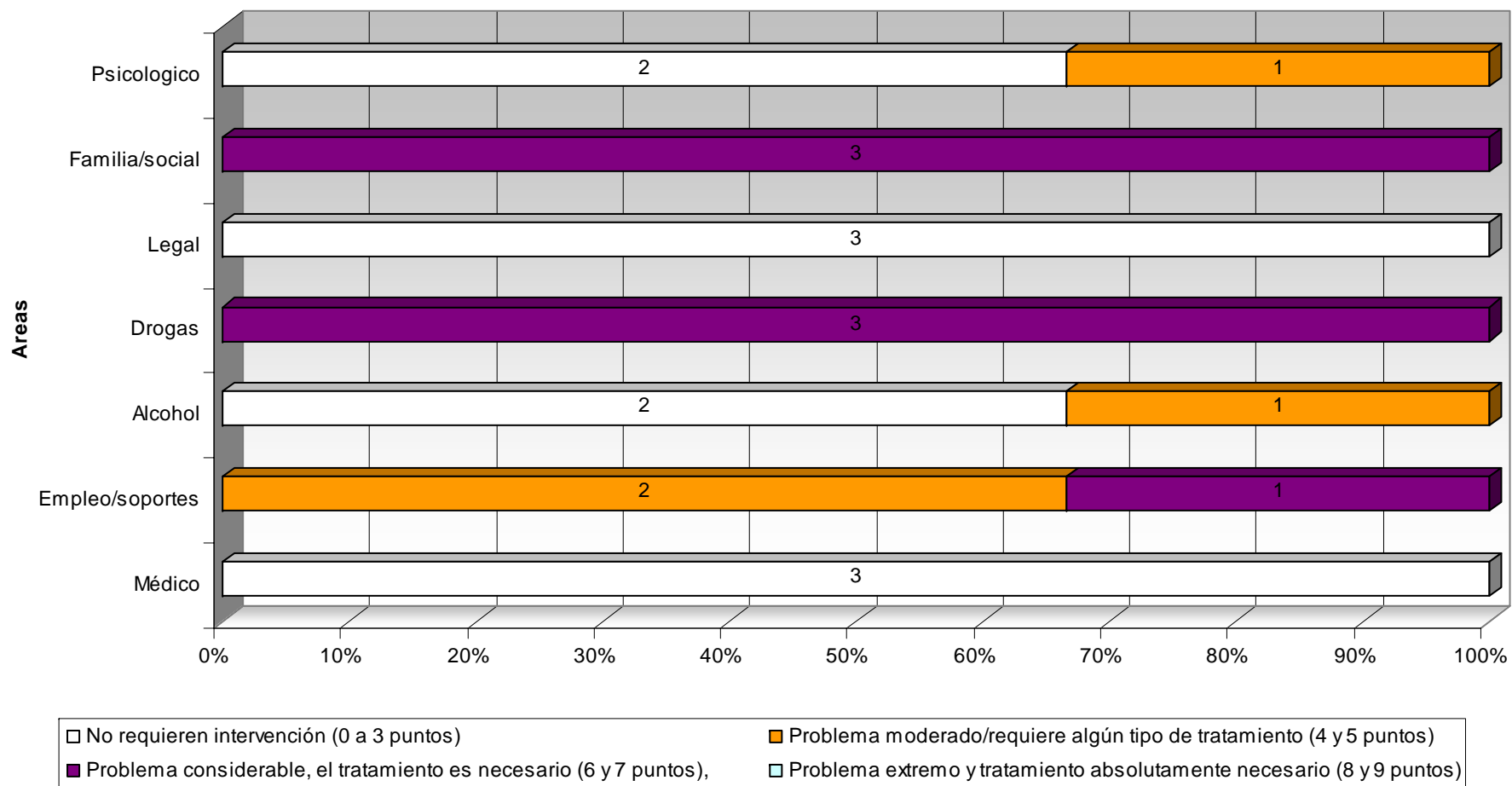
Dependientes de heroína. Severidad por áreas.



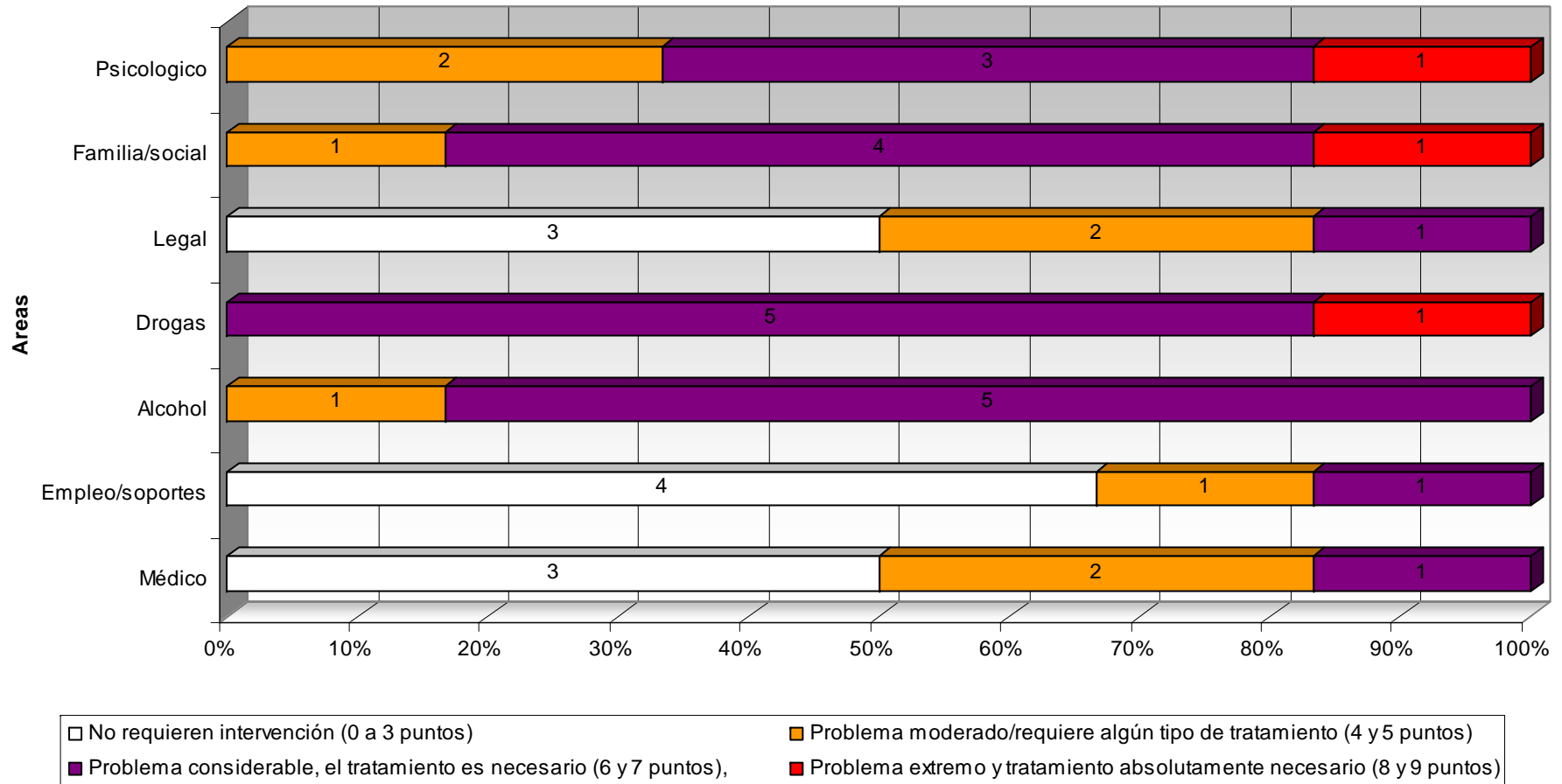
D. heroína y cocaína. Severidad por áreas.



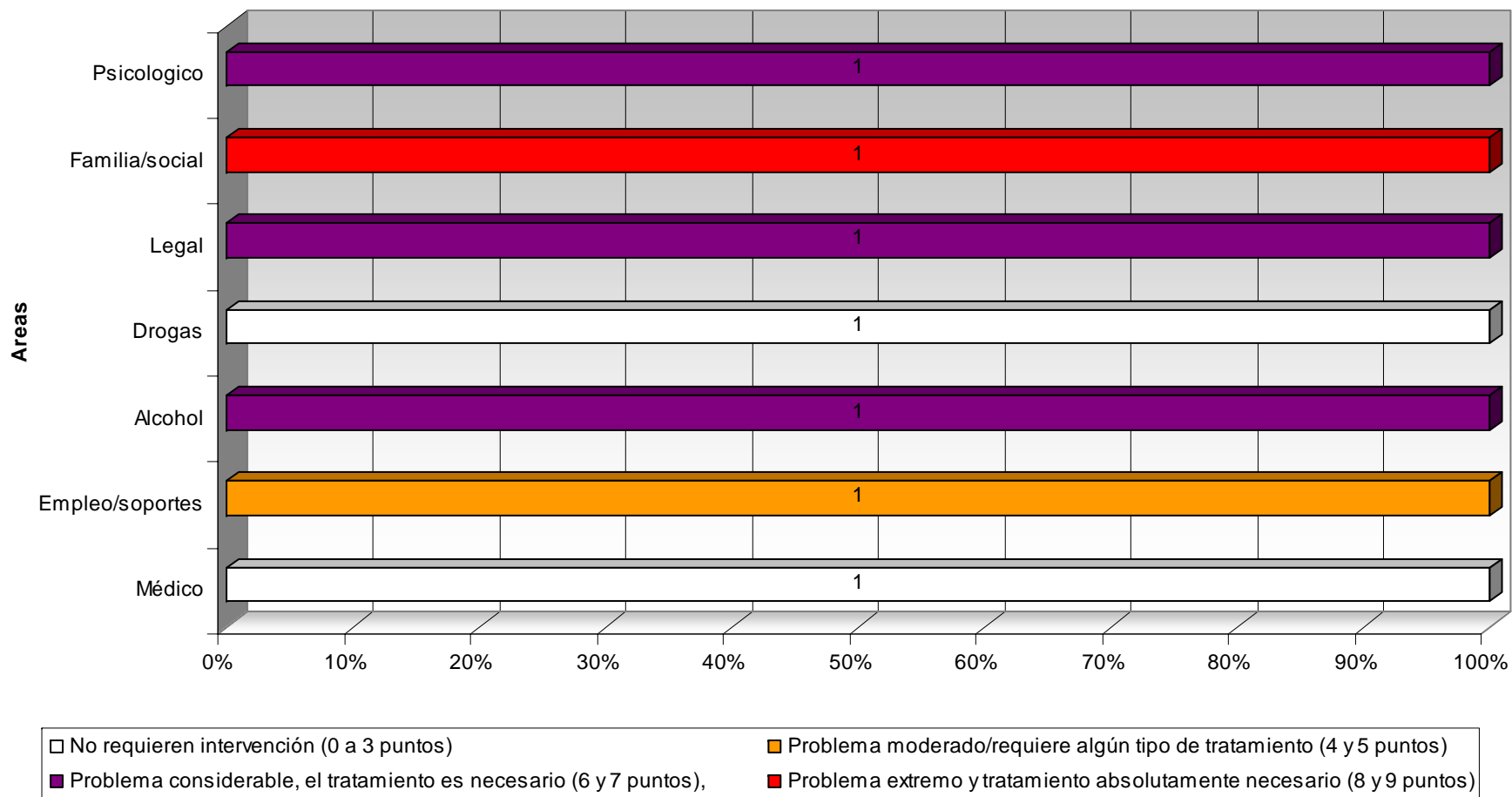
Dependientes de cocaína. Severidad por áreas.



D. cocaína y alcohol. Severidad por áreas.



Dependientes de alcohol. Severidad por áreas.



Comparación con la población drogodependiente que solicita tratamiento en España y en la Comunidad Valenciana en 1999 y 2001.

En este apartado vamos a intentar recopilar las características de nuestra muestra que han podido ser comparadas con los datos obtenidos sobre bases de datos de drogodependientes que acuden a recursos de tratamiento a nivel nacional y de nuestra comunidad autónoma. Los principales indicadores con los que hemos comparado los datos obtenidos de nuestra muestra son los aportados por el Observatorio Español sobre Drogas⁸³ sobre los admitidos a tratamiento en 1999 y 2001 en toda España y los datos de admitidos en la Comunidad Valenciana⁸⁴ en los mismos años.

La edad media de los individuos de la muestra de 1999, de 28,69 años, es casi dos años inferior a la que encontramos entre los admitidos a tratamiento en España en el mismo año que era de 30,40 años, y casi seis inferior a la media de edad de admitidos a tratamiento en la C. Valenciana que era de 34,02 años⁸⁵. Además, aunque el 85,8% de los admitidos a tratamiento en España tenían edades comprendidas entre los 20 y 39 años, dato que coincide con los datos de nuestra muestra; el porcentaje de casos más alto estaba entre los 30 y 34 años con el 27,2%, sin embargo en nuestra muestra el porcentaje más numeroso de casos está en el grupo de entre 26 a 30 años.

En cuanto a la edad media de los individuos de la muestra de 2001 - 28,04 años- es casi tres años inferior a la del registro nacional del O.E.D. para ese año que fue de 31,50 años y

⁸³ FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informes número 4 –de 1999- y 6 –de 2001.

⁸⁴ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia de la Comunidad Valenciana.

⁸⁵ Tal y como hemos comentado en el apartado de datos personales, es importante referir que entre los admitidos a tratamiento por dependencia en la C. Valenciana se incluyen casos de alcohol, ludopatía y nicotina y estos tres grupos de pacientes no son registrados por el Observatorio Español sobre Drogas.

más de siete años inferior a la de admitidos a tratamiento en la C. Valenciana que fue de 35,93 años.

En la distribución por sexos encontramos que en nuestras dos muestras, el porcentaje de hombres entrevistados es inferior al de admitidos a tratamiento en la comunidad autónoma y este porcentaje, a su vez, es inferior al de hombres registrados en el O.E.D. como admisiones a tratamiento a nivel nacional. Así, en la muestra de 1999 el 80,77% de individuos son hombres (21), y el 19,23% (5 individuos) son mujeres. En los admitidos a tratamiento en 1999 en la Comunidad Valenciana, el porcentaje de hombres fue del 81,50% y en el Observatorio Español sobre Drogas el porcentaje de hombres admitidos a tratamiento fue del 84,9%. En la muestra de 2001 el 73,08 % son hombres (19 individuos) y el 26,92 % son mujeres (7) y el porcentaje de hombres entre los admitidos a tratamiento en 2001 en Valencia fue del 80,19% y a nivel nacional del 84,7%.

En cuanto a las provincias de nacimiento, en nuestra muestra de 1999 encontramos que el 46,15% nacieron en Valencia ciudad (38,46%) y su provincia (7,69%) y en la C. Valenciana el porcentaje de admitidos a tratamiento para el mismo año que nacieron en Valencia y provincia fue del 39,98%. Así mismo, el porcentaje de nacidos en Alicante y provincia para ese mismo año en nuestra muestra fue del 26,93% y en la C. Valenciana del 23,37%; y en otras provincias de España del 19,23% en nuestra muestra y del 27,30% en los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana. En nuestra muestra no hay nacidos en Castellón (en la C. Valenciana el 9,35% de los admitidos a tratamiento en 1999 eran nacidos en esta provincia) y, sin embargo, si que tenemos un 7,69% de nacidos en el extranjero y no se refleja ningún porcentaje a este respecto entre los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana.

En 2001, el porcentaje total de nacidos en Valencia y provincia se incrementa con respecto a 1999, tanto en nuestra muestra que pasa al 57,7% (42,31% en la ciudad y 15,39% en la provincia), como en los datos de admitidos a tratamiento en la C. Valenciana que alcanza el 42,87%. Para los nacidos en Alicante y provincia los porcentajes son del 15,39% en nuestra muestra y del 22,84% en los datos de la C. Valenciana. El porcentaje de nacidos en otras provincias de España en nuestra muestra fue del 23,08% y en los datos de la C. Valenciana de admitidos en 2001 del 27,38%. Al igual que en 1999, en nuestra muestra del 2001 no hay individuos nacidos en la provincia de Castellón (en los datos de la C. Valenciana el porcentaje de nacidos en esta provincia era del 6,90%) y sí que hay nacidos en el extranjero (en este caso sólo un 3,85%) pero este dato no se registra entre los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana.

Si observamos la distribución por lugar de residencia, el 65,39% de los individuos de nuestra muestra de 1999 residen en ciudades de la provincia de Valencia (34,62% en Valencia capital y 30,77% en otras ciudades). El porcentaje de admitidos a tratamiento para ese mismo año en la C. Valenciana con residencia en Valencia y su provincia fue ligeramente inferior -del 50,57%-, pero ocupa también el primer lugar en residencia al igual que en nuestra muestra. El 34,62% restante de nuestra muestra residen en Alicante y el porcentaje de residentes en Alicante en la C. Valenciana en ese mismo año fue del 35,29%. No había entre los individuos entrevistados en 1999 ningún residente en Castellón o el resto de España, sin embargo, el porcentaje entre los registrados como admisiones a tratamiento en 1999 en la C. Valenciana si que hay un 13,78% de residentes en Castellón y un 0,36% en el resto de España.

En cuanto a 2001, el porcentaje de residentes en la provincia de Valencia es también el más alto con el 69,23% (19,23% en la capital y 50% en la provincia), entre los admitidos a

tratamiento en la C. Valenciana también es este el lugar principal de residencia con un 52,68%. El segundo lugar en nuestra muestra de 2001 lo ocupan los residentes en la provincia de Alicante con un 15,38%. El porcentaje de entre los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana en 2001 residentes en Alicante fue superior, del 35,78%. Sin embargo, el porcentaje de los residentes en Castellón en nuestra muestra fue similar a los datos de admitidos en la C. Valenciana, del 11,54% y 11,24% respectivamente. Hay un 3,85% en nuestro grupo de 2001 (un individuo) que residía en otras provincias antes del ingreso en el centro y el porcentaje de estas características en la C. Valenciana es sólo del 0,40%.

El nivel de estudios máximo alcanzado por los individuos de nuestra muestra es mayor al de las poblaciones registradas como admisiones a tratamiento tanto por el Observatorio Español sobre Drogas como en los datos aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana. Si comparamos los datos por años encontramos que, para 1999, el porcentaje de admitidos a tratamiento a nivel nacional⁸⁶ con un nivel de estudios de Bachiller Elemental, E.G.B. o E.S.O. -27,8%- es similar al de admitidos a tratamiento en la C. Valenciana -27,97%- y estos porcentajes son prácticamente la mitad del alcanzado por nuestra muestra con este nivel de estudios que es del 57,69%⁸⁷ (si consideramos el 46,15% con un nivel de Graduado Escolar y otro 11,54% con un nivel de 8º de E.G.B. o 2º de la E.S.O. sin haber obtenido el título de Graduado).

Además en nuestra muestra de 1999 sólo hay un 19,23% con un nivel de estudios inferior al ya comentado y en los informes del O.E.D. y C. Valenciana el porcentaje de individuos con un nivel inferior es del 50,6% y 52,23% respectivamente. Del mismo modo, el porcentaje de individuos con un nivel superior al G. Escolar es ligeramente superior en nuestra muestra -23,08%- al de la población registrada en los datos del O.E.D. -21,5%- y C. Valenciana -19,8%-.

Algo similar ocurre con los datos de 2001 aunque en este caso las diferencias no son tan pronunciadas. El porcentaje de individuos con un nivel de estudios de 8º de EGB, 2º de ESO o B. Elemental (con o sin G. Escolar) en nuestra muestra es del 38,46% (19,23% con G. Escolar y 19,23% con 8º E.G.B. o 2º E.S.O. sin G. Escolar); en los datos del O.E.D. este porcentaje es del 32,3% y en la C. Valenciana del 27,26%. Tienen un nivel inferior el sólo el 19,23% de nuestra muestra en contraste con los porcentajes muy superiores de la población admitida a tratamiento a nivel nacional (O.E.D.) con un 47,6% y autonómico con un 48,38%. Así mismo, el porcentaje de individuos en nuestra muestra con un nivel de estudios superior al G. Escolar es alto, del 42,31%, en comparación con las dos poblaciones mencionadas cuyos porcentajes son del 20,1 en los datos del O.E.D. y 24,37% en los datos de la C. Valenciana.

Además, en ambas submuestras, el nivel de estudios mínimo se sitúa en quinto curso de Educación General Básica (dos individuos en la primera muestra y uno en la segunda) y, sin embargo en los datos del O.E.D. hay un 13,8% de drogodependientes sin estudios en 1999 y un 11,8% en 2001 y en la Comunidad Valenciana el porcentaje de los que no saben leer ni escribir es del 1,58% en 1999 y 1,38% en 2001, y de estudios primarios inferiores o iguales a 5º de E.G.B. es del 12,59% para 1999 y 12,14% para 2001.

En lo que concierne a la ocupación principal, sólo podemos comparar con uno de los grupos de nuestra muestra. Es el que corresponde a los individuos que nunca han trabajado, ya que, en los datos del Observatorio Español sobre Drogas y de las admisiones a tratamiento en la C. Valenciana se recoge este grupo como “parados sin haber trabajado

⁸⁶ Según los datos recogidos del Informe nº 4 del O.E.D. que corresponde a 1999.

⁸⁷ Corresponde a los 15 individuos de la muestra de 1999 que tienen un nivel de estudios de hasta 8º de E.G.B. o 2º de E.S.O. con o sin Graduado Escolar.

antes”. Así, en 1999, el porcentaje de parados sin trabajo anterior en nuestra muestra era del 12%, superior a los encontrados en los datos del O.E.D. y C. Valenciana para ese mismo año que fueron del 9,8% y 4,10% respectivamente. Sin embargo, en la muestra de 2001, sólo había un individuo que no había trabajado, constituyendo el 3,85%, y, en este caso, este porcentaje es inferior al del OED para este grupo y año que era del 7,5% y similar al porcentaje de la C. Valenciana que fue del 3,48%.

En cuanto a las drogas principales, encontramos que los porcentajes de tratados por cocaína en nuestra muestra son superiores a los de la población drogodependiente atendida ese año, los de alcohol son inferiores y los de opiáceos con tendencias similares (un poco más altos en 1999 y más bajos en 2001). Así, en los registros de casos se observa una tendencia al descenso del número de atendidos por heroína y en nuestra muestra también objetivamos esta disminución pero de manera más pronunciada. Así, los porcentajes de dependientes de heroína como diagnóstico principal del total de admitidos a tratamiento en 1999 y 2001 en el Observatorio Español sobre Drogas⁸⁸ fueron del 73,1% y 68,3% respectivamente, y en la Comunidad Valenciana⁸⁹ del 40,79% y 33,65%. Nuestros porcentajes -50% y 26,92%- se aproximan más a los de atendidos por dependencia de opiáceos en la C. Valenciana en esos años.

Así mismo, en los estudios del OED se observa un incremento de los tratados por cocaína de 17,7% en 1999 al 19% en 2001 y, sin embargo, en el número de admitidos a tratamiento con diagnóstico de dependencia de cocaína en la Comunidad Valenciana se objetiva un descenso del 16,39% en 1999 al 15,45% en 2001; aunque, según el informe número 4 del Observatorio Español sobre Drogas, el porcentaje de tratamientos por cocaína en los casos sin tratamiento previo en la Comunidad Valenciana durante 1999 fue del 46%. Nosotros encontramos también un aumento de los casos de cocaína⁹⁰, aunque nuestros porcentajes serían más altos, y un descenso de los de heroína, al igual que en los datos del OED. En cuanto al alcohol, encontramos que sólo un individuo de cada submuestra es dependiente de alcohol como único diagnóstico (3,85%) y este porcentaje es bastante inferior al de admitidos a tratamiento por alcohol en la C. Valenciana que fue del 32,61% para 1999 y del 34,84% para 2001. Esto se debe básicamente a que los ingresos por dependencia de alcohol en la U.D.R.⁹¹ de la que proceden nuestras muestras eran escasos en estos años.

En cuanto a las vías Principales de consumo, al comparar con los datos nacionales y autonómicos, encontramos que el porcentaje de uso de la vía intravenosa en 1999 (35,48%) y 2001 (27,27%) en nuestras muestras son bastante superiores a los datos registrados a nivel nacional para esos años (20,8% y 17,4%), y de la C. Valenciana (14,46% y 9,62%). El porcentaje de usuarios de la vía fumada (o “pulmonar”) en nuestras muestras del 1999 (35,48%) y 2001 (27,27%) es muy inferior al conjunto de los que utilizarían esta misma “vía” en la población registrada para los mismos años en el registro del O.E.D. (del 54,8% en 1999 y del 58,5% para 2001; y superior sin embargo al de atendidos en Valencia⁹² que fueron del 32,61% y 33,14% respectivamente. En cuanto a la

⁸⁸ Informes número 4 de 1999 y número 6 de 2001.

⁸⁹ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Comunidad Valenciana.

⁹⁰ En el porcentaje global de individuos con dependencia de cocaína con o sin otros diagnósticos encontramos que en la muestra de 1999, el 46% de la muestra tiene un diagnóstico de dependencia de cocaína (23,08% como único diagnóstico, 15,39% con dependencia de heroína, y 7,69% con problemas relacionados con el alcohol) y; en la del 2001 sin embargo, el porcentaje de diagnósticos de dependencia de cocaína se incrementa al 69,23% (11,54% como único diagnóstico, 31,61% con dependencia de heroína y 23,08% con problemas relacionados con el alcohol).

⁹¹ U.D.R.- Unidad de Deshabitación Residencial.

⁹² En ambos casos los porcentajes son el sumatorio de los que utilizan la vía fumada e inhalada.

vía esnifada, los porcentajes de nuestras muestras (19,35% y 27,27%), sí que son aproximados a los registros a nivel nacional para esos años (18,6% en 1999 y 16,8% en 2001) y de la C. Valenciana (15,69% y 14,57%), aunque los de 2001 son inferiores. En cuanto a los porcentajes de uso de la vía oral, son bastante más altos en los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana⁹³ (36,29% en 1999 y 38,03% para 2001) que en nuestras muestras (9,68% en 1999 y 18,18% en 2001), y estos a su vez tres veces más altos que en los porcentajes del OED para esos mismos años (3,5% y 5,2%).

Los dependientes de heroína la consumen por vía pulmonar (fumada o inhalada) en porcentajes superiores a los datos encontrados en las bases de datos consultadas, aunque se mantienen las tendencias: Es la vía más utilizada por los dependientes de heroína en todos los casos y aumenta en 2001 el porcentaje de uso de esta vía frente a la intravenosa. Los porcentajes a que nos referimos son del 53,85% en 1999 y el 57,14% en 2001 en nuestras muestras de uso de la vía fumada; en el O.E.D. son del 62,3% y 67,4% respectivamente y en Valencia del 63,12% y 67,05%. Los porcentajes de uso de la vía intravenosa en 1999 son del 46,15% en 1999 y 42,85% en 2001; en los informes el OED son inferiores, del 27% en 1999 y 24,2% en 2001 y también en la C. Valenciana, del 32,22% en 1999 y 26,85% en 2001.

En el caso de los dependientes de cocaína y cocaína y alcohol –grupos comparables con los datos de los registros- encontramos que el porcentaje de uso de la vía intravenosa es mayor en nuestras muestras -del 12,5% en 1999 y 11,11% en 2001- que en los datos poblacionales – en 1999 4,6% en el OED y 4,48% en Valencia y en 2001 4,1% y 2,97% respectivamente-. Además, los porcentajes de uso de la vía esnifada en nuestra muestra de 1999 son inferiores a los encontrados en ambos registros de población atendida -50% en nuestra muestra frente al 74,4% en los registros del OED y 84,51% en la C. Valenciana- y en 2001, sin embargo, los datos se aproximan, siendo del 77,78% de uso de la vía esnifada, frente al 69,4% en el registro del OED y el 84,04% en la C. Valenciana. El porcentaje de uso de la vía fumada en nuestra muestra de 1999 -12,5%- es también inferior al registrado por el OED para el mismo año (19,8%) y superior al de la C. Valenciana (del 9,83%); y en 2001 el 11,11% consume la cocaína fumada, el 25,1% a nivel nacional y el 11,50% en la C. Valenciana.

Además de los dos dependientes de alcohol como principal diagnóstico y los 8 con dependencia de alcohol y cocaína, hemos encontrado en nuestra muestra otros 8 pacientes con diagnósticos antiguos o actuales de abuso de alcohol y dependencia de heroína o heroína y cocaína. Aunque no hemos encontrado datos al respecto en los registros nacionales o de la comunidad autónoma valenciana, sí que, en el apartado de historia de consumo, hemos hecho constar el porcentaje de las poblaciones drogodependientes registradas que consumieron alcohol en los 30 días antes de admisión a tratamiento.

Las edades medias de inicio de consumo de la droga principal son más bajas en nuestras muestras -19,12 años para 1999 y 18,62 en 2001- que en la población registrada por el OED –de 20,78 años en los dos años-. En nuestras muestras hemos encontrado la tendencia de una edad media de inicio de consumo de la droga principal más alta en los dependientes de cocaína que en los de heroína para cada año (18,46 años en 1999 y 19 años en 2001 para heroína y 19,83 años y 21 años para cocaína) también la encontramos en las poblaciones registradas en el OED (20,78 años en 1999 y de 20,84 en 2001 para heroína y de 21,73 años y 21,61 en cocaína para esos mismos años) y en los registros de la

⁹³ Esto es bastante comprensible si tenemos en cuenta que los registros del OED no recogen los admitidos por alcohol como sustancia principal por un lado, y por otro que los ingresados en la UDR por alcohol como única sustancia también eran escasos en esos años.

C. Valenciana (20,51 años para 1999 y 19,87 para 2001 en heroína y 20,58 años y 21,97 en cocaína). Si bien en nuestros datos de edad de heroína y cocaína, en comparación con los registros, se puede observar que los individuos de nuestras muestras inician el consumo más jóvenes.

Los tiempos desde el inicio de consumo de la droga principal hasta el tratamiento en nuestras muestras son más bajos en el caso de la heroína y más altos en el de la cocaína. Es decir, ha transcurrido más tiempo de consumo en los dependientes de cocaína de nuestra muestra hasta que han acudido a tratamiento que en la población drogodependiente registrada en el OED y C. Valenciana y, sin embargo, los dependientes de heroína han acudido antes a tratamiento en nuestra muestra que en los registros mencionados.

Al analizar las variables sociodemográficas por grupos diagnósticos encontramos que:

- El porcentaje de mujeres dependientes de heroína en los registros del OED (15,2% en 1999 y 15,6% en 2001) y de la C. Valenciana (20,88% en 1999 y 19,56% en 2001) es inferior al porcentaje en nuestra muestra: Del 25% de los dependientes de heroína en el cómputo global y, por submuestras, del 15,38% en 1999 (2 mujeres frente a 13 hombres) y 42,86% en 2001 (3 de 7). Las edades medias de nuestra muestra (27,54 años en 1999 y 28 en 2001) son inferiores a las edades medias de población dependiente de heroína atendida a nivel nacional (registros del OED para 1999 de 31,31 años y para 2001 de 32,82) y autonómico (en la C. Valenciana de 30,64 años en 1999 y de 32,32 años en 2001). El porcentaje de dependientes de heroína que nacieron en Valencia y su provincia en nuestra muestra (60%) es superior a los hallados en la C. Valenciana (en torno al 40%); también es superior el porcentaje de nacidos en Alicante (25% en nuestra muestra y entre el 16 y 18% en la C. Valenciana); son menores sin embargo, los porcentajes de nacidos en otras provincias y extranjero. Algo similar ocurre en el porcentaje de residentes que es del 75% de residentes en Valencia y provincia, en nuestra muestra y en los datos de la C. Valenciana van del 53 al 56% de residentes en Valencia. Sin embargo el número de residentes en Alicante (del 25%) es inferior a las cifras de la D.General de Drogas (de entre el 30 al 31%). Ocurre que, en contraste con los datos de la C.Valenciana, no hay residentes en Castellón ni en otras provincias ni el extranjero. El nivel de estudios de los dependientes de heroína de nuestra muestra (40% con Graduado, 25% primaria inacabada por encima de 5º de EGB, 5% inferior y 30% con secundaria) es superior al de los hallados en los registros del OED (Primaria inacabada o inferior del 54,5% y 53,1% para 1999 y 2001 y de primaria acabada del 26,2% y 30,6%). Y, en la C. Valenciana ocurre algo similar: Con G. Escolar o equivalente fue del 28,31% en 1999 y 28,93% en 2001; y con un nivel de estudios de primaria inacabada o inferior del 56,69% de 1999 y 52,93% de 2001, y con un nivel superior al Graduado del 15% en 1999 y un 18,14% respectivamente.

En cuanto a las características del núcleo familiar encontramos que, en el estudio de Bogani⁹⁴ en 539 dependientes de opiáceos, el grupo mayoritario era el de familias con 4 o más hijos, aunque el porcentaje era superior -52,88%- al encontrado en nuestra muestra de dependientes de opiáceos (35%). En contraposición, el porcentaje de familias de los dependientes de heroína con 3 hijos en nuestra muestra -50%- es superior al del estudio mencionado -24,86%-. También es superior en el estudio el porcentaje de familias con 2 hijos (17,25% frente al 15% de nuestra muestra) y no

⁹⁴ BOGANI MIQUEL, E.; CASANOVES CUENCA, E.; ARLANDIS VILLARROYA, A. (1990). *Heroinómanos: Hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años*. Revista española de drogodependencias, 15 (4), 249-253.

tenemos en esta muestra hijos únicos. La media de hijos por familia es ligeramente superior en este estudio (de 3,98 hijos). El porcentaje de hijos mayores (22,08%) y de hijos menores (31,53%).

En cuanto a la edad media de los progenitores, en el estudio de Ayerbe⁹⁵ de 1997 sobre clima familiar en pacientes heroinómanos hemos encontrado unas medias de edad inferiores a los de nuestra muestra (58 años en los padres y 56 en las madres).

En el estudio del Programa Municipal de Drogas de Valencia⁹⁶, encontramos un porcentaje del 51,52% de padres con estudios primarios, el 12,88% no tienen estudios, el 28,03% tienen estudios medios y el 7,58% superiores. Y en el de Ayerbe en heroinómanos, el 40% de los padres y 50% de las madres tienen estudios primarios inacabados o no tienen estudios y el 36% de padres y 38% de madres acabaron la EGB. El nivel de estudios de los padres de los dependientes de heroína de nuestra muestra es inferior al de los estudios encontrados con el 35% (7) de los padres y el 50% (10) de las madres con un nivel de estudios máximo bajo –saben leer y escribir sin haber completado estudios primarios-; otras 2 madres con un nivel aún más bajo (no leen ni escriben); otro 35% de los padres (7) y 30% de madres (6) tienen estudios primarios o Certificado de Escolaridad; sólo una madre (5%) tiene estudios secundarios (ningún padre) y el nivel de estudios superiores es alcanzado por 2 padres (10%) y una madre (5%). El 20% restante está en paradero desconocido o el informante no sabe el nivel máximo de estudios.

En los dependientes de cocaína encontramos que los porcentajes de mujeres en nuestra muestra, en el total de dependientes de cocaína con o sin otros diagnósticos añadidos, del 16,67% en 1999 y 11,11% en 2001, se aproximan a los registrados en el OED (14% y 13% aproximadamente) y de la C. Valenciana (13,66% y 15,39%), aunque nuestro porcentaje de mujeres para 2001 es superior y el de 1999 es inferior.

Las medias de edad de los registros del OED para los dependientes de cocaína (28,62 años en 1999 y 29,82 en 2001) son muy aproximadas a las que encontramos en nuestra muestra en el conjunto de dependientes de cocaína con o sin alcohol (29,58 años en 1999 y 27,41 años en 2001) y que correspondería al grupo de cocaína en los registros del OED⁹⁷. En la C. Valenciana las edades medias fueron de 27,81 años en 1999 y 29,60 en 2001, ligeramente inferiores a los de nuestra muestra.

En cuanto al lugar de nacimiento y residencia, en los datos de dependientes de cocaína admitidos a tratamiento en la C.Valenciana encontramos que los porcentajes de nacidos en Valencia (43,49% en 1999 y 45,94% en 2001) son inferiores a los de nuestra muestra (43,49% y 45,94%) y también los de residentes aunque en este caso se aproximan más. El porcentaje de nacidos y residentes en Alicante en la C.Valenciana es superior al encontrado en nuestra muestra, así como los de nacidos en otras provincias del resto de España. Sin embargo, el porcentaje de residentes en otras provincias es inferior al de

⁹⁵ AYERBE, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; GARCÍA, E.; SANTOS, A. (1997). *Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos*. Adicciones, 9 (3), 375-379.

⁹⁶ BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). *La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones*. Revista española de drogodependencias, 19 (4), 297-310.

⁹⁷ Los informes del OED para esos años no diferencian un grupo de dependientes de alcohol o de cocaína y alcohol por los que estos últimos están registrados dentro del grupo de cocaína.

nuestra muestra. Además no tenemos en los dependientes de cocaína de nuestra muestra nacidos o residentes en Castellón.

En cuanto al nivel de estudios de los dependientes de cocaína, considerando todos los dependientes de cocaína de nuestra muestra con o sin alcohol encontramos que, tanto el 1999 como en 2001 los porcentajes muestran que en nuestras muestras el nivel de estudios es mayor comparado con los datos del OED y también con los registros de la C. Valenciana.

En nuestra muestra sólo hay dos dependientes de alcohol, una en cada submuestra, y ambos son mujeres. Sin embargo, el porcentaje de mujeres de entre los dependientes de alcohol en la C. Valenciana oscila entre el 16 y 17% de mujeres. Además, la edad media de las dependientes de alcohol de nuestra muestra, de 33,5 años, es inferior a las de los datos de este registro (entre 41 y 42 años). Además ambas nacieron fuera de la C. Valenciana y en los registros mencionados, el porcentaje de admitidos a tratamiento nacidos fuera de la comunidad fue del 33,04% y 32,56% en 1999 y 2001 respectivamente. Una vive en Valencia y otra en Castellón y en la C. Valenciana el 50% viven en Valencia, pero sólo el 13% vive en Castellón. En nivel de estudios de ambas es de secundaria, y es más alto que los datos que hemos encontrado que sólo el 14,56% en 1999 y el 16,60% en 2001 de los admitidos por alcohol en la C. Valenciana tienen un nivel de estudios de secundaria. Es normal que haya tantas diferencias si consideramos que, en esos años, en la UDR el porcentaje de dependientes de alcohol como único diagnóstico, que acudió a tratamiento residencial era escaso.

Según los datos de los admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana en 1999⁹⁸, el 15,67% tenían hepatitis C, el 29,73% tenían un análisis negativa y el 11,26% estaba pendiente de resultado. Según estos datos el 43,34% no estaba en ninguna de estas tres situaciones. En nuestra muestra de 1999, el 53,85% (14 individuos) tienen hepatitis C.

En los datos aportados por la Dirección General de Atención a la Drogodependencia, en la Comunidad Valenciana en 2001, el 25,71% de los admitidos a tratamiento tenía serología positiva de hepatitis C, el 56,08% tenía un análisis negativa y el 18,21% estaba pendiente de resultado analítico. El porcentaje de nuestra segunda muestra de hepatitis C es del 42,31% (11 individuos).

Estos dos individuos son el 7,69% de la muestra de 1999. En ese mismo año, en el informe número 4 del OED⁹⁹, el número de seropositivos entre los admitidos a tratamiento fue del 17,6%, aunque hay que tener en cuenta que el 33 % de la población registrada no se había efectuado ningún análisis o el resultado del mismo era desconocido y el 49,4% tenía un resultado negativo. Estos datos en la C. Valenciana¹⁰⁰ son del 9,69% de seropositivos, el 30,49% tienen un análisis con resultado negativo y el 41,52% no se había hecho análisis o el resultado era negativo en el momento de la admisión a tratamiento. En nuestra muestra todos los individuos se habían hecho el análisis de V.I.H, el porcentaje de análisis serológicos negativos era por tanto del 92,3%.

Los porcentajes del informe número 6 del OED para la población drogodependiente admitida a tratamiento en 2001 fueron del 13,8% de seropositivos, el 47% con análisis negativo y del 39,2% no se tiene análisis o el resultado es desconocido. En la Comunidad

⁹⁸ Datos aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Comunidad Valenciana.

⁹⁹ "FUENTE: Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED)."

¹⁰⁰ Datos aportados por la Dirección General de Drogodependencias de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana.

Valenciana, los porcentajes en este años fueron del 10,93% de seropositivos, 37,41% con análisis negativo y 51,66% sin análisis o con resultado negativo. En nuestra segunda submuestra tampoco tenemos ningún individuo sin serología V.I.H. y, por tanto, el porcentaje con negativa es del 92,3%.

En los datos aportados por la Dirección General de Atención a la Drogodependencia, en la Comunidad Valenciana en 2001, el 25,71% de los admitidos a tratamiento tenía serología positiva de hepatitis C, el 56,08% tenía una analítica negativa y el 18,21% estaba pendiente de resultado analítico. El porcentaje de nuestra segunda muestra de hepatitis C es del 42,31% (11 individuos).

Características de nuestra muestra.

➤ Características de la muestra: Datos personales y familiares.

La media de edad de los 56 individuos de la muestra es de 27,71 años. Y las edades medias de los dos subgrupos son prácticamente similares: de 28,69 años en la muestra de 1999 y de 28,04 en la de 2001. Estas medias son inferiores a las de los admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana¹⁰¹ para los mismos años (seis años en 1999 y siete en 2001) y también a los admitidos a nivel nacional¹⁰² (en dos años en 1999 y tres en 2001).

Los grupos de edad entre los que se distribuyen el mayor número de casos son los comprendidos entre 26 y 30 años con el 34,61% del total de la muestra (10 individuos de la primera y 8 de la segunda), seguido del grupo de entre 31 y 35 años con el 25% de casos del total (7 de 1999 y 6 de 2001).

En cuanto a la distribución por sexos, de los 52 individuos, el 79,92% son hombres (40) y el 23,08% son mujeres (12). En 1999 el 80,77% de individuos son hombres (21), y el 19,23% (5 individuos) son mujeres y en 2001 el 73,08 % son hombres (19 individuos) y el 26,92 % son mujeres (7). En nuestras dos muestras, el porcentaje de hombres entrevistados -80,77% y 73,08%- es inferior a los porcentajes de admitidos a tratamiento en la comunidad autónoma -81,50% en 1999 y 80,19% en 2001- y estos a su vez son superiores al de admisiones a nivel nacional -que fueron de 84,9% y 84,7% respectivamente-. Si bien nuestros porcentajes en 1999 se aproximan bastante a los de la C. Valenciana en ambos años.

¹⁰¹ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Cosellería de Sanitat. Comunitat Valenciana.

¹⁰² FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Si ordenamos los individuos por año de nacimiento, aunque nuestras dos submuestras corresponden a individuos ingresados en la UDR con dos años de diferencia, la distribución por años de nacimientos es muy parecida –aunque los rangos en la segunda muestra son algo más amplios y los tres individuos más jóvenes pertenecen a esta segunda muestra-. La moda en ambos grupos se sitúa en el periodo entre 1971 y 1975 en que nacieron 10 individuos de cada muestra (el 38,46%). Entre los años 1960 y 1965 nacieron 8 informantes (30,77%) de la primera muestra y 2 de la segunda (7,69%); entre 1966 y 1970 nacieron 6 informantes de ambas submuestras (23,08%); entre 1976 y 1980 nacieron 2 individuos (7,69) de la primera muestra y 4 (15,38%) de la segunda. Los cuatro individuos que restan de la segunda muestra nacieron uno (3,85%) antes de 1961 y los otros 3 (11,53%) entre 1981 y 1985.

Encontramos por tanto que del total de 52 individuos de la muestra, el 38,46% (20 individuos) nacieron entre 1971 y 1975; el 23,08% (12 individuos) nacieron entre 1966 y 1970; el 21,15% (11 individuos) nacieron antes de 1965; el 11,54% (6 individuos) nacieron entre 1976 y 1980; y, el 5,77%, (3 individuos) nacieron entre 1981 y 1985.

En cuanto al lugar de nacimiento de los informantes, encontramos un ligero incremento de nacidos en Valencia ciudad y provincia en la muestra del 2001 (42,31% y 15,39% respectivamente) frente a la del 1999 (38,46% y 7,69% respectivamente). El mismo porcentaje para ambos años –el 3,85%- nació en Alicante ciudad (un único individuo), sin embargo, en 2001, disminuye a la mitad respecto al 1999 el número de nacidos en la provincia de Alicante: Nació un 23,08% en 1999 y un 11,54% en 2001. También se observa un incremento en la muestra del 2001 de los nacidos en otras provincias de España; así, el porcentaje para este año es del 23,08% frente al 19,23% en la muestra de 1999. El porcentaje de nacidos en el extranjero es del 7,69% en 1999 (2 individuos) y del 3,85% en 2001 (un individuo) y no hay ningún individuo en ninguna de las dos muestras que naciera en Castellón o su provincia.

Comparando estos datos con los aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia, en la Comunidad Valenciana, de los admitidos a tratamiento para esos mismos años encontramos tendencias similares en los nacidos en Valencia y Alicante o sus provincias para esos mismos años. Es decir, hay un incremento de los nacidos en Valencia y provincia entre los admitidos en 2001 (del 39,98% en 1999 al 42,87% en 2001) y un descenso del porcentaje de nacidos en Alicante y provincia (del 23,37% en 1999 al 22,84% en 2001). Sin embargo, en estos datos se mantiene constante el número de admitidos de otras provincias de España (27,30% en 1999 y 27,38% en 2001) y en nuestra muestra se observa un incremento para 2001. Por otro lado, en los datos de la C. Valenciana hay porcentajes del 9,35% para 1999 y 6,90% para 2001 de nacidos en Castellón y en nuestras muestras no hay ningún individuo nacido en esta provincia y, sin embargo si que hay nacidos en el extranjero en nuestra muestra y no se registra entre los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana.

Si detallamos el conjunto de 52 individuos, el 51,92% nació en Valencia y su provincia; el 21,16% en Alicante y provincia, el 21,15% en otras provincias de España y el 5,77% en el extranjero. Así mismo, el 67,31% viven en Valencia (26,92%) y su provincia (40,38%); el 25% vive en la provincia de Alicante y el 5,77% en Castellón. Sólo hay un individuo que residía en otra provincia hasta la fecha del ingreso en el centro (1,92%).

Ahora bien, si observamos la distribución por lugar de residencia en ambas submuestras encontramos que, también en este caso, aunque los porcentajes no son iguales, las tendencias en ambos años son similares a los datos registrados en los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana. Así, el mayor porcentaje lo ocupan el grupo de individuos

residentes en Valencia y su provincia tanto en nuestra muestra -65,39% en 1999 y 69,23% en 2001- como en los datos de la C. Valenciana – 50,57% y 52,68% respectivamente-. Si bien nuestros porcentajes de residentes en Valencia son superiores, podemos observar que en ambos casos no sólo son el grupo más numeroso sino que también hay un incremento en 2001. En los residentes en Alicante encontramos que en 1999, nuestro porcentaje (34,62%) es similar al del cómputo global de la C. Valenciana (35,29%); y, sin embargo, en 2001, el porcentaje de residentes en Alicante en nuestra muestra (15,38%) al de la C. Valenciana (35,78%), aunque en ambos casos también ocupan el segundo puesto en porcentajes en cuanto al lugar de residencia. En cuanto a los residentes en Castellón, en 1999 no tenemos ningún individuo de los entrevistados residente en Castellón y, sin embargo, el porcentaje entre los registrados como admisiones a tratamiento en 1999 en la C. Valenciana si que hay un 13,78% de residentes en Castellón y un 0,36% en el resto de España. Y, en 2001, el porcentaje de residentes en Castellón en nuestra muestra -11,54%- es similar al de admitidos a tratamiento en la C. Valenciana -11,24%-. También en 2001 hay un individuo (3,85%) que residía en otras provincias antes del ingreso en el centro y el porcentaje de estas características en la C. Valenciana es sólo del 0,40%.

En el nivel de estudios de la muestra encontramos que la moda se sitúa, con un 48,07%, en el grupo de individuos con 8º de E.G.B. o 2º de E.S.O. con o sin G. Escolar (32,69% con G. Escolar y 15,38 sin G. Escolar). Tienen un nivel de estudios inferior al mencionado un 19,23% y superior un 32,69%. El mínimo nivel de estudios es el de 5º de EGB inacabado (2 individuos de la primera muestra y uno de la segunda) y el máximo el nivel de COU o secundaria completa (nivel alcanzado por 4 individuos de la segunda submuestra).

Analizando ambos grupos encontramos que el nivel de estudios de la muestra de 2001 es ligeramente superior al de 1999. Por un lado, el nivel de estudios máximo en la primera muestra es cuarto curso de Educación Secundaria, alcanzado por un único individuo y, en la segunda, el nivel de estudios máximo alcanzado es de Secundaria completa o COU en 4 individuos. Por otro, el nivel de estudios máximo alcanzado en la primera muestra es de 4º curso de secundaria con un 3,85% (sólo un individuo), mientras que en la segunda muestra es de COU o secundaria completa con un 15,39% de los entrevistados (4 individuos). Además, el porcentaje global de individuos tienen un nivel de estudios superior al Graduado es del 23,08% para la primera muestra y del 42,31%. La moda se sitúa para ambas submuestras en el grupo de G. Escolar o 8º de EGB o 2º de ESO sin graduado con un porcentaje del 57,69% para 1999 y sólo un 38,46% en 2001. Además el porcentaje de individuos con un nivel de estudios inferior a los mencionados es similar en ambos grupos, es del 19,23% (5 individuos en cada muestra). Por tanto, hay un mayor nivel de estudios en la segunda muestra que se refleja en un incremento del porcentaje de individuos con un nivel de estudios superior al de Graduado Escolar en detrimento del grupo de G. Escolar o equivalente.

Además, en ambas submuestras, el nivel de estudios alcanzado por los individuos es mayor a las poblaciones registradas como admisiones a tratamiento tanto por el Observatorio Español sobre Drogas y como por la Dirección General de Atención a la Dependencia de la C. Valenciana en los años 1999 y 2001, tal y como pudimos ver con detalle en el apartado de Características de nuestra muestra.

Las ocupaciones principales en las que han trabajado los individuos de la muestra son, en primer lugar en frecuencia, como empleados de fábricas con el 25% de la muestra, seguido de la hostelería con el 15,39%. A continuación están los grupos de trabajadores de la construcción y servicios públicos con el 11,54% en cada grupo. Finalmente, con un 5,77% están los artesanos de la madera y la piedra y con un 3,85% los que se

dedican a la fontanería. Los porcentajes restantes corresponden al 19,23% que ha ocupado otros trabajos y el 7,69% que nunca ha trabajado. En cuanto al análisis de ambas muestras encontramos que hay más individuos que han trabajado como empleados de fábricas en la segunda muestra (8 frente a 5); en la hostelería y la construcción han trabajado el mismo porcentaje de individuos en ambas muestras; sin embargo, como empleados de Servicios Públicos trabajaron el doble de individuos de la segunda muestra (4) que de la primera al contrario de los artesanos en que hay dos en la primera muestra y sólo uno en la segunda. Como fontaneros sólo han trabajado dos individuos de la primera muestra. En otras profesiones han trabajado 5 individuos de cada submuestra. Nunca habían trabajado 3 individuos de la muestra número uno y un sólo individuo de la segunda muestra.

Al comparar este último dato con el porcentaje de individuos que nunca han trabajado en los datos registrados por el Observatorio Español sobre Drogas y de las admisiones a tratamiento en la C. Valenciana, encontramos que, en 1999, el porcentaje de parados sin trabajo anterior en nuestra muestra (12%) era superior a los encontrados en los datos del O.E.D. y C. Valenciana para ese mismo año que fueron del 9,8% y 4,10% respectivamente y, sin embargo, en la muestra de 2001, sólo había un 3,85% que no habían trabajado, y, en este caso, el porcentaje es similar la de la C. Valenciana -3,48%- y ambos son inferiores al del OED para este grupo y año (7,5%).

Ahora bien, si atendemos a una clasificación en función de la especialización¹⁰³ encontramos que la moda, en la muestra de 52 individuos, corresponde al grupo de trabajadores de la industria y hostelería con un total de 20 informantes (38,46%), seguido del grupo de trabajadores no especializados con 16 individuos (30,77%) y el resto corresponden al 5,77% de artesanos, el 11,54% de trabajadores en S. Públicos, otro 5,77% de otras ocupaciones y el 7,69% que nunca han trabajado. Y por submuestras veríamos que el porcentaje de trabajadores especializados de la industria o la hostelería sería del 34,61% en 1999 y 42,31% en 2001; y el de trabajadores no especializados (albañil, capataz, fontanero), el 34,61% en 1999 y del 26,92% en 2001. Los porcentajes de artesanos, trabajadores de servicios públicos o individuos que no han trabajado se corresponden con los detallados y, finalmente quedaría un 3,85% en 1999 (un individuo) y un 7,69% (2) en 2001 de otras profesiones.

La media del número de miembros que componen el núcleo familiar de procedencia de los 52 individuos de nuestra muestra es de 5,56 miembros. La moda se sitúa en familias de 5 miembros que son el 32,69% de la muestra, seguida del grupo de familias de 4 miembros con el 25%. La media del número de miembros es superior a la encontrada en uno de los artículos que hemos revisado y que recoge este dato¹⁰⁴ que era de 4,16 miembros.

En cuanto al estado civil de los progenitores, la distribución en ambas submuestras es muy parecida si consideramos que, en ambas hay un 65,39% de padres casados (17 individuos en cada una); si bien el porcentaje de padres viudos/as, del 26,92% (7 individuos) en 1999, es bastante superior al de la 2001 con un 7,69% (2). En contraposición, el porcentaje de padres separados (11,54%) y divorciados (15,39%) en

¹⁰³ Se ordena con este criterio porque encontramos bibliografía que clasificaba así las profesiones de los progenitores de drogodependientes de sus estudios. Esto lo veremos con más detalle al hablar de los datos de ocupación de los familiares.

¹⁰⁴ VILAREGUT PUIGDESENS, A.; PEREZ TESTOR, C.; SANCHEZ CARBONELL, J. (1999). *Características sociodemográficas y dinámica familiar en familias con un miembro drogodependiente*. Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. (6ª. 1999. Chiclana de la frontera). Cadiz: Centro provincial de drogodependencias. Comunicaciones.

la segunda muestra, es superior al de separados (3,85%) y divorciados en la primera (3,85%). En cuanto al cómputo global de la muestra de 52 individuos, en el 65,39% proceden de familias con conyuges casados; en el 7,69% están separados y en el 9,62% divorciados. Finalmente en el 17,31% los progenitores están viudos (13,46% donde uno de los cónyuges ha fallecido hace menos de 10 años y 3,85% hace más de 10 años) y en sólo un caso el progenitor vivo era el padre. El porcentaje de padres casados es ligeramente inferior a los de los estudios que hemos encontrado como el de dinámica familiar de Villaregut Puigdenses donde encontramos un 76% de padres casados y un 24% está separados y viudos o el de familias de drogodependientes del Programa Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia¹⁰⁵ donde el 6,77% de los padres eran solteros, el 76,69% casados, el 8,27% viudos, el 5,26% separados y el 3,01% divorciados.

En el total de 38 familias en que ambos progenitores están vivos hemos analizado las diferencias de edad entre los mismos de modo que, en un 9,62% ambos tienen la misma edad, en el 21,15% tienen diferencias de edad de 1 o 2 años, en el 17,31% la diferencia es de 3 o 4 años, en el 13,46% la diferencia es de 5 o 6 años y en el 11,54% la diferencia de edad es de 7 años o más. El 26,92% restante corresponde a familias con al menos uno de los progenitores fallecidos. Sólo en una familia en cada submuestra la madre tiene mayor edad que el padre (en el resto tienen la misma o menor).

Además, al ver las edades del conjunto de los padres vivos encontramos que, no sólo viven más madres (solo 3 fallecidas frente a 12 padres), sino que las que están vivas son más jóvenes que los padres vivos. La media de edad de la muestra para madres se sitúa en 57,37 años y para los padres en 59,58 años. La moda en ambos grupos de progenitores se sitúa en el rango de edad entre 56 y 60 años en el que están el 25% de los padres vivos (10) y el 26,53% de las madres vivas (13). El 45% de los padres y el 36,73% de las madres (18 de cada grupo de progenitores vivos) tienen una edad superior a 60 años. Con edades inferiores a 56 años están el 36,73% de las madres vivas (18) y el 30% de los padres (12). Como se puede apreciar la mayoría de los progenitores vivos tiene más de 55 años.

Al analizar por separado ambas muestras encontramos que las edades medias para los progenitores de la primera muestra son superiores en dos años a las de la segunda. Siendo de 60,8 años para los padres y 58,56 años para las madres de la muestra de 1999 y 58,35 años para los padres y 56,8 para las madres de la muestra de 2001.

En el nivel de estudios de los progenitores¹⁰⁶, la mayoría de los padres y madres tiene estudios primarios o saben leer y escribir (el 69,23% de los padres y el 82,69% de las madres). Sólo el 1,92% de los padres y el 5,77% de las madres son analfabetos; el 28,85% de padres y el 40,39% de las madres saben leer y escribir aunque no especifican tener ningún estudio. El 40,39% de los padres y 42,31% de madres tienen estudios primarios¹⁰⁷; el 7,69% de padres y madres tienen estudios de secundaria, el 9,62% de padres y 3,85% de madres tienen estudios superiores. Hay un 11,54% de padres de los que no obtuvimos en nivel de estudios (son seis individuos, tres de cada submuestra). Hemos encontrado un

¹⁰⁵ BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). *La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones*. Revista española de drogodependencias, 19 (4), 297-310.

¹⁰⁶ Se tuvo también en cuenta el nivel de estudios de los progenitores fallecidos si el informante lo conocía.

¹⁰⁷ Tiene estudios primarios si cursaron E.G.B. o los correspondientes anteriores a la reforma, secundarios si hicieron F.P. (Formación Profesional), B.U.P. (Bachillerato), o estudios de Bachiller anteriores a este tipo de enseñanzas, y Superiores si tienen una Diplomatura o Licenciatura.

nivel de estudios en los progenitores de los individuos de nuestra muestra inferior al del estudio en familias de Duran Gervilla que hemos referenciado..

Considerando el cómputo total de las ocupaciones de los progenitores de los individuos de nuestra muestra (incluyendo las de los jubilados o fallecidos hace menos de 10 años) encontramos que: Se dedicaban a la hostelería el 11,54% de padres y 13,46% de madres; a los transportes el 9,62% de padres y 1,92% de madres; trabajaban en servicios públicos el 13,46% de padres y 3,85% de madres y como empleados de fábricas el 17,31% de padres y 15,35% de madres. Los demás padres habían trabajado en la construcción el 9,62%, de padres, como artesanos de la madera y la piedra el 7,69%, en otras ocupaciones el 19,23% y el 11,53% restante de padres se jubiló, falleció o está en paradero desconocido hace más de 10 años. En cuanto a las madres que restan, el 5,77% trabajaba en empresas de limpieza, el 50% como amas de casa y el 9,62% en otras ocupaciones.

Por otro lado, teniendo en cuenta exclusivamente las ocupaciones de los progenitores en el momento de la entrevista (de los 40 padres vivos y 49 madres vivas) encontramos unos porcentajes del 27,5% de padres vivos y el 22,45% de madres son trabajadores especializados de la industria o hostelería; como trabajadores no especializados el 27,5% de padres y 16,33% de madres; como trabajadores de servicios públicos el 10% de padres y el 2,04% de madres; el 2,3% de padres trabajan como artesanos y el 51,02% de madres en trabajo domésticos. Tenemos un porcentaje de jubilados del 32,5% de padres y sólo el 6,12% de madres vivas, pero es importante en este caso considerar que las madres que trabajan como amas de casa, aunque superen la edad de jubilación no constan como jubiladas (de las 3 madres jubiladas 2 eran trabajadoras especializadas de la industria o la hostelería y una era trabajadora no especializada). En el estudio del Programa Municipal de Drogodependencias de Duran Gervilla y colaboradores, el porcentaje de encuestados con trabajos domésticos era aproximado al de nuestra muestra, del 51,88%; el porcentaje de jubilados era bastante inferior, del 9,77%; al igual que el de trabajadores especializados (7,52%) o el de no especializados (6,02%); además, el 4,51% eran funcionarios. Hemos de considerar que en este estudio hay un 11,28% de parados y los porcentajes están extraídos del 100% de encuestados en el que el 73,88% eran madres.

En el número de hijos por familia, la media se sitúa en 3,75 hijos (3,42 en la muestra de 1999 y 4,07 en 2001); y la moda en las familias con tres hijos que son el 28,85% (15 familias). A continuación en frecuencia estarían las familias con dos y cuatro hijos con el 23,08% para cada grupo (12 familias). Además hay un 7,69% de familias con 6 hijos (4), un 5,77% con 5 hijos (3), un 3,85% con un único hijo (2 familias y en una de ellas es hijo adoptivo) y, en las cuatro familias restantes, hay una con 7 hijos, otra con 9, otra con 10 y otra con 11 hijos, siendo en porcentaje cada una el 1,92% de las familias. En los estudios que hemos cotejado hemos encontrado unos porcentajes similares en familias con 3 hijos: En el estudio de de Bétera¹⁰⁸ en 539 pacientes el porcentaje era del 24,86% y en el de Vilaregut Puigdesens del 28%. El porcentaje de familias con 2 hijos en el estudio de Bétera fue del 17,25%¹⁰⁹, algo inferior al de nuestra muestra, y el de hijos únicos del 5,20%, superior. El 52,88% restante del estudio de Bétera son familias de 4 o más hijos y, en nuestra muestra, el porcentaje sería muy próximo, del 48,07%. También encontramos una media de hijos por familia en este estudio de 3,98, sólo difiere 0,23 por encima de la media de nuestro grupo de estudio.

¹⁰⁸ BOGANI MIQUEL, E.; CASANOVES CUENCA, E.; ARLANDIS VILLARROYA, A. (1990). *Heroinómanos: Hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años*. Revista española de drogodependencias, 15 (4), 249-253.

¹⁰⁹ No disponemos de estos porcentajes en el estudio de Vilaregut.

En cuanto al lugar que ocupa entre los hermanos el informante:

El 25% son el hermano mayor (13 individuos), otro 25% el segundo en número de orden (de estos, en el 38,46% son el hijo mediano -2º de 3-, en otro 38,26% son el menor -2º de 2- y en el 23,08% son el 2º de 4 hermanos); en el 23,08% (12) ocupan el tercer lugar entre los hermanos (un 50% de estos son el hijo menor); en el 15,39% (8 casos) son el cuarto hermano (el 75% son los menores, el 4º de 4); en otro 3,85% (2) son el quinto en orden; otro individuo es el noveno y otro el onceavo (y menor de los hermanos). Además, en otro 3,85% (2) son hijos únicos. Al revisar todo esto encontramos que 18 individuos son los hijos menores y esta cifra corresponde a un 34,62% de la muestra.

Los porcentajes que encontramos en nuestra muestra de hijos mayores (25%), menores (34,62%), hijos intermedios (36,52%) e hijos únicos (3,85%) se aproxima en orden de frecuencia a los del estudio de Bétera mencionado, en que el porcentaje de hijos mayores era del 22,08%, de hijos menores del 31,53%, de hijos intermedios del 41,19% y de hijos únicos del 5,20% .

La media de edad de los hermanos de los individuos de la muestra es de 29,04 años, y, analizando por separado ambas muestras encontramos que en 1999¹¹⁰ es de 29,9 años y en la muestra del 20001 la edad media de los hermanos es de 28,27 años. Al comparar la edad media de los hermanos de cada familia con el propio informante encontramos que el grupo mayoritario se sitúa desde los que se diferencian en un año y los que se diferencian 8 años y no podemos hablar de grandes diferencias: Hay 6 individuos en cada grupo con diferencias de edad con sus hermanos de dos, cinco, siete y ocho años; 5 individuos por grupo en los de diferencias de un años, tres y cuatro años; 3 individuos con diferencias de seis años; 2 individuos en los grupos de diferencias de nueve y diez años; uno con catorce años de diferencia y otro con diecisiete. Además estarían los dos individuos que son hijos únicos y que no se han contabilizado por tanto en este cómputo de diferencias.

➤ Características de la muestra: Historia de Consumo.

En cuanto a la historia de consumo de drogas ilegales y/o alcohol, el 94,23% de los individuos de la muestra (49) han sido consumidores de varias drogas. Sólo en 3 casos había un consumo aislado: De alcohol en dos casos (uno en cada submuestra) y de opiáceos en otro (que pertenece a la muestra de 1999). Hemos considerado, en nuestra clasificación por grupos de drogas de abuso, aquella sustancia o sustancias para las que, los individuos de la muestra cumplen criterios de dependencia y que condicionan el motivo principal del ingreso para tratamiento en el recurso de Unidad de Deshabitación Residencial (U.D.R). Desde este punto de vista, hemos clasificado a los individuos de nuestra muestra en cinco grupos principales:

1) Dependencia de heroína como diagnóstico principal único.

El 38,46% de la muestra (20 individuos) tienen como diagnóstico principal y único la dependencia de heroína. De estos, 11 (el 55%) la consumen fumada (7 en la primera muestra y 4 de la segunda), y los otros 9 (45%) utilizan la vía intravenosa (6 en la primera muestra y 3 en la segunda). Si analizamos las dos submuestras encontramos que en 1999 el porcentaje con este diagnóstico es del 50% de individuos (13), muy superior al encontrado

¹¹⁰ En este caso la suma global de las edades de los hermanos se dividió por 24 familias puesto que los 2 restantes correspondían a las dos familias en que el individuo de la muestra es hijo único.

en 2001 que fue del 26,92% (7), también se aprecia un descenso del número de consumidores por vía intravenosa (de 6 a 3 individuos).

Los porcentajes de dependientes de heroína como diagnóstico principal del total de admitidos a tratamiento en 1999 y 2001 en el Observatorio Español sobre Drogas¹¹¹ fueron del 73,1% y 68,3% y en la Comunidad Valenciana¹¹² del 40,79% y 33,65% respectivamente. Nuestros porcentajes se aproximan a los de atendidos por dependencia de opiáceos en la C. Valenciana en esos años. En los registros de casos se observa una tendencia al descenso del número de atendidos por heroína y en nuestra muestra también objetivamos esta disminución pero de manera más pronunciada.

2) Dependencia de heroína y cocaína (speedball u otras vías).

El 25% (13) tienen diagnósticos principales de dependencia de heroína y cocaína. De este 25%, 15,39% (8 individuos o el 61,54% de este grupo) consumen ambas sustancias en bolo intravenoso –speedball- y el otro 9,61% (5 o 38,46% del total) las consumen por otras vías (los cinco utilizan la heroína fumada y en 3 casos la cocaína fumada y en dos, que corresponden a la primera muestra, esnifada). Al analizar las muestras por separado hemos encontrado que el porcentaje de los que utilizan como forma de consumo el speedball es más alto en 2001, del 19,23%, que en 1999 que era del 11,54% y también ocurre esto en otras vías de consumo en que el 3,85% de la primera muestra consume ambas sustancias por vías distintas de la intravenosa y en 2001, este porcentaje se incrementa hasta el 15,38%. Podemos concluir por tanto que se ha producido un descenso del consumo aislado de heroína en nuestra muestra de 2001 para incrementarse el de individuos con criterios de dependencia para ambas sustancias (por vía intravenosa o por otras vías).

Además, si analizamos el porcentaje global de diagnósticos de dependencia de heroína con o sin otros diagnósticos, objetivamos que desciende del 65,39% en la muestra de 1999 (50% como principal diagnóstico y 15,39% con dependencia de cocaína) al 61,53% en la muestra de 2001 (26,92% como principal diagnóstico y 34,61% con dependencia de cocaína).

3) Dependencia de cocaína.

Tienen dependencia de cocaína como único diagnóstico principal un 17,31% de la muestra (9 individuos) que constituyen a su vez un 23,08% (6) de la muestra de 1999 y un 11,54% (3) de la de 2001. Ante estos datos podríamos pensar que ha descendido en número de casos de admisión a tratamiento por cocaína de 1999 y 2001, pero no es real puesto que, en nuestra distribución por grupos para el análisis, hemos separado el de dependientes de cocaína como diagnóstico aislado, del grupo de dependientes de cocaína y alcohol, o cocaína y heroína. Por tanto, si hacemos el cómputo general del porcentaje de dependientes de cocaína (con o sin otro diagnóstico principal) encontramos que en la muestra de 1999, es del 46% y, en la del 2001 se incrementa al 69,23%. Y, considerando los diagnósticos de cocaína con o sin alcohol (grupo que no hemos contabilizado en el párrafo anterior), serían del 30,77% para 1999 y del 34,62% en 2001 y el total de consumidores de cocaína como droga principal con o sin alcohol es de 17 individuos (32,69%).

En los estudios del OED se observa un incremento de los tratados por cocaína (de 17,7% en 1999 al 19% en 2001) y un descenso de heroína. Algo similar ocurre en nuestra muestra. Sin embargo, en el número de admitidos a tratamiento con diagnóstico

¹¹¹ Informes número 4 de 1999 y número 6 de 2001.

¹¹² FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Comunidad Valenciana.

de dependencia de cocaína en la Comunidad Valenciana¹¹³ se objetiva un descenso del 16,39% en 1999 al 15,45% en 2001; aunque, según el informe número 4 del Observatorio Español sobre Drogas, el porcentaje de tratamientos por cocaína en los casos sin tratamiento previo en la Comunidad Valenciana durante 1999 fue del 46%. Hemos de considerar que en los datos de ambas bases en esos años no se recoge si los dependientes de cocaína como droga de admisión a tratamiento tenían también un diagnóstico de dependencia de heroína (speedball u otros) o de abuso o dependencia de alcohol asociada y por eso sólo podemos hacer estimaciones aproximadas.

En cuanto a las vías de consumo que utilizan, el 55,56% de los dependientes de cocaína como único diagnóstico, 5 individuos, consumen cocaína por vía esnifada (2 individuos o el 33,33% de los dependientes de cocaína de la primera muestra y el 100% -3- de la segunda); y del resto, que corresponden a la primera muestra, uno la consume por vía intravenosa (11,11%), otro 11,11% fumada (crack) y otros dos (22,22%) refieren utilizar por igual las vías esnifada y fumada.

4) Dependencia de cocaína y dependencia o abuso de alcohol.

En un 15,38% más (8 individuos), tienen un doble diagnóstico de dependencia de cocaína y problemas relacionados con el alcohol –abuso o dependencia-. Son el 7,69% de la muestra de 1999 (sólo 2 individuos) y el 23,08% de la de 2001 (6).

Del total, 6 consumen cocaína por vía esnifada (el 100% o los 2 individuos de la primera muestra, y 4 o el 66,67% de la segunda), los otros dos individuos uno la consume fumada y otro intravenosa (cada uno sería el 16,67% de los consumidores de cocaína y alcohol de la segunda muestra).

5) Dependencia de alcohol como único diagnóstico.

Sólo en el 3,85% de la muestra (un solo individuos de cada submuestra), es dependiente de alcohol como único diagnóstico. Los ingresos por dependencia de alcohol en la U.D.R.¹¹⁴ de la que proceden nuestras muestras eran escasos en estos años. Esto es evidente si hacemos constar que el porcentaje de los admitidos a tratamiento en los mismos años en la C. Valenciana por alcohol fueron del 32,61% para 1999 y del 34,84% para 2001.

Como resumen comentaremos que durante 1999, en la Comunidad Valenciana¹¹⁵, el porcentaje de los admitidos a tratamiento por opiáceos fue del 40,79%; por cocaína del 16,39% y por alcohol del 32,61%. Y, durante 2001 estos porcentajes fueron: El 33,65% fueron tratados por diagnóstico principal de dependencia de opiáceos; el 15,45% por cocaína y el 34,84% por alcohol. Puede observarse que los porcentajes de tratados por cocaína en nuestra muestra son en general superiores a los de la población drogodependientes atendida para ese año, los de alcohol como única sustancia bastante inferiores y los de opiáceos tienen tendencias similares (un poco más altos en 1999 y más bajos en 2001).

Si analizamos las principales vías de consumo utilizadas por la muestra, sin discriminar la sustancia consumida, encontramos que las vías más frecuentes son la fumada e intravenosa

¹¹³ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Comunidad Valenciana.

¹¹⁴ U.D.R.- Unidad de Deshabitación Residencial.

¹¹⁵ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Nos remitieron a ellos desde el Plan Nacional porque son los que recogen los datos de la Comunidad Autónoma Valenciana y los envían al Observatorio Español sobre drogas. Con diferencia de los datos del OED a nivel nacional, el cómputo total de atendidos en nuestra comunidad autónoma incluye el tratamiento de ludopatía (o juego patológico), dependencia de nicotina (tabaco) y problemas relacionados con el alcohol.

con un 31,25% del total de la muestra para cada vía. A continuación, es la vía esnifada en un 23,44% y finalmente la oral en un 14,06%. Al ver ambas muestras por separado encontramos que disminuye el uso de la vía intravenosa y fumada, en ambos casos del 35,48% en 1999 al 27,27% en 2001; y aumenta la esnifada (del 19,35% al 27,27%) y la oral (del 9,68% al 18,18%) –esta última debido al incremento de abusadores de alcohol-. Además, al comparar con los datos nacionales y autonómicos encontramos que el porcentaje de uso de la vía intravenosa en 1999 (35,48%) y 2001 (27,27%) en nuestras muestras son bastante superiores a los datos registrados a nivel nacional para esos años (20,8% y 17,4%), y de la C. Valenciana (14,46% y 9,62%). Sin embargo, el porcentaje de usuarios de la vía fumada (o “pulmonar”) en nuestras muestras del 1999 (35,48%) y 2001 (27,27%), aunque es muy inferior al conjunto de los que utilizarían esta misma “vía” en la población registrada en el O.E.D. -que vendría a ser del 54,8% para 1999 (24,4% fumada y 30,4% inhalada) y del 58,5% para 2001 (26,4% inhalada y 32,1% fumada)-, sí que es muy similar a los datos de esta vía para la C. Valenciana del 32,61% en 1999 y 33,14% en 2001. Los porcentajes de uso de la vía esnifada en nuestras muestras (19,35% en 1999 y 27,27% en 2001) sí que se aproximan a los de los registros del OED (18,6% y 16,8%) y de la C. Valenciana (15,69% y 14,57%), aunque en 2001 los de los registros son inferiores. En cuanto a los porcentajes de uso de la vía oral, son bastante más altos en los admitidos a tratamiento en la C. Valenciana (36,29% en 1999 y 38,03% para 2001) que en nuestras muestras (9,68% en 1999 y 18,18% en 2001), y estos a su vez tres veces más altos que en los porcentajes del OED para esos mismos años (3,5% y 5,2%). Esto se comprende fácilmente si conocemos que en la C. Valenciana se recogen todas las admisiones a tratamiento por alcohol y no se recogen en los registros del OED y, además, el porcentaje de admitidos a tratamiento por alcohol como droga principal en la UDR en esos años era muy reducido.

Analizando más a fondo las vías de consumo utilizadas en función de los grupos diagnósticos hemos encontrado que:

- Los dependientes de heroína utilizan en el 55% de casos la vía fumada, aunque un 5% - un individuo- ha consumido siempre por vía fumada y ha utilizado la intravenosa en los últimos meses. El 45% restante ha utilizado la intravenosa. Y en el análisis por muestras y comparando con los datos de otros registros encontramos que el 53,85% de los dependientes de heroína de la muestra de 1999 y el 57,14% de la de 2001 la consumen fumada. Estos porcentajes son inferiores pero se aproximan a los de la población registrada en los informes del O.E.D. en los dependientes de heroína para las vías inhalada y fumada¹¹⁶ que son del 62,3% y 67,4% en esos años; y de la C. Valenciana del 63,12% en 1999 y 67,05% en 2001. Los porcentajes de uso de la vía intravenosa en nuestras muestras son bastante superiores -del 46,15% en 1999 y del 42,85% en 2001- a los del OED para esos mismos años -27% en 1999 y 24,2% en 2001-, y C. Valenciana -32,22% y 26,85%-.

- Los dependientes de heroína y cocaína utilizan para ambas sustancias la vía intravenosa – speedball- en el 61,54% de casos (8), el 23,07% utilizan la vía pulmonar para ambas sustancias, y un 15,39% más utiliza la vía fumada para la heroína y esnifada para la cocaína. Analizando ambas muestras por separado vemos que el 75% (3 de 4) de los consumidores de ambas sustancias en la muestra de 1999 utiliza la vía intravenosa y el 25% fumada. En la muestra del 2001, el 55,56% (5 de 9) utilizan la vía intravenosa para ambas, el 22,22% las utilizan por vía pulmonar, y otro 22,22% por vía inhalada para la heroína y esnifada para cocaína.

¹¹⁶ Corresponden en nuestra muestra a la vía fumada.

Encontramos que la mayoría de casos de dependencia a ambas sustancias, el 53,86%, empezaron a consumir con cocaína: tres de los ocho consumidores de speedball empezaron 6, 3 y 2 años antes con cocaína que con heroína y de los cinco que utilizan vías distintas de la intravenosa también cuatro empezaron con cocaína (4 años antes en dos casos, 3 en otro y 3 en otro). En otro 46,15% refieren haber empezado a consumir las dos sustancias a la misma edad: Se trata de los otros 5 consumidores de speedball y un individuo que ha estado los dos últimos años en programa de mantenimiento con metadona y continuaba consumiendo cocaína fumada.

- Los dependientes de cocaína como único diagnóstico principal utilizan la vía esnifada en el 55,56% (5 de 9), en el 22,22% la utilizan esnifada y fumada (con la misma frecuencia según refieren), en otro 11,11% sólo fumada y otro 11,11% intravenosa. El 100% de los dependientes de cocaína de la segunda muestra la consumen esnifada. En cuanto a la muestra del 1999 la distribución que encontramos es: un 33,33% esnifada, un 33,33% esnifada y fumada, un 16,67% sólo fumada y otro 16,67% intravenosa.

- En los dependientes de cocaína y alcohol encontramos que el 75% (6 de 8) consumen la cocaína esnifada, otro 12,5% la consume fumada y otro 12,5% intravenosa –el alcohol por vía oral siempre-.

En los datos de población atendida por diagnóstico de dependencia de cocaína a nivel nacional y de la Comunidad Valenciana sólo se hace referencia a las vías utilizadas para el consumo de cocaína pero no discriminan en cocaína sola o con alcohol. El conjunto de estos dos grupos en nuestras muestras son los equivalentes a los datos que hemos encontrado y, al hacer las comparaciones con los porcentajes poblacionales encontramos que: Los porcentajes de uso de la vía esnifada en nuestra muestra de 1999 son inferiores a los encontrados en ambos registros de población atendida -50% en nuestra muestra frente al 74,4% en los registros del OED y 84,51% en la C. Valenciana- y en 2001, sin embargo, los datos se aproximan, siendo del 77,78% de uso de la vía esnifada, frente al 69,4% en el registro del OED y el 84,04% en la C. Valenciana. El porcentaje de uso de la vía fumada en nuestra muestra de 1999 -12,5%- es también inferior al registrado por el OED para el mismo año (19,8%) y superior al de la C. Valenciana (del 9,83%); y en 2001 el 11,11% consume la cocaína fumada, el 25,1% a nivel nacional y el 11,50% en la C. Valenciana. Sin embargo, en la vía intravenosa, son inferiores en ambos registros -4,6% en el OED y 4,48% en Valencia en 1999 y 4,1% y 2,97% respectivamente en 2001- a los de nuestras muestras del 12,5% en 1999 y 11,11% en 2001. Hemos de tener en cuenta que además un 25% de la muestra de 1999 dice consumir ambas sustancias por las dos vías –fumada y esnifada- con la misma frecuencia. Si dividiéramos este grupo en dos encontraríamos que los porcentajes serían del 62,5% en 1999 de vía esnifada (que se aproxima más al encontrado en los otros registros) y 25% de la vía fumada.

- Además, los dos dependientes de alcohol como único y principal diagnóstico lo consumen por vía oral

En nuestra muestra encontramos, además de los 10 individuos con diagnósticos de dependencia de alcohol ya mencionados (2 como único diagnóstico y 8 con dependencia de cocaína), hemos encontrado un grupo de otros 8 individuos con diagnóstico actual o antiguo de problemas relacionados con el alcohol. De estos, siete tienen un diagnóstico de abuso de alcohol previo al ingreso, uno de ellos es del grupo de dependencia de heroína y otros seis de dependencia de heroína y cocaína. Además, hay un octavo individuo que tenía un diagnóstico de dependencia alcohólica para el que fue tratado y refería abstinencia a alcohol de cuatro años, venía remitido a nuestro tratamiento por el diagnóstico de dependencia a cocaína. Así, el porcentaje total de individuos diagnosticados

de problemas relacionados con el alcohol (abuso o dependencia) al ingreso o previos es del 34,62% (18 individuos). Y de estos, sólo 3 (el 16,67%), pertenecen a la muestra de 1999. Este hallazgo nos plantea una nueva hipótesis de trabajo en próximos estudios:

- ¿Es probable que en los casos de la muestra de 1999 se infra-diagnosticaran los problemas relacionados con el alcohol o que en la de 2001 se sobreestimaran?
- El/los profesional/es médicos que han diagnosticado y derivado los casos es/son más sensibles y detectan mejor¹¹⁷ estos trastornos o
- En número de individuos con problemas relacionados con el alcohol ha crecido realmente (de 3 a 15 en dos años con una población drogodependiente similar).

La edad media de inicio del consumo de cualquier droga en nuestra muestra es de 14,4 años. La moda se sitúa también en los 14 años con el 25% de la muestra. Sigue a este grupo el de inicio a los 16 años con el 19,23%. El mínimo de edad de inicio se sitúa en 8 años (para un individuo de la segunda muestra que empezó con alcohol a esa edad) y el máximo a los 22 años (también en un individuo de la segunda muestra que refirió haber empezado directamente con cocaína). La media de edad de inicio en la muestra de 1999 es de 15 años, más alta que la de 2001 de 13,81 años. La distribución por edades de inicio es más homogénea en la muestra de 1999.

En cuanto a las drogas principales por las que inician el consumo son: El alcohol como sustancia aislada en el 34,62%, el cánnabis en el 7,69%, el 3,85% empezó con inhalantes, otro 3,85% con opiáceos directamente y un 1,92% con cocaína. El resto de individuos empezaron con dos o más sustancias, el 11,54% con alcohol y cannabís y un 17,31% más con estas dos sustancias con otra u otras sustancias más (barbitúricos, benzodiacepinas, psicoestimulantes, cocaína y colas. Empezaron con alcohol y otra sustancia distinta del cannabís el 5,76% y con cánnabis y otra sustancia distinta del alcohol en el 13,46%. En el 69,23% de los inicios del consumo es el alcohol una de las sustancias de inicio (aislado o con otras drogas) y en el 50% de los inicios está el cánnabis.

En cuanto a la edad media de inicio de la droga que genera la dependencia son los 18,89 años. Esta media es de 19,12 años para 1999 y 18,62 en 2001 y en ambos casos las medias son inferiores a las registradas por el OED –de 20,78 años en los dos años- en la población drogodependiente atendida a nivel nacional. En grupos de sustancia principal, la edad media de inicio de la droga principal más alta es para los dependientes de cocaína y alcohol con 20,25 años, seguida de los de cocaína con 20,22 años; heroína con 18,65 años; cocaína y heroína con 17,61 años y, finalmente, alcohol con 17,5 años. Encontramos en general, que las edades de inicio del consumo de heroína, cocaína y cocaína y alcohol son mayores en el grupo de 2001 (19 años, 21 años y 20,5 años respectivamente), que en el de 1999 (18,46 años, 19,83 años y 19,5); siendo inferiores en 2001 las de alcohol (17 frente a 18) y heroína y cocaína (16,44 años en 2001 y 20,25 en 1999).

La tendencia a encontrar una edad media de inicio de consumo de la droga principal más alta en los dependientes de cocaína que en los de heroína para cada año también la encontramos en las poblaciones registradas en el OED (20,78 años en 1999 y de 20,84 en 2001 para heroína y de 21,73 años y 21,61 en cocaína para esos mismos años) y también en los registros de la C. Valenciana (20,51 años para 1999 y 19,87 para 2001 en heroína y 20,58 años y 21,97 en cocaína). Si bien en nuestros datos de edad de heroína y cocaína, en

¹¹⁷ En el año de recogida de datos de esta segunda muestra se llevó a cabo un Curso de Especialización en Alcoholismo de 300 horas donde participaba como alumno gran parte de los profesionales médicos de la red de drogodependencias de la Comunidad Valenciana-.

comparación con los registros, se puede observar que los individuos de nuestras muestras inician el consumo más jóvenes.

El tiempo medio de consumo de la droga principal en la muestra es de 9,04 años. En la muestra de 1999 de 9,12 años y en la del 2001 de 8,96 años. La disminución del tiempo medio de consumo también se observa en los informes del OED en que estos tiempos fueron de 9,7 años en 1999 y 7,8 años en 2001. En los tiempos medios de consumo de la droga principal por sustancias podemos observar que acuden a tratamiento más tarde aquellos con una dependencia a varias sustancias como el grupo de heroína y cocaína o cocaína y alcohol. Los tiempos desde el inicio de consumo son de 8,45 años para heroína; 9,15 años para el grupo de heroína y cocaína; 8 años para el de cocaína sola; 9,75 años para los de cocaína y alcohol¹¹⁸ y de 16 años para el grupo de alcohol. En muchos grupos hemos considerado la edad de inicio de la droga principal la de cocaína, así, si extraemos el dato de la edad de inicio de todos los dependientes de cocaína (sola, con alcohol o con heroína, un total del 57,99% de la muestra o 30 individuos) encontramos que es de 18,5 años y el tiempo medio de consumo es de 8,97 años¹¹⁹.

Las cifras del tiempo medio transcurrido desde el primer consumo de la droga principal hasta la admisión a tratamiento en los registros consultados fueron para heroína, de 10,11 años para 1999 y de 12,43 años en 2001, y en los registros del OED de 9,1 años en 2001¹²⁰. En cocaína las cifras fueron de 6,19 años en 1999 y 7,62 en 2001 en la C. Valenciana y 7,2 años en los registros del OED. Los tiempos de nuestras muestras son más bajos en el caso de la heroína y más altos en el de la cocaína.

La edad de inicio en el consumo de cualquier tipo de droga más alta es para el grupo de alcohol (que en este grupo es además coincide con la edad de inicio de la droga principal), seguida de los dependientes de cocaína (con una diferencia de dos años entre ambos grupos). Las edades más altas de inicio de la droga principal son las de los grupos de cocaína y cocaína con alcohol que empiezan más tarde a consumir cocaína (1,5 años aproximadamente) que los consumidores de alcohol o heroína de forma aislada o de cocaína y heroína combinadas. El grupo que inicia más joven el consumo de las drogas principales tras el alcohol es el de heroína y cocaína, grupo que, en nuestra muestra inicia antes el consumo de cocaína (2,61 años antes) que el grupo de dependientes de cocaína como único diagnóstico o del de cocaína y alcohol (2,64 años antes). También los dependientes de heroína como principal diagnóstico empiezan 1,04 años más tarde el consumo que los dependientes de heroína y cocaína. El grupo que empieza más tarde el consumo de la droga principal es el de cocaína y alcohol¹²¹ (20,25 años) y, sin embargo, son los segundos –tras el grupo de alcohol- en cuanto a tiempo transcurrido hasta que acuden a tratamiento con 9,75 años (detrás va el grupo de cocaína aislada con 1,5 años menos y el de cocaína con heroína con 0,6 años menos).

El subgrupo de edad media más alta es el de dependientes de alcohol con 33,5 años y también es el grupo de periodo más largo de consumo de la droga principal con 16 años.

¹¹⁸ En este grupo se ha considerado la edad de inicio para el cálculo de tiempo de consumo como la edad de inicio de cocaína.

¹¹⁹ En el apartado de historia de consumo mostramos una tabla resumen que contiene todos los datos de cada subgrupo referentes a las edades medias de inicio de consumo de cualquier droga y de la droga principal, los tiempos medios de consumo de drogas hasta el inicio de la droga principal y desde este hasta el inicio del tratamiento y la edad media actual.

¹²⁰ No existen datos de estos tiempos en los registros del OED de 1999.

¹²¹ Como hemos comentado, hemos tenido en cuenta en este grupo el inicio del consumo de cocaína añadido al de alcohol ya existente por considerar que es en este momento cuando se produce la pérdida de control en la mayoría de los casos.

En cuanto a la diferencia en años entre la edad de inicio de consumo de cualquier droga y el de la droga principal, encontramos que la media es de 4,42 años (4,12 en la muestra de 1999 y 4,73 en la de 2001). Y por subgrupos, la diferencia más alta está en 5,38 años para el grupo de cocaína y alcohol (tardan 5,38 años en introducir el consumo de cocaína al alcohol que era la sustancia de inicio). Así mismo, el 15,38% de la muestra -8 individuos- refieren haber iniciado el consumo de la droga principal el mismo año que el consumo de cualquier tipo de drogas (dos de ellos son los dependientes de alcohol). La moda en cuanto a la diferencia en años entre el inicio de consumo de cualquier droga y el de la droga principal, se sitúa en el grupo de 4 años de diferencia constituido por 8 individuos.

En cuanto a la droga o drogas por las que iniciaron el consumo de sustancias por grupos diagnósticos encontramos que:

- En los dependientes de heroína, el 25% iniciaron el consumo con alcohol; el 20% con alcohol, cánnabis y alguna/s otra/s droga/s¹²²; el 15% con alcohol y cannabís; y, a partes iguales con un 10% en cada grupo, iniciaron con heroína, con cannabís, o con cannabís y otras sustancia distinta del alcohol. Finalmente en un 5% iniciaron con alcohol y otra sustancia distinta del cannabís y otro 5% con inhalantes.

- Los consumidores de cocaína y heroína empezaron con cánnabis y otras sustancias distintas del alcohol en el 30,78%; en el 23,08% con alcohol, cannabís y otra/s sustancia/s; en el 15,38% con alcohol y otro 15,38% con cannabís y alcohol; un 7,69% con cannabís y otro 7,69% con inhalantes (colas y benzol). Ahora bien, si analizamos según utilicen la vía intravenosa u otras vías podemos añadir que el 75% de los que consumen speedball empezaron con 2 o más sustancias (alcohol, cannabís y otras sustancias), otro 12,5% empezó con cannabís y el 12,5% restante con colas y pegamentos. Sin embargo en los que utilizan otras vías distintas de la intravenosa en el 40% empezaron sólo con alcohol, en otro 40% con cannabís y otra sustancia distinta del alcohol y el 20% con alcohol, cannabís y otra sustancia.

- En el grupo de cocaína, el 22,22% empezó con alcohol y otro 22% con alcohol, cannabís y otra sustancia. El resto se reparte en cinco grupos con el 11,11% en cada uno con cocaína directamente, cannabís, cannabís y alcohol, alcohol y una sustancia distinta del cannabís y cannabís y una sustancia distinta del alcohol.

- En los dependientes de cocaína y alcohol, el 87,5% dice haber empezado con alcohol como única sustancia y el resto (un individuo) con alcohol y otra/s droga/s distintas del cannabís (psicoestimulantes).

- Los dos dependientes de alcohol empezaron a consumir con esta sustancia y no refieren haber consumido otras.

Al analizar los tiempos de abstinencia y permanencia en programa para cada individuo, en la muestra de 1999 los hemos contabilizado en meses y en la del 2001 ya que los criterios de selección de ambas muestras en lo que concierne al tiempo desde el ingreso diferían. En la muestra de 1999 el tiempo medio de permanencia en el programa hasta la fecha de realización de la entrevista es de 3,5 meses y el tiempo medio de abstinencia de 4,3 meses.

¹²² Cuando en estos grupos nos estamos refiriendo a otra droga habitualmente se trata de psicoestimulantes (anfetaminas y derivados, LSD, etc), si no es así aparece especificado en su correspondiente apartado.

En la primera muestra, el 88,46% tienen una diferencia entre la abstinencia y el tiempo de permanencia en programa inferior o igual a un mes y, de estos, 12 individuos, el 46,15% del total de esta muestra, refieren el inicio de la abstinencia en el mismo momento del inicio del programa (ambos puntos son coincidentes) y en otros 3 casos con una diferencia de una semana. Haber contabilizado estos tiempos en días en la segunda muestra nos ha aportado más datos. En las representaciones gráficas que hemos elaborado a tal efecto, se puede apreciar mejor que el tiempo de abstinencia en la primera muestra suele ser mayor en una o dos semanas al tiempo de permanencia en programa en aquellos individuos que ingresan completamente desintoxicados (en los que ingresaron con consumos recientes estos tiempos son los mismos y se superponen por tanto los puntos en el gráfico). Sólo en tres casos los tiempos difieren más de dos semanas (en un caso 13 meses de abstinencia y 4 de programa y en el otro 6 meses de abstinencia y 0,75 meses de programa y en un tercer individuo difieren ambos tiempos en 2 meses). También en el caso de la muestra del 2001, el 80,77% se sitúa en diferencias de tiempos inferiores a un mes (30 días), sólo en cinco individuos se puede observar un incremento en las diferencias entre la fecha de entrevista y la abstinencia hasta alcanzar 31,146, 65, 77 y 84 días. En este caso sólo un individuo refirió el mismo tiempo de abstinencia que de permanencia en programa (sólo en este caso se superponen los puntos en la representación gráfica ya que al utilizar una cuantificación en días y no semanas es más difícil encontrar esta coincidencia). Sin embargo, cuanto estratificamos esta segunda muestra convirtiendo los datos a semanas encontramos que el porcentaje más alto en ambas muestras lo ocupan aquellos con diferencias de una semana o menos entre el tiempo de abstinencia y permanencia en programa con un 57,69% en cada muestra (15 individuos de cada muestra).

➤ Severidad: EuropASI.

Del análisis de la entrevista semiestructurada EuropASI de la muestra de 2001 obtuvimos la severidad de la misma, entendiendo ésta como la necesidad de tratamiento cuando éste no existe o como la implementación de tratamiento adicional si ya está recibiendo alguno. En estos 26 individuos de la segunda muestra en que pasamos el test obtuvimos los siguientes resultados generales: Seis individuos, el 23,08% de la muestra, tienen necesidad de tratamiento en todas las áreas (no puntúan 3 o menos en ninguna). A su vez son 6 de los 9 con puntuaciones más altas –si sumáramos todas- del estudio. Otros cuatro, un 15,38%, en una de las áreas no tienen problema o este es leve y no está indicado o no es necesario un tratamiento (dos en el área médica, uno en la de alcohol y otro en la psicológica). Catorce, un 53,85%, no requieren intervención en dos áreas. Y los dos restantes no requieren intervención en tres de las siete áreas de estudio (estos dos son los individuos con puntuación más baja en todas las áreas si hacemos el sumatorio global).

Al analizar las áreas para las se no se requiere de intervención o tratamiento o los individuos no tienen problemas en esa área encontramos que: En el área médica el 57,69% (15 individuos) no requieren intervención (puntuación igual o inferior a 3); en el área legal el 34,61% (9); en la de alcohol el 26,92% (7); en empleo y soportes y psicológica el 15,38% (4 individuos en cada área) y en la de drogas sólo 1 individuo (3,85%). No tiene ningún individuo con puntuación igual o inferior a 3 puntos el área familiar/social; es decir, todos los individuos tienen problemas en esta área y requieren algún tratamiento en la misma.

En cuanto a las áreas en que más individuos tienen problemática extrema y el tratamiento es absolutamente necesario (8 o 9 puntos) están la de drogas con el 30,77% de individuos (8) en este rango, seguida de la psicológica con el 15,38% (4), legal con el 11,54% (3) o familiar/social con el 7,69% (2). Las áreas médica, empleo/soportes y alcohol tienen un único individuo en este bloque de puntuación.

Al sumar las puntuaciones por áreas encontramos que, el área para la que nuestra muestra requiere más intervención o tiene más problemas es la de drogas -175 puntos sumando la puntuación de los 26 individuos-, seguida de la familiar/social -160 puntos-, psicológica -136-, empleo/soportes -129, legal -105- y, la última en puntos es la médica -82 puntos-. Y, al analizar con más detenimiento por áreas encontramos que:

- El área médica, es en la que los individuos puntúan más bajo (la media de puntuaciones en esta área de todos los entrevistados es de 3,15 puntos). Como hemos comentado, el 57,69% (15) no requiere intervención en esta área (3 son dependientes de heroína, 5 de heroína y cocaína, 3 de cocaína, 3 de cocaína y alcohol y 1 de alcohol). El 7,69% (2 individuos ambos de cocaína y alcohol) tiene un problema moderado en esta área y requiere algún tipo de tratamiento (puntúan entre 4 y 5). El 30,77% (8) tiene un problema considerable, el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos), 3 son de heroína, 4 de cocaína y heroína y 1 de cocaína y alcohol. Un individuo más, dependiente de heroína puntúa 9 –problema extremo y tratamiento absolutamente necesario-. El conjunto de estos dos últimos rangos de puntuación hace un total del 34,62% de individuos con problemas médicos considerables y graves en contraste con el 57,69% que no requería ningún tipo de intervención.

- En el área de empleo y soportes el 15,39% (4 individuos dependientes de cocaína y alcohol) de nuestra muestra de 2001 no requiere ningún tipo de tratamiento porque no tienen problemas en esta área o el problema es leve (puntúan 3 o menos). Estos cuatro estaban de baja en su trabajo habitual durante el tratamiento. El 34,62% (9) tiene un problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento –puntúan 4 y 5- ; son un dependiente de heroína, 4 de heroína y cocaína, 2 de cocaína, uno de alcohol otro de cocaína y alcohol. Otro 46,15% (12) tienen un problema considerable (6 y 7 puntos) y necesitan tratamiento en esta área; son 5 dependientes de heroína, 5 de heroína y cocaína, uno de cocaína y uno de cocaína y alcohol. El individuo que resta es dependiente de heroína y puntúa 8 en esta área –problema extremo-. La media de las puntuaciones de los individuos en esta área es de 4,96 puntos.

- En el área de alcohol, el 26,92% (7), no tiene problema real en esta área y no está indicado ningún tratamiento (3 son de heroína, 2 de cocaína y 2 de heroína y cocaína). Otro 34,62% (9) tiene un problema moderado (4 y 5 puntos) y en ellos está indicado algún tipo de tratamiento en esta área (4 son de heroína, 3 de heroína y cocaína, uno de cocaína y uno de cocaína y alcohol). Para otro 34,62% el problema es considerable -3 son de heroína y cocaína y 5 de cocaína y alcohol y el dependiente de alcohol de la muestra del 2001-. Un individuo más (3,85%) dependiente de heroína y cocaína tiene un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario en esta área (puntúa 8). Anotar aquí que, del grupo de cocaína y alcohol de nuestra muestra del 2001 todos puntúan entre 6 y 7 puntos y uno con puntuación de 4. La media de las puntuaciones de todos los individuos de 2001 en esta área es de 4,15 puntos.

- El área de drogas es en la que nuestra muestra requiere más intervención, el la que puntúan más alto en severidad (la media de las puntuaciones de todos es de 6,73 puntos). Sólo el dependiente del alcohol que no consume ningún otro tipo de drogas, puntúa 0 en esta área. Sólo el 7,69% (2 individuos dependientes de heroína y heroína

con cocaína) tienen un problema moderado y requieren algún tratamiento -5 puntos-, el resto tienen rangos superiores de severidad. El 57,69% (15) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos); de ellos, 3 son dependientes de heroína, 4 de heroína y cocaína, 3 de cocaína y 5 de cocaína y alcohol. El 30,77% restante puntúan 8 – problema extremo y tratamiento absolutamente necesario- son 3 dependientes de heroína, 4 de heroína y cocaína y uno de cocaína con alcohol.

- En el área legal puntúan sin indicación de tratamiento por no tener problema en esta área un 34,62% (9 individuos), de estos, 3 son los dependientes de cocaína de la muestra de 2001, 3 más son dependientes de cocaína y alcohol, 1 de heroína y 2 de heroína y cocaína –ninguno tiene antecedentes ni causas pendientes según la ficha social-. El 23,08% (6) tiene un problema moderado (4 y 5 puntos); 2 son de heroína, 2 de heroína y cocaína y 2 de cocaína con alcohol -4 sin antecedentes y otros dos con antecedentes pero sin causas pendientes según los datos de la ficha social-. El 30,77% (8) tienen un problema considerable (6 y 7 puntos), y el tratamiento es necesario; son 4 de heroína, 2 de heroína y cocaína, uno de cocaína y alcohol y el dependiente de alcohol. Uno de los individuos de este último grupo no tiene antecedentes ni causas judiciales pendientes y sin embargo puntúa 6 en cuanto a necesidad de tratamiento, se debe a que básicamente todos sus ingresos provenían de actividades ilegales que llevaba a cabo a diario aunque aún no le habían detenido en ninguna ocasión. El 11,54% restante (3 individuos dependientes de heroína y cocaína), puntúa 8 –problema extremo y tratamiento absolutamente necesario en esta área. La media de las puntuaciones en esta área es de 4,04 puntos.

- El área familiar/social es la segunda por orden de puntuación en cuanto a severidad (la media de las puntuaciones de todos los individuos es de 6,15 puntos). Todos los individuos entrevistados requerían intervención en esta área, así, un 23,08% (6 individuos) tienen un problema moderado y está indicado algún tratamiento (puntúan 4 y 5), de éstos, cuatro son dependientes de heroína y cocaína, uno de heroína y otro de cocaína y alcohol. En el 69,23% (18 individuos), el problema es considerable y el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos); 6 son de heroína, 5 de heroína y cocaína, 3 de cocaína y 4 de cocaína y alcohol. En el otro 7,69% (2) el problema es extremo (uno es dependiente de alcohol y otro de cocaína y alcohol).

- En el área psicológica, el 15,39% (4) no tienen problemas o son leves y no necesitan tratamiento (dos individuos son de cocaína, otro de cocaína y heroína y otro de sólo heroína). En el 38,46% (10) tienen un problema moderado que indica algún tipo de tratamiento, de estos, 4 son dependientes de heroína, 3 de heroína y cocaína, uno de cocaína y 2 más de cocaína y alcohol. Otro 30,77% (8) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos), uno es dependiente de heroína, 3 de heroína y cocaína, 3 de cocaína y alcohol y otro de alcohol. Finalmente, cuatro individuos, el 15,39%, tiene un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario (1 de heroína, 1 de cocaína y alcohol y 2 de cocaína con heroína). La media de las puntuaciones de todos los individuos en esta área es de 5,23 puntos.

En la representación gráfica Rangos de severidad por áreas podemos ver estos resultados.

➤ Variables sociodemográficas y severidad por grupos diagnósticos.

Analizando todas las variables detalladas hasta ahora pero en función de los grupos diagnósticos encontramos la siguiente distribución:

a) En los dependientes de heroína:

El 25% son mujeres (5 frente a 15) y el 80% de ellas (4 de 5) consumen la heroína fumada (la otra intravenosa), siendo el 36,36% de los consumidores de heroína fumada de la muestra. Los hombres son el 63,64% de los dependientes de heroína fumada y el 88,89% de los consumidores de heroína intravenosa. Los porcentajes generales de mujeres en nuestra muestra (25%) son superiores a los hallados en los registros de población drogodependiente consultada, aunque por años encontramos que son ligeramente inferiores los de 1999 y muy superiores los de 2001¹²³.

En la distribución por grupos de edad encontramos que la moda se sitúa en el grupo de 26 a 30 años con 8 individuos (el 40%), hay 4 individuos con edades iguales o inferiores a 20 años, 2 entre 21 y 25, 4 entre 31 y 35, y 2 entre 36 y 40. Las edades medias por subgrupos de 27,54 años para la muestra de 1999 y 28 para 2001 (27,7 en global), son inferiores a las encontradas en la población dependiente de heroína registrada para esos años en el OED (31,31 en 1999 y 32,82 en 2001) y C. Valenciana (30,64 y 32,32 respectivamente). En nuestra muestra, la edad media de los consumidores por vía fumada (26,73 años) es inferior a los de intravenosa (28,89 años); además, la edad media de las mujeres que consumen heroína fumada (22,75 años) es inferior en más de 6 años a la de los hombres que la consumen por la misma vía (29 años). Sin embargo, la mujer que consume por vía intravenosa tiene 4,11 años más que la media de los hombres dependientes de heroína que la consumen por la misma vía (28,25 años).

En cuanto al lugar de nacimiento y residencia de los dependientes de opiáceos de nuestra muestra encontramos que el 60% (12 individuos) nacieron en Valencia o su provincia y el 75% viven en ella; el 25% nacieron en Alicante y su provincia y el mismo porcentaje reside en ella; el 10% nació en otras provincias y el 5% en el extranjero¹²⁴ y ninguno de los individuos de la muestra dependiente de heroína vive en otra provincia o extranjero. En los datos aportados por la Dirección General de Drogas de la C. Valenciana encontramos que los porcentajes de admitidos a tratamiento en esos mismos años nacidos en Valencia y provincia (en torno al 40%) o residente (entre el 50 y 60%) son inferiores a los encontrados en nuestra muestra. Los porcentajes de nacidos en Alicante también son inferiores a los de nuestra muestra (18,68% y 16,15%) y, sin embargo, los de residentes en Alicante mayores (en torno al 30%). El porcentaje de nacidos en otras provincias es muy superior (alrededor del 33%) y también el de nacidos en el extranjero, aunque este último porcentaje se aproxima (6,47% en 1999 y 6,53% en 2001).

En cuanto al nivel de estudios, el 40% tienen el Graduado (8), el 25% (5) tienen un nivel de estudios de primaria inacabada por encima de 5º de EGB y otro 5% (1 individuo) con nivel inferior a 5º curso¹²⁵. El 30% (6) de los dependientes de heroína tienen un nivel de estudios de secundaria (FP o BUP, o niveles superiores a 2º de ESO). Los resultados muestran que el nivel de estudios de nuestra muestra es superior al de los hallados en los registros del OED (Primaria inacabada o inferior del 54,5% y 53,1% para 1999 y 2001 y de primaria acabada del 26,2% y 30,6%. Y, en la C. Valenciana ocurre algo similar: Con G. Escolar o equivalente fue del 28,31% en 1999 y 28,93% en 2001; y con un nivel de estudios de primaria inacabada o inferior del 56,69% de 1999 y

¹²³ Ver con detalle en el apartado de Comparación con otros registros de las características de nuestra muestra.

¹²⁴ No nos ha parecido relevante hacer la distribución dividiendo los 20 heroinómanos en las dos muestras por considerar que no nos clarificarían más y la comparación con los datos de la Comunidad Valenciana se podría hacer en cualquier caso.

¹²⁵ Individuo 6b que ha pasado sus últimos años en prisión condenado en tribunal de menores.

52,93% de 2001, y con un nivel superior al Graduado del 15% en 1999 y un 18,14% respectivamente.

El 75% de los individuos de nuestra que no han trabajado nunca (3 de 4) son dependientes de heroína por vía intravenosa. Por tanto, el 15% de los dependientes de heroína de nuestra muestra nunca han trabajado (el 15,38% de la muestra de 1999 y 14,29% de la de 2001); y el otro 85% corresponde a individuos que están trabajando o parados pero habiendo trabajado antes (el 84,62 de la primera submuestra y el 85,71% de la segunda). Los porcentajes de los que no han trabajado nunca, son superiores a los encontrados en la población dependiente de heroína registrada en el OED (10,6% en 1999 y 8,8% en 2001) y de la C. Valenciana (7,39% y 6,91% respectivamente), y, paradójicamente, también son superiores a los porcentajes de trabajadores en activo o parados pero habiendo trabajado antes del 77% y 75,1% para 1999 y 2001 respectivamente en el OED y 81,87% y 80,69% en la C.Valenciana (aunque son algo más cercanos a estos últimos). Se debe básicamente a que en ambos registros recogen un grupo de “otros” y en la C.Valenciana además otro de pensionistas donde se incluyen los porcentajes que restan.

Todos los consumidores de heroína de nuestra muestra proceden de familias de cuatro o más miembros (son dos hermanos como mínimo). La media de hijos por familia es de 3,5 (aunque hay un individuo con 10 hermanos que hace que la media se desvíe). El porcentaje de familias con cuatro o más hijos es del 35% (7), con tres hijos del 50%(10) y con dos del 15%(3 familias). En el 25% (5 individuos) son el hermano mayor, en el 45% (9) son el menor y en el 30% restante (6) son el segundo hermano en 4 casos (2º de tres y cuatro hermanos) otro es el 3º de 5 y otro el 9º de 10. La edad media de los hermanos es de 28,55 años (un año por encima de la media de los individuos de este grupo de 27,3 años). La media de hermanos por familia en los consumidores de heroína fumada (3,36) es ligeramente inferior a la de los que la utilizan por vía intravenosa (3,67 hermanos) y también la edad media de los hermanos, de 27,88 años en los de heroína fumada y 29,44 en los de intravenosa. En cuanto al número de orden que el informante ocupa entre los hermanos, son el hermano mayor en el 27,27% de los de heroína fumada (3 individuos) y en el 22,22% de los de intravenosa (2); son el hermano menor en el 54,55% (6) y 33,33% (3) respectivamente y el intermedio en el 18,18% y 44,44%.

En el estudio de Bogani¹²⁶ en 539 dependientes de opiáceos, el grupo mayoritario era el de familias con 4 o más hijos, aunque el porcentaje era superior -52,88%- al encontrado en nuestra muestra de dependientes de opiáceos (35%). En contraposición, el porcentaje de familias de los dependientes de heroína con 3 hijos en nuestra muestra -50%- es superior al del estudio mencionado -24,86%-. También es ligeramente superior en el estudio el porcentaje de familias con 2 hijos (17,25% frente al 15% de nuestra muestra) y no tenemos en esta muestra hijos únicos. La media de hijos por familia es ligeramente superior en este estudio (de 3,98 hijos). El porcentaje de hijos mayores (22,08%) y de hijos menores (31,53%).

El 25% de los dependientes de heroína (5) han tenido familia propia, aunque en el momento del ingreso están viviendo de nuevo en el domicilio paterno. Tres son mujeres con hijos (2 con 2 hijos y una con uno) y los otros dos son hombres sin hijos.

El 40% de los progenitores de los dependientes de heroína están casados, el 30% son viudos pero estaban casados anteriormente, el 15% están divorciados y otro 15%

¹²⁶ BOGANI MIQUEL, E.; CASANOVES CUENCA, E.; ARLANDIS VILLARROYA, A. (1990). *Heroinómanos: Hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años*. Revista española de drogodependencias, 15 (4), 249-253.

separados. Encontramos también que el 58,33% de los individuos con el padre fallecido o ausente del total de nuestra muestra (7 de 12) y el 66,67% de las familias con madre fallecida (2 de 3) son dependientes de heroína. La edad media de los padres de los dependientes a heroína de la muestra es de 61,08 años y la de las madres de 59,56 años (ambas son mayores a las edades medias del conjunto de todos los padres de nuestra muestra). Además hemos encontrado que los padres de los consumidores de heroína vía intravenosa de nuestra muestra son más jóvenes que los de los consumidores por vía fumada (59,6 años y 62 años). En el estudio de Ayerbe¹²⁷ de 1997 sobre clima familiar en pacientes heroinómanos hemos encontrado unas medias de edad inferiores a los de nuestra muestra (58 años en los padres y 56 en las madres).

El 35% (7) de los padres y el 50% (10) de las madres de los dependientes de heroína en nuestra muestra tienen un nivel de estudios máximo bajo –saben leer y escribir sin haber completado estudios primarios-. Además hay otras 2 madres con un nivel aún más bajo (no leen ni escriben). Otro 35% de los padres (7) y 30% de madres (6) tienen estudios primarios o Certificado de Escolaridad como nivel máximo de estudios. Solo una madre (5%) tiene estudios secundarios (ningún padre). Respecto al nivel de estudios superiores éste es alcanzado por 2 padres (10%) y una madre (5%). De los 4 padres que faltan 2 han estado en paradero desconocido y en otros 2 el informante no sabe el nivel máximo de estudios, en total son el 20% de este grupo. En el estudio del Programa Municipal de Drogas de Valencia¹²⁸, encontramos un porcentaje del 51,52% de padres con estudios primarios, el 12,88% no tienen estudios, el 28,03% tienen estudios medios y el 7,58% superiores. Y en el de Ayerbe en heroinómanos, el 40% de los padres y 50% de las madres tienen estudios primarios inacabados o no tienen estudios y el 36% de padres y 38% de madres acabaron la EGB. Por tanto el nivel de estudios de los padres de los dependientes de heroína de nuestra muestra es inferior al de los estudios encontrados.

En cuanto a la distribución por ocupación de los padres y madres de la muestra el 20% de padres y madres (4 de cada) son trabajadores especializados de la industria y la hostelería (son a su vez el 36,36% de los padres y madres que trabajan en este sector); en el grupo de trabajadores no especializados están el 10% de padres (2) y el 15% de madres (3); hay un padre y una madre fallecidos que trabajaron en un servicio público –ninguno vivo-; el único padre de la muestra que es artesano y aún está en activo pertenece a este grupo; el 35% de las madres (7) son amas de casa; finalmente, el 30% de padres (6) y el 20% de las madres (4) están jubilados (éstos cuatro son el 100% de madres jubiladas de la muestra y los padres son el 46,15% del total de padres jubilados). Por otro lado, el 58,33% de los padres fallecidos pertenecen a este grupo –7 padres que son el 35% de los padres de dependientes de heroína-; también han fallecido el 10% de las madres (2) de los dependientes de heroína y son a su vez el 66,67% de las madres fallecidas. Si analizamos las ocupaciones anteriores de todos los padres, incluyendo las de los que ya están jubilados y los fallecidos, encontramos que: El 15% (3) de padres y madres trabajaban en la hostelería, un 10% de padres (2) trabajaba en la construcción y otro 10% en los transportes y otro 10% como artesanos; así mismo el 10% de madres (2) trabajaba en empresas de limpieza y el 35% (7) como amas de casa; en servicios públicos habían trabajado el 5% de los padres y madres (1) y como empleados de

¹²⁷ AYERBE, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; GARCÍA, E.; SANTOS, A. (1997). *Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos*. Adicciones, 9 (3), 375-379.

¹²⁸ BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). *La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones*. Revista española de drogodependencias, 19 (4), 297-310.

fábricas o industrias el 15% de padres (3) y 25% de madres (5); y en otras ocupaciones el 15% de padres y 10% de madres. Destacamos que en ese grupo hay un 20% de padres (4) con ocupación desconocida y que estos son a su vez el 66,67% del total de padres de los que no conocemos la ocupación (4 de 6) y; por otro lado, el porcentaje de madres amas de casa es muy inferior al porcentaje general de la muestra –del 50%- y encontramos por tanto que el porcentaje relativo de madres que trabajan fuera de casa es mayor en las madres de heroinómanos que en el global de la muestra (en cuanto a los empleos, el 62,5% de las madres que trabajan en fábricas del total de la muestra pertenecen a este subgrupo).

En cuanto a los resultados del EuropASI –de severidad de la adicción y necesidad de tratamiento- de los 7 individuos de la muestra de 2001 dependientes de heroína a los que pasamos la entrevista, hemos encontrado que el 28,57% (2) requieren intervención en todas las áreas; otro 28,57% no necesitan tratamiento en una de las áreas (uno en el área psicológica y otro en la de alcohol). El 42,86% restante tienen al menos dos áreas problema con puntuación inferior a 3 –sin necesidad de intervención-. Por áreas de estudio encontramos que, en el área médica, el 42,86% (3 individuos) de los dependientes de heroína entrevistados no requerían ningún tratamiento (puntuaban 3 o menos); otro 42,86% tiene un problema considerable y el tratamiento es necesario (puntuaban 6 y 7) y son a su vez el 37,5% del total de individuos de la muestra del 2001 que puntúan en este rango y, el otro individuo, es el individuo de la muestra que puntúa 9 (el individuo 6b con la puntuación más alta en esta área) – problema extremo y tratamiento absolutamente necesario -. En el área de empleo y soportes todos requieren algún tratamiento: El 71,43% (5) tienen un problema considerable en esta área; un 14,29% tiene un problema extremo (de nuevo el 6b con 8 puntos) y otro 14,29% tiene un problema moderado y está indicado algún tratamiento (4 puntos). En cuanto al área de alcohol, también en esta el 42,86% (3) puntúan 0 (no existe problema real) y el otro 57,14% tiene un problema moderado y está indicado algún tratamiento (puntuaban 4 o 5). Sin embargo, en el área de drogas, todos los dependientes de heroína puntúan al menos 5; un 42,86% tienen un problema considerable (6 o 7 puntos), otro 42,86% tienen un problema extremo (8 puntos) y sólo un individuo (14,29%) puntúa 5 –problema moderado-. En el área legal hay un individuo que no requiere intervención, el 28,57% (2) tiene un problema moderado y está indicado algún tratamiento (4 o 5 puntos) y el 57,14% (4) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (6 o 7 puntos). En esta área en concreto encontramos que 3 de los dependientes de heroína estaban cumpliendo condena en la Unidad de Deshabitación Residencial como medida alternativa a la prisión y otro más fue excarcelado por la nueva ley del menor y enviado a la UDR como medida de seguridad. En el área familiar y social, el 85,71% (6) tiene un problema considerable y el tratamiento es necesario (6 o 7 puntos) y el otro individuo puntúa 5 –problema moderado y está indicado algún tipo de tratamiento-. Finalmente, en el área psicológica, un 14,29% (1 individuo), no tiene problema en esta área y es a su vez el 25% de los individuos de la muestra del 2001 (1 de 4) que no necesitan tratamiento en esta área. Un 57,14% (4) tienen un problema moderado y está indicado algún tratamiento. Un individuo más tiene un problema considerable (puntuaba 6) y otro un problema extremo.

b) En los dependientes de heroína y cocaína:

Del total de 13 individuos que pertenecen a este grupo diagnóstico, sólo el 15,39% son mujeres (2), una consume por vía intravenosa –speedball- y la otra por otras vías (son el 12,5% y 23,07% respectivamente de cada grupo). El 84,62% son hombres (3 de la primera muestra consumidores de speedball y 8 de la segunda, la mitad consumen en

bolo intravenoso y la mitad por otras vías). Los hombres son el 87,5% de consumidores de speedball y el 80% de consumidores de heroína y cocaína por otras vías distintas de la intravenosa.

La edad media de los dependientes de ambas sustancias es de 27,46 años y, analizados por vía de consumo, la media de edad de los que utilizan la vía intravenosa para ambas sustancias es algo mas alta, de 28,25 años (cifra que se aproxima más a la de los consumidores de heroína intravenosa); la media de los que utilizan otras vías de consumo es de 26,2 años. En la distribución por grupos de edad encontramos que un 7,69% (un individuo que es la mujer consumidora de speedball de este grupo con 17 años) tiene menos de 20 años. Entre 21 y 25 están el 30,77% (4); el 38,46% (5) tienen entre 26 y 30 años y constituyen la moda en este grupo en cuanto a grupo de edad; otro 7,69% (1) tienen entre 31 y 35 y otro 15,38% (2) entre 36 y 40 años.

El 53,85% de los dependientes de heroína y cocaína viven en Valencia y su provincia (3 en la ciudad y 4 en la provincia) y son el 20% del total de individuos de la muestra que residen aquí; sólo el 38,46% (5) nació en esta provincia. El 38,46% residen en Alicante (5) y el 30,77% (4) nació aquí; el 7,69% reside en Castellón (es uno de los 3 individuos del total de la muestra que vive en esta provincia), ningún individuo nació en esta provincia. El 23,08% (3) nació en otras provincias de España y el 7,69% (1) de los individuos con este diagnóstico en el extranjero.

El 7,69% de los dependientes de heroína y cocaína tiene un nivel igual o inferior a 5º de E.G.B. (un individuo que es a su vez el 33,33% de toda la muestra con este nivel de estudios); otro 30,77% (4) tienen un nivel superior a 5º pero inferior a G. Escolar o educación primaria incompleta. Estos 5 son el 62,5% de los consumidores de speedball (5 de 8). Un 38,46% de dependientes de heroína y cocaína tienen el Graduado Escolar (5 individuos, todos ellos consumidores por vías distintas de la intravenosa). El 23,08% restante (3) tiene un nivel de estudios de secundaria y todos consumen por vía intravenosa.

Todos los individuos de este grupo han trabajado en algún momento. El 15,39% (2) han trabajado en hostelería (son el 25% de los trabajadores de este sector en nuestra muestra); el 38,46% (5) han trabajado en la industria y fábricas (también son el 38,46% de los trabajadores de este sector); el 7,69% (1) ha trabajado en la construcción; el 15,39% (2) en servicios públicos (son el 33,33% de trabajadores de este sector); y, el 23,08 % restante (3) en otras profesiones.

Como ocurría en el grupo de dependientes de heroína, en este, también el 100% proceden de familias con cuatro o más miembros (en todas las familias son al menos 2 hermanos). En este grupo la media de hijos por familia es de 3,5 hermanos y por vías encontramos que la media de hermanos en los consumidores por la vía intravenosa es de 2,88 hijos; bastante inferior a la de los que consumen por otras vías que es de 4,8 hijos. La moda se sitúa en las familias con 2 hijos con el 30,77% (4); seguido del 23,08% (3) de familias con 3 y con 4; las 3 restantes tienen 5, 6 y 7 hijos. En el 23,08% (3 casos) el informante es el hermano mayor; en el 38,46% (5) es el menor y en el 38,46% restante el hermano mediano (3 son el tercero de 3,4 y 7 hermanos, otro el segundo de 3 y otro el cuarto de 6). La edad media de los es de 27,62 años, muy cercana a la media de edad de los individuos de este grupo -27,46 años-; sin embargo, la edad media de los hermanos de los consumidores por vía intravenosa de 29,13 años es superior en dos años a la de los hermanos de los consumidores por otras vías distintas de la intravenosa de 27,2 años.

EL 84,62%(11) proceden de familias con progenitores casados y el 15,38% (2) de progenitores divorciados y separados. No hay en este grupo ningún progenitor fallecido. El porcentaje de progenitores casados es superior al de los dependientes a heroína (40%) y además constituyen el 32,35% de los individuos con progenitores casados y vivos actualmente (34 individuos) aunque los dependientes de heroína y cocaína sólo son el 25% de nuestra muestra. Además hemos encontrado que los progenitores de este grupo son más jóvenes que los de la muestra en general (y también que los de los dependientes de heroína) con una edad media de 58,53 años para los padres y 54 para las madres. Las edades medias de lo progenitores de los consumidores de speedball - 59,62 años para padres y 54,38 para las madres- son superiores a las de los progenitores de los consumidores por otras vías -56,8 y 53,4 años-. Además, en el grupo de uso de la vía intravenosa hay dos parejas de progenitores con diferencias de edad de 10 y 15 años que son el 33,33% (2 de 6) de los padres con diferencias de edad de 7 o más años (son dos de las 3 parejas con mayores diferencias de edad de los progenitores de la muestra).

El 23,08% (3 individuos) han tenido familia propia de los cuales solo uno, una mujer que consume por vía fumada, tiene una hija (los otros dos no tienen descendencia).

El 15,38% (2) de los padres y el 30,77% (4) de las madres de este grupo tienen un nivel de estudios muy bajo –saben leer y escribir pero no han cursado estudios primarios-. El 38,46% (5) de padres y 15,38% (2) tienen estudios primarios y, además, con el certificado de escolaridad hay un 23,08% (3) de padres más y un 38,46% (5) de madres. Un padre y una madre más (7,69%) tienen estudios secundarios y dos padres (15,38%) y una madre (7,69%) estudios superiores. El porcentaje relativo de padres con estudios superiores en este grupo respecto del total de la muestra es alto (el 40% de los padres y 50% de las madres con estudios superiores de nuestra muestra son progenitores de dependientes de heroína y cocaína). Además hemos encontrado que, el 85,71%, de los progenitores con estudios superiores -4 padres y las 2 madres, sólo restaría un padre-son padres y madres de dependientes a heroína o heroína y cocaína de nuestra muestra.

En cuanto a la distribución por ocupación de los padres y madres de los dependientes de heroína y cocaína encontramos que el 30,77% (4) de padres y madres son trabajadores especializados de la industria y hostelería constituyendo a su vez el 36,36% de los padres que trabajan en este sector (4 de 11); como trabajadores no especializados están el 30,77% de padres (4) y 23,08% de madres (3); otro 23,08% de padres trabaja en los servicios públicos (3 padres que son a su vez el 42,86% de los padres que trabajan en este sector); el 46,15% (6) de las madres son amas de casa (porcentaje más alto que en los dependientes de heroína); el 15,38% de los padres están jubilados (no hay ninguna madre jubilada). No hay ningún progenitora fallecido en este grupo, pero, si analizamos las ocupaciones de estos progenitores considerando las que tenían los ya jubilados y clasificándolos por grupos encontramos que: El 30,77% (4) de padres y 15,39% (2) de madres han trabajado como empleados de fábricas; en transportes han trabajan el 7,69% de padres y madres (1); otro 7,69% de padres trabaja en la construcción, el 23,08% (3) en servicios públicos y el 30,77% restante (4) en otras ocupaciones; el 15,39% (2) de madres trabaja en hostelería, el 7,69% en una empresa de limpieza y el 46,15% son amas de casa. Este porcentaje de amas de casa sigue siendo inferior al porcentaje general de nuestra muestra (del 50%) por lo tanto, el número de madres que trabajan fuera de casa sigue siendo más alto en porcentaje relativo que en otros subgrupos de la muestra a excepción del de heroína en que el porcentaje de madres trabajadoras fuera de casa era aún más alto.

En este grupo diagnóstico fueron analizados 9 individuos en cuanto severidad y necesidad de tratamiento con el pase de la entrevista semiestructurada EuropASI (los 9

de la muestra del 2001). En estos encontramos que el 33,33% (3 individuos) requieren tratamiento en todas las áreas, constituyendo el 50% del total de individuos de la muestra del 2001 que requieren intervención en todas las áreas. Otro 22,22% (2) tienen una puntuación de 3 o por debajo en una única área –no requieren intervención en esa área–, ambos tienen puntuaciones de 2 y 0 puntos en el área médica. El 44,44% restante (4) tienen 2 áreas problema sin necesidad de tratamiento (con puntuación inferior a 3). Y analizando la severidad por áreas encontramos que en el área médica, el 55,56% de los dependientes de heroína y cocaína entrevistados (5 de 9) no tienen un problema que requiera ningún tipo de tratamiento en esta área y el 44,44% restante (4) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (puntuación 6 y 7 puntos). En el área de empleo y soportes, el 44,44% (4) tienen un problema moderado y está indicado algún tratamiento (4 y 5 puntos) y el 55,56% restante (5) un problema considerable y necesitan tratamiento; estos constituyen a su vez el 41,67% de los individuos que puntúan en este rango (5 de los 12 que puntúan 6 y 7 puntos). En el área de alcohol los porcentajes se distribuyen entre el 22,22% que no requiere intervención (2 individuos que puntúan 0), un 33,33% (3) que tiene un problema moderado y requiere algún tratamiento, otro 33,33% con un problema considerable y el 11,11% (1) con problema extremo en esta área (puntuación 8). Cinco dependientes de heroína y cocaína pertenecían al grupo con un diagnóstico –antiguo o más reciente– de problemas relacionados con el alcohol y uno de ellos (8b) puntuó 0 en cuanto a necesidad de intervención en esta área según los datos obtenidos del EuropASI. En cuanto al área de drogas, sólo un individuo de este grupo puntuó 5 (problema moderado con indicación de algún tipo de tratamiento), el resto tienen una puntuación mayor. Así, el 44,44% (4) tienen un problema considerable en el área de drogas y el tratamiento es necesario y otro 44,44% tienen un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario; estos últimos son a su vez el 50% de individuos de la muestra del 2001 que puntúan en este rango (8 puntos). En cuanto al área legal, el 22,22% (2) no requieren tratamiento, otro 22,22% tienen un problema moderado y requieren algún tipo de intervención (4 y 5 puntos), otro 22,22% tiene un problema considerable (de ellos uno tiene 3 causas pendientes y el otro, aunque no las tiene, obtiene todos sus ingresos de actividades ilegales para su propio beneficio); finalmente, el 33,33% restante tiene un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario (son los únicos 3 individuos que puntúan en este rango -8 puntos- en esta área-problema y los 3 tienen causas judiciales pendientes). En el área familiar social también todos los individuos requieren intervención distribuyéndose el 44,44% (4) con un problema moderado (4 y 5 puntos) y el otro 66,67% (5) tienen un problema considerable (6 y 7 puntos) y el tratamiento es necesario. En cuanto al área psicológica, un individuo no tiene problemas en esta área (o son leves y el tratamiento no es necesario); un 33,33% (3) tienen un problema moderado (4 y 5 puntos), otro 33,33% considerable y necesitan tratamiento y un 22,22% (2) un problema extremo en esta área. Estos dos últimos individuos son el 50% (2 de los 4) de los individuos que puntúan en este rango de severidad en esta área.

c) En los dependientes de cocaína:

De los nueve individuos que pertenecen a este grupo, el 22,22% (2) son mujeres. Una de ellas es la única dependiente de cocaína como sustancia aislada de nuestra muestra que la consume por vía intravenosa¹²⁹. Estas mujeres son el 16,67% de dependientes de

¹²⁹ Es un caso procedente de la primera muestra, tiene 24 años y un diagnóstico psiquiátrico dual. Se trata de una hija adoptiva –la única de la muestra– de padres ingleses y con residencia en la provincia de Alicante. Nunca ha trabajado y sabe leer y escribir como máximo nivel de estudios alcanzado.

cocaína como único diagnóstico de la muestra de 1999 y el 33,33% de la del 2001; ahora bien, del total de casos de dependientes de cocaína con o sin otros diagnósticos son mujeres el 16,67% para 1999 (2 casos) y el 11,11% para 2001 (3 casos). Los porcentajes se aproximan a los registrados en población drogodependiente admitida a tratamiento en los registros del OED (14% de mujeres en 1999 y 13,% en 2001) y de la C. Valenciana (13,66% y 15,39% respectivamente), aunque nuestro porcentaje de mujeres para 2001 es superior y el de 1999 es inferior.

En cuanto a la distribución por edad encontramos que el 22,22% (2 individuos) tiene edades iguales o inferiores a 20 años; en el grupo de 21 a 25 años hay un único individuos; entre 26 y 30 años está el 33,33% (3) de los dependientes de cocaína; hay un individuo entre 31 y 35, otro entre 36 y 40 y otro mayor de 40 años. Este último es el único de toda la muestra que supera esta edad.

La media de edad de los dependientes de cocaína es de 28,33 años – 28 años para las mujeres y 28,43 para los hombres-. Si analizamos la edad en función de las vías de consumo encontramos que la media para los consumidores de cocaína esnifada (28 años) es inferior a la media de los consumidores por otras vías (28,75 años). Tomando las medias de edad en cada submuestra encontramos una edad media en 1999 de los dependientes de cocaína como único diagnóstico en nuestra muestra de 27 años, inferior en 4 años a la media de 2001 que es de 31. Ahora bien, si analizamos la edad media de todos los dependientes de cocaína con o sin otros diagnósticos estas son de 29,58 años en 1999 (12 individuos) y 27,41 años en 2001 (18 individuos). Si consideramos el grupo de cocaína y cocaína y alcohol (17 individuos, 8 de 1999 y 9 de 2001) las medias son de 28,38 años y 30 años respectivamente. Estas últimas medias se corresponderían con las que hemos encontrado en los dependientes de cocaína en los informes del OED de 28,62 años en 1999 y 29,82 en 2001 (en estos informes no se recoge un grupo de dependientes de alcohol y tampoco discriminan entre los consumidores de cocaína con alcohol añadido como sustancia principal y en este grupo hemos encontrado en el 62,9% consumo de alcohol en el mes anterior). En la C. Valenciana las edades medias fueron de 27,81 años en 1999 y 29,60 en 2001.

En cuanto al lugar de nacimiento y residencia, el 66,67% nacieron y viven en Valencia y su provincia; el 22,22% residen en Alicante aunque sólo el 11,11% nacieron aquí; solo el 11,11% (1 individuo) nació y reside en otras provincias y sólo un individuo de este grupo nació en el extranjero. En los datos de dependientes de cocaína admitidos a tratamiento en la C.Valenciana encontramos porcentajes inferiores a nuestra muestra de nacidos en Valencia (43,49% en 1999 y 45,94% en 2001) y de residentes (51,57% y 52,04% respectivamente), aunque en este caso se aproximan más. Sin embargo, los porcentajes de nacidos en Alicante (24,98% en 1999 y 27,19% para 2001) y residentes (34,04% y 37,34%) son superiores a los de nuestra muestra. Los porcentajes de nacidos (16,72% en 1999 y 15,17% en 2001) en provincias del resto de España son superiores a los de nuestra muestra y los de residentes (0,25% y 0,63%) son inferiores. Los porcentajes de nacidos en Castellón en los datos de la C.Valenciana fueron del 10,73% y 6,67% y de residentes del 13,74% y 9,99%, en nuestra muestra no hay dependientes de cocaína nacidos o residentes en esta provincia.. y, finalmente, un 4,07 y 5,03% de nacidos en el extranjero.

En cuanto al nivel de estudios, el 55,56% (5) tienen un nivel de estudios de primaria entre 5º y 8º de EGB y un 11,11% más (la mujer de procedencia inglesa con consumo intravenoso) tiene un nivel inferior –sabe leer y escribir pero no ha alcanzado ningún nivel superior a 5º de EGB-. Otro 22,22% (2) tienen el Graduado Escolar y el 11,11% (1) restante supera este nivel con estudios secundarios. Al analizarlo por grupos

encontramos que los dependientes de cocaína con un nivel de EGB, B. Elemental o Graduado en ESO son el 32,5% en 1999 y el 36,3% en 2001. Con un nivel inferior están el 41,5% en 1999 y 35,3% en 2001. El 25,9% para 1999 y el 28,4% para 2001 tienen un nivel de estudios superior a G. Escolar. Si consideramos todos los dependientes de cocaína de nuestra muestra con o sin alcohol (para poder comparar con los datos del OED) encontramos que, en la muestra de 1999 el 62,5% tiene un nivel de estudios de G. Escolar o equivalente (5 de 8), el 37,5% (3) un nivel inferior y no hay ningún individuo dependiente de cocaína con o sin alcohol con un nivel superior al G. Escolar. Y, en la muestra de 2001, el 44,44% (4 de 9) tienen un nivel de estudios superior a G. Escolar; el 33,33% (3) tienen el G. Escolar o equivalente y otro 22,22% (2) tienen un nivel de estudios inferior a 8º de EGB. En los datos aportados por el OED para esos años encontramos que, en los dependientes de cocaína admitidos en 1999 el 32,5% tienen un nivel de Graduado o equivalente, el 41,5% un nivel inferior y el 25,9% superior; y en 2001 el 36,3% tienen un nivel de estudios de G. Escolar o equivalente, el 35,3% un nivel inferior y el 28,4% superior, por tanto, nuestras muestras tienen un nivel de estudios superior a las de la población dependiente de cocaína registrada en el OED. Algo similar ocurre si lo comparamos con los datos de la C. Valenciana en que el 36,85% para 1999 y el 31,14% para 2001 tiene un nivel de Graduado, el 38,83% en 1999 y 40,01% de 2001 tienen un nivel inferior y el 24,32% en 1999 y 28,86% en 2001 tiene un nivel superior.

En cuanto a la situación laboral, un 11,11% (la mujer de procedencia inglesa) nunca ha trabajado¹³⁰; el 22,22% (2) son trabajadores de servicios públicos (un tercio de los trabajadores de servicios públicos de la muestra). Los otros 6 individuos con diagnóstico de dependencia a cocaína de la muestra trabajan en los siguientes sectores: uno en la hostelería, uno en la industria, otro es fontanero, otro trabaja en la construcción y dos más en otros empleos (repartidos y técnico de ascensores). Y, si consideramos todos los diagnósticos de cocaína con o sin alcohol, sólo el 5,86% (1) está parado sin haber trabajado antes o, analizando las muestras por separado, el 87,5% de los dependientes de cocaína de la primera muestra y el 100% de la segunda están trabajando o parados pero habiendo trabajado antes en el momento de la admisión a tratamiento. Al igual que ocurre en los porcentajes del OED o de la C. Valenciana, los porcentajes de individuos que trabajan son más altos que en los dependientes de heroína y los de individuos que no han trabajado antes son inferiores en este grupo. En el OED, sólo un 7,3% en 1999 y un 4,2% en 2001 de dependientes de cocaína estaban parados no habiendo trabajado antes; y en los datos de la C. Valenciana los porcentajes eran aún más bajos: 2,05% para 1999 y 2,55% para 2001.

En cuanto a las características del núcleo familiar, las dos únicas familias de tres miembros (con hijos únicos) de toda la muestra corresponden a familias de dependientes de cocaína. El 22,22% de las familias de dependientes de cocaína son, por tanto, de 3 miembros; el 33,33% (3 familias que constituyen la moda) tiene 4 miembros; otro 22,22% son familias de 5 miembros; otro 11,11% (1) es de una familia de 6 miembros y otro 11,11% de una familia de 11 miembros. La media de hijos por familia es de 3 aunque el individuo que tiene 9 hermanos desvía esta cifra (el 55,56% tienen uno o ningún hermano). En cuanto al lugar que ocupan entre los hermanos, el 33,33% (3) son el hermano mayor (en los 3 casos de 2 hermanos); en otro 22,22% como hemos comentado son hijos únicos; el 11,11% (un individuo que es el menor de 3) es el hijo menor, y en el 33,33% restante son un hermano intermedio (el 2º de 3 y 4 hermanos en

¹³⁰ Es la consumidora de cocaína por vía intravenosa que, junto a los 3 dependientes de heroína también por vía intravenosa, son los 4 individuos del total de la muestra que nunca han trabajado.

dos casos y el 3° de 9 en otro). La edad media de los hermanos¹³¹ es de 26,43 años (2 años inferior a la de los dependientes a cocaína que era de 28,33 años).

Todos los progenitores de este grupo diagnóstico han estado casados y, en dos de los casos, el padre ha fallecido hace 4 años y 1 año respectivamente, y la madre es viuda. La media de edad de los padres es de 55,72 años y de 54,67 para las madres. Estas medias son inferiores a las de los progenitores de los dependientes de heroína y de la muestra en su conjunto igual que ocurría en el grupo de heroína y cocaína. También la edad media de los padres es inferior a la de los de este último grupo. Además, es el grupo diagnóstico con una diferencia de edad entre los progenitores inferior al resto de grupos (puede influir el hecho de que no se contabilice la edad de los dos padres fallecidos).

Dos individuos de este grupo, el 22,22%, han tenido familia propia: Una mujer con dos hijas que actualmente vive con ellas en el domicilio de su familia de origen y un hombre separado cuyos hijos viven con su exmujer (es el de más edad de la muestra).

En cuanto al nivel de estudios de los padres, un padre y una madre son analfabetos (son el 50% de padres analfabetos de la muestra en su conjunto). Además otros dos padres y otras dos madres saben leer y escribir. En total un tercio (el 33,33%) de padres y madres (3 y 3) tienen un nivel de estudios inferior a estudios primarios. Otro 33,33% de padres y 44,44% de madres (4) tienen estudios primarios y el 22,22% (2 de cada) de padres y madres tienen estudios secundarios. Del padre que falta desconocemos el nivel de estudios.

El 22,22% de padres (2) y 11,11% de madres (1) trabajan como empleados especializados de la industria y la hostelería. Otro 22,22% de padres (2) y una madre trabajan como trabajadores no especializados. Un padre más trabajó en los servicios públicos. El 77,78% de madres (7) son amas de casa. Este último dato supone un porcentaje de amas de casa muy alto en este grupo en comparación con el de la muestra en general (51,02%) y del de madres de dependientes de heroína (35%) o heroína y cocaína (46,15%). Las madres amas de casa de este grupo son el 28% de las madres amas de casa de la muestra (7 de 25), y, sin embargo, el porcentaje de dependientes de cocaína de la muestra era del 17,31%. Por tanto, es el grupo de porcentaje más bajo de madres trabajadoras fuera del domicilio familiar. En cuanto a los cinco padres que faltan, tres, el 33,33% están jubilados y otros 2, como ya hemos comentado, ya han fallecido. Ahora bien, considerando todas las profesiones, tanto de los jubilados como de los padres fallecidos encontramos que el 22,22% de padres trabajó o trabaja en servicios públicos y otro 22,22% en fábricas (industria), el resto se distribuyen en hostelería, construcción, artesanos, transportes y otras profesiones con un 11,11% para cada grupo (un padre en cada uno). No hay madres fallecidas ni jubiladas por lo que la distribución se corresponde con la que ya hemos comentado.

En el grupo de dependientes de cocaína hay un total de 5 individuos sin tratamiento previo (el 55,56% del total de dependientes de cocaína). Es el porcentaje más alto de individuos sin tratamiento previo de la muestra y son el 38,46% de los individuos sin tratamiento previo de la misma (5 de 13), considerando estos como aquellos individuos que, en el momento de incorporarse al tratamiento de UDR han hecho como mucho un tratamiento en UCA o una desintoxicación (ambos son el requisito previo para ingresar en UDR).

¹³¹ Calculada con los 7 individuos que tienen hermanos.

En cuanto a la severidad y necesidad de tratamiento, sólo pasamos el EuropASI a tres de los nueve dependientes de cocaína como único diagnóstico pues sólo estos formaban parte de la segunda muestra. De ellos uno no tienen necesidad de intervención (puntuación igual o menor de 3) en dos áreas problema (médica y legal) y los otros dos no tienen necesidad de tratamiento en cuatro áreas (médica, alcohol, legal y psicológica). Además, con el sumatorio de las puntuaciones de todas las áreas encontramos que estos 3 tienen las puntuaciones más bajas de la muestra del 2001. Sólo un individuo (el 15b) era un individuo sin tratamiento previo. Por áreas vemos que ningún dependiente de cocaína de los entrevistados tienen necesidad de tratamiento en el área médica y legal (puntuación 3 o por debajo en las dos áreas). Además, dos de los 3 puntúan también 0 en el área de alcohol y el tercero puntúa 4 (problema moderado y está indicada alguna intervención). Algo similar ocurre en el área psicológica en que 2 no requieren tratamiento y el tercero puntúa 5 y requiere por tanto algún tipo de intervención por tener un problema moderado en esta área. En el área de empleo y soportes dos tienen un problema moderado (4 y 5 puntos) y requieren algún tipo de intervención y el tercero un problema considerable y el tratamiento en esta área es muy necesario. Se trata de un individuo que trabajó como funcionario pero cesó y está en paro sin formación específica que le facilite la búsqueda de empleo. Además es el individuo de más edad de la muestra del 2001. Sin embargo, aunque los dependientes de cocaína estudiados puntúan bajo en casi todas las áreas, en el área de drogas y familiar/social sus puntuaciones son más altas (6 y 7 puntos) en los tres casos, teniendo por tanto un problema considerable en estas áreas y el tratamiento es necesario.

d) En los dependientes de cocaína y con abuso de alcohol:

Encontramos en primer lugar que sólo el 12,5% (1 de 8) es mujer. Esta mujer pertenece a la muestra de 2001 y es el único de los 8 casos que dice utilizar la vía fumada para el consumo de cocaína¹³². La edad media de los individuos de este grupo es de 30,25 años, superior a la media de los grupos anteriores y sólo superada por la edad media de los dependientes de alcohol. En cuanto a la distribución por grupos de edad, sólo hay un individuo de 25 años (12,5%), entre 26 y 30 años hay un 25% (2 individuos), el 62,5% restante (5) tienen entre 31 y 35 años.

En cuanto al lugar de nacimiento y residencia, el 50% (4) nacieron y el 75% (6) residen en Valencia y su provincia; el 12,5% nació y reside en la provincia de Alicante (1); otro 12,5% (1) reside en Castellón aunque ningún individuo nació en esta provincia. El 37,5% (3) nacieron en provincias del resto de España (Córdoba, Badajoz y Albacete) y ningún individuo reside en otras provincias.

El 37,5% (3) tienen un nivel de estudios de primaria inacabada por encima de 5º curso y son los individuos con el nivel de estudios más bajo de este grupo. Otro 25% tiene un nivel de Graduado Escolar (2) y el 37,5% restante un nivel de secundaria.

No hay ningún individuo en este grupo que nunca haya trabajado. El 37,5% (3) han trabajado en la industria; el 25% (2) como artesanos de la madera o la piedra (mampostero y ebanista) y los individuos restantes han trabajado uno en la construcción (12,5%), otro en un servicio público, otro en otros trabajos (quiromasajista).

En cuanto a las características del núcleo familiar, los dependientes de cocaína y alcohol provienen de familias con número de miembros más alto que en el resto de grupos: Sólo hay una familia con 4 miembros; dos más (25%) tienen 5 miembros; otra más 6, otra 7, dos más 8 miembros y una más 13. Tienen la media de hijos por familia más alta con

¹³² Seis más utilizan la vía esnifada y uno la intravenosa.

5,13 hijos por familia (una familia tiene 2 hijos, una más 3, otras dos 4, otra 5, otras dos 6 y en otro caso 11 hijos). La unidad familiar de 5 miembros corresponde a una madre y cuatro hijos en que los progenitores estaban divorciados y el padre ya falleció.

En cuanto al lugar que ocupa el informante entre los hermanos, sólo uno, el 12,5%, es el mayor de los hermanos; en el 37,5% (3) es el hijo menor (uno de ellos es el 3º de cuatro siendo el menor junto a su hermano gemelo); y en el 50% (4) es un hijo intermedio.

En el 87,5% (7) proceden de familias con progenitores casados, en 6 caso viven ambos progenitores, en otro caso el padre ha fallecido recientemente (un año antes) y en otro caso ambos progenitores fallecieron. En el caso que resta los padres están divorciados y además el padre ha fallecido.

Las edades medias de los padres vivos son de 62,8 años para los padres y 59,71 para las madres. Son las edades medias más altas de todos los subgrupos diagnósticos.

Sólo un individuo ha tenido familia propia y tiene una hija que vive con su exmujer actualmente. El residía antes del ingreso con su madre viuda.

En cuanto al nivel de estudios de los padres, una madre es analfabeta; el 37,5% de padres y madres (3 de cada) saben leer y escribir; y 2 padres (25%) y 3 madres más tienen estudios primarios; un padre y una madre tienen estudios secundarios. Un padre tiene estudios superiores y de otro no conocemos el nivel de estudios.

El 12,5% de padres y madres (1 y 1) son trabajadores especializados de la industria y la hostelería; y un 25% de padres (2) y un 12,5% de madres son trabajadores no especializados. Un madre trabaja en un servicio público y el 50% restante (4) son amas de casa. Hay dos padres más jubilados (el 25%) y 3 fallecidos (el 37,5%). La madre que falta está fallecida. Ahora bien, si analizamos el empleo de los progenitores en el pasado (contabilizando los fallecidos y jubilados) encontramos un 12,5% de padres y madres (1 y 1) trabajadores de la hostelería y otro 12,5% de padres y madres que trabajan en servicios públicos. Además un padre es artesano, otro trabaja en transportes y otro como empleado de fábricas (un 12,5% en cada grupo). El 62,5% (5) de madres fueron amas de casa. El 12,5% de padres y madres trabaja en otras ocupaciones y del 25% de los padres no sabemos la profesión.

Tres individuos de este grupo –uno es la única mujer de este grupo- no han tenido más que un tratamiento antes del ingreso en UDR (los consideramos como individuos sin tratamiento previo. Son el 37,5% de este grupo y el 23,08% de los individuos sin tratamiento previo (3 de 13).

En cuanto a la severidad de la adicción y necesidad de tratamiento, sólo hay un individuo, de los 6 de la muestra del 2001 que pertenecen a este grupo que requiere tratamiento en todas las áreas problema. Los otros cinco tienen al menos dos áreas-problema sin necesidad de tratamiento. Así, en el área médica el 50% de los entrevistados con el EuropASI (3 de 6) no tienen problemas que requieran intervención en esta área; otro 33,33% (2 más) tienen un problema moderado y está indicado algún tratamiento (4 y 5 puntos) y uno más tiene un problema considerable y es necesario el tratamiento. En el área de empleo y soportes el 66,66% (4) no requiere intervención (todos estaban trabajando y de baja laboral durante el programa); uno más tiene un problema moderado (4 puntos) y requiere algún tratamiento (16,67%) y otro tiene un problema considerable (6 puntos). También en el área legal el 50% no necesitan intervención en esta área, dos más, el 33,33% puntúan 4 y 5 –problema moderado- y el otro individuo tiene un problema considerable y el tratamiento es necesario (puntuación

6)¹³³. Sin embargo, todos los individuos de este grupo puntúan con necesidad de tratamiento en el área de alcohol, uno puntúa más bajo (4 puntos) con un problema moderado y los otros 5 tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos), son el 83,33% de este grupo y el 55,56% de los individuos de la muestra del 2001 que puntúan en este rango (5 de 9). También todos puntúan 6 o por encima en el área de drogas; el 83,33% (5) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (son un tercio de los que puntúan en este rango en la muestra 2001, 5 de 15); el otro individuo tiene un problema extremo (8 puntos). Del mismo modo, todos requieren tratamiento en el área familiar y social; un individuo tiene un problema moderado (5) y requiere algún tipo de tratamiento; cuatro más, el 66,67%, tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario; y el que resta tiene un problema extremo y el tratamiento es absolutamente necesario (8 puntos). Finalmente, en el área psicológica, también todos requieren tratamiento, hay 2 individuos (33,33%) con un problema moderado; tres, el 50%, con un problema considerable (6 y 7 puntos) y uno más con un problema extremo (que es el mismo individuo que puntúa alto en el área familiar y social).

e) En los dependientes del alcohol como único diagnóstico:

Son dos individuos y ambos son mujeres procedentes de las dos muestras con 33 y 34 años. En los datos de la C.Valenciana tan solo entre el 16 y 17% de los dependientes de alcohol son mujeres y aquí las edades medias eran de 41,68 años en 1999 y 42,45 en 2001, bastante superiores a las de nuestra muestra.

Las dos han nacido en otras provincias –Córdoba y Oviedo- y una vive en la provincia de Valencia y otra en Castellón. En la C. Valenciana el 50% viven en Valencia, pero sólo el 13% vive en Castellón. En nivel de estudios es de secundaria (solo en torno al 15% de dependientes de alcohol en la C. Valenciana tiene ese nivel de estudios). Ambas han trabajado, una en una fábrica de confección y la otra en hostelería.

Las familias de procedencia son de 6 y 8 miembros con 4 y 6 hermanos -5 hijos como media-, una es la hermana mayor y la otra la quinta de seis. Las edades medias de los hermanos son 26 y 37 años respectivamente y la media global de 31,5 años. En ambas familias los progenitores están casados y viven. Uno de los padres y una de las madres tienen estudios primarios y el otro padre y la otra madre sabe leer y escribir. Los padres trabajan de encargado en un supermercado y en la construcción; y las madres, una trabaja en transportes y otra es ama de casa. Las edades medias de los padres son 62 años (59 y 65) y las de las madres 63 (56 y 70 años, esta segunda tiene 5 años más que su pareja).

Las dos entrevistadas han estado casadas y tienen familia propia que conservan. La mujer de la segunda submuestra no ha tenido tratamientos previos.

El perfil de severidad con EuropASI sólo se extrajo de la mujer de la muestra de 2001. No requiere intervención en el área médica ni en el área de drogas. Tiene un problema moderado y está indicado algún tratamiento en el área de empleo y soportes (4 puntos). El tratamiento es necesario por tener un problema considerable –puntúa 6- en el área legal (aunque ella no tiene problemas judiciales pendientes requiere asesoramiento por presentar denuncias de malos tratos durante el programa). También en el área de alcohol

¹³³ Aunque sólo tiene pendiente un juicio de faltas, ha sido acusado en varias ocasiones de delitos violentos, robos y tráfico de drogas aunque hasta ahora ningún cargo a acabado en condena.

y en la psicológica tiene un problema considerable (7 puntos). Y la puntuación más alta en severidad la tiene en el área familiar social¹³⁴ con un problema extremo.

¹³⁴ Solo hay dos individuos que puntúan tan alto en esta área. En este caso la informante tiene cuatro hijos en el domicilio conyugal al cargo de su pareja durante el programa de la que está en trámites de separación y ha denunciado por malos tratos.

Resultados del análisis de la muestra

Llevamos a cabo nuestro estudio en un total de 52 individuos procedentes de dos submuestras: El primer grupo de individuos –al que hemos llamado muestra de 1999- lo constituyen los 26 individuos que estaban en tratamiento en la Unidad de Deshabitación Residencial “Comunidad Terapéutica Los Vientos” entre los meses de mayo y junio¹³⁵ de 1999. El segundo grupo lo constituyen otros 26 seleccionados de los que ingresaron entre diciembre de 2000 y principios de 2002 y que hemos llamado muestra de 2001.

➤ Análisis de la muestra: Datos personales y familiares.

La edad media de los individuos de la muestra es de 27,71 años, inferior a las de los registros consultados a nivel autonómico¹³⁶ y nacional. El mayor número de casos se sitúa entre los 26 y los 30 años con el 34,61%. El 79,92% son hombres y, por años, el porcentaje de hombres es inferior al de los registros poblacionales consultados. La moda en años de nacimiento se sitúa en el periodo comprendido entre 1971 y 1975 con el 38,46% (20) del total.

Se observa un incremento para 2001 de los nacidos y residentes en Valencia y su provincia y un decremento de los nacidos en Alicante en comparación con 1999. Esta misma tendencia se advierte en los datos de admitidos a tratamiento en nuestra Comunidad Autónoma en esos mismos años aunque los porcentajes de nacidos y residentes en Valencia en este registro son inferiores a los de nuestra muestra y los de

¹³⁵ Del 18 de mayo al 18 de junio en concreto.

¹³⁶ Datos aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia de Valencia sobre población drogodependiente admitida a tratamiento a nivel autonómico en 1999 y 2001 y por el Observatorio Español sobre Drogas con los datos nacionales para esos mismos años.

Alicante superiores. En el total de la muestra, el 51,92% nació en Valencia y el 67,31% reside en esta provincia; el 21,16% nació y el 25% reside en Alicante; y 5,77% vive en Castellón (no hay individuos nacidos en esta provincia); el 21,15% nació en otras provincias de España, y sólo un individuo (1,92%) residía en otra provincia hasta la fecha del ingreso.

El nivel de estudios del grupo de 2001 es ligeramente superior al de 1999. El 48,07% tienen estudios de primaria completa (con 8º de EGB o 2º de la ESO con o sin G. Escolar), por debajo de este nivel de estudios se sitúa el 19,23% y por encima el 32,69%. El nivel de estudios de nuestra muestra es superior al de las poblaciones registradas como admisiones a tratamiento tanto en los datos del Observatorio Español sobre Drogas como de la Comunidad Valenciana.

El 25% han trabajado como empleados de fábricas, en la hostelería el 15,39%, en la construcción el 11,54%, otro 11,54% en servicios públicos, el 5,77% como artesanos y el 3,85% han sido fontaneros. El 19,23% ha ocupado otras profesiones y el 7,69% nunca ha trabajado¹³⁷. El porcentaje de individuos que nunca ha trabajado en el grupo de 1999 (12%) es superior al de los registros consultados (9,8% para OED y 4,1% en la C.Valenciana), sin embargo en 2001 este porcentaje (3,85%) es similar al de los datos de la C.Valenciana (3,48%) y ambos son inferiores a los del mismo año en el OED (7,5%).

En el 71,15% son solteros (37 individuos), el 19,23% son separados o divorciados (10 individuos), el 7,69% están casados (4) y sólo uno es viudo.

La media de número de miembros del núcleo familiar es de 5,56 miembros y la moda se sitúa en familias de 5 miembros con el 32,69%. El 65,39% proceden de familias con progenitores casados y esta cifra es inferior a la encontrada en algún artículo¹³⁸ sobre dinámica familiar. El 7,69% de progenitores están separados; el 9,62% están divorciados y el 17,31% están viudos. El porcentaje de viudos es mayor en 1999 y el de separados y divorciados es mayor en 2001.

Las madres sobreviven en mayor proporción a los padres (solo hay 3 fallecidas frente a 12 padres) y las que quedan vivas son más jóvenes que los padres vivos. La media de edad para las madres es de 57,37 años y de los padres de 59,58. Del total de 38 familias con ambos progenitores vivos, en el 9,62% estos tienen la misma edad, el 21,15% difieren en edad 1 o 2 años, el 17,31% 3 o 4 años, el 13,46% 5 o 6 años y en el 11,54% la diferencia de edad es de 7 años o más. Sólo en 2 familias (una de cada submuestra) la madre es mayor que el padre. La moda está en el grupo de 56 a 60 años con el 25% de padres vivos y el 26,53% de las madres. El 45% de los padres y el 36,73% de las madres tienen una edad superior y el 36,73% de las madres vivas y el 30% de los padres tienen una edad inferior a la moda. Las edades medias de los progenitores de la muestra de 1999 superan en dos años a las de 2001 (60,8 y 58,35 años respectivamente para los padres y 58,56 y 56,8 años para las madres).

Sólo el 1,92% de padres y 5,77% de madres son analfabetos; el 69,23% de padres y 82,69% de madres tienen estudios primarios o saben leer y escribir; el 7,69% de padres y

¹³⁷ Clasificándolos en función de la especialización, el 38,46% son trabajadores de la industria y hostelería, el 30,77% trabajadores no especializados, 5,77% artesanos, 11,54% trabajadores de servicios públicos, 5,77% otras ocupaciones y 7,69% nunca han trabajado.

¹³⁸ En el estudio de dinámica familiar de Villaregut Puigdensens hemos encontrado un 76% de padres casados y un 24% está separados y viudos y en otro estudio del Programa Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia 6,77% de los padres eran solteros, el 76,69% casados, el 8,27% viudos, el 5,26% separados y el 3,01% divorciados.

madres tienen estudios de secundaria y el 9,62% de padres y 3,85% de madres estudios superiores. De 6 padres (el 11,54%) no obtuvimos el nivel de estudios. El nivel de estudios en los progenitores de nuestra muestra es inferior al encontrado en otros estudios¹³⁹.

En cuanto a las ocupaciones de los progenitores en el momento de la entrevista (40 padres vivos y 49 madres), el 27,5% de padres y el 22,45% de madres son trabajadores especializados de la industria o hostelería; el 27,5% de padres y 16,33% de madres trabajadores no especializados; son trabajadores de servicios públicos el 10% de padres y el 2,04% de madres; el 2,3% de padres trabajan como artesanos y el 51,02% de madres en trabajo domésticos. Tenemos un porcentaje de jubilados del 32,5% de padres y el 6,12% de madres. El porcentaje de amas de casa es aproximado al de otro estudio consultado y el de los jubilados, trabajadores especializados y no especializados es superior¹⁴⁰.

La media de hijos por familia es de 3,75 y la moda se sitúa en 3 hijos con el 28,85% de la muestra (15 familias). Hemos encontrado en otros estudios¹⁴¹ un número de hijos por familia cercano al nuestro y porcentajes similares de familias con 3 hijos. La media de edad de los hermanos es de 29,04 años y al comparar las edades de los hermanos con las del informante no hemos encontrado datos significativos; el grupo mayoritario se sitúa en diferencias entre 2 y 8 años. El informante es el hermano mayor en el 25% (13), el segundo en otro 25%, el tercero en otro 23,08% (12) y en el 15,39% son el cuarto (8 casos), otros 4 individuos son el quinto, noveno y décimo primero, y otros dos son hijos únicos (una mujer y un hombre ambos dependientes de cocaína). En el 34,62% son los hijos menores (18), el 25% (13) los mayores y el 36,54% (19) los hijos intermedios; estos porcentajes se aproximan a los del estudio de Bétera referenciado.

➤ Análisis de la muestra: Historia de Consumo.

El 94,23% de los individuos de la muestra (49) han sido consumidores de varias drogas. Sólo en tres casos han utilizado una única sustancia (en 2 el alcohol y otro opiáceos). Hemos clasificado a los individuos en cinco grupos en función de aquella sustancia para la que cumplen criterios de dependencia y cuyo diagnóstico principal condiciona la solicitud de ingreso en la Unidad. Estos cinco grupos de diagnósticos son:

- Dependencia de heroína: 20 individuos (38,46%). El 50% de los individuos del grupo de 1999 tienen este diagnóstico y sólo el 26,92% de 2001; también hay un descenso del número de consumidores por vía intravenosa en el grupo de 2001.
- Dependencia de heroína y cocaína¹⁴²: 15 individuos, el 28,85%. Se produce un descenso del consumo aislado de heroína en la muestra de 2001 para incrementarse el porcentaje de atendidos por ambas sustancias (ya sean consumidores por vía parenteral de ambas sustancias o por otras vías).
- Dependencia de cocaína: 9 individuos, el 17,31%. Observamos un descenso de los consumidores de cocaína como única sustancia de 1999 (23,08%) a 2001 (11,54%).

¹³⁹ Estudio de Duran Gervilla.

¹⁴⁰ Estudio del Programa Municipal de Drogodependencias de Duran Gervilla y col. Hay que considerar que en este estudio el 73,88% eran madres y el 11,28% eran parados.

¹⁴¹ Estudio de Bétera (BOGANI MIQUEL, E. y cols de 1990) del 24,86% y en el de Vilaregut Puigdesens de 1999 del 28%. La media de hijos por familia en el estudio de Bétera es de 3,98.

¹⁴² Alguno de estos informantes acudió al centro para tratamiento por dependencia de cocaína y permanecía abstinente de heroína más de un año aunque estaba en tratamiento de mantenimiento con metadona.

- Dependencia de cocaína y dependencia o abuso del alcohol: 8 individuos, el 15,38% de la muestra. Al contrario que en el grupo de cocaína como único diagnóstico, es este se observa un incremento del 7,69% en 1999 (2) al 23,08% en 2001 (6).
- Dependencia de alcohol: 2 individuos (3,85%), cada uno procedente de un año.

Los porcentajes de nuestros grupos se aproximan a los de tratados por opiáceos en la C. Valenciana (40,79% en 1999 y 33,65% en 2001) y son inferiores a los registros nacionales (73,1% y 68,3% respectivamente). En los registros consultados¹⁴³ se observa un descenso de los atendidos por heroína, igual que en nuestra muestra (tanto si consideramos el diagnóstico aislado o con dependencia de cocaína). En los registros del OED se observa un incremento de los admitidos a tratamiento por cocaína (del 17,7% en 1999 al 19% en 2001) y en los datos de la C. Valenciana se observa un decremento (del 16,39% al 15,45%) aunque en ambos registros para esos años no se recoge si son diagnósticos aislados de dependencia de cocaína o también cumplen criterios de dependencia para otras drogas (heroína o alcohol como en nuestra muestra). En nuestra muestra hay un porcentaje superior a estos registros de los tratados por cocaína (con o sin alcohol) y se observa un incremento; del 30,77% en 1999 al 34,62% en 2001; de dependientes de cocaína con o sin abuso o dependencia del alcohol. El porcentaje de dependientes de alcohol como sustancia aislada en nuestra muestra¹⁴⁴ es muy inferior al de tratados en la C. Valenciana (del 32,61% en 1999 y 34,84% en 2001).

En la distribución por vías principales de consumo encontramos que las más utilizadas son la fumada e intravenosa con un 31,25% de la muestra para cada vía, seguidas de la esnifada con el 23,44% y la oral con el 14,06%. Hemos encontrado que disminuye el uso de las vías intravenosa y fumada de 1999 (31,25% para cada vía) a 2001 (27,27% en ambas) y se incrementa el uso de la esnifada (del 19,35% al 27,27%) y oral (del 9,68% al 18,18%). Los porcentajes de uso de la vía intravenosa en nuestras muestras son superiores a los hallados en la C. Valenciana y en los registros nacionales y los de uso de la vía pulmonar (fumada e inhalada) en nuestra muestra son muy inferiores a los registros del OED pero similares a los de los registros de la C. Valenciana. Los porcentajes de uso de la vía esnifada son similares a los de ambos registros aunque en nuestros porcentajes se produce un incremento para 2001 y en los registros un ligero decremento. Nuestros porcentajes de uso de la vía oral son bastante inferiores a los de admitido a tratamiento en la C. Valenciana y muy superiores a los de los datos del OED¹⁴⁵ para esos años.

Por grupos diagnósticos encontramos que:

El 55% de los dependientes de heroína (11) la consumen por vía pulmonar (fumada o inhalada en “chinos”) y el 45% (9) intravenosa. Encontramos que los porcentajes de uso de esta vía pulmonar tienen una tendencia ascendente (53,85% para 1999 y 57,14% para 2001) igual que los de los registros consultados aunque en éstos los porcentajes son más altos (62,3% en 1999 y 67,4% en 2001 en el OED y 63,12% y 67,05% en la C.

¹⁴³ Informes nº 4 y nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas y datos de la Comunidad Valenciana aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia para 1999 y 2001.

¹⁴⁴ La admisión a tratamiento en UDR para esos años por diagnóstico aislado de dependencia del alcohol es muy inferior en porcentaje a las de admitidos a tratamiento a nivel ambulatorio, esta diferencia hace que en nuestra muestra el número de dependientes a alcohol sea tan pequeño.

¹⁴⁵ Se comprende fácilmente si recordamos que en la C. Valenciana se recogen en porcentaje de admitido a tratamiento exclusivamente por alcohol y los registros del OED para esos años sólo incluyen los datos de drogas ilegales por lo que los datos no son completamente comparables.

Valenciana). Sin embargo, el uso de la vía intravenosa está más extendido en nuestras muestras -del 46,15% en 1999 y del 42,85% en 2001- que a nivel nacional -27% y 24,2%-, y de la C. Valenciana -32,22% y 26,85%-.

El 61,54% (8) de dependientes de heroína y cocaína las consumen en bolo intravenoso (*speedball*) y el 38,46% (5) por otras vías. De estos el 53,86% empezaron a consumir con cocaína y el otro 46,15% refiere que empezaron a consumir ambas sustancias a la misma edad.

De los dependientes de cocaína como sustancia aislada 5 (el 55,56%) la consumen esnifada, 2 más (22,22%) dicen utilizar por igual las vías fumada y esnifada, otro utiliza la fumada y otro la intravenosa. Los 3 dependientes de cocaína de la muestra del 2001 la consumen esnifada y el 33,33% (2) de la del 1999. Del resto de 1999 otros 2 la consumen esnifada y fumada, uno fumada y otro intravenosa.

El 75% (6) de los dependientes de cocaína y alcohol consumen la cocaína esnifada, uno más fumada y uno intravenosa.

Si sumamos lo usuarios de cocaína como sustancia aislada y con alcohol que utilizan la vía esnifada encontramos que el porcentaje de nuestra muestra para 1999 (el 50% de dependientes de cocaína) es inferior a los de los registros de población drogodependiente atendida (74,4% en el OED y 84,51% en la C. Valenciana) y, para 2001 el porcentaje de nuestra muestra (77,78%), se aproxima más a los consultados (69,4% del OED y 84,04% en la C. Valenciana). Los porcentajes de uso de la vía fumada para cocaína (12,5% en 1999 y 11,11% en 2001) son inferiores a los del registro nacional del OED (19,8% y 25,1%) y mucho más próximos a los de la C. Valenciana (9,83% y 11,5%). Los porcentajes de uso de la vía intravenosa en el consumo de cocaína en nuestra muestra (12,5% en 1999 y 11,11% en 2001) son muy superiores a los de los registros consultados (4,6% y 4,1% en los datos del OED y 4,48% y 2,97% en la C. Valenciana).

En todos los casos de dependencia o abuso de alcohol se consume por vía oral.

Junto a los dos individuos con diagnóstico aislado de dependencia de alcohol y los 8 con dependencia de cocaína y dependencia o abuso de alcohol, en nuestra muestra hemos encontrado otros 8 individuos con diagnósticos actuales o antiguos de problemas relacionados con el alcohol (7 con diagnóstico previo al ingreso de abuso de alcohol, en 6 casos son dependientes de heroína y cocaína y el otro es dependiente de heroína, el octavo es un individuo con diagnóstico antiguo de dependencia alcohólica en remisión completa con abstinencia ya 4 años y con diagnóstico actual de dependencia de cocaína). El 34,62% de la muestra (18 individuos) tiene un diagnóstico de problemas relacionados con el alcohol y de éstos sólo 3 (16,67%) pertenecen a la muestra de 1999. Este hallazgo nos plantea diferentes hipótesis: ¿Es posible que el porcentaje de individuos con problemas relacionados con el alcohol se haya incrementado realmente en dos años del 16,67% al 83,33%?, o bien que hubiera más individuos con problemas de alcohol asociados a otros diagnósticos principales y que no se diagnosticaran en los casos de 1999 y sí se detectaran en los casos de 2001. Esta segunda posibilidad se basa en el hecho de que en 2000 se llevó a cabo un curso de especialización en alcoholismo en el que participaron gran parte de los profesionales de las UCAs, que hubiera podido hacerles más sensibles hacia la detección de estos diagnósticos de abuso de alcohol que acompañan al diagnóstico principal por el que acuden a tratamiento.

La edad media de inicio de consumo de drogas es de 14,4 años (el 25% de la muestra se inició en el consumo a los 14, este grupo constituye la moda). El mínimo de edad de

inicio es de 8 años (un individuo que se inició con alcohol) y el máximo de 22 (con cocaína). La media de edad de inicio es más alta en el grupo de 1999 (15 años) que en el de 2001 (13,81 años). La principal sustancia con la que inician el consumo es el alcohol, presente en el 69,23% de los inicios de consumo (el 34,62% como única sustancia de inicio). En segundo lugar está el cannabis en el 50% de inicios (el 7,69% como única sustancia). Además el 3,85% empezó con inhalantes, otro 3,85% con opiáceos directamente y un 1,92% con cocaína. En total el 51,93% iniciaron el consumo con una única sustancia y el resto con dos o más.

La edad media de inicio de la droga principal son los 18,89 años y también en este caso la edad media del grupo de 1999 (19,12 años) es superior que la de 2001 (18,62) y ambas son inferiores a la de inicio en los registros del OED (20,78 para ambos años). La edad media de inicio más alta es la de los dependientes de cocaína y alcohol¹⁴⁶ con 20,25 años; y en orden decreciente estaría la de dependientes de cocaína con 20,22 años; de heroína con 18,65; de cocaína y heroína con 17,61; y de alcohol con 17,5. También en los registros de la C. Valenciana y OED encontramos unas medias de edad de inicio más joven en los consumidores de heroína que en las de cocaína; si bien los individuos de nuestra muestra empiezan el consumo de estas sustancias a edades más tempranas (de uno a dos años más jóvenes).

El tiempo medio de consumo de la droga principal es de 9,04 años y, en la distribución por sustancias, hemos encontrado que acuden más tarde a tratamiento los dependientes de varias sustancias con 9,15 años para el grupo de heroína y cocaína y 9,75 para el de cocaína y alcohol (frente a 8,45 años para heroína sola y 8 para cocaína). El tiempo medio más alto en cualquier caso es para los dos dependientes de alcohol con 16 años (también tienen la edad media más alta de 33,5 años). En comparación con los registros consultados, los tiempos desde el inicio de la droga principal hasta que acuden a tratamiento son más altos en los dependientes de cocaína de nuestra muestra y más bajos en los de heroína.

La edad de inicio en el consumo de cualquier tipo de droga más alta es para el grupo de dependientes de alcohol (cuya edad de inicio coincide con la de la droga principal), seguida por la de dependientes de cocaína (unos 2 años inferior). Y las edades más altas de inicio de la droga principal son para los grupos de cocaína y cocaína y alcohol que empiezan un año y medio más tarde aproximadamente que los dependientes de alcohol o heroína sola o de heroína con cocaína. Además, el grupo de heroína y cocaína –que es el de inicio de consumo más temprano de la droga principal tras el grupo de alcohol- se inició 2,61 años antes en el consumo de cocaína que el grupo de dependientes de cocaína y 2,64 años antes que el de cocaína y alcohol; y también los dependientes de heroína sola inician 1,04 años más tarde el consumo que los de ambas sustancias.

La media de diferencia en años entre el inicio del consumo de cualquier droga y el de la sustancia principal es de 4,42 años. Por grupos encontramos que los dependientes de cocaína y alcohol son los de diferencias más altas, tardan 5,38 años desde el inicio hasta que consumen ambas sustancias. El 15,38% refieren haber iniciado el consumo de la droga principal el mismo año que el consumo de cualquier droga.

Por grupos de diagnósticos encontramos que se iniciaron en el consumo con alcohol (solo o con otras drogas) el 65% de dependientes de heroína, el 53,84% de dependientes

¹⁴⁶ Tal y como está reflejado en el apartado de material y métodos, consideramos la edad de inicio de la droga principal en este grupo la de cocaína por incrementarse y agravarse en abuso de alcohol cuando añaden esta sustancia. Si bien es cierto que todos ellos iniciaron el consumo de cualquier tipo de drogas con alcohol unos 5,38 años antes de añadir la cocaína.

de cocaína y heroína, el 66,66% de dependientes de cocaína, y el 100% de los dependientes de cocaína y alcohol o sólo alcohol. Y se iniciaron con cannabis (solo o con otras drogas) el 55% de dependientes de heroína, el 76,93% de dependientes de heroína y cocaína y el 55,55% de dependientes de cocaína.

En la muestra de 1999 el tiempo medio de permanencia en el programa hasta la fecha de realización de la entrevista es de 3,5 meses y el tiempo medio de abstinencia de 4,3 meses y el 88,46% tienen una diferencia entre la abstinencia y el tiempo de permanencia en programa inferior o igual a un mes (46,15% refieren el inicio de la abstinencia en el mismo momento del inicio del programa y sólo en 3 casos estos tiempos difieren más de 2 semanas). También en la muestra de 2001 el 80,77% tiene diferencias inferiores a un mes¹⁴⁷ (aunque sólo hay un individuo que refiere abstinencia desde el inicio del tratamiento) y sólo 5 individuos tienen diferencias superiores. En ambas muestras, al contabilizar por semanas, encontramos que el porcentaje más alto es el del grupo con diferencias de una semana o menos entre el tiempo de abstinencia y permanencia en programa con el 57,69% de cada muestra.

➤ Análisis de la muestra.- Severidad de la adicción: EuropASI.

En los 26 individuos de la muestra de 2001 en que pasamos la entrevista semiestructurada EuropASI obtuvimos los siguientes resultados de severidad y necesidad de tratamiento: El 23,08% (6 individuos) necesitan intervención en las siete áreas: médica, empleo y soportes, alcohol, drogas, legal, familiar-social y psicológica¹⁴⁸. Otro 15,38% (4 más) no tienen problema o este es leve en una de las áreas por lo que no requiere tratamiento (puntúan 3 o menos), 2 en el área médica, uno en la de alcohol y uno en la psicológica. El 53,85% (14) no requieren intervención en 2 áreas: 11 no requieren en el área médica, 7 en la legal, 4 en alcohol, 4 en empleo y soportes, uno en drogas y uno en la psicológica. Los dos restantes no lo necesitan en 4 áreas que además coinciden en los dos individuos: médica, alcohol, legal y psicológica. Hemos encontrado menor severidad y necesidad de tratamiento en los dependientes de cocaína en comparación con los de heroína, igual que en otros estudios de publicación reciente.

Si ordenamos las áreas en función del número de individuos que no tienen problemas o no necesitan tratamiento (individuos que puntúan 3 o menos) encontramos en orden decreciente: el área médica (15 individuos), la legal (9), alcohol (7), empleo y soportes y psicológica (4 individuos en cada área) y drogas (sólo 1 individuo). Todos los individuos puntúan con necesidad de tratamiento en el área familiar/social. Las áreas en que mayor número de individuos puntúan más alto (8 y 9 puntos con problemática extrema y el tratamiento es absolutamente necesario) son la de drogas con el 30,77% (8) de individuos en este rango; psicológica con el 15,38% (4); legal con 11,54% (3) y familiar/social con 2 individuos. Las otras 3 áreas tienen un único individuo con esta puntuación alta en severidad. Al sumar la puntuación de todos los individuos en cada área encontramos que aquella área en la que el conjunto de individuos puntúa más alto es la de drogas (175 puntos), seguida muy de cerca de la familiar/social (160); y el área en la que menos puntúan es la médica (82 puntos).

Por áreas hemos encontrado que:

¹⁴⁷ Al hablar de un mes nos referimos a 30 días ya que en esta segunda muestra estos periodos de tiempo los contabilizamos en días (en la primera en meses y semanas).

¹⁴⁸ Recogidas en el orden y denominación en que aparecen en el EuropASI.

- En el área médica la media de puntuación de los individuos entrevistados es de 3,15 puntos. Dos individuos (7,69%) tienen un problema moderado (4 y 5 puntos); 8 más (30,77%) tienen un problema considerable y el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos) y uno más un problema extremo. No necesitan tratamiento el 57,69% (15).
- En empleo y soportes la media es de 4,96 puntos. El 34,62% (9) tienen un problema moderado y está indicado algún tratamiento; el 46,15% (12) tiene un problema considerable y un individuo más un problema extremo. En el 15,38% (4) no necesitan intervención en esta área.
- El área de alcohol tiene de media una puntuación de 4,15. El 34,62% (9) tienen indicación de algún tipo de tratamiento por tener un problema moderado en esta área; otros 9 más tienen un problema considerable (6 y 7 puntos) y otro individuo más un problema severo. No requiere tratamiento el 26,92% (7).
- En el área de drogas la media de puntuaciones de severidad es la más alta con 6,73 puntos. Sólo 2 individuos tienen un problema moderado (7,69%); el 57,69% (15) tiene un problema considerable y necesitan tratamiento en esta área y el 30,77% (8) un problema severo. Sólo un individuo no requiere tratamiento en esta área (es un dependiente de alcohol que no consume ningún otro tipo de drogas).
- En el área legal la media es de 4,04 puntos. El 23,08% (6) tienen un problema moderado en esta área, el 30,77% (8) un problema considerable y el 11,54% (3) un problema severo. No tiene indicación de tratamiento el 34,61% (9).
- El área familiar/social la media es de 6,15 puntos. Un 23,08% (6) tiene un problema moderado; en el 69,23% (18 individuos) el problema es considerable y el tratamiento es necesario y otro 7,69% (2) tiene un problema es extremo en esta área.
- En la psicológica tiene un problema moderado el 38,46% (10) de la muestra de 2001; otro 30,77% (8) tiene un problema considerable y el 15,39% (4) tiene un problema extremo. El 15,38% (4) no requiere tratamiento en esta área.

➤ **Análisis de la muestra: Variables sociodemográficas y severidad por grupos diagnósticos.**

En el análisis de la muestra por grupos diagnósticos hemos hallado las siguientes conclusiones:

a) **En los dependientes de heroína:**

El 25% son mujeres (5) porcentaje más alto a los encontrados en los registros consultados. En la distribución por grupos de edad la moda se sitúa entre 26 y 30 años con 8 individuos (el 40%) y la edad media de 27,7 años. Si hallamos las edades medias de dependientes de heroína por subgrupos (27,54 años para 1999 y 28 para 2001) encontramos que éstas son inferiores en 3 o 4 años a las medias de edad de los registros de drogodependientes consultados (31,31 en 1999 y 32,82 en 2001 en el OED y 30,64 años y 32,32 en la C. Valenciana). En nuestra muestra la edad media de los consumidores de heroína fumada (26,73 años) es inferior a la edad media de los que la consumen intravenosa (28,89) y también es inferior en 6 años la edad media de las mujeres que consumen por vía fumada (22,75 años) respecto de la de los hombres que la consumen por la misma vía (29 años). Sin embargo, la mujer que la consume intravenosa tiene 4 años más que la media de edad de los hombres que consumen por la misma vía.

El 60% nacieron en la provincia de Valencia y el 75% viven aquí; el 25% nació y reside en Alicante; el 10% nació en otras provincias y el 5% en el extranjero. En los registros de la C. Valenciana encontramos porcentajes más bajos de nacidos (alrededor del 40%) o residentes (del 50 al 60%) en Valencia y también es más bajo el porcentaje de nacidos en Alicante (entre el 16 y 18%); sin embargo es más alto el de residentes en Alicante (en torno al 30%) y mucho más alto el de nacidos en otras provincias (cerca al 33%) y extranjero (en torno al 6%), aunque este último porcentaje se aproxima.

El 40% (8) tienen un nivel de estudios de Graduado Escolar y el 30% un nivel de secundaria. El 25% tiene un nivel de estudios de primaria inacabada por encima de 5º curso de EGB y sólo un individuo no alcanzó 5º curso. El nivel de estudios de los dependientes de heroína de nuestra muestra es superior al encontrado en los registros del OED y de la C. Valenciana para los mismos años.

En cuanto a la ocupación, el 15% nunca ha trabajado (son 3 de los 4 individuos de la muestra que nunca han trabajado) y el 85% restante son individuos que están trabajando o parados pero habiendo trabajado antes. El porcentaje de dependientes de heroína de nuestra muestra que nunca ha trabajado es superior al de los registros del OED (en torno al 10%) y de la C. Valenciana (en torno al 7%); aunque también son superiores los porcentajes de trabajadores en activo o parados ya que en ambos registros se recoge un apartado de “otros” y en la C. Valenciana de otro grupo de pensionistas.

Todos los individuos proceden de familias con cuatro o más miembros y la media de hijos por familia es de 3,5. El porcentaje más alto es de familias con 3 hijos con el 50% (10) seguido del de familias con cuatro o más hijos del 35% (7); 3 familias más tienen 2 hijos. En un estudio en 539 dependientes de opiáceos de Bogani se encontró un grupo mayoritario de familias con 4 o más hijos con el 52,88% -porcentaje superior al de nuestra muestra-, seguido del de familias con 3 hijos del 24,86%. En el 45% de dependientes de heroína en nuestra muestra son el hermano menor y en el 25% el mayor y en el estudio mencionado, el porcentaje de hijos mayores era similar (22,08%) pero el de hijos menores inferior (21,53%). La edad media de los hermanos es de 28,55 años, un año más alta que la media de edad de los individuos de este grupo. El número de hermanos por familia es ligeramente inferior (0,31) en los dependientes de heroína por vía fumada y también la edad media de los hermanos (1,56 años).

El 25% han tenido familia propia aunque todos, en el momento del ingreso, estaban viviendo en el domicilio paterno.

Las edades medias de los padres de los dependientes de heroína son de 61,08 años y de las madres de 59,56 (edades superiores a las medias de conjunto de la muestra) y los padres de los que utilizan la vía intravenosa son 2,4 años más jóvenes que los de heroína fumada. En algún estudio consultado hemos encontrado edades medias inferiores a las de nuestra muestra¹⁴⁹. En cuanto al estado civil de los progenitores, el 40% están casados y un 30% más son viudos aunque estaban casados anteriormente; el 15% están divorciados y el 15% separados. Anotar también que 7 de 12 (58,33%) de los padres fallecidos o ausentes de nuestra muestra son padres de dependientes de heroína y 2 de las 3 madres.

Dos de las madres son analfabetas y en el 35% de padres (7) y 50% de madres (10), el nivel de estudios es muy bajo: saben leer y escribir pero no han completado estudios primarios. Tienen estudios primarios el 35% de padres y 30% de madres (6); una madre tiene estudios secundarios y otra superiores y 2 padres (10%) tienen estudios superiores.

¹⁴⁹ Estudio de Eyerbe donde los padres tienen una edad media de 58 años y las madres de 56.

De cuatro padres desconocemos el nivel de estudios. El nivel de estudios de los padres de dependientes de heroína es inferior al de otros estudios consultados¹⁵⁰. El 20% de padres y madres (4 de cada) son trabajadores especializados de la industria y la hostelería; el 10% de padres y 15% de madres son trabajadores no especializados; hay un padre y una madre fallecidos que trabajaron en un servicio público; otro padre que es artesano y aún está en activo; el 35% de las madres (7) son amas de casa; y, finalmente, el 30% de padres (6) y el 20% de las madres (4) están jubilados (éstas cuatro madres son el 100% de madres jubiladas de la muestra y los padres son el 46,15% del total de padres jubilados). Hemos encontrado que el porcentaje de madres que trabajan fuera de casa en este grupo es superior al del computo general de la muestra (el 50% de madres del total son amas de casa) y el 62,5% de madres que trabajan en fábricas son madres de dependientes de heroína.

Hemos pasado la entrevista EuropASI a 7 individuos de este grupo (los que pertenecían a la muestra de 2001) encontrando que 2 de ellos (28,57%) requieren intervención en todas las áreas; otros 2 no puntúan con necesidad de tratamiento en una de ellas y el 42,86% restante (3) tiene al menos dos áreas sin necesidad de tratamiento. Así, en el área médica 3 individuos no requieren tratamiento, otros 3 tiene un problema considerable (puntúan 6 y 7) y otro tiene un problema extremo (puntúa 9 y es el individuo de puntuación más alta en esta área). Todos requieren tratamiento en el área de empleo y soportes: 5 (el 71,43%) puntúan 6 y 7; otro tienen un problema moderado (4 puntos) y otro extremo. En el área de alcohol 3 individuos no requieren de intervención y los otros 4 (57,14%) tienen un problema moderado y está indicado algún tratamiento. En drogas sin embargo, solo un individuo tiene un problema moderado, del resto, 3 tienen un problema considerable y 3 extremo. En el área familiar/social 6 (85,71%) tienen un problema considerable y el que resta un problema moderado (5 puntos). En la psicológica uno no requiere tratamiento, 4 tienen un problema moderado, uno considerable y otro extremo. En el área legal uno no requiere intervención, 2 puntúan 4 o 5 (problema moderado) y 4 puntúan 6 o 7 (problema considerable). En esta área 3 individuos de este grupo estaban cumpliendo condena en la UDR como alternativa a la prisión y otro más con una medida de seguridad por excarcelación tras 10 años de cumplimiento.

b) En los dependientes de heroína y cocaína:

Solo 2 individuos (15,39%) son mujeres (una consume por vía intravenosa y otra por otras vías). Los 11 hombres son el 87,5% de consumidores de speedball de la muestra (7 de 8) y el 80% de los consumidores por otras vías (4 de 5). La edad media es de 27,46 años y, la media de los que utilizan la vía intravenosa (28,25 años) supera en dos años a la de los consumidores por otras vías (26,2), aproximándose más a la de los dependientes de heroína intravenosa. La moda por grupos de edad se sitúa en el grupo entre 26 y 30 años con 5 individuos (38,46%), seguida del grupo de entre 21 y 25 con 4 individuos más.

Aunque el 53,85% (7) vive en Valencia y su provincia, sólo 5 nacieron aquí. Cinco residen en Alicante (38,46%) y 4 nacieron aquí (30,77%); un individuo vive en Castellón y no nació en esta provincia. Tres nacieron en otras provincias de España y uno en el extranjero. Uno de los 3 individuos de la muestra con un nivel de estudios inferior a 5º curso pertenece a este grupo; otros 4 tiene un nivel superior a 5º pero sin G. Escolar; en total el 38,46% dependientes de heroína y cocaína tiene un nivel inferior a

¹⁵⁰ Programa Municipal de Drogas de Valencia estudio de Bueno Cañigral y Duran Gervilla: 51,52% padres con estudios primarios; 12,88% sin estudios, 28,03% estudios medios y 7,58% superiores.

G. Escolar o equivalente, otro 38,46% un nivel de Graduado (5); y 3 más (23,08%) tienen un nivel de secundaria. Dos (15,39%) han trabajado en hostelería; 5 en fábricas; 2 más en servicios públicos (son un tercio de los trabajadores de este sector); otro en la construcción y otros 3 en otras profesiones.

Tres individuos (23,08%) han tenido familia propia. Todas las familias de procedencia son de 4 o más miembros y la moda se sitúa en familias con 2 hijos con el 30,77% (4) seguido de los grupos de familias con 3 y 4 hijos con el 23,08% (3) en cada grupo. La media de hijos por familia es de 3,5 hermanos y hemos encontrado que la media de hijos en las familias de consumidores por vía intravenosa (2,88) es bastante inferior a las de consumidores por otras vías (4,8 hijos). La edad media de los hermanos en este grupo es de 27,62 años, cercana a la media de edad de los individuos del grupo, y, sin embargo, la media de los hermanos de los consumidores por vía intravenosa (29,13 años) es superior en 2 años a la de los de otras vías (27,7). En 5 casos (38,46%) el informante es el hijo menor; en otros 5 casos un hermano intermedio y en 3 casos es el mayor. El 84,62% proceden de familias con los progenitores casados (11) y los 2 restantes están divorciados y separados. El porcentaje de padres casados es el doble que el de dependientes de heroína. Los progenitores son más jóvenes que los del conjunto de la muestra con 58,53 años para los padres y 54 para las madres; además, los padres y madres de los consumidores de speedball son mayores en 2,5 años y un año respectivamente a los de los padres de consumidores por otras vías. Dos de las 3 parejas de progenitores con más diferencia de edad entre ellos (10 y 15 años) son padres de 2 consumidores por vía intravenosa de este grupo. Dos padres (15,38%) y 4 madres (30,77%) saben leer y escribir pero no tienen estudios primarios; 5 padres y 2 madres tienen certificado de escolaridad; una madre y un padre han cursado estudios medios y 2 padres y una madre estudios superiores. El porcentaje de padres con estudios superiores es muy alto respecto al total de la muestra (40% de padres y 50% de madres con estudios superiores); y, a excepción de un padre, todos los padres y madres de la muestra con estudios superiores son dependientes de heroína o heroína y cocaína. El 30,77% de padres y madres (4) son trabajadores especializados de la industria y hostelería; otros 4 padres y 3 madres (3,08%) son trabajadores no especializados; 3 padres trabajan en servicios públicos (son el 42,86% de los padres que trabajan en este sector); 6 madres (46,15%) son amas de casa; el 15,3% de padres están jubilados. También en este grupo el porcentaje de madres amas de casa es inferior al del resto de la muestra y, por tanto, el número de madres trabajadoras es mayor que en el resto de grupos a excepción del de madres de dependientes de heroína que es superior. No hay ningún padre fallecido en este grupo.

Pasamos el EuropASI a los 9 individuos de 2001 y encontramos que un tercio puntuaban con necesidad de tratamiento en todas las áreas (son la mitad de individuos de 2001 que requieren intervención en todas las áreas); otros 2 no necesitan de tratamiento en un área –la médica-; y los 4 restantes puntúan 3 o por debajo en 2 áreas.

En el área médica el 55,56% (5) no tienen un problema que necesite tratamiento y el 44,44% (4) tiene un problema considerable y el tratamiento es necesario (6 y 7 puntos). En empleo, 4 tienen un problema moderado y 5 considerable (estos son el 41,67% de los individuos de 2001 que puntúan 6 y 7 en esta área). En alcohol 2 individuos puntúan 0; 3 requieren de algún tratamiento por tener un problema moderado; otros 3 tienen un problema considerable y uno extremo (8 puntos). En el área de drogas, sólo un individuo puntúa 5 (problema moderado); el resto tienen en 4 casos un problema considerable y otros 4 extremo y el tratamiento es absolutamente necesario (estos últimos son el 50% de individuos de 2001 que puntúan en rango de 8 y 9 puntos). En la

legal 2 no tienen problemas; otros 2 requieren algún tipo de intervención (4 y 5 puntos); otros 2 tienen un problema considerable y los 3 que restan un problema extremo (4 de los de puntuaciones más altas tienen causas pendientes y el quinto obtenía todos sus ingresos de actividades ilegales). En el área familiar/social 5 (66,7%) necesitan el tratamiento por tener un problema considerable y los otros 4 tienen un problema moderado (4 y 5 puntos). Finalmente, en el área psicológica, un individuo no tiene problemas; en 3 el problema es moderado, en otros 3 considerable y necesitan tratamiento y 2 más tienen un problema extremo en esta área (estos dos son la mitad de los que puntúan en máximo rango en esta área).

c) En los dependientes de cocaína:

De los nueve, 2 (el 22,22%) son mujeres y una de ellas es el único dependiente de cocaína que refiere utilizar la vía intravenosa. Las mujeres dependientes de cocaína con o sin otro diagnóstico añadido son el 16,67% de los dependientes de cocaína en la muestra de 1999 y el 11,11% de 2001; porcentajes que se aproximan al de casos encontrados en los registros del OED (14% y 13% respectivamente) y de la C. Valenciana (13,67% y 15,39%). La moda en grupos de edad se sitúa en el grupo de entre 26 y 30 años con 3 individuos y la media de edad es de 28,33 años (28 en mujeres y 28,43 en los hombres). La edad media de los consumidores por vía esnifada (28) es ligeramente inferior a la de los consumidores por otras vías (28,75); y la media del grupo de 1999 es 4 años inferior a la de 2001 (27 y 31 años respectivamente) considerando sólo los dependientes de cocaína como sustancia aislada y 2 años inferior (28,38 y 30) si consideramos los de cocaína y alcohol¹⁵¹. Ambas medias se aproximan a las de los registros consultados (28,62 para 1999 y 29,82 años en 2001 en el OED y 27,81 y 29,60 para los mismos años en la C. Valenciana). El 66,67% (6) nació y reside en Valencia; 2 más (el 22,22%) residen en Alicante aunque sólo uno de ellos nació aquí; uno más nació y reside en otra provincia y un individuo nació en el extranjero. Los porcentajes de dependientes de cocaína nacidos y residentes en Valencia en los datos consultados de la C. Valenciana para esos mismos años son inferiores y los de nacidos y residentes en Alicante superiores; los de nacidos en otras provincias son superiores y los de residentes inferiores. En cuanto al nivel de estudios, 2 (22,22%) tienen el G. Escolar; uno más supera este nivel; y del 66,67% restante (6), 5 tiene un nivel entre 5 y 8º de EGB y el otro sabe leer y escribir pero no supera 5º curso (la mujer de procedencia inglesa y con consumo intravenoso). Pero, considerando los dependientes de cocaína con o sin alcohol para poder comparar con otros registros encontramos porcentajes del 62,5% con G. Escolar en 1999 y 33,33% en 2001; inferiores a Graduado del 37,5% en 1999 y 22,22% 2001 y superiores del 44,44% en 2001 (ninguno en 1999). Nuestras muestras tienen un nivel de estudios superior a las de los dependientes de cocaína registrados en el OED y de la C. Valenciana. Dos han trabajado en servicios públicos, uno en hostelería, uno en industria, otro en fontanería, otro en la construcción y dos más en otros empleos; el individuo que resta nunca ha trabajado (se trata de la mujer de procedencia inglesa). Si consideramos también los pacientes de cocaína y alcohol encontramos que el 87,5% de dependientes de cocaína de 1999 y el 100% de 2001 están trabajando o parados pero con trabajos anteriores y; al igual que en los registros del OED y C. Valenciana, los porcentajes de individuos que trabajan con este diagnóstico son más altos que en los dependientes de heroína (los porcentajes de parados sin trabajo anterior en el OED oscilaban del 4 al 7% y en la C. Valenciana en torno al 2% en ambos años).

¹⁵¹ Hacemos este cálculo porque en los registros del OED y C. Valenciana los datos de cocaína no diferencian con o sin abuso de alcohol añadido y probablemente esta media sea más comparable.

Las dos únicas familias de toda la muestra con hijos únicos pertenecen a este grupo. Las familias de 4 miembros constituyen la moda en este grupo (3); y la media de hijos por familia es e 3 –hay un individuo con 9 hermanos que desvía esta cifra-. En un tercio el individuo es el hijo mayor, en un caso es el menor; en otros 3 casos el intermedio y en 2 más es hijo único. La edad media de los hermanos es de 26,43 años, 2 años inferior a la de los individuos del grupo. Todos los progenitores del grupo estaban casados y en 2 casos queda una madre viuda. La media de edad es de 55,72 años para los padres y 54,67 para las madres, edades inferiores a las de todos los grupos de progenitores de la muestra (más cercanos a los de heroína y cocaína) y es el grupo de menor diferencia de edad entre los progenitores. Tres padres y 4 madres tienen estudios primarios; un tercio e padres y madres (3) un nivel inferior (1 de cada son analfabetos y otros 2 saben leer y escribir); y 2 padres y 2 madres tienen estudios secundarios; del padre que falta no sabemos el nivel de estudios. Dos padres y una madres trabajan como empleados de la industria y hostelería y otros dos y una madre como trabajadores no especializados; un padre trabajó en los servicios públicos; 3 padres están jubilados y 2 fallecidos; 7 madres, el 77,78% son amas de casa, es un porcentaje muy superior al del conjunto de la muestra y también de los dos grupos anteriores; es el grupo de porcentaje más bajo de madres trabajadoras.

Dos individuos han tenido familia propia. Y del total, el 55,56% (5) son individuos sin tratamiento previo, constituyendo el grupo con mayor porcentaje de individuos sin tratamiento previo.

Solo fueron entrevistados con EuropASI 3 individuos y de ellos 2 no requieren intervención en cuatro áreas y el otro en dos. Estos 3 son los de puntuaciones más bajas de toda la muestra del 2001 si hacemos el sumatorio por áreas. En el área legal y médica ninguno requiere de intervención. En la de alcohol y psicológica 2 individuos no requieren tratamiento y el otro tiene un problema moderado y requiere alguna intervención en ambas (puntuía 4 y 5). En empleo y soportes 2 tiene un problema moderado y el otro un problema considerable por lo que el tratamiento es muy necesario. Aunque, en comparación con otros grupos, las puntuaciones de los dependientes de cocaína son bajas en las áreas comentadas, en la de drogas y familiar/social todos puntúan 6 y 7 puntos –problema considerable y tratamiento necesario-.

d) En los dependientes de cocaína y con abuso de alcohol:

De los 8 individuos de este grupo solo uno es mujer (12,5%). La edad media es de 30,25 años, edad más alta que el resto de grupos y sólo superada por el grupo de alcohol. El grupo de edad más numeroso es el de entre 31 y 35 años con 5 individuos (62,5%). La mitad nacieron en Valencia y el 75% viven aquí. Un individuo vive en Castellón y otro nació y vive en Alicante y 3 nacieron en provincias del resto de España. El 25% (2) tiene un nivel de Graduado, el 37,5% (3) de secundaria y un porcentaje similar de primaria inacabada por encima de 5º curso. Todos han trabajado: 3 en la industria (37,5%); 2 como artesanos; uno en la construcción, otro en un servicio público y otro en otros trabajos. Tres individuos no han tenido tratamiento previo.

Sólo un individuo ha tenido familia propia pero ahora vive con su madre viuda. Proceden de familias con mayor número de miembros que el resto de grupos: sólo hay una familia con 4 miembros; 2 tienen 5; otra 6; otra 7; 2 tienen 8 miembros y una más 13. Tienen la media de hijos por familia más alta con 5,13 hijos. El 50% de individuos (4) son hijos intermedios, 3 son los hijos menores y uno el mayor. En el 87,5% (7) proceden de familias con progenitores casados (un padre falleció recientemente y en

otro caso ambos padres han fallecido); en un caso los padres están divorciados y el padre ha fallecido. Las edades medias de los padres vivos son las más altas de todos los grupos con 62,8 años para los padres y 59,71 para las madres. Una madre es analfabeta y 3 padres y 3 madres (37,5%) saben leer y escribir; 2 padres y 3 madres más tienen estudios primarios; un padre y una madre secundarios y un padre superiores. Del padre que resta no sabemos el nivel de estudios. Han trabajado como trabajadores especializados de la industria y hostelería un padre y una madre; como trabajadores no especializados 2 padres y una madre; en servicios públicos una madre y como amas de casa 4 madres. Además hay 2 padres jubilados y 3 padres y una madre fallecidos.

De los 6 individuos a los que se les pasó el EuropASI, sólo uno tiene necesidad de tratamiento en todas las áreas. En el área médica 3 (el 50%) no requieren tratamiento, 2 tiene un problema moderado y está indicado algún tratamiento (4 y 5 puntos) y un más un problema considerable. En empleo y soportes 4 no requieren de intervención (el 66,67% estaba trabajando o de baja laboral durante el programa); uno tiene un problema moderado (4 puntos) y otro considerable (6 puntos). Otros 3 no necesitan de asesoramiento en el área legal, 2 más tienen un problema moderado y otro considerable. Todos puntúan con necesidad de tratamiento en el área de alcohol, un individuo con 4 puntos (problema moderado) y los otros 5 con 6 y 7 puntos (problema considerable y tratamiento necesario). También todos puntúan 5 o por encima en el área de drogas (5 con problema considerable y uno extremo); en la familiar/social (4 considerable, uno moderado y uno extremo); y psicológica (2 moderado, 3 considerable y uno extremo).

e) En los dependientes del alcohol como único diagnóstico:

Son dos mujeres con 33 y 34 años. En los registros de la C. Valenciana el porcentaje de mujeres era sólo del 16 y 17% entre los dependientes de alcohol que acudían a tratamiento y las edades medias eran superiores a los 40 años. Una vive en Castellón y otra en Valencia pero ambas han nacido en otras provincias. Las dos tienen estudios de secundaria (solo el 15% de dependientes de alcohol registrados en la C. Valencia alcanzan ese nivel); y las dos han trabajado (una en la confección y otra en hostelería). Las familias de procedencia son de 6 y 8 miembros con 4 y 6 hermanos respectivamente; una de ellas es la hermana mayor y otra la 5ª de 6 hermanos. La media de edad de los hermanos es de 31,5 años y en ambas familias los padres están casados y vivos. Tiene estudios primarios un padre y una madre; y saben leer y escribir el otro padre y la otra madre. Una madre es ama de casa y otra trabaja en transportes y los padres trabajan de encargado de supermercado y en la construcción. Las edades medias son de 62 años para los padres y 63 para las madres. Las dos entrevistadas han tenido familia propia.

En la mujer de la muestra de 2001, el perfil de severidad mostró que no requería intervención en el área de drogas ni en la médica; tenía un problema moderado en la de empleo y considerable en la legal, alcohol y psicológica; el problema era extremo en el área familiar/social.

EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y DE SALUD.

Concepto de enfermedad y salud.

3.1.- Las respuestas a la entrevistas.

Hechas las observaciones pertinentes en el capítulo de material y métodos en lo que se refiere las diferencias entre las entrevistas aplicadas a ambas submuestras, pasamos a analizar por orden de recogida de datos –según el contenido propio de la entrevista- los resultados de este capítulo:

¿Estás enfermo? ¿padeces alguna enfermedad?

En la primera muestra, ante la pregunta ¿estás enfermo? 7 individuos, un 26,9%, contestan que no. Hay que puntualizar que de estos siete uno, el número 6, dice "no, no me considero enferma pero sé que tengo dos enfermedades crónicas hepatitis C y anticuerpos", no desconoce las enfermedades que padece pero no se considera enferma, está definiendo la enfermedad como algo que tiene que "notarse", que necesita de sintomatología para considerarse real.

Otro de los 7, el número 12, dice "no, no estoy enferma aunque dicen que tengo problemas psiquiátricos", tiene un largo historial de internamientos en hospitales psiquiátricos y tratamientos múltiples, pero rechaza su enfermedad y también los fármacos que la estabilizan.

Por último, un tercer individuo (el número 24) de los que contestan no estar enfermos, puntualiza diciendo "no estoy enfermo, sólo tengo el problema con la coca".

De estos siete que no se “están enfermos” que “no se consideran enfermos”, cuatro son los que en la siguiente pregunta -¿padeces alguna enfermedad?- Contestan “ninguna”..

Finalmente 19 individuos de esta muestra, a la pregunta ¿estás enfermo?, contestan sí. En la segunda pregunta “¿padeces alguna enfermedad?” 22 refieren padecer en el momento de la entrevista una o más enfermedades –tal y como ya ha sido comentado, tres de estos individuos habían dicho antes que “no estaban enfermos” o “no se consideraban enfermos”. De estos 22 individuos, quince “están enfermos” de una sola enfermedad y 7 comentan 2 o más.

¿Qué problemas de salud te preocupan? ¿padeces alguna enfermedad?

Estas dos preguntas fueron efectuadas en este orden a la segunda muestra de 26 individuos.

Así, en las contestaciones a la primera pregunta -¿qué problemas de salud te preocupan?- podemos objetivar contestaciones en distintas líneas en función de cómo interpretan la pregunta.

La mayoría de los individuos la consideran como una pregunta dirigida directamente a sus problemas de salud actuales o pasados que les preocupan –omitiendo por tanto aquellos problemas de salud/enfermedades que padecen pero no les preocupan-. Es algo similar a lo que ocurrió en la muestra primera con el individuo número 6 que refirió no considerarse enfermo pero padecía hepatitis C e infección por VIH y así contestó en la segunda pregunta.

Otros la interpretan como una pregunta más genérica que indaga en aquellas cuestiones que sobre la salud preocupan al individuo y refieren aquellos temas que les resultaría interesante conocer o aquellos para los que ha tenido riesgo de adquirir aunque actualmente no los padezca. Sirva como ejemplo la contestación del individuo 2b de la muestra “sida, cuerpo humano, la salud, todas las enfermedades infecciosas o perjudiciales que no se quitan, la hepatitis, la tuberculosis, la salud...”

Finalmente un tercer grupo incluye en sus respuestas tanto problemas de salud que ya padecen como otras preocupaciones sobre la salud más genéricas.

Así, de los 26 individuos de esta submuestra, tres refieren que no les preocupa ningún problema de salud. Sin embargo de los tres uno contesta a la segunda pregunta que no padece ninguna enfermedad, otro dice tener “anticuerpos” (se confirma por la historia clínica que esta infectado del VIH) y el otro refiere que no padece “ahora ninguna excepto un posible contagio de tuberculosis y tener un soplo sistólico”. Dos más contestan en relación a qué problemas de salud les preocupan “yo creo que ninguno” (individuo 3b) o “ahora ninguno” (individuo 4b), aunque el primero “cree que ninguno” pero solicita análisis por contacto de riesgo y el segundo refiere que le hicieron análisis y tenía el “hígado inflamado y colesterol” pero el médico de cabecera le dijo que estaba resuelto.

Además de estos 5 que refieren no preocuparles actualmente ningún problema de salud, hay siete individuos más que tienen preocupaciones por problemas de salud genéricos no directamente referidos a una enfermedad que padezcan actualmente o hayan padecido en el pasado. Tal es el caso del individuo 2b comentado como ejemplo u otros que contestan “las enfermedades del corazón, del riñón, del hígado, las sexuales” (24b), o “todas las

enfermedades peligrosas para los niños” (25b), “cualquiera grave, hepatitis” (23b), “coger alguna enfermedad crónica, el sida, la hepatitis B o C” (5b y 10b), “el corazón porque mi padre tiene una enfermedad hereditaria” (18b). De estos siete, cuatro contestan que no padecen ninguna enfermedad cuando se les hace la segunda pregunta, otros dos refieren padecer de alergia y el que resta tiene hepatitis C.

Otros 14 individuos comentan respecto a los problemas de salud que les preocupan, algunos relacionados con enfermedades que padecen en el momento de la entrevista o han sufrido anteriormente. De los 14 cuatro además refieren también preocupaciones por otros temas de salud genéricos (no relacionados con enfermedades que han sufrido). Así mismo, de los 14, dos comentan no padecer ninguna enfermedad en el momento de la entrevista aunque sus preocupaciones sobre problemas de salud van referidas a enfermedades que han padecido (“mis constipados” - 9b padeció de neumonía en la infancia- “mis bronquios” – 15b padeció de bronquitis-). Mencionar como ejemplo significativo en este grupo el individuo 1b que contesta a la pregunta sobre los problemas de salud que le preocupan con la respuesta “el hígado... tengo hepatitis hace años, tengo hepatitis crónica” y sin embargo cuando es preguntado sobre si padece alguna enfermedad dice textualmente “alguna enfermedad..... No” a lo que el entrevistador le interpela “¿Lo único que te preocupa sobre tu salud es la hepatitis?” –entendiendo que el individuo da por hecho que ésta y la anterior pregunta son la misma y que ya nos ha contestado sobre las enfermedades que padece-. El individuo contesta afirmativamente a esta segunda pregunta.

En detalle, en las contestaciones de esta segunda muestra a la pregunta ¿padeces alguna enfermedad?, diez personas (38,46%) refieren no padecer ninguna enfermedad. Aunque dos, tal y como se ha comentado en párrafos anteriores dicen “ahora ninguna excepto posible contagio de tuberculosis... tengo soplo sistólico” (17b) y otro “que reconozca ninguna... la desviación de columna” (10b). Los otros 16 (61,54%) refieren padecer al menos una enfermedad. Hemos valorado como respuesta afirmativa la del individuo 1b anteriormente comentado ya que dice textualmente “tengo hepatitis crónica”. De estos 16, 6 dicen padecer más de una enfermedad y 10 nos comentan una.

¿Padeces/padecías alguna enfermedad? ¿Cuál / cuáles?

De los 22 individuos que dicen padecer alguna enfermedad en la muestra de 1999, 14 individuos (63,64% de los que padecen alguna enfermedad y el 53,85% del total de la primera muestra) dicen tener hepatitis (incluimos el número 6 que "no se considera enferma" pero dice tener dos “enfermedades crónicas anticuerpos y hepatitis C”). De éstos 14, uno (el número 23) contesta “tengo hepatitis B y C”, 11 contestan “tengo hepatitis C”; uno de ellos añade que pasó una hepatitis B que “ya esta curada”. Los dos restantes contestan “tengo hepatitis” sin especificar aunque uno de ellos (el 18) añade que pasó la hepatitis B y C y el otro (el número 3) habla de “hepatitis por alcohol”. Al comparar los datos aportados por estos dos individuos encontramos que en la historia clínica sí constan serologías positivas para ambas enfermedades en ambos individuos. De los once que tienen hepatitis C uno de ellos, el número 11, no tenía estos antecedentes en la solicitud de ingreso por haberse diagnosticado dicha hepatitis durante su estancia en la Comunidad Terapéutica. Tanto en estos 11 que refieren tener hepatitis C como en el que refiere tener hepatitis B y C se confirman estos datos por la serología.

Según los datos de los admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana en 1999¹⁵², el 15,67% tenían hepatitis C, el 29,73% tenían un análisis negativo y el 11,26% estaba pendiente de resultado. Según estos datos el 43,34% no estaba en ninguna de estas tres situaciones. En nuestra muestra de 1999, el 53,85% (14 individuos) tienen hepatitis C.

Respecto a la hepatitis B, al estudiar los datos de la solicitud de ingreso encontramos cinco individuos con serologías positivas (19,23% de la muestra) para hepatitis B (sin inmunización previa), corresponde a los individuos 3, 14, 18, 20 y 23. De ellos, solo uno, el 23 comenta padecer en el momento de la entrevista de hepatitis B (y C). Otros dos, el 3 y el 18, comentan que tienen hepatitis pero no especifican. El 18 en concreto comenta que pasó las hepatitis B y C. También el 14 y el 20 refieren haber “pasado” la hepatitis B pero tampoco se consideran afectados de esta enfermedad en el momento de la entrevista.

Dos dicen tener V.I.H. (10) o "anticuerpos" (6). Son los únicos individuos de la primera submuestra que dan positivo por confirmación analítica. El número 6 dice “sé que tengo anticuerpos y hepatitis C pero no me considero enferma”. Esta paciente nunca, a pesar de los controles periódicos, ha necesitado tratamiento antirretroviral, el otro individuo lo está cumplimentando hace meses. Quizá la diferencia fundamental en este caso entre sentirse enfermo o no sea el hecho de tomar tratamiento. Hemos encontrado en la bibliografía consultada¹⁵³ un caso similar en pacientes que se sentían más o menos diabéticos en función de si eran tratados o no con insulina.

Estos dos individuos son el 7,69% de la muestra de 1999. En ese mismo año, en el informe número 4 del OED¹⁵⁴, el número de individuos con serologías positivas entre los admitidos a tratamiento fue del 17,6%, aunque hay que tener en cuenta que el 33 % de la población registrada no se había efectuado ningún análisis o el resultado del mismo era desconocido y el 49,4% tenía un resultado negativo. Estos datos en la C. Valenciana¹⁵⁵ son del 9,69% de los que tienen serología positiva, el 30,49% tienen un análisis con resultado negativo y el 41,52% no se había hecho análisis o el resultado era negativo en el momento de la admisión a tratamiento. En nuestra muestra todos los individuos se habían hecho el análisis de V.I.H, el porcentaje de análisis negativos era por tanto del 92,3%.

Además tres dicen ser asmáticos (9, 10 y 24), dos alérgicos (1 y 24 aunque en este último no se confirma por los datos de la historia clínica) y uno tener ácido úrico (8). Por la solicitud de ingreso y la historia clínica se confirma que en la muestra hay 3 individuos con asma, un individuo con alergia a cereales y frutas (y no dos) y un individuo con hiperuricemia y episodios repetidos de artritis gotosa. Corresponden a los mismos individuos que dicen estar enfermos.

Sólo un individuo, el número 25 dicen estar enferma de “alcoholismo y anemia”, es el único de la muestra con diagnóstico de dependencia al alcohol aisladamente.

Dos individuos afirman "sí, la drogodependencia es una enfermedad" o, "sí, la adicción a la cocaína". Corresponde a los individuos de la muestra 1 y 13. Además el 24 nos dice que está sano y que sólo tiene “problemas con la coca”. Respecto a los dos primeros, ambos son muy meticulosos y perfeccionistas y ninguno de los dos padece las enfermedades

¹⁵² Datos aportados por la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Comunidad Valenciana.

¹⁵³ MORENO, C.; SANCHEZ, A.; FEJIDO, M.; BERNAT, E.; FONS, A.; PUJOL, A.(2004) *Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad*. Enfermería clínica, 14 (6), 307-312, 5 ref.

¹⁵⁴ “FUENTE: Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).”

¹⁵⁵ Datos aportados por la Dirección General de Drogodependencias de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana.

asociadas al consumo antes mencionadas: hepatitis B o C y S.I.D.A. Uno de ellos además, el número 1, tiene excesiva preocupación por la sintomatología y muy baja tolerancia al dolor. Quizá el hecho de no padecer ninguna enfermedad de las que padecen en general el resto de individuos hace que estos contesten que su enfermedad es la drogodependencia y el resto respondan con la enfermedad infectocontagiosa crónica que padecen que les hace relativizar el problema de la drogodependencia como enfermedad. En cuanto al número 13, es el único de la muestra que dice tener bronquitis crónica por fumar (todos los individuos de la muestra fuman) y “no sé si tengo tuberculosis” por estar cumplimentando profilaxis con Isoniacida. Hay 5 individuos en la muestra 1 con circunstancias similares respecto a la tuberculosis: 2 en profilaxis con isoniacida por no aislarse bacilos y 3 en espera del resultado del cultivo de micobacterias para iniciar la profilaxis o el tratamiento según corresponda. De estos cinco, cuatro comentan se consideran enfermos por otras enfermedades y uno dice no estar enfermo.

En el grupo de 16 individuos que en la segunda muestra dicen padecer alguna enfermedad, ocho dicen padecer hepatitis. De ellos cinco dicen tener hepatitis C, uno hepatitis B y C y otros dos hepatitis sin especificar el tipo. Estos dos individuos (1b y 8b), por los datos aportados por la historia clínica, tienen hepatitis B y C en el primer caso y hepatitis C en el segundo. Destacar que el individuo que refiere tener hepatitis B y C (20b) sólo tiene serologías positivas para la hepatitis C siendo negativas las de la B confirmándose por tanto que no padece dicha infección. De igual modo, si estudiamos los datos de las historias clínicas y solicitudes de ingreso encontramos que hay cuatro individuos con marcadores serológicos positivos que indican que han sido infectados por el virus B, el 1b ya mencionado que refiere “tengo hepatitis crónica” pero no especifica el tipo, el 6b que sólo refiere tener “anticuerpos” como enfermedad (aunque tiene también hepatitis B y C) y el 26b que sólo refiere padecer hepatitis C y, finalmente, el individuo 4b que padece hepatitis B crónica desde los 15 años según la historia clínica y refiere “no estar enferma” en el momento de la entrevista (es uno de los diez individuos que refieren no tener ninguna enfermedad) aunque sí refiere que tuvo hepatitis pero “la he curao”, este individuo fue diagnosticado además de hepatitis C durante el programa..

Del mismo modo, aunque sólo son 8 los individuos que refieren tener hepatitis, son once los individuos que están infectados por el virus de la hepatitis C (cuatro de estos también por la B como se ha comentado) según los datos que constan en las historias clínicas. Por lo tanto, hay tres individuos que no comentan padecer hepatitis y están infectados. Corresponden a los individuos 3b, 4b y 6b. El 3b fue diagnosticado de hepatitis C durante el programa en un análisis de rutina y no conocía dicho diagnóstico en el momento de la entrevista; y el 4b que nos dice que no tiene ninguna enfermedad en el momento actual, pero posteriormente añade que tenía hepatitis pero la “he curao”. El individuo 6b estaba ya diagnosticado de hepatitis B previa al ingreso pero solo refiere tener “anticuerpos” como única enfermedad y haber pasado hepatitis en la infancia sin especificar. Los individuos 3b y 4b pertenecen al grupo de los que refieren que no padecen ninguna enfermedad en el momento actual, aunque el 4b si que dice que tuvo hepatitis pero la ha curado en los antecedentes.

En los datos aportados por la Dirección General de Atención a la Drogodependencia, en la Comunidad Valenciana en 2001, el 25,71% de los admitidos a tratamiento tenía serología positiva de hepatitis C, el 56,08% tenía un análisis negativo y el 18,21% estaba pendiente de resultado analítico. El porcentaje de nuestra segunda muestra de hepatitis C es del 42,31% (11 individuos).

También es esta segunda submuestra dos individuos dicen tener “anticuerpos” (6b) o tener V.I.H. (8b), siendo el 7,69% de esta muestra. Esta información coincide con los datos

extraídos de la solicitud de ingreso e historia clínica. El segundo de los casos fue diagnosticado sólo 3 meses antes del ingreso y dice no tener mucha información sobre la enfermedad. Los porcentajes del informe número 6 del OED para la población drogodependiente admitida a tratamiento en 2001 fueron del 13,8% de los que tienen serología positiva, el 47% con análisis negativo y del 39,2% no se tiene análisis o el resultado es desconocido. En la Comunidad Valenciana, los porcentajes en este año fueron del 10,93% de positivos para el V.I.H., 37,41% con análisis negativo y 51,66% sin análisis o con resultado negativo. En nuestra segunda submuestra tampoco tenemos ningún individuo sin serología V.I.H. y, por tanto, el porcentaje con análisis negativo es del 92,3%.

Dos individuos de la muestra de 2001 dicen ser asmáticos (11b y 22b), y cuatro más tener alergia (5b, 8b 11b y 24b). Uno de estos (22b) refiere también tener tabaquismo como enfermedad y “dolerle y crujirle los huesos” y otro tener una lesión en el hombro. Solo en dos casos de los alérgicos se puede encontrar dicho antecedentes en solicitud de ingreso o sintomatología de dicha alergia en la historia clínica de los meses de programa. No consta la “alergia al pino” que refiere el individuo 8b y tampoco tiene sintomatología de la misma durante el programa. Ocurre algo similar con uno de los individuos que dicen ser asmáticos y alérgico, el 11b, y cuyo antecedente no consta en la solicitud de ingreso ni aparece sintomatología asmática durante el programa. Sin embargo, sí que hay un individuo con antecedentes de alergia al olivo (4b) en la solicitud de ingreso y que no lo refiere como enfermedad actual o pasada.

Otro individuo comenta que padece espondilitis anquilosante (12b) y otro conjuntivitis (20b). Otras enfermedades referidas por los individuos de la muestra como “actuales” en el momento de la entrevista son: uno “taquicardia por ansiedad” (7b), uno “flemones” (8b), este mismo “úlceras”.

Sólo un individuo, el 2b, cuando es preguntado por las enfermedades que padece responde “tengo hepatitis C y esto que tengo del Mantoux” haciendo referencia a haber dado positivo a dicha prueba e inicio de protocolo para descartar tuberculosis activa (radiografía y cultivo BAAR). Además en los antecedentes constaba que había hecho tratamiento profiláctico con isoniacida dos años atrás. Sin embargo, el conjunto de individuos de esta segunda muestra con Mantoux positivo y en protocolo (ya en tratamiento profiláctico, dicho tratamiento concluido, o con resultados pendientes de pruebas) es de 12 individuos y sólo el refiere la prueba de Mantoux positiva como enfermedad. Luego encontramos dos individuos más, el 16b y 17b, que, después de decirnos que no están enfermos, en los antecedentes nos relatan el protocolo de tuberculosis que siguieron. No los hemos contabilizado como tales (dentro del grupo de los que se consideran enfermos) pero nos ha parecido interesante comentar los que nos cuentan al respecto en el siguiente apartado.

Finalmente un individuo, el 12b, enumera dentro de las enfermedades que padece una “adicción a la cocaína” y entre los problemas de salud que le preocupan “controlar la adicción”. También este individuo en una pregunta posterior nos relata dos intentos de suicidio reciente y nos cuenta que ha estado en tratamiento por depresión.

Prácticamente todos los individuos tanto en esta muestra como en la primera comentan todas las enfermedades infectocontagiosas de la infancia que constan como antecedente en la historia clínica y solicitud de ingreso. Incluso es más frecuente que nos encontremos con que algunos individuos las refieren sin que consten en dicha documentación (solicitud de ingreso) probablemente por no haber sido recogidas por el profesional que lo redactó por no considerarlo de interés. Igual ocurre con los “constipados” o la gripe, el resto de enfermedades que nos refieren como antecedentes

aparece reflejado en la solicitud de ingreso. A continuación pasamos a detallar lo que nos cuentan:

- Varicela en 14 casos, cinco de la primera submuestra y nueve de la segunda. Ocho tienen diagnóstico de dependencia de heroína, tres de heroína y cocaína y uno de cocaína. Comentar que el 2b nos dice “eso que salen grano y pica... la ¿“viruela”?”, y entendemos que se está refiriendo a la varicela y el 20b que nos dice “esa que te salen granitos”.
- Sarampión en 10 casos, cinco dependientes de heroína, dos de cocaína y heroína, uno de cocaína y dos de cocaína y alcohol. (5 de la primera submuestra y 5 de la segunda).
- Dos de la primera muestra y uno de la segunda nos comentan que pasaron las paperas.
- Rubéola tres individuos (el 3, el 7 y el 24b) y “rosácea” otro.
- Nos comentan que pasaron meningitis en la infancia/adolescencia tres individuos, uno de la primera submuestra y dos de la segunda. Los tres casos son dependientes de heroína y cocaína. El 23b en concreto nos dice que paso “una grave que me pincharon en la espalda y había riesgo que quedara parálítico o tonto”.
- Constipados/gripes nos lo comentan 13 personas, 8 de la primera muestra y 5 de la segunda).
- Nos comentan padecer de “anginas” cinco individuos, dos de la primera muestra y tres de la segunda; el 17b de otitis; el 15b de bronquitis y de “reuma y velocidad en la sangre” otro individuo, el 13b. Además nos dicen estar amigdalectomizado el 24b y adenoidectomizado el 22b
- Además un individuo nos habla de que padeció pulmonía (9b), dos tosferina (7b y 19b), otro de epiglotitis un individuo (7); acné (3). Otro individuo, el 12b nos dice que tuvo “bajadas de tensión
- “Fiebres Malta” nos lo comentan dos individuos, el 7 y el 8b, ambos consumidores de speedball.
- El individuo 11 nos cuenta una lo que parece una reacción alérgica a algún fármaco cuando nos dice que no sabe que le ocurrió, que “se hinchó” cree “por la medicación”.
- El 24 además de decirnos que padeció de alergias, que ya hemos comentado, nos dice que tuvo intolerancia al gluten a los 5 años y déficit de inmunoglobulina A a los 5.
- Además el 17b nos dice que padeció de lumbalgia y de un soplo sistólico para el que fue intervenido con cateterismo en dos ocasiones. Este individuo, el 17b, junto con el 11b nos dicen que fueron operados de apendicitis.
- La número 25 de la primera muestra nos dice haber pasado hepatitis a los 4 años y una gastritis crónica desde los 14 años.
- Seis individuos nos hablan de antecedentes de patologías psiquiátricas. Por un lado el 13b que nos dice que padecía de “los nervios” (consta en la historia clínica un trastorno límite de personalidad y una psicosis tóxica meses atrás); el 10b que nos comenta que acudía al psiquiatra desde los 15 años por problemas de conducta e inicio de consumo de cannabis (en este segundo caso durante el programa, meses después de la entrevista, se detecta ideación paranoide que requiere tratamiento neuroléptico); el individuo número 12 que nos dijo que no estaba enfermo, cuando le preguntamos qué enfermedades padece nos dice “ahora dicen que tengo problemas psiquiátricos” consta en la solicitud de ingreso, tiene antecedentes de “depresión bipolar, varios ingresos en hospitales

psiquiátricos, y trastorno de personalidad límite”. Ella sí que nos dice en los antecedentes de enfermedad que tuvo “maniacodepresión y personalidad antisocial”. Y el 25 de la primera muestra nos dice que tuvo anorexia nerviosa en la adolescencia. Finalmente añadir que dos individuos nos hablan de problemas psiquiátricos que tienen en el momento de la entrevista. Son el 12b que nos comenta lo de la depresión e intentos de suicidio ya comentados y el 21b que nos dice que tiene esquizofrenia paranoide.

Respecto a los datos sobre antecedentes de enfermedad que figuran en la historia clínica y los entrevistados no comentan en la entrevista, en general son datos aislados si nos referimos a enfermedades distintas de las psiquiátricas. No es frecuente que nos relaten los antecedentes psiquiátricos.

Encontramos, en la primera muestra: un individuo omite que padece una hernia inguinal en espera de corrección quirúrgica (21); un individuo omite que tiene problemas odontológicos (3); dos no nos cuentan que tienen dermatitis (19 y 5); otro tuvo sinusitis frontal y maxilar (8) y otro más no hace referencia a un episodio de pancreatitis previo al ingreso (25) y otro es alérgico a la penicilina (23). Un individuo omite un diagnóstico de Síndrome de Gilles de la Tourette y un trastorno distímico (8). Otro individuo no nos cuenta que tuvo dislexia en la infancia (15) y otro que es cleptómano (5), dato que consta en su solicitud de ingreso. Además uno omite que ha estado en dos ocasiones en hospitales psiquiátricos por depresión (5); otro que ha tenido varias crisis de ansiedad (22) y otros dos depresión (2 y 19). El número 9 no nos cuenta que haya tenido algún episodio de psicosis tóxica.

El 14 tiene un diagnóstico de trastorno esquizoide de personalidad y el 11 y 12 diagnósticos de trastorno límite. En general, los diagnósticos psiquiátricos no son comentados por los entrevistados o, como el individuo número 12 comenta que le diagnosticaron depresión bipolar pero que no está enferma y no quiere tomar fármacos. Y, cuando nos comentan algún antecedente psiquiátrico, normalmente no nos dan un diagnóstico certero, nos dicen que tuvieron “problemas de nervios” o nos refieren la sintomatología que percibieron pero no nos dan un diagnóstico concreto.

En cuanto a los 26 individuos de la segunda muestra encontramos que los datos sobre antecedentes de enfermedad que omiten son los siguientes: Un individuo omite tener alergia al olivo, cuatro tener hipercolesterolemia (4b, 11b, 12b y 22b), dos tener anemia macrocítica (6b y 10b), uno intolerancia a los hidratos de carbono (22b), otro una subluxación de hombro por accidente de trabajo (24b), otro un síndrome del túnel carpiano (16b) y otro ha sido operado de un quiste graso en la infancia (14b). Un individuo omite contarnos que padecía de otro de enfermedad por reflujo gastroesofágico (16b). Otro individuo más, el 5b, omite padecer de dermatitis y migrañas. Otro, el 23b, no nos dice que tubo amigdalitis en la infancia y vemos en la solicitud de ingreso que está amigdalectomizado.

Por lo demás, la mayoría de los antecedentes que constan en la historia y no han sido comentados por los individuos de esta submuestra, al igual que en la primera, son los referidos a problemas psiquiátricos. Así, dos individuos omiten varios intentos de suicidio previos (7b y 22b), otro varios ingresos hospitalarios por autolesiones (25b), otro un ingreso psiquiátrico por descompensación de trastorno bipolar (19b), uno más omite un diagnóstico de síndrome ansioso-depresivo respectivamente (26b), otro individuo no comenta antecedentes de hiperactividad en la infancia (16b), dos más antecedentes de brotes sicóticos previos (1b y 14b). Además el individuo 9b tuvo seguimiento psiquiátrico, durante un año, a los siete años por haber padecido abusos y no nos lo comenta en la

entrevista. Solo un individuo más (3b) padece un trastorno límite de personalidad como antecedentes, que no comenta al equipo aunque desconocemos si en algún momento los profesionales que diagnosticaron el caso le dieron esa información – y otro, el 8b, está diagnosticado en la solicitud de ingreso, de “depresión reactiva y trastorno de personalidad no especificado”. Además, el 18b tenía un diagnóstico de sospecha al ingreso de trastorno antisocial de la personalidad pero, durante el programa y en abstinencia, no se confirma dicho diagnóstico.

La siguiente tabla muestra en resumen la distribución de los individuos en cada submuestra y en el global de las enfermedades para las que “se consideran enfermos” y aquellas que padecen según la historia clínica. Hemos considerado para contabilizar los diagnósticos psiquiátricos, aquellos presentes en la solicitud de ingreso que se confirman posteriormente durante su estancia en el centro. Así, en este apartado en concreto, hay 23 individuos que tienen estos antecedentes y seis nos comentan algún problema psiquiátrico, aunque no siempre nos dicen el mismo diagnóstico que aparece en la solicitud de ingreso. Por este motivo hemos decidido hacer una distribución gráfica que muestre los antecedentes psiquiátricos que aparece más adelante. Hemos incluido al contabilizarlos, además de los individuos con un diagnóstico psiquiátrico concreto ya reflejado en la historia clínica, aquellos con un antecedente de ingreso en un pabellón psiquiátrico o con antecedentes de intentos de suicidio.

	<i>Se consideran enfermos</i>		<i>Están enfermos</i>		TOTAL DE LA MUESTRA	
	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 1	Muestra 2	Se consideran enfermos	Están enfermos
Hepatitis	2	2	2	2	4	“4”
Hepatitis C	12	6	14	11	18	25
Hepatitis B	1	1*	5	4	2	9
S.I.D.A.	1	2	2	2	3	4*
Asma	3	2	3	1	5	4*
Alergia	2	4	1	3	6	4*
Hiperuricemia	1	--	1	--	1	1
Hipercolesterolemia	--	0	--	4	0	4
Dermatitis	0	0	2	1	0	3
Tuberculosis	1	1	0	0	2	0

Alcoholismo	1	--	1	1	1	2
Drogodependencia	3	1	25	25	4	50
Tabaquismo/Bronquitis por tabaco	1	1	todos	todos	2	52
Diagnósticos Psiquiátricos	2	4	10	13	6	23

Para clarificar los datos de la tabla anterior es necesario recordar los datos anteriormente expuestos y que pasamos a resumir:

♣ Los cuatro individuos que se consideran enfermos de “hepatitis” sin especificar el tipo tienen marcadores serológicos positivos para la hepatitis C y tres de ellos también para la B. Por tanto si al total de 18 individuos que se consideran “enfermos de hepatitis C” les sumamos estos cuatro hace 22. En número total de individuos con serologías positivas para este virus es de 25, luego sólo tres individuos (12 % de los infectados) no se “consideran enfermos” con respecto a la hepatitis C. Además, estos tres individuos corresponden a los de la muestra 2 que son diagnosticados durante el programa y que no conocen el diagnóstico de hepatitis C en el momento de la entrevista. Un cálculo similar podríamos hacer con la hepatitis B aunque en este caso se obtienen otros resultados: si a los dos individuos que dicen padecerla le sumamos los tres que comentan tener “hepatitis” sin especificar el tipo (y tienen B entre otras), hace un total de 5. El número de individuos que tienen serologías positivas para hepatitis B es de 9, son por tanto 4 (el 44,44% de los enfermos) los que no refieren padecer dicha infección, un número mucho más alto que para la hepatitis C. Aunque hay que destacar en este punto que estos cuatro individuos (dos procedentes de cada submuestra) si que hacen referencia a la hepatitis B como una enfermedad que pasaron –como antecedentes- como algo ya resuelto “hepatitis pero la he curao” (4b), “hepatitis, me subieron las transaminasas a los 8 años” (6b), “he pasado la hepatitis B” (14) o “tuve hepatitis B que ya está curada” (20). Como nos la comentan como algo resuelto para lo que no se consideran enfermos actualmente, la hemos considerado así al elaborar la distribución gráfica de la página siguiente.

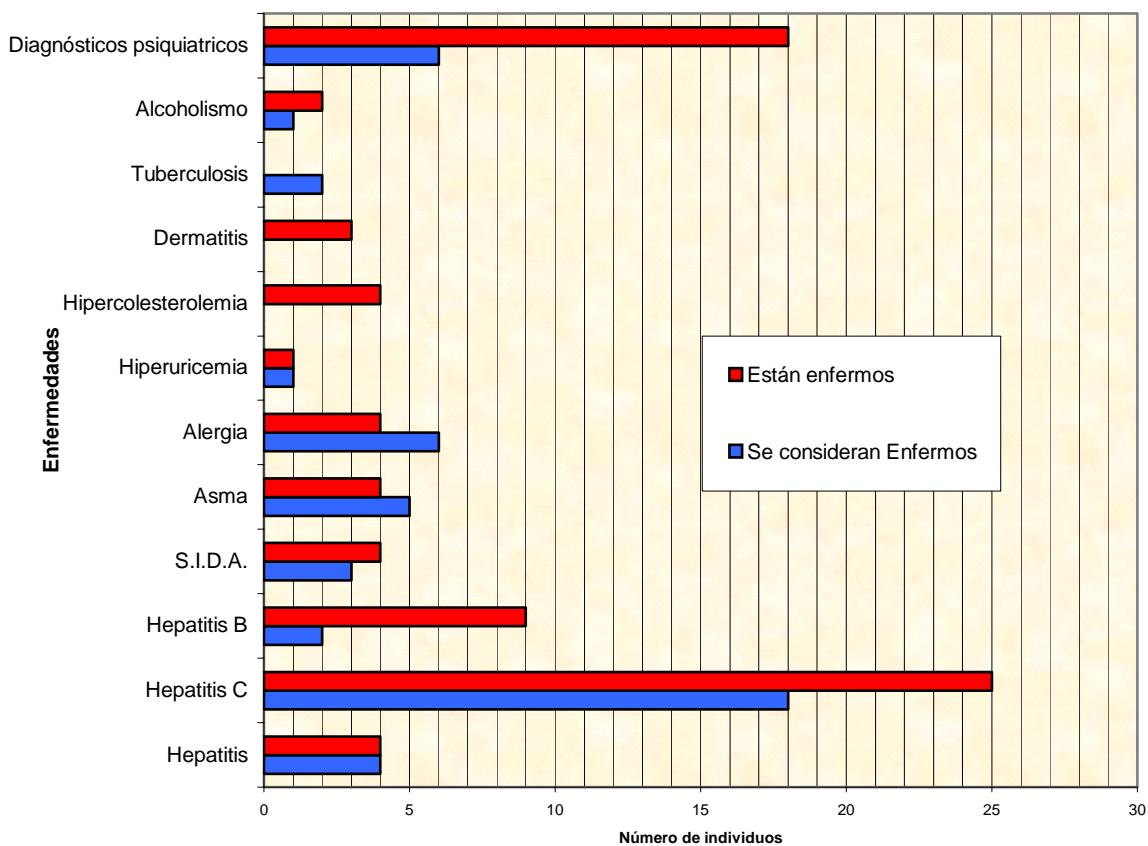
♣ Por otro lado recordar que aunque son 4 los infectados por V.I.H. solo 3 se “consideran enfermos” aunque el cuarto individuo si que la comenta y conoce que esta infectado, tal y como se ha comentado.

♣ Finalmente aclarar que aunque son 4 los individuos asmáticos (9, 10, 24 y 22b) y cinco los que refieren estar enfermos (9, 10, 24, 11b, 22b), realmente refieren estar enfermos en el momento de la entrevista sólo cuatro porque el número 24 se refiere al asma y a la alergia como algo pasado y no actual. Además nos describe claramente a qué es alérgico –al polvo- pero lo que consta en la solicitud de ingreso como actual es que sufre de asma. Tener en cuenta que el 11b nos dice que está enfermo de asma (y forma parte de esos cuatro) pero no está contabilizado en el grupo de 4 que lo están porque no consta esto en la solicitud de ingreso ni en la historia. En cuanto a los alérgicos, nos dicen que lo son 6 individuos (1, 24, 5b, 8b, 11b y 24b) y, según los datos de la historia clínica son alérgicos el 1, 4b, 5b y 24b. En la primera submuestra el 24 nos dice que es alérgico y lo que consta en su historia clínica es el asma (aunque nos describe con detalle a qué es alérgico como veremos en la siguiente pregunta) y en la segunda submuestra hay dos individuos que

dicen ser alérgicos y cuyos antecedentes no constan en la historia clínica ni solicitud de ingreso y no hay sintomatología durante el programa, son el 8b y el 11b, y sin embargo el 4b es alérgico según la solicitud de ingreso y no nos lo dice en la entrevista. Esto hace que el número final de alérgicos en la segunda muestra sea el mismo (3 dicen que están enfermos y 3 están enfermos pero un individuo no lo está y otro sí en su lugar). Además, de los dos individuos que dicen tener alergia en la primera muestra, en la solicitud de ingreso sólo podemos confirmar que uno es alérgico.

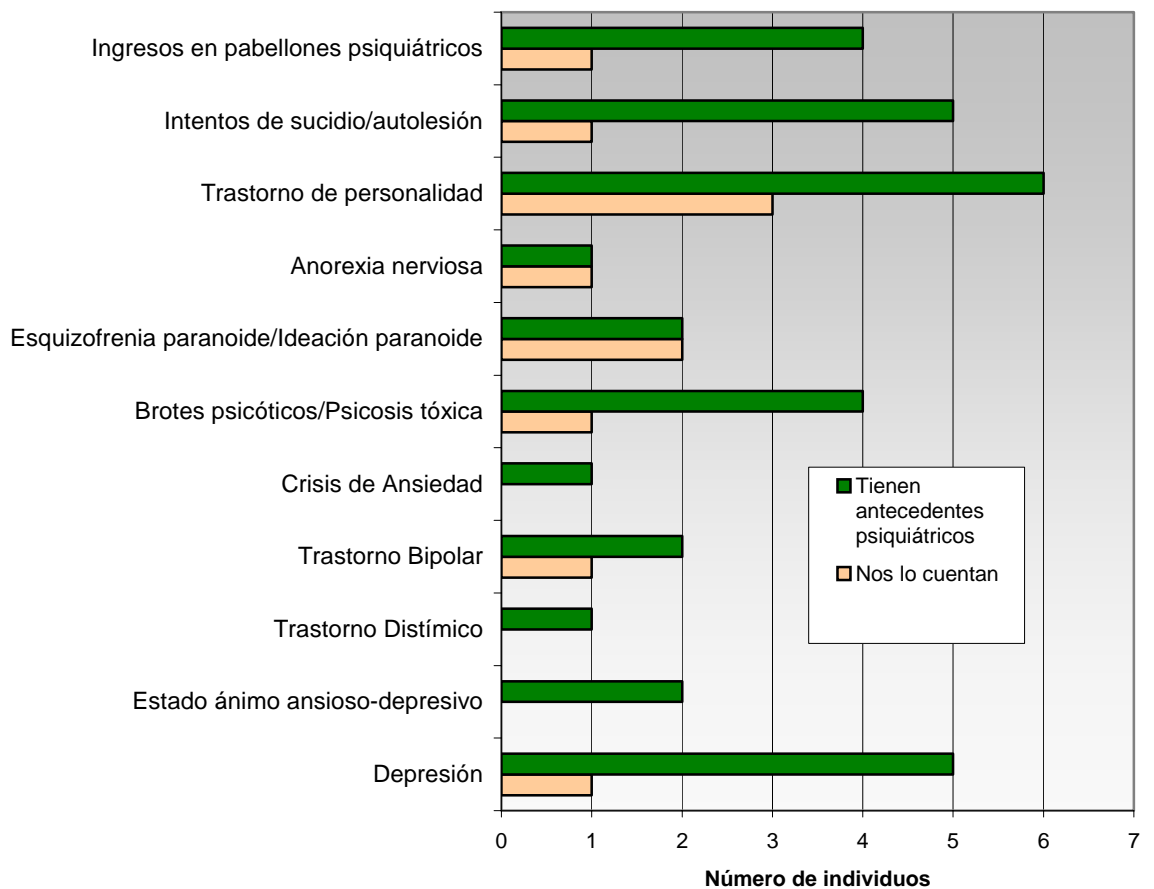
Si comparamos los datos obtenidos en la entrevista con los antecedentes personales que constan en la historia clínica y solicitud de ingreso, vemos que en general, conocen y comentan las enfermedades asociadas al consumo – ya sea como enfermedades pasadas o actuales- ; el 100% de los individuos que tienen hepatitis C, B o S.I.D.A. De igual modo en otras enfermedades, asma, hiperuricemia, etc. los datos se aproximan. Quizá, las diferencias más importantes las encontramos en los diagnósticos psiquiátricos en que las diferencias entre la percepción de enfermedad y los diagnósticos reales son más grandes. Algo similar ocurre con el diagnóstico de drogodependencia como enfermedad que es comentado por 3 individuos de la muestra como enfermedad actual y está en un centro para tratamiento por ese diagnóstico un total de 50. En el diagnóstico de alcoholismo sin embargo, uno de los dos individuos de la muestra que lo padecen lo refiere como enfermedad actual. En la representación gráfica Comparación enfermedad real con percepción de enfermedad se pueden apreciar estos resultados.

Comparación enfermedad real con percepción de enfermedad



En la representación gráfica Antecedentes psiquiátricos y percepción de problema podemos apreciar con detalle cuántos individuos nos dicen algo de sus antecedentes psiquiátricos y cuántos tienen un diagnóstico concreto. Puntualizar que los “antecedentes” los hemos transcrito y agrupado en función de cómo aparecían transcritos en la historia clínica. Nos ha parecido oportuno añadir los ingresos en pabellones psiquiátricos y los intentos de autolesión –aunque no aparezca reflejado qué enfermedad es la que padecía el paciente en ese momento-. Los entrevistados no nos han dicho siempre el diagnóstico concreto que padecen. Como ejemplos los trastornos de personalidad que nos comentan “problemas de nervios” (13b) o “dicen que tengo problemas psiquiátricos” el 12, y ambos tienen un diagnóstico en la solicitud de ingreso de trastorno límite. Es decir, nos ha bastado para considerar que nos están comentando su problema psiquiátrico actual o pasado el hecho de que nos cuenten algún antecedente aunque no nos digan el diagnóstico o diagnósticos concretos por los que estuvieron en tratamiento. El número total de individuos que tienen antecedentes psiquiátricos o de los que “nos lo cuentan” no coincide con el número total de individuos con antecedentes psiquiátricos porque en este caso vienen reflejados los diagnósticos y hay varios individuos con más de un diagnóstico.

Antededentes psiquiátricos y percepción de problema



¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?

En la respuesta a esta pregunta en la primera muestra, en general responden en relación con las enfermedades que padecen en el momento de la entrevista. Sólo en algún caso aislado, en que decían no padecer ninguna enfermedad, se indagó sobre lo que sabía de las enfermedades que padeció en el pasado para conseguir una idea global de su concepto de enfermedad.

➤ Lo que saben sobre la hepatitis C (y B):

- De los 14 individuos que tienen hepatitis C de la primera submuestra, cuatro se refieren a la misma como una enfermedad crónica “y tiende a cronificar” (20), “enfermedad crónica” (6, 11 y 17). Otros individuos añaden a su explicación la idea de progresión de enfermedad como el 19 “te estropea el hígado poco a poco” o el 5 “deterioro progresivo”. Además dos dicen que puede producir cirrosis (15, 20) y uno más añade que es “vírica” (20).

- Respecto al contagio, de estos 14 individuos, 13 (el 92,86% de los infectados) hacen referencia a que se transmite por sangre y que es posible el contagio por relaciones sexuales. Aunque para expresar estos conceptos utilizan distinta terminología como: “se pega por agujas y relaciones sexuales” (16), “por sangre y hacer el amor aunque digan que no” (17) o “sé que los contagios por sangres son muy rápidos... y que por vía sexual es más difícil, hay un tanto por cien muy bajo” (15). Además de estos 13 que corresponden a los que dicen estar enfermos, el número 14 que refiere no padecer ninguna enfermedad pero haber pasado una hepatitis B sí que hace referencia a que se contagia por ambas vías.

- Cinco hablan sobre el tratamiento, aunque sólo tres hablan del interferón: “Me aconsejaron que me pusiera en tratamiento con interferón” (2), “tratamiento con interferón, algunos se curan” (11); “el único tratamiento que hay es el interferón, que es un tratamiento bastante duro” (20). Además otros dos hablan de que “hay un tratamiento que te puede estabilizar” (21) o de que “hay un tratamiento pero no curativo, puede mejorarte” (23).

- Hacen referencia a lo perjudicial de beber alcohol cuatro individuos en esta primera submuestra. Dicen así: “Me aconsejaron ... que no bebiera alcohol y que no me drogara” (2), “tuve unas manchas en la cara... finalmente me hicieron un análisis de sangre y me dijeron que tenía hepatitis por el alcohol y lo que consumía” (3); “hay que cuidarse mucho el hígado y no beber alcohol” (14); “sé que no debo beber alcohol” (18).

- En cuanto a la patogenia, se refieren a la hepatitis C como hígado “hinchado” (número 26), se “destroza” el hígado (individuo número 21), el hígado está “tocado” y se va “comiendo poco a poco” (nº 18), se “estropea el hígado poco a poco” (nº 19). Otro dice “si está apagada nada, pero si se enciende puedes morir de cirrosis” (nº 15). El individuo que no comenta el contagio de la hepatitis C de los 14, el nº 3, dice haberse informado por su cuenta, y, aunque no habla de formas de contagio, dice refiriéndose al S.I.D.A. “mi sangre debe funcionar bien porque no me he contagiado”.

- En cuanto a los 11 individuos de la segunda submuestra que tienen hepatitis C, recordar antes de entrar en detalle que tres de ellos fueron diagnosticados durante el programa y que, por tanto, no sabían que la padecían en el momento de la entrevista.

Del resto, los otros 8, sólo dos se refieren a la misma como enfermedad crónica “que es crónica y es también contagiosa” (8b); “y luego ya se me hizo crónica” (1b) y otro como “enfermedad para toda la vida” (6b). También en este caso, otros individuos hablan en su explicación de una idea de progresión “se va deteriorando el hígado hasta que se estropea y te quedas sin él... te sale cáncer de hígado” (2b); “puede coger un cáncer de hígado” (19b); “que duras 20 o 25 años” (14b).

- En cuanto al contagio, en esta segunda submuestra tres de los 8 individuos que conocer tener hepatitis hablan de la transmisión por vía sanguínea de manera aislada - “me la pegaron en el colegio con 8 años... con una vacuna, antes las ponían que quemaban la aguja... Luego pase en Balsablanca una de esas hepatitis que pasamos los que nos chutamos” (1b); “Poca cosa, nada... pues por la jeringuilla la he pillao, por la sangre” (20b); “la he cogido de compartir insulinas” (26b). Además, otros tres hablan de la transmisión sanguínea y también de la posibilidad de transmisión sexual: “y que es contagiosa... se puede contactar por un tubo mismo, pasándolo... Venosa y ¿sexual también? ¿por qué hay un montón de gente que no se pincha y tiene hepatitis C?” (8b); “me caliento mucho la cabeza en que me haga algún corte... por la sangre que le pueda transmitir... No está todavía mirado si por el acto sexual se puede coger” (14b); “que tuviera cuidao cuando tuviera una relación sexual, que tuviera cuidao con los cubiertos, ... si me hiciera una herida también” (19b). En total son 6 los individuos de esta muestra que comentan la transmisión sanguínea, el 75% de los que conocen tener la infección y el 54,54% de los infectados. La transmisión por vía sexual la comentan como posibilidad el 27,27% de los infectados.

- En cuanto al tratamiento, sólo nombra el interferón un individuo, el 26b “que sé que no se cura pero hay un tratamiento que debe ser muy bueno, el interferón... Que me lo pusieron ya hace años pero como estaba con la droga... si se lleva bien se pueden estabilizar las transaminasas”. Además el 1b dice “Me han dado Legalon 150 y eso”. Dos individuos más hacen referencia al tratamiento pero en otros términos: “me la curó mi madre... a base de comer bien” (4b); “con los medicamentos que hay si no me los puedo tomar ahora porque no tengo afectao el hígado pues tendré que estar un tiempo..y mira tienes que tomar tratamiento... los efectos secundarios son fuertes... me preocupa... Porque dicen que también se puede quedar dormida un tiempo, si yo no tomo alcohol, si no tomo nada” (19b).

En relación con el caso anterior que nos habla del alcohol, son en total cuatro los individuos que hacen referencia al consumo de alcohol como algo perjudicial, otros ejemplos de esto son: “Y si sigues bebiendo, tomando heroína o cocaína, pues se va deteriorando el hígado” (2b) “me la reanime a base de beber, porque claro, si tienes el hígado mal y bebes alcohol.... se te inflama y te sale” (4b); “tienes que llevar una dieta, no puedes beber...” (13b).

- En referencia a la patogenia, hay cuatro individuos que nos comenta: “te duele el hígado... te da pinchazos” (1b); “que es del hígado” (2b); “se inflama” (4b); “que es del hígado y eso... que se inflama” (26b).

Es importante destacar que en los individuos de la primera submuestra el tiempo medio de permanencia en programa hasta la entrevista era de unos 3 meses y medio como media. Esto quiere decir que prácticamente todos ellos han sido “intervenidos” en la Unidad. Es decir, han participado del programa de escuela de salud que se imparte con periodicidad quincenal y en el que se habla entre otros temas de las enfermedades asociadas al consumo. Esta intervención se puede apreciar claramente en el apartado siguiente que hace referencia a la obtención de la información que tienen sobre las

enfermedades que padecen. Esto establece diferencias cualitativas y cuantitativas sobre la segunda submuestra ya que en ésta uno de los requisitos de selección era justamente que no hubieran sido intervenidos aún en la unidad. La entrevista se llevaría a cabo en el primer contacto con el médico de la unidad en un periodo máximo de 7 a 10 días tras el ingreso y en ese momento aún no habían participado de las sesiones del programa educativo. Sirva como ejemplo que, de los 19 individuos que conocen la transmisión por vía sanguínea (76% de los infectados), 13 son de la primera muestra y de los 16 que hablan de la posibilidad de transmisión por vía sexual (64% de infectados), solo 3 son de la segunda muestra.

Como resumen comentaremos además que el 24% (5 individuos de 1999 y uno de 2001) conocen que hay un tratamiento específico, el 32% (4 de cada grupo) que el alcohol es perjudicial y el 40% (6 y 4) hablan de que es una enfermedad que afecta al hígado que se “hincha” o se “inflama”.

➤ Lo que saben sobre la infección por V.I.H.:

Los dos individuos que la padecen en la primera muestra comentan que es una enfermedad crónica – “se que por tener hepatitis C y anticuerpos padezco una enfermedad crónica” (6)- que se contagia por sangre y relaciones sexuales “se contagia a través de la sangre y las relaciones sexuales” (10). Sólo el que toma tratamiento (el nº 10) se considera enfermo el otro dice “sé que tengo anticuerpos pero no me considero enferma”. En la segunda muestra, un individuo dice que no sabe nada –el 6b que conoce que tiene serología positiva desde 1994 y está en tratamiento antirretroviral-; aunque luego detalla que lo cogió “en la prisión pinchándome”. Cuando se pregunta directamente si sabe algo sobre las “pastillas que está tomando” si que dice que “lo único que tenía malo era la carga viral, tenía mucha... son para que se me baje la carga viral”. El otro individuo, a pesar de lo reciente del diagnóstico (dos meses atrás) si que se refiere a ella como enfermedad crónica, para toda la vida, y habla del contagio intravenoso, aunque también dice “No tengo información”.

Hemos encontrado que todos los individuos conocen las formas de contagio, y, aunque uno de los cuatro afirma que no sabe nada. En uno de los artículos consultados sobre conocimientos y actitudes de mujeres toxicómanas con serología positiva y embarazadas ¹⁵⁶ encontraron que tenían un grado de información aceptable en lo que concierne a la enfermedad aunque detectaron conductas de riesgo no acordes con esos conocimientos.

➤ Lo que saben sobre la alergia:

Los dos individuos de la primera muestra que la padecen, (1 y 24) dicen que es una enfermedad “genética” y describen con detalle los alimentos a los que son alérgicos. El 1 además nos comenta los tratamientos por los que ha pasado. El 24 tiene intolerancia al gluten y es alérgico al polvo, nos cuenta también la sintomatología y lo que debe hacer ante una crisis. En cuanto a los cuatro individuos de la muestra segunda (5b, 8b, 11b y 24b) que refieren ser alérgicos, dos de ellos comentan ser alérgicos y costa dicha información en la historia clínica, uno refiere con detalle los alimentos a los que es alérgico -“alergias al melocotón, fresa, manzana y nueces” (5b)-, sin embargo el otro

¹⁵⁶ LACOSTE MARIN, J.A.; GALLO VALLEJO, M. (1991) *La embarazada toxicómana ante el SIDA. Conocimientos y actitudes*. Adicciones, 3 (2), 141-151, 14 REF.

simplemente dice que tiene “alergia nada más” (24b) sin entrar en más detalles y cuando se le pregunta si que refiere pruebas de alergia positivas a “los gatos, el pelo de animales... al polen, a la polución, al polvo... a la harina”, también comenta varios tratamientos antihistamínicos. Luego, el 11b nos dice que tiene alergia a “A los animales, a los perros, al polen... Cuando venía la primavera estornudaba y tosía” pero no podemos confirmar dicha alergia por los datos que constan en la solicitud de ingreso ni por la clínica durante el programa que figura en la historia clínica. El individuo que resta comenta: “alergia a la resina del pino” (8b) sin embargo esta información no es contrastable con los datos extraídos de la solicitud de ingreso o la historia clínica. Además destacar que el 4b no refiere alergia alguna y sin embargo si que consta en su historia clínica una alergia al olivo.

➤ Lo que saben sobre el asma:

En la primera muestra hay tres individuos asmáticos. Dos de ellos (9 y 10) se refieren a esta enfermedad como algo actual y el tercero, el 24, se refiere al asma y la alergia como algo ya pasado tal y como ya hemos comentado y transcrito en el apartado de alergia. El individuo número 9 dice “sé que se contrae el músculo de los bronquios y no me entra aire, también se inflama la pared y para eso es el Pulmicort”. También comenta “dudo del diagnóstico porque hay días en que no me entero y otros en los que no puedo ni hacer deporte”. Es este caso concepto de enfermedad está basado exclusivamente en la sintomatología aguda. En cuanto al individuo 10 sólo comenta que “me la han detectado hace poco, y me tengo que hacer pruebas porque me ahogo”. En cuanto a los de la segunda muestra que padecen asma (el 11b y 22b) lo que comentan sobre la misma es la sintomatología y el tratamiento: “Me dio un ataque a los dos, tres años,... me pinchaba todos los días... supongo que sería el tratamiento... se me acabo el asma pero sufro aún algo.. me canso enseguida” (11b); “pues que no debo fumar. Debo evitar las sustancias que me afectan, polvo, humedad y plumas.. Nunca me he preocupado porque tampoco he estado en crisis... En momentos puntuales con el Ventolín me he sentido bien”. Luego nos relata que el alguna de las crisis llego a “perder el control de esfínteres” y estar “amoratada” (22b).

➤ Lo que sabe sobre “el ácido úrico”:

El único individuo que nombra y padece este trastorno (el número 8 de la primera submuestra) comenta “del ácido úrico sé que se forman cristales... que no tengo que beber alcohol ni comer embutido ni mariscos... ahora con el tratamiento hace tiempo que no me ocurre”. También en este caso parece que la “consideración de enfermo” del paciente está en función de la sintomatología que ha padecido por las crisis gotosas de repetición.

➤ Lo que saben sobre la tuberculosis:

Tal y como se ha comentado no hay ningún individuo con tuberculosis pero sí hay uno en la muestra primera que comenta tener “bronquitis crónica y no sé si tuberculosis” (13) y otro en la segunda muestra que dice “y esto que tengo de mantoux” (2b). El de la primera muestra sobre esta enfermedad comenta: “De la tuberculosis sé que se forman unos agujeros en el pulmón, infiltraciones me dijeron que eran.. Se contagia en un corto periodo en que la enfermedad entra por los pulmones y por la tos lo puedes contagiar

por el aire”. En cuanto al de la segunda muestra dice “sé que es tuberculosis pero el mantoux no es tuberculosis, pero si te sale... que no lo tienes negativo, es que has estado en contacto con alguien que lo ha tenido y tu te encuentras con que lo llevas encima pero no eres propenso... sabes que no lo tienes por las pruebas, el “estupo” y unas placas a los pulmones”. Ambos tienen información sobre el “contagio” de otra persona que padezca la enfermedad y en el caso del segundo individuo conoce que la prueba de mantoux positiva no significa necesariamente enfermedad sino contacto. También el 17b nos dice “el posible contagio con la tuberculosis que estamos a expensas de que me hagáis una placa y todo eso” haciendo referencia al protocolo que está cumplimentando y el 16b “cuando me hicieron la prueba de la tuberculosis, que me salió ahí los veinte centímetros esos que salen... me hicieron radiografías y estaba bien... A lo mejor había estado en contacto con alguien o que he estado vacunado”.

Además hay un quinto individuo, el 25b, que no nos relata nada en referencia a la enfermedad porque no padece ninguna pero, en la pregunta sobre los problemas de salud que le preocupan, nos habla, entre otros, de la tuberculosis. Por este motivo, y dado que no nos tenía que contestar a la pregunta ¿qué sabes sobre las enfermedades que padeces? puesto que no padecía ninguna, decidimos ver qué sabe sobre la tuberculosis y se lo preguntamos directamente. Nos cuenta que “alguien cogió tuberculosis” y “a todos los que teníamos bares, nos hicieron Sanidad un esto –señala su antebrazo- y nos dijeron que teníamos que poner tratamiento”.

➤ Lo que saben del alcoholismo:

El único individuo de la muestra que comenta como enfermedad “tengo alcoholismo” (el 25 de la primera muestra) dice de esta enfermedad “sé que es fatal para mi cerebro, para el hígado... Que es difícil curar y que es para toda la vida”. Hace referencia por tanto a los conceptos de deterioro físico y mental y al de cronicidad.

➤ Lo que saben de la drogodependencia:

Ninguno de los cuatro individuos que comentan la adicción o drogodependencia como enfermedad explican luego en esta segunda pregunta nada sobre lo que ya han referido que les ocurre y sí sobre otras enfermedades. Así, el 1 de la primera submuestra dice textualmente “sí, pienso que tengo un problema con las drogas la drogodependencia es una enfermedad”. De nuevo el número 13 de la primera muestra que dice padecer “adicción a cocaína” entre otras, cuando es preguntado por qué sabe de las enfermedades que padece explica sobre el resto, pero no sobre esta. Algo similar ocurre con el 12b “adicción a la cocaína” no comenta nada sobre ella en este apartado (sí cuando se le pregunta específicamente si considera la drogodependencia una enfermedad y por qué) y sí sobre la espondilitis que padece. Finalmente el 24 de la primera muestra, que, después de decirnos que está sano y que no padece ninguna enfermedad nos dice “sólo tengo problemas con la coca que es más bien una enfermedad psíquica y no física”. Tuvimos dudas de si incluirle en este grupo o no puesto que nos dice que está sano pero finalmente hemos decidido incluirle dada la similitud a los otros casos.

➤ En cuanto a la bronquitis crónica por fumar o el tabaquismo:

El primer individuo (13) comenta “de la bronquitis sé que puede ser que sature demasiado el pulmón o los bronquios por la nicotina”, el segundo (22b) sobre el “tabaquismo” dice saber que “es más perjudicial que la media para mí más que nada porque se me llenan de moco los pulmones y no puedo respirar” –hace referencia a que es asmático- y sigue diciendo “los ataques me vienen más sucesivos, se acorta el plazo”.

➤ Lo que saben sobre los diagnósticos psiquiátricos:

El 21b es el único individuo que refiere “esquizofrenia paranoide” cuando se le pregunta sobre las enfermedades que padece en el momento de la entrevista. Los otros dos individuos que también comentan temas psiquiátricos lo hacen como antecedentes de enfermedad. Son los individuos 10b y 13b. El 10 b refiere “a partir de los 15 años he ido a psicólogos y psiquiatras... estuve yendo poco tiempo, no me daban medicación ... pues por desequilibrio mental, por fumar porros, por beber, por jaleos en casa, por peleas,... porque yo misma me encontraba mal y lo pedía”; no cuenta mucho más de lo que sabe sobre los problemas que le hicieron ir al psiquiatra a excepción de los siguiente: “tenía muchos problemas en casa... pues eso, estrés, me desequilibraba la cabeza, desequilibrio mental.... Estuve un tiempo yendo al psiquiatra y todo... y tomaba datos y eso... Además era un psiquiatra muy serio”. En cuanto al 13 b que comenta que le preocupan “los nervios” comenta sobre este problema: “era un niño muy inquieto, muy inseguro... con problemas de relación...”... “mi madre me lo dijo que me llevó al psicólogo a los 11 años y dijo que padecía de los nervios”. En cuanto al individuo 12 de la primera muestra lo único que nos dice es que “de la maniaco-depresión me han dicho que tengo que tomar tratamiento y lo estoy tomando pero no creo que lo necesite”. El resto nos dicen lo que ya hemos recogido en el apartado anterior.

➤ Lo que saben de la meningitis:

Tres individuos del total de la muestra nos hablan de la meningitis como antecedente de enfermedad. El 7 cuenta que es “un líquido que se hace malo en el cerebro, viene de la columna vertebral y va al cerebro” y “te puedes quedar mal con dificultades mentales o físicas”. También otro individuo de la segunda muestra el 8b comenta haber padecido meningitis a los 10 o 11 años y lo que sabe: “poca cosa, ... me pincharon en la columna para sacar líquido”. Además otro individuo, el 23 b, refieren que tuvo “una grave que me pincharon en la espalda, había riesgo que quedara paralítico o tonto... estuve ingresado en el hospital... no recuerdo el nombre”. Como veremos más adelante, los tres, son dependientes de heroína y cocaína.

➤ Lo que saben sobre otras enfermedades:

Hemos recogido en este apartado no sólo lo que dicen sobre las enfermedades que padecen en el momento de la entrevista sino también aquello que comentan sobre las que refieren como antecedentes. Así:

De las fiebres maltas dice (7) que “se coge de productos lácteos, de la leche de cabra o de los quesos y da fiebre alta”. En cuanto al 8b nos dice que: “no sé lo que son”.

En individuo 25 de la primera muestra de la anemia comenta “de la anemia no sé mucho, nunca había tenido a pesar de la anorexia... sé que es una falta de glóbulos en la sangre”.

Sobre la espondilitis anquilosante el individuo 12 b dice: “sé que es una enfermedad crónica y te dan molestias en la espalda o en las articulaciones... debería esta siguiendo un tratamiento”.

El individuo 10b comenta que tuvo: “Bulimia cuando era pequeña” y lo que sabe al respecto es: “se sabe que es bulimia una persona que vomita... pues ya lo sabe el médico. El médico se lo dijo a mi madre... yo me acuerdo que vomité y estuve una semana sin comer..... Una semana estuve vomitando... y me pusieron suero durante 4 o 5 horas y ya está”. Por las explicaciones que da y ante la ausencia de antecedentes o sintomatología actual se puede deducir que esta paciente no tiene bulimia y probablemente el episodio que relata corresponde a una gastroenteritis que requirió ingreso hospitalario.

El individuo 13 b refiere que en la infancia tuvo “reuma” y de esta enfermedad que "era una falta de defensas en la sangre con lo cual me produce el reuma, velocidad en la sangre.

El 20 b relata que tuvo conjuntivitis y lo que sabe sobre la misma que “me echaba colirios en los ojos y tenía muchas legañas... si me rascaba me salían más...”

Otro individuo (7b) refiere haber padecido herpes y de esta enfermedad refiere que es /muy contagioso”.Y el 19b sólo nos dice de la tosferina “que es una enfermedad muy mala”.

De la rubeola el 7 dice que “sólo se pasa una vez en la vida, salen granos...” y que “normalmente sólo la tienen las chicas”. También otro individuo de la segunda muestra comenta que “me daba vergüenza que me vieran”. De la “picota” o la “rubéola” el 24b nos dice “me acuerdo que íbamos a comprar y a mí me daba vergüenza salir”.

Del sarampión el individuo 3b relata que “el sarampión era lo de los granitos, que aún tengo marquitas... aquí en la nariz, agujeritos y eso, que me rascaba... que no me acuerdo yo, ... era muy pequeño”. Otro, el 14 b dice “que son granitos”. Varios individuos más comentan haber padecido sarampión en la infancia pero no nos cuentan nada sobre la enfermedad.

En cuanto a la varicela dos individuos nos hablan de ella. El 16b comenta que “te salen granitos” y “que tengo por aquí dos agujeros o tres”. Y el 23b sabe de la varicela que “me picaba mucho todo el cuerpo y tenía muchos granos rojos... Sé que es mejor pasarla de pequeño... de mayor es más perjudicial”. Además el 15b sólo nos dice: “Me acuerdo que la pase muy mal”.

¿Quién te lo ha contado?

Si clasificamos sus respuestas en general, sin atender a las enfermedades, encontramos la siguiente distribución:

En la primera submuestra, al responder a la pregunta ¿quién te lo ha contado?, 9 individuos (34,62%) dicen haber aprendido lo que saben sobre la enfermedad en la Comunidad Terapéutica (sólo uno fue diagnosticado de la enfermedad a la que se refiere durante el programa). De estos algunos dicen que tenían información antes pero no le prestaban atención. Otros 10 individuos más (38,5%) dicen haber obtenido la información en su/s médico/s de cabecera o especialista (entre otros), uno más por su hermana que es A.T.S. y otros 2 por folletos del C.I.P.S. (Centro de Información y Prevención del SIDA). De los

cuatro individuos restantes, dos tienen hepatitis C (16 y 19) y no aunque dan información Sobre lo que saben sobre ella no nos dicen quien les da dicha información y otros 2 (4 y 22) dicen no estar enfermos ni haberlo estado nunca y por tanto no contestan a esta pregunta. Además, un individuo dice haber aprendido por su cuenta en revistas y libros además de por el médico y la televisión según en qué enfermedad. Es el número 7 de la muestra número uno y aparece con más detalle aparecen al final de este apartado. También ocurre esto con otros dos individuos, el 6 y el 25, que dicen haber leído y aprendido en la televisión además de por la información obtenida de los médicos.

En global en esta primera submuestra, la información que tienen la han recibido por médicos (de cabecera y especialistas fuera de la Unidad y dentro) en un 73,07%. Si añadimos a estos, los dos individuos que obtuvieron información a través del CIPS y el que obtuvo la información por su hermana que era ATS vemos que un total de 22 individuos, el 84,62%, han obtenido la información sobre su enfermedad en servicios sanitarios. El porcentaje que se ha informado en la Comunidad Terapéutica, 9 individuos el 34,62%, es demasiado amplio considerando que los diagnósticos e la enfermedad son muy anteriores al ingreso. Probablemente la abstinencia hace que presten atención a las enfermedades que padecen, durante el consumo ninguna de ellas parecía adquirir importancia en estos casos. Del 15,39% restante, el 7,69% no padece enfermedad ni figura antecedente alguno, por lo que se puede afirmar que la información sobre la enfermedad la han recibido básicamente de personal y servicios sanitarios. Solo 2 individuos, el otro 7,69%, corresponde a dos individuos que no nos cuentan quien les dio información sobre la hepatitis C.

En la segunda muestra 15 individuos (57,69%) dicen haber aprendido lo que saben sobre la enfermedad por servicios médicos (de primaria o especialistas de distintas disciplinas UCA incluida). De estos 15, cuatro hacen referencia a enfermedades ya pasadas (antecedentes). Además, dos individuos más dicen haberse informado por médicos antes del programa y en la Unidad y uno más haberse informado exclusivamente en la Unidad. Estos 3 hacen un total del 11,58% de la submuestra. Otro individuo más, el 7b, refiere haberse informado por su madre “que era médico”. De los siete restantes dos (7,69%) dicen haberse informado por “oídas mías... de la gente” (11b) o “por mi mismo” (5b) al referirse a los conocimientos sobre la alergia. Los otros cinco hablan de su familia (“mi familia”, “mis padres”, “mi madre”) como fuente de información, en todos los casos la información que les aportó la familia es sobre enfermedades ya pasadas (antecedentes). Esto ocurre en ambas muestras, algunos individuos refieren saber cosas de las enfermedades por su familia, en especial por su “madre” que “me lo contó”. Normalmente cuando se refieren a esta fuente de información nos están relatando episodios de enfermedades infecto-contagiosas de la infancia (sarampión, varicela, rubéola), antecedentes de enfermedad en la infancia que en muchos casos por si mismos no recuerdan.

En el global de la segunda submuestras y considerando el total de individuos que se han informado a través de personal de servicios sanitarios vemos que un total de 19 individuos (73,08%) –incluimos en este porcentaje los que se han informado por médicos fuera de la Unidad, los que han obtenido la información dentro y el que se informó por su madre que era médico-. Es un alto porcentaje si consideramos que sólo 2 dicen haberse informado por “sí mismos” y los otros cinco se informaron por su familia de enfermedades de la infancia cuya información no podrían haber obtenido de otro modo. Destacar que en este caso sí que la información obtenida de la Unidad se reduce considerablemente en comparación con la primera. Esto es lógico si pensamos que en esta segunda muestra los individuos están en la Unidad un máximo de dos semanas en el momento de la entrevista.

En concreto los dos individuos que dicen haber obtenido la información por “sí mismos”, se refieren a la alergia en el primer caso (5b) y el asma en el segundo (11b).

Algunos ejemplos de lo que comentan son:

Sobre el “ácido úrico” (8): “me lo dijeron hace siete años pero nunca hice caso... El médico de cabecera”. En número 7 de las Fiebres maltas dice: “me lo contaron los médicos”, de la rubéola “me lo contó mi madre” y de la meningitis “lo sé porque me he interesado leyendo revistas y escuchando la televisión”. En referencia al sarampión el individuo 3b dice “Mi madre”.

De la información sobre la tuberculosis el individuo 13 dice que le han informado en el CIPS. Y el 2 b por la información de la UDR “más que nada, la otra vez que estuve aquí fue cuando me entere de todo eso” –en el anterior programa en el centro inició profilaxis con isoniacida-.

De la Espondilitis Anquilosante el individuo que la padece dice haberse informado en el centro de especialidades de Torrente y en el Hospital general.

En el apartado 3.3.-Enfermedad y Salud en función de los diagnósticos aparecen con más detalle quién les dijo qué cosas en función de la enfermedad. Encontraremos en este caso que, en muchas ocasiones, cuando un mismo individuo nos habla de varias enfermedades, en algunas de ellas la información la han obtenido de los servicios sanitarios –especialmente en el caso de enfermedades como la hepatitis B o C- y en otras la han obtenido a través de su familia o por los recuerdos que ellos tienen, sobre todo cuando relatan enfermedades infecto-contagiosas de la infancia.

¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento? ¿A qué has venido al centro?

Tal y como hemos comentado anteriormente, estas preguntas y las dos que quedan de este apartado sólo fueron hechas en la segunda submuestra, a los 26 individuos que constituían la misma.

Ambas preguntas eran realmente una. Nuestra intención en todo momento era clarificar al entrevistado que queríamos saber qué esperaba obtener durante el transcurso del tratamiento y al mismo tiempo que creía que necesitaba hacer en el mismo. Dado que la mayoría de los entrevistados nos han contestado haciendo referencia a varios puntos distintos Sobre sus expectativas hacia el tratamiento, hemos decidido, en primer lugar, describir un resumen de sus respuestas lo más literal posible. Hemos puesto en estas respuestas en letras mayúsculas aquellas cosas que pensamos constituyen el eje central de su contestación de la que hemos hecho un resumen respetando la literalidad de los párrafos. Una vez transcritas las respuestas para las dos preguntas, en segundo lugar, hemos hecho un análisis de las mismas agrupándolas por contestaciones con contenidos comunes. Así, en esta segunda parte, veremos que un mismo entrevistado, aparece en varios apartados distintos en función de las distintas respuestas que nos da.

A continuación exponemos los resúmenes de las respuestas a la primera pregunta ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento? Están ordenadas por número de individuo de la segunda submuestra y en algunos de ellos hemos añadido entre paréntesis después de la transcripción alguna nota aclaratoria. Son las siguientes:

(1b).- “Las expectativas que tengo es centrarme, y, pues despejar la cabeza.... Lo que quiero es salir de la droga pa siempre ya.... y eso, de paso curarme bien el hígado y centrarme en lo que quiero pa cuando me salga de la droga”.

(2b).- “... Y como vi. que estuve muy bien durante un año y dos meses... trabajaba y no necesitaba nada, no dependía de nada, me encontraba estupendamente”¹⁵⁷.

(3b).- “Me gustaría conseguir mi total rehabilitación¹⁵⁸ ... y el poder salir del tema este de las drogas por completo, para siempre.... llevar una vida sana.... También tengo mis problemas judiciales”¹⁵⁹.

(4b).- “... Tiene bastantes puntos:.... responsabilidad, que nunca he sido responsable..... cambiar, tener un tratamiento con mis seres queridos distinto.. porque los quiero pero no lo demuestro. Saber vivir como cualquier persona yo realmente estoy cansado.... Y un poco por el apoyo de mi familia...si no fuera por ellos yo no estaría aquí”.

(5b).- “El segundo programa...yo lo que me preocupó más –la ira y todo eso lo tengo muy controlado-... Y lo que me quiero controlar más es ... cosas que te puedan pasar mal en la vida... que tire para adelante como cualquier persona... Yo recaí, tuve una discusión con mi padre¹⁶⁰, que discutí con él pero para siempre”¹⁶¹.

(6B).- “A desengancharme de la droga”.

(7B).- “Ponerme todo bien... fuerte psicológicamente y físicamente.... Quiero estar sana de cuerpo y mente. Aprender a ser más cariñosa... menos hostil. Y a salir bien para que mi padre se sienta orgulloso de mí y para que yo me sienta orgullosa de mi misma”.

(8b).- “Salir de una vez por todas de las drogas”.

(9b).- “Estar un tiempo fuera de allí, de mi ambiente. Y cuando vaya estar con mi familia y pasar de todo, de los malos ambientes de allí....”.

(10b).- “... Tranquilizarme, equilibrar más mi cabeza, no pensar negativamente, ... no preocuparme tanto por las cosas...”.

(11b).- “Solucionarme los problemas.... saber resolver los problemas que tengo en casa... Asumirlos y que intenten afectarme lo menos posible”. Insistimos y le preguntamos sobre esos problemas. Nos los cuenta: “Pues mi madre alcohólica... mi padre le tira mogollón a las máquinas... por encima de todo... discuten mogollón.... están separados pero viven en la misma casa.... no lo acabo de asumir”.

(12b).- “Quiero salir de aquí... teniendo más control de las cosas... no beber compulsivamente... No sé administrar el dinero... Y la familia...porque no entienden el por qué de que quiera matarme... intentaban ayudarme pero me presionaban demasiado... pensé que mi vida así no valía la pena”.

(13b).- “Yo espero curarme. Porque estoy harto ya de ... de vivir drogándome”.

(14b).- “... Espero encontrarme a mi misma... yo no me quiero mucho. ... espero poder salir curarme de las drogas.... He tenido altibajos... estaba ansiosa por la fotos,... Yo tenía unas fotos, por lo menos para que me motivara más... me he alegrado mucho de ver a mis hijas en las fotos y a mis padres.... Espero que me ayude a afrontar las cosas como son... corregirme en lo que haga mal”.

(15b).- “Espero que me sirva para reflexionar... para observarme a mí misma... y para controlarme... detenerme un poco... pararme a pensar...”.

¹⁵⁷ Esta hablando de una experiencia anterior similar, de otro programa de tratamiento.

¹⁵⁸ De hecho luego habla de la terapia, apoyo psicológico y habilidades que requiere....

¹⁵⁹ Habla de dos expectativas inicialmente y luego de un beneficio secundario, resolver sus problemas judiciales

¹⁶⁰ En este caso, la relación con su padre era prácticamente inexistente desde la infancia (estaban separados) por lo que es muy importante para él que al acabar el anterior programa el padre le facilitara un puesto de trabajo. Es probable que “no tolerara” descubrir que las cosas con su padre no iban tan bien como a él le hubiera gustado.

¹⁶¹ Habla de tolerancia a la frustración

(16b).- “A quitarme la timidez... Ser más abierto a la gente ... y saber decir que no... muchas veces me agobio porque quiero quedar bien con todos, con mi familia, con mis padres, con mis hermanas... y yo digo a todo que sí y al final exploto... después la droga claro,... que para escaparme pues me metí ahí y me escapé pero peor ha sido”.

(17b).-“Que me ayude a ver en dónde he fallao... que la droga no es el problema sino que es uno de los problemas que yo tengo... el problema va dentro de mí, es mi personalidad... nunca he querido pararme a pensar que realmente el problema está en mi cabeza... Aparte de la adicción es porque yo soy así... Conocerme mejor a mí mismo, y que me orienten y ayuden...técnicas... saber como soy...”.

(18b).- “Salir desintoxicado y no volver a recaer más. Salir con bastantes fuerzas...”.

(19b).- Contesta en un largo párrafo a ambas preguntas de manera enlazada. Él nos habla en un folio y medio de transcripción de prácticamente todas las expectativas del resto de la muestra. Dice así: “... espero...encontrarme bien conmigo mismo... No verme como antes, ese hundido... Que me veía impotente muchas veces a la hora de afrontar mi vida... Yo he creado desconfianza en mi familia... Y ya empecé yo a mandarme mensajes muy negativos hacía mí... La autoestima baja... ¿Aquí?... a intentar borrar y salir adelante... me daba vergüenza de muchas cosas mi padre bebía, pegaba a mi madre, a mi hermano le daban ataques epilépticos, mi hermano mayor bebía también... Y todo eso me ha hecho sentirme tan mal que me refugiaba en las drogas... me decían también que yo no valía para nada... Todo eso me producía ser una persona que no estaba centrada.... Pues intentar llegar al equilibrio... Siempre me he sentido derrotado, bajo... No estoy en el mismo estado que las otras personas porque a lo mejor estoy muy resentido de la vida... Nunca he podido llevar una vida normal. Nunca he sabido controlar el dinero... Muchas cosas que tengo que aprender... No he sabido ser una persona responsable”¹⁶².

(20b).- “Ponerme bien y estar bien...”.

(21b).- “¿Qué espero de curarme o cómo?...Pues desengancharme de lo que estoy... las drogas y de las máquinas y del alcohol...”.

(22b).- “Seguridad en mí misma.... y... dominar mi vida, ser dueña de mi vida... necesito aprender a dirigir mi vida. ¡Estaba harta ya! ¡Ya estaba bien!”.

(23b).- “Salir de aquí cambio en el sentido de dejar de consumir drogas y poder hacer una vida un poco más sana..... por mí, por mi salud. Porque el sistema nervioso lo tenía dereriorao... mejorar mi salud y poder también económicamente recuperarme”.

(24b).- “Mentalizarme ya lo tengo, que no voy a consumir más pero.... Espero aguantar aquí el bastante tiempo para olvidarme de todo lo que hay por ahí fuera”.

(25b).- “Lo que espero es poder enfrentarme a las cosas, o a ciertas personas sin tenerme que coger una cerveza y sin tener que acabar en el hospital” (25b)

(26b).- “... Pues a deshabituarme total de las drogas y a estar preparao pa... altibajos y cosas. Pues dejarlas ya para siempre ¡que ya está bien!” (26b)

¹⁶² En este caso, el 19b, hemos abierto un apartado de la transcripción sobre la sintomatología que relata porque describe muy bien ésta sobre el Trastorno Límite de Personalidad para el que teníamos sospechas diagnósticas. Añadido a lo que ya hemos comentado dice así: “No soy igual que los demás, porque me afecta todo y me voy, me drogo, me refugio... De momento no lo sé, pero tengo esperanzas en la vida de poder llegar a ser una persona normal. No sé de que manera pero intentarlo por lo menos. Porque yo me siento mal conmigo, estoy cansado de estar siempre sufriendo... Muchas veces lo has intentao explicar....quieras o no, eso me lleva a ser una persona un poco insatisfecha en todos los sentidos. Y me lleva a sentirme mal... muchas veces a no poder hacer y verte ahí atrapado... atrapado al no poder agarrarte a nada porque eres débil.. Soy muy débil y me afecta todo”

A continuación pasamos a detallar un resumen de las respuestas a la segunda pregunta ¿A qué has venido al centro? En esta ocasión sólo aparecen en mayúsculas aquellas cosas que no comentaron ante la primera pregunta y las añaden ahora. Sus respuestas son:

(1b).- “A eso” –no dice nada más, incide en sus primeras respuestas-.

(2b).- Se reitera también en su respuesta hablando de la “prevención de recaídas”: “¿qué espero?, pues cuando salga no tropezar otra vez en la misma piedra”. En este caso y dado que es un segundo programa le preguntamos por qué cosas nuevas espera encontrar o cuales no aprendió en el anterior ya que él insiste en que viene a “aprender, la educación... el leer, escribir...” al repetirle la pregunta sobre el objeto de este segundo programa comenta que “espero luchar mucho más que antes, esa una... El no juntarme con gente que he estado”.

También el 3b repite y matiza su respuesta. Insiste en que “espero del tratamiento eso, una terapia, un apoyo... verme en la calle con las habilidades... encontrar un apoyo psicológico, una ayuda terapéutica”.

(4b).- En la segunda pregunta hace alusión a “aprender más de lo que ya sé... porque he estado en otros centros.... cada uno tiene su forma de tratar al enfermo¹⁶³... porque realmente nosotros somos enfermos”.

(5b).- “A intentar cambiar mi conducta... estoy débil, ... estoy un poco depre”.

(6B).- “A desintoxicarme¹⁶⁴” – es similar, antes dijo a desengancharme-.

(7b).-“A lo que todo el mundo... a hacer lo que se hace” (7b).

(8b).- Luego dice que ha venido al centro “A rehabilitarme..... Porque en la calle, sin seguimiento y sin nada no vas a ningún lado.. Te desenganchas pero el siguiente paso – el tratamiento psicológico, médico... Te dan fecha a un mes y cuando vas ya no te acuerdas.... Un seguimiento”.

(9b).- Repite: “Por mi madre”. Cuando se le insiste en a qué ha venido dice: “espero sacar lo que quiero sacar, los dos meses que me quiero quedar e irme para mi casa”. Intentamos averiguar qué es lo que espera “sacar” dice “pensar más en como tenía que actuar y no echar mi vida a perder...”

(10b).- “A desintoxicarme.. Bueno, más o menos antes ya estaba... He venido a arreglarme en el plan cambio de carácter....aguantar los problemas, afrontarlos y seguir luchando”.

(11b).- También repite la misma respuesta que en la primera pregunta: “resolver los problemas”.

(12b).- “A aprender más, a tener recursos para cuando me den bajones..... A dejarme ayudar” (12b).

(13 b).- Primero se reitera en su respuesta: “... a eso, a curarme y a seguir un programa”=. Después matiza lo que espera encontrar en este tratamiento añadiendo bastante más información: “Pues hacer mis terapias, recoger más información para cuando salga..... ahora mismo salir a la calle para mí es una putada... yo sé que a la mínima voy a ir a drogarme porque tengo mucha ansiedad.”.

(14b) “Yo, a curarme... a ponerme más fuerte... se me vaya esa debilidad...” Repite la misma contestación que en la primera pregunta.

(15b).- Se repite en su respuesta pero matiza y especifica mucho más: “Enseñarme en las terapias de grupo... los conocimientos acerca de recaídas y todo eso... Un poco mi

¹⁶³ De hecho continua diciendo: “Aquella persona que diga que somos drogadictos vale, somos drogadictos pero enfermos”. Como esta contestación responde a la última pregunta de la entrevista, será objeto de nuestro análisis en ese apartado.

¹⁶⁴ Es el único individuo que toma metadona y de hecho su respuesta hace referencia a todas las drogas pero especialmente del tratamiento que lleva: “Salir de la heroína y quitarme de la metadona también... de las pastillas”.

familia... mi padre esto no lo concibe... que yo quiero a mi familia..pero las drogas no te dejan actuar como tu eres... el venir aquí ha sido más que nada también porque mi padre ya había llegado el punto de quitarme a mis hijas... Que yo ya veía que a mis hijas las perdía.... ¡'Ya estoy harta de verdad... Yo creo que ya he jugado bastante... Lo que quiero valorar aquí es que me ayudéis... todas las terapias estas de grupo que me ayuden a como evitar las recaídas...”

(16b).- “... A ver si se me quita la ansiedad y las ganas de consumir”.

(17b).- “A aprender... poder rehacer mi vida y que confíen otra vez en mí... Tanto por lo que ha sufrido mi madre... haber perdido el trabajo y tanto dinero.. pues estaba muy preocupada”. La respuesta es muy similar a la anterior aunque añade alguna respuesta.

(18b).- “A desintoxicarme y a ponerme fuerte” (reitera su contestación).

(19b).- Tal y como hemos comentado, da su respuesta a ambas preguntas en un mismo párrafo que ya hemos resumido en las respuestas a la primera pregunta.

(20b).- Añade: “A rehabilitarme”.

(21b).- “... Poner atención, en las clases... Y escuchar lo que me digan los tutores y los profesores y los psicólogos”.

(22B).- “A formarme... para ser yo misma, ... para dejar detrás el pasado y aprender... Saber dominarme mis emociones y sentimientos en cada situación... sentirme seguro y no tener que recurrir a ninguna sustancia...” –se reitera-.

(23b).- “... Hacer más o menos las indicaciones que me vayan dando los psicólogos, ... Y todo lo que te van enseñando, luego, cuando vayas a la calle, llevarlo a cabo... Ir aprendiendo....”. Aunque no utiliza exactamente las mismas palabras sí hablaba antes de la necesidad de cambio y dado que ambas cosas las hemos contabilizado como aprender/cambiar consideramos que las respuestas son similares.

(24b).- “A curarme... Se cura uno mismo.. cada uno se lo tiene que mentalizar escuchar a la gente lo que me dice.....”.

(25b).- “... Siempre me he considerado un poquito corta, vosotros reaccionas al momento pero yo no... Yo me lo como y después es cuando estallo. Entonces me ocurre lo que me ocurre... agachar la cabeza y acobardarme... y coger la cerveza para enfrentarme... Yo, a conseguir enfrentarme y no tomar ni una cerveza”.Vuelve a repetir con más datos su respuesta.

(26b).- También se reitera: “Pues a eso, he venido a eso..... Mucha terapia...”.

Finalmente comentar que un total de 12 individuos dan exactamente la misma respuesta en ambas preguntas, son los números 1b, 2b,3b, 6b, 9b, 11b, 14b, 18b, 22b, 23b, 25b y 26b. Tres más dan la misma añadiendo algunos matices (son el 13b, 15b y 17b) y el resto simplemente añaden otras expectativas distintas de las que ya habían comentado en la primera pregunta.

A continuación pasamos a clasificar las contestaciones en función de las respuestas más repetidas por los entrevistados. Estas han sido:

- Los que hacen referencia a un tratamiento de deshabitación/rehabilitación, hablan de terapia, etc son los individuos 3b, 8b (hace referencia a un tratamiento más intensivo y “concentrado” en espacio y tiempo), 13b, 15b, 20b y 26b.

- Los que hacen referencia a una desintoxicación, “desintoxicarme, desengancharme” son: 6b, 10b, 18b, 21b.

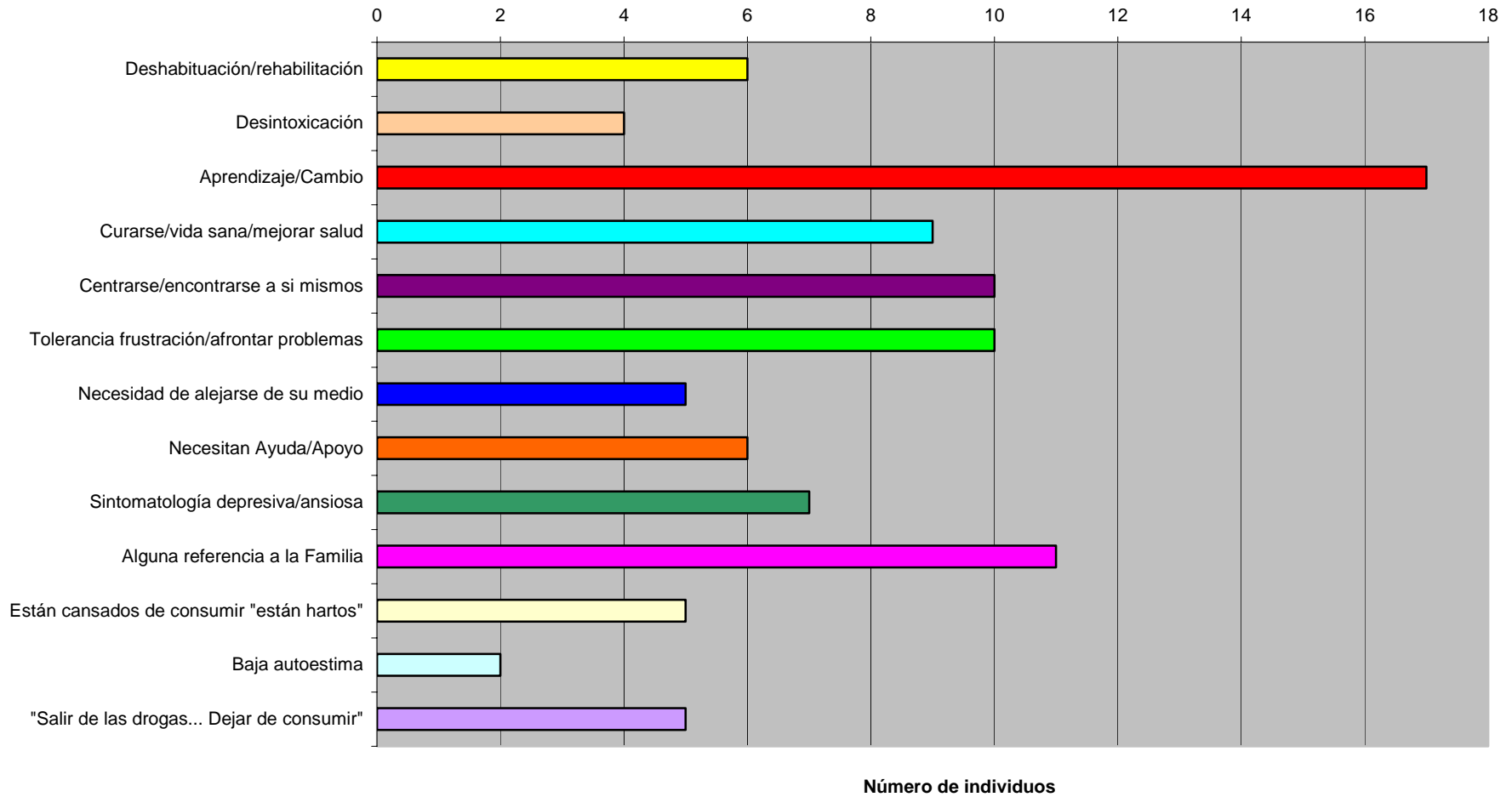
- Los que hacen referencia a la necesidad de un aprendizaje, de un cambio (“aprender... saber resolver..., tener información..., cambiar cosas concretas, necesidad de cambio, corregir..., etc”): 2b, 3b, 4b, 5b, 7b, 10b, 11b, 12b, 13b, 14b, 15b, 16b, 17b, 19b, 21b, 22b, 23b.

- Los que vienen a “curarme (como algo general o concreto)... llevar vida sana, ...ponerme bien, ... mejorar mi salud”: 1b, 3b, 7b, 13b, 14b, 20b, 21b, 23b, 24b.
- Los que hablan de “centrarse, equilibrarse, encontrarse a sí mismos, controlar más, mentalizarse”: 1b, 5b, 10b, 12b, 14b, 15b, 17b, 19b, 22b, 24b.
- Adquirir “tolerancia a la frustración” ser capaz de “enfrentar/afrentar los problemas” o hacer frente a los problemas (“aguantar los problemas... saber resolverlos”: 5b,10b, 11b, 12b, 14b, 16b, 17b, 19b, 22b, 25b.
- Los que buscan refugio o necesitan alejarse de su medio: “pienso que si estas Navidades las pasase en la calle me iba a chutar seguro” (1b); “como vi que no podía salir allí en Gandía”(2b); “estar un tiempo fuera...” (9b); “ahora mismo salir a la calle es una putada” (13b); “aguantar aquí el bastante tiempo para olvidarme de todo lo que hay por ahí fuera” (24b).
- Los que hacen referencia a la necesidad de ayuda, apoyo o a dejarse ayudar: 3b, 8b, 12b, 14b, 15b, 17b.
- Hacen referencia a sintomatología depresiva/ansiosa o intentos de autolisis: 5b, 12b, 13b, 14b, 16b, 19b, 26b.
- Los que hace alguna referencia a la familia: 4b, 5b, 7b, 9b, 11b (como el origen de sus principales problemas que le cuesta aceptar), 12b, 14b, 15b, 16b, 17b, 19b.
- Los que hacen referencia a que están cansados (“estoy harto”) de la vida de drogodependiente: 4b, 13b, 15b, 22b, 26b.
- Los que comentan tener baja autoestima: 14b, 19b.
- Además hay 5 individuos que, aunque hablan de otras expectativas, en un momento de su exposición utilizan literalmente la frase “salir de las drogas... dejar de consumir”: 3b, 8b, 14b, 23b, 24b.
- Además están aquellos individuos que, tras su exposición inicial, expresan, como algo secundario que esperan conseguir, otras expectativas secundarias: “a curarme el hígado” (1b); “llevar una vida sana... También tengo mis problemas judiciales” (3b); “No sé administrar el dinero” (12b); “Que yo ya veía que a mis hijas las perdía” (15b); “Mejorar mi SALUD y poder también económicamente recuperarme” (23b).

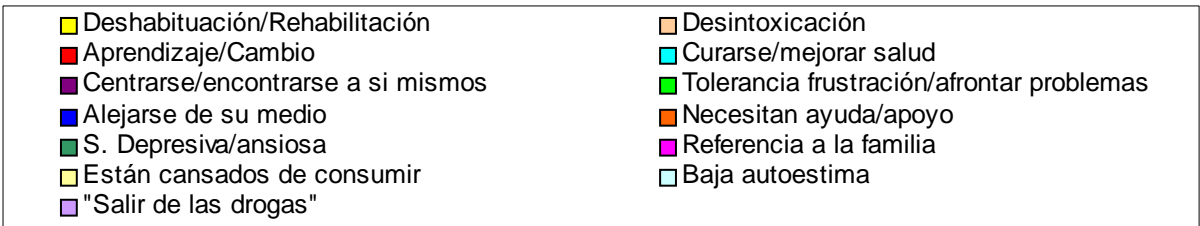
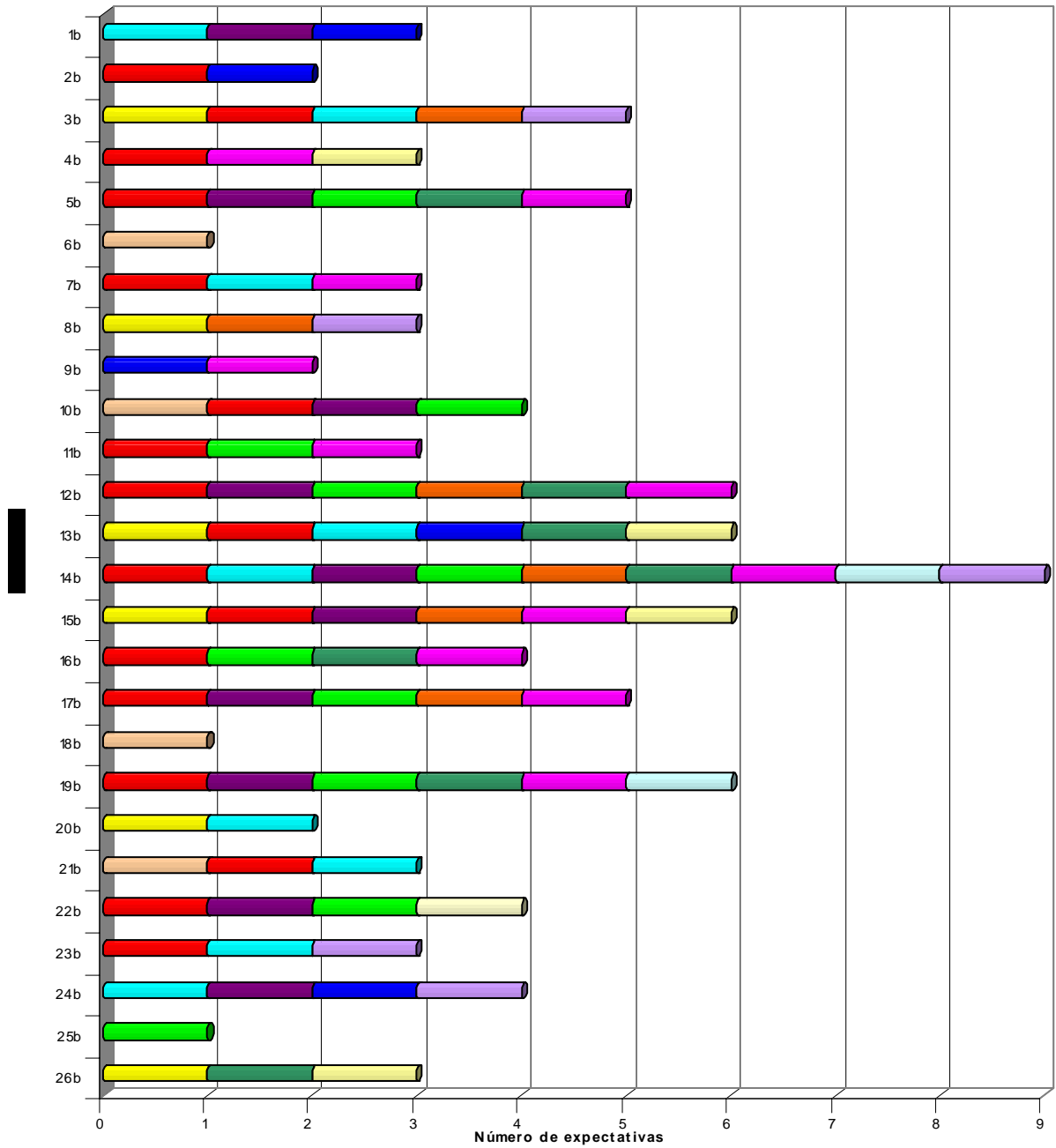
Estas distribuciones se pueden observar en las dos gráficas Expectativas hacia el tratamiento, -donde aparecen la clasificación de las expectativas y el número total de individuos que comenta cada una-; y Expectativas de cada individuo, -donde podemos objetivar las respuestas de cada individuo-. En esta segunda gráfica se puede observar que hay un patrón que se repite en al menos siete individuos (5b,10b,12b,14b,17b,19b y 22b) que consiste en que los siete señalan la necesidad de aprendizaje, el centrarse y encontrarse a sí mismos y el adquirir tolerancia a la frustración y afrontar los problemas como sus principales expectativas hacia el tratamiento (corresponden a los colores rojo, morado y verde).

Observando esta última gráfica, si cuantificamos las respuestas, vemos que la moda se sitúa en tres respuestas con un total de 8 individuos. El máximo número de respuestas lo alcanza el individuo 14 b con nueve respuestas diferentes. La media de respuestas por individuo es de 3,73 respuestas por individuo.

Expectativas hacia el tratamiento



Expectativas de cada individuo



¿Cómo definirías droga?

Para analizar este apartado nos ha parecido oportuno en primer lugar recoger el resumen de cada una de las respuestas que los entrevistados dan a esta pregunta y transcribirlas literalmente poniendo el letras mayúsculas lo que ellos resaltan en sus definiciones.

Es importarte comentar aquí que además de hacer la pregunta directamente a los entrevistados utilizando la frase que aparece en el encabezamiento “¿Cómo definirías droga?”, a la hora de hacer esta pregunta en las entrevistas hemos utilizado frases aclaratorias que hemos transcrito fielmente al pasar las entrevistas. Un ejemplo de estas frases aclaratorias es la que aparece a continuación tomada de la entrevista número 21b: “Si yo te pregunto qué es una silla, o qué es una mesa, tú me lo sabes describir con tus palabras y me sabes definir qué es, como si fueras un diccionario. Si yo te pregunta ¿Qué es para ti una droga? A ver si consigues definírmela”.

A continuación pasamos a listar los resúmenes de las contestaciones de los entrevistados para posteriormente pasar a analizarlas.

“Para evadirte de la realidad. Yo siempre lo he dicho ¿por qué la tomas? Pues porque te gusta” (1b).

“Es una cosa muy fuerte. Es como un cáncer que se puede curar si le pones remedio y lo pillas a tiempo... La droga es una cosa igual, como si fuera un cáncer que tienes que intentar salir de ella por ti mismo, por uno mismo”(2b).

“Son sustancias que te crean una falsa imagen de la realidad. Te distorsionan la realidad y te hacen sentir mejor por el momento, aunque luego.. te trae los beneficios a corto plazo, luego a largo plazo te trae todas las malas consecuencias... las judiciales, enfermedades, etc.... al haber sido consumidor y haber estado “enganchao” siempre vas a tener tentaciones.... Pienso que la droga la tienes que tener presente, le tienes que tener un respeto y un miedo” (3b).

“Para mí la droga es un estimulante, un ... Bueno, antes de un estimulante, un olvido, o un querer esconderse de algo. Para mí es eso.... Sólo que a lo primero no, a lo primero era el querer conocer... Para mí la droga es eso un olvidarte, un estimulante, un esconderte de tus responsabilidades...” (4b).

“Es una cosa que te... Que en un momento dado te puede llenar y te puede dar una satisfacción personal... La droga te da, te produce unas sensaciones, que no te las producen muchas otras cosas”(5b).

“La droga es una mierda... Porque son muchos problemas... mala conducta, peleas para conseguir droga... Me ha traído muchos problemas. Por eso me he pagao muchos años en la cárcel” (6b).

“Pues antes creía que para mí la heroína, que lo único que valía la pena en esta vida era ella. Que me daba igual estar viva que muerta. Y lo que opino de ella ahora es que aquí me he dao cuenta de que hay cosas que sí que realmente merecen la perna... Lo que pasa es que la heroína es una mentirosa y te engaña. Te engaña y te engaña.. La heroína es una ruina, es destrozarte. Es lastimarte la vida”. (7b)

“¿Qué droga? ¿Todas?. Para mí hay diferencia entre las drogas sintéticas y las otras.. Pues una droga sintética para mí es quitarme de la realidad.... No sé, yo las utilizaba los fines de semana y el fin de semana que no las utilizaba o no salía, o estaba de mala ostia... Pero no, no la necesitaba... Pero la otra yo la consumo también para evadirme de la realidad y estar,

pues ...desconectao” (8b). Primero establece diferencias entre “dos tipos de drogas” pero realmente al explicar lo que son para él da definiciones similares como evadirme de la realidad o quitarme de la realidad.

“¿Para mí? Que te estás matando tu misma y una,, ¿es una mierda!. Y quien la toma es porque quiere... he perdido a mi padre por la mierda de la droga ... Y he perdido también a amigos por la droga. A un amigo por una sobredosis con metadona, con cocaína, heroína...” (9b). Por su explicación se traduce que para ella la droga es algo que mata, pero también insiste aquí y en las dos preguntas siguientes en que quien la toma es “por que quiere”.

“La droga es algo que te mata. Algo que te va quemando poco a poco... puede haber momentos en los que tú te haces creer que estás bien pero a la hora de la verdad te das cuenta que estas mal” (10b).

“Pues una sustancia que te evade de todos tus problemas en el momento que la estas tomando. Y que te crea dependencia ... pero luego resulta que tienes los problemas más ese problema. No puedes vivir sin ella, pero vivir con ella te mata” (11b).

“... la que estaba tomando ahora era una manera de ver la vida mejor...Más llevadera... me casé y al día siguiente me di cuenta de que no me tenía que haber casado... Y fue una manera de llevar las cosas más fácil.... Cuando empecé a tomarla era una manera de sacar lo que no se saca normalmente con las personas... El ser más divertido y tener menos vergüenza” (12b).

“Pues es la mayor mierda que hay. Es la ruina total... te inclina a delinquir y a todo... lo que una persona no haría en su sano juicio drogándote lo haces. Tu eres una persona abierta, eres alegre... se te va la alegría. Te vuelves arisco, te vuelves violento. Es, eso una ruina” (13b).

“La droga es una ruina. Una ruina personal... Porque yo me he ido de fiesta y me hacía coca, speed... pero me iba de fin de semana, luego entre semana estaba trabajando ... Y fue probar la heroína y ahí ha sido mi ruina... para mí lo pero del mundo.. para mí la heroína... Le tengo miedo” (14b).

“Una sustancia que te altera el organismo y tus funciones... Crea dependencia psicológica... Osea no te deja ser tu misma... no me sentaba bien... no me lo paso bien. No hablo... no eres tu misma. Estas dependiendo de algo que no te deja. No haces tus funciones como las harías normalmente... Las haces con más exaltación, con más exageración pero mal” (15b).

“Un escape. Un escape de todos los problemas que he tenido. Porque no es un escape pero ¡yo que sé!, me hacía sentir bien y me hacía sentir tranquilo... Se me olvidaban todos los problemas... y aparte me abría a la gente y perdía la timidez con mi familia” (16b).

“Es una sustancia que me provoca... Una sustancia maligna para el cuerpo. Pero para mi... la sustancia que he consumido es una sustancia que me ha dao vitalidad, buen rollo.. Todo ficticio ¿no?, ya sabes.... Ficticio porque luego al final es una nube..., porque yo, cuando no he tenido droga no he sido igual que cuando estaba con droga... me ha tapao mucho de los defectos de personalidad que puedo tener...¡joder, era una sustancia que me daba una claridad de ideas cojonuda!. Me daba claridad de ideas pero de lo malo, de lo mal que estaba haciendo... Tenía una percepción de las cosas impresionante. Y un funcionamiento. Lo que pasa es que eso es al principio. Luego al final... era como un complemento más de mi vida... desde que me levantaba hasta que me acostaba tenía que estar con la droga... Saber que tenía que estar con droga para poder funcionar... Tienes que estar aguantando y solo pensando en ponerte... pera poder funcionar e ir al trabajo... Por eso ya me empecé a dar cuenta de que y.. de debía ser algo de cabeza. Sí es una adicción, pero que yo necesito...” (17b).

“vicio, placer... y enganche. Vicio, que es un vicio increíble. ¿Por qué?, porque te induce mucho placer y te engancha mucho por el placer que produce y por la ADICCIÓN que tiene” (18b).

“Pues eso, droga... Es que no sé... Una droga es una cosa que te mata muy lentamente... O rápidamente... No sé” (20b).

“Pues algo que te pone bien, a gusto... Yo que sé, no sé que decirte....te poner a gusto.... Es una cosa que la buscas tu porque quieres, no porque te obliga ni nada de eso” (21b).

“Pues es una sustancia que me hace ser yo misma.... en hablar, en comunicarme, en ser pasota cuando quiero serlo, cuando una situación no me gusta me evado...” (22b).

“Droga la definiría como una sustancia que te hace sentirte bien... Te hace sentir bien y luego poco a poco... al final para ser tu mismo necesitas esa sustancia. El cuerpo se acostumbra a funcionar con esa sustancia y el día que no la tienes ya no eres tú... Son todo problemas y dependes de ellos... problemas de rayaduras en la cabeza... de los nervios... económicos...” (23b).

“Pues a lo primer, mot bé, molt guai... De estar bé... Pero poc a poc, merda... Es igual com el minjar. Si tu minges poquet i bé, sempre estàs bé... Però si tu vas abusant.. pues al final estaras gordo i tendras problemes al cor.. Pues lo mateix es la droga... anar pujant, pujant, i pujant...I anar sempre viuigent...Ca vega te fa restar més de coneixements, de personalitat... si eres una persona ja un poquet fluixeta de personalitat o de moral, t`enfona molt més i ja no saps controlar” (24b).

“¿Drogas incluida el alcohol?¹⁶⁵.. Para mí personalmente algo estimulante que me hace sentir bien, y me hace sacar el valor que no tengo....y a la hora de la verdad reconocer después que la he fastidiado cogiendo esa cerveza” (25b).

“Pues algo que te engancha y... te mata poco a poco...te va destruyendo. “Te va machacando poco a poco... Es lo que lleva, que te hace adicto... te atrapa” (26b).

Al analizar las respuestas vemos que la mayoría de individuos cuando nos dan su definición de droga nos ofrecen respuestas que podemos clasificar en distintos bloques. Es decir, la mayoría de ellos nos hablan en su definición de facetas distintas y por ello los contabilizamos en cada una de ellas. Del análisis de estas respuestas extraemos las siguientes conclusiones:

El 23,08% de la muestra, un total de 6 individuos comentan en su respuesta que la droga es una sustancia. Son los individuos 3b, 11b, 15b, 17b, 22b y 23b. Uno de ellos, el 15 b, añade que “es una sustancia que te altera el organismo y sus funciones”. Y el 17b que es “una sustancia maligna”.

Tres individuos, el 4b, el 17b, y el 25b dicen que es un estimulante, algo que les da vitalidad. Los dos primeros son consumidores de cocaína como droga principal y el último de alcohol.

Dos individuos, el 3b y el 8b, hablan de que la droga les distorsiona la realidad. Sin embargo, el 17b dice que le da claridad de ideas. Los dos primeros son consumidores de heroína y cocaína en speedball y el tercero de cocaína esnifada. Aunque estas respuestas pueden parecer dispares no lo son tanto si analizamos lo que también dice el individuo 17b al respecto comentando que es “todo ficticio”, un engaño. Esto mismo también lo comenta el individuo 7b que dice textualmente refiriéndose a la que es su droga principal de abuso “la heroína es una mentirosa y te engaña”.

Ocho individuos, el 30,77%, nos dicen que es algo que les gusta, que les hace sentir bien. Sus respuestas son: “porque te gusta” (1b); “y te hacen sentirte mejor” (3b); “te puede dar

¹⁶⁵ La droga por la que ha venido al centro es exclusivamente el alcohol.

una satisfacción personal” (5b); “me hacia sentir bien” (16b); “ te pone bien” (21b); “te hace sentirte bien” (23b) ; “a lo primer .. estar bé” (24b); “ me hace sentir bien” (25b).

Cuatro de los entrevistados comentan que les produce sensaciones agradables. Dicen así: “Te produce unas sensaciones que no te las producen muchas cosas” (5b); “es una sustancia que me ha dao... buen rollo”(17b); “vicio, placer, y enganche” (18b) y “te pone a gusto” (21b).

Cuatro de los entrevistados hablan de que la droga les ayuda a sacar valor, a desinhibirse. Dicen así: “era una manera de sacar lo que no se saca normalmente con las personas... el ser más divertido, tener menos vergüenza” (12b); “y aparte me abría a la gente y perdía la timidez con mi familia” (16b); “me hace ser yo misma... en hablar, en comunicarme, en ser pasota cuando quiero serlo” (22b); “me hace sacar el valor que no tengo” (25b).

Ocho individuos de la muestra, el 30,77% comentan que es una forma de evadirse, de escapar de las responsabilidades o los problemas de la vida cotidiana. Sus respuestas son: “Para evadirte de la realidad” (1b); “un olvido, o un querer esconderse de algo, .. esconderte de tus responsabilidades” (4b); “quitarme de la realidad, evadirme de la realidad, a estar desconectao” (8b); “te evade de todos tus problemas”(11b); “se me olvidaban todos los problemas” (16b); “me ha tapao mucho de los defectos de personalidad que puedo tener” (17b); “cuando una situación no me gusta me evado de la realidad” (22b), y finalmente el individuo 19 b del que transcribo su respuesta completa porque recoge muy bien lo que todos estos individuos quieren decir. Dice así: “Pues escape. Escape a tu realidad. .Sientes pero escapas. Yo siento, que me estoy perdiendo la vida pero como estoy atrapado en ese mundillo... Yo pienso que es eso, en no querer ver la realidad y, no sentir...porque te ves mal pero no ves la realidad. Quieres un poco decir “No quiero verme, no quiere sentirme, no quiero aceptarme, no quiero que me afecte nada”... el no querer afrontar. El abandonar responsabilidades” .

Además de estos ocho que hablan de que es una forma de evasión, un individuo más, el 12b dice que “era una manera de ver la vida mejor, más llevadera... fue una manera de llevar las cosas más fácil...”.

En contraposición a los que nos cuentan que es una forma de evasión están los cinco individuos que nos dicen que es algo que genera muchos problemas, que trae malas consecuencias. Decimos en contraposición porque sólo un individuo, el 11b, nos habla de las dos cosas, de que te evade de los problemas y te genera más problemas. Él dice así: “Pues una sustancia que te evade de todos tus problemas en el momento que la estas tomando... pero luego resulta que tienes los problemas más ese problema”. El resto de individuos hablan sólo de que les genera problemas. Sus respuestas al referirse a eso problemas son: “a largo plazo te trae todas las malas consecuencias... las judiciales, enfermedades” (3b); “son muchos problemas... mala conducta, peleas para conseguir droga... por eso me he pagao muchos años de carcel” (6b); “ problemas de rayaduras en la cabeza... de los nervios... económicos” (23b) y “si tu vas abusant.. al final estaras gordo i tendras problemes al cor... pues lo mateix es la droga” (24b).

Tres de los entrevistados comentan que la droga te cambia a peor, que no eres tú mismo. Sus palabras son: “Tu eres una persona abierta, eres alegre... se te va la alegría, te vuelves arisco, te vuelves violento” (13b); “No te deja ser tu misma... no me sentaba bien... no me lo paso bien. No hablo... No eres tú misma” (15b) y “Ca vega te fa restar més de coneixements, de personalitat” (24b). En contraposición a estos tres individuos hay dos que hablan justamente de lo contrario, de que la droga les hace ser tú mismo. Sus palabras son: “es una sustancia que me hace ser yo misma” (22b) y “al final para ser tu mismo necesitas esa sustancia” (23b). Hemos revisado los datos del apartado de

variables sociodemográficas en función de los diagnósticos y no hemos encontrado diferencias entre los distintos informantes que justifiquen estas dispares respuestas.

También hablan en este contexto negativo de la droga más individuos. Así, los individuos 6b, 9b, 13b y 24 b se refiere a ella como “mierda”. El 17 b, tal y como hemos comentado ya, como una sustancia maligna. El 2b refiere que es como si fuera un cancer. El 18b habla de vicio. Finalmente los individuos 7b, 14b, y 13b –de nuevo porque este ya la definió también como “mierda”- nos dicen que para ellos es una ruina.

Además cinco individuos, el 19,23% de esta submuestra, se refieren a ella como algo que mata. Son los informantes 9b, 10b, 11b, 20b y 26b. Como ejemplo de esto hago constar aquí la frase que utiliza el individuo 11b para describirlo: “No puedes vivir sin ella pero vivir con ella te mata”. Otro informante más, el individuo 7b nos comenta que es “destrozarte la vida, lastimarte la vida”.

Hacen referencia a que la droga genera dependencia un total de 7 individuos, el 26,92%. Son los números de entrevista 3b, 11b, 15b, 17b, 18b, 23b y 26b. Para referirse a esta dependencia utilizan distintos términos:

- Utilizan las palabras adicción o adicto el 17b, 18b y 26b.
- Utilizan el término dependencia el 11b, 15b y 23b.
- Utilizan el término enganche el 3b, 18b y 26b.

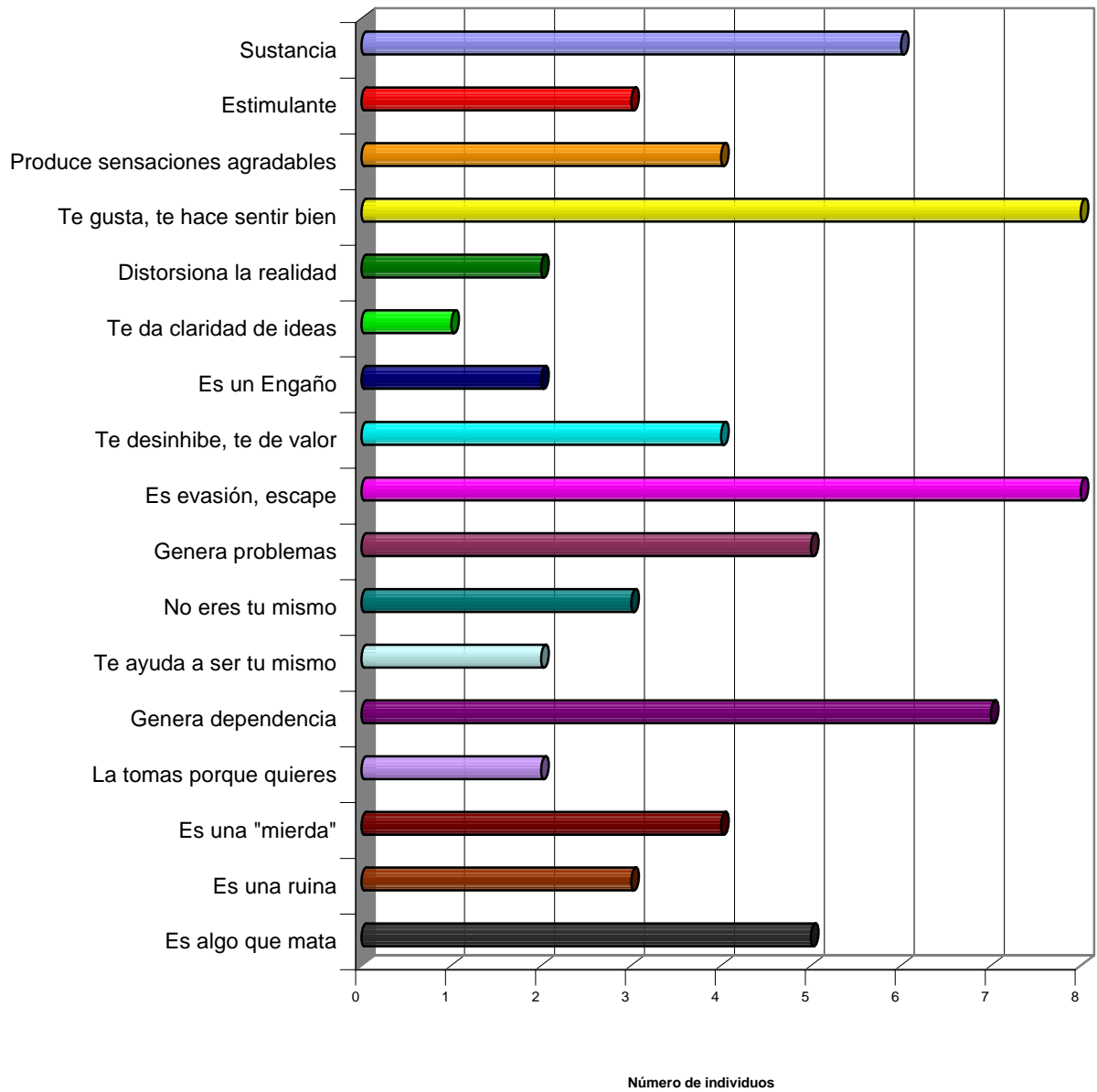
Como se puede objetivar, dos individuos utilizan más de uno de estos términos. Es curiosa la definición del 18b de droga. Dice así: “es vicio, placer y enganche. Vicio, que es un vicio increíble. ¿Por qué?, porque te induce mucho placer y te engancha mucho por el placer que produce y por la adicción que tiene”.

Finalmente comentar que, en contraposición a los 7 individuos que hablan de la dependencia que produce la droga, hay dos que nos hablan de que la tomas porque quieres. Sus testimonios son: “Y quien la toma es porque quiere” (9b) y “es una cosa que la buscas tú porque quieres, no porque te obliga ni nada de eso” (21b).

Después de recoger estos datos/resumen de las entrevistas y de haber analizado los resultados hemos buscado en un diccionario la definición de droga. Lo hemos hecho en este orden con el objetivo de que la definición que aparece en un diccionario al uso no nos condicionara a la hora de seleccionar y resumir las respuestas de nuestros entrevistados. Así, la definición de droga que encontramos en el diccionario de Lengua Española de la Real Academia Española 22 edición de 2001 es: “Sustancia mineral, vegetal o animal que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes. // 2. Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. // 3. Medicamento”.

El la representación gráfica Definición de droga podemos observar en rangos generales la frecuencia de la terminología que los entrevistados utilizan para definir droga.

Definición de Droga



¿Consideras la drogadicción/drogodependencia una enfermedad?

En las respuestas a esta pregunta encontramos que un total de 17 individuos, el 65.38% de esta submuestra, contestan afirmativamente. Es decir, el 65,38% de los individuos entrevistados consideran la drogodependencia/drogadicción una enfermedad. Dentro de estos podemos objetivar que utilizan distintas fórmulas para contestar afirmativamente. Sus respuestas son:

- Doce individuos contestan directamente con un “Sí”. Son los números de entrevistado 2b, 3b, 4b, 5b, 7b, 11b, 12b, 13b, 16b, 18b, 21b, y 26b. El individuo 7b, al explicar el porqué considera que es una enfermedad, vuelve a afirmar seis veces que es una enfermedad.
- Un individuo, el 1b contesta utilizando la palabra “sí” y también “Claro”. Su respuesta es: “Claro que es una enfermedad. Sí” .
- Tres entrevistados contestan utilizando la palabra “Claro”. Son el 8b, 19b y 20b.
- Y finalmente el 22b contesta afirmativamente diciendo: “ ya te he dicho que para mí el tabaquismo es una enfermedad. La droga es otra... Otra adicción como el tabaco o el café que te hace estar enganchada”.

Es importante reseñar que de todos estos individuos, de los 17 que consideran la drogadicción una enfermedad, sólo uno, el número de entrevistado 12b, nos la enumeró como enfermedad cuando le preguntamos que enfermedades padecía. El 12b nos contesta así en este apartado: “Es una enfermedad sí, un problema”.

Comentar también que el 3b nos dice no sólo que es una enfermedad, sino que es una enfermedad crónica. Su respuesta es: “Yo pienso que sí. Es una enfermedad crónica además. Es una enfermedad que tiene cura ¿no? Porque yo sé de gente que ha salido de las drogas, y si esa gente ha salido yo sé que puedo salir... puedo tener la fuerza de voluntad para poder salir,... es querer uno y tener motivos para salir...”.

Un único individuo de la muestra, el 24b, nos da una respuesta negativa clara diciendo que no es una enfermedad.

El resto de entrevistados, los otros 8 que son el 30,77% de la submuestra, nos dan respuestas no tal claras. Así, en unos casos comentan que sí es una enfermedad y desde otro punto de vista que no es enfermedad. Dentro de este grupo podemos encontrar tres tipos de respuestas distintas que son:

- Cinco individuos nos dicen que “sí es enfermedad” en principio, aunque matizan luego comentándonos que en según qué casos no es enfermedad. Son los entrevistados 6b, 9b, 17b, 23b y 25b.
- Dos individuos nos dicen que “no es enfermedad” y a continuación nos aclaran su respuesta explicándonos en que caso sí consideran que es enfermedad. Son el 14b y 15b. Este último nos contestó que no era enfermedad y fue al preguntarle “¿por qué?” cuando se replantea su respuesta.
- Un individuo más, el 10b, nos dice que “según”. Su respuesta es: “ según... según cada persona... Es que hay veces que puedo pensar que es una enfermedad

y a veces que no, que es un hábito adquirido. Si uno quiere si que lo consigues” . A este individuo se le preguntó después por qué piensa que es una enfermedad en unas personas o momentos y porque piensa que no lo es en otros (ver siguiente pregunta).

A continuación vamos a estudiar con detalle las respuestas del resto de individuos de ese grupo que contestan que sí y que no en función de qué caso. En todos ellos, en la siguiente pregunta –“¿por qué?- hemos recogido ambas vertientes de respuesta. Es decir, hemos recogido por qué piensan que sí por un lado y por qué piensan que no es enfermedad por otro.

Los cinco que nos dicen en principio que sí pero luego dicen que no contestan así:

- El entrevistado 6b dice “Yo creo que sí”¹⁶⁶. Más adelante dice: “No, no creo que sea una enfermedad tampoco, es un vicio más que una enfermedad. Pero una vez que estas enganchao sí que es una enfermedad”. Para él es enfermedad cuando hay dependencia.

- El 9b: “ No sé lo que quieres decir”. Le insisto diciéndole “el ser toxicómano ¿es una enfermedad?” y ella responde “Pues sí y muy grave” . Pero, cuando se le pregunta por qué, vuelve a decir que no, que el que la toma es porque quiere.... Dice que es enfermedad cuando de manera secundaria adquiere otra enfermedad como consecuencia –S.I.D.A., hepatitis, etc- (Ver su contestación en la pregunta siguiente).

- Tras una larga exposición de su punto de vista, el individuo 17b, nos argumenta: “Yo creía que antes éramos unos enfermos, pero ahora me he dao cuenta que tampoco somos,... que tampoco es una enfermedad. Yo no sé si... La enfermedad es uno mismo que por los trastornos que puedas tener, o por la falta de personalidad, o la falta de carácter, o los problemas de fuera, o cualquier cosa, te apoyas en una historia. Luego que te enganche más o te enganche menos.... pues te puede enganchar también el azúcar.... Es una adicción. Yo no sé si considerado adicción es una enfermedad.” En este caso para el entrevistado es enfermedad cuando hay algún trastorno previo que le lleva a consumir drogas – su respuesta se clarifica en la siguiente pregunta-. Finalmente cuando se le preguntan el por qué y su opinión (no la de otros), concluye diciendo que “me estoy dando cuenta es que no es enfermedad.... desde ese punto de vista no es enfermedad la droga para mí”.

- El 23b nos dice: “... es una enfermedad y no...” Es para él una enfermedad también como el 6b, cuando hay dependencia (ver próxima pregunta).

- Y finalmente el 25b nos dice “Tal vez si abusas sí.. Yo no sé... No lo sé” (25b). Dice que sí en el caso de su hermano y que no en su caso.

En cuanto a los dos individuos que nos dicen en inicio que no es una enfermedad y después que sí, sus comentarios son:

- El 14 b, dice en inicio que no es una enfermedad aunque luego matiza: “ yo creo que no... Es una cosa que nos buscamos nosotros mismos, pero luego ya... Es que no sé, puede ser que si sea una enfermedad... Es que hay veces que pienso que sí y hay veces que pienso que no”.

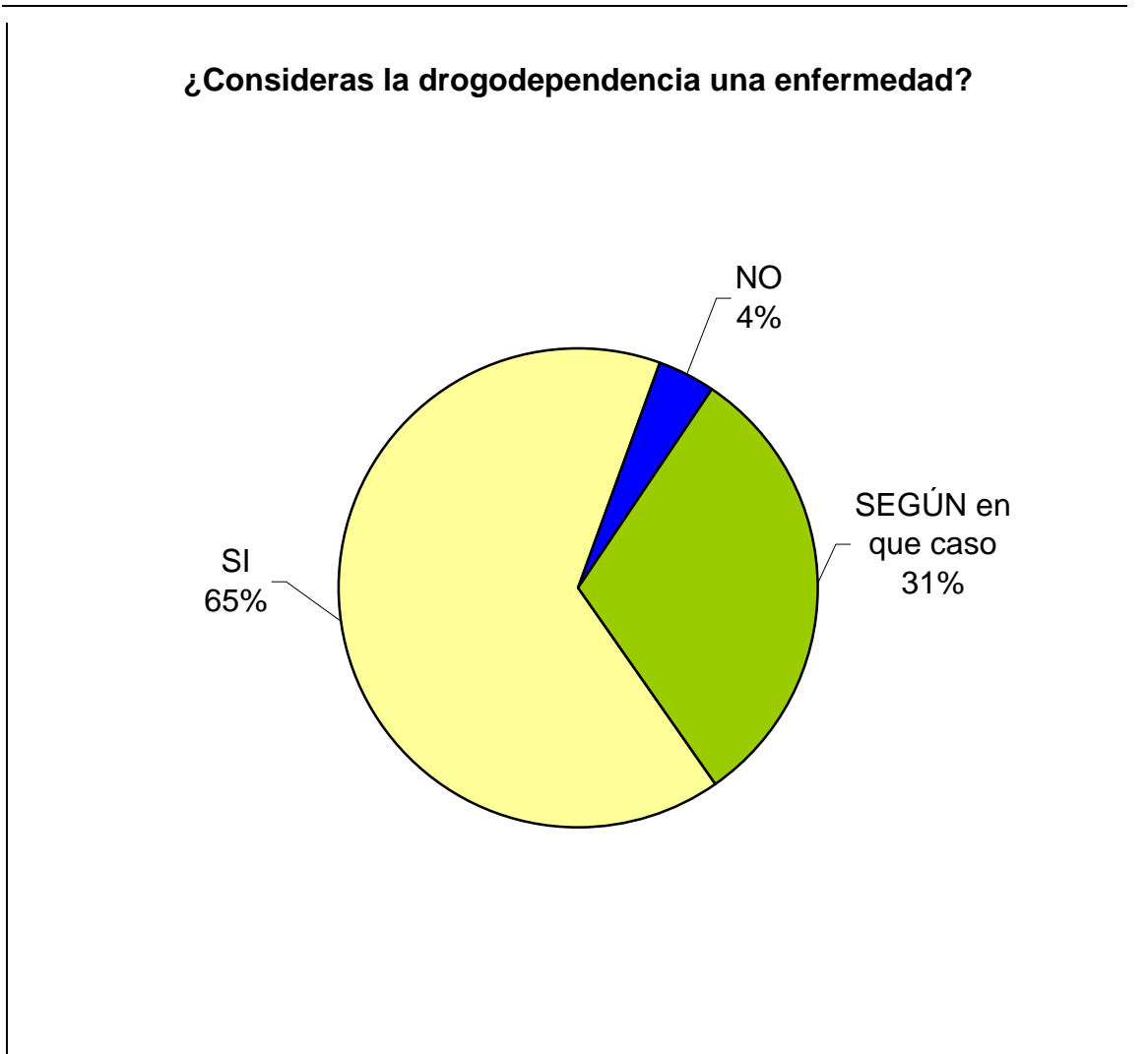
- También dice que no es una enfermedad el 15b: “No sé. No sé hasta que punto.... Según vosotros decís es una enfermedad crónica¹⁶⁷ .. Yo no la veo así.. Es una dependencia, pero

¹⁶⁶ En esta respuesta (6b) hay una nota al pie de la transcripción de la entrevista que dice así: “No duda. Contesta más rápido que al resto de preguntas”.

¹⁶⁷ Se le preguntó donde se lo habían dicho y parece que fue el psicólogo en la sesión de terapia grupal. El informante me interroga al respecto pero no le contesto, el digo que le diré lo que pienso cuando acabemos pero que continúe diciéndome lo que él piensa al respecto (ver transcripción de la entrevista).

no sé si eso es una enfermedad o no porque yo me siento bien. Yo no me siento enferma por eso, ni que me duela nada ni nada”. Cuando reitero la pregunta diciéndole “¿Tú nunca has pensado que la drogodependencia es una enfermedad?” Ella contesta: “No. No, nunca me he planteado eso nunca... Es una dependencia y punto. Para mí no es una enfermedad. Es una dependencia que yo sé que sí, que eso va estar ahí durante tiempo...”.

La distribución general de las respuestas de los individuos de la muestra a esta pregunta aparece en la representación gráfica ¿Consideras la drogodependencia una enfermedad?



Finalmente añadir un comentario que en el transcurso del primer bloque de entrevistas hizo el entrevistado número 24 que fue preguntado por las enfermedades que padecía pero en ningún momento se le preguntó directamente si la drogodependencia era para él una enfermedad. En un momento de la entrevista nos dijo: “Tengo problemas con la coca que es una enfermedad psíquica no física”.

¿Por qué?

Al analizar este apartado nos hemos ocupado de recoger todas las explicaciones de por qué es o no una enfermedad y ordenarlas en grupos para el análisis, tanto si nos las contestaron al preguntarles directamente por qué, o si nos lo contestaron antes, cuando

le preguntamos si la drogodependencia es enfermedad. Se han recogido todas las respuestas menos la del individuo 20b que no nos respondió a esta pregunta.

A) Nos dicen que sí es una enfermedad:

- Porque genera dependencia. Nos dan esta respuesta un total de 12 individuos, el 46,15% de la muestra. Son el 1b, 2b, 3b, 5b, 6b, 7b, 8b, 13b, 15b, 17b, 22b y 23b. Dentro de estos, los que nos dan, prácticamente como única respuesta, la dependencia que genera, son los individuos 1b, 2b, 5b, 8b y 23b. El resto nos dan más argumentos.

Hemos intentado encontrar alguna relación entre esta respuesta y el tipo de sustancia de consumo que utilizan. Cruzando estos datos hemos encontrado que, de estos 12 individuos, cinco son consumidores de heroína como droga principal –2 fumada y 3 intravenosa-, son a su vez el 71,43% de los consumidores de heroína (5 de siete); tres más son consumidores de speedball (heroína y cocaína por vía intravenosa) son a su vez el 60% (3 de 5) de los consumidores de speedball de la muestra; un individuo más es consumidor de cocaína esnifada y heroína fumada como sustancias principales y otro más consumidor de cocaína y alcohol, y dos de cocaína aisladamente.

Finalmente comentar que de todos ellos el número 15b dice que es una dependencia pero no sabe si eso es o no una enfermedad. Dice así: “Es una dependencia, pero no sé si eso es una enfermedad o no porque yo me siento bien”. Algo similar nos comentaba el individuo 17b en la pregunta anterior cuando nos decía: “Es una adicción. Yo no sé si considerado adicción es una enfermedad”. Curiosamente éstos son dos de los tres individuos de esta submuestra que son consumidores de cocaína como única sustancia. Además estos dos individuos junto con el 6b y 23b forman parte del grupo que nos daba dos puntos de vista –en función de estos puntos de vista es o no enfermedad tal y como ya hemos comentado en el apartado anterior-.

En cuanto a la terminología que utilizan, en esta ocasión utilizan la palabra “enganche” los individuos 2b, 6b, 13b, 17b y 22b y la palabra “adicción” el 8b, 17b y 22b. Los individuos 1b, 3b, 5b, 6b, 7b, 13b, 15b y 23b utilizan la palabra “dependencia” o un derivado de la misma. Como puede observarse varios individuos utilizan más de un término para referirse a lo mismo, son el 6b, 13b, 17b y 22b. Por ejemplo el 22b nos dice: “Otra adicción como el tabaco o el café que te hace estar enganchada”.

Trascribimos a continuación otros ejemplos de esta respuesta. Son los siguientes:

“... Porque cuando te levantas por ejemplo.. y no tienes nada que hacer te vas a buscar. Entonces dependes de ella, es como si fuese el alcohol, que se levantan y hasta que no van al bar y se toman dos o tres copas no... a mí me pasa con la heroína... empiezo por poco pero luego... me tengo que hacer todos los días”(1b).

“Sobre todo porque,... No sé, una vez que se te mete dentro de la sangre... una vez que la metes otra vez y más el que ya la halla probado... cuando ya la has probado varias veces y te has enganchado varias veces vuelves a consumir y nada más con dos o tres veces que la toque... ya te llama otra vez” (2b).

“Y entonces yo pienso que es una enfermedad por eso, porque tenemos esa dependencia...” (3b).

“Porque dependes de ella. Cuando una cosa dependes de ella es que estas enfermo... Una persona que esta normal no le preocupa tanto que pillar, tengo que hacer esto, y estar pendiente solamente de él. Es su enfermedad, es como un bingo... Pendiente ya solamente de eso, ya no me preocupaba de las cosas” (5b).

“Porque ya no eres tú. Eres otro. Eres un dependiente de esa sustancia” (7b).

“Porque es una enfermedad y además bastante grave. La necesitas todos los días.... La adicción a las drogas es.... Y he montao de todo por conseguir droga. He hecho de todo” (8b).

“Porque te crea una dependencia” (13b).

Y, para finalizar exponemos la transcripción íntegra de lo que comenta el individuo 23b que nos parece muy significativa. Por un lado habla de enfermedad porque tiene dependencia física y psicológica y, por otro lado, nos comenta cuando para él se convierte en enfermedad. Dice así: “Es una enfermedad en el sentido de... te lleva psicológicamente y físicamente, dependes de ello. Pero no es una enfermedad porque en cierto modo lo eliges tú.. Empiezas a consumirla y sabes como puedes acabar... y yo creo que no es una enfermedad por eso. Una enfermedad no la eliges tú. Coges la gripe y la coges y ya está. Eso, ... si que tienes un momento en que puedes decir sí o no.. SE convierte en enfermedad cuando te das cuenta que para hacer tu vida necesitas eso... Y necesitas ayuda de todo tipo, de gente que te apoye, de medicinas... te crea una dependencia que, sin nada, es muy difícil salir”. Algo parecido nos decía el 6b cuando comentaba: “Pero una vez que estas enganchao sí que es una enfermedad”.

- Porque se pierde el control. Nos hablan de esta pérdida de control los individuos 4b, 10b, 12b, 14b, 19b, 25b y 26b. Constituyen el 26,92% de esta submuestra. De ellos el 12 b y 14b nos dan, como único argumento para considerar la drogodependencia una enfermedad, esta pérdida de control.

En este grupo de respuestas tres individuos, el 10b, el 14b y el 25b, corresponden al grupo que nos contestaban a si la dependencia es una enfermedad o no con un “según”, en función del punto de vista que consideraran en cada momento.

Los comentarios de los individuos que nos dan esta respuesta son:

“...Es como si fuera, ..., el no poder controlarla ¿no?. Es lo que yo busco, controlarla” (4b).

“... Pero por norma general NO puedes elegirlo, es tu cuerpo el que lo pide... Osea que no, no lo eliges” (10b).

“Porque no puedo controlarla. Yo no consumo cocaína por vicio, por pasármelo bien... No sé, hace diez años me hacía una ralla porque quería... Ahora es algo que no puedo controlar, no puedo ver cocaína. No puedo... Cuando nos casamos intente dejarla y yo ahí me di cuenta que, que no tenía control y ya, con los problemas del matrimonio se fue agravando bastante” (12b).

“Porque es una cosa que a la mínima ya te viene a la cabeza y parece que te llama... tienes que ir” (14b).

“Es una enfermedad entre comillas... porque, en un momento dado, puedes ser una enfermedad. Porque... te domina...” (19b).

“Porque el alcoholismo para mí era esa gente que tiene que estar nada más levantarse coger una copa. Por ejemplo mi hermano Nico, que está fallecido con una sobredosis que se suicido... El era levantarse coger la copa...” (25b).

“.. Porque a lo primer muy bonito y luego, cuando ya pasa la luna de miel, ya un infierno, un calvario.... una agonía día a día... todos los días... ir a robar, buscarte la vida... El no poder controlar las drogas” (26b).

Al analizar quienes son los que nos han dado estas respuestas no hemos encontrado datos significativos. De ellos uno es consumidor de heroína como única sustancia (el 14b), dos de speedball (26 y 10b), uno de cocaína y heroína pero esnifada y fumada respectivamente (4b), uno de cocaína y alcohol (19b) y otro de alcohol (25b).

- Porque no tienes bienestar o te genera malestar. Cuatro de los entrevistados hacen alusión a esta respuesta. Son el 17b, 18b, 19b y 26b. Sus respuestas son:

“Porque yo creo que es una enfermedad. A mí nunca me ha gustado verme como un drogadicto sino como un enfermo con una sustancia que estoy tomando, la cual está en la calle, no legalizada, pero está en la calle. Y lo veo como una enfermedad. Veo un chaval hecho polvo por la droga en la calle y no digo “mira un jonky”, no, digo “mira el pobre, está enfermo”.. Porque está tomando una sustancia, la cual le está destrozando” (18b).

“... Enfermedad porque estas perdiendo todo aquello que deseas de verdad.. Y te estas dejando morir, te estas dejando perder” (19b).

“.. Porque a lo primer muy bonito y luego, cuando ya pasa la luna de miel, ya un infierno, un calvario.... una agonía día a día...” (26b).

Finalmente transcribimos íntegra la respuesta del individuo 17b que nos habla de esa “falta de bienestar” y de la definición de la OMS de enfermedad. Nos explica dos puntos de vista distintos por los que él puede considerar la drogadicción una enfermedad o no. Dice así: “Según lo que nos dijo Sergio¹⁶⁸, según la Organización Mundial de la Salud, que dice que la salud es eh... factores psicológicos, sociales, educativos y todo eso, ... Pues yo creo que sí. Desde ese punto de vista si soy un enfermo, porque no tengo bienestar” . Ante esta respuesta yo le pregunto: “¿Desde el punto de vista de Sergio el psicólogo?... Y tú ¿Qué opinas?”. A lo que él contesta: “Porque casi todos nosotros creíamos que éramos enfermos crónicos... Yo lo indentificaba como enfermedad. Y ahora lo que me estoy dando cuenta es que no es enfermedad de que tenga que estar cada vez que me venga un pensamiento poniéndome coca. ¡No!, sino que cada vez que me venga un pensamiento tendré que tener otras habilidades para no consumir... Desde ese punto de vista no es enfermedad la droga para mí”. Después de esto vuelve a hacer referencia a otros problemas que le llevan al consumo de alguna manera: “¡Claro!, pero es muy difícil hacerle entender a la gente que tienes ese problema de personalidad.... La única que lo tenía muy claro era XXXXX - nombra a su exmujer- porque ella, lo de la droga nunca lo ha visto como que yo tuviera mis adicciones, sino que eran los problemas de cabeza que me daba lo mismo todo. Y luego está la otra parte que dicen que es vicio... En vez de quererse parar a decir, pues bueno “¿por qué este tío está haciendo esto”... pues no, la salida es decir que es un vicio, que eres un degenerao y todo esto... eso ya me lo he quitao de la cabeza”.

- Porque te genera problemas (económicos, sociales, judiciales...). Nos hablan de estos problemas en la respuesta a esta pregunta los individuos 3b, 6b, 7b, 19b, 22b y 26b. Son el 23,07% de esta submuestra.

Nos habla de las cosas que está perdiendo y los problemas que le genera en general el individuo 19b que dice así: “... Enfermedad porque estas perdiendo todo aquello que deseas de verdad”.

Se refiere en concreto a problemas económicos el entrevistado 22b que nos dice: “... A lo mejor no tenía que echar mano de esas sustancias..... ¡Negativo!, la droga lo que me ha aportado es una cuenta en números rojos”.

Son hablan de problemas sociales dos de los entrevistados. Nos cuentan: “la gente te da de “lao”... Es que es todo negativo”(3b); “... Sí, aislamiento..... porque yo siempre voy con los problemas ahí delante y entonces me aísló” (22b).

¹⁶⁸ Sergio es uno de los psicólogos de la Unidad que ya le ha dado alguna sesión de grupo de autoayuda.

Finalmente nos comentan problemas judiciales (delincuencia, cárcel, etc) tres de los entrevistados: “Mala conducta... peleas para conseguir droga... Me ha traído muchos problemas. Por eso me he pegado muchos años en la cárcel” (6b); “tienes que robar.. tienes que guardar para que mañana por la mañana no tengas mono. Yo creo que sí es una enfermedad” (7b); “... una agonía día a día... todos los días... ir a robar, buscarte la vida... El no poder controlar las drogas” (26b).

También el 23b en la pregunta “¿Cómo definirías droga?”, nos habla de los problemas económicos que le ha generado. No lo hemos contabilizado aquí ni el la representación gráfica por considerar que nos lo dijo en otro contexto pero no como una argumento para explicarnos porque considera la drogodependencia una enfermedad.

- Porque se produce un deterioro físico. Dos individuos nos hablan de esto. Dicen así:

“... Y encima eso, que te estropeas físicamente, la gente te da de “lao”... Es que es todo negativo...” (3b).

“Porque estas tomando una sustancia la cual te está destrozando” (18b).

- Porque es una enfermedad “psicológica” (te afecta a “la cabeza”). En total 6 de los entrevistados, el 23,07% de los entrevistados, nos hablan de esto. Sus argumentaciones son:

“Es una enfermedad. No una enfermedad como un “resfriado”... Yo pienso que es una enfermedad psicológica. ... es por ejemplo como yo en mi situación, querer no consumir y sin querer hacerlo” (4b).

“Yo estuve con un chico y lo volvió loco., fue y no se estimo la vida. Hay mucha gente que acaba con suicidios y cosas y... es una enfermedad. Y no eres tú... es ella la que te ha convertido en lo que eres” (7b).

“Pero lo de la droga es psicológicamente.... No pienso que sea eso, una enfermedad” (9b). Anotar que en este caso se está refiriendo a que sólo considera enfermedades aquellas que tienen consecuencias “físicas” (ver más adelante la transcripción completa de lo que nos dice).

“Porque si fuera físicamente enseguida nos curaríamos... En cuanto tuviéramos la sangre limpia estaríamos curados... pero no.. psicológicamente te deja enganchado totalmente” (13b).

“Enfermedad a lo mejor un poco mental sí que es. Porque es todo de la mente... porque una vez que lo has probado es tan psicológico que yo creo que sí, que puede ser una enfermedad pero mental. Podría ser” (15b).

“Porque no estamos bien de la cabeza que digamos. Estas algo loco o algo de eso... algo loco o algo pillao” (21b)

- Porque te evade de tus problemas, te ayuda a enfrentarlos. Los cuatro entrevistados siguientes nos dan esta respuesta entre otras. Sus contestaciones son:

“Es una persona que no sabe enfrentar los problemas y lo usa para evadirse” (10b).

“Porque en momentos te evade de todos tus problemas y te crees que eres rey... Pero es que luego tienes más problemas” (11b).

“ La enfermedad es uno mismo que por los trastornos que puedas tener, o por la falta de personalidad, o la falta de carácter, o los problemas de fuera, o cualquier cosa, te apoyas en una historia” (17b).

“Porque hay cosas que hay que solucionar primero... como el encontrarte bien contigo mismo.. incluye muchos factores,... siendo yo misma, haciendo lo que yo quisiera, a lo mejor no tenía que echar mano de esas sustancias” (22b).

- Porque yo sólo no he podido salir. El entrevistado 16b nos comenta ésto como única respuesta a por qué considera la drogadicción una enfermedad. Él nos dice:

“Porque me he visto yo que no he podido salir de ella. Yo solo no he podido salir... Osea que tiene que ser una enfermedad porque yo solo no he podido salir.... Por eso me he venido aquí. Y todavía he tenido suerte que mantengo la familia, el trabajo. De momento he podido salir bien. Podía haber salido mucho peor”.

- Porque ya no eres tú. Esta respuesta nos la da el individuo 7b:

“Porque ya no eres tú, eres otro.... Hay mucha gente que acaba con suicidios y cosas y... es una enfermedad. Y no eres tú... es ella la que te ha convertido en lo que eres”.

- Porque si abusas sí es enfermedad. Esto nos lo responde el 25b: “Tal vez si abusas sí”.

Finalmente hay que diferenciar entre dos grupos de individuos que nos dicen que sí es enfermedad pero en sus respuestas nos hablan de que es enfermedad porque hay un trastorno previo o un déficit que nos hace consumir drogas por un lado, y por otro porque el consumo de drogas nos lleva a contraer de manera secundaria otras enfermedades. En ambos casos y según se deduce de sus respuestas había una enfermedad antes del consumo de drogas o bien hay enfermedad tras el mismo (que no es el consumo de drogas en sí). Para clarificar mejor lo que estamos comentando pasamos a continuación a transcribir con detalle ambos grupos de respuesta.

- Porque hay una enfermedad/trastorno previo que me hace consumir. Son dos los que nos hablan de este problema. Son:

El individuo 10b tal y como se ha comentado contesta porque piensa que sí es una enfermedad y dice así: “Porque una persona está baja de ánimos y ya está, recurre a las drogas y ya está. Es una persona que no sabe enfrentar los problemas y lo usa para evadirse”. Hace una clara referencia al consumo de drogas secundario a otro problema de salud. Habla de la utilización de las drogas como “automedicación” para mejorar su estado de ánimo.

Y, el 22b, nos dice: “Porque hay cosas que hay que solucionar primero... como el encontrarte bien contigo mismo... incluye muchos factores,... siendo yo misma, haciendo lo que yo quisiera, a lo mejor no tenía que echar mano de esas sustancias.....”.

- Porque hay algo “físico” consecuencia del consumo de drogas. Dos de los entrevistados nos dicen que la drogodependencia es enfermedad sí o cuando hay enfermedades secundarias al consumo.

Transcribimos la respuesta del individuo 9b integra cuando le insisto preguntando “¿Por eso crees que es una enfermedad?”, ella continúa: “no, una enfermedad no, no es ninguna enfermedad... Sino, quien empieza es porque quiere, no es una enfermedad.. una enfermedad ya es cuando tienes una enfermedad... Como el S.I.D.A., la hepatitis... eso es una enfermedad. Pero lo de la droga es psicológicamente.... No pienso que sea eso, una enfermedad. Lo que es una enfermedad es quien tiene enfermedades como hepatitis, como S.I.D.A.... Pero eso no es una enfermedad.. Tienes que tú recapacitar y decir “esto es mierda y tengo que”....

Y el 19b que nos dice así: “... Enfermedad porque estas perdiendo todo aquello que deseas de verdad.. Y te estas dejando morir, te estas dejando perder. Te estas abandonando. Te estás comiendo enfermedades”.

También el individuo 24b –que nos dijo que la drogodependencia no es una enfermedad- nos habla de estas “consecuencias” del consumo de drogas: “Después la

malaltia te la crees tu al voltant de la droga... te vans quedant pillat. Ves coses que no són...el fetge, el cor...tot. La malaltia te la provoques tu...”.

Además anotar que cuatro individuos nos hablan de que es una enfermedad crónica. Son el 3b, 11b, 15b y 17b; el 8b y 9b nos dicen que es una enfermedad muy grave; y el 1b nos habla, en su lenguaje, de lo que es la tolerancia.

Los que nos hablan de la cronicidad dicen así:

“Porque somos enfermos, pienso yo. Lo que pasa es que es una enfermedad que no se cura en quince días... Yo pienso que nosotros vamos a tener siempre las tentaciones durante el resto de nuestros días... porque siempre vas a tener presente... “ (3b).

“Eso sí que lo tengo claro toda la vida... porque lo he comprobao. .. Yo llevé ya 10 meses sin consumir y volví a recaer... de ahí deducí que es crónico, que es para toda la vida... que es lo que más me gusta en este mundo...” (11b).

“Porque casi todos nosotros creíamos que éramos enfermos crónicos... “ (17b).

Puntualizar que el individuo 15b nos plantea el tema de la cronicidad cuando le preguntamos si es la drogodependencia una enfermedad y lo duda diciéndonos: “Según vosotros decis es una enfermedad crónica. Yo no lo veo así. No me quiero asustar. A mí es que eso me asusta, de pensar que... Que es algo crónico. Lo han dicho en las clases..... ¿Es crónico? ¿Es para toda la vida?”. Hace una clara alusión a que le han hablado de cronicidad en las sesiones de terapia de grupo.

Los que nos hablan de que es grave nos dicen así: “Porque es una enfermedad y además bastante grave” (8b) y “Pues sí, muy grave” (9b).

El 1b nos relata la tolerancia diciendo: “.. Es como si fuese el alcohol, que se levantan y hasta que no van al bar y se toman dos o tres copas no... a mí me pasa con la heroína... empiezo por poco pero luego,.. me tengo que hacer todos los días”.

Para finalizar resumir que son tres los individuos que en sus respuestas nos comentan, de un modo u otro, que han recibido información en terapia de grupo o a través del psicólogo del centro en relación a la drogodependencia. En dos de estos casos lo que nos dicen resulta contradictorio. Por un lado el individuo 17b nos habla de la drogodependencia diciéndonos que sí es enfermedad. Sin embargo, el 19b nos dice que no lo es en función de lo que han oído en grupos o del psicólogo.

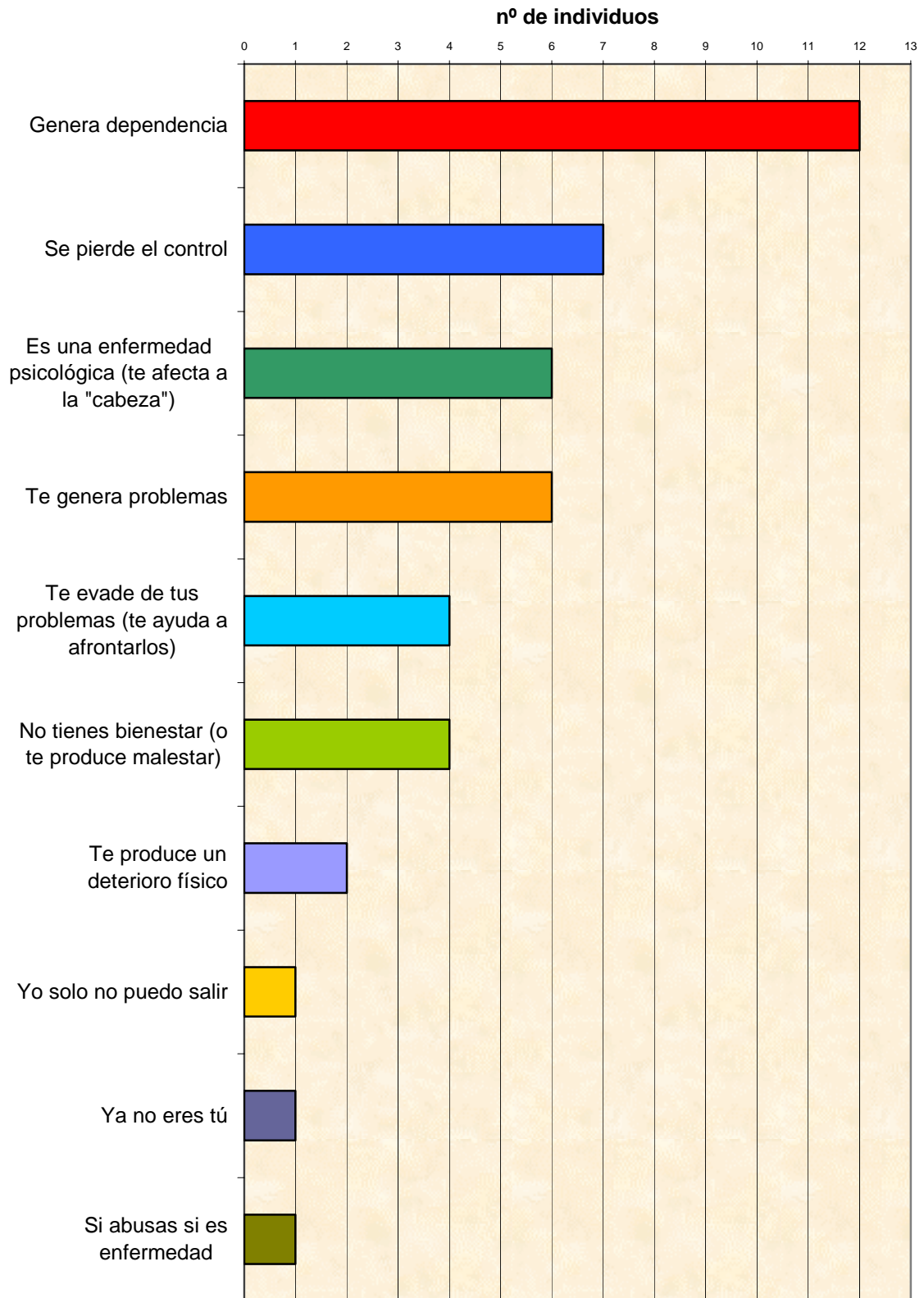
El 17b nos decía: “Según lo que nos dijo XXXXX¹⁶⁹, según la Organización Mundial de la Salud, que dice que la salud es eh... factores psicológicos, sociales, educativos y todo eso, ... Pues yo creo que sí. Desde ese punto de vista sí soy un enfermo, porque no tengo bienestar”. Sin embargo, el 19b refiriéndose a lo mismo dice: “En un momento dado, puedes ser una enfermedad. Porque... te domina. Pero, enfermedad, según dijo el psicólogo no es enfermedad ¿no? Puede ser controlada”.

Un individuo más, el 15b, hace referencia a lo que ha oído en grupos o terapia pero en esta ocasión en referencia a si es una enfermedad crónica o no. El dice así: “Según vosotros decís es una enfermedad crónica. Yo no lo veo así”.

El la representación gráfica Sí es enfermedad porque... se pueden observar de manera resumida las distintas respuestas que hemos detallado en este apartado y la frecuencia de las mismas.

¹⁶⁹ XXXXX es uno de los psicólogos de la Unidad que ya le ha dado alguna sesión de grupo de autoayuda.

SÍ ES ENFERMEDAD PORQUE...



B) Nos dicen que no es una enfermedad:

En esta ocasión, al igual que en el apartado A), pasamos a enumerar las respuestas a por qué no es una enfermedad que nos han dado, tanto el individuo número 24 que nos dijo directamente que no era enfermedad, como el resto de individuos que nos decían que no consideraban que fuera enfermedad en algunos casos –y sí en otros-. Así, consideran que no es enfermedad:

- Porque tú eliges utilizar drogas (quien lo hace es porque quiere). Nos dan esta respuesta 6 individuos. Estos constituyen el 23,08% de los individuos de esta submuestra y el 75% (6 de 8) de los que nos dicen que la drogodependencia no es enfermedad. ”. Incluyen en su concepto de enfermedad y salud un sentido de “culpa”; de alguna forma, como han elegido consumir drogas –son “culpables” o responsables de esto- no se consideran enfermos. La capacidad de elegir diferencia, para ellos, lo enfermo de lo sano. Sus respuestas son:

“No, una enfermedad no, no es ninguna enfermedad... Sino, quien empieza es porque quiere, no es una enfermedad” (9b).

“Porque una persona sabe claro que eso es una cosa que está mal. Si lo usa es porque le da la gana, entonces no es una enfermedad. Es una droga y punto, como el alcohol o como el tabaco. No son... bueno, son drogas pero no son enfermedades” (10b)

“Porque sé lo que lleva... Es que somos nosotros mismos los que nos lo montamos, pienso yo. Es tener las ideas claras y decidir curarte... Pero como enfermedad no. Enfermedad es un cáncer, un Alzheimer, todo eso que son personas que no lo buscan... les viene porque sí. Nosotros nos lo hemos buscado” (14b).

“Pero no es una enfermedad porque en cierto modo lo eliges tú. Empiezas a consumirla y sabes como puedes acabar... y yo creo que no es una enfermedad por eso. Una enfermedad no la eliges tú. Coges la gripe y la coges y ya está. Eso, ... si que tienes un momento en que puedes decir sí o no” (23b).

“No, porque cada u cau y... cada u entra porque le dona la gana.. I no es ninguna malaltia. Después la malaltia te la crees tu al voltant de la droga... te vans quedant pillat. Ves coses que no són...el fetge, el cor...tot. La malaltia te la provoques tu...” (24b)

“En mi caso no. Realmente no porque yo sé que si no quiero, no bebo” (25b).

Además de estos, hay un individuo, el 21b, que, aunque nos dice que sí considera la drogodependencia una enfermedad, también nos habla de que tú eliges o no consumir. Dice así: “Es una cosa que la buscas tú porque quieres, no porque te obliga ni nada de eso”. No lo hemos contabilizado aquí porque, obviamente, él no nos dio este argumento para explicarnos por qué la drogodependencia no es una enfermedad.

- Porque no es una enfermedad física como otras.. Son cuatro los individuos que hacen referencia a comparaciones con otras enfermedades de otra índole y basándose en esa comparación argumentan que la drogodependencia no es una enfermedad. Estos cuatro constituyen el 15,39% del total de esta submuestra y el 50% de los que nos dicen que no es enfermedad. Sus respuestas son:

“No pienso que sea eso, una enfermedad. Lo que es una enfermedad es quien tiene enfermedades como hepatitis, como S.I.D.A.... Pero eso no es una enfermedad” (9b).

“Pero como enfermedad no. Enfermedad es un cáncer, un Alzheimer,.. “ (14b).

“Yo creo que si me con constipo es porque ha habido un virus ahí. Pero no creo que porque este yo en una deshabituación de cocaína vaya a coger una enfermedad posterior por dejarme eso ... ¿no? Creo yo, es que no lo sé... En verdad no sé si es enfermedad o no...” (15b).

“Una enfermedad no la eliges tú. coges la gripe y la coges y ya está. Eso, ... si que tienes un momento en que puedes decir sí o no” (23b).

- Porque es un “vicio”, algo que está mal. Tres individuos nos dan esta respuesta. Sus contestaciones son:

“No, no creo que sea una enfermedad tampoco, es un vicio más que una enfermedad” (6b).

“Porque una persona sabe claro que eso es una cosa que está mal” (10b).

“Y luego está la otra parte que dicen que es vicio...” (17b).

-Porque tienes otro problema que te lleva a las drogas. Dos individuos, de los ocho que nos dicen que no es enfermedad desde algún punto de vista, nos hablan de un problema previo, de personalidad u otro tipo de problema personal que les han llevado a consumir drogas y que para ellos es el origen de su consumo de drogas. En función de estos problemas previos no consideran que la drogodependencia es una enfermedad puesto que argumentan que resolviendo estos conflictos previos no hubieran usado drogas. Parte de sus testimonios es la que se transcribe a continuación:

“¡Claro!, pero es muy difícil hacerle entender a la gente que tienes ese problema de personalidad...lo de la droga nunca lo ha visto como que yo tuviera mis adicciones, sino que eran los problemas de cabeza que me daba lo mismo todo” (17b).

“Para mí es buscar una respuesta equivocada pero a una solución... que en vez de solución es un empeoramiento... En mi caso no. Realmente no porque yo sé que si no quiero no bebo. Yo lo que no consigo es aceptar, o superar los problemas que me rodean...” (25b).

- Porque no te duele nada. Un único individuo nos habla del dolor como una característica necesaria para considerar la drogodependencia una enfermedad. Es el 15b que dice así:

“Para mí no es una enfermedad porque a mí no me duele nada... ni me crea dolor de cabeza ni nada”.

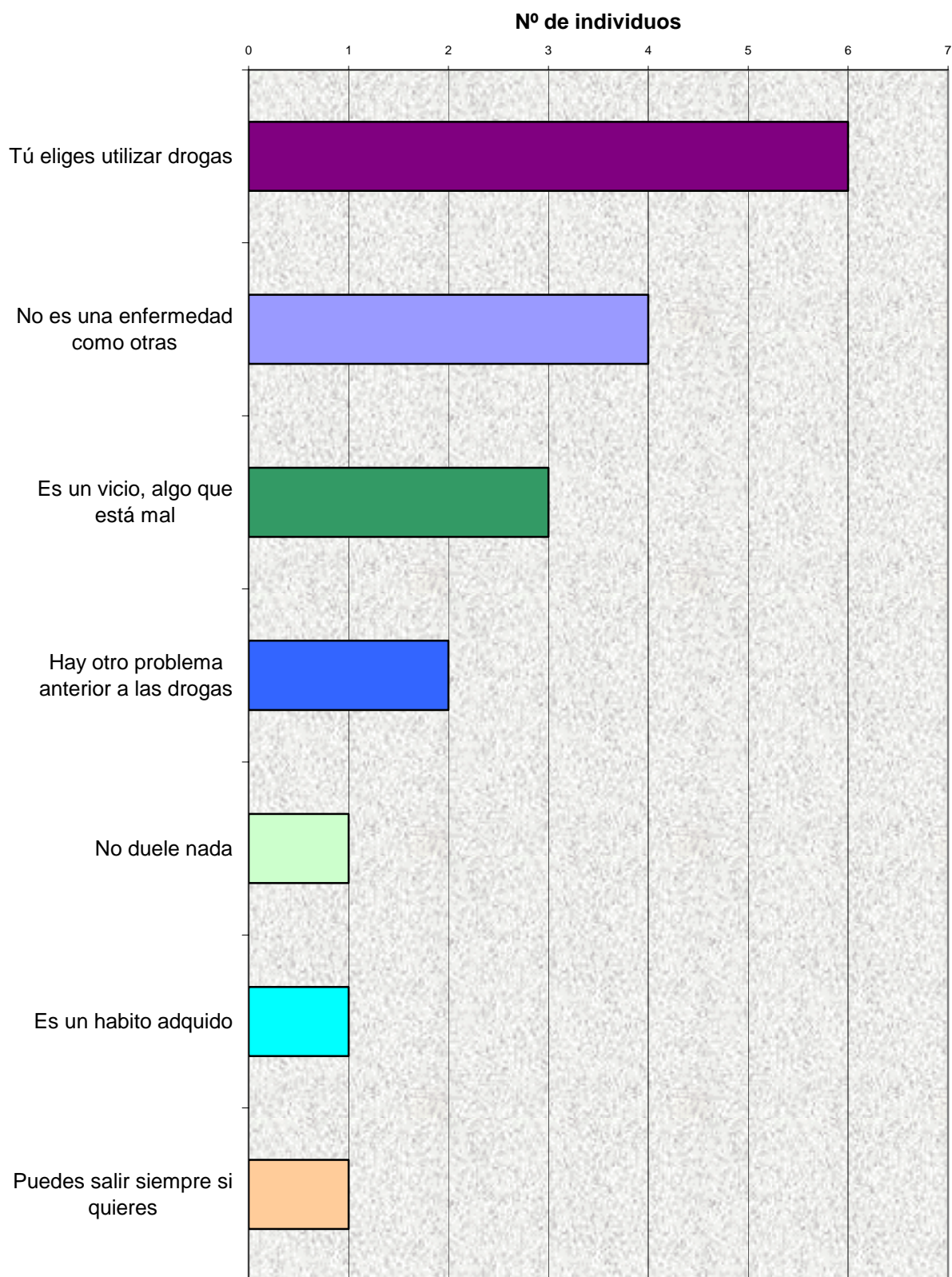
-Porque es un hábito adquirido. Esto no lo comenta también un único individuo, el 10b. Nos dice:

“Es que hay veces que puedo pensar que es una enfermedad y a veces que no, que es un hábito adquirido”.

- Porque puedes salir siempre si quieres. El 10b, además nos comenta que se puede salir siempre que se quiere y por eso no es enfermedad. Él nos dice así: “Si uno quiere sí que lo consigue” (10b)

En la representación gráfica No es enfermedad porque... se pueden apreciar de manera resumida todas estas respuestas en función del número de individuos.

NO ES ENFERMEDAD PORQUE...



Para finalizar y como curiosidad, pasamos a transcribir la reflexión sobre la drogadicción que hace uno de los entrevistados. Sobre la diferencia entre el drogodependiente “clásico” (consumidor de heroína y de procedencia marginal) y él mismo. De la observación y lectura se traduce la dificultad para que un consumidor como él de cocaína, adquiera conciencia de problema. En uno de los párrafos al hablar sobre las expectativas que tiene sobre el tratamiento dice así: “Entonces claro, lo único que pasa es que vas perdiendo todas esas cosas. Pero claro, no es el típico, osea, no es la perspectiva que tienes que decir, ¡joder, tú eres un drogadicto!. Generalmente lo de drogadicción lo tenemos con el marginal, con el que su padre le pegaba de pequeño, que le marcó o que le han echao del trabajo...Osea, siempre hay historias para justificarte, para decir “yo no estoy dentro de esa gente, yo es que me he gastado el dinero porque me da gusto la droga”... No es porque sea adicto...”

¿Por qué nos has dicho que la drogodependencia sí es una enfermedad y, sin embargo, no nos la has comentado cuando te preguntamos que enfermedades padecías?

Tal y como se ha comentado en material y métodos, a partir del número 18, si nos han contestado que sí que consideraban la drogodependencia una enfermedad pero no nos la han enumerado cuando les preguntamos que enfermedades padecían o habían padecido, les hemos preguntado porque no lo han hecho. A esta pregunta nos han respondido así:

- En el momento actual están ya en tratamiento y por eso no se han considerado enfermos: “Porque yo ahora en este momento no” (18b); “Precisamente por eso, porque ya tengo muy claro a lo que he venido... antes podría no haber encontrado otra salida o no sabía como... Ahora mismo no –estoy enferma-, antes sí, pero no conocía ni recurso ni nada. No sabía como resolver mi problema” (22b).

- Creían que nos referíamos a “otro tipo” de enfermedades y esta es una enfermedad de otro tipo (enfermedad mental, etc): “Y yo me creía que eran enfermedades de hepatitis, S.I.D.A. y todo eso” (18b); “Me puede llevar a más enfermedades pero como enfermedad, veo que no creo que tiene que ser enfermedad, enfermedad... creo que sí, puede ser enfermedad mental” (19b); “porque tengo hepatitis C sólo” (20b)

- Porque “no han caído en la cuenta”: “Pero no he caído en la drogadicción” (18b); “porque se me van las cosas de la cabeza” (20b); “No sé,... porque no se me ha venido a la cabeza” (21b); “¿Ah bueno!, ¡ya!... la tengo, esa también la tengo... El no saber controlar las drogas”(26b)

3.2.- Enfermedad y salud en función de los diagnósticos

Dependientes de heroína

En los dependientes a heroína como única droga que genera dependencia es importante recordar que 11 individuos (el 55%) la consumen fumada y 9 (45%) por vía intravenosa.

- a) ¿Estás enfermo? ¿Qué problemas de salud te preocupan? ¿padeces alguna enfermedad?

Tal y como hemos comentado en el apartado de Concepto de enfermedad y salud, contestaron a la pregunta ¿estas enfermo? los veintiséis individuos de la primera submuestra, y a la pregunta ¿qué problemas de salud te preocupan? Los 26 individuos de la segunda submuestra.

Así. dentro de los 13 individuos con diagnóstico principal de dependencia de heroína en la primera muestra, nos contestaron que sí que están enfermos un total de 10 individuos. De ellos cuatro pertenecen al grupo de los que consumen heroína fumada y tres al de los que utilizan heroína por vía intravenosa. Los tres individuos de esta submuestra que nos dijeron que no estaban enfermos pertenecen al grupo de consumidores de heroína fumada y de ellos, dos (los individuos 4 y 22) cuando son preguntados si padecen alguna enfermedad nos contestan que ninguna. Sin embargo, el tercero, el individuo 6 de la primera muestra, nos contestaba que “no, no considero” al referirse a si estaba enfermo pero al preguntarle qué enfermedades padece nos dice que tiene hepatitis C e infección por VIH.

De los siete individuos de la segunda muestra dependientes de heroína como diagnóstico principal, cuatro nos comentan algún problema de salud que les preocupa, pero de los que han padecido o están padeciendo, son los individuos 7b, 9b y 14b consumidores de heroína fumada y 1b consumidor de heroína por vía intravenosa. Los problemas de salud que les preocupan son : “los nervios y el corazón por ataques de ansiedad” (7b), “hepatitis C y coger S.I.D.A.” (14b), “el hígado” (1b). De estos sin embargo, el individuo 9b que nos dice que le preocupan sus “constipaos”, cuando le preguntamos si padece alguna enfermedad nos dice que ninguna.

Además de estos cuatro, hay dos individuos más dependientes de heroína que les preocupan problemas de salud “genéricos”, es decir, problemas de salud más generales no directamente relacionados con su diagnóstico de enfermedad. Son el individuo 5b consumidor de heroína fumada que nos dice que le preocupa “coger alguna enfermedad crónica, el sida, la hepatitis B o C” y el 2b, consumidor de heroína por vía intravenosa que nos dice que le preocupa “el sida, cuerpo humano, la salud, todas las enfermedades infecciosas o perjudiciales que no se quitan, la hepatitis, la tuberculosis, la salud...”.

Un individuo más de esta submuestra nos dice que no le preocupa “ninguno” –es el individuo 6b consumidor de heroína por vía intravenosa, sin embargo nos ocurre igual que el la primera muestra, al preguntarle que enfermedades padece nos dice que tiene “anticuerpos”.

Estos dos individuos que están infectados por el VIH constituyen el 50% de los infectados del total de la muestra (2 de 4) y ambos nos comentan que no se considera enfermo en un caso y que no le preocupa ningún problema de salud en el otro aunque sí nos comentan la infección VIH cuando les preguntamos que enfermedades padecen. Curiosamente en ambos casos, al repasar la historia clínica, vemos que el diagnóstico de la infección VIH no es reciente –de 1994-. En el primer caso la enfermedad esta estacionaria y no lleva tratamiento antirretroviral. En el segundo sí que cumple tratamiento antirretroviral. Hemos destacado este punto porque en los otros dos individuos que padecen infección por VIH, sí que se consideran enfermos o les preocupa como problema de salud. Esto se verá con más detalle en los consumidores de heroína y cocaína por vía intravenosa (speedball), grupo al que pertenecen los dos infectados por VIH que faltan.

Destacar que en este grupo de dependientes de heroína, de los seis individuos de la segunda submuestra que nos comentan algún problema de salud que les preocupa – genérico o no-, tres nos dicen que les preocupa el SIDA (dos son consumidores por vía fumada y uno por vía intravenosa) y cuatro la hepatitis o el hígado (dos consumidores por vía fumada y dos por vía intravenosa). De estos sólo hay dos individuos que tienen hepatitis (el 1b y 14b) y ninguno S.I.D.A.

b) ¿Padeces/padecías alguna enfermedad? ¿Cuál/cuáles?

Tres individuos de los dependientes a heroína como diagnóstico principal nos dicen que no padecen ninguna enfermedad. Los tres pertenecen al grupo de consumidores de heroína por vía fumada (inhalada en chinos). Al comparar con los datos de la historia clínica comprobamos que, en efecto, no padecen ninguna enfermedad en el momento de la entrevista. Dos de estos tres corresponden a la primera submuestra (el 4 y el 22) y el tercero, el 9b, a la segunda.

En cuanto a las enfermedades que nos dicen que padecen en ambos grupos son:

- Nos dicen que tienen hepatitis 13 individuos de los 17 que nos comentan padecer alguna enfermedad. Es decir, el 65% (13 de 20) de los consumidores de heroína nos

dice que padece hepatitis. De estos 13, 11 nos dicen que tienen hepatitis C, uno más, el individuo 1b nos dice que tiene “hepatitis crónica” y otro más, el número 3, que tiene “hepatitis” sin concretar cual (se confirma por la historia clínica que ambos tienen hepatitis B y C). De estos 13 individuos, 8 son consumidores de heroína intravenosa y 5 de heroína fumada (el 45,45% de los consumidores por esta vía). Los ocho que tienen hepatitis C consumidores de heroína intravenosa constituyen a su vez el 88,89% de los consumidores de heroína por esta vía (8 de 9).

Todos los consumidores de heroína fumada que tienen hepatitis menos uno (el 14b) pertenecen a la primera submuestra y todos nos dicen que tienen hepatitis C que es lo que consta en los datos de la historia clínica y solicitud de ingreso.

Todos los consumidores de heroína por vía intravenosa de ambas submuestras menos uno (el 6b) nos dicen que tienen hepatitis, 6 concretan que tiene hepatitis C y los otros dos “hepatitis” (esto incluye a todos los individuos de la primera submuestra y a dos de los tres de la segunda). Aunque, si analizamos los datos que constan en la historia clínica vemos que son todos los que consumen heroína intravenosa los que tienen hepatitis C. El individuo 6b no nos lo comenta en el momento de la entrevista porque se trata de un diagnóstico nuevo que se hace durante su estancia en el centro y que no conocía en el momento de la entrevista; sólo nos dice que tiene “anticuerpos”. Si bien es cierto que sí tenía marcadores serológicos de hepatitis B y, sin comentar directamente este tipo de hepatitis, hace referencia a ello cuando le preguntamos por enfermedades que había padecido y nos dice que tuvo una hepatitis de recién nacido y que estuvo a punto de morir.

Al comprobar los datos de la historia vemos, además del individuo 6b ya comentado, hay dos individuos más que omiten información Sobre las hepatitis que padecen. Así, el número 3 tiene, además de la hepatitis C que nos comenta, marcadores serológicos para la hepatitis B y el 1b que padece hepatitis B y C (y nos dijo que tenía hepatitis crónica). Puntualizar que el 3 sí nos dice en antecedentes de enfermedad que tuvo una “hepatitis por alcohol”.

Además, como enfermedades ya pasadas, el individuo número 26 nos dice que tuvo una hepatitis A y el 20 nos dice “tuve hepatitis B que ya está curada” (no costa serología positiva para esta hepatitis en la solicitud de ingreso).

Considerando todos los diagnósticos (los que nos relatan y los que encontramos en la historia clínica) vemos que en total, son 14 los individuos con diagnóstico único de dependencia de heroína y con marcadores serológicos positivos para la hepatitis C, 10 pertenecen a la primera muestra y 2 a la segunda.

Como puede verse en color rojo en la representación gráfica Enfermedades que padecen por grupos diagnósticos, el 56% de los entrevistados que tienen Hepatitis C y el 50% de los que tienen Hepatitis B corresponden a los dependientes de heroína como único diagnóstico.

Si añadimos a estos los dependientes de heroína con otros diagnósticos para poder compararlo con los datos obtenidos de la población admitida a tratamiento con diagnóstico de dependencia de heroína en la C. Valenciana en esos años encontramos que hay 8 individuos más con hepatitis C y la distribución por años queda como sigue: Del total de 17 individuos con diagnóstico de dependencia de heroína en 1999 el 70,59%, 12 individuos (10 con ese único diagnóstico y dos más con dependencia de cocaína) tienen hepatitis C y; del total de 16 individuos con diagnóstico de dependencia de heroína en 2001, el 56,25%, 9 individuos (3 con este único diagnóstico y 6 con

dependencia de cocaína) tienen hepatitis C. El porcentaje de entre los admitidos a tratamiento por dependencia de heroína con hepatitis C en la C. Valenciana¹⁷⁰ en 1999 fue del 49,39% y en 2001 del 40,83%.

En cuanto a la hepatitis B, hay ocho individuos dependientes de heroína –con o sin otro diagnóstico- con serologías positivas para hepatitis B: Cuatro de la primera muestra (2 con diagnóstico aislado de dependencia de heroína y dos que también padecen dependencia de cocaína) y otros cuatro de la muestra de 2001 (2 de sólo heroína y dos más con cocaína). Estos hacen un porcentaje total de afectados por hepatitis B del 23,53% de los dependientes de heroína –con o sin otros diagnósticos- en 1999 (4 de 17) y del 25% de los de 2001 (4 de 16). Estos porcentajes en los datos de admitidos por este diagnóstico en la C. Valenciana son del 25,95% para 1999 y del 15,72% para 2001.

- Nos dicen que padecen “anticuerpos” (en referencia a que tienen infección V.I.H.) dos individuos (el 6 y 6b), aunque ambos nos habían dicho, en la anterior pregunta, que no se consideraban enfermos en un caso y que no les preocupaba ningún problema de salud en el otro. Es importante puntualizar que el número 6 nos dice en concreto: “sé que tengo anticuerpos y hepatitis C pero no me considero enferma”. Los otros seropositivos son consumidores de speedball y, por tanto también de pendientes de heroína.

Si consideramos a los cuatro individuos encontramos que, los seropositivos son el 12,12% del total de dependientes de heroína con o sin otro diagnóstico principal (4 de 33). A su vez son el 11,77% de los dependientes de heroína¹⁷¹ de 1999 (4 de 17) y el 12,5% de los dependientes de heroína de la muestra de 2001 (2 de 16).

Los porcentajes de dependientes de heroína seropositivos entre los admitidos en esos años en los informes del OED son del 16,5% para 1999 y del 13,8% para 2001, aunque los resultados no serían completamente comparable dado que en nuestra muestra todos los individuos tienen el análisis hecho y en la población admitida a tratamiento hay un 37,3% de dependientes de heroína sin análisis en 1999 y un 39,2% en 2001. En la Comunidad Valenciana el porcentaje de dependientes de heroína seropositivos fue del 24,06% para 1999 y del 25,25% para 2001, y, en este caso, el porcentaje de pacientes sin análisis practicado fue del 16,63% y 13,30% respectivamente.

- En individuo número 1 cuando le preguntamos que enfermedades padece nos comenta que la “drogodependencia”, corresponde a un individuo sin otros antecedentes de interés (salvo una alergia que sí nos comenta), que no padece otras enfermedades asociadas al consumo como hepatitis o S.I.D.A. y que tiene excesiva preocupación por la sintomatología y muy baja tolerancia al dolor, tal y como hemos comentado en el análisis en el apartado 3.2. El nos dice literalmente “Sí, pienso que tengo un problema con las drogas, la drogodependencia es una enfermedad”. En la siguiente pregunta, cuando le pregunto qué sabe sobre las enfermedades que padece me habla de la alergia (no me dice nada Sobre la drogodependencia).

- Dos individuos de los dependientes de heroína nos dicen que padecen de alergia. Ambos pertenecen al grupo de heroína fumada. Uno, el 5b, nos la comenta como enfermedad que padece en el momento de la entrevista y otro como una enfermedad pasada, es el individuo número 1. En ambos caso se confirma este diagnóstico en a historia clínica.

¹⁷⁰ FUENTE: Dirección General de Atención a la Dependencia. Conselleria de Sanitat. Comunitat Valenciana.

¹⁷¹ Hemos extraído estos porcentajes considerando el total de dependientes de heroína con o sin otro diagnóstico de dependencia a cocaína.

- Además, el individuo 5b nos comenta que padece una lesión en el hombro; el número 3 que padece del “estómago” y el 16 que tuvo “dolor de estómago”.
- Finalmente el individuo 2b nos comenta: “tengo hepatitis C y esto que tengo del Mantoux”. Hace referencia a un resultado positivo en dicha prueba y en sus antecedentes constaba una tratamiento profiláctico con isoniacida dos años atrás. Es el único individuo que refiere la prueba de Mantoux positiva como enfermedad de los 12 que tienen esta prueba positiva en la segunda submuestra. Es también, por tanto, el único de los 6 individuos dependientes de heroína con Mantoux positivo que nos lo comenta como enfermedad.
- Un individuo más, el 15, nos comenta como antecedentes que ha tenido una “neumonía con endocarditis hace poco”.
- Otras enfermedades que nos comentan como antecedentes son: Varicela en 8 casos (cuatro de cada submuestra), de ellos 5 son consumidores de heroína fumada y tres de intravenosa (el 2b nos dice “eso que salen grano y pica... la ¿“viruela”?”, y entendemos que se está refiriendo a la varicela). Estos 8 que nos relatan que tuvieron varicela, son el número más alto del conjunto de grupos diagnósticos, si bien es cierto que el grupo de dependientes de heroína es el más numeroso (son el 40% de este grupo). Sarampión en 5 casos (el 25% de dependientes de heroína), 3 de heroína fumada y dos de intravenosa (3 de la primera submuestra y 2 de la segunda). Dos nos comentan que pasaron las paperas (el 10%). Constipados/gripes nos lo comentan 5 personas, 3 consumidores de heroína fumada y dos de intravenosa (4 de la primera muestra y uno de la segunda). Un individuo, el 22, nos dijo que le operaron de amígdalas en la infancia. Además un individuo nos habla de que padeció pulmonía, otro tosferina, otro acné y otro rubéola. Algunos de estos antecedentes aparecen reflejados en la solicitud de ingreso pero muchos otros no.

En cuanto a los antecedentes de enfermedad que figuran en la historia clínica y que no nos comentan son: Dos individuos de este grupo , el 19 y el 5b, padecen dermatitis y no nos lo comentan. Un individuo más, el 21, está en espera de intervención quirúrgica por hernia inguinal directa y tampoco nos lo comenta en la entrevista. Otro individuo padece de migrañas (5b), otro tuvo dislexia en la infancia (15). El 6b omite contarnos que tiene una anemia macrocítica pero ignoramos si conocía este diagnóstico. El 14b no nos comenta que fue intervenido de un quiste graso en la infancia y este dato sí que consta en la solicitud de ingreso. El individuo número 3 tiene problemas odontológicos graves y no nos los comenta.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos que no nos comentan, los individuos número 2 y 19 no nos cuentan que tienen depresión, el individuo 7b no nos cuenta que tuvo varios intentos de suicidio previos, el 22 no nos dice que tuvo varias crisis de ansiedad; dos individuos, el 1b y 14b, no nos comentan que tuvieron brotes psicóticos previos (en el caso del 14b en concreto se trató de una psicosis tóxica). Finalmente, el 9b, no nos contó en la entrevista que había estado en seguimiento de un año por Salud Mental a los 7 años por haber padecido abusos aunque ahora no tenía ningún diagnóstico psiquiátrico distinto de la dependencia de heroína. En la representación gráfica Patología psiquiátrica en función de los diagnósticos se puede ver en rojo los que corresponden a este grupo diagnóstico.

Finalmente volver a comentar aquí que durante el pase del EuropASI en la muestra de 2001, tres individuos no requerían intervención en el área médica. Uno de ellos, el 9b, corresponde a uno de los tres individuos que en este apartado nos dicen que no padecen ninguna enfermedad. Los otros dos son el 5b y el 7b. Con un problema considerable en

el área médica (6 y 7 Puntos) estaban el 1b, 2b y 14b y, finalmente, con 9 puntos (problema extremo) estaba el individuo 6b.

c) ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?

Lo que saben sobre la hepatitis C.

Eran 13 los individuos con dependencia de heroína que nos dijeron que tenían hepatitis (11 hepatitis C y dos más hepatitis sin especificar el tipo). De estos:

- Cuatro individuos nos dicen que es una enfermedad crónica: “enfermedad crónica” (6 y 17); “sé que es vírica y tiende a cronificar” (20); “y luego ya se me hizo crónica” (1b). Además el 6b la define como “enfermedad para toda la vida”. Tres más nos comentan en su explicación una idea de progresión de la enfermedad: “te estropea el hígado poco a poco” (19); “se va deteriorando el hígado hasta que se estropea y te quedas sin él. Se hincha la barriga y te sale cáncer de hígado” (2b) y el 14b nos dice “que duras 20 o 25 años”. El 15 y el 20 nos hablan de la cirrosis, nos dicen así: “Sé que tengo los anticuerpos¹⁷² y que ahora está “apagada”, que si se “enciende” puedes morir porque se haga una cirrosis” (15) y “según tengo entendido hay un porcentaje bastante alto que degeneran en cirrosis hepática” (20).

- En cuanto al contagio, once individuos, del total de 13 con hepatitis (todos menos los números 3 y 2b), nos hablan del contagio por vía sanguínea. Estos once son el 84,62% de los individuos que tienen hepatitis dependientes de heroína. Además, diez de estos once nos hablan también del posible contagio por relaciones sexuales. Transcribimos a continuación, en orden numérico, lo que nos relatan en relación con el contagio: “Sé que la hepatitis se puede contraer por vía intravenosa. También por relaciones sexuales... Sé que hay mucha gente que está contagiada” (2); “se que se trasmite por sangre y que es posible la transmisión sexual” (6); “Sé que los contagios por sangre son muy rápidos, así la cogí yo, y que por vía sexual es más difícil, hay un tanto por cien muy bajo” (15); “se puede pegar por agujas y relaciones sexuales, yo creo que se me pegó así” (16); “Se contagia por la sangre y todo lo que esté en contacto-maquillitas de afeitarse, agujas- y por hacer el amor, seguro, aunque digan que no yo te digo que sí” (17); “sé que es muy contagiosa por sangre y también puede ser sexual” (19); “sé que se contagia por sangre y por relaciones sexuales” (20); “se contagia por vía sanguínea y sexual” (21); “se contagia por vía sanguínea y sexual” (26); “me la pegaron a los ocho años en el colegio con una vacuna. Vacunaron a todo el colegio y antes las vacunas las ponían que quemaban la aguja... y luego pase en Balsablanca una hepatitis de esas que pasamos los que nos chutamos” (1b); “me caliento mucho la cabeza en que me haga algún corte... por la sangre que le pueda transmitir... No está todavía mirado si por el acto sexual se puede coger” (14b).

- En cuanto al tratamiento, dos nos hablan del interferón: “Me aconsejaron que me pusiera en tratamiento con interferón” (2); “el único tratamiento que hay es el interferón, que es un tratamiento bastante duro” (20). Además el individuo 21 nos dice que “hay un tratamiento que te puede estabilizar y llevar tu vida normal”, aunque en este caso no nombra el Interferón. Y el 1b nos dice “me han dado Legalon 150 y eso”.

- Tres de los trece nos hablan de lo perjudicial de beber alcohol en este caso. Dicen así: “Me aconsejaron ... que no bebiera alcohol y que no me drogara” (2), “tuve unas manchas en la cara... finalmente me hicieron un análisis de sangre y me dijeron que

¹⁷² Se refiere a los anticuerpos contra la hepatitis C.

tenía hepatitis por el alcohol y lo que consumía” (3); “Y si sigues bebiendo, tomando heroína o cocaína, pues se va deteriorando el hígado” (2b).

- En cuanto a la patogenia, nos habla del hígado “hinchado porque tiene una infección” el 26. De que se “destroza” el hígado el 21; “se estropea el hígado poco a poco” el 19 o de que “te duele el hígado... te da pinchazos” el 1b. El 2b nos dice “que es del hígado”. Y finalmente, el 15 y 20 nos comentan que : “Si está apagada nada pero si se enciende puedes morir de cirrosis” (15); “según tengo entendido hay un porcentaje bastante alto que degeneran en cirrosis hepática” (20).

Además el 20 dice: “De la hepatitis C sé que no está todo claro sobre ella, que antes no estaba catalogada, se llamaba no A no B”.

Lo que saben de la infección V.I.H.

Los individuos 6 y 6b de este subgrupo nos dijeron que tenían “anticuerpos” para referirse a la infección V.I.H.. El 6 nos dice que es una enfermedad crónica, y nos habla del contagio. Dice así: “Sé que por tener hepatitis C y Anticuerpos padezco una enfermedad crónica” y luego añade “Sé que tengo anticuerpos pero no me considero enferma. Sé que se transmiten por la sangre y por transmisión sexual”. El individuo 6b nos dice que no sabe nada sobre esta enfermedad aunque no relata que “lo cogí en la prisión pinchándome”, también más adelante nos habla del tratamiento “Estoy tomando la medicación para... Lo único que tenía malo era la carga viral, tenía mucha.. Pero de lo otro estoy bien.. Para que se me baje la carga viral, .. es por lo único que estoy tomando...”.

Estos dos individuos constituyen el 50% de los individuos de la muestra con infección por V.I.H. Es curioso observar que estos dos se refieren a dicha infección con “tengo anticuerpos” y sin embargo, el 50% restante –consumidores de speedball-, hablan de que tienen “ el V.I.H.”

Lo que saben de la alergia.

Ambos, tanto el 1 como el 5b, nos cuentan con detalle a qué son alérgicos. Además el 1 nos dice que es una enfermedad “genética” y el 5b nos habla de la sintomatología y gravedad, de las pruebas de alergia y de los tratamientos que la han puesto. El individuo número 1, que nos la comentó como una enfermedad ya pasada, nos dijo así: “Tengo una enfermedad genética, la alergia, me hice análisis en el dermatólogo y sigo su tratamiento. Soy alérgico a cereales y frutas como la fresa, el melocotón y la manzana”. El 5 b nos dice que tiene “alergias al melocotón, fresa, manzana y nueces” y luego nos cuenta “de pequeño, cuando cogía una melocotón se me ponía la boca roja y tal... Pero al final eso se me incrementó... estuve ingresado en la UVI y todo.. Me hicieron pruebas en el brazo y me salió”. Después nos nombra de algunos de los tratamientos “me tenían que pinchar Urbason y a veces Adrenalina. Me cogía fuerte, se me hinchaba la garganta tanto que si no me cogía a tiempo y me tomaba Polaramine, pues me tenían que mandar al hospital a pincharme Urbason y Adrenalina... Antihistamínico,.. Corticoides, cortisona y eso...”.

Lo que sabe el 5b de la lesión en el hombro:

El 5b nos cuenta que tuvo una pelea y “me hundieron el hueso”. Nos dice así: “¿te acuerdas que se me salió en hombro? Me hice una resonancia magnética y es que me falta un trozo de hueso... Se llama una lesión de Giills... Un nombre muy raro... Nada, lo único es coger masa muscular para que no se me salga.. me faltaba un trozo de hueso en la cúpula del humero se sale”..

Lo que sabe del Mantoux el 2b:

El 2b nos comenta que tiene hepatitis “y esto que tengo de mantoux”, en referencia a una prueba con resultado positivo. Del “Mantoux” nos dice: “Sobre el tema del mantoux yo no lo sabía. La otra vez cuando me enteré. Sé que es tuberculosis pero n el mantoux no es tuberculosis. O sea, si te sale positivo puedes tener tuberculosis, peor si te sale que no lo tienes, negativo,.... bueno sale positivo pero no lo tienes, es que has estado en contacto con alguien que lo ha tenido y tu te encuentres con que lo llevas encima pero no eres propenso”.

Lo que sabe de la neumonía el 15:

De la neumonía el 15 nos dice “hace poco estuve ingresado por neumonía, se me “encharcó” el pulmón. Decían queera una endocarditis que se había pasado al pulmón, pero cuando me hicieron ecografías del corazón lo tenía bien... De la neumonía sé que muere mucha gente. He tenido amigos enfermos de S.I.D.A. que han muerto por neumonías”.

Lo que saben de otras enfermedades:

Además el 7b nos dijo que una vez pasó un herpes y de éste que es “muy contagioso”. El 14b nos dice en referencia al sarampión que pasó que “me llene toda de granitos”. Y el 9b comenta que “de pequeña nací con un soplo en el pulmón... La familia de mi padre siempre ha padecido del pulmón”.

d) ¿Quién te lo ha contado?

En todo este apartado nos vamos a referir a la persona, personas o instituciones que les dieron información sobre las enfermedades que padecen en función de la enfermedad. Aunque en el apartado 3.2.- Concepto de enfermedad y salud ya clasificamos en general sus respuestas, en esta ocasión nos vamos a referir a ellas por enfermedades. Encontraremos así, que un mismo individuo, cuando se refiere a los antecedentes de enfermedad, tiene información de distintas fuentes según de que enfermedad estemos hablando.

Así, en los 14 dependientes de heroína con hepatitis, la información que tienen sobre la misma, la han obtenido, en la mayoría de casos, de servicios médicos directamente. En seis casos han recibido información de sanitarios fuera de la U.D.R., ya sea en la U.C.A., el médico de Atención Primaria o en otros Especialistas. Dos individuos más nos dicen que lo que saben lo han aprendido en la Unidad en un caso (6) y en la Unidad y otro recurso de reinserción en otro (21). Otros dos más tenían información por folletos que les dieron para informarles en la U.C.A. en un caso y en el C.I.P.S. en otro. Otro más, el 20, dice que le ha proporcionado la información su hermana y ésta es D.U.E. En total son 11, el 78,57% de los enfermos de hepatitis en este grupo, los que han obtenido la información de un servicio sanitario (en uno u otro recurso). Un único individuo, el 6b, dice haber recibido la información a través de su madre sin relación alguna con servicios sanitarios. Además, dos individuos, el 16 y 19, no nos dicen nada en referencia a quién les ha contado los que saben.

Los dos individuos con infección por V.I.H. nos hablan en un caso de que lo que saben lo han aprendido en la televisión en un caso, y en el otro, después de insistirle porque dice que nadie le ha contado nada, nos cuenta que una médica le contó lo de la carga viral. Dicen así: “Lo se los anticuerpos lo sabía por lo que había oído en la televisión, como se transmitían” (6) y “nadie”..... ¿Y cómo sabes lo de la carga viral?... Eso sí

porque me lo dijeron. En un análisis me lo dijo la médica, la que lleva el tema del retroviral.. En el Dueso” (6b).

En cuanto a los individuos con alergia, el 1 nos habla de que se lo ha contado un médico: “El dermatólogo me explicó lo que sé sobre la alergia” . Sin embargo, el 5b, dice haber obtenido la información por sí mismo: “Yo lo sabía, sabía seguro lo del melocotón... Pero fui descubriendo mi alergia comiéndome otras cosas... y me ponía como un globo”.

En cuanto al resto de enfermedades, lo que nos comentan es:

Sobre la lesión el hombro que padece el 5b no dice que lo sabe por la “resonancia magnética”, a través de los profesionales que le vieran.

El 2b nos dice que lo que sabe del Mantoux lo aprendió en la U.D.R. en el anterior programa que hizo: “Más que nada, la otra vez que estuve aquí fue cuando me enteré de todo eso” .

El 9b, en relación con lo que comenta del pulmón, dice que lo sabe por “mi madre”. Y otro individuo, el 7b, relativo a lo que nos comentan sobre el herpes y otros temas de salud dice que se informo por “mi madre que era médico”.

e) ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento?¿A qué has venido al centro?

A partir de este apartado, las preguntas sólo fueron hechas a los individuos de la segunda submuestra. En el caso de los dependientes de heroína, hay cuatro individuos consumidores por vía fumada y tres por vía intravenosa en la segunda submuestra. Son por tanto siete los que fueron objeto de estas preguntas.

Les hicimos las dos preguntas en ese orden. Nos dan exactamente la misma respuesta en ambas preguntas, son los individuos número 1b, 2b, 6b, 9b, 14b y los otros dos añaden otras expectativas distintas de las que ya habían comentado en la primera pregunta.

Clasificamos sus respuestas¹⁷³ y nos encontramos con que:

- Hace referencia a una desintoxicación “desintoxicarme, desengancharme” el 6b.
- Cuatro de los siete, el 57% de los preguntados dependientes de heroína, hacen referencia a la necesidad de un aprendizaje, de un cambio: 2b , 5b, 7b y 14b.
- Tres nos dice que vienen a “curarme (como algo general o concreto) y ponerme bien”: 1b, 7b y 14b.
- También tres hablan de “centrarse, encontrarse a sí mismos, controlar más,”: 1b, , 5b, 14b.
- Dos nos hablan, de alguna manera, de adquirir “tolerancia a la frustración” ser capaz de “enfrentar los problemas” o “las cosas que te puedan pasar mal en la vida”. El 5b y 14b.
- También están los que buscan refugio o necesitan alejarse de su medio: “Pienso que si estas Navidades las pasase en la calle me iba a chutar seguro” (1b); “como vi que no podía salir allí en Gandía”(2b); “estar un tiempo fuera...” (9b). Como pudo verse en el apartado 3.2.- Concepto de enfermedad y salud, en total son 5 los individuos que comentan esta necesidad de alejamiento. Encontramos por tanto que tres de ellos, el 71,43% de los que muestran esta alternativa, son dependientes de heroína como diagnóstico principal.

¹⁷³ Sus respuestas textuales y por orden numérico ya aparecen recogidas en el apartado de Concepto de enfermedad y salud por lo que no volvemos a mostrarlas aquí. Sólo ofrecemos los resultados de las mismas.

- El 14b hace referencia a la necesidad de ayuda, apoyo o a dejarse ayudar.
- También el 14b, junto con el 5b hacen referencia a sintomatología depresiva cuando comentan que tienen “altibajos” o están un poco “depres”.
- Cuatro hacen alguna referencia a la familia: 5b, 7b, 9b y 14b. Son el 36,36% de los que la hacen (4 de 11).
- Sólo el 14b comenta tener baja autoestima: “yo no me quiero mucho”. También este individuo es el único que utiliza la frase “salir de las drogas.”.
- Y, finalmente, el 1b nos habla de otras expectativas secundarias por las que viene al centro: “a curarme el hígado” (1b).

Ningún individuo de este grupo nos habla de que ha venido al centro porque está “cansados de consumir drogas” o para hacer un “tratamiento de deshabituación”. La distribución de sus respuestas a esta pregunta puede observarse en color rojo en la distribución gráfica Expectativas hacia el tratamiento en función de los diagnósticos que aparece al final de este apartado 3.3. junto a la de los otros grupos diagnósticos.

f) ¿Cómo definirías droga?

Manteniendo el mismo orden para el análisis que el en punto 3.2.- Concepto de enfermedad y salud, encontramos al analizar las respuestas de los siete individuos de la segunda muestra de este grupo que:

- Para el 7b es un engaño. Esto es lo que nos dice textualmente: “Lo que pasa es que la heroína es una mentirosa y te engaña. Te engaña y te engaña”. Además, de alguna manera, comenta su desinterés por otras cosas distintas de las sustancias, característica que forma parte de los criterios de dependencia cuando dice: “Pues antes creía que para mí la heroína, que lo único que valía la pena en esta vida era ella. Que me daba igual estar viva que muerta. Y lo que opino de ella ahora es que aquí me he dado cuenta de que hay cosas que sí que realmente merecen la pena..”.
- Dos de los siete nos dicen que es algo que les gusta, que les hace sentir bien. Sus respuestas son: “Porque te gusta” (1b) y “es una cosa que te... Que en un momento dado te puede llenar y te puede dar una satisfacción personal” (5b). El total de individuos que nos daba esta respuesta eran ocho, son por tanto el 25% de los que nos dan esta respuesta.
- El 5b añade además que le produce sensaciones agradables. Dice así: “Te produce unas sensaciones que no te las producen muchas cosas”.
- Y el 1b que es algo que le ayuda a evadirse, de escapar: “Para evadirte de la realidad”.
- El 6b habla de que le genera problemas: “Porque son muchos problemas... mala conducta, peleas para conseguir droga... por eso me he pagao muchos años de cárcel”.
- También hablan en este contexto negativo de la droga más individuos. Así, los individuos 6b, 9b, se refieren a ella como “mierda: “La droga es una mierda..” (6b); “¿para mí? Que te estás matando tu misma y una,, ¿es una mierda!” (9b). El 2b refiere que es como si fuera un cáncer: “Es una cosa muy fuerte. Es como un cáncer que se puede curar si le pones remedio y lo pillas a tiempo... La droga es una cosa igual, como si fuera un cáncer que tienes que intentar salir de ella por ti mismo, por uno mismo”. Y individuos 7b y 14b, se refieren a ella como una ruina. Como Ejemplo de esto último el 14b que prácticamente no nos dice otra cosa: “La droga es una ruina. Una ruina personal... Porque yo me he ido de viesta y me hacía coca, speed... pero me iba de fin de semana, luego entre semana estaba trabajando ... Y fue probar la heroína y ahí ha sido mi ruina.. para mí lo pero del mundo.. para mí la heroína... Le tengo miedo”.

Además, el 9b nos dice que es “algo que mata”: “Que te estás matando tu misma... Y he perdido también a amigos por la droga. A un amigo por una sobredosis con metadona, con cocaína, heroína...”. Y otro individuo, el 7b nos dice que es “destrozarte la vida, lastimarte la vida”.

- Finalmente, el 9b, nos dice también que la tomas porque quieres: “Y quien la toma es porque quiere”.

La distribución de sus respuestas, junto a las de los otros grupos diagnósticos, puede observarse en color rojo en la representación gráfica Definición de droga por grupos diagnósticos que figura al final de este apartado.

g) ¿Consideras la drogadicción/drogo dependencia una enfermedad? ¿Por qué?

- Del conjunto de 12 individuos de la segunda muestra que fueron entrevistados y contestaron directamente con un “Sí” a la pregunta ¿Consideras la drogadicción una enfermedad?. tres pertenecen a este grupo. Son los números 2b, 5b y 7b. Añadiríamos a un individuo, el 1b que contesta diciendo: “Claro que es una enfermedad. Sí”. Utiliza la palabra “sí” y también “Claro”. En total 4 emiten respuestas afirmativas siendo el 23,53% de los individuos que emiten este tipo de respuesta y el 57,14% de los dependientes de heroína.

. De los 8 entrevistados que nos dieron respuestas no tan claras¹⁷⁴, otros 3 (31 37,5%) pertenecen a este grupo diagnóstico. Así, los individuos 6b y 9b nos dicen “sí es enfermedad” en principio, y luego matizan que en según qué casos no es enfermedad. Sin embargo, el 14b dice que “no es enfermedad” y a continuación nos aclara su respuesta explicándonos en que caso sí consideran que es enfermedad. Las respuestas de estos tres son:

- Para el 6b parece que hay enfermedad cuando hay dependencia porque nos dice: “Yo creo que sí” y luego “no, no creo que sea una enfermedad tampoco, es un vicio más que una enfermedad. Pero una vez que estas enganchao sí que es una enfermedad”.
- El 9b nos dice: “ No sé lo que quieres decir” y cuando le volvemos a preguntar si es una enfermedad nos dice: “Pues sí y muy grave” . Pero, cuando se le pregunta por qué, vuelve a decir que no, que el que la toma es porque quiere¹⁷⁵.
- Y, el 14 b, dice en inicio que no es una enfermedad aunque luego matiza: “Yo creo que no.... Es una cosa que nos buscamos nosotros mismos, pero luego ya... Es que no sé, puede ser que sí sea una enfermedad... Es que hay veces que pienso que sí y hay veces que pienso que no”.

Los porcentajes de respuesta de este grupo se pueden ver en color rojo en las representaciones gráficas Los que contestan sí y los que contestan “según” por grupos diagnósticos.

¿Por qué?

Al preguntarles por qué consideran que sí o que no es una enfermedad, nos dan distintos argumentos. Así encontramos que:

¹⁷⁴ Ver la distribución de las respuestas en el apartado 2.2. *Concepto de Enfermedad y Salud*.

¹⁷⁵ Como veremos en la pregunta siguiente, dice que es enfermedad cuando de manera secundaria adquiere otra enfermedad como consecuencia –S.I.D.A., hepatitis, etc-

A) Nos dicen que sí es una enfermedad porque:

- Porque genera dependencia. De los 12 que nos daban esta respuesta en el conjunto de la segunda submuestra, el 41,67% corresponde a este grupo diagnóstico. Son los individuos 1b, 2b, 5b, 6b y 7b. Y dentro de estos, los tres primeros (1b, 2b, 5b) nos hablan de la dependencia como única respuesta. Sus palabras son:

“... Porque cuando te levantas por ejemplo.. y no tienes nada que hacer te vas a buscar. Entonces dependes de ella, es como si fuese el alcohol, que se levantan y hasta que no van al bar y se toman dos o tres copas no... a mí me pasa con la heroína... empiezo por poco pero luego,.. me tengo que hacer todos los días” (1b).

“Sobre todo porque,.. No sé, una vez que se te mete dentro de la sangre... una vez que la metes otra vez y más el que ya la haya probado... cuando ya la has probado varias veces y te has enganchado varias veces vuelves a consumir y nada más con dos o tres veces que la toque... ya te llama otra vez” (2b).

“Porque dependes de ella. Cuando una cosa dependes de ella es que estas enfermo... Una persona que esta normal no le preocupa tanto que pillar, tengo que hacer esto, y estar pendiente solamente de él. Es su enfermedad, es como un bingo... Pendiente ya solamente de eso, ya no me preocupaba de las cosas” (5b).

Para hablar de esta dependencia utilizan distintos términos. Así, usan la palabra “enganche” dos, el 2b y 6b que dice: : “Pero una vez que estas enganchao sí que es una enfermedad”. Este último, por tanto, también usa la palabra “dependencia” junto al 1b, 5b y 7b. Y, finalmente, el 7b nos decía: “Porque ya no eres tú. Eres otro. Eres un dependiente de esa sustancia”.

Comentar finalmente que ninguno de estos corresponde a los que nos definían droga como dependencia en la pregunta anterior.

- Porque se pierde el control. Nos habla de esta pérdida de control el 14b cuando dice: “Porque es una cosa que a la mínima ya te viene a la cabeza y parece que te llama... tienes que ir”.

- Porque te genera problemas. Dos de los dependientes de heroína, nos comentan problemas y ambos se refieren a problemas judiciales y no de otra índole. Nos dicen: “Mala conducta... peleas para conseguir droga... Me ha traído muchos problemas. Por eso me he pegao muchos años en la cárcel” (6b) y “tienes que robar.. tienes que guardar para que mañana por la mañana no tengas mono. Yo creo que sí es una enfermedad” (7b). Estos son 2 de los seis que nos dan esta respuesta, el 33,33%.

- Porque es una enfermedad “psicológica” (te afecta a “la cabeza”). También son dos los que nos hablan de esto cuando nos dicen: “Yo estuve con un chico y lo volvió loco.., fue y no se estimo la vida. Hay mucha gente que acaba con suicidios y cosas y... es una enfermedad. Y no eres tú... es ella la que te ha convertido en lo que eres” (7b) y “pero lo de la droga es psicológicamente.... No pienso que sea eso, una enfermedad” (9b)¹⁷⁶. También en este caso son el 33,33% de los que nos dan esta respuesta (2 de 6).

- Porque ya no eres tú. Esta respuesta nos la da un único individuo que pertenece a este grupo, el 7b: “Porque ya no eres tú, eres otro....es una enfermedad. Y no eres tú... es ella la que te ha convertido en lo que eres”.

Además el 9b nos dice que es una enfermedad muy grave: “Pues sí, muy grave”. Y el 1b nos habla, de la tolerancia: “.. Es como si fuese el alcohol, que se levantan y hasta que

¹⁷⁶ Se está refiriendo a que sólo considera enfermedades aquellas que tienen consecuencias “físicas”.

no van al bar y se toman dos o tres copas no... a mí me pasa con la heroína... empiezo por poco pero luego,.. me tengo que hacer todos los días”

B) Nos dicen que no es una enfermedad porque:

- Porque tú eliges utilizar drogas. Este argumento nos lo dan dos individuos de este grupo diagnóstico. Son el 33,33% del total de los que nos dan esta respuesta. Nos dicen cosas como que quien empieza es porque quiere o que ellos mismos se lo han buscado y por eso no es enfermedad:

“No, una enfermedad no, no es ninguna enfermedad... Sino, quien empieza es porque quiere, no es una enfermedad” (9b).

“Porque sé lo que lleva... Es que somos nosotros mismos los que nos lo montamos, pienso yo. Es tener las ideas claras y decidir curarte.... Nosotros nos lo hemos buscado” (14b).

- Porque no es una enfermedad física como otras. Los mismos individuos del apartado anterior hablan de que no es enfermedad porque es distinta de las “enfermedades” que ellos consideran. Nos dicen así:

“No pienso que sea eso, una enfermedad. Lo que es una enfermedad es quien tiene enfermedades como hepatitis, como S.I.D.A.... Pero eso no es una enfermedad” (9b).

“... Pero como enfermedad no. Enfermedad es un cáncer, un Alzheimer, todo eso que son personas que no lo buscan... les viene porque sí.. “ (14b).

Estos dos son el 50% de los que nos decían, en sus argumentos de porque no es enfermedad, que no es como otras enfermedades.

- Porque es un “vicio”, algo que está mal. Finalmente, uno de los tres individuos que nos decían que no es enfermedad porque es un vicio, pertenece a este grupo diagnóstico. Es el 6b que nos dijo: “No, no creo que sea una enfermedad tampoco, es un vicio más que una enfermedad”.

Al final de este apartado, en las representaciones gráficas Por qué sí y Por qué no es enfermedad por grupos diagnósticos, aparecen las respuestas de este grupo en color rojo.

Dependientes de cocaína y heroína

En los dependientes de cocaína y heroína como principales diagnósticos (61,54% -8 individuos- consumen ambas por vía intravenosa –speedball-, el 23,07% -3 individuos-ambas sustancias fumadas y el 15,39% -2 individuos- esnifada y fumada):

- a) ¿Estás enfermo?¿Qué problemas de salud te preocupan?¿padeces alguna enfermedad?

De los cuatro individuos de la primera submuestra que pertenecen a este grupo, tres nos dicen que sí están enfermos (dos son consumidores de ambas sustancias por vía intravenosa y uno fumada) y otro individuo nos dice que no está enfermo. A este último (el número 7), cuando le preguntamos si padece alguna enfermedad nos contesta que “ninguna”.

Son 9 los individuos de la segunda submuestra con diagnóstico de dependencia de cocaína y heroína. De ellos, cuatro nos comentan algún problema de salud que les preocupa en relación a alguna enfermedad que padecen. Algunas de sus respuestas en relación con los problemas de salud que les preocupan son: “El VIH y hepatitis, como llevarlo, los problemas de los dientes...” (8b), “Los nervios... porque me traen problemas, mareos, ansiedad, angustia... los anticuerpos” (13b), “tengo hepatitis y no sé si VIH” (20b), “el hígado, la hepatitis, coger una cirrosis.. lo de los anticuerpos” (26b).

Además de estos cuatro, tres individuos más nos comentan que les preocupan problemas de salud “genéricos”, que no les afectan directamente por el momento. Sus respuestas son: “coger alguna enfermedad crónica, el SIDA, la hepatitis B o C” (10b), “el corazón, porque mi padre tiene una enfermedad hereditaria”(18b), “cualquiera grave, hepatitis” (23b). Finalmente, dos más nos dicen que no les preocupa ningún problema de salud (el 3b consumidor por vía intravenosa y el 4b que utiliza las vías esnifada y fumada respectivamente), ambos nos dicen que no padecen ninguna enfermedad en la siguiente pregunta.

Destacar en este grupo de la segunda submuestra que de siete individuos que nos comentan algún problema de salud que les preocupa, cinco nos hablan de que les preocupa el “SIDA”, los “anticuerpos”, etc. De ellos, sólo uno, el 8b consumidor por vía intravenosa, padece la enfermedad, al resto les preocupa contraerla o haberla contraído. De estos cuatro, tres son consumidores de speedball, es decir, utilizan la vía intravenosa y el cuarto –el 20b- utiliza la vía fumada para ambas sustancias. Algo similar ocurre con la hepatitis o el “hígado” que les preocupa a otros cuatro individuos de los siete que nos comentan algún problema de salud aunque en este caso tres de los cuatro tienen hepatitis. Dos son consumidores de speedball y los otros dos utilizan otras vías.

En número total de individuos que dicen que sí están enfermos en este grupo es de 7, siendo el 53,85% de los dependientes de heroína y cocaína (7 de 13)

- b) ¿Padeces/padecías alguna enfermedad?¿Cuál/cuáles?

De los 13 individuos con diagnósticos de dependencia a cocaína y heroína, seis –3 consumidores por vía intravenosa el 7, 3b y 10b; y tres por otras vías, 4b, 18b y 23b- nos dicen que no padecen “ninguna” enfermedad. Si bien el individuo 4b si que añade, al referirse a los antecedentes de enfermedad, que tuvo hepatitis pero “la ha curao” y al

mirar los datos de la solicitud de ingreso e historia clínica descubrimos que se trata de una hepatitis C. Además el 10b nos decía que no padecía enfermedad así: “que reconozca ninguna, la desviación de columna”.

Las enfermedades que nos dicen que padecen son:

- Hepatitis: Del total de 13 individuos dependientes a ambas sustancias siete, el 53,85%, nos dicen que padecen o han padecido hepatitis. Así, nos comentan que la padecen cuatro de los ocho individuos que consumen ambas sustancias por vía intravenosa. Corresponden al individuo número 18 de la primera submuestra y los individuos 8b, 13b y 26b de la segunda. Dos de estos nos dicen que tienen hepatitis C; el 8b que tiene hepatitis sin especificar (se confirma por la historia que se trata de otra hepatitis C), y el 18 nos dice que “he pasado la hepatitis B y C”. En cuanto a los consumidores de ambas sustancias por otras vías, nos dicen que padecen hepatitis dos individuos, el 23 y el 20b. Ambos nos dicen que padecen hepatitis B y C en el momento de la entrevista (no como el 18 que se refería a ellas como algo “pasado”). Además el 4b nos dice, en los antecedentes, que tuvo hepatitis pero “la he curao” (es uno de los individuos de este grupo que cuando le preguntamos si padece alguna enfermedad nos dice que ninguna).

Aunque son siete los que nos comentan que padecen o padecieron hepatitis, si analizamos los datos de la solicitud de ingreso e historia clínica nos encontramos con que: El 20b que nos dijo que padecía hepatitis B y C y consta en la historia unos marcadores serológicos negativos para hepatitis B. Por otro lado el 26b que nos comenta que tiene hepatitis C, tiene marcadores serológicos positivos para ambas hepatitis. Además hay un individuo, el 3b que es diagnosticado de hepatitis C durante el programa y no sabía por tanto que estaba infectado en el momento de la entrevista. El 13b, además de hepatitis C, según consta en la solicitud de ingreso, padecía una hepatitis tóxica por consumo de sustancias. En la representación gráfica Enfermedades que padecen por grupos diagnósticos, podemos ver en color naranja las enfermedades que este grupo diagnóstico nos relata. Son el segundo grupo diagnóstico en frecuencia de padecer hepatitis C con un 32% de los enfermos. Y, al igual que en los dependientes de heroína, el 44,44% de los que padecen hepatitis B.

- Tienen infección por el “V.I.H.” dos individuos de este grupo y ambos nos lo comentan como una de las enfermedades que padecen en el momento de la entrevista. Son el número 10 de la primera submuestra y el 8b de la segunda. Ambos son consumidores de speedball. El 10 lleva tratamiento pero el 8b no. Este último fue diagnosticado en los meses previos a la entrevista y aún no ha superado que le dieran este diagnóstico..

- Un individuo dice tener asma (es el número 10) y otro tener alergia al pino (8b) aunque en el caso de este último no consta en la historia clínica. Sin embargo el individuo 4b tiene alergia al olivo según la historia y no nos la comenta en la entrevista.

- El 8b nos comenta que padece de flemones y de úlcera de estómago. Y el 20b nos dice que tiene conjuntivitis.

- Otros antecedentes de enfermedad que nos comentan y aún no hemos detallado son: Varicela la han pasado tres individuos, el 18, 23b y el 20b que nos dice “esa que te salen granitos”, son el 23,08% de dependientes de heroína y cocaína. Sarampión lo pasaron dos individuos (15,38%), el 18 y 3b ambos consumidores por vía intravenosa. Rubéola un individuo (7); paperas otro, el 3b; y “rosácea” otro, el 23. Pasaron meningitis en la infancia/adolescencia tres individuos de este grupo, son el 7 y el 8b (consumidores de ambas sustancias por vía intravenosa) y el 23b que nos dice que paso “una grave que me

pincharon en la espalda y había riesgo que quedara paralítico o tonto”, son el 100% de los individuos que nos hablan de esta enfermedad de la muestra. Ocurre igual con las “Fiebres Malta” nos lo comentan dos individuos, el 7 y el 8b, ambos consumidores de speedball, y son los únicos que nos dicen haberlas padecido de toda la muestra. Nos hablan de haber padecido algún constipado el individuo número 10, padecer de epiglotitis un individuo (7); de gripe otro (18b); de “anginas” dos más (23 y 26b) y de “reuma y velocidad en la sangre” otro individuo, el 13b. Además dos individuos de este grupo nos hablan de antecedentes de enfermedades psiquiátricas. Por un lado el 13b que nos dice que padecía de “los nervios” (consta en la historia clínica un trastorno límite de personalidad y una psicosis tóxica meses atrás) y el 10b que nos comenta que acudía al psiquiatra desde los 15 años por problemas de conducta e inicio de consumo de cannabis (en este segundo caso durante el programa, meses después de la entrevista, se detecta ideación paranoide que requiere tratamiento neuroléptico). Casi todos estos antecedentes de enfermedad que nos comentan constan en la historia y solicitud de ingreso a excepción de las enfermedades infectocontagiosas de la infancia que, la mayoría, no vienen recogidas en la solicitud de ingreso.

Los antecedentes de enfermedad que constan en la historia clínica y no nos dicen en la entrevista, además de lo ya comentado Sobre la hepatitis, son: Un individuo, el 10b, que tiene anemia macrocítica y otro hipercolesterolemia (4b) al ingreso y no nos lo comenta aunque desconocemos si antes alguien le habló del problema. Otro individuo tiene caries, otro es alérgico a la penicilina (23). Otro, el 23b, no nos dice que tubo amigdalitis en la infancia y vemos en la solicitud de ingreso que está amigdalectomizado.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos que no nos comentan, un individuo, el 26b, está en tratamiento para control de impulsos y por estado de ánimo ansioso-depresivo; otro, el 3b, está en tratamiento neuroléptico para control de la sintomatología del trastorno límite de personalidad (diagnóstico de sospecha antes del ingreso que se confirma en abstinencia durante el programa), y otro, el 8b, está diagnosticado en la solicitud de ingreso, de “depresión reactiva y trastorno de personalidad no especificado”. Además, el 18b tenía un diagnóstico de sospecha al ingreso de trastorno antisocial de la personalidad pero, durante el programa y en abstinencia, no se confirma dicho diagnóstico. Tres de los seis individuos con trastorno de personalidad en la muestra de 2001 pertenecen a este grupo y los otros tres son dependientes de cocaína como único diagnóstico. En la representación gráfica Patología psiquiátrica en función de los diagnósticos se puede ver el porcentaje del total de diagnósticos psiquiátricos que corresponden a este grupo en color naranja.

c) ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?

Lo que saben sobre la hepatitis.

Siete individuos dependientes de cocaína y heroína nos dicen que tienen hepatitis. Lo que saben de la hepatitis es:

- El 13b nos dice que no tienen información: “Información de la hepatitis C no tengo casi ninguna porque no me han dao información. Me han dicho que no es nada”. También el 20b nos dice que “Poca cosa. Nada”. Ambos añaden luego algo más al respeto. Además, recordamos aquí que el 4b nos cijo que tuvo “hepatitis pero la he curao”; éste nos cuenta: “Es que tuve varias... ahora no me acuerdo. No sé si fue la A o la B.. Una de ellas me la curó mi madre, a base de comer bien... Y como la cogí pues no lo sé.... Luego la siguiente que tuve sí, la cogí de alguno que me la pegaría”.

- El 8b nos habla de que es una enfermedad “crónica”
- Sobre el contagio, cinco nos dicen que se contagia por vía sanguínea y, de ellos, tres nos hablan también de la posibilidad del contagio por vía sexual. Lo que nos dicen es: El 23 “De las hepatitis¹⁷⁷ sé que se trasmite por sangre y por vía sexual igual que el SIDA”; el 18 nos dice que “sé que puedo contagiarla por vía intravenosa y también es posible por el sexo”; el 8b, además de decirnos que “es contagiosa” nos especifica más “Por cualquier vía.. Se puede contactar por un tubo mismo, pasándolo... Venosa... y ¿sexual también?”; el 20b que “por la jeringuilla la he pillao. Por sangre”; y, finalmente, el 26b que “la he cogido por compartir insulinas”. De estos, el 23 y el 20b son consumidores por otras vías distintas de la intravenosa y los otros tres son consumidores de speedball.
- Dos personas de este grupo nos hablan del tratamiento. Nos dicen: “Sé que hay un tratamiento que no es curativo pero que mejora, por eso hay que hacerse controles y analítica” (23); “hay un tratamiento que debe ser muy bueno, el interferon.. que me pusieron ya hace años pero como estaba.. con la droga...me lo quitaron... si se lleva bien se pueden estabilizar mucho las transaminasas.... que se puede vivir hasta viejo” (26b). Hace referencia al tratamiento en otros términos el 4b cuando dice “me la curó mi madre... a base de comer bien”
- En cuanto a la patogenia: El 18 nos dice que “al hígado se lo va comiendo poco a poco” y, curiosamente, añade “cuando se ha gastado lo vas tirando por la boca y por el ano, lo vi en el hospital un chico que conocía y estuvo ingresado conmigo”. Además nos dicen que el hígado “se inflama” el 4b y “que es del hígado... se inflama” el 26b.
- Hablan de lo perjudicial del alcohol: “Sé que no debo beber alcohol” (18); “O pienso también que fui yo el que me la reanime a base de beber, porque claro si tienes el hígado mal y bebes alcohol, pues, lo que sucede es que se te inflama y te sale”(4b). También el 13b nos dice “tienes que llevar una dieta, no puedes beber...”.

Lo que saben de la infección V.I.H.

Son dos los individuos de este grupo con infección V.I.H. y ambos son consumidores de speedball. En los dos casos nos hablan, de alguna manera, de la cronicidad y del contagio. El 10 nos dice: “Del VIH sé que es una enfermedad crónica, pero que se puedes vivir con ella, siempre llevando una buena calidad de vida; y el 8b nos dice que es una enfermedad “para toda la vida”. En cuanto al contagio ambos nos hablan de la vía intravenosa y uno de ellos de la sexual diciéndonos: “Se contagia a través de la sangre y las relaciones sexuales” (10b) y, el 8b nos dice que lo habrá “cogido por vía intravenosa”.

Lo que sabe del asma el 10.El único individuo con asma de este subgrupo nos habla básicamente de las pruebas de alergia. Sólo nos comenta: “Del asma que me la han detectado hace poco, y me tengo que hacer pruebas porque me ahogo”.

Lo que saben de la meningitis.

Los tres individuos de la muestra en su conjunto, que nos comentan haber padecido de meningitis, corresponden al grupo de dependientes de heroína y cocaína. Dentro de estos, el 7 y 8b son consumidores de speedball y el 23b consume ambas sustancias por otras vías distintas de la intravenosa. Los tres nos cuentan que estuvieron ingresados en un hospital, dos de ellos nos hablan del riesgo de secuelas y también dos de la punción

¹⁷⁷ Se refiere a B y C que son las que nos cuenta que padece.

lumbar y el tercero del “líquido que se hace malo”. Sus testimonios son: El 7 nos cuenta de la meningitis que “la pase dos veces... estuve ingresado... Sé que te puedes quedar mal con dificultades mentales o físicas, que viene de la comuna vertebral y va al cerebro. En el cerebro hay un líquido que se hace malo”. El 8b nos dice que tuvo “principios de meningitis” y sobre la misma nos dice que sabe “Poca cosa”... que fue a “la Fe de urgencias, me pincharon en la columna vertebral y me sacaron líquido y estuve allí ingresado unos días”. Además el 23b también debió padecer meningitis porque nos dice “de pequeño tuve una que se ve que era muy grave. Me tuvieron que pinchar en la columna... había riesgo de que me quedara tonto o paralítico... que tuviera consecuencias... y no sé lo que era. Me quede en el Hospital” .

Lo que saben de las fiebres Malta.

El individuo número 7 nos dice “que se coge de productos lácteos, de la leche de cabra o de los quesos, da fiebre alta”. Además el 8b de las Fiebres Malta nos dice que estuvo ingresado pero que no sabe más: “no sé lo que son”.

Lo que saben sobre antecedentes psiquiátricos.

El 10 b nos relató que había ido al psiquiatra en varias ocasiones: “a partir de los 15 años he ido a psicólogos y psiquiatras... estuve yendo poco tiempo, no me daban medicación ... pues por desequilibrio mental, por fumar porros, por beber, por jaleos en casa, por peleas,... porque yo misma me encontraba mal y lo pedía”. No cuenta mucho más en relación con lo que sabe sobre los problemas que le hicieron ir al psiquiatra a excepción de los siguiente: “tenía muchos problemas en casa... pues eso, estrés, me desequilibraba la cabeza, desequilibrio mental.... Estuve un tiempo yendo al psiquiatra y todo... y tomaba datos y eso... Además era un psiquiatra muy serio”.

Y el 13b sobre sus problemas de “nervios” desde pequeño, nos relata: Era un niño muy inquieto, muy inseguro, ...con problemas de relación. Iba al colegio y no me relacionaba con nadie”.

Lo que saben de otras enfermedades:

El 18b nos dijo que no estaba enfermo pero le hicieron una pruebas “del corazón” porque su padre tuvo problemas cardiacos y le dijeron “que era hereditario”. Nos relata que les hicieron pruebas a los tres hermanos.

El individuo 10b comenta que tuvo: “Bulimia cuando era pequeña” y lo que sabe al respecto es: “se sabe que es bulimia una persona que vomita... pues ya lo sabe el médico. El médico se lo dijo a mi madre... yo me acuerdo que vomité y estuve una semana sin comer..... Una semana estuve vomitando... y me pusieron suero durante 4 o 5 horas y ya está” . Ante la ausencia de información al respecto en la solicitud de ingreso o de sintomatología actual, con su explicación deducimos que, probablemente, el episodio que relata corresponde a una gastroenteritis que requirió ingreso hospitalario.

El 20b nos dice de la conjuntivitis que “me echaba colirio en los ojos y tenía muchas legañas. Se me rascaba me salía más... era infección”.

El 13b refiriéndose a la fiebre reumática nos relata lo que sabe al respecto: “Del reuma que era una falta de defensas en la sangre con lo cual me produce el reuma, velocidad en la sangre”.

En cuanto a las enfermedades infectocontagiosa de la infancia, tres individuos de este grupo nos hablan de tres de ellas. El 7 nos dice de la rubéola que “se pasa una sola vez en la vida, que salen granos y que normalmente la sufren las chicas”. El 3b nos dijo que

no tenía ninguna enfermedad y que había pasado el sarampión y sobre éste nos cuenta: “El sarampión era lo de los granitos, que aún tengo marquitas y tal... aquí en la nariz, agujeritos y eso, que me rascaba. Pero que no me acuerdo yo era muy pequeño”. Y el 23b sabe de la varicela que “me picaba mucho todo el cuerpo y tenía muchos granos rojos... Sé que es mejor pasarla de pequeño... de mayor es más perjudicial”.

d) ¿Quién te lo ha contado?

De los siete individuos que nos dijeron que tenían hepatitis en este grupo, cuatro nos dicen que lo que saben de la misma lo han aprendido a través de sanitarios fuera de la U.D.R.: “Los médicos... Uno de ellos era de granada. Y luego el otro Don José, ... el de la U.C.A.” (4b); “la médica de cabecera” (13b); el médico de la U.C.A. (20b) y “la doctora de digestivo” (26b). Dos dicen que los que saben lo han aprendido en la U.D.R.. Nos dicen: “Lo que sé lo he aprendido aquí” (23) y “quitando lo que tu me has dado no tengo información” (8b). Y uno más dice que sabía cosas pero ha aprendido más en la U.D.R.: “Sabía poco sobre la hepatitis pero aquí he aprendido más” (18). Este último individuo también nos cuenta algo que su madre le dijo: “Mi madre me dijo que estaba tirando el hígado por la boca”.

Relativo al SIDA, de los dos individuos de este subgrupo que lo padecen, uno dice haber aprendido lo que sabe en dos U.D.R.s: “lo he aprendido en Reiets y aquí” (10). Y el otro, que pertenece a la segunda submuestra, el 8b, dice que: “No tengo información. Quitado lo que me has dado tú¹⁷⁸ no tengo información”.

El 10 dice nos dice “lo he aprendido en Reiets y aquí” en referencia al V.I.H, tal y como hemos contado, y también al asma.

De las fiebres Malta, como hemos comentado el 8b nos dijo que no sabía nada. El 7 sí nos cuenta que “me lo contaron los médicos”.

En cuanto a la meningitis, el 8b, además de decirnos lo comentado respecto a que estuvo ingresado no nos dice quién le contó al respecto. Sin embargo, el 7 nos dice: “Esto lo sé porque me he interesado leyendo revistas y escuchando la televisión”. El 23b nos dice que todo lo que sabe por sus padres: “Pues mis padres, ... de recuerdos que tengo yo”.

Sobre los antecedentes psiquiátricos el 10b nos dice que los sabe por “el psiquiatra” y el 13b nos cuenta también que lo sabe por un psicólogo: “Mi madre me lo dijo que me llevé a un psicólogo con 11 años y dijo que padecía de los nervios”.

En cuanto a otras enfermedades, han recibido la información de los servicios médicos en estos casos: El 10b, en referencia a la desviación de columna que padece, “el Dr. Montijano.. Es traumatólogo”; el 20b, en referencia a la conjuntivitis se lo dijo “el médico de cabecera” y, el 18b, en referencia a las pruebas que le hicieron por el problema de corazón de su padre nos dice que la información se la dio “la médica del corazón”. Además, comentar que el 10b nos dice también sobre la “bulimia” (de la que ya hemos comentado que probablemente se tratase de un episodio de gastroenteritis grave), que “el médico se lo dijo a mi madre”.

Y, otras enfermedades en que la información la hayan recibido de la familia; además del 13b que hablando del reuma nos dice que se lo ha contado “mi madre”; básicamente nos

¹⁷⁸ Se refiere a unos folletos que le entregue el día antes de la entrevista porque pidió información. En ese momento se le citó para la entrevista y no se le dio más información para no interferir con la investigación demorando las explicaciones al día siguiente. Se le dijo que estudiaríamos los folletos juntos pero en el momento de la entrevista aún no lo hemos hecho.

dicen que han recibido la información de la familia cuando se refieren a las enfermedades infectocontagiosas de la infancia. Tal es el caso de la rubéola del 7 -“lo que sé me lo contó mi madre”-; del sarampión del 3b -“mi madre” -, y de la varicela del 23b -“pues mis padres, ... de recuerdos que tengo yo”-.

e) ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento? ¿A qué has venido al centro?

Son 9 los individuos de la segunda submuestra que pertenecen a este grupo. Cinco son consumidores de speedball y cuatro consumen ambas sustancias por otras vías. Tal y como hemos comentado, sólo los individuos de la segunda submuestra contestaron a estas tres preguntas que restan de la entrevista. De ellos, cuatro dan la misma respuesta en ambas preguntas, 3b, 18b, 23b, 26b; uno más da la misma añadiendo algunos matices, el 13b, y los otros cuatro añaden otras expectativas distintas (4b, 8b, 10b y 20b).

Si analizamos y clasificamos sus respuestas vemos que:

- Un 55,56% (5 de 9) de los dependientes a heroína y cocaína a los que hicimos esta pregunta (de la segunda muestra) hacen referencia a un tratamiento de deshabituación/rehabilitación, hacer terapia, etc. Son los números 3b, 8b, 13b, 20b y 26b. Sólo hay seis individuos del total de los entrevistados (de los 26 de la muestra segunda) que nos dicen que vienen a hacer un tratamiento de deshabituación o rehabilitación. Son por tanto estos 5 el 83,33% de los que nos dan esta respuesta. Esto, junto al resto de respuestas, se puede objetivar claramente en la gráfica Expectativas hacia el tratamiento en función de los diagnósticos al final de este apartado. El color naranja corresponde a los individuos de este grupo.

- Dos hacen referencia a una desintoxicación son el 10b y 18b.

- Los que hacen referencia a la necesidad de un aprendizaje, de un cambio (“aprender... cambiar..., tener información..., cambiar cosas concretas”): son el 3b, 4b, 10b, 13b y 23b. Son el 55,56% de los entrevistados de este grupo y el 29,42% de los que nos dan esta respuesta del total de la segunda muestra (5 de 17).

- Los que vienen a “curarme (como algo general o concreto)... llevar vida sana,ponerme bien” son el 3b, 13b, 20b y 23b. Son el grupo más numeroso de los que nos dan esta respuesta seguidos de los tres dependientes de heroína que nos la dan. En total son el 44,44% de los que nos dan esta respuesta (4 de 9).

- El 10b habla de “equilibrarse”. Y también de adquirir “tolerancia a la frustración” ser capaz de “aguantar los problemas... saber resolverlos”.

- Un único individuo de este grupo nos habla de la necesidad de alejarse de su medio: “ahora mismo salir a la calle es una putada” (13b).

- Dos, el 3b y 8b, nos hablaban de la necesidad de apoyo o de dejarse ayudar.

- También dos individuos, como en el caso de los dependientes de heroína, hacen referencia a sintomatología depresiva o ansiosa. Son el 13b y 26b.

- Un único individuo, el 4b, hace alguna referencia a la familia. Es el grupo diagnóstico que en el que menos individuos hacen referencia a la familia.

- Tres nos dicen de alguna manera que están cansados (“estoy harto”) de la vida de drogodependiente. Son el 4b, 13b y 26b. Y, a su vez, son el 60% del total de los que dan esta respuesta (3 de 5).

- Además otros tres individuos distintos de este grupo diagnóstico (3b, 8b y 23b) nos dicen que esperan “salir de las drogas... dejar de consumir” y son también el 60% (3 de 5) de los que nos dan esta respuesta en el total de individuos entrevistados.

- En cuanto a otras expectativas secundarias, dos individuos nos dan algunas: “Llevar una vida sana... También tengo mis problemas judiciales” (3b) y “mejorar mi salud y poder también económicamente recuperarme” (23b).

Finalmente comentar que, como puede verse en la gráfica mencionada, ningún individuo de este grupo nos comenta que necesita mejorar su baja autoestima y sí que nos comentan el resto de respuestas.

f) ¿Cómo definirías droga?

Para analizar mejor sus respuestas las hemos fragmentado y clasificado, como en el resto de grupos. El resultado que hemos obtenido es el siguiente:

- De los 6 que nos hablan de que la droga es una sustancia, dos (33,33%), pertenecen a esta categoría diagnóstica. Son los individuos 3b, y 23b que dicen así: “Son sustancias que te crean una falsa imagen de la realidad” (3b) y “Droga la definiría como una sustancia que te hace...” (23b).

- El 4b nos habla de que es un estimulante: “Para mí la droga es un estimulante, un ... Bueno, antes de un estimulante, un...”.

- Dos individuos, el 3b y el 8b, hablan de que la droga les distorsiona la realidad. Son los únicos del total de los entrevistados que nos hablan de esto, tal y como se refleja en naranja en la representación gráfica Definición de droga por grupos diagnósticos que aparece al final de este apartado. Sus respuestas son: Te distorsionan la realidad y te hacen sentir mejor por el momento, aunque luego.. te trae los beneficios a corto plazo, luego a largo plazo te trae todas las malas consecuencias...” (3b) y “para mí es quitarme de la realidad...” (8b).

- Dos individuos nos dicen que es algo que les gusta, que les hace sentir bien: “Y te hacen sentirte mejor” (3b); “te hace sentirte bien” (23b). Son el 25% del total de los que nos dan esta respuesta (2 de 8).

- El 18b nos dice que le produce sensaciones agradables: “Vicio, placer, y enganche”.

- También para dos individuos es una forma de evadirse, de escapar de las responsabilidades o los problemas de la vida cotidiana. Sus respuestas son: “Un olvido, o un querer esconderse de algo, .. esconderte de tus responsabilidades” (4b) y “quitarme de la realidad, evadirme de la realidad, a estar desconectao” (8b). También en este caso son el 25% (2 de 8) del total de los que nos dan esta respuesta.

- Es algo que genera muchos problemas nos lo dicen otros dos individuos: “A largo plazo te trae todas las malas consecuencias... las judiciales, enfermedades” (3b) y “problemas de rayaduras en la cabeza... de los nervios... económicos” (23b). Son el 40% de los que nos comentan los problemas (2 de 5).

- Hay un entrevistado, el 13b, que comenta que la droga te cambia a peor, que no eres tú mismo. Sus palabras son: “Tu eres una persona abierta, eres alegre... se te va la alegría, te vuelves arisco, te vuelves violento”. En contraposición a este hay otro de los entrevistados que nos habla justamente de lo contrario, de que la droga le hace ser tú mismo. Sus palabras son “al final para ser tú mismo necesitas esa sustancia” (23b).

- Habla en negativo de la droga dos individuos. El 13b se refiere a ella como “mierda” y una ruina. Por otro lado el 18b nos dice que es un vicio.

- De los cinco individuos que nos dicen que la droga es algo que mata, tres (el 60%) pertenecen a esta grupo diagnóstico. Son los informantes 10b, 20b y 26b. Lo que nos dicen es: “La droga es algo que te mata. Algo que te va quemando poco a poco... puede haber momentos en los que tú te haces creer que estás bien pero a la hora de la verdad te das cuenta que estas mal” (10b); “pues eso, droga... Es que no sé... Una droga es una cosa que te mata muy lentamente... O rápidamente... No sé” (20b) y “te va destruyendo, te va machacando poco a poco...” (26b).

- Hacen referencia a que la droga genera dependencia un total de 4 individuos del total de 7 que nos hablaban de esta característica en su definición de droga. Son por tanto el 57,14% de los que nos dan esta respuesta. Corresponden a los números de entrevistado 3b, 18b, 23b y 26b. Para referirse a esta dependencia utilizan distintos términos: Utilizan las palabras adicción y adicto el 18b y 26b respectivamente; utiliza el término dependencia el 23b y utilizan el término enganche el 3b, 18b y 26b. Vemos por tanto que el 18b y 26b usan dos términos para referirse a los mismo. Por ejemplo el 18b nos decía: “Es vicio, placer y enganche. Vicio, que es un vicio increíble. ¿Por qué?, porque te induce mucho placer y te engancha mucho por el placer que produce y por la adicción que tiene”.

Tal y como hemos comentado, las respuestas a esta pregunta de los dependientes de heroína y cocaína aparecen en naranja en la representación gráfica Definición de droga por grupos diagnósticos al final de este apartado.

g) ¿Consideras la drogadicción/drogodependencia una enfermedad?

El 55,56% de los dependientes de heroína y cocaína de los que fueron entrevistados (5 de 9) nos respondieron directamente que “Sí”, que consideraban la drogadicción una enfermedad. Son los números de entrevistado 3b, 4b, 13b, 18b y 26b. Además, dos individuos más, el 8b y 20b nos contestan utilizando la palabra “Claro”. El 3b nos dice no sólo que es una enfermedad, sino que es una enfermedad crónica. Su respuesta es: “Yo pienso que sí. Es una enfermedad crónica además. Es una enfermedad que tiene cura ¿no? Porque yo sé de gente que ha salido de las drogas, y si esa gente ha salido yo sé que puedo salir... puedo tener la fuerza de voluntad para poder salir,... es querer uno y tener motivos para salir...”.

Los dos restantes, el 10b y 23b, nos dan respuestas no tan claras. Desde un punto de vista comentan que sí es una enfermedad y desde otro punto de vista que no es enfermedad. Por un lado, el 10b nos dice que “según”. Su respuesta es: “ .. según cada persona... Es que hay veces que puedo pensar que es una enfermedad y a veces que no, que es un hábito adquirido. Si uno quiere si que lo consigues” El 23b nos dice que “sí es enfermedad” en principio, para después matizar diciendo: “... Es una enfermedad y no...”.). . Luego se les preguntó por qué piensan que sí en unos casos y que no en otros.

Sus respuestas se pueden objetivar en color naranja en las representaciones gráficas Los que contestan sí y los que contestan “según” por grupos diagnósticos.

¿Por qué?

A) Nos dicen que sí es una enfermedad porque:

- Porque genera dependencia. Nos dan esta respuesta cuatro individuos de este grupo, son a su vez un tercio de los que nos dieron esta respuesta en el global de la segunda muestra y el 44,44% de los preguntados de este grupo diagnóstico. Son el, 3b, 8b, 13b y 23b. Dos de estos, 18b y 23b, nos dan esta dependencia como única respuesta. Además

el 3b y 23b sí nos hablaban de la dependencia en su definición de droga. Sin embargo el 8b y 13b nos hablan de la dependencia por primera vez para explicarnos por qué consideran la drogadicción una enfermedad.

En cuanto a la terminología que utilizan, en esta ocasión utiliza la palabra “enganche” el 13b, y la palabra “adicción” el 8b (“Porque es una enfermedad y además bastante grave. La necesitas todos los días.... La adicción a las drogas es.... Y he montao de todo por conseguir droga. He hecho de todo”). Los individuos 3b, 13b, y 23b utilizan la palabra “dependencia” o un derivado de la misma. El 13b usa por tanto dos términos para referirse a la dependencia.

Finalmente, el 23b nos exponía que “Es una enfermedad en el sentido de... te lleva psicológicamente y físicamente, dependes de ello. Pero no es una enfermedad porque en cierto modo lo eliges tú..” Luego añade “una enfermedad no la eliges tú y finalmente argumenta que “se convierte en enfermedad cuando te das cuenta que para hacer tu vida necesitas de eso... te crea una dependencia...”.

- Porque se pierde el control. De los siete individuos que hablan de esta pérdida de control, tres, los individuos 4b, 10b, y 26b, pertenecen a este grupo diagnóstico. Son el 42,86% de los que nos dan esta respuesta. Sus comentarios son: “...Es como si fuera, ..., el no poder controlarla ¿no?. Es lo que yo busco, controlarla” (4b); el 10b nos decía “pero por norma general no puedes elegirlo, es tu cuerpo el que lo pide... Osea que no, no lo eliges” y el 26b “... el no poder controlar las drogas” . (recordar que el 10b correspondía al grupo que nos contestaban a si la dependencia es una enfermedad o no con un “según”en que casos).

- Porque no tienes bienestar o te genera malestar. De los cuatro que nos daban esta respuesta, dos corresponden a este grupo. Son el, 18b cuando dice “y lo veo como una enfermedad. Veo un chaval hecho polvo por la droga en la calle y no digo “mira un jonky”, no, digo “mira el pobre, está enfermo”.. Porque está tomando una sustancia, la cual le está destrozando”; y el 26b que nos argumentaba: “.. Porque a lo primer muy bonito y luego, cuando ya pasa la luna de miel, ya un infierno, un calvario.... una agonía día a día...”.

- Porque te genera problemas. Un tercio de los que nos comentan estos problemas son de este grupo. Por un lado el 3b nos habla de problemas de índole social cuando dice que “la gente te da de “lao”... Es que es todo negativo”. Y por otro, el 26b nos comenta problemas judiciales: “Todos los días... ir a robar, buscarte la vida... El no poder controlar las drogas”. (El 3b nos hablaba de esto en su definición de droga pero el 26b no).

- Porque se produce un deterioro físico. Curiosamente, los dos individuos que nos hablan de este deterioro de todos los entrevistados (todos lo individuos de la segunda submuestra), corresponden a este grupo. El 3b nos dice que “te estropeas físicamente” y el 18b que “estas tomando una sustancia que te está destrozando”.

- Porque es una enfermedad “psicológica” (te afecta a “la cabeza”). Dos del total 6 de los entrevistados, que nos decían que era una enfermedad psicológica (el 33,33%) son dependientes de heroína y cocaína. Son el 4b que nos decía: “Es una enfermedad. No una enfermedad como un “resfriaio”... Yo pienso que es una enfermedad psicológica” ; y el 13b que iba más allá cuando comentaba: “Porque si fuera físicamente enseguida nos curaríamos... En cuanto tuviéramos la sangre limpia estaríamos curaos... pero no.. psicológicamente te deja enganchao”.

- Porque te evade de tus problemas, te ayuda a enfrentarlos. Sólo el 10b nos da esta respuesta cuando nos dice: “Es una persona que no sabe enfrentar los problemas y lo usa para evadirse”.

Además decir que por un lado, el 3b nos habla de que es una enfermedad crónica: “Porque somos enfermos, pienso yo. Lo que pasa es que es una enfermedad que no se cura en quince días.... Yo pienso que nosotros vamos a tener siempre las tentaciones durante el resto de nuestros días... porque siempre vas a tener presente”. Y, por otro, el 8b nos dice que es una enfermedad muy grave: “Porque es una enfermedad y además bastante grave”.

B) Nos dicen que no es una enfermedad porque:

- Porque tú eliges utilizar drogas (quien lo hace es porque quiere). Dos de los individuos de este grupo diagnóstico nos dan este argumento. Son el 10b que nos cuenta que “porque una persona sabe claro que eso es una cosa que está mal. Si lo usa es porque le da la gana, entonces no es una enfermedad. Es una droga y punto, como el alcohol o como el tabaco. No son... bueno, son drogas pero no son enfermedades”; y el 23b que decía: “Pero no es una enfermedad porque en cierto modo lo eliges tú. Empiezas a consumirla y sabes como puedes acabar... y yo creo que no es una enfermedad por eso. Una enfermedad no la eliges tú”. Estos dos son el 33,33% de los que nos dan esta respuesta (2 de 6).

- Porque no es una enfermedad física como otras.. También el 23b continuaba explicándonos que “una enfermedad no la eliges tú. Coges la gripe y la coges y ya está. Eso, ... si que tienes un momento en que puedes decir sí o no”. Es decir, nos hablaba de que no es una enfermedad con consecuencias “físicas” como otras.

- Porque es un “vicio”, algo que está mal. Un individuo, el 10b, nos dan esta respuesta cuando dice: “Porque una persona sabe claro que eso es una cosa que está mal”.

-Porque es un hábito adquirido. Esto no lo comentaba un único individuo de todos los entrevistados que también es el 10b cuando dudaba y decía que según en que casos: “Es que hay veces que puedo pensar que es una enfermedad y a veces que no, que es un hábito adquirido”.

- Porque puedes salir siempre si quieres. También el 10b, es el único que nos habla de esto. Nos dice así: “Si uno quiere sí que lo consigue”.

En este grupo diagnóstico ya hay algún individuo al que preguntamos por qué nos había dicho que la drogodependencia era una enfermedad en esta pregunta, y sin embargo, no nos la había comentado como tal cuando le pedimos que nos dijera qué enfermedades padecía. Sus respuestas son variadas.

- El 18b nos dice entre otras cosas que “porque yo ahora en este momento no”; refiriéndose a que ahora está en tratamiento y ya no consume y, por tanto no se considera enferma.

- También el 18b, junto con el 20b nos dicen que creían que nos referíamos a otro tipo de enfermedades: “Y yo me creía que eran enfermedades de hepatitis, S.I.D.A. y todo eso” (18b); “porque tengo hepatitis C sólo” (20b).

- Y, además, tres nos dice que, de alguna manera, “no han caído en la cuenta”: “Pero no he caído en la drogadicción” (18b); “porque se me van las cosas de la cabeza” (20b), “¿Ah bueno!, ¡ya!... la tengo, esa también la tengo... El no saber controlar las drogas”(26b).

Al final de este apartado, en las representaciones gráficas Por qué sí y Por qué no es enfermedad por grupos diagnósticos, aparecen las respuestas de este grupo en color naranja.

Dependientes de cocaína

En los dependientes de cocaína como diagnóstico principal encontramos las siguientes respuestas sobre sus enfermedades:

- a) ¿Estás enfermo? ¿Qué problemas de salud te preocupan? ¿padeces alguna enfermedad?

De los 9 dependientes de cocaína como diagnóstico principal, 6 pertenecen a la primera submuestra. Tres de ellos nos dicen que no están enfermos aunque de ellos uno añade - cuando se le pregunta si padece alguna enfermedad- que “ahora dicen que tengo problemas psiquiátricos” –es el individuo 12, la mujer que consume cocaína por vía intravenosa y con problemas psiquiátricos importantes- y otro, el 24 nos dice que no está enfermo aunque luego añade “solo tengo problemas con la coca”. Los otros tres nos dicen que sí están enfermos.

En cuanto a los tres individuos de la segunda muestra, un individuo nos dice que no le preocupa ningún problema de salud (el 17b), aunque más tarde añade: “ahora ninguno excepto un posible contagio de tuberculosis..... tengo un soplo sistólico”. Los otros dos nos dicen que les preocupan problemas de salud que padecen: “engordar y el hígado” (11b) y “mis bronquios,.. que fumo mucho” (15b). De estos dos, el 15 b nos dice que no padece ninguna enfermedad en la siguiente pregunta, aunque sí tiene antecedentes de bronquitis en la infancia.

- b) ¿Padeces/padecías alguna enfermedad? ¿Cuál/cuáles?

De los 9 que constituyen este grupo, tres nos dicen en esta pregunta que no padecen ninguna enfermedad en el momento de la entrevista. Los tres son consumidores de cocaína esnifada. Dos pertenecen a la segunda muestra (15b y 17b) y uno a la primera (14). Comentar que el 17b nos dice “ahora ninguna excepto un posible contagio de tuberculosis” (hace referencia a que está en estudio por protocolo de tuberculosis).

Las enfermedades que nos comentan que padecen son:

- El individuo número 11 nos dice que tiene hepatitis C. Este diagnóstico no constaba en la solicitud de ingreso porque fue un diagnóstico nuevo durante el programa del centro y previo a la entrevista. Además el 14, que nos dice que no padece ninguna enfermedad en el momento actual, nos comenta después que ha “pasado la hepatitis B”. Ambos individuos pertenecen a la muestra de 1999. Si convertimos esta información en porcentajes encontramos que el 16,67% de los dependientes de cocaína como principal diagnóstico de nuestra muestra de 1999 (1 de 6) tienen hepatitis C. Si añadimos a este porcentaje el de los dependientes de cocaína y con trastorno por dependencia o abuso de alcohol encontramos que el 25% (2 de 8) de los dependientes de cocaína de 1999 (con o sin alcohol) y el 11,11% de los de 2001 (1 de 9) tienen hepatitis C. Solo el 16,67% (1 de 6) - considerando el diagnóstico de dependencia de cocaína aislado- o el 12,5% (1 de 8)

si -consideramos el de cocaína y alcohol- de los individuos de 1999 tienen marcadores serológicos positivos para hepatitis B y no hay ningún individuo de este grupo en 2001 que lo tenga. Los porcentajes de entre los admitidos a tratamiento por diagnóstico de dependencia de cocaína en la Comunidad Valenciana con hepatitis C fueron del 8,20% de 1999 y el 5,15% en 2001; y, con hepatitis B del 4,94% y 3,33% respectivamente.

- Tres individuos, el 9, 24 y 11b, nos dicen que padecen de asma, aunque en el último caso no se puede confirmar por los antecedentes de la solicitud de ingreso ni por los datos de la historia clínica durante el programa. El 11b nos dice también que tiene alergia. También el 24 nos dice que tuvo “alergia al polvo” sin especificar cuales aunque lo que consta en la historia clínica es que es asmático actualmente.

- Es de este grupo el individuo número 13 de la primera muestra que nos dice que padece bronquitis crónica por tabaco y “no se si tuberculosis”. Tal y como hemos comentado en el capítulo 3.2., es el único de la primera submuestra que nos comenta la bronquitis por tabaco (y todos los individuos de la muestra fuman) y también el único de todos los que están cumplimentando la profilaxis con isoniacida o en protocolo de tuberculosis que nos dice que no sabe si tiene tuberculosis (como enfermedad). También el 17b nos dice, al preguntarle por las enfermedades que padece, que “ahora ninguna, quitando el posible contagio con la tuberculosis que estamos a expensas de que me hagáis la placa y todo eso”.

- Dos individuos (22,22%) de los 9 dependientes de cocaína, y ambos procedentes de la primera submuestra, nos dicen, al preguntarles qué enfermedades padecen que tienen “adicción a la cocaína” (13) o “sólo problemas con la coca” (24).

- Finalmente, el individuo número 12 que nos dijo que no estaba enfermo, cuando le preguntamos qué enfermedades padece nos dice “ahora dicen que tengo problemas psiquiátricos”. Según consta en la solicitud de ingreso, tiene antecedentes de “depresión bipolar, varios ingresos en hospitales psiquiátricos, y trastorno de personalidad límite”. Ella sí que nos dice en los antecedentes de enfermedad que tuvo “manicodepresión y personalidad antisocial”.

- Otros diagnósticos que nos comentan como enfermedades ya pasadas son: dos individuos nos dicen que tuvieron constipados (9) y gripe (12). También el 9 nos dice que padeció de anginas, el 17b de otitis, y el 15b de bronquitis. En cuanto a las infectocontagiosas de la infancia, el 13 nos dice que pasó el sarampión y el 15b nos dice “bueno, las normales, la varicela...”. El individuo 11 nos cuenta una lo que parece una reacción alérgica a algún fármaco cuando nos dice que no sabe que le ocurrió, que “se hinchó” cree “por la medicación” . El 24 además de decirnos que padeció de alergias y asma, que ya hemos comentado, nos dice que tuvo intolerancia al gluten a los 5 años y déficit de inmunoglobulina A a los 5. Además el 17b nos dice que padeció de lumbalgia y de un soplo sistólico para el que fue intervenido con cateterismo en dos ocasiones. Este individuo, el 17b, junto con el 11b nos dicen que fueron operados de apendicitis.

En cuanto a los datos que figuran en la solicitud de ingreso e historia clínica que los entrevistados dependientes de cocaína no nos cuentan son básicamente psiquiátricos. Así, además de lo ya comentado sobre el individuo número 12, añadir que esta mujer y el número 11 tienen un diagnóstico previo al programa de trastorno límite de personalidad y el 14 un trastorno esquizoide. Ninguno de los tres nos lo comentan pero desconocemos si en algún momento les dijeron que tenían ese diagnóstico. Este último, el 14, también omite contarnos que ha tenido varios intentos de suicidio previos. El número 9 no nos cuenta que ha tenido algún episodio de psicosis tóxica. En la representación gráfica Patología psiquiátrica en función de los diagnósticos, se pueden

ver los diagnósticos de los dependientes de cocaína en color amarillo. Curiosamente, si observamos el grupo de trastornos de personalidad, encontramos que el 50% son dependientes de cocaína y el otro 50 dependientes de cocaína y heroína; luego todos los individuos diagnosticados de trastorno de personalidad tienen dependencia de cocaína. En cuanto a los antecedentes no psiquiátricos, únicamente añadir que el 11b tiene hipercolesterolemia al ingreso y no nos lo dice (no sabemos si él conocía el resultado analítico antes de ingresar).

c) ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?

Lo que saben de la hepatitis.

El individuo número 11 que nos la relata como enfermedad actual nos dice al respecto que se contagio hace poco y “sé que es crónico y que se trasmite por la sangre y también sexual. El tratamiento es el interferón y en algunos casos te puedes curar”. Además el 14 que nos dijo, que no padecía ninguna enfermedad en el momento de la entrevista, pero que había “pasado la hepatitis B” nos cuenta de la misma que “se contagio por la sangre y por vía sexual” y que “hay que cuidarse mucho el hígado y no beber alcohol”. Estos dos son los únicos de este subgrupo que tienen hepatitis y ambos nos comentan las vías de contagio.

Lo que saben del asma y la alergia

“Me dijeron que era asmático porque me ahogaba. Sé que el músculo de los bronquios se contrae más de lo normal y no me entra el aire, también se inflama la pared y para eso es el Pulmicort” (9). El 24 nos dice que tiene “alergia al polvo y asma”, aunque también nos habla de la intolerancia al gluten que comentaremos y nos dice que es una enfermedad “genética”. Y el 11b dice que no sabe nada: “no me han explicado nunca nada” sobre el asma. Cuando le insistimos más nos relata al menos, qué alérgenos le producen los ataques “A los animales, a los perros, al polen... Cuando venía la primavera estornudaba y tosía” y también que le “dio un ataque a los dos, tres años,... me pinchaba todos los días... supongo que sería el tratamiento”.

Lo que sabe el 13 de la bronquitis crónica por tabaco.

El individuo número 13, tal y como hemos comentado, nos decía que padecía “bronquitis crónica por tabaco y no sé si tuberculosis porque estoy tomando pastillas pero no se sabe si la tengo o no”. Lo que nos cuenta de la bronquitis por tabaco es que “sé que puede ser que sature demasiado el pulmón o los bronquios por la nicotina”.

Lo que saben de la tuberculosis.

El 13 en referencia a la tuberculosis nos habla de que “se forman unos agujeros en el pulmón, infiltraciones me dijeron que eran”. También nos dicen que “Se contagia en un corto periodo en que la enfermedad entra por los pulmones y por la tos lo puedes contagiar, por el aire”. El 17b, aunque nos dice que no tiene ninguna enfermedad, nos relata el protocolo de tuberculosis que llevó a cabo: “No sabe si fue positivo o negativo porque la enfermera y la médico de cabecera le dijeron que no y luego la del C.A.D. me dijo que sí que era eso” y luego nos relata que hizo profilaxis “Y hice lo del Cemidon... Seis meses”. Dos de los tres individuos que comentan en el apartado de enfermedad el tema de la tuberculosis, pertenecen al grupo de dependientes de cocaína (el que resta es el 2b dependiente de heroína que ya hemos comentado).

Lo que saben sobre la dependencia a la cocaína.

Dos individuos de este subgrupo nos dice que tienen “adicción a la cocaína” (13) y “sólo problemas con la coca” (24). El 13 no nos comenta nada en relación con ésto, pero, el 24 sí nos dice que “es más bien una enfermedad más bien psíquica y no física”.

Lo que sabe el 12 de los problemas psiquiátricos.

Lo único que nos dice este individuo al respecto es “De la maniaco-depresión me han dicho que tengo que tomar tratamiento y lo estoy tomando pero no creo que lo necesite”.

Lo que saben de otras enfermedades.

El 24 nos habla de su enfermedad celiaca diciéndonos que “tenía una intolerancia al gluten”; y en referencia al déficit de IgA que es “un problema inmunológico”, que le “hicieron tres biopsias y en la última me dijeron que me había curado” y que “a mi madre le dijeron que no llegaría a los 14 años”. Nos habla además de que tiene alergia al polvo y asma, tal y como ya hemos comentado.

El 15b, que nos dijo que tuvo “problemas de bronquios desde pequeña”, nos dice al respecto que “nunca he necesitado oxígeno ni nada de eso” y “a lo mejor me han dado el Fluimucil pero ya está”, haciendo entrever que sus problemas no eran tan graves y, por otro lado nos dice que “no debería fumar porque noto que la oxigenación no es la misma, el oxígeno... Noto que me ahogo a la hora de correr”.

De la varicela sólo nos dice “Me acuerdo que la pase muy mal” (15b)

El 17b nos dijo que tenía un soplo sistólico desde el nacimiento. Lo que nos cuenta en relación con este es que es de la parte “derecha” del corazón, me le “han hecho dos cateterismos” y que le “dieron inútil en la mili”.

d) ¿Quién te lo ha contado?

Los dos individuos de este grupo que padecen hepatitis han recibido información de servicios sanitarios en un caso en la U.D.R. -“lo que sé de la hepatitis C me lo han contado aquí¹⁷⁹” (11)- ; y en el otro caso previo al ingreso -“los médicos” (14)-.

De los tres individuos asmáticos, sólo uno, el 9, nos dice que ha aprendido lo que sabe “en la Comunidad Terapéutica”. El 24 no nos dice nada y el 11b –cuyo diagnóstico no consta en la historia clínica ni solicitud de ingreso- nos dice que lo sabe “por oídas más. A mí nadie me ha contado nada”.

El 12 nos dice que lo que sabe de sus problemas psiquiátricos se lo han dicho “los médicos”.

Lo que saben de la tuberculosis los dos individuos que nos la comentan, se lo han contado en servicios sanitarios. Nos dicen: “Me lo contaron en el CIPS” (13) y “la del C.A.D.¹⁸⁰ de Madrid... y... en Santander¹⁸¹” (17b).

Finalmente, tres individuos más que nos comentan quien se lo ha contado, siguen haciendo referencia a servicios sanitarios en distintas enfermedades: El 24, lo que sabe de su intolerancia al gluten y déficit de IgA se han contado en “la Fe”; el 17b, lo que sabe sobre el soplo se lo dijo a su familia “el pediatra que era especialista en el corazón”; y el 15b de los bronquios nos dice que su “madre dice que me llevaba a

¹⁷⁹ Es obvio que lo que sabe sobre la hepatitis lo ha aprendido en el programa del centro puesto que fue diagnosticado en el mismo.

¹⁸⁰ C.A.D.- Centro de Atención al Drogodependiente.

¹⁸¹ Se refiere a otro centro de atención a drogodependientes en Santander.

médicos de paga y eso”. Este último individuo, cuando nos habla de la varicela, nos dice sin embargo que lo sabe por sí mismo: “Porque me acuerdo yo, que era muy avanzada”.

e) ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento? ¿A qué has venido al centro?

Fueron 3 los individuos de este grupo a los que preguntamos estas preguntas y las dos restantes. Nos da exactamente la misma respuesta a ambas preguntas el 11b, y, añaden algunos matices en la segunda respuesta el 15b y 17b.

Clasificando sus respuestas encontramos que:

- Hace referencia a un tratamiento de deshabituación/rehabilitación el 15b.
- Los tres comentan la necesidad de un aprendizaje, de un cambio.
- Dos hablan de “centrarse, reflexionar. Son el 15b y 17b. Estos mismos nos hablan de la necesidad de ayuda
- También dos, esta vez el 11b y 17b, hablan de “tolerancia a la frustración” ser capaz de hacer frente a los problemas.
- Los tres hacen alguna referencia a la familia
- El 15b nos dice que está harta de la vida de drogodependiente.
- Y, finalmente, también es el 15b el que nombra otras expectativas secundarias: “Que yo ya veía que a mis hijas las perdía”.

Ningún dependiente de cocaína nos comenta entre sus expectativas hacia el tratamiento la necesidad de una desintoxicación, de curarse o mejorar su salud o de “salir de las drogas”. Tampoco ninguno nos habla de baja autoestima. Podemos observar mejor sus respuestas en la representación gráfica Expectativas hacia el tratamiento en función de los diagnósticos en que este grupo diagnóstico aparece representado en amarillo.

f) ¿Cómo definirías droga?

En la representación gráfica Definición de droga por grupos diagnósticos al final de este apartado, se pueden objetivar las respuestas de los 3 individuos (11b, 15b y 17b) que constituyen este grupo en color amarillo. El análisis de sus respuestas nos muestra que:

- A pesar del poco número de individuos que constituyen este grupo (sólo 3), todos (100%) nos hablan de que es una sustancia, a su vez constituyen el 50% de los que nos dan esta respuesta (3 de 6). Uno de ellos, el 15 b, además añade que “es una sustancia que te altera el organismo y sus funciones”.
- El 17b, dice que es un estimulante “que me ha dao vitalidad”.
- Este mismo, el 17b, nos dice por un lado que le da claridad de ideas: “joder, era una sustancia que me daba una claridad de ideas cojonuda!. Me daba claridad de ideas pero de lo malo, de lo mal que estaba haciendo... Tenía una percepción de las cosas impresionante”. Y por otro también nos dice, al respecto que es “todo ficticio”, un engaño: “Todo ficticio ¿no?, ya sabes.... Ficticio porque luego al final es una nube..., porque yo, cuando no he tenido droga no he sido igual que cuando estaba con droga... me ha tapao mucho de los defectos de personalidad”.
- Este mismo también nos habla de que le produce sensaciones agradables. Dice así: “Es una sustancia que me ha dao... buen rollo”(17b).
- Dos de los tres nos hablan de que es un forma de evadirse, de escapar de la realidad o los problemas de la vida cotidiana: “Te evade de todos tus problemas”(11b) y “me ha tapao mucho de los defectos de personalidad que puedo tener” (17b).

- En contraposición a los que nos cuentan de que es una forma de evasión, un individuo, el 11b, nos habla de las dos cosas, de que te evade de los problemas y te genera más problemas. Él dice así: “Pues una sustancia que te evade de todos tus problemas en el momento que la estas tomando... pero luego resulta que tienes los problemas más ese problema”.

- El 15b nos habla de que la droga te cambia a peor, que no eres tú mismo. “No te deja ser tu misma... no me sentaba bien... no me lo paso bien. No hablo... No eres tú misma”.

- En cuanto a otras connotaciones negativas, el 17 b, tal y como hemos comentado ya, la define como una sustancia maligna. El 11b nos dice que es algo que mata: “No puedes vivir sin ella pero vivir con ella te mata”.

- El 100% de los individuos de este grupo (3) que fueron preguntados nos dicen que la droga es algo que genera dependencia: En este contexto, el 17b utiliza la palabra adicción (“sí es una adicción, pero que yo necesito...”); y el 11b y 15b el término dependencia: “Y que te crea dependencia” (11b) y “Crea dependencia psicológica..” (15b). Como puede observarse por tanto el 15b va más allá cuando puntualiza que genera dependencia psicológica. Son a su vez el 42,86% de los que nos dan esta respuesta, 3 individuos de 7 que nos la dan. Curiosamente, todos los que nos dan esta respuesta son dependientes de cocaína (cuatro con otro diagnóstico también de dependencia de heroína).

g) ¿Consideras la drogadicción/drogodependencia una enfermedad?

De los tres individuos que fueron entrevistados de este grupo, contestó directamente con un “Sí” el 11b. Los otros dos nos dan respuestas no tan claras. Por un lado el 17b nos dice que “sí es enfermedad” en principio, aunque matiza luego comentando según en qué casos no es enfermedad. Y el 15b nos dice que “no es enfermedad” y a continuación nos aclaran su respuesta explicándonos en que caso sí considera que es una enfermedad. En este caso, el 15b se replantea su respuesta cuando le preguntamos ¿por qué?.

Aunque en su momento transcribimos ya sus respuestas en el apartado 3.2., hemos considerado oportuno reproducirlas aquí de una manera más resumida.

Por un lado el 17b nos decía entrevistado que es enfermedad cuando hay algún trastorno previo que le lleva a consumir drogas: “Yo creía que antes éramos unos enfermos, pero ahora me he dao cuenta que tampoco somos,... que tampoco es una enfermedad... es uno mismo que por los trastornos que puedas tener, o por la falta de personalidad, o la falta de carácter, o los problemas de fuera,, te apoyas en Es una adicción. Yo no sé si considerado adicción es una enfermedad.”

Por otro lado el 15b nos dice primero que no: “No sé. No sé hasta que punto.... Según vosotros decís es una enfermedad crónica¹⁸².. Yo no lo veo así.. Es una dependencia, pero no sé si eso es una enfermedad¹⁸³ o no porque yo me siento bien. Yo no me siento enferma, ...que me duela nada ni nada”. Le insistimos y nos dice “es una dependencia y punto. Para mí no es una enfermedad”. Sin embargo, como veremos en la siguiente pregunta, al preguntarle por qué, sí que nos da argumentos de porque considera que es enfermedad.

¹⁸² Se le preguntó donde se lo habían dicho y parece que fue el psicólogo en la sesión de terapia grupal. Aunque intenta interrogarme al respecto, no le contesto y demoro la respuesta para el final de la entrevista.

¹⁸³ Dice algo parecido a lo que nos decía el 17b “no sé si considerado adicción es una enfermedad”.

Su porcentaje en el cómputo total de respuestas se puede ver claramente en las representaciones gráficas. Los que contestan sí y los que contestan según por grupos diagnósticos, en color amarillo.

¿Por qué?

A) Nos dicen que sí es una enfermedad porque:

- Porque genera dependencia. Nos dan esta respuesta dos individuos de los 3 que pertenecen a este grupo diagnóstico. Aunque en ambos casos nos decían que era dependencia pero no estaban seguros de si eso era o no enfermedad tal y como hemos reflejado en el anterior párrafo. El 17b usa las palabras “enganche” y “adicción” para referirse a esto y el 15b la palabra “dependencia”.

- Porque no tienes bienestar o te genera malestar. Es el 17b el que nos habla de esta falta de bienestar cuando nos da su respuesta. Nos decía: “Según lo que nos dijo Sergio¹⁸⁴, según la Organización Mundial de la Salud, que dice que la salud es eh... factores psicológicos, sociales, educativos y todo eso, ... Pues yo creo que sí. Desde ese punto de vista sí soy un enfermo, porque no tengo bienestar”. Tal y como hemos transcrito en el apartado 3.2. Concepto de enfermedad y salud, luego le preguntamos qué opinaba él y nos volvió a dar argumentos en otros sentidos.

- Porque es una enfermedad “psicológica” (te afecta a “la cabeza”). También en este caso es un único individuo de este grupo el que nos lo comenta. El 15b: “Enfermedad a lo mejor un poco mental sí que es. Porque es todo de la mente... porque una vez que lo has probado es tan psicológico que yo creo que sí, que puede ser una enfermedad pero mental. Podría ser”.

- Porque te evade de tus problemas, te ayuda a enfrentarlos. Dos nos dicen que es enfermedad porque les ayuda a evadirse de sus problemas. Son el 50% de los que nos dan esta respuesta cuando les preguntamos por qué si consideran la drogadicción una enfermedad. Son los mismos que los que nos comentaban esta característica al definirnos droga. Aquí nos dicen: “Porque en momentos te evade de todos tus problemas y te crees que eres rey... Pero es que luego tienes más problemas” (11b) y “la enfermedad es uno mismo que por los trastornos que puedas tener, o por la falta de personalidad, o la falta de carácter, o los problemas de fuera, o cualquier cosa, te apoyas en una historia” (17b).

De los cuatro individuos que nos decías que se trataba de una enfermedad crónica, tres son los de este grupo diagnóstico (11b, 15b y 17b) son por tanto el 75% de los que nos hablan de la cronicidad. El 11b y 17b nos decían: “Eso sí que lo tengo claro toda la vida... porque lo he comprobado. .. Yo llevé ya 10 meses sin consumir y volví a recaer... de ahí deducí que es crónico, que es para toda la vida...”(11b) y “porque casi todos nosotros creíamos que éramos enfermos crónicos...” (17b). Si embargo, el 15b duda cuando dice: “Según vosotros decis es una enfermedad crónica. Yo no lo veo así. No me quiero asustar. A mí es que eso me asusta, de pensar que... Que es algo crónico. Lo han dicho en las clases¹⁸⁵ ¿Es crónico? ¿Es para toda la vida?”.

Cómo hemos podido ver en las transcripciones, en dos de los individuos de este grupo aparecen alusiones a la información que han recibido en terapia de grupo respecto a la drogodependencia. En ambos casos para decirnos que sí es enfermedad y de manos de los psicólogos del centro.

¹⁸⁴ Sergio es uno de los psicólogos de la Unidad que ya le ha dado alguna sesión de grupo de autoayuda.

¹⁸⁵ Se está refiriendo a las sesiones de terapia que ya hemos comentado.

B) Nos dicen que no es una enfermedad:

- Porque no es una enfermedad física como otras. El 15b, nos daba este argumento: “Yo creo que si me con constipo es porque ha habido un virus ahí. Pero no creo que porque este yo en una deshabituación de cocaína vaya a coger una enfermedad posterior por dejarme eso ... ¿no? Creo yo, es que no lo sé... En verdad no sé si es enfermedad o no...”

- Porque es un “vicio”, algo que está mal. Nos decía esto el 17b: “ Y luego está la otra parte que dicen que es vicio... “.

-Porque tienes otro problema que te lleva a las drogas. El 17b nos habla de problemas previos en función de los cuales no considera la drogodependencia una enfermedad (en según que casos). Él decía así: “¡Claro!, pero es muy difícil hacerle entender a la gente que tienes ese problema de personalidad...lo de la droga nunca lo ha visto como que yo tuviera mis adicciones, sino que eran los problemas de cabeza que me daba lo mismo todo”.

- Porque no te duele nada. El único individuo nos hablaba del dolor como una característica necesaria para considerar la drogodependencia una enfermedad es el 15b que pertenece a este grupo y nos decía así: “Para mí no es una enfermedad porque a mí no me duele nada... ni me crea dolor de cabeza ni nada”.

Al final de este apartado, en las representaciones gráficas Por qué sí y Por qué no es enfermedad por grupos diagnósticos, aparecen las respuestas de este grupo en color amarillo.

Dependientes de cocaína y abuso o dependencia de alcohol

En los dependientes de cocaína y abusadores / dependientes de alcohol como diagnósticos principales (un total de 8 individuos, el 15,39% de la muestra)

a) ¿Estás enfermo?¿Qué problemas de salud te preocupan?¿padeces alguna enfermedad?

Los dos dependientes de cocaína y alcohol de la primera submuestra (los individuos número 5 y 8) nos dicen que sí están enfermos. Además, de los seis de la segunda muestra con este doble diagnóstico, cuatro nos comentan algún problema de salud que les preocupa como: “la espondilitis Anquilosante y controlar la adicción” (12b), “la hepatitis C, la ansiedad, los problemas con las drogas” (19b), “pues no sé, volver a consumir o algo de eso” (21b), “las enfermedades venéreas, artrosis, asma...” (22b). Un individuo más, el 24b, nos comenta que le preocupan “las enfermedades”, en general. Finalmente, un individuo, el 16b, nos dice que no le preocupa ningún problema de salud aunque luego añade: “... no tengo ningún problema..... bueno, de vez en cuando me pongo bastante gordo”.

Destacar en este grupo de dependiente de cocaína y alcohol, que de los cinco individuos de la segunda muestra que nos comentan algún problema de salud que les preocupa, tres nos expresan alguna preocupación en relación con el consumo de drogas como la recaída o la pérdida de control.

b) ¿Padeces/padecías alguna enfermedad?¿Cuál/cuáles?

De los ocho individuos que constituyen este grupo, sólo uno, el 16b nos dice que no padece ninguna enfermedad. En la pregunta anterior nos dijo que no le preocupaba ningún problema de salud. Como veremos más adelante, sí que constan en la historia clínica y solicitud de ingreso problemas de salud presentes en el momento de la entrevista.

En cuanto a las enfermedades que nos dicen que padecen o padecieron son:

- Dos individuos, el 5 y el 19b nos dicen que tienen hepatitis C.
- Un individuo, el 24b, nos dice que tiene “alergia nada más”.. Otro que padece asma, es el 22b, que además nos cuenta que padece de tabaquismo y le “duelen y crujen los huesos” esto último aparece en la solicitud de ingreso como una presunción diagnóstica de artritis degenerativa que no está confirmado.
- El número 8 nos dice que tiene problemas de ácido úrico (hiperuricemia y artritis gotosa que viene reflejada en la historia clínica).
- Finalmente el 12b nos dice que padece de “adicción a la cocaína” y de Espondilitis Anquilosante. Y el 21b nos dijo que padecía de “esquizofrenia paranoide”. En este último caso se refleja en la solicitud de ingreso como “fobia social y síndrome paranoide”.
- En cuanto a los antecedentes de enfermedad que nos comentan figuran: Gripe y catarros, los individuos números 5, 12b, 21b y 22b. Problemas de “anginas” el 12b y 21b, estar amigdalectomizado el 24b y adenoidectomizado el 22b. Otro individuo, el 12b nos dice que tuvo “bajadas de tensión”. El 16b nos habla de que le hicieron la prueba de Mantoux y radiografías y finalmente estaba vacunado. En cuanto a las enfermedades infectocontagiosas de la infancia, nos dicen que pasaron la varicela y el sarampión dos individuos (16b y 19b), la rubéola uno (24b), y la tosferina otro (19b).
- También el 12b padece de depresión y ha tenido dos intentos de suicidio recientes, aunque no nos los comenta en esta pregunta sí que se refiere a ellos cuando le preguntamos qué expectativas tiene hacia el tratamiento y por ello lo hemos considerado como una enfermedad que “padece” y nos relata en el trascurso de la entrevista.

Los datos de la solicitud de ingreso que constan y los individuos de este grupo omiten son: Un individuo omite contarnos que padecía de dermatitis seborreica (5), otro de sinusitis frontal y maxilar (8), otro de enfermedad por reflujo gastroesofágico (16b) y síndrome del túnel del carpo, otro que tuvo episodios de subluxación de hombro por accidente de trabajo (24b). Además dos individuos no nos dicen que tiene hipercolesterolemia (12b y 21b), y otro, el 22b intolerancia a los hidratos de carbono.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos: El individuo número 5 omite decirnos que tiene depresión, antecedentes de dos ingresos en hospital psiquiátrico por este motivo y cleptomanía. En la solicitud del 22b constan cuatro intentos de suicidio previos y en el 19b un ingreso en hospital psiquiátrico por trastorno bipolar. Finalmente en los antecedentes del 16b consta que tuvo hiperactividad en la infancia y en el número 8 un síndrome de Gilles de la Tourette (en tratamiento en el momento del ingreso) y un trastorno distímico. Los diagnósticos psiquiátricos de este grupo pueden verse en color verde en la representación gráfica Patología psiquiátrica en función de los diagnósticos al final de este apartado.

c) ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?

Lo que saben sobre la hepatitis.

Los dos individuos de este grupo que tienen hepatitis nos hablan de la idea de deterioro o progresión de la enfermedad cuando nos dicen “que se va deteriorando el hígado poco a poco” (5) y “... puedo coger un cáncer de hígado” (19b). En cuanto al contagio, ambos individuos comentan que se contagia por sangre y también ambos nos hablan de la posibilidad de contagio por vía sexual. Dicen así: “Sé que es un enfermedad que se contagia por la sangre y.... También es posible el contagio por relaciones sexuales” (5) y “se puede pegar a otra persona... Me dijeron que tuviera cuidao cuando tuviera una relación sexual, que tuviera cuidao con los cubiertos.., si me hiciera una herida pues sí, tenía piorrea de esa.” (19b). Además el 19b hace referencia al tratamiento y al daño que puede hacerle el alcohol cuando dice: “con los medicamentos que hay si no me los puedo tomar ahora porque no tengo afectao el hígado pues tendré que estar un tiempo..y mira tienes que tomar tratamiento... los efectos secundarios son fuertes... me preocupa... Porque dicen que también se puede quedar dormida un tiempo, si yo no tomo alcohol, si no tomo nada”.

Lo que sabe el 22b sobre la el asma.

El 22b nos dice: “Pues que no debo fumar. Debo evitar las sustancias que me afectan, polvo, humedad y plumas.. Nunca me he preocupado porque tampoco he estado en crisis... En momentos puntuales con el Ventolín me he sentido bien”. Nos cuenta por tanto los alérgenos que le provocan los ataques y el tratamiento. Luego nos relata que el alguna de las crisis llego a “perder el control de esfínteres” y estar “amoratada”. También nos comenta que le “hicieron las pruebas de alergia”, y estuvo ingresada 21 días en el Hospital Pesset. Este mismo individuo sobre l tabaquismo que nos dice que padece nos cuenta “Que es más perjudicial que la media para mí... porque se me llenan de mocos los pulmones y no puedo respirar. Los ataques me vienen más sucesivos, se acorta el plazo”.

Lo que sabe de la alergia el 24b.

Nos habla en primer lugar de la sintomatología: “Igual me pasa en otoño que me pasa en invierno... estoy sonándome todo el año... aunque sea líquido lo que tira. También sinusitis... el dolor ese que se te pone en la cabeza, en los senos de la nariz.. cuando hace mucho viento lo noto más.. cuando salgo al campo... que no se va con nada” En cuanto a las pruebas de alergia nos dice que “me las hicieron y casi todas me salieron positivas... A los gatos, al pelo de los animales.. Al polen, a la polución.. al polvo, a la harina creo que también”. También nos enumera unos cuantos tratamientos “Ebastel, Rinospray, Rhinocort”.

Lo que sabe el 8 sobre la hiperuricemia.

Nos dice: “Sé que se forman cristales... que no tengo que beber alcohol ni comer embutido ni mariscos... ahora con el tratamiento hace tiempo que no me ocurre”.

Lo que sabe de la tuberculosis el 16b:

Aunque este individuo nos dijo que no estaba enfermo que no tenía “ahora ninguna” enfermedad –y como tal lo hemos tenido en cuenta en el análisis-, sí que nos relata el protocolo de tuberculosis que siguió. Dice así: “cuando me hicieron la prueba de la tuberculosis, que me salió ahí los veinte centímetros esos que salen... me hicieron radiografías y estaba bien... A lo mejor había estao en contacto con alguien o que he estao vacunao”. No lo hemos contabilizado como que nos cuenta que está enfermo de tuberculosis puesto que no lo hace. Nos dice que no está enfermo y luego nos relata el protocolo que llevó a cabo en el pasado. Sin embargo nos ha parecido interesante añadir aquí lo que sabe al respecto.

Lo que sabe el 21b del diagnóstico psiquiátrico.

El 21b sólo nos cuenta que le “dijo un médico que tenía una esquizofrenia paranoide. Pero eso fue otro psiquiatra en Córdoba hace tres años”. Cuando le preguntamos por el nuevo psiquiatra de Castellón¹⁸⁶ que le lleva –uno privado- nos dice “No me ha dicho nada aún. Dice que con el tiempo ya me lo diría... que tendría que estar unos cuatro años yendo a verlo pero que no lo sabe todavía hasta que no pasara el tiempo no lo sabría”.

Lo que saben de otras enfermedades.

El 12b, aunque nos dijo que padecía de “adicción a la cocaína” no nos relata nada al respecto y, sin embargo, sí que nos habla de la Espondilitis Anquilosante. Lo que nos cuenta al respecto es: “De la Espondilitis Anquilosante sé que es una enfermedad crónica y que como poco, pues mira, dan molestias en la espalda o en las articulaciones. Y debería estar siguiendo un tratamiento”.

En cuanto al 16b que nos decía que tenía tendencia a engordar, lo que nos cuenta al respecto es: engordar “Eso es a temporadas. Según la depresión que tenga.. Si tengo un poquito más de depresión ...no tengo ganas de comer y enseguida bajo..... los cinco o seis kilos que subo. Y después, cuando me encuentro bien, empiezo a comer y engordo” (16b).

El 21b y 24b sufrieron de las “anginas”. El 24, refiriéndose a que le operaron, nos dice “me pusieron como si fuera un guante negro¹⁸⁷ aquí y me quedé dormido de la anestesia”. El 21b nos habla de otro tipo de prácticas –curandero- y del antibiótico para los “resfriados”. Nos dice: “Me acuerdo yo. Fui a un sabio y me las curó con alcohol y ... ya está. Un curandero que me las quitó. En Cabras en Córdoba”. En cuanto a los resfriados que le preocupaban nos dice que le “tuvieron que pinchar unas inyecciones muy fuertes... Penicilina de esa. Cogía constipaos fuertes y me ahogaba y se me cortaba la respiración”.

De lo de “los huesos”, el 22b nos cuenta “que era artrosis degenerativa. Estuve en tratamiento con Dolo-Nervovion”.

De la varicela el 16b “me hice unos agujeros... me acuerdo yo de estar todo lleno de granitos”. Y el 19b sólo nos dice de la tosferina “que es una enfermedad muy mala”. Finalmente de la “picota” o la “rubéola” el 24b nos dice “me acuerdo que íbamos a comprar y a mí me daba vergüenza salir”. No nos dice nada más al respecto.

d) ¿Quién te lo ha contado?

Lo que saben sobre la hepatitis los dos individuos de este grupo que la padecen lo han aprendido en servicios sanitarios. En el caso del individuo de la primera muestra, el número 5, nos dice que lo ha aprendido en el programa del centro: “lo he aprendido aquí”. En el caso del individuo de la segunda muestra, el 19b, lo ha aprendido en otros recursos: “Eso me lo han contado los médicos, los especialistas... del Hospital Clínico.

Sobre la alergia, el 24b nos dice por un lado que “me acuerdo, eso sí me acuerdo, me acuerdo todos los años”, en referencia a que se reproduce la sintomatología año tras año y por otro sí que nos relata que lo que sabe se lo dijeron “los médicos”. El 22b del asma que “el médico del centro de trabajo”.

¹⁸⁶ Según se refleja en la historia clínica, el psiquiatra privado le da un diagnóstico provisional de delirio megalomaniaco.

¹⁸⁷ Describe una especie de mascarilla.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, el 21b nos dice de la esquizofrenia que “me lo dijo un psiquiatra de Córdoba”.

A excepción de lo que nos dice el 21b sobre las anginas “Me acuerdo yo”, el resto de individuos que nos cuentan quién les dijo algo sobre las enfermedades que padecen se refieren siempre a servicios sanitarios de distinta índole. Sus respuestas son:

El 12 b cuando nos habla de la Espondilitis “de lo que he visto por acá y por allá porque la verdad es que e el Hospital General..... Fui al Centro de Especialidades de Torrente y de allí me pasaron”. El 8 en referencia a la hiperuricemia que padece “el médico de cabecera”. El 22b de la artrosis degenerativa que “el médico de cabecera”. Finalmente, el 16b cuando nos cuenta lo que sabe de la prueba de Mantoux “En la UCA”.

e) ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento?¿A qué has venido al centro?

A este grupo pertenecen 6 individuos de la segunda muestra y nos da exactamente la misma respuesta a ambas preguntas el 22b. Los demás, como veremos, añaden más expectativas en la segunda respuesta. Las respuestas del grupo de dependientes de cocaína y alcohol se pueden objetivar en color verde en la representación gráfica Expectativas hacia el tratamiento en función de los diagnósticos.

Al ordenar y clasificar sus respuestas encontramos que:

- Sólo el 21b hace referencia a una desintoxicación.
 - Cinco, de los seis entrevistados que pertenecen a este grupo diagnóstico, hacen referencia a la necesidad de un aprendizaje, de un cambio. Son el 12b, 16b, 19b, 21b y 22b. Son el 83,33% de los dependientes de cocaína y alcohol que fueron entrevistados y el 29,21% del total de los que nos dan esta respuesta (5 de 17).
 - Dos nos dicen que vienen a “curarme”: 21b, 24b.
 - Nos de “centrarse, equilibrarse, mentalizarse, controlar más” los números 12b, 19b, 22b y 24b. Son el grupo más numeroso de los que nos dan esta respuesta seguido del de dependientes a heroína con tres individuos. Son el 40% de los que nos la dan (4 de 10).
 - También son el grupo más numeroso que nos responde que necesita adquirir “tolerancia a la frustración” o “hacer frente a los problemas” . Con otros cuatro individuos (12b, 16b, 19b, 22b) son de nuevo el 40% de los que nos dan esta respuesta seguidos en este caso por los grupos de dependientes de heroína y dependientes de cocaína con dos individuos en cada subgrupo.
 - Sólo uno, el 24b, nos habla de la necesidad de alejarse de su medio: “Aguantar aquí el bastante tiempo para olvidarme de todo lo que hay por ahí fuera”.
 - El 12b hace referencia a la necesidad de dejarse ayudar.
 - También son el grupo más numeroso de los que comentan sintomatología depresiva/ansiosa o intentos de autólisis con 3 individuos (12b, 16b, 19b) de un total de siete que hablan de ello.
- Tres hacen alguna referencia a la familia. Son el 12b, 16b y 19b.
- Sólo uno nos dice que está harta de la vida de drogodependiente, el 22b.
 - Y también uno, el 19b, comenta tener baja autoestima.
 - El 24b nos dice que quiere salir de las drogas... dejar de consumir.
 - Y, el 12b nos habla de otras expectativas secundarias: “No sé administrar el dinero”.

La única respuesta que no comenta ningún individuo de este grupo diagnóstico es la de hacer un tratamiento de deshabituación o rehabilitación.

f) ¿Cómo definirías droga?

Son 6 los individuos de la segunda muestra que pertenecen a este grupo diagnóstico y que fueron preguntados por la definición de droga. La clasificación y análisis de sus respuestas nos da los siguientes resultados:

- Nos habla de que es una sustancia el 22b: “Pues es una sustancia que me hace...”.

- Tres, el 50% de los que constituyen este grupo, nos dicen que es algo que les gusta, que les hace sentir bien: “Me hacia sentir bien” (16b); “ te pone bien” (21b) y “a lo primer .. estar bé” (24b). Estos tres son el 37,5% del total de los que nos dan esta respuesta (3 de 8).

- El 21b nos habla de que le produce sensaciones agradables: “Pues algo que te pone bien, a gusto... Yo que sé , no sé que decirte....te poner a gusto....”.

- Tres nos dicen que es algo que les ayuda a sacar valor, a desinhibirse. Dicen así: “Era una manera de sacar lo que no se saca normalmente con las personas... el ser más divertido, tener menos vergüenza” (12b); “y aparte me abría a la gente y perdía la timidez con mi familia” (16b) y “me hace ser yo misma... en hablar, en comunicarme, en ser pasota cuando quiero serlo” (22b). Son tres (el 75%) de los cuatro que nos dan esta respuesta –el cuarto es el dependiente de alcohol como único diagnóstico-. Es curioso por tanto que todos los que nos dan esta respuesta tienen diagnóstico principal por el que viene a tratamiento relacionado con el alcohol.

- Tres nos dicen que es una forma de evadirse, de escapar de las responsabilidades o los problemas de la vida cotidiana. El 16b nos dice “se me olvidaban todos los problemas”. El 22b dice que “cuando una situación no me gusta me evado de la realidad” y 19 b cuya respuesta completa recoge muy bien este punto: “Pues escape. Escape a tu realidad. Sientes pero escapas. Yo siento, que me estoy perdiendo la vida pero como estoy atrapado en ese mundillo... Yo pienso que es eso, en no querer ver la realidad y, no sentir...porque te ves mal pero no ves la realidad. Quieres un poco decir “No quiero verme, no quiere sentirme, no quiero aceptarme, no quiero que me afecte nada”... el no querer afrontar. El abandonar responsabilidades” . Estos tres son el grupo diagnóstico que más nos da esta respuesta, el 37,5% del total de los que nos dicen esto (3 de 8).

Además de estos, el 12b dice que “era una manera de ver la vida mejor, más llevadera... fue una manera de llevar las cosas más fácil...”.

- El 24b nos habla de que es algo que genera muchos problemas, en este caso físicos, cuando dice: “si tu vas abusant.. al final estaras gordo i tendras problemes al cor... pues lo mateix es la droga”.

- También este mismo comenta que la droga te cambia a peor, que no eres tú mismo y “Ca vega te fa restar més de coneixements, de personalitat” (24b). En contraposición, el 22b nos dice que le hace ser tú mismo. Sus palabras son: “Es una sustancia que me hace ser yo misma”.

- Finalmente, el 24b, se refiere a ella como “mierda”: “Pero poc a poc, merda”; y el 21b nos dice que la tomas porque quieres: “Es una cosa que la buscas tú porque quieres, no porque te obliga ni nada de eso”.

El conjunto de sus respuestas junto a las de los otros grupos diagnósticos puede objetivarse en la representación gráfica Definición de droga por grupos diagnósticos, que aparece al final de este apartado, en color verde.

g) ¿Consideras la drogadicción/drogodependencia una enfermedad?

Tres de los doce individuos que contestaban a esta pregunta directamente con un “Sí” pertenecen a este grupo. Son los números de entrevistado 12b, 16b y 21b. Son el 25% de los que dicen sí y el 50% de los entrevistados de este grupo diagnóstico. Además el 19b contestó con un “Claro” y el 22b también contesta afirmativamente cuando nos decía: “Ya te he dicho que para mí el tabaquismo es una enfermedad. La droga es otra... Otra adicción como el tabaco o el café que te hace estar enganchada”. Su distribución en el total de los que nos dan una respuesta afirmativa se puede ver en color verde en la representación gráfica Los que contestan sí por grupos diagnósticos que aparece al final de este apartado.

El único individuo que, al preguntarle por las enfermedades que padecía nos habla de la drogodependencia como enfermedad pertenece a este grupo diagnóstico. Es el 12b y, tal y como comentamos en el apartado 3.2., es el único de los 17 que nos contestaban afirmativamente aquí, que nos la había enumerado antes. En este apartado simplemente se reitera diciéndonos: “Es una enfermedad sí, un problema”.

Como contrapartida, el individuo que resta, el 24b, es el único de toda la submuestra que nos dice claramente que la drogodependencia no es una enfermedad.

¿Por qué?

A) Nos dicen que sí es una enfermedad porque:

- Porque genera dependencia. Sólo un individuo de los seis que constituyen este grupo diagnóstico, el 22b, nos habla de esto. Usa en este caso la palabra “enganche” y la palabra “adicción”. Nos dice: “Otra adicción como el tabaco o el café que te hace estar enganchada”.

- Porque se pierde el control. Nos hablan de esta pérdida de control dos individuos el 12b y 19b cuando nos relatan “Porque no puedo controlarla.... Ahora es algo que no puedo controlar, no puedo ver cocaína.... me di cuenta que, que no tenía control y ya, con los problemas del matrimonio se fue agravando bastante” (12b) y “puede ser una enfermedad. Porque... te domina...” (19b). El 12b nos daba únicamente este argumento en sus respuestas.

- Porque no tienes bienestar o te genera malestar. El 19b nos habla además de ese malestar que genera: “... Enfermedad porque estas perdiendo todo aquello que deseas de verdad.. Y te estas dejando morir...”.

- Porque te genera problemas (económicos, sociales, judiciales...). Nos hablaban de esto dos individuos de este grupo. Son un tercio de los que nos daban esta respuesta. Por un lado el 19b nos habla de lo que está perdiendo –“Enfermedad porque estas perdiendo todo aquello que deseas de verdad”- ; y por otro el 22b nos habla de los problemas económicos que le generó –“ lo que me ha aportado es una cuenta en números rojos”- y de los sociales –“... Si, aislamiento”-.

- Porque es una enfermedad “psicológica” (te afecta a “la cabeza”). Un individuo de este grupo nos habla de ello. Es el 21b: “Porque no estamos bien de la cabeza que digamos. Estas algo loco o algo de eso... algo loco o algo pillao”.

- Porque te evade de tus problemas, te ayuda a enfrentarlos. Es el 22b el que nos habla de que es enfermedad porque usa la droga para resolver aquello que no puede de otro modo; se sirve de ella para: “Porque hay cosas que hay que solucionar primero... como

el encontrarte bien contigo mismo.. incluye muchos factores,... siendo yo misma, haciendo lo que yo quisiera, a lo mejor no tenía que echar mano de esas sustancias”.

- Porque yo sólo no he podido salir. La única respuesta que nos da el 16b sobre por qué dice que sí es una enfermedad, es esta. Dice así: “Porque me he visto yo que no he podido salir de ella. Yo solo no he podido salir... Osea que tiene que ser una enfermedad porque yo solo no he podido salir...”.

B) Nos dicen que no es una enfermedad porque:

- Porque tú eliges utilizar drogas (quien lo hace es porque quiere). El 24b, que es el único de este grupo (y de toda la muestra) que nos da un “no” rotundo a si la drogodependencia es una enfermedad, nos da este único argumento para considerarlo así: “No, porque cada u cau y... cada u entra porque le dona la gana.. I no es ninguna malaltia. Después la malaltia te la crees tu al voltant de la droga... te vans quedant pillat. Ves coses que no són...el fetge, el cor...tot. La malaltia te la provoques tu...”.

Aunque hay que señalar que el 21b, que nos contestaba afirmativamente, también nos comentó algo parecido al respecto: “Es una cosa que la buscas tú porque quieres, no porque te obliga ni nada de eso”.

Tres individuos de este grupo tienen número de entrevistado por encima de 18b y fueron por tanto preguntados por qué cuando les pedimos que nos dijeran que enfermedades padecían no nos hablaron de la drogodependencia¹⁸⁸ y sin embargo ahora nos han dicho que sí es una enfermedad. Las respuestas que nos dieron van en distintos sentidos.

-Por un lado, el 22b, se refiere a que en el momento actual ya está en tratamiento y por eso no se ha considerado enfermo: “Precisamente por eso, porque ya tengo muy claro a lo que he venido... antes podría no haber encontrado otra salida o no sabía como... Ahora mismo no –estoy enferma-, antes sí, pero no conocía ni recurso ni nada. No sabía como resolver mi problema”.

- Por otro, el 19b creían que nos referíamos a “otro tipo” de enfermedades y esta es una enfermedad de otro tipo (enfermedad mental, etc): “Me puede llevar a más enfermedades pero como enfermedad, veo que no creo que tiene que ser enfermedad, enfermedad... creo que sí, puede ser enfermedad mental” .

- Y finalmente, el 21b nos dice que “no han caído en la cuenta”: “No sé,... porque no se me ha venido a la cabeza”.

Al final de este apartado, en las representaciones gráficas Por qué sí y Por qué no es enfermedad por grupos diagnósticos, aparecen las respuestas de este grupo en color verde.

¹⁸⁸ Excluimos obviamente al 24b porque nos dio una respuesta negativa.

Dependientes de alcohol

- a) ¿Estás enfermo? ¿Qué problemas de salud te preocupan? ¿padeces alguna enfermedad?

La mujer de la primera submuestra con diagnóstico exclusivo de dependencia de alcohol nos dice que sí está enferma (de alcoholismo y anemia como veremos en la siguiente pregunta). En cuanto a la mujer de la segunda muestra que tiene este diagnóstico, nos contesta que le preocupan problemas de salud genéricos como “todas las enfermedades peligrosas para los niños”. Esta entrevistada (la 25b) cuando le preguntamos después si padece alguna enfermedad nos dice que ninguna.

- b) ¿Padeces/padecías alguna enfermedad? ¿Cuál/cuáles?

De las dos mujeres dependientes de alcohol como diagnóstico principal, una, la 25b de la segunda muestra, nos dice que no padece ninguna enfermedad en el momento de la entrevista. La otra, la número 25 de la primera muestra, nos dice que padece de “alcoholismo y anemia”. Se confirma que esta paciente tenía una anemia megaloblástica al ingreso.

Al preguntarles por qué enfermedades habían padecido en el pasado la 25b nos dice “que yo sepa ninguna”. La 25 nos dice haber pasado hepatitis a los 4 años, una gastritis crónica desde los 14 años y anorexia nerviosa en la adolescencia. Todos estos datos se confirman por la historia clínica y solicitud de ingreso.

Además, esta mujer, la 25, había tenido una pancreatitis previa al ingreso y tenía “tendencia a la depresión” según la solicitud de ingreso. En cuanto a la 25b, había tenido varios ingresos psiquiátricos por autolesiones y no nos lo comenta en la entrevista, por otro lado se sospechaba en dicha solicitud un diagnóstico de trastorno límite de personalidad –que la paciente no nos detalla- pero se descarta dicho diagnóstico durante el programa y en abstinencia. Los diagnósticos psiquiátricos de estas dos mujeres pueden verse en color azul en la representación gráfica Patología psiquiátrica en función de los diagnósticos.

- c) ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?

Lo que nos cuenta la 25 sobre el alcoholismo es: “Del alcoholismo sé que es fatal para mi cerebro, para el hígado. Que es difícil curar y que es para toda la vida”.

Y, sobre la anemia que padece nos dice: “De la anemia no sé mucho, nunca había tenido a pesar de la anorexia. Sé que es una falta de glóbulos en la sangre”. De la anorexia que padeció en la adolescencia no nos cuenta nada aquí.

El 25b no padece ninguna enfermedad pero cuando le preguntamos lo que sabe de la tuberculosis –porque es uno de los problemas de salud que le preocupaban en la primera pregunta- nos habla de que Sanidad les puso en tratamiento porque hubo un caso y tenían un bar.

- d) ¿Quién te lo ha contado?

El 25, del alcoholismo nos dice: “Lo que sé del alcoholismo me lo han contado todos los médicos, también he leído mucho”.

La 25b, aunque no está enferma, lo que nos relata sobre la tuberculosis lo sabe por los servicios sanitarios. Nos dice: “Nos hicieron en Sanidad un esto... y entonces nos dijeron que teníamos que ponernos en tratamiento”.

e) ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento? ¿A qué has venido al centro?

Dado que sólo contestaron a esta pregunta los individuos de la segunda muestra, nos encontramos con que, en este grupo, sólo uno respondió –de los dos dependientes de alcohol-. El 25b nos dio la misma respuesta a ambas preguntas. Dijo así: “Lo que espero es poder enfrentarme a las cosas, o a ciertas personas sin tenerme que coger una cerveza y sin tener que acabar en el hospital”. Y en la segunda pregunta ¿A qué has venido al centro? Añadió: “... Siempre me he considerado un poquito corta, vosotros reaccionas al momento pero yo no... Yo me lo como y después es cuando estallo. Entonces me ocurre lo que me ocurre... agachar la cabeza y acobardarme... y coger la cerveza para enfrentarme... Yo, a conseguir enfrentarme y no tomar ni una cerveza”.

Nos habla, en ambas respuestas, básicamente de adquirir “tolerancia a la frustración” ser capaz de “enfrentar/afrontar los problemas” o hacer frente a los problemas. Su respuesta puede verse en color azul en la representación gráfica Expectativas hacia el tratamiento en función de los diagnósticos que aparece al final de este apartado.

f) ¿Cómo definirías droga?

De los dos individuos dependientes de alcohol como principal diagnóstico, sólo preguntamos cómo definiría droga al de la segunda submuestra, el 25b (tal y como hemos comentado). Básicamente lo que nos dice es que es un estimulante, es algo que le gusta, que le hace sentir bien y le ayuda a sacar valor, a desinhibirse. Estas respuestas se pueden objetivar en color azul en la representación gráfica Definición de droga por grupos diagnósticos.

El resumen de su respuesta es:

“¿Drogas incluida el alcohol?¹⁸⁹.. Para mí personalmente algo estimulante que me hace sentir bien, y me hace sacar el valor que no tengo...y a la hora de la verdad reconocer después que la he fastidiado cogiendo esa cerveza” .

g) ¿Consideras la drogadicción/drogodependencia una enfermedad?

El 25b, pertenece al grupo de entrevistados que nos dijeron que “sí es enfermedad” en principio, aunque matizan luego comentándonos que en según qué casos no es enfermedad. En concreto nos dice que sí es enfermedad en el caso de su hermano y no en su caso. Su respuesta fue: “Tal vez si abusas sí.. Yo no sé... No lo sé”. Pasamos a analizar desde que punto de vista le parece que sí es enfermedad y desde que punto de vista piensa que no.

¿Por qué?

A) Nos dice que sí es enfermedad porque:

Nos habla básicamente de dos argumentos distintos por los que considera que sí es enfermedad.

- Por un lado Porque se pierde el control cuando dice: “Porque el alcoholismo para mí era esa gente que tiene que estar nada más levantarse coger una copa. Por ejemplo mi hermano Nico, que está fallecido con una sobredosis que se suicido... El era levantarse coger la copa...”.

¹⁸⁹ La droga por la que ha venido al centro es exclusivamente el alcohol.

- Y por otro lado nos dice que sí Porque si abusas sí es enfermedad. Este argumento sólo nos lo da este individuo. Para ella habría por tanto una medida o cantidad de bebida a partir de la cual si es enfermedad. Nos decía: “Tal vez si abusas sí”.

B) Nos dice que no es una enfermedad porque:

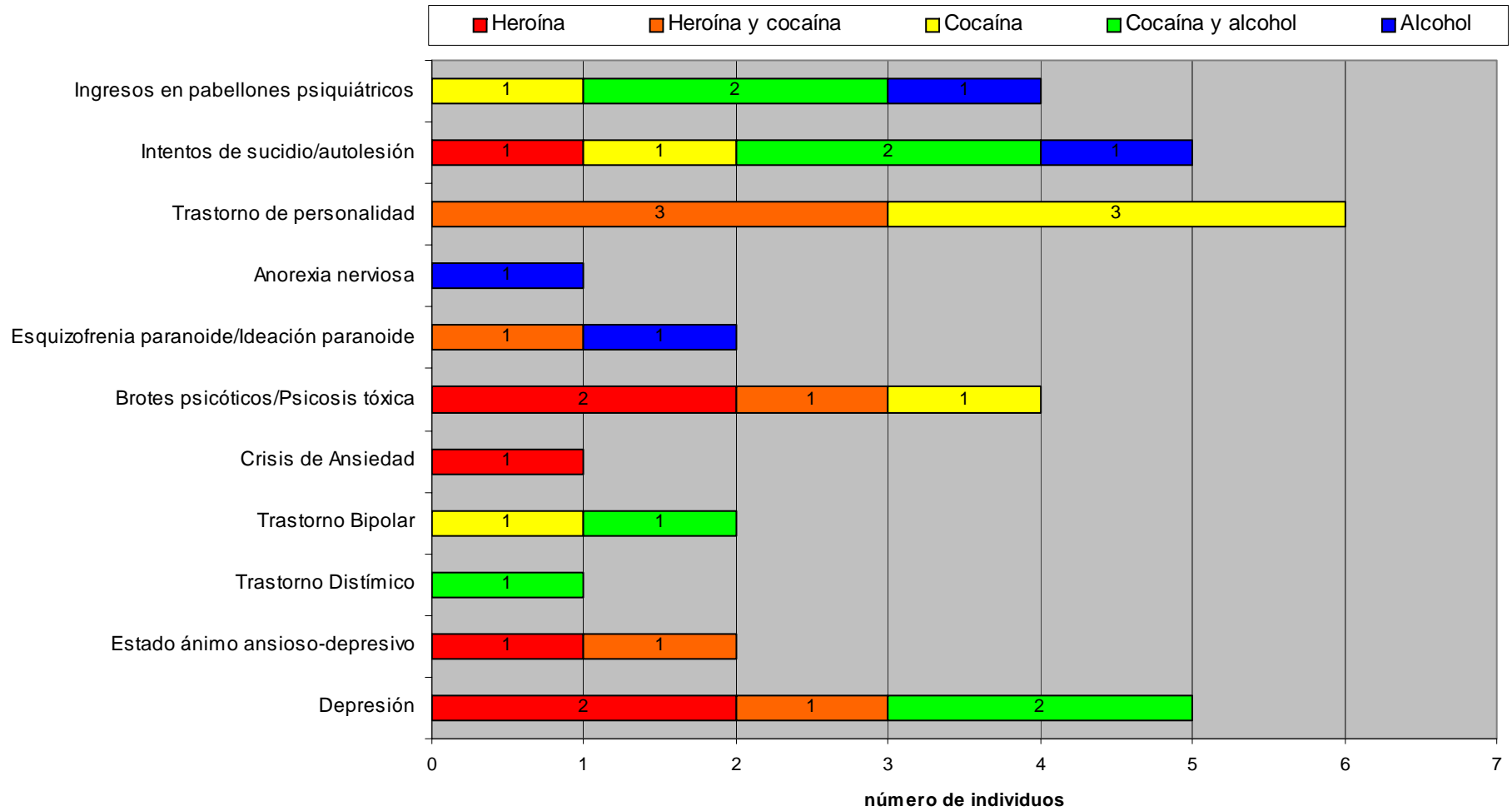
También en este caso nos da dos argumentos por los que podría considerar que no es una enfermedad.

- Por un lado Porque tú eliges utilizar drogas: “En mi caso no. Realmente no porque yo sé que si no quiero, no bebo”.

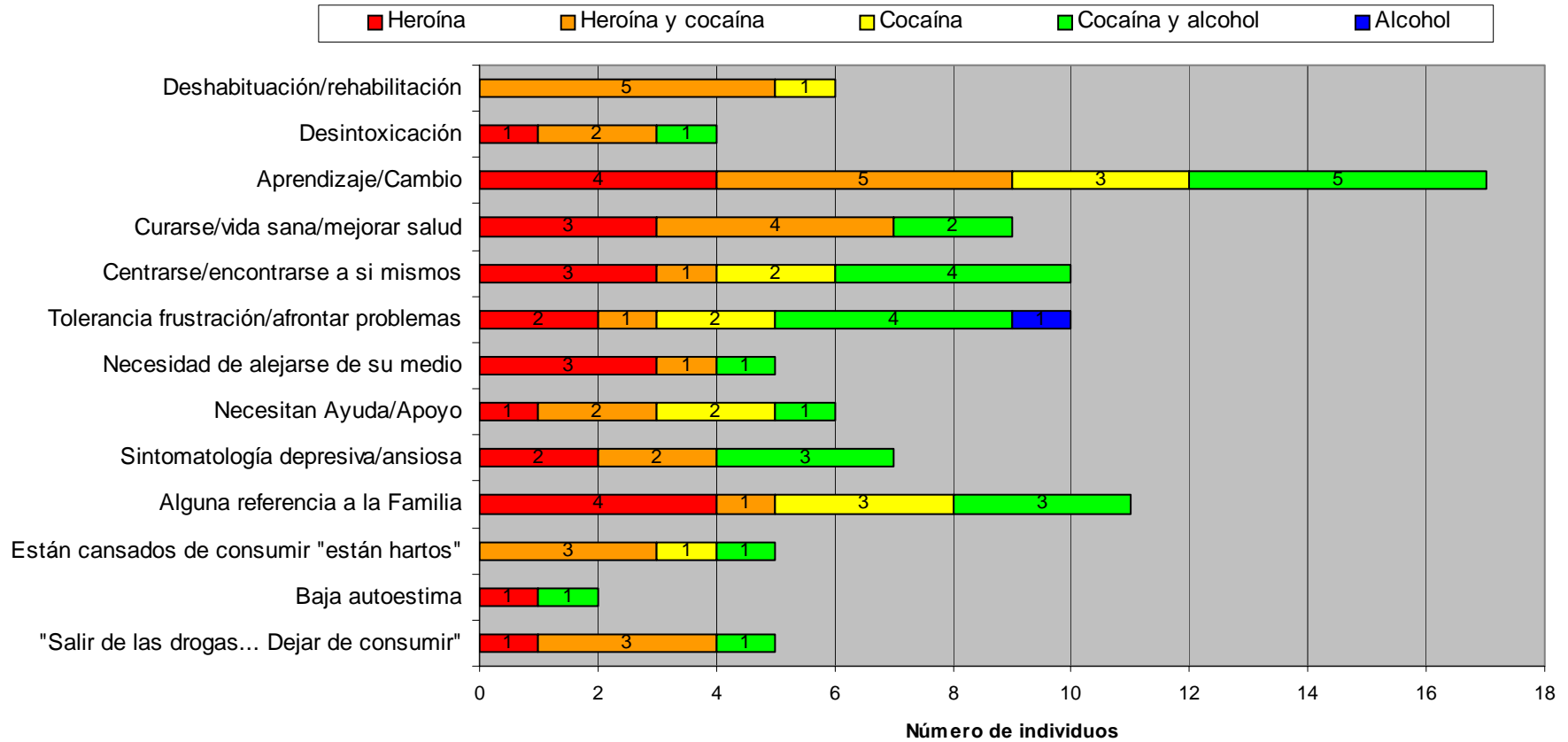
- Y por otro Porque tienes otro problema que te lleva a las drogas: “Para mí es buscar una respuesta equivocada pero a una solución... que en vez de solución es un empeoramiento... En mi caso no. Realmente no porque yo sé que si no quiero no bebo. Yo lo que no consigo es aceptar, o superar los problemas que me rodean....”.

Al final de este apartado, en las representaciones gráficas Por qué sí y Por qué no es enfermedad por grupos diagnósticos, aparecen sus respuestas de este grupo en color azul.

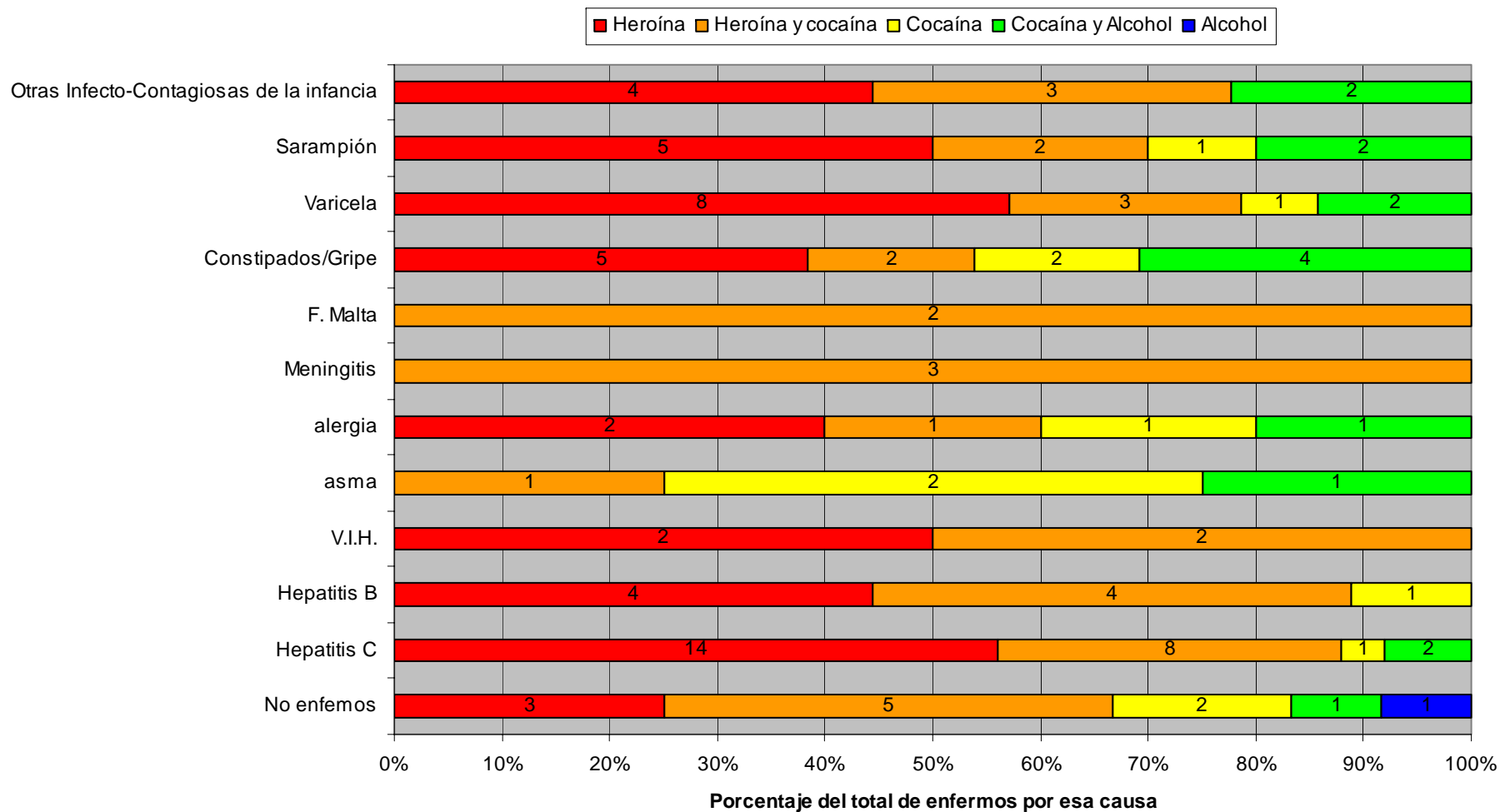
Patología psiquiátrica en función de los diagnósticos



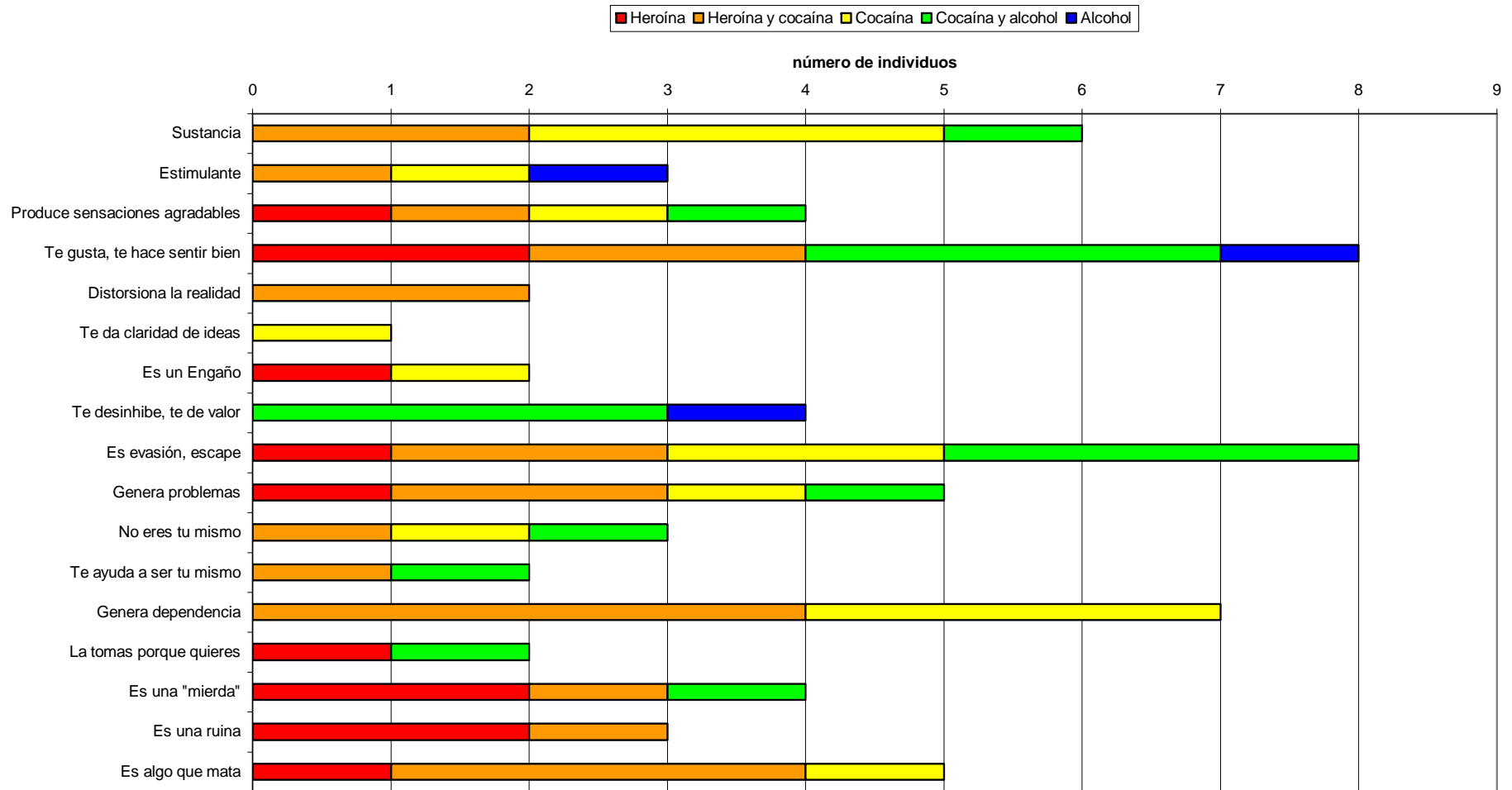
Expectativas hacia el tratamiento en función de los diagnósticos



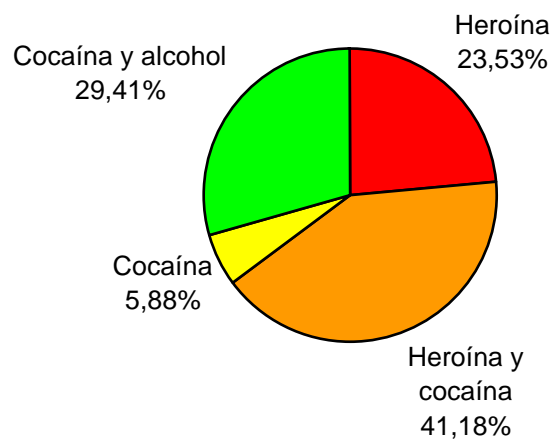
Enfermedades que padecen por grupos diagnósticos



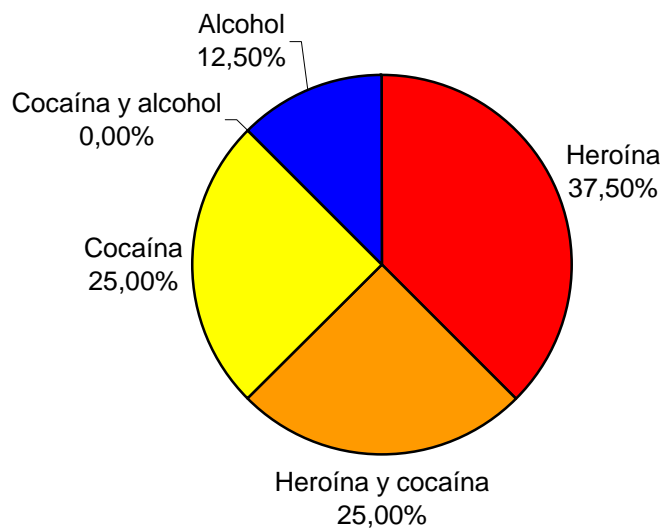
Definición de droga por grupos diagnósticos



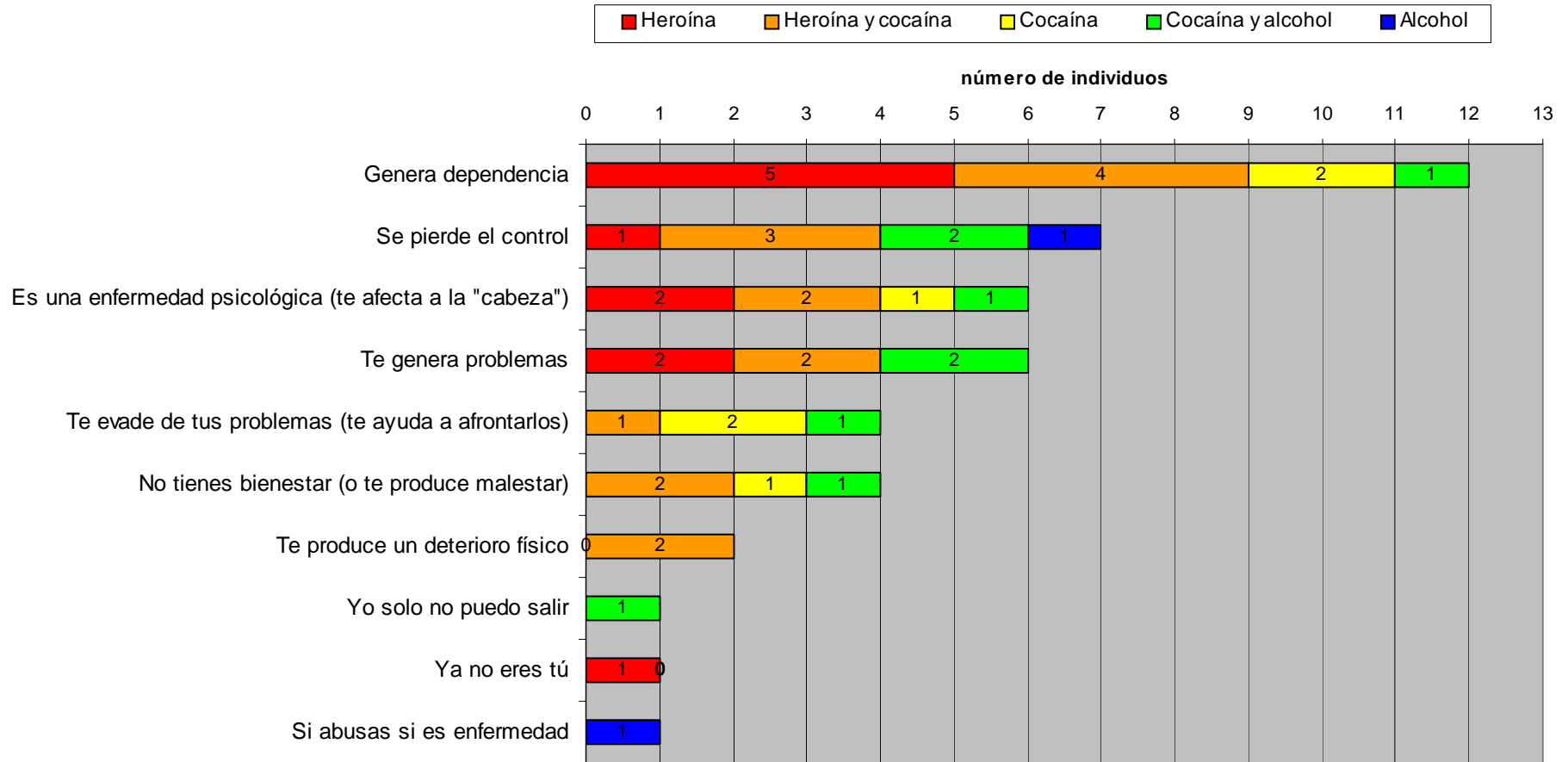
LOS QUE CONTESTAN SÍ POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS



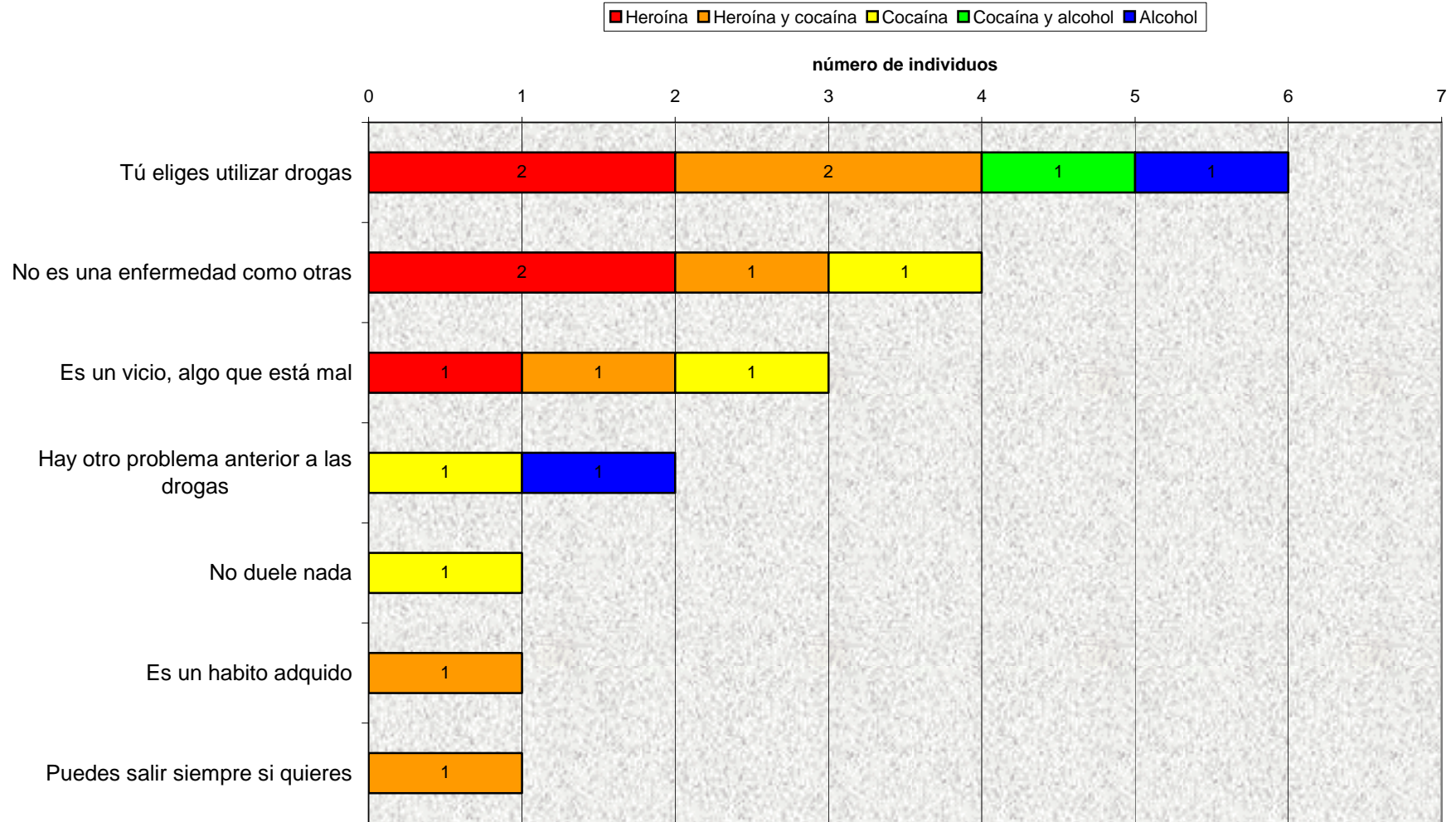
LOS QUE CONTESTAN "SEGÚN" POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS



Por qué sí es enfermedad por grupos diagnosticos



Por qué no es enfermedad por grupos diagnósticos



3.3.- Los conceptos de enfermedad y salud.

Concepto de enfermedad y salud en la muestra

➤ *Las enfermedades que padecen.*

1.- A la pregunta ¿padeces alguna enfermedad?, el 28,85% (15 individuos) dicen que no padecen ninguna enfermedad y el resto nos relata al menos una.

De la primera submuestra, la entrevistada en 1999, cuatro pacientes contestan que no padecen ninguna enfermedad y 22 pacientes que padecen una o más enfermedades. De estos 22, 15 refieren padecer de una única enfermedad y 7 dos o más.

De la segunda submuestra, la de 2001, 10 individuos (38,46%) dicen no padecer ninguna enfermedad y los otros 16 individuos (61,54%) dicen padecer al menos una enfermedad, 6 de ellos nos comentan más de una.

1.1.- Cuando preguntamos a los 26 individuos de la primera muestra “¿estás enfermo? ¿padeces alguna enfermedad?”, el 26,9% (7 individuos) nos contestaron que no. De éstos, cuatro contestan en la segunda pregunta que no padecen ninguna enfermedad. Uno puntualiza que no se considera enferma pero tiene “dos enfermedades crónicas hepatitis C y anticuerpos”, otro dice “no, no estoy enferma aunque dicen que tengo problemas psiquiátricos” y el tercero dice “no estoy enfermo, sólo tengo problema con la coca”. El primero de estos tres hace referencia a la enfermedad como algo que tiene que notarse, para ser real necesita de síntomas; y en el caso del segundo, no se considera enferma a pesar de un largo historial de internamientos en centros psiquiátricos.

Aunque son 19 los individuos (el 73,08%) que nos dicen que sí están enfermos, en la segunda pregunta son 22 los que contestan que padecen una o más enfermedades. Y de estos 22, 15 refieren padecer de una única enfermedad y 7 dos o más.

1.2.- A los 26 individuos de la segunda muestra les preguntamos en primer lugar “¿qué problemas de salud te preocupan?”, y después “¿padeces alguna enfermedad?”.

Con respecto a la primera pregunta -¿qué problemas de salud te preocupan?- la mayoría nos responden considerando sus problemas de salud actuales o pasados que les preocupan (omiten aquellos que padecen y no les preocupan de manera similar al individuo de la primera muestra con VIH y VHC que no se considera enferma). Otros la interpretan como una pregunta genérica que indaga en cuestiones de salud que les preocupan como el 2b que contesta “sida, cuerpo humano, la salud...todas las enfermedades que no se quitan...”. Y, un tercer grupo incluye ambas respuestas (problemas generales de salud y propios que les preocupan).

De los 26, 5 nos dicen que no les preocupa ningún problema de salud, sin embargo sólo uno dice en la segunda pregunta que no padece enfermedad, y los otros cuatro comentan en algún momento algún problema en relación con la salud. Otros 7 individuos manifiestan sus preocupaciones por problemas de salud genéricos no directamente relacionados con enfermedades que padezcan; y de estos 7, cuatro contestan que no padecen ninguna enfermedad en la siguiente pregunta, dos que padecen de alergia y otro de hepatitis C. Los 14 restantes manifiestan que les preocupan problemas relacionados con enfermedades propias (2 de estos sólo de enfermedades ya pasadas), entendiendo que ambas preguntas son la misma, y de ellos 4 también se preocupan por otros problemas genéricos no relacionados con sus enfermedades.

A la pregunta ¿padeces alguna enfermedad?, 10 (38,46%) dicen no padecer ninguna y los otros 16 individuos (61,54%) dicen padecer al menos una enfermedad, 6 de ellos nos comentan más de una.

2.1.- Al preguntarles sobre las enfermedades que padecen o han padecido, de los 22 de la primera muestra que padecen alguna enfermedad, 14 individuos dicen tener hepatitis: Dos de ellos no especifican el tipo, uno dice que tiene hepatitis B y C y otros 11 hepatitis C (de estos uno añade que pasó la hepatitis B pero “ya está curada”). Los datos de las serologías en estos individuos confirman que lo que nos cuentan es cierto; y, en el caso de los que nos dicen padecer de hepatitis sin especificar, vemos que tienen marcadores de hepatitis B y C en ambos casos (uno de ellos sí que nos referencia ambas como antecedente de enfermedad). Por tanto el 53,85% (14) de la muestra de 1999 tiene hepatitis C (aunque sólo 12 se consideran enfermos), y para el mismo año, en los datos de los admitidos a tratamiento en la Comunidad Valenciana sólo el 15,67% la tiene (si bien es cierto que el 43,34% no se realizado análisis)¹⁹⁰. En cuanto a la hepatitis B, como comentamos, sólo uno se considera enfermo actualmente, aunque son cinco los casos de pacientes con serologías positivas. Tres de estos sí nos la refieren como una enfermedad ya “pasada” pero no se consideran afectados en este momento. Por tanto, el 19,23% de la muestra del año 1999 tiene serología positiva de hepatitis B.

En la muestra de 2001, de los 16 que nos dicen que están enfermos, 8 afirman tener hepatitis: 5 hepatitis C, dos no especifican tipo y otro hepatitis B y C. En la serología se confirma que este último sólo tiene la C y, de los que no especifican, uno tiene C y otro

¹⁹⁰ Es importante hacer constar que en nuestra muestra todos los individuos tienen las serologías hechas de VIH, VHC y VHB al ingreso en el centro (es un requisito) y, en los registros del OED y C. Valenciana hay un porcentaje alto de pacientes que no se ha realizado análisis.

B y C. Además de este último, hay 3 individuos más con serología B positiva y que nos lo refiere: uno de ellos es de los que tiene hepatitis C, otro sólo nos cuenta que tiene anticuerpos como enfermedad y el otro, aunque sí nos relata que tuvo hepatitis B como antecedente, es del grupo de 10 individuos que nos dicen que no padecen ninguna enfermedad. Además, a este individuo se le detectó una hepatitis C durante el programa. En cuanto a la hepatitis C, son 11 los individuos positivos (el 42,31%); y, sólo el 25,71% de los admitidos a tratamiento en ese año en la Comunidad Valenciana tenía serología positiva de hepatitis C.

En total, 25 individuos tienen serología positiva para el virus C y sólo tres (12 % de los infectados) no se “consideran enfermos” de ésta. Esto es normal si sabemos que corresponden a los 3 individuos de la segunda muestra diagnosticados durante el programa que no sabían esto en la entrevista. Con la hepatitis B son 9 los individuos positivos, y de ellos 5 nos la refieren como enfermedad (2 como hepatitis B y 3 como “hepatitis”) y 4 los que no se consideran enfermos aunque nos la relatan como antecedentes (“tuve hepatitis B pero ya está curada”).

2.2.- Dos en ambos grupos dicen tener “V.I.H.” o “anticuerpos”, aunque uno de 1999 “no se considera enferma” (se trata de una paciente que nunca ha requerido tratamiento). Los datos de las historias coinciden con lo que nos dicen. Son el 7,69% de cada submuestra, y este porcentaje es inferior al de seropositivos de entre los admitidos a tratamiento en los mismos años a nivel nacional en el OED (17,6% en 1999 y 13,8% en 2001); y de la C.Valenciana (9,69% y 10,93%), aunque se aproximan más a estos últimos.

2.3.- Tres en 1999 y dos en 2001 nos dicen que tienen asma y dos y cuatro respectivamente alergia. En un individuo de 1999 y dos de 2001, de los que dicen tener alergia, así como en uno de los que en 2001 refieren ser asmáticos de 2001, no podemos confirmar los diagnósticos ni en los antecedentes de la solicitud de ingreso ni en la historia clínica del programa en el centro. Sin embargo, sí que consta otro individuo de 2001 con alergia que no nos lo comenta en la entrevista. Por tanto, el total de individuos con alergia es de 4 (1 y 3 de cada muestra) y con asma de 4 (3 y 1 de cada muestra respectivamente).

2.4.- En 2001, sólo un individuo enumera dentro de las enfermedades que padece una “adicción a la cocaína” y entre los problemas de salud que le preocupan “controlar la adicción”¹⁹¹. Sin embargo, en el grupo de 1999, la dependiente del alcohol nos dice que está enferma de “alcoholismo y anemia” y dos individuos más nos nombran como única enfermedad: “sí, la drogodependencia es una enfermedad” o “sí, la adicción a la cocaína” (ambos no padecen ninguna otra enfermedad); y otro más que está sano pero tiene “problemas con la coca”. En los dos que no padecen ninguna otra enfermedad, se detectó un carácter perfeccionista y meticuloso, con excesiva preocupación por los temas de salud. Uno nos comenta como ejemplo que puede tener bronquitis crónica por fumar (es el único de 1999 que lo dice y los 26 individuos fuman) o “no sé si tuberculosis” (por estar cumplimentando profilaxis con isoniacida por protocolo de tuberculosis y hay 5 individuos en este grupo en circunstancias similares). Ocurre algo similar con la tuberculosis en un individuo de 2001 que había hecho profilaxis con Isocianida 2 años atrás y que nos relata como enfermedad “tengo hepatitis C y esto que tengo del Mantoux” y otro que nos dice que no padece nada a “excepción de un posible contagio de tuberculosis”. En este grupo hay un total de 12 individuos en protocolo (con Mantoux positivo y pendiente de los resultados del cultivo o en tratamiento

¹⁹¹ Aunque tres individuos de 2001 dependientes de cocaína y alcohol nos hablan dentro de los problemas de salud que les preocupan el “consumo de drogas, las recaídas y la pérdida de control”.

profiláctico)¹⁹². Un individuo más de 2001 nos cuenta su “tabaquismo” como enfermedad.

2.5.- Todos los individuos nos cuentan las enfermedades infectocontagiosas que pasaron en la infancia que vienen reflejadas en la historia, incluso alguno nos las comenta sin que consten en la documentación. Algo similar ocurre con los “constipados” o la gripe. El resto de enfermedades que nos comentan sí aparecen reflejadas en la solicitud de ingreso. Así, nos dijeron que padecieron de varicela 14 casos (5 de 1999 y 9 de 2001); sarampión en 10 (5 y 5); 3 paperas (2 y 1); rubéola otros 3 (2 y 1) y dos nos dicen que pasaron la tosferina. Además nos hablaron de constipados y gripes 13 individuos (8 y 5) y haber padecido de “anginas” otros 5 (2 y 3); otro otitis, otro bronquitis, otro epiglotitis, uno “pulmonía”, uno más “reuma” y “velocidad en la sangre”; uno relata estar amigdalectomizado y otro adenoidectomizado.. Uno nos cuenta una reacción alergia a medicamentos y uno de los de la primera muestra que nos habló de que padeció de alergia nos dio que tuvo intolerancia al gluten y déficit de inmunoglobulina A. Además, otro individuo nos dice que padeció de acné, otro de “bajadas de tensión”, uno más que padece de “conjuntivitis” y otro de “flemones”. En cuanto a dolencias osteomusculares y cardíacas: uno no refiere que tiene “ácido úrico”; otro cuenta como enfermedad “dolerle y crujirle los huesos”, otro tener una lesión en el hombro; uno tiene espondilitis anquilosante; otro lumbalgia y un soplo sistólico para el que fue intervenido en dos ocasiones y otro más “taquicardias por ansiedad”. Dos individuos nos cuentan que fueron operados de apendicitis.

Nos dijeron que habían padecido de meningitis en la infancia 3 individuos, los tres del grupo de dependientes de heroína y cocaína; uno de ellos nos la relata como “una grave que me pincharon en la espalda y había riesgo que quedara paralítico o tonto”.

Dos más nos dijeron que habían pasado las “Fiebres Malta” y los dos son consumidores de *speedball*. Uno más nos cuenta que tiene gastritis crónica y otro úlcera.

2.6.-Seis nos hablan de diagnósticos psiquiátricos: 4 como antecedentes y 2 como enfermedad actual. Uno nos dijo que padecía de “los nervios” (tiene trastorno límite de personalidad y psicosis tóxica meses atrás); otro nos dijo que acudió al psiquiatra por problemas de conducta (durante el programa se le pone en tratamiento neuroléptico por ideación paranoide); otro nos contó que “ahora dicen que tengo problemas psiquiátricos” y nos relata que tuvo “manicodepresión y personalidad antisocial” (en su solicitud de ingreso figura “depresión bipolar, ingresos en hospitales psiquiátricos y trastorno de personalidad límite”) y el cuarto nos dice que tuvo anorexia nerviosa en la adolescencia De los dos que nos cuentan problemas psiquiátricos actuales unos nos dice que tiene depresión con intentos de suicidio y otro esquizofrenia paranoide.

Es en este grupo de enfermedades psiquiátricas donde encontramos más individuos que no nos relatan los antecedentes que constan en la historia o solicitud de ingreso. Son 23 los que tienen antecedentes de esta índole y sólo 6 los que nos lo han contando en la entrevista. Así, en la muestra de 1999, un individuo omite que tuvo Síndrome de Gilles de la Tourette y distimia, otro dislexia, otro que es cleptómano, otro que padeció una psicosis tóxica, otro que ha tenido crisis de ansiedad, otro que ha estado ingresado en 2 ocasiones en hospitales psiquiátricos por depresión y 2 más que la han padecido; y tres individuos omiten diagnósticos de trastornos de personalidad (un esquizoide y dos trastorno límite). Y, en el grupo de 2001, 2 no nos cuentan intentos de suicidio previos y

¹⁹² Dos individuos más de 2001, de los que nos dicen que no están enfermos nos relatan el protocolo de tuberculosis al que estuvieron sometidos y lo hemos recogido en la respuesta a la siguiente pregunta.

otro más una autolesión que requirió ingreso; otro omitió varios ingresos por trastorno bipolar; uno omite un diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo; otro de “depresión reactiva y trastorno de personalidad no especificado” y otro de trastorno límite; otro tuvo hiperactividad en la infancia y en dos casos brotes psicóticos previos. Uno más estuvo en seguimiento psiquiátrico a los 7 años por abusos. Un individuo tenía en la solicitud de ingreso una sospecha diagnóstica de trastorno de personalidad que se descarta en la historia clínica durante el programa.

2.7.- En cuanto a las enfermedades no psiquiátricas que constan en los historiales y no nos comentan, omiten una sinusitis, una hernia inguinal pendiente de intervención, una pancreatitis previa al ingreso, subluxación de hombro, síndrome del tunel carpiano, migrañas, enfermedad por reflujo gastroesofágico, problemas odontológicos, alergia a la penicilina e intolerancia a hidratos de carbono, en un individuo en cada caso; no nos cuentan que padecieron de dermatitis 3 individuos; hipercolesterolemia en 4 individuos y anemia macrocítica en 2. Otro individuo no nos contó que había sido operado de un quiste graso en la infancia y en otro caso amigdalectomizado.

2.8.- Comparando los datos de la entrevista con los antecedentes que constan en la historia y solicitud de ingreso, vemos que conocen y comentan prácticamente el 100% de las enfermedades asociadas al consumo (hepatitis C, B y SIDA) ya sea como enfermedad pasada o actual. Y también refieren otras como el asma, hiperuricemia, etc. Las diferencias más importantes las encontramos en los diagnósticos psiquiátricos y también el la percepción del diagnóstico de drogodependencia como enfermedad que es comentado por 3 individuos como enfermedad actual y son 50 los individuos de la muestra con este diagnóstico. De los dos individuos con dependencia del alcohol, uno sí que nos lo cometa como enfermedad el “alcoholismo”.

➤ *Lo que saben sobre las enfermedades que padecen.*

3.1.- De la hepatitis C y B: De los 14 del grupo de 1999 y los 11 de 2001¹⁹³, se refieren a ella como una “enfermedad crónica” 6 individuos (4 del 99 y 2 de 2001) y otro más del segundo grupo dice que es “una enfermedad para toda la vida”; 5 más (2 y 3) hablan de que la enfermedad progresa (“deterioro progresivo”, “duras 20 o 25 años”); dos más de 2001 hablan de que puede producir cáncer y otros dos del 99 dicen que puede evolucionar a cirrosis. Un individuo del primer grupo dice que es “vírica”.

En cuanto al contagio, 19 hablan de la transmisión por vía sanguínea (“por agujas”, “por sangre”) constituyendo el 92,86% (13) de los infectados del grupo de 1999 y el 54,54% (6) de 2001 (el 75% de los que conocen que tienen la infección en este grupo). Los mismos 13 individuos de la primera muestra hablan de que es posible el contagio por vía sexual, y sólo 3 (el 27,27%) de la segunda. Además, el individuo que resta de 1999 habla de que pasó la hepatitis B y que nos dice que ésta se contagia por ambas vías. Un ejemplo de lo que nos dicen: “sé que los contagios por sangres son muy rápidos... y que por vía sexual es más difícil, hay un tanto por cien muy bajo”. En total, el 76% de los infectados hablan de la transmisión por sangre y el 64% por vía sexual. El 24% -cinco del primer grupo y uno del segundo- nos habla de que existe un tratamiento, cuatro de los seis nombran específicamente el interferon. Hay 3 individuos más de 2001 que hablan de algún tratamiento pero en otros términos: “me la curó mi madre a base de comer bien”, “tomé Legalón...”. El 32% - de cada grupo- hace referencia a que el alcohol es perjudicial y no deben beber. El 40% (6 de 1999 y 4 de 2001) hablan de que es una enfermedad que afecta al hígado que se “hincha” o se “inflama”.

¹⁹³ De estos sólo 8 conocen el diagnóstico en el momento de la entrevista.

Los individuos del grupo de 1999 nos dan más información y con más frecuencia que los de 2001 sobre la hepatitis. Estos individuos ya han sido intervenidos en la Unidad participando del programa de Escuela de Salud que se imparte con periodicidad quincenal en el centro en concreto de la sesión de enfermedades asociadas al consumo. Esto establece diferencias cualitativas y cuantitativas en lo que saben y quien se lo ha enseñado en ambos grupos, puesto que el criterio de selección en la segunda muestra fue que no hubiera tenido aún ninguna intervención médica en el Centro.

3.2.- De la infección por V.I.H., los dos individuos de 1999 nos dicen que es una enfermedad crónica y que se contagia por sangre y relaciones sexuales. Los dos individuos de 2001 dicen que no “saben nada” o que “no tienen información”, pero en el transcurso de la entrevista los dos nos hablan del contagio por sangre, uno de ellos nos dice que es crónica y el otro nos habla de la carga viral.

3.3.- De la alergia, de los seis que nos dicen padecer de alergias, todos nos describen los alimentos u otros elementos a los que son alérgicos (aunque como hemos comentado en 2 de estos no hemos podido corroborar el diagnóstico). Además, 2 nos comentan que es “genética”, dos nos hablan de los tratamientos “antihistamínicos” entre otros y dos nos describen la sintomatología en las crisis.

3.4.- Del asma, los cinco individuos que la padecen nos hablan de la sintomatología y de evitar los alérgenos, tres de algún tratamiento farmacológico y uno de que no debe fumar. Un individuo de la primera muestra nos dice al respecto “sé que se contrae el músculo de los bronquios y no me entra aire, también se inflama la pared y para eso es el Pulmicort”. Se consideran enfermos aquellos individuos que aún tienen sintomatología aguda en algún momento.

3.5.- Ocurre igual con el individuo que nos dice que tiene “ácido úrico”, que se considera enfermo por la sintomatología aguda que le genera –crisis gotosas-. Lo que sabe es: “del ácido úrico sé que se forman cristales... que no tengo que beber alcohol ni comer embutido ni mariscos... ahora con el tratamiento hace tiempo que no me ocurre”.

3.6.- Aunque no hay ningún individuo con tuberculosis, 17 tenían una prueba de Mantoux positiva (5 y 12) y se les había puesto en protocolo y de ellos dos (uno de cada grupo) nos relatan esto como una probable enfermedad. Estos dos saben de la enfermedad que requiere un contagio de otra persona por el aire y uno de ellos nos cuenta el protocolo en sí diciendo que la prueba de Mantoux positiva significa “que has estado en contacto con alguien que lo ha tenido... lo llevas encima.... sabes que no lo tienes por el esputo y las placas de los pulmones”. Del resto con prueba positiva en algún momento de su vida, tres nos hablan de la prueba de Mantoux como posible contagio o vacunación previa, de éstos dos nos hablan de las radiografías y uno del tratamiento profiláctico que tuvo que cumplimentar.

3.7.- El individuo que nos comenta tener “alcoholismo” como enfermedad hace referencia al deterioro físico y mental y a la cronicidad. Nos dice: “sé que es fatal para mi cerebro, para el hígado... Que es difícil curar y que es para toda la vida”.

En cuanto a los 4 individuos que nos relatan su drogodependencia como enfermedad, ninguno nos habla de lo que sabe de ella en esta pregunta. Tenemos que comentar aquí que uno de ellos es dependiente de heroína y abusa de otras sustancias y nos dice “sí, pienso que tengo un problema con las drogas la drogodependencia es una enfermedad” y, los otros 3, son dependientes de cocaína y nos hablan de su “adicción a cocaína” como enfermedad, uno de ellos añade que “es más bien una enfermedad psíquica y no física”.

3.8.- De la bronquitis crónica por fumar o el tabaquismo uno sólo nos comenta que la nicotina se deposita en el pulmón y los bronquios y, el otro que es asmático, nos dice que “es más perjudicial que la media para mí más que nada porque se me llenan de moco los pulmones y no puedo respirar.... Los ataques me vienen más sucesivos”.

3.9.- De los diagnósticos psiquiátricos, cuatro nos hablan sólo de su diagnóstico, y dos más nos dice que tuvieron “desequilibrios” y “problemas de nervios” cuando eran niños y estuvieron yendo al psiquiatra o al psicólogo.

3.10.-De la meningitis, uno hace referencia a “un líquido que se hace malo.... Viene de la columna vertebral y va al cerebro” y los otros dos hablan de la punción “me pincharon en la columna”. Dos también nos hablaron de posibles secuelas de la enfermedad.

En cuanto al resto de enfermedades (actuales o antecedentes), uno de los individuos que tuvo fiebres de malta nos habla del origen de la infección en los productos lácteos. De la espondilitis nos dice que es crónica y que afecta a las articulaciones y la espalda. Otro individuo que nos dijo que padeció “reuma”; nos dice de él que “es una falta de defensas en la sangre... velocidad en la sangre”. El individuo que tiene anemia nos dice que “es una falta de glóbulos en la sangre”. El individuo que nos contó la conjuntivitis nos relata la sintomatología (legaños y picor) y el tratamiento con colirios. Del individuo que nos dijo que padeció de “bulimia”, por sus explicaciones (episodio de vómitos de una semana de duración en la infancia) deducimos que tuvo una gastroenteritis grave que requirió ingreso; nos dijo que “bulimia es una persona que vomita”. Del herpes nos dicen que es “muy contagioso” y de la tos ferina que es “muy mala”. De la rubéola, un individuo nos habla de los síntomas “salen granos” y añade que “normalmente sólo la tienen las chicas”; dos más nos dicen únicamente que les daba vergüenza salir a la calle. Sólo dos de los que nos nombran el sarampión nos dicen de él que “son granitos”. También dos de los que pasaron la varicela nos hablan de los “granitos”; uno de ellos nos cuenta que tiene alguna cicatriz y el otro dice que “de mayor es más perjudicial”.

➤ *Procedencia de su información: ¿Quién les ha contado lo que saben?*

4.- El 84,62% de la primera muestra (22 individuos) y el 73,08% de la segunda (19), refieren haber obtenido la información de servicios sanitarios (médicos de primaria o especializada, C.I.P.S.¹⁹⁴, familiares médicos o DUE o en nuestra Unidad).

Los que restan de 1999, en dos casos no nos cuentan quién les ha dicho lo que saben sobre su enfermedad (hepatitis) y otros 2 no relatan ninguna enfermedad (ni siquiera como antecedente). En los de 2001, en dos casos nos dicen que lo han aprendido “por sí mismos” y los otros cinco a través de la familia. Un mismo individuo nos relata que lo que sabe se lo han dicho los servicios sanitarios (uno añade que también por la televisión y revistas) y, cuando hace referencia a su familia, es para relatar aquellas enfermedades que pasó en la infancia.

Hemos encontrado diferencias entre ambas submuestras al desglosar la información que reciben de servicios sanitarios: El 34,62% (9 individuos) de 1999 dicen haber aprendido lo que saben sobre la enfermedad en la Comunidad Terapéutica (y sólo uno fue diagnosticado de la enfermedad a que se refiere durante el programa); al 38,5% (10) le informó su médico antes del ingreso, uno más por su hermana que es ATS y otros dos por folletos del CIPS. Sin embargo, en 2001, el 57,69% (15) lo que saben sobre su

¹⁹⁴ C.I.P.S.: Centro de Información y Prevención del SIDA.

enfermedad se lo contaron los servicios sanitarios previamente al ingreso en el centro; dos más se informaron por su médico y también en la Unidad, y uno más exclusivamente en la Unidad. Otro individuo más por su madre, que era médico. Sólo 3 individuos de esta segunda submuestra han aprendido algo de lo que saben en la Unidad residencial. Esto es normal si entendemos que uno de nuestros criterios de selección era que no estuvieran más de dos semanas en la comunidad terapéutica. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias en la calidad y cantidad de información recogida sobre las enfermedades que padecen. No hay diferencias relevantes en lo que nos cuentan o cómo lo cuentan aunque en una de las muestras la relación terapéutica ya estaba establecida y en la otra no. Es probable que este recurso asistencial residencial y sus características -el tiempo no acotado disponible para las entrevistas entre otras- sea lo que determine que la cantidad de la información recogida para posterior análisis sea similar.

Sí hemos encontrado diferencias en cuanto a lo que saben de las enfermedades crónicas que padecen (hepatitis o SIDA) como hemos comentado: los individuos de 1999 que ya se han beneficiado de alguna sesión del programa de escuela de salud nos dan más información al respecto.

➤ *Sus expectativas hacia el tratamiento*

5.- Hicimos las preguntas “¿qué expectativas tienes sobre el tratamiento?” y “¿a qué has venido al centro?” en el grupo de 2001 y nos contestaron lo mismo a las dos preguntas 12 individuos; otros tres añaden en la segunda algunos matices. Los 11 restantes añaden en la segunda pregunta otras expectativas distintas a las que ya habían formulado en la primera.

Todos dan más de una respuesta siendo la media de 3,73 expectativas o respuestas distintas por individuo y la moda de tres respuestas en un total de 8 individuos.

5.1.- Clasificando sus expectativas hacia el tratamiento por grupos de respuestas similares y de mayor a menor número de respuestas hemos encontrado que:

El 65,38% (17 individuos) hace referencia a que tiene necesidad de un aprendizaje, de un cambio (“aprender... saber resolver..., tener información..., cambiar cosas concreta...”). Once hacen referencia a su familia como un factor principal que les ha hecho venir a tratamiento y cuyas relaciones esperan mejorar con el mismo.

Diez, el 38,46%, dicen que vienen a “centrarse”, “equilibrarse”, “controlar más” o “encontrarse a sí mismos”. Otros diez hablan de adquirir “tolerancia a la frustración” y ser capaces de “hacer frente a los problemas”.

Nueve (34,62%) vienen a “curarse”, “llevar vida sana”.. “mejorar su salud”.

Siete (26,92%) nos hablan de que esperan mejorar su sintomatología depresiva o ansiosa y dos más nos comentan que esperan mejorar su baja autoestima.

Seis hablan de que han venido a hacer un tratamiento de deshabituación o rehabilitación y cuatro más hablan de desintoxicarse. Otros seis nos hablan de que tienen necesidad de ayuda y apoyo y de que vienen a “dejarse ayudar”.

Cinco nos dicen que han venido al centro buscando un “refugio” o alejarse de su medio para no consumir. Otros cinco verbalizan que “están cansados” de la vida de drogodependiente. Y otros cinco sencillamente nos dicen que esperan del tratamiento “salir de las drogas... dejar de consumir”

Además de todas estas expectativas principales, hay individuos que esperan, como algo secundario al tratamiento cosas como “curare el hígado”; arreglar los “problemas

judiciales”; “administrar el dinero”; evitar “perder a sus hijas” o “mejorar mi salud y recuperarme económicamente”.

5.2.- Hemos encontrado un patrón de respuestas relativo a las expectativas a tratamiento que se repite en siete individuos que señalan como respuestas la necesidad de aprendizaje; centrarse y encontrarse a sí mismos y adquirir tolerancia a la frustración y afrontar los problemas.

➤ *La definición de droga*

6.- A la pregunta “¿cómo definirías droga?”, los 26 entrevistados de 2001 nos dan más de una explicación –facetas distintas- que hemos clasificado en bloques:

El 23,08% (6 individuos) nos dicen que la droga es una “sustancia”. Uno de estos añade que “es una sustancia que te altera el organismo y sus funciones” y otro que “es una sustancia maligna”.

Tres individuos dicen que es un “estimulante” (2 son consumidores de cocaína y uno de alcohol). Dos individuos más, ambos consumidores de speedball, dicen que es algo que les “distorsiona la realidad”; y otro más, consumidor de cocaína, dice sin embargo que le da “claridad de ideas” aunque luego añade que es todo “ficticio, un engaño”. También otro individuo nos habla de este engaño cuando dice, en referencia a su droga de abuso, que “la heroína es una mentirosa y te engaña”.

Ocho, el 30,77%, dicen que es algo que les “gusta” y les hace “sentir bien”. Y cuatro de los entrevistados afirman que les produce sensaciones agradables.

Cuatro verbalizan que es algo que les ayuda a “sacar valor”, a desinhibirse.

Otros ocho comentan que es una forma de evadirse de la realidad, de escapar a las responsabilidades o problemas cotidianos; y otro más afirma que es “una manera de ver la vida mejor, más llevadera...”. En contraposición, otros cinco individuos nos hablan de que es algo que “genera muchos problemas, que trae malas consecuencias”. Sólo un individuo nos habla de las dos cosas, de que te evades y de que te genera consecuencias negativas. Los problemas que nos relatan que les genera el consumo son judiciales y de agresividad en dos casos, físicos en otros dos, y mentales y económicos en un caso.

Tres individuos nos dicen que la droga les “cambia a peor” y que “ya no eres tu mismo”, y en contraposición, otros 3 nos dicen que la droga les hace “ser tu mismo”. No hemos encontrado diferencias sociodemográficas o de consumo entre los que nos dan ambos grupos de respuestas.

Más individuos hablan de la droga en términos negativos: Cuatro se refieren a ella como “mierda”; tres como una “ruina”; otro como una “sustancia maligna”, otro “como si fuera cáncer” y otro como un “vicio”. Además cinco se refieren a ella como algo “que mata” y otro dice que es “destrozarte la vida”.

Dos individuos nos dicen que “la tomas porque quieres”. Sin embargo, refieren que la droga les genera dependencia 7 individuos (26,92%) y, para referirse a esto utilizan las palabras “adicción o adicto” 3 pacientes, “dependencia” otros 3 y “enganche” otros 3. Dos individuos usan más de un término para referirse a esto. Utilizamos la definición de uno de ellos como ejemplo de lo que nos comentan: “es vicio, placer y enganche. Vicio, que es un vicio increíble. ¿Por qué?, porque te induce mucho placer y te engancha mucho por el placer que produce y por la adicción que tiene”.

➤ *¿Consideran la drogodependencia una enfermedad?*

7.- El 65,38%, 17 individuos, nos dicen que sí considera que es una enfermedad, sólo uno nos dice que no y, el 30,77% restante (8) no nos da respuestas tan concluyentes.

7.1.-Los que emiten una respuesta afirmativa utilizan distintas fórmulas: 12 dicen directamente “sí”, uno más dice “sí... claro”, 3 más dicen “claro”, y uno más contesta “ya te he dicho que para mí el tabaquismo es una enfermedad. La droga otra... otra adicción como el tabaco o el café...”. De los 17 que dicen que sí es una enfermedad, sólo uno nos la enumeró cuando le preguntamos anteriormente qué enfermedades padecía. Además, un individuo de este grupo añade que es una “enfermedad crónica”.

En los ocho que no nos contestan con tanta claridad podemos encontrar tres tipos de respuestas distintas: Cinco nos dicen que “sí es enfermedad” pero luego matizan en según qué casos no lo es; 2 dicen que “no es enfermedad” pero luego nos comentan en que casos consideran que sí lo es y el individuo restante nos dice que “según... según cada persona... es una enfermedad y a veces no... es un hábito adquirido”. A todos los individuos les preguntamos a continuación “¿por qué?”; por qué consideran que sí o que no es enfermedad.

En el caso de estos 8 individuos que responden “según en que casos”, hemos recogido sus respuestas en ambas direcciones.

Nos dan los siguientes argumentos cuando afirman que sí es una enfermedad:

7.1.1.-El 46,15% (12) nos dice que “porque genera dependencia”, 5 de ellos nos dicen esto como única respuesta y los demás nos dan más argumentos. En esta ocasión usan la palabra “enganche” 5 individuos, “adicción” 3 y “dependencia” 8 (4 utilizan más de una palabra distinta). Al analizar los individuos en función de los diagnósticos no hemos encontrado diferencias significativas por grupos.

El 26,92% (7 individuos) nos responde que porque “se pierde el control”. Y, de ellos, 2 nos dan éste como su único argumento. Tampoco hemos encontrado diferencias al analizar qué diagnóstico tienen los individuos que nos dan esta respuesta.

Seis, el 23,07%, nos dicen que “porque genera problemas”, de índole económica, social o judicial.

Otros seis nos dicen que porque es una “enfermedad psicológica”

Cuatro más nos dicen que porque “no tienes bienestar” o “te genera malestar”. Uno de estos nos decía: “...según la Organización Mundial de la Salud, que dice que la salud es eh... factores psicológicos, sociales, educativos y todo eso, ... Pues yo creo que sí. Desde ese punto de vista sí soy un enfermo, porque no tengo bienestar”.

Cuatro más nos dicen que porque “te evade” de tus problemas y te ayuda a enfrentarlos

Dos más nos dicen que “porque se produce un deterioro físico”.

Hay un individuo que nos da como única respuesta “porque yo sólo no he podido salir”, otro que nos dice que “porque ya no eres tú” y otro que argumenta que “si abusas” sí es enfermedad.

7.1.2.- Hemos encontrado dos grupos diferenciados de individuos con dos tipos de argumentos para considerar la drogodependencia una enfermedad:

Dos nos dicen que sí es enfermedad en referencia a un trastorno o déficit previo al consumo: Así un individuo nos relata un cuadro depresivo para el que utilizó drogas (hipótesis de automedicación) y otro de una baja autoestima que el consumo le ayudó a

“superar”. Y, en contraposición, otros dos individuos nos dicen que la drogodependencia es enfermedad cuando hay algo “físico” consecuencia del consumo (SIDA, hepatitis, etc).

7.1.3.- Hemos encontrado en sus respuestas que 3 individuos hacían referencia a información recibida respecto al concepto de enfermedad en el grupo de terapia psicológica del centro, pero con información contradictoria al respecto: uno nos dice que sí es enfermedad y otro que no. El tercero lo que nos dice que ha oído en terapia es que es “crónica”.

En esta pregunta, 4 nos hablan de que es una enfermedad porque es “crónica”, dos más nos dicen que es “muy grave” y otro, en su lenguaje, nos comenta que produce tolerancia.

7.2.- Nos dicen que no es enfermedad con los siguientes argumentos:

Seis individuos nos dicen que no es enfermedad porque “tu eliges utilizar drogas”, son 6 de los 8 que nos dicen que no es enfermedad. Incluyen en sus respuestas un sentido de “culpa”, como ellos son “responsables” de consumir drogas no se consideran enfermos. Para ellos la capacidad de elegir diferencia lo enfermo de lo sano.

Cuatro nos dicen que no es enfermedad porque no es como otras, haciendo comparaciones con enfermedades de índole “física” (cáncer, SIDA, constipados y gripes, etc).

Tres nos dicen que no es enfermedad porque es “un vicio”, algo que está mal

Dos individuos nos dicen que no porque “tienes un problema” previo al consumo que te lleva a consumir (problemas “de personalidad” en un caso y “personales” en otro) y que, si se hubieran resuelto, no habrían consumido.

Un individuo nos dice que no es enfermedad porque “no duele nada”, otro porque para él es “un hábito adquirido” y, este mismo nos dice que “puedes salir siempre si quieres”.

7.3.- A los individuos que nos dijeron que la drogodependencia sí es una enfermedad y no nos la enumeraron al preguntarles qué enfermedades padecían, a partir de la 17ª entrevista, decidimos preguntarles por qué. Dos nos dijeron que, como ya estaban en tratamiento en el momento de la entrevista, ya no se consideraban enfermos y por ese motivo no nos la enumeraron. Tres nos dijeron que pensaban que nos referíamos a otro tipo de enfermedades (hepatitis, SIDA, etc) y ésta es “otro tipo” de enfermedad (enfermedad mental). Y cinco nos dijeron que “no han caído en la cuenta”.

Diferencias del concepto de enfermedad y salud en función del grupo diagnóstico.

Si analizamos sus respuestas en función del grupo diagnóstico al que pertenecen encontramos los siguientes resultados:

8.-*El concepto de enfermedad y salud en los dependientes de heroína*

Nos dijeron que sí estaban enfermos 14 individuos (10 del primer grupo y 4 del segundo). Los tres individuos de 1999 que nos dijeron que no estaban enfermos pertenecen al grupo de consumidores de heroína fumada y uno de ellos aunque dice que

“no se considera enfermo” cuando le preguntamos qué enfermedades padece nos dijo que hepatitis C e infección por VIH. A los de 2001 se les preguntó qué problemas de salud les preocupan y de ellos 3 nos comentaron problemas en relación a enfermedades que padecen y otro más a otra que padeció porque luego nos dice que no tiene ninguna enfermedad; de los 3 restantes, dos nos dicen que les preocupan problemas de salud genéricos (“coger” alguna enfermedad, etc) y otro que no le preocupa “ninguno” y, sin embargo, al preguntar a este último qué enfermedades padece nos dice que tiene “anticuerpos”.

Dos de los cuatro individuos con VIH de la muestra pertenecen a este grupo y, en ambos casos, nos dicen que no se consideran enfermos o que no les preocupa ningún problema de salud. Ambos tienen la infección hace años -1994-, uno lleva tratamiento y otro no.

8.1.-En cuanto a las enfermedades que padecen, lo que saben de ellas y quién se lo ha contado:

Nos dicen que tienen hepatitis 13 (el 65% de dependientes de heroína); de éstos, 11 nos dicen que tienen hepatitis C, uno “hepatitis crónica” y otro “hepatitis” (tiene B y C según los datos de la historia). Todos los consumidores de heroína por vía intravenosa menos uno (8 individuos, el 88,89%) nos dice que tienen hepatitis, aunque al analizar los datos vemos que realmente la tienen el 100% (el otro individuo fue diagnosticado de hepatitis C durante el programa y no conocía este dato cuando se le hizo la entrevista, aunque sí tenía serología positiva de hepatitis B que no nos comenta).

Además de éste, hay dos individuos de los que nos dicen padecer de hepatitis que tienen marcadores serológicos de hepatitis B y no nos la refieren directamente (sí que tienen C o hepatitis crónica).

En total son 14 (y no 13) los dependientes de heroína con hepatitis C y 4 los que tienen hepatitis B. Son el grupo diagnóstico con más seropositivos para hepatitis C (14 frente a 10 del conjunto del resto de grupos).

Si contabilizamos todos los diagnósticos de hepatitis C en todos los dependientes de heroína de la muestra (con o sin otros diagnósticos), encontramos que el 70,59% de dependientes de heroína de 1999 (12 de 17), y el 56,25% (9 de 16) de 2001 tienen hepatitis C, y en los datos de la Comunidad Valenciana para esos mismos años los porcentajes de infectados de entre los dependientes de heroína son inferiores, del 49,39% en 1999 y 40,83% en 2001.

Son seropositivos para la hepatitis B ocho individuos dependientes de heroína, el 23,65% de la muestra dependiente de heroína de 1999 y el 25% de la de 2001, con o sin otros diagnósticos. Estos porcentajes se asemejan a los de la Comunidad Valenciana para los mismos años, aunque en uno es ligeramente inferior y en otro superior. ¿cual?

Cuatro de los 14 nos dicen de la hepatitis que es una enfermedad crónica; tres nos hablan de una idea de progresión (“se va deteriorando el hígado poco a poco”); 5 nos dicen que es del “hígado” que se “inflama”, se “hincha” o similares; y 2 nos hablan de la cirrosis. Once (el 78,57%) nos hablan del contagio por vía sanguínea y de estos 10 también del posible contagio por relaciones sexuales. Un individuo nos habla de “un tratamiento que te puede estabilizar”, dos más del Interferon y otro refiere haber tomado Legalón. Tres nos comentan lo perjudicial de beber alcohol o seguir consumiendo en esta situación.

El 78,57% (11) han obtenido la información en servicios sanitarios: En 6 casos fuera de la Unidad (UCA, médico de atención primaria y otros especialistas); en 2 casos en la Unidad, y la Unidad y otro recurso de reinserción; otros 2 tenían información por los folletos que les dieron en la UCA y el CIPS; y otro más por su hermana DUE. Los tres restantes, uno ha recibido la información de su madre y los otros dos no nos dicen nada al respecto.

Tienen infección VIH 2 individuos de entre los dependientes de heroína y ambos no se consideraban enfermos o no les preocupaba ningún problema de salud. Si añadimos a estos los otros dos dependientes de heroína y cocaína (*speedball*) encontramos que todos los pacientes seropositivos de nuestra muestra son dependientes de heroína y son a su vez el 11,77% de dependientes de heroína para 1999 y el 12,5% para 2001 (el 12,12% de dependientes de heroína en el total de la muestra). Estos porcentajes de seropositivos son más bajos a los datos a nivel nacional (en el OED el 16,5% en 1999 y 13,8% en 2001) y de la Comunidad Valenciana (24,6% y 25,25% respectivamente); a pesar de que en nuestra muestra todos los individuos tienen este análisis hecho y un 37%-39% en los registros nacionales y un 13-16% en los autonómicos de pacientes admitidos a tratamiento no se han hecho el análisis.

Los dos dependientes de heroína como único diagnóstico nos dijeron para referirse a esto que tenían “anticuerpos”¹⁹⁵, los dos hacen referencia al contagio por sangre y uno de ellos a la vía sexual. Uno nos dice que es una enfermedad crónica y el otro nos habla del tratamiento que “baja la carga viral”. Este último nos dice que una médica le contó lo de la carga viral y el otro individuo que aprendió lo que sabe en la televisión.

Un individuo que no tiene otros antecedentes más que alergia, nos comenta como enfermedad que: “Sí, pienso que tengo un problema con las drogas, la drogodependencia es una enfermedad”.

Dos individuos nos relatan que padecen de alergia, ambos son consumidores de heroína fumada. Ambos nos cuentan con detalle a qué son alérgicos, uno nos dice que es una enfermedad “genética” y otro nos relata la gravedad de la sintomatología en las crisis, los tratamientos que le han indicado y las pruebas de alergia. Un individuo nos dijo que obtuvo la información del dermatólogo y el otro contestó que “por mí mismo”.

Otros dos nos cuentan que padecen “del estómago”. Uno más nos dice que tiene una lesión en el hombro y nos describe con detalle el tipo de lesión (luxación), el diagnóstico (por RMN) y la etiología, y nos dice que obtuvo la información de los profesionales que le atendieron.

Cinco nos hablan de haber pasado “constipados” o “gripes”.

Otro cuenta como antecedentes haber pasado una “neumonía con endocarditis” y nos refiere la lesión (“se me encharcó el pulmón”), la gravedad y la técnica diagnóstica (ecografía cardiaca); otro una “pulmonía” (le informó su madre), y otro, “acné”. Otro individuo nos dijo que “pasó un herpes” y de éste que es “muy contagioso”; nos cuenta que le informó su madre que “era médico”.

Un único individuo nos relata como enfermedad “... esto que tengo del Mantoux”, aunque son seis los dependientes de heroína positivos a la intradermorreacción de Mantoux. En sus antecedentes constaba que había tomado isoniacida dos años atrás. Lo que sabe es que “sale positivo pero no lo tienes, es que has estado en contacto con alguien que lo ha tenido y tu te encuentres con que lo llevas encima pero no eres

¹⁹⁵ Los otros dos nos dicen que tiene “el VIH”.

propenso”. Este individuo nos dice que lo que sabe lo aprendió en la Unidad Residencial en un programa anterior.

En cuanto a las enfermedades infecto contagiosas de la infancia, son el grupo diagnóstico que más nos comenta haber padecido: varicela el 40% (8 individuos); sarampión, el 25% (5) (son más del 50% de los individuos de la muestra con estos antecedentes); 2 con “paperas” (10%); uno tosferina y uno rubéola. Un individuo dice que se “llenó de granitos” en referencia al sarampión.

8.2.- Los antecedentes médicos de la historia clínica que no nos comentan son los siguientes: Dos casos de dermatitis; uno de hernia inguinal en espera de cirugía; otro fue operado de un quiste de grasa; un individuo padece de migrañas; otro tiene problemas odontológicos graves; otro tuvo dislexia en la infancia, y otro tiene anemia macrocítica. En cuanto a los antecedentes psiquiátricos que no mencionan, dos no nos cuentan que tienen depresión; otro que tuvo intentos de suicidio; otro tuvo crisis de ansiedad; dos más brotes psicóticos previos y otro, que llevó un seguimiento de Salud Mental en la infancia por padecer abusos.

8.3.- En referencia a las expectativas sobre el tratamiento y a qué han venido al centro, de los siete a los que preguntamos (los dependientes de heroína de la segunda muestra), 5 dan la misma respuesta y 2 añaden alguna expectativa distinta en la segunda pregunta. En sus respuestas encontramos que 4 (el 57%) hacen referencia a la necesidad de un aprendizaje, de un cambio y otros 4 hacen alguna referencia a la familia; 3 nos dicen que viene a “curarse”, a “ponerse bien”; también 3 hablan de que esperan “centrarse, controlar y encontrarse a sí mismos”; otros 3 hablan de alejarse de su medio habitual y buscar refugio (son el 71,43% o 3 de los 5 que dan esta respuesta); dos más nos hablan de adquirir “tolerancia a la frustración” y ser capaz de “enfrentar los problemas”. Uno hace referencia a la desintoxicación, otro a la necesidad de ayuda y apoyo, otro a la sintomatología depresiva que espera estabilizar y baja autoestima y es el único que nos dice que viene a “salir de las drogas”. Solo un individuo de este grupo nos habla de expectativas secundarias como “curarme el hígado”.

8.4.- En cuanto a la definición de droga: Dos nos dicen que es algo que les “gusta” y les hace “sentir bien”; otro que es algo que te “produce sensaciones” agradables; otro que le ayuda a “evadirte de la realidad” y otro dice que “quien la toma es porque quiere”. Otro nos dice que la droga le “engaña” y además hace referencia al desinterés por cualquier cosa distinta de la sustancia cuando dice “creía que lo único que valía la pena en esta vida era la heroína”. Un individuo más nos dice que es algo que le “genera problemas” (agresividad, cárcel). Cinco de los siete utilizan palabras negativas para referirse a ella, dos como “mierda”, dos como “una ruina” y uno dice “como si fuera un cáncer”; uno añade además que es “algo que mata” y otro que es “lastimarte la vida”.

8.5.- En cuanto a las preguntas “¿consideras la drogadicción una enfermedad?” y “¿por qué?”, 3 contestan directamente que sí y otro “sí, claro”, en total son el 23,53% (4 de 17) de los que emiten este tipo de respuesta y el 57,14% de los dependientes de heroína. Otros 3 pertenecen al grupo de 8 que no dan respuestas tan concluyentes (“según en qué casos”); dos dicen que sí en principio para luego matizar en qué situación no y el tercero primero dice que no es enfermedad y luego aclara cuando sí lo es.

Los argumentos que nos dan cuando afirman que sí es enfermedad son: Cinco dicen que sí es enfermedad porque genera dependencia (3 de ellos como única respuesta), cuatro utilizan la palabra dependencia/dependiente, uno de ellos usa también “enganche” junto con otro individuo. Dos dicen que es enfermedad porque “te genera problemas” y ambos hacen referencia a problemas judiciales exclusivamente; y otros

dos nos dicen que porque es una enfermedad “psicológica”. Un individuo nos dice que es enfermedad porque se pierde el control y otro argumenta que lo es porque “ya no eres tú..”. Un individuo de este grupo nos dice que es una enfermedad “muy grave” y otro nos habla de que genera tolerancia y al final “me tengo que hacer todos los días”.

Argumentan que no es enfermedad, “Porque tu eliges” utilizar drogas en 2 casos, y estos dos mismos hablan de que no es una enfermedad física como otras (VIH, Alzheimer, etc). Un individuo más nos dice que no es enfermedad porque es un “vicio más que una enfermedad”.

9.-El concepto de enfermedad y salud en los dependientes de heroína y cocaína

9.1.- Siete individuos, el 53,85%, nos dicen que sí que están enfermos: 3 de la primera muestra nos dicen que sí que están enfermos y 4 de la segunda nos hablan de problemas de salud que les preocupan en relación a enfermedades que padecen. El que resta de la primera muestra nos dice que no está enfermo y 2 de la segunda dicen que no les preocupa ningún problema de salud y que no padecen enfermedad en la siguiente pregunta. Los 3 individuos que quedan de la segunda muestra hablan de que les preocupan problemas de salud genéricos sobre enfermedades que no les afectan directamente. En cuanto a los problemas de salud que les preocupan, 5 nos hablan del “SIDA” o los “anticuerpos” y sólo uno padece la enfermedad y a los otros 4 les preocupa haberla contraído (3 son consumidores de speedball y uno usa la vía fumada). A cuatro les preocupa el “hígado”, pero en este caso 3 tienen hepatitis. De los 6 que nos dicen que no padecen enfermedad uno nos habla después de que tuvo hepatitis pero “la he curao” (tiene hepatitis C según la serología) y otro nos habla de una “desviación de columna”.

9.2.- En cuanto a las enfermedades que padecen, lo que saben de ellas y quién se lo ha contado:

Siete, el 53,85% nos dicen que tienen o han padecido de hepatitis. Cuatro son consumidores de *speedball*, dos nos dicen que tienen hepatitis C, otro que pasó la B y C y otro “hepatitis” sin especificar y se comprueba en la historia que se trata de C. De los otros 3, consumidores por otras vías, 2 nos dicen que tiene hepatitis B y C y otro es el que nos dijo que pasó la hepatitis (C) pero la había “curado”. Al analizar los datos de la historia clínica encontramos que son 8 los individuos con hepatitis C, este otro individuo es diagnosticado durante el programa y no lo sabía en el momento de la entrevista. Además son 4 los que tienen serologías positivas para hepatitis B (el 30,77% de dependientes de heroína y cocaína), siendo el 44,44% de los individuos que la padecen (igual que en el grupo de dependientes de heroína, aunque este grupo tiene más individuos y la frecuencia relativa del de dependientes de ambas sustancias con hepatitis C sería mayor). En total el 61,54% de dependientes de heroína y cocaína tienen hepatitis C y son el 32% de los enfermos con hepatitis C de la muestra, el segundo grupo en frecuencia. Un individuo nos dice que no tiene información sobre la hepatitis C y otro nos dice que sabe “poca cosa”, aunque ambos añaden algún comentario. Uno nos dice que es una enfermedad “crónica” y tres nos hablan de que es un enfermedad que afecta al hígado que “se inflama”. Cinco nos hablan del contagio por vía sanguínea (3 consumen por vía intravenosa) y tres de ellos añaden que se puede transmitir por vía sexual. Dos nos hablan del tratamiento; tres de que no es aconsejable beber alcohol y dos de cuidados dietéticos (aunque uno se refiere a dieta en una hepatitis aguda que pasó en la infancia).

Los siete nos dicen que lo que saben lo han aprendido de servicios médicos: 4 de recursos de fuera de la Unidad (2 por la UCA, uno por el médico de cabecera y otro por

un especialista); 2 más en la UDR; y otro nos dice que sabía poco sobre la hepatitis pero ha aprendido más en la Unidad. Este último también nos relata algo que le contó su madre al respecto.

Dos nos dicen que tienen el “VIH”, ambos consumidores de *speedball*, uno lleva tratamiento y otro, de diagnóstico muy reciente, aún no lo lleva. Los dos nos hablan de la cronicidad (“para toda la vida”) y del contagio por vía intravenosa; del contagio sexual sólo nos habla uno de ellos. Los dos nos dicen que lo que saben lo han aprendido en la UDR y uno de ellos hace referencia también a un tratamiento anterior en la UDR “Reiets”.

Uno nos cuenta que tiene asma y otro alergia al pino, aunque no consta en su historia clínica. Según los datos de la solicitud de ingreso hay otro individuo con alergia al olivo y no nos lo cuenta en la entrevista. El individuo que tiene asma sólo nos dice que “tengo que hacer pruebas porque me ahogo”, refiriéndose a las pruebas de alergia y nos dijo que lo que sabía lo había aprendido en otra UDR y aquí.

Un individuo nos dice que padece flemones y úlcera de estómago; uno de conjuntivitis (nos relata que era infecciosa y que usó colirios) y que lo que sabe se lo dijo el médico de cabecera; otro de constipado, otro de gripe, otro de epiglotitis y dos de “anginas”. Uno dice que tuvo “reuma y velocidad en la sangre” y sobre esta que “era una falta de defensas en la sangre” y que lo que sabe se lo contó su madre. Uno nos dice que tiene desviación de columna y que lo que sabe se lo contó el traumatólogo.

Tres individuos, un 23,08%, pasaron la meningitis en la infancia (dos son consumidores de *speedball*) y son los únicos individuos de la muestra con este antecedente. Un individuo se refiere a ella como “una grave que me pincharon en la espalda y había riesgo que quedara parálítico o tonto”. Los 3 nos cuentan que estuvieron ingresados en el hospital, 2 hablan del riesgo de secuelas y 2 de la punción lumbar, aunque el tercero nos dice que es un “líquido que se hace malo”. Uno no nos dice de dónde obtuvo la información, pero otro nos dijo que de sus padres y “recuerdos que yo tengo” y otro dice que se informó “leyendo revistas y escuchando la televisión”.

Dos nos dijeron que pasaron las “Fiebres Maltas” (ambos consumidores por vía intravenosa). En el resto de la muestra no hay ningún individuo que nos comente este diagnóstico. De ésta uno nos dice que “se coge de productos lácteos, de la leche de cabra o de los quesos, da fiebre alta”, y que esto se lo han contado los médicos; y el otro que estuvo ingresado y no sabe nada más.

El 23,08% (3) nos dice que han pasado la varicela; uno de ellos nos habló de que eran unos “granitos rojos”, que “picaba” y que era mejor “pasarla de pequeño que de mayor”. Dos tuvieron el sarampión (el 15,38%); uno la rubéola; otro las paperas y otro la “rosácea”. El que pasó la rubéola nos cuenta que “se pasa una sola vez en la vida, que salen granos y que normalmente la sufren las chicas”. Tres nos dicen que lo que saben se lo contaron sus padres.

Dos individuos nos hablan de enfermedades psiquiátricas, uno comenta que padecía de “los nervios” (tiene trastorno límite de personalidad y padeció una psicosis tóxica meses atrás) y lo que nos relata de su enfermedad es que “era un niño muy inquieto, muy inseguro, con problemas de relación. Iba al colegio y no me relacionaba con nadie”. Otro nos dice que va al psiquiatra desde los 15 años por “problemas de conducta” y consumir cannabis (en este último se detecta sintomatología paranoide unos meses después de la entrevista que requirió tratamiento neuroléptico). Uno nos dice que aprendió lo que sabe por un psiquiatra y otro por un psicólogo.

Estos antecedentes constan en la historia clínica y en la solicitud de ingreso, a excepción de las enfermedades infectocontagiosas de la infancia que, en la mayoría de casos, no vienen reflejadas. Constan en estos registros y no nos comentan en la entrevista un caso de anemia macrocítica y otro de hipercolesterolemia; uno de caries; una amigdalectomía y un caso de alergia a la penicilina.

En cuanto a las enfermedades psiquiátricas, uno no nos dice que lleva tratamiento por “síntomatología ansioso-depresiva” y para el “control de impulsos”; otro por trastorno límite de personalidad y otro por depresión reactiva y trastorno de personalidad no especificado.

En total 3 individuos de este grupo tienen un trastorno de personalidad (son el 50% de los que lo tienen en toda la muestra).

Un individuo de este grupo nos dijo que tuvo “bulimia cuando era pequeña” y que “sabe que es bulímica una persona que vomita” comentándonos que esto se lo dijo el “médico a mi madre”, pero, cuando nos explica a fondo lo que ocurrió descubrimos que se trató de un episodio de gastroenteritis grave que requirió ingreso hospitalario. No tiene antecedentes ni clínica actual o antigua de trastorno de alimentación.

9.3.- En cuanto a las preguntas sobre qué expectativas tienen hacia tratamiento y a qué han venido al centro, cuatro de los 9 entrevistados nos dan la misma respuesta; otro añade algunos matices y los otros cuatro añaden otras expectativas distintas en la segunda pregunta. Las expectativas que nos comentan son las siguientes:

Más de la mitad (el 55,56%) espera hacer un tratamiento de deshabitación o rehabilitación; son 5 de los 6 individuos que nos dicen que han venido al centro a esto. Dos más hacen referencia a una desintoxicación. Otros 5 nos hablan de la necesidad de un aprendizaje, de un cambio; cuatro de que vienen a “curarme”, llevar vida sana, “ponerme bien”.

Tres nos dicen que están cansados de la vida de drogodependiente (son 5 los que en la muestra nos dan esta respuesta); y otros 3 esperan “salir de las drogas y dejar de consumir” (también en este caso son 3 de los 5 que contestan esto).

Dos individuos nos hablan de su necesidad de apoyo o dejarse ayudar; y otros 2 hacen referencia a sintomatología ansioso-depresiva.

Un individuo nos habla de “equilibrarse” y de adquirir “tolerancia a la frustración”; y otro de la necesidad de alejarse de su medio cuando nos dice: “ahora mismo salir a la calle es una putada”. También un individuo hace referencia a la familia (es el grupo diagnóstico en que menos número de individuos hablan de su familia).

Dos individuos nos hablan de otras expectativas secundarias que esperan mejorar durante el programa. Los dos nos hablan de su salud, uno de temas judiciales y el otro de problemas económicos.

9.4.- En su definición de droga, 2 nos dicen que es una “sustancia” (son 2 de los 6 que lo hacen); 2 dicen que es algo que “distorsiona al realidad” siendo los únicos individuos que nos dicen esto. Otro individuo nos dice que para él es un “estimulante”. Tres de los 5 que nos dicen que la droga es “algo que mata” pertenecen a este grupo diagnóstico. El 57,14% de los que nos decían que la droga genera dependencia (4 de 7) pertenecen a este grupo diagnóstico; de ellos dos usan las palabras “adicción” y “adicto”; estos dos

también usan la palabra enganche” con un tercer individuo; el cuarto utiliza el término “dependencia”.

Dos nos dicen que es algo que les “hace sentir mejor” o “sentir bien”, y otro más que le produce “placer”. Para otros dos es una forma de evadirse, de escapar de la realidad y de las responsabilidades.

Dos nos dicen que es algo que les genera problemas –“malas consecuencias”- y nos enumeran estas: “judiciales, enfermedades”, “problemas de nervios... económicos”. Además, un entrevistado nos decía que es algo que te cambia a peor y ya no eres tú mismo: “se te va la alegría, te vuelves arisco, violento”; en contraposición, otro dice que “para ser tu mismo necesitas esa sustancia”. Finalmente, se refieren a ella en términos negativos dos individuos, uno con las palabras “mierda” y “ruina”, y otro con la palabra “vicio”. Como ejemplo de este grupo reflejamos aquí la definición del individuo 18b: “Es vicio, placer y enganche. Vicio, que es un vicio increíble. ¿Por qué?, porque te induce mucho placer y te engancha mucho por el placer que produce y por la adicción que tiene”.

9.5.- Cuando se les preguntó si consideraban la drogodependencia una enfermedad, 7 dieron una respuesta afirmativa: El 55,56% (5) respondió directamente que “sí” (uno añade que es crónica y otro que grave); y dos más nos contestaron “claro”. En los dos restantes, la respuesta no es tan clara: uno dice que sí para luego decir que no y otro dice que “según cada persona”.

Los argumentos que nos dan cuando afirman que sí es una enfermedad son los siguientes:

Cuatro individuos nos dicen que porque genera dependencia. Dos de ellos nos hablan de dependencia por primera vez: no la habían mencionado ni en su definición de droga ni en ningún otro momento; en esta ocasión, 3 usan la palabra “dependencia”, uno “enganche” y uno “adicción”. En uno de los casos se trata de un individuo de los que nos dan ambas respuestas –sí y no- y éste en particular nos decía que “se convierte en enfermedad cuando te das cuenta que para hacer tu vida necesitas de eso... te crea una dependencia...”.

Tres individuos dicen que es enfermedad “porque se pierde el control” (son 3 de los 7 que dan esta respuesta en el total de la muestra); dos que te genera algún tipo de malestar (“un infierno... una agonía día a día”); y dos que porque “genera problemas” de índole judicial y social en estos casos. Un individuo nos dice que es enfermedad porque te ayuda a evadirte de los mismos.

Dos individuos nos dicen que es enfermedad “psicológica” y dos más nos argumentan que es enfermedad porque se produce un deterioro físico, siendo los únicos de toda la muestra que nos dan esta argumentación.

Los argumentos que usan cuando dicen que no es enfermedad son los siguientes:

Los dos nos dicen que porque tú eliges utilizarlas: “no es enfermedad porque en cierto modo lo eliges tú... una enfermedad no la eliges tú”. Son un tercio de los que daban esta respuesta en la muestra. Uno nos dice además que porque no tiene consecuencias “físicas” como otras enfermedades; y el otro nos argumenta que porque es “un vicio”, “algo que esta mal” o también un “hábito adquirido”, puedes salir si quieres (“si uno quiere sí que lo consigue”).

A tres individuos de este grupo les preguntamos por qué consideraban la drogodependencia una enfermedad y no nos la habían enumerado dentro de las

enfermedades que padecían. Uno nos respondió que porque ya estaba en tratamiento y no se consideraba enfermo en este momento. Este mismo, con otro individuo, dijeron que porque creían que nos referíamos a “otro tipo” de enfermedades (SIDA, hepatitis...). Y además, estos dos con un tercero nos dicen que “no han caído en la cuenta”.

10.- *El concepto de enfermedad y salud en los dependientes de cocaína:*

10.1.- Tres pacientes de la muestra de 1999 nos dicen que no están enfermos, aunque uno añade que “sólo tengo problemas con la coca” y otro que “ahora dicen que tengo problemas psiquiátricos”. Los otros 3 de 1999 nos dicen que sí están enfermos. De los 3 de 2001, a dos les preocupan problemas de salud sobre enfermedades que padecen y el otro, aunque verbaliza que no le preocupa ningún problema, luego añade alguno (“un posible contagio de tuberculosis... tengo un soplo sistólico”).

Tres de los 9 individuos nos dicen que no padecen ninguna enfermedad en el momento de la entrevista (1 de 1999 y 2 de 2001). Los demás comentan padecer al menos una enfermedad.

10.2.- En cuanto a las enfermedades que padecen, lo que saben de ellas y quién se lo ha contado hemos encontrado que:

Sólo un individuo nos dice que tiene hepatitis C (diagnóstico nuevo durante el programa en el centro) y otro, de los que nos dijo no padecer enfermedad, refirió como antecedentes haber “pasado la hepatitis B”. Lo que sabe de la hepatitis C es que “es crónico y que se trasmite por la sangre y también sexual. El tratamiento es el interferón y en algunos casos te puedes curar”; y de la B que se contagio “por la sangre y por vía sexual” y que “hay que cuidarse mucho el hígado y no beber alcohol”. Ambos nos dicen que han aprendido lo que saben en los servicios sanitarios (uno de ellos en la UDR).

Ambos individuos son de 1999 y son el 16,67% de los dependientes de cocaína de este año (1 de 6). Y, si consideramos el diagnóstico de dependencia a cocaína con o sin alcohol serían el 25% (2 de 8) de los de 1999 y el 11,11% (1 de 9) de 2001 con hepatitis C y el 12,5% (1 de 8) de 1999 con B (no hay en 2001). En cualquier caso, todos estos porcentajes son superiores a los de la Comunidad Valenciana, del 8,2% de hepatitis C y 4,94% de B para 1999 de entre los dependientes de cocaína. REDACTAR

Tres nos dicen que padecen asma, aunque en un caso no podemos corroborar este dato en la historia clínica ni solicitud de ingreso y este mismo nos dice que tiene alergia y que lo que sabe lo ha aprendido de “oídas mías”. Hay otro individuo nos dijo tener alergia al polvo pero sólo consta en su historial el asma, también dijo que padeció de intolerancia al gluten –que era una enfermedad “genética” – y de déficit de inmunoglobulina A a los 5 años –“un problema inmunológico” para el que le hicieron “biopsias” hasta que curó- y que le dijeron ambas cosas en el hospital “la Fe”. Un individuo nos cuenta la sintomatología y el tratamiento del asma con detalle y nos dice que ha aprendido lo que sabe en la comunidad terapéutica. Todos nos refieren los alérgenos que les provocan las crisis.

Pertenece a este grupo diagnóstico el único individuo de toda la muestra que dice padecer bronquitis crónica por tabaco (todos fuman), y que el desencadenante es la “nicotina” que le “satura el pulmón”; y también es uno de los que toman isoniacida como profilaxis que nos relata como enfermedad “no sé si tuberculosis”. También otro individuo de este grupo nos habla de “un posible contagio”. Dos de los 3 que nos hablan de la tuberculosis en este apartado pertenecen a este grupo; uno de ellos nos habla del contagio “por el aire” a los pulmones y el otro nos habla de que hizo profilaxis con

“Cemidon 6 meses”; y ambos nos refieren que saben esto a través de servicios sanitarios (CIPS y CAD).

Dos de los 9, el 22,22%, nos dicen que padecen de “adicción a la cocaína” y “problemas con la coca”. Uno de ellos nos dice al respecto que es “más bien una enfermedad psíquica y no física” y este último pertenece al grupo de 1999.

Un individuo nos cuenta que “ahora dicen que tengo problemas psiquiátricos” y nos relata en sus antecedentes que tuvo “maniaco-depresión y personalidad antisocial” y que se lo han dicho “los médicos” (según la solicitud de ingreso tiene “depresión bipolar, varios ingresos en hospitales psiquiátricos, y trastorno de personalidad límite”). Es la dependiente de cocaína que utiliza la vía intravenosa para el consumo, y lo único que nos cuenta sobre esta enfermedad es que le han dicho que debe tomar tratamiento y lo está haciendo pero no cree que lo necesite.

Como enfermedades pasadas, dos individuos nos dicen que tuvieron constipados, uno gripe, otro anginas, otro otitis y otro bronquitis (esta nos dice que no debería fumar y que lo sabe por “médicos de paga”). Otro individuo nos cuenta una reacción alérgica a algún fármaco y de ella que “se hincho”. Dos refirieron haber sido operados de apendicitis y uno de ellos también haber sido intervenido con cateterismo en dos ocasiones para la corrección de un soplo sistólico que le diagnosticó su pediatra (dijo también que era de la parte “derecha” del corazón y que le dieron “inútil en la mili” por ese motivo). Uno había padecido de lumbalgia.

Las enfermedades infectocontagiosas que nos refieren son: en un caso el sarampión y en otro la varicela (este último dice que lo recuerda él mismo, no refiere que nadie se lo haya contado).

Los antecedentes de enfermedad que no nos comentan son básicamente los psiquiátricos: En 2 casos no nos dicen que tienen un trastorno límite y otro más un trastorno esquizoide e intentos de suicidio previos; otro tampoco nos contó un episodio de psicosis tóxica. Hemos encontrado que todos los individuos de nuestra muestra con trastorno de personalidad son dependientes de cocaína (en el 50% sólo de cocaína y en el otro 50% de cocaína y heroína). En cuanto a otros antecedentes, sólo un individuo tiene hipercolesterolemia y no nos lo dice en la entrevista.

10.3.- De los tres individuos a quien preguntamos qué expectativas tienen sobre el tratamiento y a qué han venido al centro, uno nos da la misma respuesta en ambas preguntas y los otros dos añaden algunos matices. Los tres comentan que necesitan un cambio, un aprendizaje y, también los 3 hacen alguna referencia a la familia. Dos nos hablan de que necesitan ayuda y de que vienen a “centrarse” y reflexionar. Uno de estos, junto con el tercero nos hablan de ser capaz de hacer frente a los problemas (tolerancia a la frustración). Un individuo nos refiere que está cansado de la vida de drogodependiente, que necesita un tratamiento de rehabilitación y que viene también por otras expectativas secundarias (“yo veía que a mis hijas las perdía”). Ninguno nos habla de curarse, hacer desintoxicación u otros.

10.4.- En cuanto a su definición de droga, todos (los 3) nos dicen que es algo que una “sustancia” (el 50% de los que dan esta respuesta) y que genera dependencia (2 usan el término dependencia y uno adicción). Son 3 de los 7 que nos hablan de la dependencia en su definición de droga, y, en total, todos los que nos hablan de ello son dependientes de cocaína (los otros 4 con heroína). Uno añade que la sustancia “te altera el organismo y sus funciones” y otro habla de sus características estimulantes y de que produce sensaciones agradables. Este último nos dice también que le da “claridad de ideas”

aunque luego añade que es todo “ficticio” pero le “tapa defectos de personalidad”. Uno nos dice que es una sustancia “maligna” y otro que “no puedes vivir sin ella pero vivir con ella te mata”. Dos nos dicen que es una forma de evadirse de la realidad y los problemas, y uno de éstos añade que te genera más problemas. El otro individuo habla de que ya “no eres tu misma”.

10.5.- De los 3 sólo uno nos dijo claramente que la drogodependencia sí era una enfermedad. Los otros dos dieron respuestas similares: “es una dependencia pero no sé si eso es una enfermedad” y “yo no sé si considerado adicción es una enfermedad”. Nos dicen que sí es enfermedad porque genera dependencia en los 3 casos; porque te evade de los problemas en 2; porque es una enfermedad mental o psicológica en un caso y porque te genera malestar en otro. Los tres dicen que se trata de una enfermedad crónica (son el 75% de los que dicen esto). Nos dicen que no es enfermedad en un caso porque no es una enfermedad física como otras y no te duele nada (el dolor es algo necesario para que considere que se trata de una enfermedad); y en otro individuo porque es un “vicio” y tienes otro problema que te lleva a la droga.

11. *El concepto de enfermedad y salud en los dependientes de cocaína y con abuso de alcohol:*

11.1.- Solo un individuo de los 8 nos dice que no padece ninguna enfermedad y que no le preocupa ningún problema de salud. Todos los demás nos cuentan al menos una enfermedad que padecen. Sólo uno de estos cuando le preguntamos que problema de salud le preocupa contesta “las enfermedades” en general y otro añade además de las enfermedades que padece, preocuparle las “enfermedades venéreas”. Tres de los 5 de la muestra de 2001 que nos hablan de algún problema de salud que les preocupan, nos hablan acerca del consumo de drogas, de las recaídas o la pérdida de control como preocupaciones.

11.2.- En cuanto a las enfermedades que padecen, lo que saben de ellas y quien se lo ha contado:

Dos, el 25%, tienen hepatitis C; ambos nos hablan del contagio por sangre y relaciones sexuales y también de la progresión de enfermedad y deterioro hepático (uno nos dice que puede degenerar a cáncer). Uno habla de que no debe beber alcohol y de la posibilidad de tratamiento. Los dos han aprendido lo que saben de servicios sanitarios, el individuo de la primera muestra en la unidad residencial y el otro fuera.

Un individuo nos relata que tiene alergia, las pruebas que le hicieron y los alérgenos para que dio positivo, así como los fármacos que le pautan como tratamiento. Otro nos dice que tiene asma y nos habla de los alérgenos que le provocan las crisis, de los síntomas en las mismas, de que no debe fumar y del tratamiento, así como de las pruebas de alergia. Este último dice también que padece de “tabaquismo” y de los “huesos” y que tiene “artrosis degenerativa” y el tratamiento que le pusieron. Ambos nos dicen que lo que saben de la alergia y el asma lo aprendieron de sanitarios. Un individuo más nos dice que tiene “ácido úrico” (consta en su historia hiperuricemia y artritis gotosa) y del mismo nos dice que “se forman cristales”, que no debe beber alcohol ni comer embutido ni mariscos y que lo que sabe se lo dijo el médico de cabecera. Otro refiere padecer Espondilitis Anquilosante y de ella nos dice que es crónica, nos describe la sintomatología dolorosa y que se la diagnosticaron en un centro de especialidades.

Como antecedentes también nos comentan haber padecido de gripe y catarros 4 individuos, 2 de amigdalitis (uno nos dice que se las curó un “curandero” con

“alcohol”), uno más fue operado de amígdalas (nos relata la anestesia) y otro de adenoides. Otro nos cuenta que tuvo “bajadas de tensión”. Nos dicen que pasaron la varicela 2 individuos (no nos habla de los “granitos”), el sarampión otros 2, uno la rubéola y uno la tosferina otro. Otro que nos dijo que no estaba enfermo, nos cuenta luego que tuvo una prueba de mantoux positiva y que le informaron en la UCA que podía ser por contacto con alguien infectado o por vacunación, y que e hicieron radiografías.

Uno nos dice que padece “adicción a la cocaína” y, éste mismo, padece depresión y ha tenido dos intentos de suicidio recientes y nos lo relata en el apartado de expectativas. Otro de este grupo dijo padecer “esquizofrenia paranoide” y en la historia clínica consta como antecedentes fobia social y síndrome paranoide. Este último nos contó que le dio un psiquiatra ese diagnóstico tres años atrás en Córdoba aunque el psiquiatra privado que le lleva actualmente no le había dado aún ningún diagnóstico definitivo. En cuanto a los datos que constan en la solicitud de ingreso y no nos cuentan son: un individuo no dice que tiene dermatitis seborreica, otro sinusitis, otro reflujo gastroesofágico y síndrome del túnel del carpo; otro subluxación postraumática de hombro; dos hipercolesterolemia y uno intolerancia a hidratos de carbono.

Y, como antecedentes psiquiátricos: un individuo omite que tiene depresión con dos ingresos en hospitales psiquiátricos y cleptomanía; otro cuatro intentos de suicidio previos; otro un ingreso psiquiátrico por descompensación de un trastorno bipolar; un paciente tiene un síndrome de Gilles de la Tourette y un trastorno distímico; y otro tuvo hiperactividad en la infancia. Este último, nos habla de su tendencia a engordar y relata que “según la depresión que tenga, no tengo ganas de comer... luego cuando estoy bien empiezo a comer”, corresponde a un paciente sin ningún diagnóstico psiquiátrico actual.

11. 3.- Cuando les preguntamos las expectativas sobre el tratamiento y a qué han venido al centro, sólo un individuo contesta lo mismo en ambas preguntas. Los otros 5 añaden nuevas cosas en la segunda pregunta.

Sus respuestas hacen referencia mayoritariamente a que necesitan un aprendizaje, a un cambio (El 83,33% : 5 de 6). Cuatro, a la necesidad de “centrarse”, encontrar equilibrio o controlar más (estos son el 40% del total que nos da esta respuesta. También otros cuatro nos hablan de la necesidad de adquirir tolerancia a la frustración y hacer frente a los problemas (son el grupo más numeroso de los que nos dan esta respuesta, el 40% de los que nos la dan).

Son el grupo más numeroso que refiere sintomatología depresiva o ansiosa, o intentos de autólisis (3 individuos de los 7 que hablaron de ello). También tres hacen alguna referencia a venir al centro por necesidades de mejoras en la familia (presión familiar).

Dos individuos dicen que vienen a “curarse”. Uno de ellos habla de que viene a hacer una “desintoxicación” y el otro nos comenta la necesidad de alejarse de su medio y de que quiere dejar de consumir.

Un individuo más nos habla de que está “harta” de de la vida de drogodependiente; otro de que tienen baja autoestima y otro de la necesidad de dejarse ayudar. Finalmente un individuo de este grupo nos habla de expectativas secundarias: “no sé administrar el dinero”.

La única respuesta que no comenta ningún individuo de este grupo diagnóstico es la de hacer un tratamiento de deshabitación o rehabilitación.

11.4.- En cuanto a la definición de droga, el 50% (3 individuos), nos dicen que es algo que les gusta, que es hace sentir bien (son 3 de los 8 que dan esta respuesta). Uno de estos añade que le produce sensaciones agradables. También tres nos dicen que es una forma de evadirse, de escapar de las responsabilidades de la vida cotidiana y los problemas y de sacar valor y desinhibirse (“tener menos vergüenza”). Estos últimos son el 75% (3 de 4) de los que nos daban esta respuesta y el que resta es dependiente del alcohol (todos los individuos que nos hablan de desinhibirse son dependientes de alcohol).

Sólo un individuo nos dice que es una “sustancia” y añade que le hace “ser tu mismo”. En contraposición otro individuo nos dice que le cambia a peor. Este último añade también que le genera muchos problemas y se refiere a ella como “mierda”. Otro individuo dice que la tomas “porque quieres”.

11.5.- En cuanto a si consideran la drogodependencia una enfermedad, la mitad (3) nos dicen que sí, siendo el 25% de los 12 que nos daban esta respuesta. Otros dos más nos dan una respuesta afirmativa con “claro”. El único individuo de la muestra que nos dice que no es una enfermedad pertenece a este grupo diagnóstico. El único individuo que nos enumeró entre las enfermedades que padece la drogodependencia pertenece a este grupo y, en esta pregunta, simplemente se reitera diciéndonos “Es una enfermedad sí, un problema”.

Dos individuos nos dicen que sí es enfermedad porque se pierde el control (uno de ellos nos da sólo este argumento). Otros dos nos dicen que lo es porque les genera problemas (judiciales, económicos y sociales). Uno nos dice que porque genera “enganche”, “adicción” y otro nos habla, como único argumento para considerarla enfermedad, de que “solo no he podido salir”. Un individuo más nos dice que es una enfermedad psicológica (que te afecta a “la cabeza”; y otro de que te evade de sus problemas y es enfermedad porque “hay que solucionar primero... encontrarte bien contigo mismo...siendo yo misma a lo mejor no tenía que echar mano..”.

El único individuo que no considera la drogodependencia una enfermedad nos argumenta que no lo es porque cada uno elige consumirlas y se va quedando “pillat”, porque la enfermedad “te la provoques tu...” (Un individuo de los que nos dijo que sí es enfermedad también nos habla de que “es una cosa que buscas tú porque quieres”).

Hay 3 individuos de este grupo a los que preguntaron porqué no nos hablaron de la drogodependencia cuando enumeraron las enfermedades que padecían y sí que la consideran enfermedad. Uno nos responde que porque ya está en tratamiento; otro que pensaba que nos referíamos a otras enfermedades y otro que no ha caído en la cuenta.

12.- El concepto de enfermedad y salud en los dependientes de alcohol

12.1.- La dependiente de la primera muestra nos dice que sí está enferma. La de la segunda que le preocupan problemas de salud generales relacionados con “todas las enfermedades peligrosas para los niños....tuberculosis” y, cuando le preguntamos si padece alguna enfermedad, nos dice que ninguna (también contesta lo mismo cuando preguntamos por antecedentes de enfermedad).

La mujer de la primera muestra nos dice que padece de “alcoholismo y anemia” y confirmamos en la historia clínica que tenía una anemia megaloblástica al ingreso. También nos comentó como antecedentes que había pasado hepatitis a los 4 años, gastritis crónica desde los 14 y anorexia nerviosa en la adolescencia. Todos estos datos también fueron confirmados en la historia clínica, aunque en esta se añadía también que había pasado una pancreatitis y tenía “tendencia a la depresión”.

Nos dice que lo que sabe del alcoholismo es que es “fatal para mi cerebro, para el hígado... y que es para toda la vida” y nos dice que se lo han contado “los médicos” y ha leído “mucho”. De la anemia que “es una falta de glóbulos en la sangre”. Del resto de enfermedades no nos cuenta nada.

La paciente de la muestra de 2001 tenía antecedentes de varios ingresos psiquiátricos por autolesiones que aparecen reflejados en la solicitud de ingreso y no nos comenta. Además había una sospecha diagnóstica de trastorno límite cuyo diagnóstico se descarta durante el programa en el centro. A ésta le preguntamos que sabía sobre la tuberculosis que nos nombra como problema de salud que le preocupa (tuvo una prueba de Mantoux positiva), y nos dice que se lo “hicieron en Sanidad” y tuvo que tomar tratamiento.

12.2.-La mujer de la segunda muestra a la que preguntamos qué expectativas tiene hacia el tratamiento y a qué ha venido al centro nos responde lo mismo en ambas preguntas diciendo que ha venido a adquirir tolerancia a la frustración y ser capaz de enfrentarse a los problemas sin alcohol (describe muy bien que solía “coger la cerveza para enfrentarme”).

12.3.- En cuanto a su definición de droga nos dice que es un estimulante que le gusta y le hace sentir bien y le ayuda a desinhibirse y tener valor.

12.4.- Nos dice que piensa que la drogodependencia sí es una enfermedad pero luego matiza en que casos piensa que no lo es. En concreto considera que en el caso de su hermano (falleció por sobredosis parece que en un intento de suicidio) sí es enfermedad pero no en su caso. Considera que sí es enfermedad por la pérdida de control y porque “tal vez si abusas sí”, parece que se refiere a una cantidad o medida de bebida a partir de la cual sí es enfermedad. Nos dice que no es enfermedad porque tú eliges usar drogas y también habla de que habitualmente tienes otro problema que te lleva a usarlas: “Para mí es buscar una respuesta equivocada, una solución... que en vez de solución es un empeoramiento. Yo lo que no consigo es superar los problemas que me rodean¹⁹⁶”.

¹⁹⁶ Se trata de una mujer con cuatro hijos y en trámites de separación con varias denuncias de malos tratos hacia su pareja.

CONCLUSIONES

Conclusiones

A continuación expondremos las conclusiones de nuestro estudio atendiendo a los objetivos de la investigación:

➤ *Descripción de las variables personales, familiares y de historia de consumo de la muestra de individuos que se beneficia de un tratamiento de deshabitación residencial.*

1.- Nuestra muestra está constituida por 52 individuos, en el 76,92% hombres, y de 27,71 años de media de edad. Esta edad es inferior a la edad media de los individuos registrados como nuevas admisiones a tratamiento por drogodependencia a nivel autonómico y nacional. En cuanto al estado civil, la mayoría, el 71,15%, son solteros. Más del 50% nacieron y residen en la provincia de Valencia. Hemos encontrado que, en nuestra muestra hay menos hombres y menos residentes y nacidos en Valencia que en los registros existentes. El nivel de estudios es superior al de estos registros y nuestros individuos tienen con más frecuencia un trabajo remunerado previo al tratamiento.

2.- En cuanto a la unidad familiar, hemos encontrado que en nuestra muestra hay más madres vivas que padres y además son más jóvenes que éstos. El nivel de estudios de los progenitores de nuestra muestra es inferior a otros estudios consultados. El porcentaje de amas de casa es similar y el de trabajadores especializados y no especializados y jubilados es superior a los estudios¹⁹⁷. El porcentaje de familias con 3 hijos y la media de hijos por familia en nuestra muestra (3,75) se aproxima a la de otros estudios¹⁹⁸. También hay similitudes con estos estudios en lo que se refiere al orden que

¹⁹⁷ Estudio de Duran Gervilla del Programa Municipal de Drogodependencia de Valencia. Hay que considerar que en este estudio el 73,88% eran madres.

¹⁹⁸ Estudio de Bétera (Bogan Mique, E. y cols y Vilaregut Puigdesens).

ocupa el informante entre los hermanos (un 34,62% son los hijos menores (18), el 25% (13) los mayores y el 36,54% (19) los hijos intermedios).

3- Casi todos, el 94,23%, han sido consumidores de varias drogas. El 38,46% son dependientes de heroína, el 28,85% de heroína y cocaína, el 17,31% son dependientes de cocaína, el 15,38% de cocaína y alcohol, y sólo en 3,85% son dependientes de alcohol.

En nuestra muestra tenemos un mayor porcentaje de tratados por cocaína que en los registros del Observatorio Español sobre Drogas (OED) y de la Comunidad Valenciana, y el porcentaje de tratados por alcohol es muy inferior al encontrado en la Comunidad Valenciana¹⁹⁹. Observamos, igual que en los registros de población drogodependientes atendida, un descenso del número de dependientes de heroína y un aumento de los dependientes de cocaína aunque este último dato coincide únicamente con la tendencia observada a nivel nacional. (En la Comunidad Valenciana desciende un punto el porcentaje de tratados por esta sustancia para 2001).

Las vías de consumo más utilizadas son la fumada e intravenosa. Los dependientes de heroína la consumen por vía fumada (55%) e intravenosa (45%); los de heroína y cocaína usan en el 61,54% el bolo intravenoso (*speedball*); los de cocaína en el 55,56% la consumen esnifada y, si tiene un consumo mixto de cocaína y alcohol el porcentaje de uso de la vía esnifada para cocaína asciende al 75%. Estos datos marcan diferencias con los registros nacional y autonómico de población drogodependiente: el uso de la vía intravenosa para la muestra en general y para el grupo de heroína en particular está más generalizado en nuestros individuos (46-42%), los porcentajes de uso de la vía fumada para cocaína son inferiores a los del OED y más próximos a los de la Comunidad Valenciana y los de uso de la vía intravenosa para cocaína en nuestro grupo son mucho más altos²⁰⁰.

La edad media de inicio de consumo de drogas es de 14,4 años. Trascurren 4,42 años como media desde que inician el consumo de cualquier tipo de droga hasta el inicio del consumo de la droga principal. Se inician en el consumo de drogas principalmente con alcohol en más del 50% de casos para todos los grupos diagnósticos.

Los individuos de nuestra muestra son más jóvenes cuando empiezan a consumir la droga que les genera la dependencia (18,89 años) que los registrados en tratamiento en el OED. Sin embargo, en comparación con éstos, el tiempo que transcurre hasta que acuden a tratamiento es más alto en los dependientes de cocaína en nuestra muestra y más bajo en los de heroína. Al igual que en los registros autonómicos y nacionales encontramos una edad de inicio de consumo de sustancias más temprana en los dependientes de heroína que en los de cocaína.

En más del 80% de los casos, la diferencia de tiempo entre la abstinencia y el inicio del programa residencial es inferior a un mes.

➤ *Identificación de las diferencias en las variables personales, familiares y de historia de consumo entre las dos muestras.*

4.- El porcentaje de individuos que nunca ha trabajado en el grupo de 1999 (12%) es superior al de la muestra de 2001 (3,85%) y al de los registros consultados. Los

¹⁹⁹ No hay datos sobre alcohol como sustancia aislada en el registro del OED para estos años.

²⁰⁰ Es posible que se deba a la contabilización de intravenosa para cocaína en el *speedball*, no disponemos de datos de uso de ambas sustancias en bolo en los registros comentados.

individuos de 1999 tienen un año más de edad como media que los de 2001 y también sus padres son mayores, en unos dos años, que los padres del grupo de 2001. Sin embargo, los dependientes de cocaína y de cocaína y alcohol procedentes de la muestra de 1999 son 4 y 2 años más jóvenes respectivamente que los de 2001.

5.- La edad media de inicio de consumo de cualquier tipo de droga y de la droga principal es más alta para el grupo de 1999 que para 2001.

Observamos un decremento en el número de los dependientes de heroína de 1999 a 2001, igual que en los registros para los mismos años. De forma paralela hay un incremento de los tratados por dependencia de cocaína en el cómputo global, aunque realmente disminuye a la mitad el número de dependientes de cocaína como sustancia aislada y se triplica el de dependientes de cocaína y alcohol para 2001.

Hemos encontrado que disminuye el uso de las vías intravenosa y fumada de 1999 a 2001 y se incrementa el uso de la vía esnifada en este segundo grupo. Si sumamos los usuarios de cocaína como sustancia aislada y con alcohol que utilizan la vía esnifada encontramos que el porcentaje de nuestra muestra para 1999 (50%) es inferior a los de los registros de población drogodependiente atendida; esto no ocurre en 2001.

El 34,62% de la muestra tienen un diagnóstico asociado de problemas relacionados con el alcohol, pero de estos solo el 16,67% (3 individuos) pertenecen a la muestra de 1999. Barajamos dos hipótesis al respecto: Ha habido un incremento real en dos años del porcentaje de pacientes con estos diagnósticos (del 16,67% al 83,23%), o se infradiagnosticaban los casos en 1999. Basamos esta segunda hipótesis en el hecho de que hubo un curso de 600 horas de especialización en alcohol para los profesionales encargados del diagnóstico y de su detección en 2000. Desconocemos si este fenómeno se ha dado también en los registros de diagnósticos de las Unidades de Conductas Adictivas. Hasta ahora no existe un registro estadístico de casos que incluya la dependencia o el abuso de alcohol añadido a otro diagnóstico principal.

En la muestra de 1999 el tiempo medio de abstinencia hasta la entrevista es de 4,3 meses (el de permanencia en el programa es de 3,5 meses como media), muy superior al de 2001 que podía ser como máximo de 10 días según el diseño del estudio.

➤ *Descripción de la severidad de la adicción medida con EuropASI.*

6.- Hemos encontrado que sólo el 23,08% de la muestra necesita de intervención en las siete áreas-problema que evalúa el EuropASI. En contraste, el 53,85% no requiere de intervención en dos áreas. Todos puntúan necesidad de tratamiento en el área familiar/social.

Las áreas en las que menos individuos requieren de intervención (puntúan 3 o menos) son la médica (15 individuos), legal (9) y alcohol (7 individuos). Las áreas en las que mayor número de individuos puntúan en el rango máximo (8 y 9 puntos) con problemática extrema y necesidad absoluta de tratamiento son la de drogas (8 individuos en este rango) y la psicológica (4).

Las áreas que, en el cómputo global de puntuaciones de los individuos, alcanzan cifras más altas son la de drogas y familiar/social; y la de cifras más bajas es el área médica. Así, las medias más altas de puntuación en severidad están en el área de drogas con 6,73 puntos y área familiar/social con 6,15 puntos. Y la más baja en la de drogas con 3,15 puntos.

7. Hay menor severidad de la adicción y necesidad de tratamiento en los dependientes de cocaína de nuestra muestra que en los de heroína, igual que en otros estudios de reciente publicación.

➤ *Diferencias en las variables personales, familiares, de historia de consumo y severidad de la adicción entre los distintos grupos diagnósticos.*

8.- Después del grupo del alcohol, que sólo son mujeres, el de dependientes de heroína alcanza la cifra más alta de mujeres con el 25% (tenemos más mujeres consumidoras de heroína que en las poblaciones consultadas); le sigue el grupo de cocaína con el 22,22% de mujeres. Los dos grupos de más de un diagnóstico –heroína y cocaína y cocaína y alcohol- ostentan el menor número de mujeres (15,39% y 12 % respectivamente).

La media de edad más alta se da en el grupo de alcohol (33,5 años), seguido del de cocaína y alcohol (30,25). Los individuos de edad más baja son los del grupo de heroína con 27,3 años de media.

El grupo con más nacidos fuera de la Comunidad Valenciana de toda la muestra es el de alcohol y cocaína.

El grupo con un porcentaje mayor de individuos con un nivel de estudios de secundaria es el de alcohol (las 2 personas de este grupo tienen este nivel de estudios). Si excluimos este grupo, encontramos que el nivel de estudios más alto es el de dependientes de heroína con el 70% de individuos con un nivel mayor o igual al Graduado Escolar (40% Graduado Escolar y 30% Secundaria). El nivel de estudios de los dependientes de heroína de nuestra muestra es superior al encontrado en los registros del OED y de la Comunidad Valenciana para los mismos años. Tras éste se sitúan el grupo de dependientes de cocaína y alcohol (25% Graduado y 37,5% con Secundaria); el de heroína y cocaína (38,46% y 23,08% respectivamente) y, finalmente, el grupo diagnóstico con un nivel de estudios más bajo es el de cocaína (22,22% con Graduado, 11,11% con estudios secundarios, el 55,56% con estudios entre 5º y 8º de EGB y el 11,11% con un nivel inferior).

El 75% (3 de 4) de los individuos de la muestra que nunca han trabajado pertenecen al grupo de dependientes de heroína (este porcentaje es superior al de los registros del OED y Comunidad Valenciana). No hay diferencias entre los tipos de trabajo que han ocupado los individuos de los distintos grupos diagnósticos, aunque sí hemos encontrado que el porcentaje de individuos que trabajan o han trabajado es superior en el grupo de cocaína que en el de heroína como en los registros.

9.- El grupo de alcohol tiene los padres con más edad seguido del de cocaína y alcohol. Los padres más jóvenes son los del grupo de dependientes de cocaína.

Todos los padres y madres con estudios superiores menos uno (6 de 7) pertenecen a los grupos de heroína o heroína y cocaína. Aún con estos resultados, el nivel de estudios de los padres de los dependientes de heroína de nuestra muestra es inferior al de otros trabajos publicados. El grupo con padres con más bajo nivel de estudios es el de alcohol.

En número más alto de hijos por familia corresponde al grupo de cocaína y alcohol con una media de 5,13 hijos y al de alcohol, con 5. El grupo con menos hijos por familia es el de cocaína con 3 de media.

El porcentaje de madres que trabajan fuera de casa en el grupo de heroína es el más alto (el 62,5% de madres que trabajan en fábricas son madres de dependientes de heroína) y superior al del computo general de la muestra, igual que en el grupo de heroína y

cocaína. En contraposición, el grupo con mayor porcentaje de amas de casa (y menor de trabajadoras fuera del hogar) es el de cocaína. El porcentaje de padres casados en el grupo de heroína y cocaína es el doble que el de dependientes de heroína.

10.- La edad media de inicio de consumo de la droga principal es más alta para el grupo de cocaína y alcohol (20,25 años) y, en orden decreciente estaría la de los dependientes de cocaína, luego heroína, cocaína y heroína, y finalmente el de alcohol (17,5 años). Las diferencias más altas entre el inicio de cualquier droga y el de la droga principal son para el grupo de cocaína y alcohol con 5,38 años. Sin embargo, es el grupo de dependientes de alcohol el que inicia más tarde el consumo de cualquier tipo de drogas por un lado, y en el que transcurre más tiempo hasta el tratamiento (16 años) en comparación con el resto de grupos.

El 100% de los dependientes de cocaína y alcohol y alcohol sólo inician el consumo de cualquier sustancia adictiva con alcohol, y también el 76,93% de los dependientes de heroína y cocaína. El resto de grupos también empiezan mayoritariamente con alcohol pero en porcentajes más bajos (rondan el 55 a 66%).

Acuden más tarde a tratamiento los dependientes de varias sustancias como el grupo de heroína y cocaína (9,15 años de consumo antes de acudir al tratamiento), o cocaína y alcohol (9,75 años), que los consumidores de una única sustancia. Además, tardan más en llegar a tratamiento los dependientes de cocaína de nuestra muestra y menos los de heroína en comparación con los registros consultados.

11.- Mediante la entrevista EuropASI encontramos que necesitan de intervención en todas las áreas el 28,57% de dependientes de heroína, el 33,33% de dependientes de heroína y cocaína, y el 12,5% de los dependientes de cocaína y alcohol. No la necesitan en todas las áreas ningún dependiente de cocaína ni de alcohol como diagnósticos aislados. Tal y como hemos comentado, hemos encontrado menor severidad de la adicción en los dependientes de cocaína que en los de heroína²⁰¹.

➤ *Perfiles de los individuos representativos de cada grupo diagnóstico.*

12.- El **individuo representativo** de nuestra muestra es un hombre soltero de unos 27 años, nacido entre 1971 y 1975 en Valencia y residente en esta provincia. Ha acabado la educación primaria y trabaja como empleado de fábricas. Procede de una familia de 5 miembros cuyos padres están casados y vivos, con edades comprendidas entre 56 y 60 años –la edad de la madre es inferior a la del padre en 2 años-. Ambos padres han cursado estudios primarios o saben leer y escribir y trabajan como empleados de la industria o la hostelería. En número de hijos por familia es de 3 y el informante es un hermano intermedio.

Se inició en el consumo a los 14 años con alcohol y ha utilizado varias drogas en su historia adictiva. Estuvo cuatro años y medio consumiendo otras drogas y a los 18 años empezó a consumir la droga principal que le ha generado el diagnóstico actual (empezó más joven que la población consultada). Lleva 9 años consumiendo la droga principal. Lo más común es que solicite tratamiento actualmente por dependencia de heroína o heroína y cocaína (está sustituyendo en frecuencia el consumo de la primera por la

²⁰¹ Una exposición pormenorizada de las variables personales, familiares, de historia de consumo y de severidad de la adicción de nuestra muestra, así como las diferencias de distribución de las mismas en función de los grupos diagnósticos figura en el apartado de resultados del análisis de la muestra (página 225).

segunda tal y como se observa en otros registros). Consume principalmente por vía fumada e intravenosa, aunque está abandonando esta última. Permanece abstinentemente desde unas semanas antes del inicio del programa residencial.

Si medimos la severidad de la adicción con el EuropASI encontramos que no requiere de intervención en dos áreas (médica y legal), y alcanza las puntuaciones más altas en severidad en el área de drogas y en la familiar/social. En las áreas de empleo y soportes, familiar/social y drogas tiene un problema considerable (6 y 7 puntos); en la de alcohol moderada o considerable; y en la psicológica un problema moderado (4 y 5 puntos).

Si analizamos este perfil atendiendo a los grupos de individuos con diagnósticos similares encontramos las siguientes diferencias:

13.- El **dependiente de heroína** es un hombre de entre 27 y 28 años, que empezó a consumir heroína con 18 años, lleva unos 8 años y medio consumiéndola, y utiliza la vía fumada e intravenosa aunque está abandonando esta última vía. Es 3 años más joven que los dependientes de heroína de otros registros y empezó a consumirla también antes. Nació y vive en Valencia y tiene el Graduado Escolar con más frecuencia que en los registros. Ha trabajado antes del tratamiento. Procede de una familia de 5 o más miembros (3,5 hermanos por familia) donde el informante es el menor de los hermanos (45% de casos) y éstos le superan en un año y medio la edad. Las edades de sus padres y madres están en torno a los 60 años, mucho más altas que la media de los padres de la muestra y de los estudios consultados. Los progenitores están casados o lo estuvieron y son viudos. Tienen un nivel de estudios muy bajo, inferior al encontrado en la bibliografía (habitualmente saben leer y escribir pero no han completado estudios primarios). El porcentaje de madres que trabajan fuera de casa en este grupo es superior al del resto de la muestra y también el de padres fallecidos o ausentes.

En cuanto a la severidad de la adicción encontramos que requiere de intervención en las áreas de empleo y soportes y familiar/social, donde tiene un problema considerable, y en la de drogas donde es considerable o extremo. Es probable que no necesite tratamiento en las áreas de alcohol y médica (aunque en este grupo está el individuo con puntuación más alta en severidad en esta área). Además es posible que esté cumpliendo en la UDR una medida de seguridad como alternativa a la prisión u otra sentencia por lo que en el área legal el problema también suele ser considerable.

14.- El **dependiente de heroína y cocaína** es un hombre de 27 años que empezó a usarlas a los 17 años y lleva 9 años consumiéndolas (se inicia antes que el dependiente de heroína y ha transcurrido más tiempo desde que inició el consumo), y utiliza habitualmente la vía intravenosa *-speedball-*. Reside en Valencia. Tiene un nivel de estudios igual o inferior al de graduado escolar (se incrementa en este grupo el porcentaje de individuos sin graduado), y ha trabajado habitualmente en la industria. Procede de una familia con progenitores casados y habitualmente con 2 y 3 hijos en las que el informante es el hermano menor o intermedio, y sus hermanos le superan en un año la edad. Los padres son más jóvenes que en el conjunto de la muestra (58 para padres y 54 para madres) y con mayor diferencia de edad entre ellos de toda la muestra. Los progenitores tienen un nivel de estudios de graduado escolar o superior y suelen trabajar en la industria y hostelería.

El tratamiento es absolutamente necesario en el área de drogas por tener un problema considerable o extremo; necesario en el área familiar/social y de empleo por tener un problema considerable. No es probable que requiera ninguna intervención en el área médica y en las áreas de alcohol, psicológica o legal no podemos establecer un perfil

pudiendo no requerir ningún tratamiento o ser éste muy necesario (las puntuaciones de severidad se reparten en grupos de 1 o 2 individuos entre 0 y 8).

En este grupo, el número de residentes en Alicante es mayor que en el de heroína y es el 2º grupo con más nacidos fuera de la Comunidad Valenciana. Todos en este grupo han trabajado alguna vez. Son de familias con menos miembros que las de los consumidores de heroína. Es el grupo de inicio de consumo más precoz de la droga principal (17,61 años) si excluimos el grupo de alcohol (17,5 años). Además, hemos encontrado que el porcentaje de uso de la vía intravenosa para la cocaína es superior a los registros consultados.

15.- El **dependiente de cocaína** es un hombre de 28 años que empezó a consumir cocaína con 20 años; lleva 8 tomándola y utiliza la vía esnifada. Se inició en el consumo de esta sustancia más tarde que el consumidor de heroína y cocaína y ha acudido antes al tratamiento. Nació y reside en Valencia. Tiene un nivel de estudios entre 5º y 8º de EGB (como media un nivel de estudios superior a los registros del OED y Comunidad Valenciana), se ha empleado en distintos trabajos. Procede de una familia de 4 miembros y es el hijo mayor (o el único), superando en 2 años la edad de sus hermanos. Sus padres están casados y tienen 55 y 54 años. Tienen estudios primarios o inferiores. El padre trabaja en la industria o como trabajador no especializado y la madre es ama de casa.

Es el individuo con menor severidad de la adicción de todos los grupos diagnósticos. No necesita de ningún tipo de intervención en las áreas médica y legal; es poco probable que lo necesite en las de alcohol y psicológica (solo en un caso había un problema moderado). Necesita de algún tratamiento en el área de empleo y soportes por tener un problema moderado y el tratamiento es muy necesario en las de drogas y familiar/social por tener un problema considerable.

Las dos únicas familias de toda la muestra con hijos únicos pertenecen a este grupo. Todos los progenitores de los dependientes de cocaína han estado casados, son los padres más jóvenes de toda la muestra (se les aproxima la de los padres de dependientes de heroína y cocaína), y también son el grupo de menor diferencia de edad entre el padre y la madre. Tiene un porcentaje de madres amas de casa mucho más alto que en el resto de la muestra. Son el grupo con mayor porcentaje de individuos sin tratamiento previo (supera el 50%).

16.- El **dependiente de cocaína y alcohol** es un hombre de 30 años que empezó a consumir a los 20 y han transcurrido casi 10 años hasta este tratamiento (es el grupo de tiempo de consumo más largo). Consume la cocaína esnifada. Vive en Valencia y trabaja en la industria. Tiene un nivel de estudios de secundaria o entre 5º y 8º de EGB. Procede de una familia de 5 miembros o más, en la que los padres están casados y tienen 62 y 59 años, saben leer y escribir pero no tienen estudios primarios. Son unos 5 hermanos y él es el hijo intermedio. El padre es un trabajador no especializado y la madre ama de casa.

En el EuropASI, es probable que encontremos que no requiera tratamiento en un área concreta. Con más probabilidad no requerirá de intervención en el área de empleo y soportes o, en segundo término, en la médica o legal. Sin embargo tendrá un problema considerable o extremo y el tratamiento será necesario en las áreas de drogas y alcohol, psicológica y familiar/social. En el 43% no han tenido tratamiento previo.

Considerando el conjunto de los dependientes de cocaína –con o sin alcohol- el nivel de estudios de nuestras muestras es superior al de los dependientes de cocaína de los

registros consultados. (Además, dentro de la muestra, el nivel de estudios para 2001 es más alto que para 1999). Los porcentajes de individuos que trabajan o han trabajado son similares a los registros y mucho más altos que en los dependientes de heroína. Además, hay un porcentaje cercano al 50% en que no han tenido tratamiento previo, éste es el primer tratamiento (a excepción del paso previo por la UCA que le tramitó la solicitud). El porcentaje de mujeres consumidoras de cocaína con o sin otros diagnósticos es similar a los de los registros consultados.

17.- El **dependiente de alcohol** es una mujer de entre 33 a 34 años, que se inicia en el consumo de cualquier tipo de sustancia más tarde que el resto, con 17 años, pero directamente con alcohol. Reside en la Comunidad Valenciana pero nació fuera. Ha trabajado en la industria o la hostelería y tiene estudios secundarios. Procede de una familia de 6 o más miembros (con 4 o más hermanos) en que los progenitores están casados y su edad supera la media de sus hermanos. Han tenido familia propia. Sus padres saben leer y escribir o tienen estudios primarios. En cuanto a la severidad de su adicción no requiere de intervención en el área de drogas ni en la médica; tiene un problema moderado en la de empleo y considerable en la legal, alcohol y psicológica. Su problema es extremo en el área familiar/social.

Estos datos difieren de los admitidos a tratamiento por alcohol en la Comunidad Valenciana en que sólo el 16-17% son mujeres, con edades medias de 40 años y con sólo un 15% de individuos con estudios secundarios.

➤ *El concepto de enfermedad y salud.*

18.- Cuando preguntamos a los 52 individuos de la muestra si padecían alguna enfermedad encontramos que 15 individuos, el 28,85%, nos dicen que no padecen ninguna y el resto nos relata al menos una. Encontramos que en 1999, en inicio son menos los individuos que nos dicen que padecen alguna enfermedad, y después se incrementa el número a 22 que nos relatan padecer una o más enfermedades. En la segunda muestra son más los individuos que dicen no padecer ninguna enfermedad (10) y 16 comentan al menos una. En esta segunda muestra, cuando les preguntamos por los problemas de salud que les preocupan, 7 individuos nos refieren problemas generales no directamente relacionados con enfermedades que padecen y 5 no dicen que les preocupe nada respecto de la salud, pero la mayoría (14) comentan problemas de salud en relación con enfermedades propias.

19.- Cuando preguntamos por las enfermedades que padecen encontramos que, nos relatan la práctica totalidad de los diagnósticos de enfermedades asociadas al consumo: Hepatitis C, B o SIDA, ya sea como enfermedad actual o como antecedente.

De los 38 individuos que padecen alguna enfermedad, 25 (el 48,08% del total de individuos) tienen serología positiva para el virus de la hepatitis C y de ellos sólo 3 (el 12% de los infectados), que además pertenecen al grupo 2001 y no conocían aún este diagnóstico, no se consideran enfermos. Sin embargo, en el caso de la hepatitis B, hay 9 con resultado positivo en la serología, de los que sólo 5 se consideran enfermos y los otros 4 nos la relatan entre sus antecedentes de enfermedad pero no se consideran enfermos. Nuestras muestras tienen un porcentaje mucho más alto de individuos con serología positiva para la hepatitis C que las poblaciones registradas en la Comunidad Valenciana para esos mismos años (aunque en estos registros hay más de un 40% de individuos a los que no se ha practicado el análisis y nosotros disponemos de los resultados de las serologías de todos los pacientes).

El 7,69% (4 individuos) nos dicen que tienen “anticuerpos” o “V.I.H.”. Este porcentaje es inferior para ambos años que el de los registros de pacientes con serologías positivas admitidos a tratamiento a nivel nacional o en la Comunidad Valenciana (aunque los datos son más cercanos a los porcentajes de este último).

Aunque nos dicen que padecen de alergia 6 pacientes (11,54%) y de asma 5 (9,62%), al indagar en los antecedentes de la solicitud de ingreso o en la historia clínica de su estancia en el centro sólo encontramos una confirmación del diagnóstico de asma para 4 individuos (el 7,69%) y de alergia para otros 4.

Sólo 4 individuos comentan su adicción a drogas de los 50 con este diagnóstico entre las enfermedades que padecen. Tres de ellos son de la muestra de 1999. De los dos dependientes de alcohol, sólo el de 1999 nos dice que padece de “alcoholismo”.

Todos los individuos nos relatan las enfermedades infectocontagiosas de la infancia y los episodios de constipados y gripes. También con la misma frecuencia en ambas muestras nos relatan enfermedades comunes como inflamaciones, meningitis, conjuntivitis, fiebres de Malta u otras.

Menos de un tercio (6 individuos) de los que tienen un diagnóstico psiquiátrico nos lo cuenta en la entrevista, ya sea como diagnóstico actual o como antecedente de enfermedad. Tienen este tipo de diagnósticos 23 individuos, el 44,23% de la muestra y sólo el 26,08% de los que tienen o han tenido algún diagnóstico nos lo cuentan. Es en este grupo de enfermedades donde omiten más información.

Hay un grupo mínimo de información sobre los antecedentes de enfermedad que constan en sus solicitudes de ingreso y que no nos dicen. Con más frecuencia hipercolesterolemia en 4 individuos o dermatitis en 3 individuos. Ningún individuo con estos diagnósticos nos los relata.

20.- Lo que saben sobre las enfermedades que padecen:

De la hepatitis C: El 76% de los que las padecen (19 individuos) nos hablan del contagio por vía sanguínea y el 64% (16) de la posibilidad de contagio por relaciones sexuales. En el 40% nos comentan que afecta al hígado, y en el 32% que no deben beber. El 24% (6) nos hablan de que es una enfermedad crónica y otro 24% del tratamiento. En menor porcentaje nos comentan que puede progresar y producir cirrosis, cáncer u otras complicaciones. En la infección V.I.H. todos nos hablan de la infección por vía sanguínea y del contagio sexual sólo nos hablan los individuos de la primera muestra; sólo la mitad nos dicen que es crónica. Encontramos que el grupo de 1999 nos da más información sobre estas enfermedades que el de 2001 (proporción 3/1 en la mayoría de casos).

De los 6 que dicen padecer de alergia, un tercio nos describe la sintomatología, otro tercio en tratamiento antihistamínico y otro tercio nos dice que es genética. Todos nos detallan los alérgenos que les desencadenan las crisis. En cuanto al asma, todos nos cuentan que deben evitar los desencadenantes y nos hablan de los síntomas. La mitad nos cuenta algún tipo de tratamiento farmacológico. Encontramos que se consideran enfermos aquellos individuos que aún tienen sintomatología aguda en algún momento, al igual que en el caso del que dice padecer de “ácido úrico” y se considera enfermo porque padece de crisis gotosas.

Hemos encontrado que aunque hay 17 individuos que están en alguna fase del protocolo de detección de la tuberculosis y tienen una prueba de Mantoux positiva, sólo 2 (uno de cada muestra) nos comentan esto entre sus posibles enfermedades. Hay más del doble

de pacientes con esta prueba positiva en el grupo de 2001 (5 frente a 12). Sí hemos encontrado que algunos de ellos conocen y nos relatan que la prueba de Mantoux significa contacto con el germen de la tuberculosis y reacción positiva por vacunación.

Los individuos que padecieron de meningitis recuerdan bien el proceso de la infección, las pruebas diagnósticas y las secuelas. De las fiebres de Malta saben del origen de la infección en productos lácteos. Y, en general, todos comentan algún detalle que recuerdan de las enfermedades pasadas o actuales²⁰². Sí objetivamos más confusión cuando nos quieren detallar las enfermedades infectocontagiosas de la infancia en lo que se refiere a la descripción del tipo de lesión exantemática o al saber con exactitud cuál fue el diagnóstico en su momento.

La mujer que padece de “alcoholismo” nos habla de la cronicidad y del deterioro físico y mental, pero el resto de individuos que nos comentó la dependencia en este apartado no nos describe nada de la misma. Sólo uno habla de que es una enfermedad más bien “psíquica”.

No nos dan ningún detalle de sus diagnósticos psiquiátricos. Ningún individuo nos describe su trastorno y sólo un tercio de los que nos hablan de ellos (2 individuos) añaden que es un problema de “nervios” y “desequilibrio”.

21.- Procedencia de su información: ¿Quién les ha contado lo que saben?

Mayoritariamente dicen haber obtenido la información de los servicios sanitarios (el 84,62% de 1999 y el 73,08% de 2001) ya sea de atención primaria, de especializada, de algún familiar facultativo o de la Unidad Residencial, si bien es cierto que en este último caso es más frecuente que se trate de un individuo de la primera muestra. Los cinco individuos que dicen haber aprendido lo que saben por la familia pertenecen al grupo de 2001.

➤ *Valoración sobre si el programa del centro es un factor influyente en sus conceptos de enfermedad y salud. Identificación de las diferencias en la cantidad y calidad de información sobre las enfermedades que padecen y la procedencia de esa información entre las dos muestras.*

22.- No hemos encontrado diferencias claras entre ambas muestras en cuanto a la enumeración de enfermedades que nos dicen padecer, aunque encontramos que el número de individuos que nos dicen que no padecen ninguna enfermedad en 1999 es de 5 y pasa a 10 individuos en la muestra de 2001. La mayoría de individuos en ambas muestras (6 de cada una) no nos relatan sus antecedentes psiquiátricos, sin embargo, sí encontramos diferencias más importantes respecto a su drogodependencia, donde podemos constatar que sólo un individuo en 2001 relata su adicción a la cocaína como un problema de salud que le preocupa, frente a 4 individuos de 1999 que nos hablan de sus problemas adictivos (3 de drogas y 1 de alcohol).

Las diferencias más importantes entre ambos grupos se refieren a la calidad y cantidad de información sobre las enfermedades que padecen, en lo que sí hay una clara influencia de la intervención del programa del centro. Así, los individuos del grupo de 1999 nos dan más información y con más frecuencia que los de 2001 sobre la hepatitis y el SIDA. Estos individuos ya han sido intervenidos en la Unidad participando del programa de Escuela de Salud que se imparte con periodicidad quincenal en el centro en concreto de la sesión de enfermedades asociadas al consumo. Esto establece diferencias no sólo cualitativas y cuantitativas en lo que saben, sino también en la procedencia de su información entre

²⁰² Todos estos datos vienen transcritos en detalle en el análisis y los resultados.

ambos grupos, puesto que el criterio de selección en la segunda muestra fue que no hubiera tenido aún ninguna intervención médica en el Centro.

23.- Cuando les preguntamos quién les ha contado lo que saben hemos encontrado diferencias entre ambas submuestras al desglosar la información que reciben de servicios sanitarios: El 34,62% (9 individuos) de 1999 dicen haber aprendido lo que saben sobre la enfermedad en la Comunidad Terapéutica (y sólo uno fue diagnosticado de la enfermedad a que se refiere durante el programa); al 38,5% (10) le informó su médico antes del ingreso, uno más por su hermana que es ATS y otros dos por folletos del CIPS. Sin embargo, en 2001, al 57,69% (15) lo que sabe sobre su enfermedad se lo contaron los servicios sanitarios previamente al ingreso en el centro; dos más se informaron por su médico y también en la Unidad, y uno más exclusivamente en la Unidad. Otro individuo más por su madre, que era médico. En efecto, sólo 3 individuos de esta segunda submuestra han aprendido algo de lo que saben en la Unidad residencial.

Aunque en una de las muestras la relación terapéutica ya estaba establecida y en la otra no, no hemos encontrado diferencias relevantes en lo que nos cuentan o cómo lo cuentan. Es probable que este recurso asistencial residencial y sus características -el tiempo no acotado disponible para las entrevistas entre otras- sea lo que determine que la cantidad de la información recogida para posterior análisis sea similar (con la excepción del impacto del programa de Escuela de Salud ya mencionado).

➤ *La consideración de drogodependencia como enfermedad. ¿Por qué no la relatan entre sus antecedentes?*

24.- Ante esta pregunta directa consideran que sí es una enfermedad el 65,38% de casos (17 individuos de los que sólo uno nos la enumera entre las enfermedades que padece), el 30,77% no da respuestas tan concluyentes (8 responden que “según en que casos”) y sólo un individuo considera que no es una enfermedad.

Usan distintas formulaciones para afirmar que sí creen que es una enfermedad (aunque 12 de los 17 dicen directamente que sí), y también para explicar por qué consideran que lo es o por qué no.

24.1.- Si intentamos resumir los argumentos que utilizan cuando afirman que sí es una enfermedad encontramos los siguientes:

El 46,15% (12) considera que lo es porque genera dependencia (5 nos dan sólo esta respuesta); el 26,92% (7) piensa que es enfermedad por la pérdida de control sobre el consumo y el 23,08% (6) por los problemas que les genera o porque es “psicológica”. No hemos encontrado diferencias significativas por grupos diagnósticos.

El 15,38% (4 individuos) nos habla de que es enfermedad porque es crónica y otro 15,38% usa como argumento que les genera malestar y les evade de sus problemas. Sólo un 7,69% (2) nos habla del deterioro físico, o de que es una enfermedad cuando provoca una consecuencia como una infección asociada al consumo (SIDA o hepatitis). También otro 7,69% la considera enfermedad cuando hay un problema previo de autoestima o sintomatología ansiosa o depresiva que les induce hacia el consumo. Un único individuo comenta la incapacidad de salir sólo del proceso adictivo como explicación de por qué la considera enfermedad.

24.2- Nos dicen que no es enfermedad con los siguientes argumentos:

El 23,08% (6) responde que no puede ser enfermedad porque el individuo elige cuándo utilizar las drogas. Usa este argumento el 75% de quienes dicen en algún momento que no lo es (6 de los 8). Se sienten “responsables” de su proceso y no enfermos.

El 15,38% (4) no la considera enfermedad al compararla con otras como el SIDA o el cáncer. Otro 11,54% piensa que no lo es porque se trata de un “vicio”, una conducta errónea. Dos argumentan que normalmente hay un problema previo que les hace consumir y que es el origen sobre el que intervenir (de personalidad entre otros). Un único individuo habla de la ausencia de síntomas y otro de que es un hábito que ha adquirido y del que puede salir siempre que quiera.

25.- Al preguntarles por qué no nos relataron su drogodependencia entre las enfermedades que padecían, en 3 casos nos dijeron que pensaban que les estábamos preguntado por otro tipo de enfermedades, y los otros 6 que no habían “caído en la cuenta” probablemente por considerar que habían venido al centro específicamente a tratarse este trastorno por lo que no lo enumeran entre sus antecedentes de enfermedad.

➤ *El concepto de “droga”*

26.- Al pedirles una definición de droga todos los individuos nos hablan de más de una faceta en su respuesta. Al agrupar sus respuestas por similitudes, encontramos las siguientes definiciones:

El 30,77% (8 individuos) nos dice que es algo que les hace sentirse bien, que les produce sensaciones agradables. Otro 30,77% habla de que es una forma de evadirse de la realidad y escapar de las responsabilidades. El 23,08% (6 individuos) nos dice que es una sustancia. Para el 19,23% (5) es algo que les genera malas consecuencias y un 15,38% (4) considera que les ayuda a desinhibirse y sacar valor en situaciones en que lo necesitan. El 11,54% (3) dicen que es un estimulante, otro 11,54% que te cambia a peor, y otro 11,54% que te ayuda a ser tu mismo. Uno de éstos añade que “es una sustancia que te altera el organismo y sus funciones”, y otro que “es una sustancia maligna”. Sólo 2 individuos, consumidores ambos de *speedball*, hablan de que es algo que te distorsiona la realidad.

➤ *Las expectativas hacia el tratamiento residencial.*

27.- Todos los individuos nos dan más de una respuesta cuando les preguntamos sobre las expectativas que tienen hacia el tratamiento. La media de respuestas distintas por individuo es de 3,75.

El 65,38% (17 individuos) dice esperar un aprendizaje, ser más resolutivo. El 42,31% (11) explica que espera poder mejorar sus relaciones familiares, deterioradas por su problema adictivo. El 38,46%, (10) busca encontrar un equilibrio perdido o ser capaces de hacer frente a los problemas y tolerar la frustración. El 34,62% (9) viene a mejorar su salud y el 26,92% (7) espera mejorar de su sintomatología ansiosa o depresiva. El 23,08% (6) verbaliza que necesita ayuda y espera encontrarla en el centro. Otro 23,08% explicita que viene a hacer un tratamiento de deshabitación o rehabilitación y 4 más (15,38%) que vienen a desintoxicarse.

Un 19,23% (5) dice que espera dejar de consumir; el mismo porcentaje afirma que está cansado de la vida de drogodependiente y también que viene en busca de refugio para alejarse del medio donde habitualmente consume.

Algún individuo aislado manifiesta que espera como consecuencia del tratamiento y la abstinencia que le mejoren sus problemas de salud, de índole económica, social o judicial.

Existe un patrón de respuesta similar en 7 individuos. Todos ellos señalan como expectativas el aprendizaje, el centrarse y encontrarse a sí mismo, afrontar los problemas o adquirir tolerancia a la frustración.

➤ , *Diferencias en los conceptos de enfermedad, expectativas hacia el tratamiento, “droga” y drogodependencia como enfermedad en función del grupo diagnóstico al que pertenecen.*

28.- Nos dicen que padecen al menos una enfermedad el 87,5% de dependientes de cocaína y alcohol; el 70% de los dependientes de heroína; el 66,67% de dependientes de cocaína; el 53,85% de dependientes de heroína y cocaína; y el 50% de los dependientes de alcohol.

29.- En cuanto a las enfermedades que padecen, lo que saben sobre ellas y quién se lo ha contado encontramos las siguientes diferencias:

29.1.- Tienen hepatitis C el 70% de los dependientes de heroína (14) y el 61,54% (8) de dependientes de heroína y cocaína; aunque nos dicen que la padecen el 65% de dependientes de heroína y el 53,85% de dependientes de heroína y cocaína. El individuo que no nos la comenta en ambos grupos fue diagnosticado durante el programa y no sabía que la padecía en el momento de la entrevista. Tienen hepatitis C todos los dependientes de heroína como principal diagnóstico que la consumen por vía intravenosa y el 50% de los consumidores por vía intravenosa (speedball) de entre los dependientes de heroína y cocaína. El 25% de dependientes de cocaína y alcohol (2) tiene hepatitis C y sólo un individuo dependiente de cocaína tiene hepatitis C.

De los individuos con hepatitis C, el 56% son dependientes de heroína, seguidos de los dependientes de heroína y cocaína, que constituyen el 32%. El 8% son dependientes de cocaína y alcohol y el 4% de cocaína sola. No hay individuos con hepatitis C dependientes de alcohol.

Tienen serologías positivas para la hepatitis B el 30,77% (4) de dependientes de heroína y cocaína, el 20% (4) de los dependientes de heroína y el 11,11% de dependientes de cocaína (1). No hay individuos con hepatitis B en los grupos de cocaína y alcohol y alcohol solo. Tampoco en este último grupo hay analíticas positivas para la hepatitis C.

El 44,44% de individuos con serología positiva para hepatitis B son dependientes de heroína y el 44,44% de heroína y cocaína. El individuo que resta es dependiente de cocaína.

Contabilizando todos los individuos con diagnóstico de dependencia de heroína (con o sin cocaína) y cocaína (con o sin alcohol) para poder comparar con los datos del registro de la Comunidad Valenciana, encontramos que los porcentajes de individuos en nuestras muestras con resultados positivos para la hepatitis C dependientes de heroína o cocaína son más altos que en estos registros, aunque comparten la misma tendencia de ligero descenso de los infectados en 2001 respecto de 1999. Los porcentajes de individuos con serología positiva para la hepatitis B son similares entre los dependientes de heroína de nuestra muestra y los registros, sin embargo los dependientes de cocaína tienen hepatitis B en un porcentaje superior a los datos poblacionales.

Entre los dependientes de heroína con hepatitis C, el 78,57% (11) conoce el contagio por vía sanguínea y el 71,43%(10) añade que es posible por vía sexual. Estos porcentajes son del 62,5 (5) y 37,5%(3) para el grupo de heroína y cocaína. El dependiente de cocaína y los de cocaína y alcohol conocen ambas vías de contagio. Los

dependientes de heroína nos hablan con más frecuencia del deterioro hepático. Todos los grupos nos hablan de que no se puede beber alcohol y del tratamiento.

La información sobre la hepatitis la han obtenido de distintos servicios sanitarios en el 100% de dependientes de cocaína y dependientes de heroína y cocaína y en el 78,57% de dependientes de heroína.

29.2.- Tiene VIH el 10% de los dependientes de heroína (2) y en ambos casos nos dicen que no se consideran enfermos o que no les preocupa ningún problema de salud. También el 15,38% de dependientes de heroína y cocaína (2 consumidores de *speedball*) tienen serologías VIH positivas y en este caso sí se consideran enfermos. Estos son el 100% de individuos con serología positiva, y todos son consumidores por vía intravenosa y dependientes de heroína (con o sin cocaína). Analizando los porcentajes de entre los dependientes de heroína (como único diagnóstico o no) encontramos que en nuestras muestras los porcentajes de pacientes con analítica positiva del VIH para ambos años son inferiores que los de las poblaciones registradas como admisiones a tratamiento (a pesar de que en estos registros hay un porcentaje importante de individuos en que no se ha realizado el análisis).

Todos los individuos con serología positiva nos comentan la posibilidad de contagio por vía sanguínea pero sólo la mitad (2) nos dice que es posible el contagio por vía sexual (un individuo es dependiente de heroína y otro de heroína y cocaína). Un tercio nos habla de que es una enfermedad crónica. También un tercio dice que ha aprendido lo que sabe en los servicios sanitarios. Los individuos que más información nos dan pertenecen al grupo de 1999.

29.3.- No hemos encontrado diferencias entre los grupos en cuanto a la distribución de los pacientes alérgicos o asmáticos y lo que nos relatan sobre sus enfermedades o quién se lo ha contado. Tampoco hemos observado diferencias en otras enfermedades que comentan como lesiones traumatológicas, infecciones pulmonares o problemas gastrointestinales.

29.4.- Sí hemos observado que sólo en el grupo de dependientes de heroína y cocaína hemos encontrado antecedentes de meningitis en la infancia y Fiebres de Malta. Ningún individuo de otro grupo nos comenta estos diagnósticos.

29.5.- En cuanto a las enfermedades infectocontagiosas de la infancia sí podemos objetivar que el grupo de dependientes de heroína nos las relata como antecedente en un porcentaje mayor que el resto de los grupos. En el 40% han padecido varicela, el 25% sarampión y el 10% paperas. Estos porcentajes son del 23,08% de varicela y 15,38% de sarampión para el grupo de heroína y cocaína y más bajos para el resto de grupos.

29.6.- De los dos pacientes que nos comentan el asunto de la intradermorreacción de Mantoux positiva, uno es dependiente de cocaína y otro de heroína.

29.7.- Nos enumeran su adicción entre las enfermedades que padecen dos de los dependientes de cocaína (el 22,22%) y 1 dependiente de cocaína y alcohol. Pero no nos explican nada al respecto.

29.7.- De los pacientes que han tenido algún diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida hemos encontrado que nos lo relatan el 66,67% de los dependientes de heroína y cocaína que los tienen (2 de 3); el 25% de los de cocaína (1 de 4); el 50% de dependientes de cocaína y alcohol (2 de 4) y el 50% de los de alcohol (1 de 2). Ningún dependiente de cocaína nos comenta estos antecedentes. Sin embargo, si consideramos el conjunto de los antecedentes psiquiátricos de todos los grupos encontramos que: han

tenido algún diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida las dos mujeres dependientes de alcohol, el 66,67% de dependientes de cocaína y heroína, el 44,44% de los dependientes de cocaína (4), el 40% de los de cocaína y alcohol (4) y el 25% de dependientes de heroína (5).

Hemos encontrado que el 100% de los trastornos de personalidad de la muestra se dan en dependientes de cocaína (el 50% dependientes de cocaína y heroína y el 50% dependientes de cocaína).

30.- Sólo un individuo de toda la muestra nos dice que la drogodependencia no es enfermedad y pertenece al grupo de cocaína y alcohol. También pertenece a este grupo el único de 2001 que nos la enumeró entre las enfermedades que padece sin que le hiciéramos esta pregunta directamente.

Responden claramente que sí consideran la drogodependencia como enfermedad el 77,78% de dependientes de heroína y cocaína (7 de 9), el 57,14% de dependientes de heroína, la mitad de los de cocaína y alcohol (3 de 6) y un tercio de los dependientes de cocaína (1 de 3). El resto no dan respuestas tan concluyentes, como la única dependiente de alcohol a la que le hicimos esta pregunta, que considera que en algunos casos sí lo es pero en otros no, y en su explicación parece ser clave la cantidad consumida (si abusas sí es enfermedad) o la capacidad de elegir no hacerlo

31.- Si, al definirnos “droga” nos dicen que es algo que les ayuda a desinhibirse y tener valor, es probable que sean dependientes de alcohol (con o sin cocaína). Si se refieren a ella como una sustancia que les ayuda a evadirse de la realidad es más probable que se trate de un consumidor de cocaína; y si utiliza términos peyorativos para definirla es frecuente que se trate de un consumidor de heroína (con o sin cocaína). Los grupos de heroína, heroína y cocaína, y cocaína nos dirán que es algo que genera dependencia.

32.- Si nos expresa como expectativas hacia el tratamiento que viene en búsqueda de refugio escapando de su medio habitual, con más probabilidad se tratará de un dependiente de heroína. Si quiere adquirir tolerancia a la frustración y ser capaz de enfrentarse a los problemas sin consumir, se tratará de un dependiente de alcohol Y si quiere resolver sus problemas familiares es más frecuente que se trate de un consumidor de cocaína. Si nos dicen específicamente que viene al centro para hacer un tratamiento de deshabitación es probable que se trate de un dependiente de heroína y cocaína, sin embargo ningún dependiente de cocaína y cocaína y alcohol nos da este tipo de respuesta.

➤ *Perfiles del individuo representativo de la muestra sobre el concepto de enfermedad y salud. Perfiles de respuesta por grupos diagnósticos.*

33.- Tras responder a estas cuestiones podríamos establecer un patrón general del individuo representativo de nuestra muestra que concluiría así los aspectos más relevantes de estas concepciones sobre la enfermedad, “droga” y expectativas hacia el tratamiento:

33.1- El drogodependiente contesta que está enfermo o padece habitualmente una única enfermedad. Con frecuencia se trata de la hepatitis C. Es probable que, si tiene serología positiva de hepatitis C, nos comente que padece esta enfermedad, sin embargo es menos probable que se considere enfermo si la serología es positiva para la hepatitis B, aunque nos la puede referir como un antecedente de enfermedad.

Es infrecuente que sea positivo para el VIH pero si lo es, nos lo contará como enfermedad actual, y se tratará de un individuo dependiente de heroína. También es

probable que si ha padecido de asma o alergia nos lo diga y nos relate las enfermedades infectocontagiosas que pasó en la infancia, incluso los “constipados” y “gripes”.

Hemos encontrado en nuestra muestra mayor porcentaje de individuos con hepatitis C que en la población drogodependiente de los estudios consultados. Sin embargo, el porcentaje de individuos con serología positiva para VIH es inferior al de los registros españoles y de la Comunidad Valenciana.

Si está incluido en un protocolo de tuberculosis con profilaxis tuberculosa o pendiente de los resultados de la prueba de esputo, es poco probable que nos lo comente (solo lo hacen 3 individuos y 2 son dependientes de cocaína).

En cuanto al problema de dependencia que le indicó el tratamiento residencial, no es probable que nos lo refiera como enfermedad. Sólo lo hacen 4 individuos -3 de 1999- y no hemos encontrado diferencias significativas con el resto en cuanto al perfil a excepción de que dos de ellos no padecen ninguna otra enfermedad y 3 son dependientes de cocaína.

Tampoco nos contará los diagnósticos psiquiátricos y, sí lo hace, probablemente será como antecedentes (sólo 2 individuos nos lo relatan como enfermedad actual y los dos son del grupo de cocaína y alcohol). Además, si ha tenido sintomatología psiquiátrica que ha requerido de intervención es más probable que se trate de un consumidor de alcohol, en segundo lugar de cocaína y alcohol, en tercero de cocaína, en cuarto de heroína y cocaína y, el que menos probabilidad tiene de tener un diagnóstico de esta índole es el dependiente de heroína. Si tiene un trastorno de personalidad se tratará de un dependiente de cocaína o de cocaína y heroína.

33.2.- Si padece alguna de las enfermedades asociadas al consumo (VIH, hepatitis C o B) sabe del contagio por sangre y, si tiene más información sobre estas enfermedades, se tratará de un individuo de la muestra de 1999 que se ha favorecido del programa de Escuela de Salud (es más probable que nos hable del contagio sexual, del tratamiento y cuidados si pertenece a este grupo). Sólo hemos encontrado diferencias en cuanto a lo que saben relativo a las enfermedades que padecen en la calidad de cantidad de información sobre éstas asociadas al consumo.

Si padece de asma o alergia nos relatará con detalle los alérgenos que se lo provocan y, con menor frecuencia, los síntomas y el tratamiento. Si padecen de “fiebres de Malta” (brucelosis) nos hablarán del origen de la infección en los productos lácteos, y si tuvieron meningitis, del “líquido” infectado de la “columna vertebral que va al cerebro” y de la punción lumbar.

Ninguno de los que nos habla de su dependencia como enfermedad nos contará nada de ella pero sí la dependiente de alcohol que habla del deterioro físico y mental y de la cronicidad. No nos cuentan nada sobre sus diagnósticos psiquiátricos más que en términos de “desequilibrio” o “problemas de nervios”. Utilizan la descripción de tener “granitos” para referirse a la varicela, la rubéola o el sarampión indistintamente.

33.3.- Dice haber obtenido la información sobre las enfermedades que padece de personal sanitario (si procede de la muestra de 2001 es más probable que sean recursos sanitarios previos a la UDR que si se trata de un individuo de 1999).

33.4.- Si le preguntamos si considera la drogodependencia una enfermedad nos dirá que sí, aunque antes no nos la haya enumerado entre las enfermedades que padece. Como argumentos a favor de esta afirmación, que es enfermedad porque genera dependencia y, con menos probabilidad, porque “se pierde el control”, te “genera problemas” o es

una “enfermedad psicológica” y no tienes “bienestar”. Un individuo nos dijo: “...según la Organización Mundial de la Salud, que dice que la salud es eh... factores psicológicos, sociales, educativos y todo eso, ... Pues yo creo que sí. Desde ese punto de vista sí soy un enfermo, porque no tengo bienestar”.

Cuando, en algún caso, han dudado de que era enfermedad sus argumentos han sido que “tu eliges usar drogas” o, en el peor de los casos, tienes “un problema” previo que te lleva a consumirlas. Con menos frecuencia nos dicen que no es enfermedad porque “no duele nada” y es un “habito adquirido” por lo que “puedes salir si quieres”.

Cuando le preguntamos porque no nos enumeraron la drogodependencia con el resto de enfermedades que padecen nos dice que no ha “caído en cuenta”. También que pensaban que nos referíamos a otras enfermedades de índole “física” o que, como ya estaban en tratamiento por esto ya no se consideraban enfermos

33.5.- Al pedirle su definición de droga nos dirá que es una “sustancia” que le “gusta” y le hace “sentir bien, una forma de evadirse de la realidad”²⁰³ pero que genera dependencia²⁰⁴. Con menos frecuencia nos dirá que es algo que “genera muchos problemas” o que te “destroza la vida” o hablará de ella usando términos peyorativos (es más probable que te diga esto último si es dependiente de heroína y cocaína). Si nos dice que le ayuda a “desinhibirse y sacar valor” se tratará de un consumidor de cocaína y alcohol o sólo alcohol.

33.6.- Cuando le preguntamos sobre sus expectativas hacia el tratamiento habitualmente nos da más de una respuesta. Con gran probabilidad nos dice que tiene necesidad de un aprendizaje, de un cambio y que su familia ha ejercido un papel principal en el ingreso. Es frecuente que nos diga que viene a “centrarse”, a “equilibrarse y controlar más”, adquirir tolerancia a la frustración o afrontar los problemas. Con menor frecuencia vendrá a “mejorar su salud”. Si nos contesta que viene a hacer un tratamiento de deshabitación y que esta “cansado” de la vida de consumo es posible que se trate de un dependiente de heroína y cocaína; y si va en busca de “refugio” que sea un dependiente de heroína.

34.- Si intentamos buscar pautas comunes en sus respuestas a nuestras preguntas no encontramos diferencias significativas al analizar los datos por edad, nivel de estudios, tiempo de consumo, severidad de la adicción u otros. Tampoco si hacemos un análisis por sexos encontramos diferencias importantes en cuanto a las enfermedades que padecen, lo que conocen de ellas o de dónde han obtenido la información (las mujeres de la muestra no tienen con más frecuencia hepatitis, SIDA, u otras enfermedades que los hombres). En la definición de droga que nos dan repiten modelos de su grupo diagnóstico (las de heroína nos hablan con términos peyorativos y las de alcohol y cocaína de “evadirse” y “sacar valor”). Sí hemos encontrado que es más frecuente que las mujeres de la muestra, al responder sobre si la drogodependencia es una enfermedad, den un mayor porcentaje de respuestas no concluyentes (“según en que casos”, “si pero no” o “no pero sí”) que los hombres (5 de 7 en las mujeres y sólo 3 de 19 en los hombres). Sólo 2 de las 7 mujeres dicen en primera instancia que sí es una enfermedad frente a 15 de los 19 hombres, aunque no hay diferencias con respecto a estos en los argumentos que utilizar en una y otra afirmación.

35- Podemos establecer perfiles de respuesta por grupos diagnósticos concluyendo que:

²⁰³ Individuos de todos los grupos diagnósticos nos dan esta respuesta.

²⁰⁴ Todos los individuos que hablan de esta dependencia son consumidores de cocaína (3 sólo cocaína y 4 con heroína).

35.1.- El **dependiente de heroína** nos dice que está enfermo y tiene habitualmente hepatitis C. Con menor frecuencia hepatitis B o VIH. Sabe de estas enfermedades que se contagian por sangre y relaciones sexuales. Los que nos cuentan que tienen serología positiva para el VIH no se consideran enfermos. Si está infectado por una de estas tres enfermedades es más probable que proceda del grupo que ha consumido la heroína por vía intravenosa que del de fumada.

El dependiente de heroína nos relata con frecuencia constipados y gripes. La mayoría de los que han tenido sarampión o varicela y nos lo cuentan son dependientes de heroína. Es menos probable que haya tenido una prueba de Mantoux positiva (especialmente si consume la heroína fumada), aunque es infrecuente que nos lo relate como enfermedad (sólo lo hace un individuo que hizo el tratamiento de profilaxis con isoniacida completo en un tratamiento anterior en esta UDR). Ningún individuo nos relata sus antecedentes psiquiátricos, -7 de 20 los han tenido- tratándose con más frecuencia de cuadros ansioso-depresivos.

Considera la drogodependencia una enfermedad porque le genera dependencia y, en algún caso problemas (de índole legal). Con menor frecuencia no dan respuesta concluyente a esta pregunta –“según los casos”- por considerar que puedes elegir usarlas o no, o que no es una enfermedad como otras (VIH, Alzheimer, etc.). Un individuo nos dice “es un vicio más que una enfermedad”-

Utilizan con frecuencia para definir la droga términos peyorativos: una “mierda”, una “ruina” o un “engaño”, algo que te “destroza la vida” y “te mata” como si fuera “un cáncer”.

Igual que el resto de grupos esperan del tratamiento un aprendizaje, un cambio y hacen alguna referencia a la familia. Es más llamativo en este perfil la búsqueda de un “refugio”, un lugar donde alejarse de su medio habitual para “centrarse y encontrarse a sí mismos”.

35.2.- Al **dependiente de heroína y cocaína** le preocupan problemas de salud como haber contraído el “SIDA” o los “anticuerpos”, o, con menor frecuencia el hígado.

Al preguntarle si está enfermo es más probable que nos diga que lo está. Habrá padecido de hepatitis C y, con menos frecuencia, tendrá serologías positivas para la B. Si tiene serología positiva también nos lo contará como enfermedad actual. Sabrá de éstas tres que se contagian por sangre y, además, si pertenece al grupo de 1999 nos hablará del contagio por sexo y, de los tratamientos y otros. Los que padecen una de estas tres enfermedades serán, con más frecuencia, consumidores por vía intravenosa. Nos comentará que ha padecido alguna enfermedad infectocontagiosa de la infancia pero con menor frecuencia que el dependiente de heroína.

Hemos encontrado que, los individuos que han padecido de meningitis o Fiebres Malta en la muestra son dependientes de heroína y cocaína y, con mayor frecuencia, consumidores de *speedball*.

Aunque es posible que tenga una prueba de Mantoux positiva (5 de 13 la tienen), no nos dirá nada al respecto.

Si tiene antecedentes psiquiátricos (5 de 13 los tienen) es poco frecuente que hable de ellos pero más probable que en el dependiente de heroína. Para referirse a estos hablará de problemas de “conducta” o de “nervios”. Como primera posibilidad se tratará de sintomatología propia de un trastorno de personalidad y, en segundo lugar, de sintomatología ansioso-depresiva.

Sí considera que la drogodependencia es una enfermedad porque genera dependencia en primer término, y en segundo porque “se pierde el control” o te “genera problemas” (judiciales y sociales). Sólo un pequeño número (2) comenta que puede no ser enfermedad porque lo “eliges tú” y es “algo que esta mal”, un “hábito adquirido” o un “vicio”. Cuando le preguntamos porque no nos la enumeraron entre las enfermedades que padecían nos dicen básicamente que creían que nos referíamos a “otro tipo” de enfermedades, que no “han caído” y que “ya están en tratamiento”.

La droga para él es algo que genera “adicción” o “enganche”; que “te mata” y te “trae problemas”; una “sustancia” que te “distorsiona la realidad” (los únicos que hablan de esto último pertenecen a este grupo). Es menos frecuente que se refiera a ella en términos negativos como el dependiente de heroína, pero también lo hace (“ruina”, “mierda”, “vicio”).

Como expectativas hacia el tratamiento, viene para hacer un “tratamiento de deshabitación” (son casi la totalidad de individuos que nos dan esta respuesta); y necesitan un aprendizaje, un cambio. Con menos frecuencia refiere que viene a “curarse” o que está cansado de la vida de consumidor.

35.3.- El **dependiente de cocaína** padece al menos una enfermedad. Con más frecuencia se tratará de asma (3 individuos de 5 con este diagnóstico son dependientes de cocaína). Si tiene una prueba de Mantoux positiva es probable que nos lo relate como enfermedad o problema de salud que le preocupa (2 de 3 lo hacen), sin embargo no es más frecuente en este grupo que en otros dar positivo a la prueba. Los dos individuos que nos lo relatan han hecho o están haciendo tratamiento profiláctico con isoniacida.

Con la misma frecuencia (2 de 9) nos dirán que padecen de “adicción a la cocaína” (además son 2 de los 3 que nos la relatan como enfermedad).

Es mucho menos probable que padezca de hepatitis C o B (sólo hay un individuo con cada una) No hay individuos con serologías positivas para el VIH en éste ni en el resto de grupos.

Como antecedentes nos referirá gripes, constipados u otras infecciones leves y, es infrecuente que nos relate enfermedades infectocontagiosas de la infancia.

Aunque es muy probable que haya tenido algún problema psiquiátrico (5 de 9 los han tenido), es inusual que nos hable de ellos. Con frecuencia se tratará de sintomatología propia de un trastorno de personalidad y algún antecedente de intervención con urgencia con intento de suicidio, ingreso en pabellón psiquiátrico o psicosis tóxica. Sólo una paciente nos habla de que “dicen que tengo problemas psiquiátricos” y está tomando tratamiento pero “no creo que lo necesite”²⁰⁵. Todos los individuos con trastorno de personalidad tienen como diagnóstico una dependencia de cocaína (la mitad también de heroína).

Al preguntarle si considera la drogodependencia una enfermedad no nos da una respuesta tan clara afirmando que “es una dependencia/adicción pero no sé si eso es una enfermedad”. Finalmente argumenta que sí lo es pero mental o psicológica porque genera dependencia y es crónica; pero como no te “duele nada” y no es como otras puede tratarse de un “vicio” y no una enfermedad.

Define droga como una “sustancia que genera dependencia”, y, con menos frecuencia añade que es una forma de evadirse de la realidad y los problemas.

²⁰⁵ Es la mujer consumidora por vía intravenosa con sintomatología psiquiátrica grave por diagnóstico de trastorno límite de personalidad y trastorno bipolar.

Nos dice que viene al centro porque necesita un cambio y por su familia. Con menos frecuencia que espera reflexionar y “centrarse”. Ninguno nos habla de curarse, hacer deshabituación, buscar refugio u otras posibilidades.

35.4.- Es probable que el **dependiente de cocaína y alcohol** nos hable del consumo de drogas, las recaídas y la pérdida de control como preocupaciones sobre su salud. Nos dice que padece alguna enfermedad con más frecuencia que el dependiente de cocaína sola, y tiene con más frecuencia que éstos hepatitis C. En todos los casos sabe del deterioro hepático y del contagio por sangre y relaciones sexuales. Relata los constipados y gripes aún con más frecuencia que los dependientes de heroína y es el único de toda la muestra que nos habla de las operaciones de amígdalas y adenoides.

Con menor frecuencia que el dependiente de cocaína nos dirá que padece de “adicción a la cocaína” (sólo en un caso). Padece aún con más que este último de problemas psiquiátricos (7 de 8) y también es más probable que nos lo relate además como algo actual²⁰⁶. Padece habitualmente de trastornos del estado de ánimo que en ocasiones le han llevado a intentos de autolesión o ingresos psiquiátricos, con más probabilidad que en el resto de perfiles. Con menor frecuencia tendrá sintomatología paranoide²⁰⁷.

Considera que la drogodependencia es una enfermedad básicamente porque se “pierde el control” y te “genera problemas” (judiciales, económicos y sociales). Con menor probabilidad hablará de que “engancha” o es una enfermedad psicológica.

La droga es algo que les “gusta” y les “hace sentir bien”; que les ayuda a desinhibirse y sacar valor (igual que alcohol solo²⁰⁸), que te hace la vida más llevadera. Es improbable que utilice términos negativos para definir la droga.

Espera del tratamiento el aprendizaje de un cambio; habla de su necesidad de adquirir tolerancia a la frustración y hacer frente a los problemas más que otros individuos. También “centrarse” y encontrar el equilibrio o controlar más. Con mucha menos frecuencia nos dará todo tipo de respuestas sobre sus expectativas hacia el tratamiento a excepción de la de necesidad de hacer un tratamiento de deshabituación o rehabilitación.

No nos enumeró la drogodependencia entre las enfermedades que padecía porque ya estaba en tratamiento, no ha caído en la cuenta y pensaba que nos referíamos a otras.

35.5.- En cuanto al **dependiente de alcohol** es igual de probable que nos diga que está enferma o que no (aunque sí que habrá problemas de salud que le preocupen). Nos hablará del “alcoholismo” y la “anemia” como principales problemas de salud y, si nos habla de algún otro problema será como antecedente (anorexia en la adolescencia o Mantoux positivo). No nos contará que haya padecido sintomatología depresiva que incluso ha requerido de ingreso por autolesión en varias ocasiones.

Piensa que la drogodependencia es una enfermedad porque se pierde el control, pero habla de que en algunos casos, como el suyo, no lo es porque “eliges” usarla y habitualmente es otro el problema que te lleva a ellas.

Define la droga como algo que le gusta y le hace sentir bien; un estimulante que le ayuda a desinhibirse y tener valor.

²⁰⁶ Los únicos 2 individuos de la muestra que nos hablan de diagnósticos psiquiátricos actuales son dependientes de cocaína y alcohol.

²⁰⁷ Este individuo nos dice que padece de “esquizofrenia paranoide”, aunque no tenía ningún diagnóstico definitivo.

²⁰⁸ Solo 4 nos dan esta respuesta: 3 son de cocaína y alcohol y uno de alcohol.

Ha venido al centro a adquirir tolerancia a la frustración y ser capaz de enfrentarse a los problemas sin alcohol.

36.- A la vista de las conclusiones y resultados de nuestro estudio podemos afirmar que nuestra clasificación, en cinco grupos diagnósticos, que planteamos en el diseño del estudio como un instrumento de trabajo, nos permite dar respuestas más concluyentes y marcar diferencias en los resultados que otras clasificaciones de datos por sustancia única no permitirían. Podemos concluir que esta clasificación nos permite obtener respuestas de más utilidad para la práctica clínica diaria que aquellas fruto de las estadísticas de admitidos a tratamiento en los registros oficiales, que son utilizadas también en los estudios que hemos consultado. Creemos que hay argumentos suficientes para entender que los dependientes de cocaína y alcohol o heroína y cocaína son diferentes de los grupos de heroína, cocaína o alcohol como único diagnóstico y merecen por tanto ser objeto de estudios de grupo específicos.

➤ ***Los criterios de salud de la medicina científica moderna y el concepto de salud y enfermedad de la muestra***

37.- Analizando sus respuestas y sus consideraciones sobre lo que es o no enfermedad, podemos situarlas en el conjunto de criterios de que dispone la medicina científica moderna²⁰⁹ para definir la salud individual. Observamos que concuerdan los criterios objetivos y los subjetivos cuando se tiene un diagnóstico de asma, hiperuricemia (cuando la sintomatología es aguda), meningitis, Fiebres Malta y otras enfermedades crónicas como la hepatitis C o el SIDA. Los pocos que nos mencionan y describen las enfermedades psiquiátricas hablan de problemas de relación con otros y de conducta, que son criterios objetivos conductuales o de índole social.

También podemos incluir a quienes no se consideran “enfermos” del VIH, de hepatitis C o de la B dentro de esos “casos límite” donde resulta “difícil afirmar, aún con criterios objetivos, que una persona está sana o no lo está”²¹⁰, cuando son portadores pero no han desarrollado la enfermedad: no tienen ninguna disfunción o lesión, no les incapacita para llevar su actividad normal y se sienten sanos.

38.- Sin embargo, aparecen contradicciones entre los criterios de salud cuando se trata de su problema adictivo. Si consideramos que una persona está objetivamente sana cuando está “ilesa, normoreactiva, sin causa de enfermedad en su cuerpo, e integrada social y culturalmente”²¹¹ y revisamos los criterios subjetivos podríamos afirmar que, en lo que se refiere a su drogodependencia, en líneas generales los individuos de nuestra muestra no están objetivamente sanos pero sí subjetivamente, porque presentan:

- conciencia de su propia validez (“si quiero puedo”, “tu eliges utilizar drogas” y, para algunos individuos, desde este punto de vista, no es enfermedad);
- bienestar psicoorgánico (incluso en las enfermedades crónicas que padecen y que podemos considerar están en “silencio”; incluso algún individuo nos dice que “no duele nada” y que por eso no es enfermedad)
- no sienten ninguna amenaza vital;

²⁰⁹ LAIN ENTRALGO. (1988). ¿Qué es la salud?. *Jano*, 35, 123-128.

²¹⁰ FRESQUET FEBRER, J.L.; AGUIRRE MARCO, C.P. (2005) *Salut, malaltia i cultura*, Valencia, PUV. En particular en el segundo capítulo “La salut i la malaltia en la medicina científica moderna” pp. 33-51.

²¹¹ FRESQUET FEBRER, J.L.; AGUIRRE MARCO, C.P. (2005) *Salut, malaltia i cultura*, Valencia, PUV. En particular en el segundo capítulo “La salut i la malaltia en la medicina científica moderna” pp. 33-51

- se sienten libres respecto de su propio cuerpo (no es como “otras” enfermedades de índole “física” como el cáncer, los resfriados, o el SIDA)

Porque además, en un medio controlado no presentan la sintomatología propia de su drogodependencia, que fuera de la UDR puede vivirse como enfermedad (con sentimientos de dolor, de pérdidas y sufrimiento físico). Por eso no “caen en la cuenta” a la hora de mencionárnosla como enfermedad, a pesar de que han acudido a este medio específicamente para tratarse de su dependencia. Posiblemente el tratamiento está eliminando la vivencia de enfermedad.

39.- Aunque no nos mencionan ninguna de las enfermedades psiquiátricas que padecen y, como tales, tampoco el abuso o la dependencia de drogas, sí hemos podido objetivar que tienen conciencia de que estas últimas son también enfermedades, reproduciendo explícitamente nuestros criterios objetivos.

Así, los individuos que hemos entrevistado, según los criterios del DSM IV R, son *dependientes* al menos de una sustancia y, todos, están en *remisión temprana completa* - porque llevan más de un mes sin sintomatología- y, en gran parte de ese tiempo, han estado en *entorno controlado*²¹². Desde ese punto de vista también podemos entender por qué cuando les preguntamos qué enfermedades padecen en este momento no nos relaten su problema de dependencia como enfermedad y que nos expliquen después que no la han citado por considerar que ya están en tratamiento por ella y ahora no “está en activo” su sintomatología o los problemas derivados.

Hemos objetivado cómo, en su discurso, muchos de ellos nos relatan los ítems que forman parte de la definición de *abuso* o *dependencia*²¹³ para la medicina científica moderna, en especial cuando intentan explicarnos por qué consideran que la drogodependencia es una enfermedad. Un claro ejemplo lo encontramos en que nos hablan de la pérdida de control sobre el consumo (o su necesidad de “aprender a controlar”); en la conciencia de todos los problemas secundarios que les ha generado el consumo (judiciales, económicos y sociales) a pesar de los cuales no han cesado en el mismo; el deterioro físico y mental que les ha provocado (“te altera el organismo y sus funciones”); o cuando explícitamente relatan que vienen a “curarse”, “llevar vida sana” o “mejorar su salud”. O, como textualmente nos dicen dos de los entrevistados, “se convierte en enfermedad cuando te das cuenta que para hacer tu vida necesitas de eso... te crea una dependencia”. El segundo ejemplo donde se pone de manifiesto la información que han recibido de nuestro sistema sanitario lo encontramos en la respuesta de uno de los paciente: “según la Organización Mundial de la Salud, que dice que la salud es eh... factores psicológicos, sociales, educativos y todo eso... Pues yo creo que sí. Desde ese punto de vista sí soy un enfermo, porque no tengo bienestar”.

40.- Y, finalmente, considerando los criterios socioculturales, podríamos plantearnos si las concepciones populares de la salud y la enfermedad en nuestra sociedad coinciden o no con las de los propios drogodependientes en lo que a las adicciones se refiere. En otros casos, pasados y presentes, las sociedades dejan de considerar enfermedades a las muy frecuentes, o no consideran enfermedades a las que se manifiestan en trastornos de la conducta, o responsabilizan a los enfermos de su propia enfermedad, se compadecen de ellos o los apartan. Aunque la observación ordinaria parece apuntar a una respuesta afirmativa a nuestra pregunta -la mentalidad popular no consideraría enfermedad la

²¹² Las palabras que aparecen en letra cursiva corresponden a las transcripciones literales de las denominaciones que utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR.

²¹³ Los ítems que constituyen los conceptos definitorios de dependencia o abuso en el DSM IV R aparecen transcritos literalmente en el Anexo 6.

adicción y responsabilizaría al dependiente de su adicción, etc....- carecemos de estudios rigurosos que puedan confirmarlo.

41.- También cabe plantear si en nuestra sociedad se está entendiendo el uso recreativo del alcohol y la cocaína como algo que se ajusta a la normalidad. Aunque parece darse por supuesto que así es, carecemos como hemos dicho de estudios amplios y rigurosos sobre las concepciones populares de las adicciones en nuestro medio u otros afines. El hecho de que los dependientes de cocaína y de alcohol acudan más tarde al tratamiento, e incluso así, con menor conciencia de enfermedad que los consumidores de heroína, apunta también en la dirección de que posiblemente nuestra sociedad no considera enfermo al que las utiliza, al contrario de lo que sucedería con el consumidor de opiáceos. Este interrogante podría ser objeto de un estudio social que además permitiría intervenir facilitando un cambio sociocultural necesario de confirmarse las hipótesis: por una parte, que la mentalidad popular perciba el consumo de psicoestimulantes y alcohol como problema y no como pauta de comportamiento “normal” que, guste o no, hay que aceptar y, por otra, que considere la adicción como enfermedad y no como mera elección personal, lo que quizá haya asumido en parte ya en lo que concierne al consumo de heroína.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

ABEIJON, J.A. (1987). Los sistemas en la demanda del toxicómano. Revista: Comunidad y Drogas, 1: 21-33 13 ref.

AGUIRRE MARCO, C.P.(1995). La salud y la enfermedad en la Ribera Alta. En : J.L. Fresquet Febrer, J.L., ed. *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta*, Valencia, IEHDC (Universitat de València - CSIC), pp. 51-130.

AIRA, M.; KAUKANEN, J.; LARIVAARA, P.; RAUTIO, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*. 20(3), 270-5.

AL-ISSA, I. (1992). La investigación psicológica en Argelia: Personalidad anormal. *Boletín de Psicología*, (34): 57-73, 36 REF.

ALBERT SABATER, J.A. (2004). Toma de decisiones en enfermeras de una Unidad de Hospitalización. *Enfermería Científica*, 0 (272-273): 24-35, 28 ref.

ALBIACH CATAL, C.; LLINARES PELLICER, M.C.; PALAU MUÑOZ, C.; SANTOS DIEZ, P. (2000). Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*, 12 (2), 225-234, 37 ref.

- ALCAL CÓRNIDES, M.; GÁLVEZ ALCARAZ, L.; MORENO TORRES, C.; AZAÑAS RUIZ, S. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Revista Medicina de Familia*, 3 (2): 81-87, 17 ref.
- ALVAREZ GIRÓN, M; GARCÁ GIL, C.; SOLANO PARIS, A. (2003). Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. *Atención Primaria*, 31 (8): 514-518, 15 ref.
- ALVAREZ MINGUEZ, M. (1996). Familia y toxicomanía. *RS. Cuadernos de Realidades Sociales*, (47-48), 167-185, 18 REF.
- AMBROSIO FLORES, E. (2003). Vulnerabilidad a la drogadicción. *Adicciones*, 15 (3): 187-190.
- AMOROS RUIZ, E. (1993). Aspectos clínicos de las toxicomanías. *Informaci6n Psicológica*, (53): 12-16, 4 REF.
- APODACA GOROSTIDI, I. (1993). El diagnóstico como elemento crucial en las nuevas perspectivas de tratamiento para toxicómanos: Un modelo integrador. *Revista Española de Drogodependencias*, 18 (4): 253-258, 20 ref.
- ARAQUE SERRANO F.; LOPEZ TORRECILLAS F.; RISCOS CASASOLA M.D. DE LOS; GODOY J.F. (2001). Clima familiar en drogodependientes a opiáceos. *Rev Esp Drogodependencias*, 26 (2): 146-166.
- ARIAS, F.; SANCHEZ, S.; PADÍN, J. (2002). Consumo de drogas y riesgo de recaída en la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 9 (2): 63-67.
- ARIAS HORCAJADAS, F.; SÁNCHEZ ROMERO, S.; PADÍN CALO, J.J. (2002). Influencia del consumo de drogas en las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (2): 65-73, 43 ref.
- ARIAS HORCAJADAS, F.; LOPEZ-IBOR, J.J.; OCHOA MANGADO, E. (1996). Predictores evolutivos en un programa de mantenimiento con naltrexona. *Adicciones*, 8 (4): 479-500, 133 ref.
- ARIAS HORCAJADAS, F.; LOPEZ-IBOR, J.J.; OCHOA MANGADO, E. (1997). Comorbilidad psiquiátrica en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones*, 9 (2): 235-253, 133 ref.
- ARIAS HORCAJADAS, F.; OCHOA MANGADO, E.; ARECHEDERA ARANZADI, J.J. (1996). Problemática legal en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona. *Psiquiatría Pública*, 8 (5): 271-278, 29 ref.
- ARIÑO VIAR, J.; CORDOBA MERINO, S. (1990). Evaluación de un programa de reinserción laboral para exdrogodependientes. *Comunidad y Drogas*, (16): 23-38.
- ARNAL, J.M; FERNANDEZ MARCH, T. (1989) Adolescencia y familia en el toxicómano. *Revista Española de Drogodependencias*, 14(3): 213-216, REF.
- AURIACOMBE, M.; GRABOT, D.; DAULOUEDE, J.P.; VERGNOLLE, J.P.; O'BRIEN, C.; TIGNOL, J. (1994). A naturalistic follow-up study of French-speaking opiate-maintained heroin-addicted patients: effect on biopsychosocial status. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6):565-8.
- AVILA ESCRIBANO J.J.; PEREZ MADRUGA A.; RODRIGUEZ TRECEÑO M. (1990). Influjo de ls antecedentes familiares sobre el perfil del alcoholismo. *Psicopatología* 10 (1): 34-37.

- AYERBE, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; GARCÍA, E.; SANTOS, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Adicciones*, 9 (3), 375-379.
- AYERBE, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; GARCIA, E.; SANTOS, A. (1996). Un estudio sobre la tipología familiar de Cancrini en adictos a la heroína y su relación con el clima familiar. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (33): 25-37, 8 REF.
- BÁGUENA CERVELLERA, M.J. (1995) La enfermedad y su prevención . En : J.L. Fresquet Febrer, J.L., ed. *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta*, Valencia, IEHDC (Universitat de València - CSIC), pp. 33-49.
- BALLESTER AÑÓN, R. (2001). La salud de las mujeres: modelos históricos, saberes y prácticas. *Dossiers feministas*, 5: 51-58.
- BALLESTER AÑÓN, R.; PERDIGUERO GIL, E.; BERNABEU MESTRE, J; BALAGUER Y PERIGÜEL, E. (1990). La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía médica contemporánea. *Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, 10: 193-208.
- BALLESTÍ, J; BARBER, J.; GÓMEZ, X.; GORT, A.M.; MAZARICO, S.; MIGUEL, M.D. (2003). Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 121 (4): 132-133, 10 ref.
- BEAUCAGE, P. (2000). La etnociencia, su desarrollo y sus problemas actuales. *Cuadernos Valencianos de Historia de la medicina y de la Ciencia*. *Cronos*, 3(1) 47-92.
- BOIRA, S.; GAJÓN, I.; USED, P. (2000). Historia personal: Reelaboración y cambio. *Educación Social*. *Revista de Intervención Socioeducativa*, (14): 52-72, 45 Ref.
- BARATAS DIAZ, M.D. (1992). Modelo de intervención en drogodependencias. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (21): 5-15, 16 REF.
- BARRACHINA, J.; SOLER, J.; CAMPINS, M.J.; TEJERO, A.; PASCUAL, J.C.; ALVAREZ, E.; ZANARINI, M.C.; PERER SOLA, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (5): 293-298, 29 ref.
- BARRAZA, P.A. (2004). “Estudio de caso: Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de animo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama”. *Psicooncología*. *Revista Interdisciplinar de Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 1 (1): 165-165, 0 ref.
- BEAUCAGE, P. (2005). “Las yerbas y la « llamada » (tanotsalis). Etnofarmacología de los nahuas de la Sierra Norte de Puebla” En: J.L. Fresquet; C.P. Aguirre *El mestizaje cultural en etnofarmacología : de los saberes indígenas a los científicos*. 5º Coloquio Europeo de Etnofarmacología, Valencia. *Revista de fitoterapia*, 5 (I), pp.27-38.
- BEAUCAGE, P. (2007). Les Garifunas et la forêt. *Les Premières Nations et la forêt* (M. Hébert et S. Wyatt, dir.), numéro thématique de *Recherches amérindiennes au Québec*, Vol 36 (no 1)
- BEAUCAGE, P (2005). Del desarrollo a la globalización. El antropólogo crítico y los otros actores sociales. En *Culturas y desarrollo en el marco de la globalización capitalista*, (Pablo Palenzuela Chamorro et Juan Carlos Gimeno Martín, dir.), Séville, Federación de Asociaciones de Antropólogos del Estado Español/ Asociación de Antropólogos Andaluces/ Fundación El Monte : 53-80.

- BERASATEGUI OTEGUI, A. (1992). La intervención pedagógica en el marco terapéutico. *RS. Cuadernos de Realidades Sociales*, (39-40): 107-114, 4 Ref.
- BERJANO PEIRATS, E. (1990). Factores de riesgo asociados al consumo de drogas entre alumnos de Educación General Básica. *Análisis e intervención social*, 1: 82-88, 5 REF.
- BERNABÉ MUÑOZ,; ESCRIBANO, AGUIR, V. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6): 487-496, 27 ref.
- BERSTEIN, M. (1989). Familia, Drogadicción, Mitología griega y la sagrada Biblia. Un puente entre los enfoques psicoanalítico y sistémico. *Clinica y Analisis Grupal*
Datos-Fuente: 1989, (52): 507-536.
- BOBES, J.; CARREÑO, J.E.; GUTIERREZ, C.E.; SAN NARCISO, G.IL; ANTUÑA, M.J.; DIAZ, T.; FERNÁNDEZ, J.J.; CERCEDA, A.; ALVAREZ, C.E.; MARINA, P.; GARCÍA GARCÍA, M. (2004). Estudio de la efectividad del control del craving con topiramato en pacientes con trastornos por dependencia de sustancias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (5): 299-306, 22 ref.
- BOGANI MIQUEL, E. (1985). *El alcoholismo enfermedad social*. Barcelona: Plaza y Janés.
- BOGANI MIQUEL, E.; CASANOVES CUENCA, E.; ARLANDIS VILLARROYA, A. (1990). Heroínómanos: Hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años. *Revista española de drogodependencias*, 15 (4), 249-253.
- BOGETTO, F.; BELLINO, S.; REVELLO, R.B.; PATRIA, L. (2002). Discontinuation syndrome in dysthymic patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors: a clinical investigation. *CNS Drugs*, 16(4):273-83.
- BOLOGNINI, M.; LAGET, J.; PLAGET, J.; PLANCHEREL, B.; STEPHAN, P.; CORCOS, M.; HALFON, O. (2002). Drug use and suicide attempts: the role of personality factors. *Substance Use & Misuse*, 37(3):337-56.
- BORG, S.E.; STAHL, M. (1982). Prediction of suicide. A prospective study of suicides and controls among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65(3):221-32.
- BROOKE, D.; TAYLOR, C.; GUNN, J.; MADEN, A. (1998). Substance misusers remanded to prison--a treatment opportunity?. *Addiction*, 93(12):1851-6.
- BUENO CAÑIGRAL, F.J.; DURÁN GERVILLA, A.; SANCHIS NOGUERA, B. (1994). La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones. *Revista española de drogodependencias*, 19 (4), 297-310.
- BUENO CAÑIGRAL, F.; GAVIDIA CATALÁN, V. GÓMEZ MOYA, J.; SALAZAR CIFRE, A; SIERES SALA, J.; VALDERRAMA ZURIÁN, J.C. (1995). *Hábitos de salud en la juventud de Valencia*. Valencia: Ayuntamiento.
- BULL, S.S.; PIPER, P.; RIETMEIJER, C. (2002). Men who have sex with men and also inject drugs--profiles of risk related to the synergy of sex and drug injection behaviours. *Journal of Homosexuality*, 42(3):31-51.
- BUQUERAS BACH, F.J. (1996). Perspectica antropológico - existencial de la enfermedad alcohólica. *Informaciones psiquiátricas*, vol 145: 287-298.

- BURKHART, GREGOR. (2001). Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 13 (1): 89-100, 19 ref.
- BUYDENS- BRANCHEY, L.; BRANCHEY, M.; HUDSON, J.; FERGESON, P. (2000). Low HDL cholesterol, aggression and altered central serotonergic activity. *Psychiatry Research*. 93(2):93-102.
- CALAFAT, C.; CORTADA, M.; CHICHARRO, R.; OLMOS, Y. (2002). Una experiencia de trabajo preventivo con familias en riesgo. *Revista de Atención Temprana*, 5 (1): 47-52, 2 ref.
- CALVO CALVO, L. (1993). La razón histórica y las 'otras razones'. Una aproximación a la relación entre Historia y Antropología. *Historia y cultura oral*, 9 Barcelona, pp. 119-136.
- CALVO CALVO, L. "La Antropología Biológica en Cataluña". *Llull*, vol. 13, n.º 25 (Zaragoza, 1990), pp. 321-348.
- CALVO CALVO, L. (1988). Antropología Aplicada. En: Angel Aguirre (coord.). *Diccionario Temático de Antropología*. Barcelona: PPU, pp. 82-88.
- CALVO CALVO, L. (1986). Etnografía y Folklore en Castilla. En: Angel Aguirre (coord.). *La Antropología Cultural en España*. Barcelona: PPU, pp. 241-255.
- CALVO CALVO, L.; MEDINA, M. (2004). Perspectivas socioculturales para un nuevo milenio. Una aportación antropológica desde España. *Anuario de Investigación 2003* (UNICACH-Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, 2004).
- CALVO CALVO, L. (2002). *Memoria del presente. La antropología española en sus publicaciones periódicas*. Madrid: CSIC.
- CALVO CALVO, L. (1993). *Aportacions a la història de l'antropologia catalana i hispànica*. Barcelona: Departament de Cultura, Generalitat de Catalunya.
- CANCRINI, L. (1987). Enfoque relacional en toxicomanías. Introducción. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 0001: 0007-0009, 004 REF.
- CANGRINI, L. (1987). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. *Comunidad y Drogas*, 0001: 0045-0057.
- CÁNDIDO DE OLIVEIRA, C.; SCIVOLETTO, S. (2004). Percepción de los efectos del alcohol y otras drogas en el habla y el lenguaje en consumidores habituales en edad adulta. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 24 (3): 126-131, 30 Ref.
- CANGAS DIAZ, A. J.; OLIVENCIA LORENZO, J.J. (1999) Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas. *Apuntes de Psicología*, 17 (1-2), 109-116, 14 ref.
- CAÑETE, C.; GONZALEZ, J.C.; LEAL, C.; SANJUAN, J.; ECHANOVE, M.J. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: la escala PSYRATS. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (1): 10-17, 29 ref.
- CARBONELL MASIA, C. (1990). Familia, adolescencia y drogas. *Psicopatología*, 10 (4): 195-197.
- CARBONELL MASIA, C.; RIOS RIAL, B. (1984). Familia y drogodependencia.: *Psicopatología*, 4 (3): 221-226, 4 REF.
- CARRASCO PEREZ-MACHADO, F. (1987). Abordajes terapéuticos con la familia del toxicómano. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 0001: 0059-0074.

- CASADO VICENTE, V.; ARALZO PALACIOS, D. (2004). Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 16(3): 225-234, 14 Ref.
- CASELLES PÉREZ, J.F.; CÁMARA CONEJERO, M.L. (1987). La educación para la salud, la prevención de las drogodependencias y diversas disciplinas de pedagogía implicadas. *Anales de Pedagogía. Revista de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación*, 5, 215-236, 43 ref.
- CASULLO, M.M.; CRUZ, M.S.; GONZÁLEZ, R.; MAGANTO, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 16, 2, 109-130.
- CASULLO, M.M.; FERNÁNDEZ, M.; GONZALEZ, R.; MONTOYA, I. (2001). Problemas adolescentes en Iberoamerica. *Psicodebate 2. Psicología, Cultura y Sociedad*, 2: 41-53.
- CECILIA DÍAZ, M.; N.C.; NUBIA ROMERO, M. (2001). Condiciones de vida e inequidad de género en la morbilidad materna. Una mirada desde las gestantes. *Index de enfermería: Gaceta bibliográfica del Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria*, 0 (35): 9-13, 6 ref.
- CELMA VICENTE, M. (2001). Cuidadoras informales en el medio hospitalario. *Revista Rol de Enfermería*, 24 (7-8): 503-511, 23 REF.
- CELMA VICENTE, M. (2003). Cuidadoras Informales y Enfermeras. Su relación dentro del hospital. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (3): 190-198, 24 ref.
- CHAIKELSON, J.S.; ARBUCKLE, T.Y.; LAPIDUS, S.; GOLD, D.P. (1994). Measurement of lifetime alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*. 55(2):133-40.
- CHARRO BAENA, B.; MARTNIEZ DÍAZ, M.P. (1995). *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- CHEN, C.K.; SHU, L.W.; LIANG, P.L.; HUNG, T.M.; LIN, S.K. (1998). Drug use patterns and gender differences among heroin addicts hospitalized for detoxification. *Changeng Yi Xue Za Zhi*, 21(2):172-8.
- CHERACK, S.T.; STOLTENBERG, S.F.; FULLER, B.E.; BLOW, F.C. (2000). Gender differences in the development of substance-related problems: the impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6):845-52.
- CHIGNON, J.M.; LEPINE, J.P.; ADES, J. (1991). Trouble panique et conduites d'alcoolisation. *Encephale*, 17(6):519-23.
- COLELL BRUNET, R.; TIMOTEO LIMONERO, J. (2003). ¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico?. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (2): 92-96, 22 ref.
- COLETTI, M. (1987). La terapia después de la crisis: Reestructuración, separación, reconstrucción. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 0001: 0075-0079.
- COLETTI, M. (1987). Organización de los servicios y formación de trabajadores sociosanitarios. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 0001: 0081-0086.
- COLETTI, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 0001: 0011-0019, 013 REF.

- COLLI, M.; RUBALCABA, C. (2004). Psicoterapia de grupo en adicciones: un modelo ambulatorio para su abordaje. *Clínica y Análisis Grupal*, 26(93): 43-62, 68 Ref.
- CONDE HERNANDEZ, C. (1992). Un modelo de reinserción/inserción integral para jóvenes con problemas de consumo de drogas desde la realidad de un programa en fase de realización. *RS. Cuadernos de Realidades Sociales*, (39-40): 165-188, 12 REF.
- CONSELLERÍA DE SANITAT. Oficina del Plan de Salud. Dirección General para la Salud Pública. (2002). *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001*. Consellería de Sanidad. Oficina del Plan de Salud. Dirección General para la Salud Pública.
- COPELAND, J.; PETERS, R.; DILLON, P. (2000). Anabolic-androgenic steroid use disorders among a sample of Australian competitive and recreational users. *Drug & Alcohol Dependence*, 60(1):91-6.
- CORTES TOMAS M.T.; PASCUAL F.; TORRES HERNANDEZ M.A. (1994). Estudio del alcoholismo en area sanitaria de la comunidad Valenciana. *Adicciones*, 6 (1): 23-50.
- CORTES, M.T.; MAYOR, LL. (2002). Psicología de l'addicció. Col.lecció: Materials 52. Universitat de Valencia.
- CRESPO, J.A.; MARTÍN, S.; AMBROSIO, E. (2001). Neuroadaptaciones en los sistemas Glutamatérgico y Dopaminérgico durante la abstinencia de la cocaína. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 13 (1): 7-16, 30 ref .
- CRIADO DEL RIO, M.; CASTELLANO ARROYO, M.; SANCHEZ BLANQUE, A. (1990). Características del medio familiar de los menores institucionalizados, delincuentes y no delincuentes. *Psicopatología*, 10 (1): 7-10, 11 REF.
- CROCCE P.A. (1994). Familia del consumidor. *Vertex*, 5 (15):33-35.
- CUADRADO CALLEJO, P. (1998). Evolución de la dependencia alcohólica en tratamiento. Factores predictivos en un seguimiento de 5 a 7 años. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 10 (4): 335-341, 31 REF.
- CUEVAS BADENES, J.; SANCHÍS FORTEA, M. (2000). *Tratado de alcoholología*. Dupont Pharma.
- DANSKY, B.S.; SALADIN, M.E.; COFFEY, S.F.; BRADY, K.T. (1997). Use of self-report measures of crime-related posttraumatic stress disorder with substance use disordered patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5):431-7.
- DAEPPEN, J.B.; SMIH, T.L.; DANKO, G.P.; GORDON, L.; LANDI, N.A.; NUMBERGER, J.I.; JR BUCHOLZ, K.K.; RAIMO, EL; SCHUCKIT, M.A. (2000). Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 35(2):171-5.
- DARIAS CURVO, S.; GARCÍA HERNANDEZ, A.M. (2003). Conceptos del anciano sobre la muerte. *Gerokomos Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico*, 14 (2), 74-79, 23 ref.
- DAVIS, J.R.; TUNKS. E. (1990-91). Environments and addiction: a proposed taxonomy. *International Journal of the Addictions*. 25(7A-8A):805-26.

- DEMAS, P.; SCHOENBAUM, E.E.; WILLS, T.A.; DOLL, L.S.; KLEIM, R.S. (1995). Stress, coping, and attitudes toward HIV treatment in injecting drug users: a qualitative study. *AIDS Education & Prevention*, 7(5), 429-42.
- DESLAND, M.; BATEY, R. (1990). Criminality of heroin users presenting to an Australian hospital-based drug and alcohol unit. *British Journal of Addiction*, 85(6):795-801.
- DIAZ FERNANDEZ, O.; SANABRIA CARRETERO, M.A.; SANABRIA CARRETERO, P. (1993). Resistencia al tratamiento en familias con toxicómanos. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 5 (2): 163-170, 28 REF.
- DIAZ FERNANDEZ, O.; SANABRIA CARRETERO, M.; SANABRIA CARRETERO, P. (1992). Terapia familiar con toxicómanos. Principales enfoques y eficacia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (19): 17-27, 24 REF.
- DIEGUEZ SANCHEZ, J.; SERRANO PRIETO, F.; CARRANZA ALMANSA, I.; VELASCO, M. (1995). Perfil clínico y psicosocial de drogodependientes con inmunodeficiencia. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 30 (3): 227-233, 5 REF.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A AL DEPENDENCIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. Tablas de datos correspondientes a admisiones a tratamiento en 1999 y 2001. No publicado.
- DONALD RIVERA, M. (1989). Familia, juventud y droga. *Sociología de la familia*, (13): 223-246, 15 REF.
- DSM-IV-TR *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2005). Masson, S.A.
- DUFOUR, M.H.; NADEAU, L. (2001). Sexual abuse: a comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence & Victims*, 16(6):655-72.
- DURAN GERVILLA, A.; BUENO CAÑIGRAL, F.J. (1994). *Familia y drogodependencias*. Valencia: Ayuntamiento. Concejalía de Salud y consumo. PMD
- EQUIPO SURGAM. (1993). La familia en desventaja. *Surgam. Revista de Orientación Psicopedagógica*, (432): 27-63, 50 REF.
- ESCOBAR RABADAN, F.; LÓPEZ TORRES, J.; MARTINEZ RAMIREZ, M.; GALDÓN BLESA, P. ; GÓMEZ HONRUBIA, M.C.; GARCÍA, D. (2003). Detección de bulimia nerviosa en las consultas de Atención Primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (3): 129-132, 22 ref.
- ESCRIB AGUIR, V.; BERNABÉ MUÑOZ, A. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5): 595-604, 27 ref.
- ESCUDERO, M. (1996), Niños olvidados. *RTS. Revista de Trabajo Social*, (143): 104-114, 10 REF.
- ESCUDERO CARRANZA, V.; LOPEZ LARROSA, S. (1994). Interacción familiar y salud. *Infancia y Sociedad*, (24): 175-200, 76 REF.
- EPELE, M. (2005). Jóvenes y drogas: neoliberalismo, exclusión social y olvido. *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, (33): 131-150.

- ESEL, E.; KOSE, K.; TURAN, M.T.; BASTRK, M.; SOFUOGLU, S.; ASLAN, S.S.; YABANOGLU, I.; GONUL, A.S.; YAZICI, C. (2002). Monoamine oxidase-B activity in alcohol withdrawal of smokers: is there any relationship with aggressiveness?. *Alcohol & Alcoholism*. 37(3):272-6.
- ESPINA, A. (2000). Alexitimia y duelo crónico. Factores de riesgo del consumo de drogas. *Clinica y Análisis Grupal*, 22 (83): 115-130, 85 ref.
- ESPINA, A.; AYERBE, A.; PUMAR, B.; GARCIA, E. (1996). La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 8 (2): 203-217, 48 REF.
- ESPINA EIZAGUIRRE A.; FERNANDEZ GOMEZ C. (1996). Estudio descriptivo sobre características familiares en una muestra de Proyecto Hombre. *Rev Esp Drogodependencias*, 21 (2): 109-118.
- ESPINA BARRIO, J.A. (1997). La intolerancia y la familia del adicto. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (34): 31-37, 10 REF.
- ESPINA EIZAGUIRRE, A.; GARCIA MARTIN, E. (1993). Factores pronósticos de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos, una revisión. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 5 (2): 185-204, 73 REF.
- FACY, F.; RABAUD, M.; ANDRY, M. (2003). Women pregnancy and methadone treatment. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 15 (3): 273-284, 15 ref.
- FAVA VIZZIELLO, G.; SIMONELLI, A. (1999). Experiencia clínica y de investigación con madres toxicómanas y sus hijos. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 11 (2): 159-169, 23 REF.
- FAVA VIZZIELLO, G.; SIMONELLI, A.; PETEN, I. (2000). Representaciones maternas y transmisión de los factores de riesgo y protección en hijos de madres drogodependientes. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 12 (3): 413-424, 43 ref.
- FENDRICH, M.; MACKESY-AMITI, M.E.; WISLAR, J.S.; GOLDSTEIN, P. (1997). The reliability and consistency of drug reporting in ethnographic samples. *NIDA Research Monograph*. 167:81-107.
- FERGUSON, D.M.; HORWOOD, L.J.; LYNSKEY, M. (1994). The childhoods of multiple problem adolescents: a 15-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 35(6):1123-40.
- FERNÁNDEZ GÓMEZ, C. (2003). Características de los consumidores de drogas recreativas en España y otros países europeos. *Adicciones* 15 (2): 233-259.
- FERNANDEZ, M.; MANRIQUE, RAFAEL; PASCUAL, C.; VALLEJO, J.A. (1991). Relaciones familiares y drogadicción. Una hipótesis de trabajo. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 3 (1): 7-21, 15 REF.
- FERNANDEZ, M.A.; VICENTE, I. (1988). Una experiencia de trabajo social de grupo con familiares de toxicómanos. *RTS. Revista de Trabajo Social*, (111): 84-90, 7 REF.
- FERNANDEZ MARCH, T. (1986). El psicodrama psicoanalítico aplicado al tratamiento de toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica. *Drogalcohol*, 11 (1): 25-29, 6 REF.
- FERNANDEZ MARCH, T.; BAYARRI LLOBAT, M.; GOMEZ MOYA, J. (1988). La función de la acogida y la selección en el tratamiento de pacientes toxicómanos en

régimen de comunidad psicoterapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 (1): 53-56, 9 Ref.

FERNANDEZ MIRANDA, J.J.; DIAZ SUAREZ, J.; GONZALEZ GARCIA-PORTILLA, M.P.; BOBES GARCIA, J. (1994). Perfil de la población drogodependiente en un programa de mantenimiento con metadona en Asturias. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 6 (1): 61-72: 38 REF.

FERNANDEZ MIRANDA, J.J.; GONZALEZ, G.; PORTILLA, M.P.; SAIZ MARTINEZ, P.A.; GUTIERREZ CIENFUEGOS, E.; BOBES GARCIA, J. (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 11 (1): 43-52, 32 ref.

FLORES, M.L.; CAÑO CABALLERO, J.L.; CARACUEL, A.; CASTILLO, A.; MEZCUA, A.; OSORIO M.V.; VEGAS, S. (2002). La calidad de vida de los acompañantes. *Index de enfermería: Gaceta bibliográfica del Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria*, 0 (38): 18-22, 20 Ref.

FLORES PALACIOS, F.; LEYVA FLORES, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45 (Supl.5): 624-631, 20 ref.

FLORES SARAZUA, E.; BORDA MAS, M.; PÉREZ SAN GREGORIO, M.A. (2005). AIDS and social exclusion: personality features or adaptive behaviors?. *Spanish Journal of Psychology*, 8(1):45-55.

FREIXA, F. (1996). *La enfermedad alcohólica : modelo sociobiológico de trastorno comportamental*. Barcelona: Herder

FRESQUET FERRER, J.L. (1994). *Guía para la realización de trabajos de folkmedicina y otros sistemas médicos*. Valencia. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universitat de València- C.S.I.C.

FRESQUET FERRER, J.L. (1995). *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta*. Valencia. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia.

FRESQUET FEBRER, J.L. ; AGUIRRE MARCO, C.P. (2005). *Salut, malaltia y cultura*. Valencia PUV.

FRESQUET, J.L.; TRONCHONI, J.A.; FERRER, F.; BORDALLO, A.(1994) *Salut, malaltia i terapèutica popular. Els municipis riberencs de l'Albufera*. Ajuntament de Catarrosa.

FRY, C.; FOX, S.; RUMBOLD, G. (1999). Establishing safe injecting rooms in Australia: attitudes of injecting drug users. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 23(5):501-4.

GALA, F.J.; LUPIANI, M.; DIAZ, M.; GUILLEN, C.; BAS, P.; PAUBLETE, M.C.; MARTINEZ, J.M.; CANO, M.; DAVILA, J.M.; PALENZUELA, F. (1997). Infección por V.I.H. y seropositividad en nacidos/as de adictas a drogas por vía parenteral (ADVP). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (41): 50-58, 37 REF.

GALLEGOS DIAZ, J.J.; CARRION RAMIREZ, A.L. (1987). Terapia en la familia y terapia de la familia en pacientes toxicómanos, 8 (1): 59-66, 14 REF.

GAMELLA, J.F.; ALBA, M.; QUESADA GARRIDO, A.; PEREZ MORALES, M. (1999). En sus propias palabras. Historia de tres abuelas gitanas. *Demófilo. Revista de Cultura Tradicional de Andalucía*, (30): 233-276.

GARCIA LOPEZ, A.; EZQUIAGA, E. (1992). Indicadores pronóstico en la evolución a los seis meses de un grupo de 94 drogodependientes atendidos en un centro de salud mental. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19 (1): 26-34, 26 REF .

GARCIA LOPEZ, A.; EZQUIAGA TERRAZAS, E. (1991). Estudio clínico-descriptivo por sexos de una muestra de 433 drogodependientes. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 3 (4): 349-357, 15 REF.

GARCIA LOPEZ, A.; EZQUIAGA TERRAZAS, E. (1991). Estudio descriptivo de una muestra de 433 drogodependencias que acudieron a un centro de salud mental. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 3 (2): 167-180, 33 REF.

GARCÍA LUENGO, O.; PÉREZ PICO, S. (2000). Dos miradas paralelas a la realidad sociolaboral de la juventud española. *Sociología del Trabajo*, (40): 79-92, 9 ref.

GARCIA MARTINEZ, J.L; DIAZ NAVARRO, C.; ARANDA ROMERO, J. A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*, 9 (1): 83-92, 42 REF

GARCIA MAS, M.P. (1985). La juventud y el consumo de drogas. *Revista de Estudios de Juventud*, (17): 39-62, 9 REF.

GARCIA MAS, M.P.; VALDEON GOMEZ, E. (1982). Estudio del consumo de productos cannabicos entre escolares. *Psicopatología*, 2 (3): 229-250.

GARCIA-MEDINA, P. (1992). El estudio de los predeterminantes y la metodología de análisis en la prevención de las adicciones. *Síntesis*, (25): 69-91, 38 REF.

GARCIA NATAL, R.; SEBASTIAN ESTEBARANZ, P. (1995). Experiencia grupal con familiares de drogodependientes en tratamiento. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8): 161-167.

GARCIA NIETO, N.; CARBALLO, R.; FERNANDEZ DIAZ, M.J. (2003). La transversalidad curricular, una década después. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 14 (2), 63-80, 70 ref.

GARCÍA PINDADO, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis*, 10: 39-48.

GARCÍA-PORTILLA, M.P.; BASCARÁN, M.T.; SÁIZ, P.A.; MATEOS, M.; GONZALEZ QUIRÓS, M.; PÉREZ, P.; ÁVILA, J.J.; TORRES, M.A.; BOMBÍN, B.; CASO, C.; MARÍN, R.; PRIETO, R.; BOBES, J: (2005). Efectividad de la venlafaxina en el tratamiento de la dependencia de alcohol con depresión comórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (1): 41-45, 29 ref.

GARCÍA RODRIGUEZ, O.; SECADES VILLA, R.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.; CARBALLO CRESPO, J.L.; ERASTI, PEREZ, J.M.; AL-HALABI DIAZ, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. *Adicciones*, 17 (1), 33-42, 24 ref.

GARCIA-RODRIGUEZ, J.A.; ALBEIN, W.; SEVILLA, F.T. (1993). Percepción del profesorado de E.G.B. de la prevención escolar en drogodependencias. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 5 (1): 39-51, 14 REF.

GARCIA RODRIGUEZ O.; SECADES VILLA R.; FERNANDEZ HERMIDA J.R.; CARBALLO/ CARBALLO CRESPO J.L./ ERRASTI PEREZ J.M./ AL-HALABI DIAZ S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el Europ-ASI. *Adicciones*, 17 (1):33-42.

GARCÍA USIETO, E.; DIEZ MANRIQUE, J.F.; PEÑA MARTÍN, C.; VÁZQUEZ BARQUERO, J.L. (1992). Variables sociofamiliares con el consumo de alcohol. *Actas Luso- Españolas de Neurología Psiquiátrica y Ciencias afines*, 5/20, 201-207.

GALIANA, R. (1997). *Tratamientos no convencionales en la artrosis. Un estudio de campo en el Centro de Salud de la calle Useras de Castellón*. Castellón, manuscrito.

GAMO MEDINA, E.; GARCIA ESLAVA, S.; GUIMILLO ASENSIO, J.; PAZOS PEZZI, P. (1983). Anotaciones a la clínica de la modera dependencia de opiáceos, "heroína". *Clínica y Análisis Grupal*, (33): 237-252, 23 REF.

GASSULL, M.A. y col. (1978). *La enfermedad alcohólica*. Químicos Unidos, S.A.

GIL, A.M.; PASCUAL, A.; POLO, LL. (1987). Una experiencia de intervención en grupos de familiares de drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*

Datos-Fuente: 1987, 12 (3): 193-195, 1 REF.

GIL CARMEN, E.; CALAFAR FAR, A. (2004). El papel de la familia en el uso recreativo de drogas. RELación entre estructura familiar, comunicación/control familiar y consumo de cannabis. *Vínculos*, 9: 3.

GIL GARCÍA, E.; ROMO AVIL, S.; POO RUIZ, M.; MENESES FALCÓN, C.; MARKEZ ALONSO, I.; VEGA FUENTE, A. (2005). Genero y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35 (8): 402-402, 0 ref.

GIRALT VIDAL, J. (1988). Abordaje de la terapia familiar o intervención familiar desde el trabajo profesional del delegado de asistencia. *Menores*, (11-12): 58-100, 13 REF.

GIRON GARCIA, S.; GAVIRA FERNANDEZ, C.; O'FERRAL GONZALEZ, C.; CRESPO BENITEZ, J. (1996). Severidad de la adicción y seropositividad a VIH en una muestra de heroínómanos. Intus. *Revista de las Unidades Docentes de Psicología Médica*, 7 (2): 79-98, 25 ref.

GOLDSTEIN, R.B.; MCAVAY, G.J.; NUNES, E.V.; WEISSMAN, M.M. (2000). Maternal life history--versus gestation-focused assessment of prenatal exposure to substances of abuse. *Journal of Substance Abuse*. 11(4):355-68.

GÓMEZ MOYA, J. (2000). Alcoholismo y otras toxicomanías, una mirada al pasado para comprender el presente. *Revista de Treball Social*, 159 : 45-64.

GÓMEZ MOYA, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17: 83-98.

GÓMEZ MOYA, J. (2000) El alcoholismo femenino: una aproximación cualitativa. *Revista Española de Drogodependencias*, 25(4): 424-451.

GÓMEZ MOYA, J. (2005). El alcoholismo femenino: Una perspectiva profesional. *Servicios Sociales y Política Social*, 72.

GÓMEZ MOYA, J. (2005). *El alcoholismo femenino. Una perspectiva sociológica*. Ediciones Octaedro-Rialla.

- GOMEZ MOYA, P. (1988). Programa de intervención social en las diferentes alternativas terapéuticas para toxicómanos. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 (4): 287-300, 19 REF.
- GOMEZ SANABRIA, A.; GALA LEON, F.J.; LUPIANI GIMENEZ, M.; GUILLEN GESTOSO, C. (2000). Drogas y salud familiar. *Rev Española de Drogodependencias*, 25 (3): 279-300.
- GOMIS, J. (1984). Reflexiones sobre las drogas. *Cuadernos de Orientación Familiar*, (94): 59-64.
- GONZALEZ CAMPA, J.M. (1990). La problemática de la drogadicción en España (Parte II). *Phronesis*, 11 (5): 179-206.
- GONZALEZ DURO, ENRIQUE; GUARDIA MOLINA, J.; CARAZO MONTIJANO, J.C.; ARJONILLA RICO, R. (1984). Consumo de drogas y alcohol en la provincia de Jaén. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 19 (1): 59-73.
- GONZALEZ GONZALEZ, E. (2000). Desarrollo en la adolescencia. Problemática en el desarrollo de esta etapa. *Surgam. Revista de Orientación Psicopedagógica*, (464): 45-54, 30 ref.
- GONZALEZ GONZALEZ, E. (2000). Factores de Riesgo de Desamparo Social. Sujetos en conflicto social. *Surgam. Revista de Orientación Psicopedagógica*, (465): 41-63, 31 ref.
- GONZALEZ MENÉNDEZ, A. (2003). El papel de la familia: factores de riesgo para el consumo de drogas. Proyecto: *Revista de la Confederación Proyecto Hombre*, 47: 27-38.
- GONZALEZ MENÉNDEZ, R. (2000). Comparación de 25 toxicómanos cubanos y 25 extranjeros hospitalizados. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 12 (2): 289-292, 17 ref.
- GONZÁLEZ, R.; SOLER, E.; FERRER, V.A.(2002). Inventario de percepción y creencias de dolor: Análisis factorial confirmatorio. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 14, 2, 119-136.
- GONZÁLEZ, R.; MONTOYA, I.; CASULLO, M.M.; BERNAVEU, J.(2002). Relación entre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicotema* 14 (2): 363-368.
- GONZALEZ RODRIGUEZ, A. (2001). El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. *Enfermería Científica*, 0 (234-235): 33-39, 13 ref.
- GONZALEZ SAIZ F.; SALVADOR CARULLA L.; MARTINEZ DELGADO J.M.; LOPEZ CARDENAS A.; RUZ FRANZI I.; GUERRA DIAZ D. (2002). Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la entrevista clínica Addiction Severity Index (ASI). En: IRAURGI CASTILLO, I.; GONZALEZ SAIZ, F. *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Madrid, Aula Médica. Pp. 271-307.
- GONZALEZ-SAIZ, F.M.; SALVADOR CARULLA, L.; MARTINEZ DELGADO, J.M.; LOPEZ CARDENAS, A.; RUZ FRANZI, I.; GUERRA DIAZ, D. (1997). *Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos: Versión Española de la entrevista clínica "Opiate Treatment Index": Manual*. Cadiz, Universidad, Servicio de Publicaciones.

- GONZALEZ VIEJO, M.A.; HERNÁNDEZ MORCUENDE, M.I. (2001). Importancia del perfil psicológico para la rehabilitación de la elongación ósea de las extremidades inferiores en la Acondroplasia. *Rehabilitación*, 35 (4): 235-241.
- GORWOOD, P.; BATEL, P.; GOUYA, L.; COURTOIS, F; FEINGOLD, J.; ADNES, J. (2000). Reappraisal of the association between the DRD2 gene, alcoholism and addiction. *Eur Psychiatry*, 15(2):90-6.
- GRAÑA GOMEZ, J.L.; BARRON LOPEZ DE RODA, A. (1990). Intervención psicosocial familiar en la adicción a la heroína. *Análisis e Intervención Social*, 1: 76-82, 20 REF
- GRAÑA GOMEZ, J. L.; GARCIA ALVAREZ, A. (1990). Reinserción Social. *CAS. Cuadernos de Acción Social*, (21-22): 154-161.
- GRAÑA GOMEZ, J.L. (1989). Modelo de intervención psicosocial comunitarios en drogodependencias. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7 (3): 221-240, 72 REF.
- GREEN C.A.; POLEN, M.R.; LYNCH F.L.; DICKINSON, D.M.; BENNETT M.D. (2004). Gender differences in outcomes in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Addictive Diseases*. 23(2):47-70.
- GRIJALVO, J.; INSFA, P.; LLEDÓ, M. (2001). Nuevos conceptos, nuevo discurso: talleres de consumo de menos riesgo. *Trastornos Adictivos*, 3 (1), 111-120, 21 ref.
- GUAL GARCIA, P.; ZAPATA GARCIA, R. (1994). Aspectos genéticos de la anorexia nerviosa. *Estudios de Pedagogía y Psicología*, (6): 87-108, 55 REF.
- GUARDIA SERECIGNI, J.; MATEOS MOSQUERA, M.L. (1983). Estudio clínico en adictos a la heroína. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10 (5): 277-308, 26 REF.
- GUERRA DIAZ D. (1999). Índice de severidad de la adicción: Manual de Instrucciones 5º edición. En: DELGADO BUENO, S.; TORRECILLA JIMENEZ, J.M.; CABRERA FORNEIRO, J.. *Medicina Legal en Drogodependencias*. Madrid. Agencia Antidroga. p. 147-205
- GUREJE, O.; MAVREAS, V.; VAZQUEZ-BARQUERO, J.L.; JANCA,A. (1997). Problems related to alcohol use: a cross-cultural perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21 (2), 199-211.
- GURPEGUI, M. (1989). Factores implicados en la adicción de opiáceos. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 24 (3): 183-191, 35 REF.
- GUTIERREZ CIENFUEGOS, E.; SAIZ MARTINEZ, P.; GONZALEZ GARCIA-PORTILLA, M.P.; FERNANDEZ MIRANDA, J.J.; IGLESIAS GARCIA, C.; BOBES GARCIA, J. (1998). Definición del perfil de buen respondedor a los programas de mantenimiento con naltrexona. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 10 (4): 321-333, 47 ref.
- GUTIERREZ, E.; SÁIZ, P.A.; GARCÍA, N.; FERNÁNDEZ, P.; GONZALEZ, M.P. FERNÁNDEZ, J.J.; BOBES, J. (2001). Evolución de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroínómanos. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 13 (1): 51-60, 32 ref.
- GUTIERREZ CIENFUEGOS, E.; SAIZ MARTINEZ, P.; GONZALEZ GARCIA-PORTILLA, P.; FERNANDEZ MIRANDA, J.J.; BOBES GARCIA, J. (1998).

- Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos en tratamiento con agonistas vs antagonistas. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 10 (2): 121-129, 47 ref.
- HAGUE, W.H.; DONOVAN, D.M.; O'LEARY, M.R. (1976). Personality characteristics related to treatment decisions among inpatient alcoholics: a non-relationship. *Journal of Clinical Psychology*. 32(2):476-9.
- HARDESTY, M.; BLACK, T. (1999). Mothering through addiction: a survival strategy among Puerto Rican addicts. *Qualitative Health Research*. 9(5):602-19.
- HARTWELL, S.W. (1998). Treatment-seeking patterns of chronic recidivists. *Qualitative Health Research*. 8(4):481-94.
- HATTERED, L.J. (1982). The addictive process. *Psychiatric Quarterly*. 54(3):149-56.
- HEATHER, N. (1999). Más allá del alcoholismo: perspectivas actuales de la adicción al alcohol y sus problemas. *Adicciones*, 2 (11): 171-181.
- HEILING, S.M.; DILLER, J.; NELSON, F.L. (1982). A study of 44 PCP-related deaths. *International Journal of the Addictions*. 17(7):1175-84.
- HERNANDO SANZ, F. (1990-1991). La geografía del crimen y la delincuencia: Orientaciones para la investigación de la delincuencia en el medio urbano. *Boletín de la Real Sociedad Geográfica*, 126-127: 41-65, 71 REF.
- HERRERO YUSTE, M.N. (1999). La intervención en drogodependencias desde el ámbito municipal. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 11 (2): 87-90.
- HILL, E.M.; CHOW, K. (2002). Life-history theory and risky drinking. *Addiction*. 97(4):401-13.
- HILLEMAND, B. (1999). L'alcoolisme est-il une maladie?. *Alcoologie*, 2/21: 309-315
- HILTUNEN, A.J.; KOECHLING, U.M.; VOLTAIRE-CARLSSON, A.; BORG, S. (1996). Sub-populations of alcohol-dependent patients: differences in psychological functioning between high- and low-frequency alcohol consumers. *Alcohol & Alcoholism*. 31(4):429-38.
- HINDLER, C.; KING, M.; NAZARETH, I.; COHEN, J.; FARMER, R.; GERADA, C. (1996). Characteristics of drug misusers and their perceptions of general practitioner care. *British Journal of General Practice*, 46(404); 149-52.
- HIRO, H.; SHIMA, S. (1996). Availability of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for a complete health examination in Japan. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 31(5):437-50.
- HOFFMAN, R.E.; ESPOSITO, R.; ROSEN, M.; ROCKHOLZ, P. (1997). Recurrent personal memories during intoxication reported by patients with alcoholism. *Psychological Medicine*, 27(6):1441-6.
- HOMYKIEWICZ, O. (1985). The life history of brain dopamine. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 97(8):350-4.
- HOYUELOS, R. (1987). Enfoque relacional en toxicómanos. Bibliografía. *Comunidad y Drogas. Monografías*, (1): 105-108.
- HUALDE URRALBURU, G. (1990). Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. *Comunidad y Drogas. Monografías*, (10): 75-97, 24 REF.

HURIWAI, T.; SELLMAN, J.D.; SULLIVAN, P.; POTIKI, T. (1998). A clinical sample of Maori being treated for alcohol and drug problems in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 111(1064):145-7.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES. (1987). Información y sugerencias para padres y educadores sobre el cuidado y prevención de la drogodependencia juvenil. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, (14): 396-404, 3 REF.

IRAURGI CASTILLO, I.; SANZ VÁZQUEZ, M.; MARTINES PAMPLIEGA, A. (2004). Family functioning and addiction severity in persons that request treatment. *Adicciones*, 16(3), 185-195, 55 Ref.

IRURITA BERTOLO, I.M. (1993). La intervención psicoterapéutica, mediante el análisis transaccional en un centro de tratamiento de las drogodependencias, en régimen abierto. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, (29): 1177-1182.

ISHAK, K.G.; ZIMMERMAN, H.J.; RAY, M.B. (1991). Alcoholic liver disease: pathologic, pathogenetic and clinical aspects. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 15(1):45-66.

JACOBS, A.M.; GHODSE, A.H. (1987). Depression in solvent abusers. *Social Science & Medicine*, 24(10):863-6.

JAUREGUI PRESA, i; TEJEDOR ALONSO, M.A. (2004). Asma y factores psicosociales. *Alergología e Inmunología Clínica*, 19 (3): 101-109, 60 ref.

JIMENEZ FILLOY, J.L.; REVUELTA BRAVO, A. (1991). La familia del toxicómano: Un estudio comparativo. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 3 (2): 133-140, 20 REF.

JIMENEZ, L.; SÁIZ, P.A.; GUTIERREZ, E.; BASCARNA, M.T.; CARREÑO, E.; GONZALEZ-QUIRÓS, M.; GONZALEZ, M.P.; BOBES, J. (2000). Valoración transversal tras quince años en una muestra de adictos a opiáceos en Asturias. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 12 (4): 507-513, 28 ref.

JIMENEZ TALLÓN, M.A. (2001). La adicción a grupos coercitivos y su evaluación. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, (22): 49-65.

JIMENEZ FILLOY, J.L.; REVUELTA BRAVO, A. (1991). La familia del toxicómano: un estudio comparativo. *Adicciones*, 3 (2), 133-140, 20 REF.

JORGE HARB, J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4): 364-368.

JORQUEZ, J.S. (1984). Heroin use in the barrio: solving the problem of relapse or keeping the tecato gusano asleep. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 10(1):63-75.

KALINA, E. (1988). Criterios de prevención primaria a partir de la experiencia clínica con pacientes adictos. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 (1): 11-16, 5 REF.

KALINA, E. (1985). La familia del drogadicto: 15 años de experiencias. *Drogalcohol*, 10 (4): 161-170.

KALINA, E. (1985). La familia del drogadicto: 15 años de experiencias. *Clínica y Análisis Grupal*, (37): 380-397.

KALINA, E. (1986). La familia elige un actor. *Información Psicológica*, (28): 34-37.

- KEENAN, C.K.; EL-HADAD, A.; BALIAN, S.A. (1998). Factors associated with domestic violence in low-income Lebanese families. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 30(4):357-62.
- KLEE, L.; AMES, G. (1987). Reevaluating risk factors for women's drinking: a study of blue-collar wives. *American Journal of Preventive Medicine*. 3(1):31-41.
- KLINGEMANN, H.K. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*. 86(6):727-44.
- KOMURA HOGA, L.A. (2003) Una mirada cultural a la asistencia prestada en una casa de parto de Osaka-Japón. *Index de enfermería: Gaceta bibliográfica del Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria*, 12 (43): 18-22, 13 ref.
- KOOS, E.L. (1954). *The Health of Regionville*, New York, Columbia University Press.
- KOPELMAN, M.D. (1994). The Autobiographical Memory Interview (AMI) in organic and psychogenic amnesia. *Memory*, 2(2):211-35.
- KORNBLIT, A.; CORTAZZO, I; FRANKEL, D.; BILYK, A. (1988). Detección de familias vulnerables a la drogadicción y estrategias de intervención pertinentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 (3): 193-205, 18 REF.
- KURAS DE MAUER, S.; RESNIZKY, S. (1987). El acompañante terapéutico en las adicciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 12 (3): 183-191, 9 REF.
- KUSCHICH, I. (1995). *Medicina popular en España*. Madrid. Siglo XXI España editores.
- LACOSTE MARIN, J.A.; GALLO VALLEJO, M. (1991) La embarazada toxicómana ante el SIDA. Conomientos y actitudes. *Adicciones*, 3 (2), 141-151, 14 REF.
- LAFUENTE LOPEZ, R. (1984). Nuestra experiencia en el tratamiento de drogodependencias en el servicio de psiquiatría de un hospital general. *Informaciones Psiquiátricas*, (98): 393-398, 1 REF.
- LAIN ENTRALGO, P. (1983). *La relación médico enfermo*. Madrid. Alianza Editorial.
- LAIN ENTRALGO, P. (1982). *El diagnóstico médico*. Barcelona. Salvat.
- LAIN ENTRALGO, P. (1988). ¿Qué es la salud?. *Jano*, 35, 123-128.
- LANDABASO VAZQUEZ, M.A. (1997). A propósito de la responsabilidad en el tratamiento de pacientes adictos. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 9 (1): 79-85, 21 REF.
- LANDABASO VAZQUEZ, M.A.; GARCIA CUASANTE, T.; SANZ ETXEBERRIA, J.; SANCHEZ CEREZO, V. (1987). Abordaje del paciente toxicómano desde una experiencia ambulatoria. *Revista Española de Drogodependencias*, 12 (3): 177-181, 9 REF.
- LANDABASO VAZQUEZ, M.A.; SANZ ETXEBERRIA, J.; GARCIA CUASANTE, T.; SANCHEZ CEREZO, V. (1987), La toxicomanía como síntoma: Elección, función y mantenimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (23): 591-596, 18 REF.
- LARGER BRANCOLINI, F.; LÓPEZ MONTORO, F. (2002). *Manual de drogodependencias para profesionales de la salud*. Barcelona: Librería Universitaria.

- LARKINS, S.; REBACK, C.J.; SHOPTAW, S.; VENIEGAS, R. (2005). Methamphetamine-dependent gay men's disclosure of their HIV status to sexual partners. *AIDS Care*, 17(4):521-32.
- LAUBER, C.; EICHENBERGER, A.; LUGINBUHL, P.; KELLER, C.; ROSSLER, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 18(6):285-9.
- LAVESQUE, L. (2003). El gesto enfermero ante las personas afectadas por déficit cognitivos. "Y si la relación de acompañamiento fuera la expresión?". *Gerokomos. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico*, 14 (1): 7-17, 31 ref.
- LOPEZ DE DICASTILLO, O.; CHEUNG, P. (2004). La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia. *Enfermería Clínica*, 14 (2): 83-83, 0 ref.
- LOPEZ ESCAMILLA, I. (1999). *Alimentación, enfermedad y tratamientos no convencionales en una muestra de población drogodependiente en la Comunidad Valenciana*. Trabajo de investigación en doctorado del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia, (Curso académico 98-99). No publicado.
- LOPEZ FERNANDEZ, M.F. (1997). La relación de ayuda en la comunidad terapéutica. Surgam. *Revista de Orientación Psicopedagógica*, (448): 19-51, 30 REF.
- LOPEZ PIÑERO, J.L. (1973). *La salud y la enfermedad*. Barcelona, Salvat.
- LÓPEZ PIÑERO, J.L. (1989). *Lecciones de Historia de la Medicina*. Valencia. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia.
- LÓPEZ PIÑERO, J.L.; TERRADA, M.L. (1993). *La información científica en medicina y sus fuentes*. Valencia. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia.
- LORA CEREZO, N.; RUIZ MORAL, ROGER; JIMENEZ LUQUE, J.M.; PERULA DE TORRES, L.A.; VICENTE RUEDA, J.; RODRIGUEZ LOPEZ, F. DE C. (1996). Prevalencia de consumo de drogas entre los escolares de B.U.P. de Cordoba. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 8 (2): 219-234, 44 REF.
- LOSADA GIL, M.J.; MARQUEZ CAMPOS, P.; SEBASTIAN ESTEBARANZ, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8): 123-139, 9 REF.
- LOVETT, L.; LOVETT, J. (1991). Group therapeutic factors on an alcohol in-patient unit. *British Journal of Psychiatry*. 159:365-70.
- LUDWIG, A.M. (1986). Pavlov's "bells" and alcohol craving. *Addictive Behaviors*, 11(2):87-91.
- LUSILLA RAUSA, B. (1990-1991). Aspectos contextuales de las toxicomanías. *Vínculos. Revista de Psicodrama, Terapia Familiar*, (1): 139-147.
- LLINARES PELLICER, M.C. (1999). Intervención psicosocial a nivel individual en los drogodependientes. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, (41): 13-24, 18 REF.
- LLOPIS LLACER. (1988). Circunstancias concomitantes con la edad de inicio en el consumo en una muestra de alcohólicos crónicos. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 (2): 93-107, 33 REF.

- LLOPIS LLACER, J.J.; PARIS BUENO, B.; BOJO BALLESTER, P.; CAMARENA SOLER, F.; MALEA FERNANDEZ, A.; GONZALO AZNAR, S.; JORDA DELAS, J. (1994). Drogas de diseño, consumo y consumidores: Análisis de la demanda al servicio telefónico de drogodependencias Generalitat Valenciana. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 6 (4): 389-404, 26 REF.
- MADDUX, J.F.; DESMOND, D.P. (1974). Obtaining life history information about opioid users. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 1(2):181-98.
- MADOZ- GÁRPIDE, A.; OCHOA, E.; SALVADOR, E.; BACA-GARCÍA, E. (2003). Definición del perfil de indicación de los programas de naltrexona: aplicación clínica de las técnicas de análisis de supervivencia. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 15 (1): 57-76, 113 ref.
- MAGANTO, C.; AMADOR, J.A.; GONZÁLEZ, R. (2001). *Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia: Casos prácticos*. Madrid. TEA.
- MARCH CERDÁ, J.C.; PRIETO RODRIQUEZ, M.A.; ROMERO VALDECILLOS, M.; ROMO AVILÉS, N. (1999). *Medios de Comunicación y Drogas de Síntesis: una relación ambigua*. RED de actividades de promoción de la salud: Drogas y Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- MARQUES, S. PARTEZANI RODRIGUES, R.A. (2002). La familia al cuidado del anciano. Análisis de historias. *Revista Rol de Enfermería*, 25 (7-8): 47-47.
- MARSET, P.; SÁNCHEZ, A.; SÁEZ, J.M. (2003). *Salud y sociedad: Los sistemas sanitarios*. En L. Mazarrasa, Salud Pública y Enfermería Comunitaria (2º ed.). p. 169-191. Madrid, McGraw-Hill Interamericana.
- MARSET CAMPOS, P.; SÁNCHEZ MORENO, A.; SÁEZ GÓMEZ, J.M. (1996). *Salud y sociedad. Los sistemas sanitarios*. En Lucia Mazarrasa et al. Salud Pública y enfermería comunitaria. Madrid, McGraw-Hill. Interamericana, pp 37-58.
- MARTIN, C.; GRABOT, D.; AURIACOMBE, M.; BRISSEAU, S.; DAULOUEDE, J.P.; TIGNOL, J. (1996). Descriptive studies of the use of the Addiction Severity Index in France. *Encephale*, 22(5):359-63.
- MARTINEZ GONZALEZ, J.M.; TRUJILLO MENDOZA, H.M. (2005). Psychological adjustment and beliefs of drug addict's companion an beliefs of the drug addict during the treatment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1): 43-66, 22 Ref.
- MARTINEZ LORCA, M.; ALONSO SANZ, C.; MONTAÑES RODRÍGUEZ, J. (2004). Variables familiares, escolares y grupales y consumo de drogas en población escolar. *Revista Española de Drogodependencias* 29 (3 y 4): 188-209.
- MARTINEZ NAVARRO, J.F.; MARSET CAMPOS, P. *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales*. En F. Martínez Navarro et al, Salud Pública. Madrid, McGraw-Hill Interamericana. Pp. 55-80.
- MARTINEZ, T.; MIGUEL, S. (2001). Características de los pacientes drogodependientes tratados en una comunidad terapéutica. *Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza*, 2/41: 46-54.
- MATEOS HERNANDEZ, P. (1992). Intervención familiar comunitaria. *RS. Cuadernos de Realidades Sociales*, (39-40): 99-106, 5 REF.

- MATTIOLI, G. (1986). El personaje de la muerte, o la muerte imaginaria del toxicómano. *Apertura. Cuadernos de Psicoanálisis*, (1): 125-129.
- MATTOO, S.K.; BASU, D.; SHARMA, A.; BALAJI, M.; MALHOTRA, A. (1997). Abuse of codeine-containing cough syrups: a report from India. *Addiction*. 92(12):1783-7.
- MAYOR, J. (1995). Las drogodependencias como objeto de trabajo social. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8): 213-239, 65 REF.
- MCCARTHY, K. (1984). Early alcoholism treatment: the Emmanuel Movement and Richard Peabody. *Journal of Studies on Alcohol*. 45(1):59-74.
- MCNEESE-SMITH, D.K. (2003). Treatment for substance abuse in Australia: a comparison of public and private programs. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 9(1):1025-38.
- MEJÍAS, E.; COMÁS, D.; ELZO, J.; NAVARRO, J.; ROMANI, O. (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción.
- MEJÍAS, E.; RODRÍQUEZ, E.; MEJÍAS, I. (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD).
- MELERO IBAÑEZ, J.C. (1995). Límites y posibilidades de la prevención familiar de las drogodependencias. *Intervención Psicosocial*, (10): 41-49, 40 REF.
- MENDES, F.J. (1999). Drogadicción y prevención familiar: Una política para Europa. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 11 (3): 193-200, 51 REF.
- MENDEZ MARTINEZ, E. (1993). Drogadicción e imputabilidad. *Cuadernos de Derecho Judicial*, (17): 415-426.
- MEYER, R. (1992). El concepto de enfermedad en el hábito de la droga y del alcohol. *Dolentium Hominum: 19/7 1/92*: 113-121.
- MEYER, R.E. (1996). La enfermedad llamada adicción: las pruebas surgidas en un debate de 200 años. *The Lancet. Ed española*, 6 (28): 380-384.
- MICHAEL, A.; MICHAEL, A.; MIRZA, S.; BABU, V.S.; VITHAYATHIL, E. (1995). Morbid jealousy in alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 167(5):668-72.
- MIDGLEY, S.J. HEATHER, N. DAVIES, J.B. (2001). Levels of aggression among a group of anabolic-androgenic steroid users. *Medicine, Science & the Law*, 41(4):309-14.
- MIDGLEY, S.J.; HEATHER, N.; BEST, D.; HENDERSON, D.; MCCARTHY, S.; DAVIES, J.B. (2000). Risk behaviours for HIV and hepatitis infection among anabolic-androgenic steroid users. *AIDS Care*, 12(2):163-70.
- MIKAMI, I.; AKECHI, T.; KUGAVA, A.; OKUYAMA, T.; NAKANO, T.; OKAMURA, H.; YAMAWAKI, S.; UCHITOMI, Y. (1999). Screening for nicotine dependence among smoking-related cancer patients. *Japanese Journal of Cancer Research*, 90(10):1071-5.
- MILLAR, G.M.; STERMAC, L. (2000). Substance abuse and childhood maltreatment. Conceptualizing the recovery process. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19(2):175-82.

- MILLON, T.; ROGERS, D. (1998). *Trastornos de la Personalidad*. MASSON, S.A. Barcelona.
- MOELLER, F.G.; DOUGHERTY, D. M.; BARRATT, E.S.; ODERINDE, V.; MATHIAS, C.W.; HARPER, R.A.; SWANN, A.C. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug & Alcohol Dependence*. 68(1):105-11.
- MOELLER, F.G.; STEINBERG, J.L.; PETTY, F.; FULTON, M.; CHEREK, D.R.; KRAMER, G.; GARVER, D.L. (1994). Serotonin and impulsive/aggressive behavior in cocaine dependent subjects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 18(6):1027-35.
- MONROE, N.; BORGMAN, R. (1975). Development and treatment of pseudo-mental illness. *American Journal of Psychotherapy*. 29(1):117-27.
- MOOS, R.H.; SCHUTTE, K.; BRENNAN, P.; MOOS, B.S. (2004). Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction*. 99(7):829-38.
- MORALES, E. SÁNCHEZ HERVÁS, E. TOMÁS, V. (2003). Abuso y dependencia a drogas en la mujer. *Conductas Adictivas*, 3 (1): 49-50, 38 ref.
- MORALES GALLUS, E.; CAMARENA SOLER, F.; LLOPIS LLACER, J.J. (1992). Evolución del alcoholismo en la mujer. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 4 (1): 33-44, 22 REF.
- MORALES GALLÚS, E.; TORRES HERNÁNDEZ, M.A. (1999). Estructura sociofamiliar y alcoholismo: un análisis comparativo entre hombres y mujeres. *Revista de servicios sociales y política social*, 46: 75-85.
- MORENO, C.; SANCHEZ, A.; FEJIDO, M.; BERNAT, E.; FONS, A.; PUJOL, A. (2004). Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enfermería clínica*, 14 (6), 307-312, 5 ref.
- MORENO VELA, J.; PEDREIRA MASSA, J.L.; RAMÓN RAMÓN, M. (2002). Dismorfias del desarrollo: Descripción psicopatológica y neuropsiquiátrica. *Psiquiatría.Com. Revista Electrónica de Psiquiatría*, 6 (1): 0-0, 55 ref.
- MOUSABI, M.R.; DAMGAHANI, M.A.; HAGHDOUST, A.A.; KHAMESIPOUR, A. (2003). Opium and risk of laryngeal cancer. *Laryngoscope*. 113(11):1939-43.
- MUÑOZ LÓPEZ, M. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Ediciones Pirámide
- MURDOCH, R.O. (1999). Working and "drugging" in the city: economics and substance use in a sample of working addicts. *Substance Use & Misuse*. 34(14):2115-33.
- MUSITU OCHOA, G.; CASTILLO MONTAÑÉS, R.; GARCÍA PÉREZ, F. (1989). *Actitudes, Información y hábitos de consumo de tabaco en profesionales de la salud y de la docencia en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Conselleria de sanitat i consum
- NAVARRO BOTELLA, J.; MEJÍAS VALENZUELA, E.; GÓMEZ GONZALEZ, E. (1999). *El consumo de drogas y factores asociados en la comunidad valenciana (II)*. Valencia: consellería de bienestar social. De Madrid: fundación de ayuda contra la drogadicción.

- NAVARRO GONGORA, J.;PRIETO ADANEZ, G. (1992). Patrones de emancipación familiar: Un estudio preliminar. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (20): 19-32, 11 REF.
- NEWTON, J.R.; GEDDES, J.R.; BAILEY, S.; FREEMAN, D.P.; MCALEAVY, A.; YOUNG, G.C. (1994). Mental health problems of the Edinburgh 'roofless'. *British Journal of Psychiatry*, 165(4):537-40.
- NEZELOF, S.; TACOEN, Y.; CORCOS, M.; GIRARDON, N.; PEREZ-DIAZ, F.; BIZOUARD, P.; VENISE, J.L.; HALFON, O.; LOAS, G.; LANG, F.; FLAMENT, M.; JEAMMET, P. (2001). Consommation de substances psycho-actives dans une population témoin déclarée non addictive et co-morbide. Resultats d'une étude chez 860 sujets francophones. *Annales de Médecine Interne*, 152 Suppl 3:IS18-25.
- NOGUEIRA ANTUÑANO, F.; NOGUEIRA BONANATA, G.J.; PL GASPARI, G.B. (2003). Estudio exploratorio de la relación entre los accidentes cerebrovasculares y las estructuras de personalidad. *Revista de Neurología*, 36 (9): 821-828, 38 ref.
- NOGUES, P.M. (1978). La droga: Descubrimiento o evasión. *Cuadernos de Orientación Familiar*, (71): 43-54.
- NOORLANDER, E. (1988). Drogodependencia y atención primaria en Holanda. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 5, 12: 81-93, 6 REF.
- OBANDO SOLANO, P.; SAENZ ROJAS, M.A. (2000). Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 12 (1): 127-135, 20 ref.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). *Informe nº 4(1999)* Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD).
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). *Informe nº 6 (2001)* Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD).
- OCHOA DE ALDA, I. (2001). El papel de la familia en la drogodependencia. *Proyecto*, 38: 21-26.
- OCHOA MANGADO, E.; CEBOLLADA GRACIA, A.; IBAÑEZ CUADRADO, A. (1994). Implicación familiar como predictor en un tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 6 (1): 51-60, 31 REF.
- O'LEARY, M.R.; CHANEY, E.F. BROWN, L.S.; SCHUCKIT, M.A. (1978). The use of the Goldberg Indices with alcoholics: a cautionary note. *Journal of Clinical Psychology*. 34(4):988-90.
- OLIVEN-GONZALVO, G. (2004). Comparación entre los niños de etnia gitana e inmigrantes extranjeros ingresados en centros de protección por maltrato. *Gaceta Sanitaria*, 18 (5): 380-386, 28 ref.
- OLMEDA GARCÍA, M.S. (2001). El duelo en un centro de salud mental. *Psiquiatría.Com. Revista Electrónica de Psiquiatría*, 5 (1): 0-0, 54 ref.
- OLMOS-ESPINOSA, R.; MADDOZ-GERPIDE, A.; OCHOA, E. (2001). Situación al año de los adictos a opiáceos que siguieron tratamiento ambulatorio tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 13 (2): 173-178, 17 ref.
- OÑATE GOMEZ, P.M. (1992). Interrogantes y respuestas sobre drogas-consumo-consumidores. *Comunidad y Drogas. Monografías*, (15): 15-30.

- OÑATE GOMEZ, P.M. (1992). Prevención familiar. Prevención escolar. *Comunidad y Drogas. Monografías*, (15): 51-67.
- OPPENHEIMER, E.; STIMSON, G.V. (1982). Seven year follow-up of heroin addicts: life histories summarised. *Drug & Alcohol Dependence*. 9(2):153-9.
- ORDORD, J.; VELLEMAN, R. (1990). Offspring of parents with drinking problems: drinking and drug-taking as young adults. *British Journal of Addiction*, 85(6):779-94.
- ORFORD, J.; NATERA, G.; VELLEMAN, R.; COPELLO, A.; BOWIE, N.; BRADBURY, C.; DAVIES, J.; MORA, J.; NAVA, A.; RIGBIY, K.; TIBURCIO, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5):761-74.
- ORTIGOSA CHASCO, L. (1992). Intervención familiar terapéutica. *RS. Cuadernos de Realidades Sociales*, (39-40): 89-97, 6 REF.
- ORTIZ ZABALA, M.; ABAD MATEO, A.; MORALES ORTIZ, A. (1993). Aspectos psicológicos del enfermo respiratorio: conducta de enfermedad y calidad de vida. *Psiquis*, 14 (4): 32-37, 16 ref.
- OSGOOD, N.J. (1991). Psychological factors in late-life suicide. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*. 12(2):18-24.
- PAINO QUESADA, S.G.; REVUELTA, F. (2002). Maltrato y delincuencia. *Psicothema*, 14 (Supl): 101-108, 44 ref.
- PANCHERI, E. (1984). Aproximación familiar e individual a los problemas planteados por las toxicodependencias (aproximación contextual). *Psicopatología*, 4 (3): 227-230.
- PASCUAL, J.M.; RUBIO, G.; LOPEZ-TRABADA, J.R.; HERAS, F.J. (1989). Cambios de comportamiento en un grupo de adictos a las drogas por vía parenteral, tras la notificación de su seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16 (1): 3-12, 18 REF.
- PASCUAL, J.; RUBIO, G.; SANTO-DOMINGO, J.(1996). Trastornos psiquiátricos en hermanos de heroinómanos y su relación con antecedentes familiares de alcoholismo. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 8 (4): 463-477, 32 REF.
- PATTERSON, D.G.; MACPHERSON, J.; BRADY, N.M. (1997). Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five-year follow-up study. *Addiction*, 92(4):459-68.
- PEDRA CAMATS, A.; ABELLA PONS, F.; CABALLER FOSSAS, A.M.; REYES CAMPOO, S. (2004). Estudio sobre la relación pautas de crianza y esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 20 (6): 262-265, 16 ref.
- PEÑA RODRIGUEZ, C. (1997). La cuestión de los límites en la génesis y mantenimiento de las toxicomanías. Rebeldía o libertad. Propuestas terapéuticas. *Clínica y Salud*, 8 (3): 495-510, 5 REF.
- PEREZ GÓMEZ, A.; MEJÍA MOTA, I.E. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 2/10: 111-119.
- PEREZ, I.; MELERO, J.C.; FLORES, R. (1997). II Evaluación de proceso del programa "Osasunkume, la aventura de la vida". Una iniciativa para la prevención escolar de las drogodependencias. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 9 (1): 87-108.

- PERUGI, G.; FRARE, F.; MADARO, D.; MAREMMANI, I.; AKISKAL, H.S. (2002). Alcohol abuse in social phobic patients: is there a bipolar connection?. *Journal of Affective Disorders*, 68(1):33-9.
- PETERS, D. (1997). A natural classification of alcoholics by means of statistical grouping methods. *Addiction*, 92(12):1649-61; discussion 1663-9.
- PETROVIC, D.; GACIC, B.; SEDMAK, T. (1978). Evolution de la conception de l'alcoolisme dans un centre de santé mentale en Yougoslavie. *Alcool Ou Santé*, 145: 14-21.
- PINO SERRANO, C.; COUTO CHACON, M.N.; VARELA VARA DE REY, M.; PONEDO PITA, A. (1999). Estudio de una muestra de sesenta y cuatro heroinómanos a tratamiento con metadona y su evolución a doce meses. *Siso/Saude*, (32): 75-105, 61 ref.
- POLO, M.D.; ESCERA, R.; SANCHEZ TURET, M.; GRAU, C. (1995). Caracterización del alcoholismo familiar. *Anales Psicología*, 66: 37-63.
- PONS DÍEZ, J. (1994). Familia y drogas: una reflexión desde la psicología social. *Revista Española de Drogodependencias*, 4 (19): 279-280.
- PORTILLO VEGA, M.C.; WILSON BARNETT, J.; SARACIBAR RAZQUIN, M.I. (2002). Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Enfermería Clínica*, 12 (3): 94-103.
- PUIG AGUT, M. (1993). Perfil psicosocial de menores delincuentes adictos a las drogas. *Surgam. Revista de Orientación Psicopedagógica*, (428): 9-50, 13 REF.
- PUIGDOLLERS, E.; COTS, F.; BRUGAL, M.T.; TORRALBA, L.; DOMINGO-SALVANY, A. (2003). Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gaceta Sanitaria*. 17(2):123-30.
- PUMAR GONZALEZ, B.; EPINA, A.; AYERBE BARANDIARAN, A. (1997). Ajuste de pareja en padres de hijos toxicómanos: Estudio Comparativo. *Revista Española de Drogodependencias*, 22 (4): 293-310.
- PUMAR, B.; AYERBE, A.; ESPINA, A.; GARCIA, E.; SANTOS, A. (1995). Percepción del clima familiar en toxicómanos. *Anales de Psicología*, 11 (2): 143-152, 47 REF.
- RAIKKA, J. (1996). The social concept of disease. *Theoretical Medicine*, 17 (4), 353-61.
- RAMIREZ GUTIERREZ, R. (2000). Prevención de las drogodependencias. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, (21): 113-117.
- RAMIREZ GUTIERREZ, R.; DIOS DE DIOS, Y. (2000). Escuelas de Familias. Un programa de prevención de drogodependencias. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, (20): 83-91, 11.
- RAMIREZ GUTIERREZ, R.; DIOS DE DIOS, Y. (1999). Un programa de escuelas de familias ("III Plan Regional de Drogas de Castilla y León"). *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, (18): 105-108, 7.
- RAMOS, M.; GARCÍA, R.; PRIETO, M.; MARCH, J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gaceta Sanitaria*, 15 (4): 320-326

REBACK, C.J.; LARKINS, S.; SHOPTAW, S. (2003). Methamphetamine abuse as a barrier to HIV medication adherence among gay and bisexual men. *AIDS Care*, 15(6):775-85.

RECIO ADRADOS, J.L. (1990). *Hallazgos teóricos y metodológicos sobre el papel de la familia en el abuso de drogas de los jóvenes, con especial referencia a los mexicano-americanos*. Culturas Hispanas en los Estados Unidos de América, 183-207, 30 REF.

REMIEN, R.H.; GOETZ, R.; RABKI, J.G.; RABKIN, J.G.; WILLIAMS, J.B.; BRADBURY, M.; EHRAHARDT, A.A.; GORMAN, J.M. (1995). Remission of substance use disorders: gay men in the first decade of AIDS. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(2):226-32.

REY HUIDOBRO, L. F. (1984). Proyección de los estupefacientes en el ámbito del derecho civil. *Boletín de Información. Ministerio de Justicia e Interior*, 38 (1337): 6-6, 5 REF.

ROBERTSON, A.A.; DILL PL.; HUSAIN, J.; UNDESSER, C. (2004). Prevalence of mental illness and substance abuse disorders among incarcerated juvenile offenders in Mississippi. *Child Psychiatry & Human Development*, 35(1):55-74.

ROBLES GARCÍA, F.; PÉREZ AGRAZ, F.; ZEÑIGA PARTIDA, O.; RIZO MÉNDEZ, A.Z.; HERNÁNDEZ VILLANUEVA, E. (2004). Estudio de traducción al español y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias acerca de las voces (BAVQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (6): 358-362, 20 ref.

RODES, J.; URBANO MÁRQUEZ, A.; BACH I BACH, L. (1990). *Alcohol y enfermedad*. Barcelona: J.R.Prous

RODRIGUEZ, A.; GONZÁLEZ, S. (1989). *De las drogas y de las sectas*. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación, Comunidad y drogas, 12, 51-63.

RODRIGUEZ DIAZ, F.J.; PAINO QUESADA, S.G.; HERRERO DIAZ, F.J.; GONZALEZ CUEVAS, L.M.(1997). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*, 9 (3): 587-598, 3 REF.

RODRIGUEZ FRANCO, L.; PADILLA MUÑOZ, E.M.; CABALLERO, R; RODRIGUEZ, J. (2002). Ansiedad en hijos de padres alcohólicos en tratamiento. *Psicothema*, 14 (1), 9-18, 56 Ref.

RODRIGUEZ PEREZ, M.; SANZ CUESTA, M.R. (1987). Estudio sobre drogadicción: Una aproximación a la estructura familiar del toxicómano (primera parte). *Clínica y Análisis Grupal*, (45): 380-409.

RODRIGUEZ PEREZ, M.; SANZ CUESTA, M.R. (1987). Estudio sobre drogadicción: Una aproximación a la estructura familiar del toxicómano (segunda parte). *Clínica y Análisis Grupal*, (46): 539-553, 31 REF.

RODRIGUEZ PEREZ, M.; SANZ CUESTA, M. R. (1987). La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico. *Comunidad y Drogas. Monografías*, 0001: 0087-0103.

RODRIGUEZ PEREZ, M.; SANZ CUESTA, M. R. (1989). Modelo de entrevista con familia de toxicómanos. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (11): 5-19.

ROIG P.M. (2000). Familia de la mujer adicta. En: KALINA, E. *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires. Paidós.

- ROJO, J.; VILADRICH, M.C.; BAYES, R. (1994). Diagnóstico de seropositividad al VIH y comportamientos de riesgo en heroinómanos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 159-174, 30 Ref.
- ROMMELSPACHER, H.; DAMM, H.; SCHMIDT, L.; SCHMIDT, G. (1985). Increased excretion of harman by alcoholics depends on events of their life history and the state of the liver. *Psychopharmacology*. 87(1):64-8.
- ROMO AVILÉS, N. (2006). *Mujeres. Mirando desde el género los usos de drogas*. En Tratado SET de Trastornos Adictivos. Buenos Aires-Madrid. Médica Panamericana (pg522-526).
- ROMO, N.; VEGA, A.; MENESES, C.; GIL, E.; MARKEZ, I.; POO, M. (2004). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28, 372-379.
- ROSS, R.R.; CARLESSO, M. L. (1991). La eficacia de los programas de rehabilitación de las drogas para delincuentes. *Delincuencia*, 3 (1-2): 35-94, 117 Ref.
- RUBEN, S.M.; MCLEAN, P.C.; MELVILLE, J. (1989). Cyclizine abuse among a group of opiate dependents receiving methadone. *British Journal of Addiction*, 84(8):929-34.
- RUBIO, F.; VILLALONGA, E. (1983). Problemática social. Rehabilitación y reinserción social del toxicómano. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, (13): 17-24.
- RUBIO, G.; SANTO-DOMINGO, J. (2001). *Curso de Especialización en Alcoholismo*. Ministerio del Interior. FAD.- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Sociedad Española de Toxicomanías. Universidad Autónoma de Madrid.
- RUBIO MARÍN, J. (2002). Inclusión de programas de prevención de drogodependencias en un centro educativo. *Aula de Encuentro*, (6): 149-161, 19 Ref.
- RUEDA JAIMES, G.; DIAZ MARTÍNEZ, L.; ORTIZ BARAJAS, D.; PINZÓN PLATA, C.; RODRIGUEZ MARTINEZ, J.; CADENA AFANADOR, L. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35 (2): 89-89, 0 ref.
- RUIZ CARRASCO, P.; LOZANO SAN MARTÍN, E.; POLAINO LORENTE, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 4/10: 157-162.
- RUIZ RUIZ, M.; TORRES OJEDA, J.; RUIZ RUIZ DE LEÓN, F.; APARICIO APARICIO, D. (1999). Estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental / drogadicción y la religiosidad en una población rural. *Anales de psiquiatría*, 3/15: 96 – 102.
- SALAZAR, I.; RODRIGUEZ, A. (1993-1994). Conflicto y dinámica familiar en el adicto a opiáceos. *Comunicación Psiquiátrica*, 18: 217-237, 36 REF.
- SALAZAR BERNARD, I.; SALAZAR BERNARD, J.I.; RODRIQUEZ LÓPEZ, A. (1997). Las drogodependencias como fenómeno socio-sanitario. *Anales de psiquiatría*, 10/13: 415-425.
- STOCCO, P. (1991). El uso de la droga en la enfermedad del ideal. *Adicciones*, 4/3: 341-348.

- SAN NARCISO, F.I.; GUTIERREZ, E.; SÁIZ, P.A.; GONZALEZ, M.P.; BASCARÁN, M.; BOBES, J. (1998). Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroínómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 10 (1): 7-21, 42 ref.
- SANABRIA CARRETERO, M.A. (1991). El papel de la familia en la toxicomanía. *Comunidad Educativa*, (185): 29-31, 4 REF.
- SANABRIA, M.A.; DIAZ, O.; VARELA, J.; BRAÑA, T. (2002). Relevancia para el tratamiento de la sintomatología depresiva de los pacientes adictos. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 14 (1): 25-31, 35 ref.
- SÁNCHEZ HUESCA, R.; GUIZA CRUZ, V.M.; ORTIZ ENCINAS, R.M.; LEÓN PANTOJA, G. (2002). Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 14 (3): 371-379, 38 ref.
- SÁNCHEZ MARÍN, F.; MOLINA DURÁN, F.; MARTINEZ ROS, M; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, F.; CIFUENTES VERDÚ, M.; MARTINEZ HERNÁNDEZ, M.; CÁNOVAS VALVERDE, J. (2004). Programa MIR de medicina familiar: una interacción transprofesional en una realidad compleja. *Atención Primaria*, 33 (6): 312-312, 0 ref.
- SANCHEZ MARTINEZ, M.L. (1995). El trabajo social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: Necesidad de un método. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8): 181-199, 14 REF.
- SANCHEZ MORENO, A.; RAMOS GARCÍA, E.; MARSET CAMPOS, P. (1993). Actitud Social ante la Participación en Salud. *Rev. Sanidad e Higiene Pública*, 67, 201-215.
- SANCHEZ PARDO, L. (1995). La intervención asistencial en drogodependencias desde los servicios sociales generales. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8): 141-159, 7 ref.
- SANCHEZ PARDO, L.; NAVARRO BOTELLA, J.; VALDERRAMA ZURIÁN, J.C. (2004). *Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura "Proyecto Genacis"*. Sociedad Española de Toxicomanías.
- SANCHEZ PARDO, L.; LOSADA GIL, M.J.; MARQUEZ CAMPOS, P.; SEBASTIAN ESTEBARANZ, P. (1994). Los trabajadores sociales en los centros de atención a drogodependientes. *Revista de Servicios Sociales y Política*, (35): 51-65, 9 ref.
- SANTO DOMINGO CARRASCO, J.; CUADRADO P.; MARIN J.; MARTINEZ J.; MEGIAS VALENZUELA, E.; RUBIO VALLADOLID, G. (1998). *Curso sobre alcoholismo y drogodependencias*. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción.
- SCHIFANO, F.; DI FURIA, L.; FORZA, G.; MINUCUCI, N.; BRICOLO, R. (1998). MDMA ('ecstasy') consumption in the context of polydrug abuse: a report on 150 patients. *Drug & Alcohol Dependence*, 52(1):85-90.
- SCHÜLER, A. (1991). *Alcohol y enfermedad*. Eudema S.A.
- SECADES VILLA, R.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3): 365-380, 115 ref.

- SEGARRA, J.L. (1994). Comunidad terapéutica "Luis Amigo" San Cristóbal Tachira-Venezuela. *Surgam. Revista de Orientación Psicopedagógica*, (435): 35-46.
- SERRA, E.; CERDA, C. (1995). Historias de vida: Acercamiento evolutivo a la problemática alcohólica femenina de amas de casa. *Revista Psicología Educativa*, 16: 19-36.
- SERRANO LÓPEZ DE LAS HAZAS, A.; MIRÓN CANELO, J.A.; HERNÁNDEZ GARCÍA, M; ARRECHE ARTAJO, A.; ZARCO MONTEJO, J. Investigación de la situación sociosanitaria en un poblado marginal. *Salud Rural*, 21 (9): 89-96, 22 ref.
- SERRY, N.; BLOCH, S.; BALL, R.; ANDERSON, K. (1994). Drug and alcohol abuse by doctors. *Medical Journal of Australia*, 160(7):402-3, 406-7.
- S.E.I.T. Grupo de trabajo. (1990). Admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína en España. *Gaceta Sanitaria*, 4 (16), 4-11.
- SIRVENT, C.; RODRÍGUEZ, J. (1997). *Drogodependencias: sociología, evaluación y proceso*. Oviedo: Instituto Spiral.
- SMITH, M: (2004). The search for insight: Clients' psychological experiences of alcohol withdrawal in a voluntary, residential, health care setting. *International Journal of Nursing Practice*. 10(2):80-5.
- SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B. (1975 Outpatient alcoholics give valid self-reports. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 161(1):32-42.
- SOBERON MIER, J.A. (1987). Estudio de interacción en familias con y sin miembros etiquetados. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (4): 5-25, 21 REF.
- SOL PUIG, J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y Farmacoterapia. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 13 (2 SUP): 209-225, 69 ref.
- SOL PUIG, J. (2000). Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 12 (2 SUP): 301-314, 13 ref.
- SOLER ARREBOLA, P.; CARRETERO ALFEREZ, M.D.; MARTIN GALINDO, C.; SOLER VIÑOLO, M.; GAZQUEZ EVANGELISTA, J.A.; PEREZ MAÑA, E.; DELGADO RODRIGUEZ, A.; NAVARRO PICHARDO, R. (1992). Consumo de alcohol drogas en estudiantes de medicina. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 27 (2): 99-108, 20 REF.
- SOLIS MUSCHKETOV, R. (1984). La delincuencia infantil. *Menores*, (2): 36-53, 25 REF.
- SOREL, E. (1990). Cocaína, depresión y familia: Una perspectiva norteamericana. *Psicopatología*, 10 (4): 192-194.
- SORIANO MOMPO, F. La psicoterapia familiar con drogodependientes, un modelo de intervención. *Informació Psicológica*, (27): 30-34, 9 REF.
- SORIANO MOMPO, F. Psicoterapia familiar con drogodependientes. *Drogalcohol*, 10 (3): 101-109, 19 REF.
- SOYKA, M.; ALBUS, M.; KATHMANN, N.; FINELLI, A.; HOFSTETTER, S.; HOLZBACH, R.; IMMLER, R.; IMMLER, B.; SAND, P. (1993). Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 242(6):362-72.

- SOYKA, M.; PREUSS, U.W.; KOLLER, G.; ZILL, P.; BONDY, B. (2002). Dopamine D 4 receptor gene polymorphism and extraversion revisited: results from the Munich gene bank project for alcoholism. *Journal of Psychiatric Research*, 36(6):429-35.
- STEINGLASS, P. (1980). A life history model of the alcoholic family. *Family Process*. 19(3):211-26.
- STERNSSCHUSS-ANGEL, S.; ANGEL, P.; GEBEROWICZ, B. (1987). El toxicómano, su producto y su familia. *Revista Española de Drogodependencias*, 12 (4): 257-269, 11 REF.
- STEYN, M.; GREEFF, M.; POGGENPOEL, M. (1991). Perception of life's meaning by drug-dependent patients. *Curationis*, 14(1), 30-6.
- STREISSGUTH A.P.; BOOKSTEIN, F.L.; BARR, H.M.; SAMPSON, P.D.; O'MALLEY, K.; YOUNG, J.K. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 25(4):228-38.
- STUCK, M.F.; GLASSNER, B. (1985). The transition from drug use and crime to noninvolvement: a case study. *Adolescence*. 20(79):669-79.
- SUZUKI, K.; MORINTA, S.; MURAOKA, H. NIIMI, Y. (2005). Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) among Japanese children of alcoholic mothers. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 40(3):219-32.
- SWIFT, W.; MAHER, L.; SUNJIC, S. (1999). Transitions between routes of heroin administration: a study of Caucasian and Indochinese heroin users in south-western Sydney, Australia. *Addiction*, 94(1):71-82.
- SWORD, W.; NICCOLS, A.; FAN, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4(1):10.
- SWORD, W.; NICCOLS, A.; FAN, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4:10.
- TAYLOR, S.J.; BOGDAN, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 1ª edición. Buenos Aires. Paidós.
- TAYLOR, J.; FULOP, N.; GREEN, J. (1999). Drink, illicit drugs and unsafe sex in women. *Addiction*, 94(8):1209-18.
- TOME, R. (1999). Reflexiones extraídas del trabajo con pacientes drogodependientes. *Clínica y Análisis Grupal*, 21 (80): 55-66, 10 REF.
- TORBAY, A.; CRISTO HERAS, M; MARRERO, M: (2003). Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes, desde un programa de intervención: La perspectiva de los implicados. *Anales de Psicología*, 19 (2): 173-186, 22 ref.
- TORRALBA, L.; BRUGAL, M.; COTS, F.; DOMINGO-SALVANY, A.; PUIGDOLLERS, E. (2003). Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gaceta Sanitaria*, 17 (2), 123-130, 16 ref.
- TORRES HERNÁNDEZ, M.A.; ARIAS HORCAJADAS, F.; OCHOA MANGADO, E. (2000). Efectividad de la Naltrexona entre pacientes alcohólicos. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 12 (2): 177-185, 25 ref.

- ULIVI, G. (2000). Terapia Breve Centrada en la Solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 12 (3): 425-430, 6 ref
- VALDERRAMA, C.; SIERES, J.; SALAZAR, A.; GÓMEZ, J.; GAVIDIA, V.; BUENO, F. (1997). *Evolución de los hábitos de salud en la juventud de valencia*. Ed. Plan Nacional Sobre Drogas.
- VALDERRAMA, J.C.; GÓMEZ MOYA, J. (2002). *Estudio de Necesidades en materia de Prevención de las Drogodependencias de los Municipios Valencianos menores de 7000 habitantes*. Diputación de Valencia y FAD.
- VALDERRAMA ZURIÁN, J.C.; ALEIXANDRE BENAVENT, R.; GISBERT TIO, A. (1997). Repertorios bibliográficos y bases de datos en ciencias de la salud de interés en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 2/22: 125-134.
- VALDERRAMA ZURIÁN, J.C.; SIERES SALA, J.; SALAZAR CIFRE, A.; GÓMEZ MOYA, J.; GAVIDIA CATALÁN, V.; BUENO CAÑIGRA, F.J. (1997). *Evolución de los hábitos de salud en la juventud de Valencia (1994-1996)*. Valencia: Ayuntamiento
- VALDERRAMA, J.C.; TORTAJADA, S.; ALAPONT, L.; VIDAL, A.; PÉREZ, M.J.; CASTELLANO, M.; GÓMEZ, J.; ALEIXANDRE, R.; TROTTER, R.T. (2006). Rapid Assessment of Drug Abuse Prevention Needs for Youth in Small Spanish Municipalities: Coping with Resource Limitations. *Journal of Drug Issues*, 36, (1): 29-52.
- VALVERDE EIZAGUIRRE, M.; MARTINEZ TRINIDAD, M.; INCHAUSPE AROSTEGUI, J.A. (1991). Intervención familiar y retención de adictos a opiáceos en tratamiento ambulatorio. *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol*, 3 (4): 317-340, 31 REF.
- VALLÉS LORENTE, A. (1997). *Padres, hijos y drogas*. Valencia: Conselleria de Bienestar Social.
- VARGAS REINOSO, A.; CUELLAR DE DIOS, J.G.; CORNEJO RODRIGUEZ, R.A.; MASEMIN SERVIN, A.I.; URQUILLA MILIAN, E.A. (1984). La personalidad del heroinómano. *Psicopatología*, 4 (1): 39-47, 29 REF.
- VARO, J.R.; MENDOZA, R. (1981). El consumo de drogas. *Documentación Social Datos-Fuente: 1981*, (42): 25-114.
- VAZ LEAL, F.J.; CASADO BLANCO, M.; BEJAR TARANCON, A. (1996). Actitudes hacia la enfermedad y el tratamiento en dos poblaciones de pacientes esquizofrénicos. *Psiquiatría Pública*, 8 (4): 227-235, 16 Ref.
- VAZ, F.J.; CASADO, M.; SALCEDO, M.S.; BEJAR, A. (1994). Psicopatología y conciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21 (4), 66-74, 12 Ref.
- VECINO, C. (1999). Actuaciones de las instituciones públicas en el contexto de uso de drogas y de los problemas que se derivan. *Temps d'Educació*, (22): 225-234.
- VELASCO FERNÁNDEZ, RAFAEL. (1982). Esa enfermedad llamada alcoholismo. México: Trillas
- VÉLEZ CÁRDENAS, A.; PÉREZ GÓMEZ, A. (2004). Consumo urbano de yaj, (ayahuasca) en Colombia. *Adicciones*, 16 (4), 323-332, 11 ref.
- VELLA, G. (1985). Droga y relaciones familiares. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12 (7): 427-439.

- VELLEMAN, R.; ORFORD, J. (1990). Young adult offspring of parents with drinking problems: recollections of parents' drinking and its immediate effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 29 (Pt 3):297-317.
- VERHEYDEN, S.L.; HENRY, J.A.; CURRAN, H.V. (2003). Acute, sub-acute and long-term subjective consequences of 'ecstasy' (MDMA) consumption in 430 regular users. *Human Psychopharmacology*, 18(7):507-17.
- VERNET AGUILÓ, F. (2001). La historia de vida en la intervención gerontológica: instrumentos y método para la elaboración. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 12 (4): 148-156, 7 ref.
- VIELVA, I.; PANTOJA, L.; ABEIJÓN, J.A. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- VILA-ABADAL VILAPLANA, J. (1985). La toxicomanía juvenil. *Cuadernos de Orientación Familiar*, (98): 7-37.
- VILA-ABADAL VILAPLANA, J. (1985). La toxicomanía juvenil. *Cuadernos de Orientación Familiar*, (99): 7-30.
- VILALTA, V. (1989). Heredabilidad de la drogadicción. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16 (4): 187-192, 29 REF.
- VILAREGUT PUIGDESENS, A. ; PEREZ TESTOR, C. ; SANCHEZ CARBONELL, J. (1999). *Características sociodemográficas y dinámica familiar en familias con un miembro drogodependiente*. Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. (6ª. 1999. Chiclana de la frontera). Cadiz: Centro provincial de drogodependencias. Comunicaciones.
- VILLAFANA MONTIEL, L.G.; GURROLA PEÑA, G.M.; BALCAZAR NAVA, P. (2002). Factores psicosociales y predisponentes en el intento de suicidio con pacientes hospitalizados. *Psiquiatría. Com. Revista Electrónica de Psiquiatría*, 6 (4): 0-0, 11 ref.
- WALLER, J.A. (1987). Injury: conceptual shifts and preventive implications. *Annual Review of Public Health*, 8, 21-49.
- WELLE, D.; FALKIN, G.P.; JAINCHILL, N. (1998). Current approaches to drug treatment for women offenders. Project WORTH. Women's Options for Recovery, Treatment, and Health. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15(2):151-63.
- WENGER, L.D.; ROSENBAUM, M. (1994). Drug treatment on demand--not. *Journal of Psychoactive Drugs*. 26(1):1-11.
- WETTERLING, T.; DRIESSEN, M.; KANITZ, R.D.; JUNGHANNS, K. (2001). The severity of alcohol withdrawal is not age dependent. *Alcohol & Alcoholism*, 36(1):75-8.
- WETTERLING, T.; VELTRUP, C.; DRIESSEN, M.; JOHN, U. (1999). Drinking pattern and alcohol-related medical disorders. *Alcohol & Alcoholism*, 34(3):330-6.
- WHALLEY, L.J. (1978). Sexual adjustment of male alcoholics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58(4):281-98.
- ZAFROTEZA LALLEMAND, C.; DE PEDRO GÓMEZ, J.E.; GASTALDO, D.; LASTRA CUBEL, P.; SÁNCHEZ-CUENCA LÓPEZ, P. (2003). ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?. *Enfermería Intensiva*, 14 (3): 109-119.

ZANNINI, A.; NIZZOLI, U.; BUSSOLATI, N. (1997). Valoración y seguimiento de los tratamientos con metadona: Índice de retención, marcadores biológicos y comportamentales. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 9 (3): 457-466, 13 REF.

ANEXOS

Anexos

Anexo 1: Entrevistas, historias de vida y hojas de datos.

Hemos decidido omitir los contenidos de las 52 entrevistas y hojas de datos, así como las 4 historias de vida para asegurar la confidencialidad de los individuos de la muestra y de los contenidos. Pasamos a ofrecer aquí únicamente las plantillas.

Entrevista N°

Fecha de la entrevista:

Fecha de ingreso:

1) Datos personales:

- Edad: Fecha de nacimiento:
- Sexo: Lugar de nacimiento:
- Lugar/es de residencia: .
- Ocupación/es: Nivel de estudios:

2) Datos familiares:

- Características del núcleo familiar:
- Lugar/es de residencia:.
- Miembros de la familia:

3) Historia de consumo de drogas ilegales y alcohol:

- Edad de inicio de consumo Sustancia/s:
- Vías de consumo: Tiempo/s de consumo en años:
- Cómo inicia el consumo:
- Tratamientos anteriores:
- Tiempo de abstinencia:

4) Concepto de enfermedad y de salud:

- ¿Estás enfermo?
- ¿Padece ahora alguna enfermedad?
- ¿Has estado enfermo?
- ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padece/ padeciste?
- ¿Quién te lo ha contado?

5) Alimentación:

- ¿Qué comes?
- ¿Qué comías cuando consumías?
- ¿Cuándo?
- ¿Por qué?

6) Conocimiento sobre tratamientos no convencionales:

- ¿Has oído hablar de...? En caso afirmativo, ¿en qué consiste?

1. - Homeopatía:
2. - Acupuntura:
3. - Masajistas:
4. - Quiropraxis:
5. - Balnearios:
6. - Curanderos:
7. - Naturopatía:
8. - Plantas medicinales:
9. - Remedios caseros:
10. - Otros:

7) Uso de tratamientos no convencionales:

- ¿Has utilizado alguno de estos tratamientos?

En caso afirmativo, ¿Cuándo?, ¿Para qué?, ¿Qué le costó?, ¿Cuánto tiempo?, ¿Quién le informó?

1. -Homeopatía:
2. -Acupuntura:
3. - Masajistas:
4. - Quiropraxis:
5. -Balnearios:
6. -Curanderos:
7. -Naturopatía:
8. -Plantas medicinales:
9. -Remedios caseros:
10. - Otros:

8) Uso de tratamientos no convencionales en la drogodependencia:

- Para tu problema de dependencia/abuso de drogas, ¿has recurrido alguna vez a algún tratamiento distinto del recetado por el médico?

En caso afirmativo:

¿Has tomado algún tratamiento (fármacos/automedicación) por tu cuenta? ¿Cuál/es?

¿Qué te costó?

¿Quién te lo aplicó?

- Entrevista de la segunda submuestra.

HISTORIA N°

Fecha de ingreso:

Fecha de entrevista:

- 1) ¿Qué problemas de salud te preocupan?
- 2) ¿Padeces o padecías alguna enfermedad? ¿Cuáles?
- 3) ¿Qué sabes sobre las enfermedades que padeces?
- 4) ¿Quién te lo ha contado?
- 5) ¿Qué expectativas tienes sobre este tratamiento?
- 6) ¿A qué has venido al centro?
- 7) ¿Cómo definirías la droga?
- 8) ¿Consideras la drogadicción una enfermedad?

- Historias de Vida:

- Aspectos de tu vida: Háblame de tu vida ¿Cómo ha sido? ¿Qué cosas te “han marcado”?
- Háblame de tu familia: miembros, posición que ocupas, trabajos.
- Háblame de tu residencia habitual y tu entrono (la ciudad en que vives, el barrio, etc)
- Estudios, colegio, etc.
- Causas que identificas en el consumo de drogas: Cómo empiezas el consumo, cuándo, qué cosas te han hecho seguir, qué ha mantenido el consumo.
- Tratamientos anteriores.

Anexo 2: Formulario del EuropASI

INSTRUCCIONES	ESCALAS DE GRAVEDAD	SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE																																																																																																														
<p>1. Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada N = pregunta no aplicable Use un solo carácter por ítem</p> <p>2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento</p> <p>3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales</p>	<p>Las escalas de gravedad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de la gravedad, consultar el manual</p>	<p>0. Ninguna 1. Leve 2. Moderado 3. Considerable 4. Extrema</p>																																																																																																														
<p>A. Nº de identific. <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>B. TIPO DE TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Desintoxicación ambulatoria 2. Desintoxicación hospitalaria 3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio 4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio 5. Tratamiento libre de drogas hospitalario 6. Centro de día 7. Hospital psiquiátrico 8. Otro hospital/servicio 9. Otro: 0. Sin tratamiento</p> <p>C. FECHA DE ADMISIÓN: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>D. FECHA DE LA ENTREVISTA: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>*E. Hora de inicio: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>*E. Hora de fin: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>G. TIPO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Ingreso 2. Seguimiento</p> <p>H. CÓDIGO DE CONTACTO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Personal 2. Telefónico</p> <p>I. SEXO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Varón 2. Mujer</p> <p>J. CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR: <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>K. ESPECIAL: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Paciente finalizó la entrevista 2. Paciente rehusó 3. Paciente incapaz de responder</p>	<p style="text-align: center;">INFORMACIÓN GENERAL</p> <p>1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Ciudad grande (> 100.000) 2. Mediana (10-100.000) 3. Pequeña (rural) (< 10.000)</p> <p>2. CÓDIGO DE LA CIUDAD: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*3. Desde cuándo vive usted en esa dirección <input style="width: 20px;" type="text"/> años <input style="width: 20px;" type="text"/> meses</p> <p>*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? <input type="checkbox"/> 0 = No 1 = Sí</p> <p>5. EDAD <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>6. NACIONALIDAD <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:</p> <p>Entrevistado <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Padre <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Madre <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>B. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. No 2. Cárcel 3. Tratamiento de alcohol o drogas 4. Tratamiento médico 5. Tratamiento psiquiátrico 6. Únicamente desintoxicación 7. Otro:</p> <p>9. ¿Cuántos días? <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES</p> <p>..... <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">PERFIL DE GRAVEDAD</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PROBLEMAS MÉDICO</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">EMPLEO/DEPORTES</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ALCOHOL</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DROGAS</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">LEGAL</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">FAMILIA/SOCIAL</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PSICOLÓGICO</td><td></td><td></td></tr> </table>	9										8										7										6										5										4										3										2										1										0											PROBLEMAS MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO		
9																																																																																																																
8																																																																																																																
7																																																																																																																
6																																																																																																																
5																																																																																																																
4																																																																																																																
3																																																																																																																
2																																																																																																																
1																																																																																																																
0																																																																																																																
	PROBLEMAS MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO																																																																																																									

SITUACIÓN MÉDICA

-
1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, *delirium tremens*, excluir desintoxicaciones)
 2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? años meses
 3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo en su vida?
0. No
1. Sí.....
 4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?
0. No
1. Sí
2. No lo sé
3. Rehusa contestar
 5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?
0. No
1. Sí
2. No lo sé
3. Rehusa contestar

6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?
 7. ¿Cuál fue el último resultado del test?
0. VIH-negativo
1. VIH-positivo
2. No lo sé
3. Rehusa contestar
 8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?
0. No 1. Sí
 9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica)
0. No 1. Sí
 10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?
0. No 1. Sí
 11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?
- PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?
13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

15. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí
16. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

EMPLEO/SOPORTES

1. Años de educación básica:
2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos):
3. Grado académico superior obtenido:
4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
0. No 1. Sí
5. ¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo regular? (ver el manual para definición) años meses
6. ¿Cuánto duró el periodo más largo de desempleo? años meses
7. Ocupación habitual (o última):
(especificar detalladamente)
8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años
1. Tiempo completo
2. Tiempo parcial (horario regular)
3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
4. Estudiante
5. Servicio militar
6. Retirado/invalidez
7. Desempleado (incluir ama de casa)
8. En ambiente protegido

9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)
¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?
10. ¿Empleo?
0. No 1. Sí
11. ¿Paro?
0. No 1. Sí
12. ¿Ayuda social?
0. No 1. Sí
13. ¿Pensión o seguridad social?
0. No 1. Sí
14. ¿Compañeros, familiares o amigos?
0. No 1. Sí
15. ¿Ilegal?
0. No 1. Sí
16. ¿Prostitución?
0. No 1. Sí
17. ¿Otras fuentes?
0. No 1. Sí
18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17)
19. ¿Tiene deudas?
0. No
1. Sí..... (cantidad)

20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?
21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes?

PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?
23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí
26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

--	--	--	--	--

SITUACIÓN LEGAL

1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.)
0. No 1. Si
2. ¿Está en libertad condicional?
0. No 1. Si
- ¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:
3. Posesión y tráfico de drogas?
4. Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)
5. Delitos violentos? (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio)
6. Otros delitos?
7. ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas?
- ¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:
8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?
9. Prostitución?
10. Conducir embrigado?
11. Delitos de tráfico? (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.)

12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel? (meses)
13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel? (meses)
14. ¿Cuál fue la causa? (use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos codifique el más grave)
15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia?
0. No 1. Si
16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave)
17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado? (días)
18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio? (días)
- PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN
19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (excluir problemas civiles)

20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

22. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Si
23. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Si

Comentarios

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

	Rama materna				Rama paterna				Hermanos		
	Alcohol	Droga	Pq		Alcohol	Droga	Pq		Alcohol	Droga	Pq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Instrucciones: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no** para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente **si** para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté del todo clara o sea **no sé**, y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.

--	--	--	--	--

ESTADO PSICOLÓGICO

1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

Tratamiento hospitalario:

Tratamiento ambulatorio:

2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica?
0. No 1. Si

¿Ha pasado un periodo de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted (consulte el manual para definiciones):
0. No 1. Si

	Último mes	A lo largo de la vida
3. Experimentó depresión severa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Experimentó ansiedad o tensión severa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

6. Experimentó alucinaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

9. Experimentó ideación suicida severa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

10. Realizó intentos suicidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

0A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?

11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales?

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

12. ¿Cuanto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales?

13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos?

LOS SIGUIENTES ÍTEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:
0. No 1. Si

14. Francamente deprimido/ retraído

15. Francamente hostil

16. Francamente ansioso/ nervioso

17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide

18. Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo

19. Con ideación suicida

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

21. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Si

22. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Si

Comentarios

--	--	--	--	--

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

1. Estado civil:
- Casado
 - Casado en segundas nupcias
 - Viuado
 - Separado
 - Divorciado
 - Soltero

2. ¿Cuánto tiempo hace que tiene este estado civil? años meses

3. ¿Está satisfecho con esa situación?
- No
 - Indiferente
 - Si

4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años)
- Pareja e hijos
 - Pareja
 - Hijos
 - Padres
 - Familia
 - Amigos
 - Solo
 - Medio protegido
 - No estable

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? años meses

(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)

6. ¿Está satisfecho con esa convivencia?
- No
 - Indiferente
 - Si

¿Vive con alguien que:

- No
- Si

- 6A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol?

- 6B. Usa drogas psicoactivas?

7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?

- Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
- Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
- Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
- Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas

8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre?
- No
 - Indiferente
 - Si

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Instrucciones para 9A a 18: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente si para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté del todo clara o sea «no sé» y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.

9A. ¿Diría usted que ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

- Madre
- Padre
- Hermanos/hermanas
- Pareja sexual/esposo
- Hijos
- Amigos

¿Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con:

- No
- Si

- 10. Madre?
- 11. Padre?
- 12. Hermanos/hermanas?
- 13. Pareja sexual/esposo?
- 14. Hijos?
- 15. Otro familiar?
- 16. Amigos íntimos?
- 17. Vecinos?
- 18. Compañeros de trabajo?

¿Alguna de estas personas (10-18) ha abusado de usted?

- No
- Si

- 18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)
- 18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)
- 18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)

19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios
- Con su familia?
 - Con otra gente? (excluir familia)

PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

- ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus
- Problemas familiares?
 - Problemas sociales?
- ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:
- Problemas familiares?
 - Problemas legales?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- Imagen distorsionada del paciente?
- La incapacidad para comprender del paciente?

Comentarios

Documento para la petición de permiso:

"Con el objeto de realizar el trabajo de nueve créditos que concluiría los cursos de doctorado debo llevar a cabo un estudio de campo. El motivo de este documento es pedir tu permiso para realizar dicho estudio en la Comunidad Terapéutica "Los Vientos" y explicarte el contenido del mismo.

El trabajo he de realizarlo para el Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Facultad de Medicina de Valencia. En concreto mi tutora de tesis es la Dra. Carla Aguirre Marco. Este estudio será dirigido y corregido por ella sin que sea objeto de ninguna publicación, lectura pública o difusión fuera del Departamento.

Una parte de este trabajo se basa en el análisis de datos de entrevistas de campo sobre tratamientos no convencionales. Estas se llevarían a cabo en unos 30 usuarios de la Comunidad Terapéutica con el consentimiento previo de los mismos explicándoles el objeto de tales entrevistas y la confidencialidad de los datos obtenidos.

Te remito los objetivos que pretende cumplir dicho trabajo y la guía de entrevista que contiene todos los datos a recoger y utilizar. Si consideras que puedo realizar este estudio sin perjuicio alguno a nuestro trabajo en la Comunidad Terapéutica me comprometo de antemano a enviarte todo el documento escrito previo a que sea presentado en el Departamento para obtener tu conformidad."

Acuerdo de Utilización adecuada de datos

D. Isabel López Escamilla

D.N.I. 85.086.372

DOMICILIO: C/ García Berlanganº 42 Utiel, 46300 (Valencia)-

SOLICITA le sea permitida la utilización de datos desagregados del indicador tratamiento en los años 1999 y 2001 correspondientes a la Comunidad Autónoma Valenciana para utilizar exclusivamente para los siguientes fines:

La comparación de los datos de la población drogodependientes valenciana que acudió a tratamiento en 1999 y 2001 con la muestra de nuestra investigación “conceptos de enfermedad y salud, y expectativas hacia el tratamiento en una muestra de población drogodependiente en la Comunidad Valenciana” –adjuntamos el sumario de la misma-. Necesitaríamos las variables sociodemográficas y de historia de consumo.

Me comprometo a no utilizar los datos para fines distintos de los expresados.

Asimismo, en caso de publicar los resultados de este trabajo, me comprometo a citar en la publicación la fuente de información con la siguiente fórmula:

“FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

En Valencia a 11 de julio de 2005.

Anexo 4: Tablas porcentuales.

Porcentajes sobre 52 individuos

<u>Número de individuos</u>	<u>Porcentaje del total</u>
1	1,92%
2	3,85%
3	5,77%
4	7,69%
5	9,62%
6	11,54%
7	13,46%
8	15,38%
9	17,31%
10	19,23%
11	21,15%
12	23,08%
13	25,00%
14	26,92%
15	28,85%
16	30,77%
17	32,69%
18	34,62%
19	36,54%
20	38,46%
21	40,38%
22	42,31%
23	44,23%
24	46,15%
25	48,08%
26	50,00%
27	51,92%
28	53,85%
29	55,77%
30	57,69%
31	59,62%
32	61,54%
33	63,46%
34	65,38%
35	67,31%
36	69,23%
37	71,15%
38	73,08%
39	75,00%
40	76,92%
41	78,85%
42	80,77%

43	82,69%
44	84,62%
45	86,54%
46	88,46%
47	90,38%
48	92,31%
49	94,23%
50	96,15%
51	98,08%
52	100,00%

Porcentajes sobre 26 individuos

<u>Número de individuos</u>	<u>Porcentaje del total</u>
1	3,85%
2	7,69%
3	11,54%
4	15,38%
5	19,23%
6	23,08%
7	26,92%
8	30,77%
9	34,62%
10	38,46%
11	42,31%
12	46,15%
13	50,00%
14	53,85%
15	57,69%
16	61,54%
17	65,38%
18	69,23%
19	73,08%
20	76,92%
21	80,77%
22	84,62%
23	88,46%
24	92,31%
25	96,15%
26	100,00%

Anexo 5:

**Tablas de Datos de los informes número 4 y 6 del
Observatorio Español Sobre Drogas para 1999 y 2001.**

Tabla 4.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según sustancia principal de consumo (porcentajes y medias). España, 1999.

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der. Hipnosedantes	Cannabis	
Nº admisiones a tto. notificadas	37.417	805	8.977	339	135	331	2.825
Edad media (años)	31.31	32.84	28.62	25.52	21.73	34.94	23.96
Sexo (%)							
Hombres	84,8	73,5	86,0	80,5	82,8	57,9	89,2
Mujeres	15,2	26,5	14,0	19,5	17,2	42,1	10,8
Máximo nivel de estudios (%)							
Sin estudios	14,9	18,4	11,3	4,9	9,9	12,4	5,3
Primaria - 5º EGB	39,6	39,2	30,2	30,6	22,1	28,4	24,7
B. Elemental - EGB - ESO	26,2	23,6	32,5	28,9	38,2	17,7	37,7
FP - BUP - otros	16,5	14,6	21,6	25,7	25,2	28,1	26,5
Estudios medios y superiores	2,8	4,3	4,3	9,9	4,6	13,4	5,9
Situación laboral principal (%)							
Trabajando	35,1	33,2	59,6	50,2	52,3	37,8	46,1
Parado, no habiendo trabajado	10,6	8,4	7,3	15,1	8,6	9,9	8,5
Parado, habiendo trabajado	41,9	36,2	22,8	18,0	21,1	28,6	17,8
Otros	12,3	22,2	10,3	16,7	18,0	23,8	27,5
Edad media al inicio del consumo (años)	20,78	24,44	21,73	18,94	17,69	26,26	16,68
Vía principal de consumo (%)							
Oral	1,0	77,5	0,5	42,4	94,7	94,3	2,6
Fumada	23,2	5,4	11,0	5,2	1,5	3,2	94,7
Inhalada	39,1	5,5	8,8	4,3	0,8	1,3	2,6
Esnifada	6,8	2,4	74,4	46,0	2,3	0,3	0,1
Inyectada	27,0	9,2	4,6	2,1	0,0	0,6	0,0
Otras	2,9	0,1	0,7	0,0	0,8	0,3	0,1
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)							
Heroína	0,0	31,9	15,4	6,5	1,0	25,2	14,0
Otros opiáceos	8,7	0,0	1,6	1,3	0,0	9,4	1,7
Cocaína	73,4	39,5	0,0	34,9	52,5	32,7	41,8
Anfetaminas	1,8	2,1	6,0	0,0	15,8	0,0	8,2
MDMA y derivados	0,5	0,3	5,1	4,7	0,0	1,3	4,2
Hipnóticos y sedantes	21,8	32,2	8,6	8,2	2,0	0,0	9,0
Cannabis	35,2	30,4	49,0	66,4	60,4	32,1	0,0
Alucinógenos	0,7	0,3	3,2	12,1	13,9	3,1	3,9
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,1	1,3	1,0	0,0	0,1
Alcohol	23,5	26,2	62,9	49,1	46,5	50,3	54,8
Otras sustancias	16,8	16,3	10,8	5,6	4,0	16,4	23,6
Tiempo desde última inyección							
Menos de 30 días	28,6	18,4	7,9	8,0	2,7	7,1	2,8
Un mes - un año	8,8	14,4	4,0	2,4	1,8	6,8	1,4
Uno - cuatro años	12,1	25,5	2,6	1,4	0,9	8,3	1,9
Cinco años o más	9,4	11,3	3,0	1,0	1,8	3,4	1,7
Nunca	41,2	30,4	82,5	87,2	92,9	74,4	92,3
Estado serológico frente al VIH							
Positivo	16,5	21,3	2,9	2,4	0,0	9,7	0,9
Negativo (análisis últimos 6 meses)	20,1	16,7	16,0	13,0	14,1	12,7	6,9
Negativo (sin fecha análisis)	26,2	19,9	16,3	10,9	9,6	13,9	10,8
Sin análisis o resultado desconocido	37,3	42,1	64,8	73,7	76,3	63,7	81,4

* En este grupo se ha incluido la metadona y otros opiáceos dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.
** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 4.1.1. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según realización o no de tratamiento previo y sexo (números absolutos, porcentajes y medias). España, 2001.

	Total	Tto. previo*		Sexo	
		Si	No	Hombre	Mujer
Nº admisiones a tratamiento notificadas	49.376	29.730	17.591	41.813	7.527
Realización previa de otro tratamiento					
Si	62,8	-	-	63,0	62,1
No	37,2	-	-	37,0	37,9
Edad media (años)	31,50	32,85	29,03	31,61	30,94
Sexo (%)					
Hombres	84,7	85,0	84,6	-	-
Mujeres	15,3	15,0	15,4	-	-
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	11,8	12,6	10,8	11,8	11,6
Primaria - 5º EGB	35,8	38,5	32,0	36,8	30,4
B. Elemental - EGB - ESO	32,3	31,0	34,2	32,3	32,3
FP - BUP - otros	16,8	15,1	18,9	16,0	20,8
Estudios medios y superiores	3,3	2,8	4,2	3,1	4,8
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	38,1	33,5	46,1	40,3	25,7
Parado, no habiendo trabajado	7,5	8,0	6,7	6,5	13,0
Parado, habiendo trabajado	37,9	43,0	29,9	38,0	37,9
Otros	16,5	15,5	17,4	15,2	23,4
Droga principal de admisión a tratamiento (%)					
Heroína	68,3	83,6	42,4	68,0	69,6
Otros opiáceos*	2,4	3,1	1,1	2,2	3,5
Cocaína	19,0	10,2	34,0	19,4	16,7
Anfetaminas	0,5	0,2	1,0	0,5	0,8
MDMA y derivados	0,7	0,2	1,6	0,6	0,9
Hipnóticos y sedantes	1,0	0,6	1,7	0,7	2,9
Cánnabis	7,4	1,8	16,9	7,9	4,8
Alucinógenos	0,2	0,0	0,4	0,2	0,2
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Otras sustancias	0,5	0,2	0,9	0,5	0,6
Edad media al inicio del consumo (años)	20,78	20,55	21,18	20,71	21,18
Vía principal de consumo (%)					
Oral	5,2	4,6	6,2	4,6	9,0
Fumada	26,4	21,7	32,2	26,4	26,4
Inhalada	32,1	37,6	24,1	32,2	31,0
Enfada	16,8	10,0	29,0	16,8	16,4
Inyectada	17,4	22,9	8,0	17,8	15,5
Otras	2,1	3,3	0,5	2,2	1,7
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)					
Heroína	3,1	2,8	3,1	3,0	3,4
Otros opiáceos	7,7	9,7	4,3	7,4	9,7
Cocaína	55,6	62,5	41,6	55,5	56,1
Anfetaminas	3,3	2,2	5,2	3,3	3,2
MDMA y derivados	3,6	1,7	7,0	3,7	3,1
Hipnóticos y sedantes	16,2	19,1	10,2	15,6	19,2
Cánnabis	36,7	35,0	39,4	37,9	29,6
Alucinógenos	2,3	1,4	3,4	2,3	2,2
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1
Alcohol	34,5	29,2	43,7	35,7	27,9
Otras sustancias	17,3	16,8	18,5	16,8	20,2
Tiempo desde última inyección (%)					
Menos de 30 días	17,0	21,1	9,7	17,4	14,9
Un mes - un año	6,5	8,8	2,7	6,4	7,0
Uno - cuatro años	9,8	13,7	3,4	9,8	10,0
Cinco años o más	9,7	13,2	4,0	9,6	10,4
Nunca	56,9	43,2	80,2	56,8	57,7
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	13,8	18,4	5,7	13,0	18,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	21,9	23,7	20,6	21,8	22,8
Negativo (sin análisis últimos 6 meses, sin fecha análisis)	25,1	29,8	16,6	25,5	22,9
Sin análisis o resultado desconocido	39,2	28,1	57,1	39,7	36,4

* El número de casos con y sin tratamiento previo pueden no sumar el total debido a los casos en los que la variable "Realización previa de algún tratamiento" es desconocida.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

Fuente: DGNDS. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 4.1.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según sustancia principal de consumo (porcentajes y medias). España, 2001.

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Antiepilepticos	MDMA y der.	Hipnosedantes	Cánablis	Alucinógenos	S. volátiles	Otras***
Nº admisiones a tto. notificadas	33.702	1.186	9.367	255	335	491	3.674	83	30	253
Realización de algún tratamiento previo										
Sí	76,9	82,6	33,8	29,1	15,0	36,2	15,4	14,8	28,6	30,3
No	23,1	17,4	66,2	70,9	85,0	63,8	84,6	85,2	71,4	69,7
Edad media (años)	32,82	33,89	29,82	25,00	21,43	34,47	24,13	26,00	22,93	31,66
Sexo (%)										
Hombres	84,4	77,8	86,6	77,6	80,6	56,0	90,1	83,1	93,3	81,0
Mujeres	15,6	22,2	13,4	22,4	19,4	44,0	9,9	16,9	6,7	19,0
Máximo nivel de estudios completado (%)										
Sin estudios	14,3	9,9	6,3	3,6	4,0	11,3	5,0	11,0	20,7	19,2
Primaria - 5º EGB	38,8	40,1	29,0	28,6	23,5	36,1	26,6	29,3	41,4	31,0
B. Elemental - EGB - ESO	30,6	30,9	36,3	39,3	41,9	25,5	38,4	30,5	24,1	27,1
FP - BUP - otros	13,8	15,9	23,6	22,2	27,5	21,1	24,0	25,6	10,3	15,3
Estudios medios y superiores	2,5	3,1	4,8	6,3	3,1	6,1	6,0	3,7	3,4	7,4
Situación laboral principal (%)										
Trabajando	31,3	42,6	58,5	48,8	45,3	29,7	45,7	39,5	17,2	34,7
Parado, no habiendo trabajado	8,8	4,6	4,2	6,9	7,0	7,3	5,6	3,7	24,1	5,1
Parado, habiendo trabajado	43,8	33,7	26,7	20,7	20,7	32,6	19,9	27,2	20,7	24,6
Otros	16,1	19,1	10,6	23,6	27,1	30,4	28,8	29,6	37,9	35,6
Edad al inicio del consumo (años)	20,84	25,07	21,61	18,32	17,95	26,93	16,40	19,68	15,74	21,94
Vía principal de consumo (%)										
Oral	1,0	84,2	0,9	66,5	95,1	95,1	2,2	76,9	3,6	33,2
Fumada	24,9	3,0	10,1	2,0	1,5	2,5	96,7	6,4	14,3	25,7
Inhalada	42,5	4,4	15,0	2,4	0,0	0,8	0,9	12,8	82,1	8,4
Escarada	4,6	1,1	69,4	25,3	2,1	0,4	0,2	0,0	0,0	24,8
Inyectada	24,2	5,7	4,1	3,3	0,0	0,4	0,0	3,8	0,0	3,7
Otras	2,9	1,5	0,4	0,4	1,2	0,8	0,1	0,0	0,0	4,2

Tabla 4.1.2. Continuación

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der.	Hiposedantes	Cannabis	Alucinógenos	S. volátiles	Otras***
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)										
Heroína	0,0	19,5	12,2	4,5	2,3	12,6	6,4	1,7	21,7	5,0
Otros opiáceos	10,1	0,0	1,5	2,5	0,4	8,3	0,6	0,0	0,0	1,0
Cocaína	71,9	35,1	0,0	44,4	49,6	29,1	42,8	47,5	21,7	20,0
Anfetaminas	1,8	1,3	7,4	0,0	12,8	2,4	9,0	11,9	4,3	3,0
MDMA y derivados	1,0	0,7	11,3	16,7	0,0	2,0	12,9	11,9	8,7	3,0
Hiposedantes y sedantes	19,8	19,9	6,9	7,6	2,7	0,0	3,9	0,0	8,7	4,0
Cannabis	35,8	33,8	47,5	61,6	64,0	31,9	0,0	67,8	65,2	47,0
Alucinógenos	1,3	0,2	4,4	11,1	5,0	2,8	8,2	0,0	8,7	4,0
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,2	1,5	0,4	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0
Alcohol	25,1	29,7	63,4	49,0	46,9	49,2	58,0	33,9	43,5	61,0
Otras sustancias	16,2	30,0	18,7	17,2	14,3	29,5	23,0	32,2	21,7	0,0
Tiempo desde última inyección (%)										
Menos de 30 días										
Un mes - un año	22,8	13,4	5,3	6,3	1,0	2,5	1,0	1,7	0,0	2,5
Uno - cuatro años	8,3	12,9	2,5	2,7	2,0	3,9	0,5	6,9	0,0	5,4
Cinco años o más	12,6	28,4	2,4	0,9	1,3	6,5	1,3	5,2	4,2	3,4
Nunca	12,6	12,4	3,3	1,8	0,7	6,0	1,9	1,7	4,2	4,4
	43,7	32,9	86,5	88,4	95,0	81,1	95,3	84,5	91,7	84,3
Estado serológico frente al VIH (%)										
Positivo										
Positivo	18,1	21,5	3,5	2,0	0,6	10,2	1,7	8,4	0,0	2,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)										
Negativo (análisis últimos 6 meses)	23,9	18,5	21,1	15,7	11,0	19,3	9,1	21,7	16,7	22,5
Negativo (sin fecha análisis)										
Negativo (sin fecha análisis)	28,0	27,0	20,3	12,5	13,1	16,3	14,1	18,1	10,0	11,5
Sin análisis o resultado desconocido										
Sin análisis o resultado desconocido	30,1	33,0	55,1	69,8	75,2	54,2	75,1	51,8	73,3	64,0

* En este grupo se ha incluido la metadona y otros opiáceos, dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

*** En este grupo se ha incluido el resto de las sustancias psicoactivas que no corresponden a las otras categorías, dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Anexo 6:

Criterios para la dependencia de sustancias:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- (1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
- (2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- (3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía
- (4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. Ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. Ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
- (6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- (7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. Ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continua ingesta de alcohol a pesar de que emperora una úlcera)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana
- 0 Remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida
- 0 Remisión parcial sostenida
- 2 En terapéutica con agonistas
- 1 En entorno controlado
- 4 Leve/moderado/grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Criterios para el abuso de sustancias:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
- (2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej.; conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- (3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
- (4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.