

LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA DROGODEPENDIENTES EN ESPAÑA

José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo

La realización de estudios de valoración de programas de tratamiento en drogodependencias es una tarea de evidente interés y oportunidad en estos momentos. El desarrollo de un protocolo de investigación que subsane las dificultades metodológicas más comunes en este tipo de trabajos es una prioridad, tanto para los investigadores y profesionales como para las administraciones, instituciones y servicios implicados. Con esta finalidad se pasa revista a las investigaciones españolas que se han realizado hasta la actualidad y se analizan las dificultades metodológicas más comunes. Por último, se dan una serie de recomendaciones que minimicen los efectos de los problemas e incrementen la validez tanto interna como externa de las evaluaciones que se realicen.

Evaluation of treatment programs for drug-dependents in Spain. Studies designed to evaluate programmes for the treatment of drug-dependency are of obvious interest and relevance at the present time. The development of a research protocol to deal with the most common methodological difficulties in this type of study is a priority, not only for researchers and professionals, but also for the administrations, institutions and services involved. It is with this objective that studies carried out in Spain up to the present time are reviewed, analysing the methodological problems most frequently encountered. Finally, some recommendations are made, with the aim of minimising the effects of the problems and increasing the internal and external validity of evaluations.

La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes no constituye una novedad. Desde principios de los setenta se están realizando, en nuestro país y fuera de nuestras fronteras, múltiples estudios encaminados a dilucidar la eficacia de los más variados sistemas y procedimientos de eliminación del comportamiento adictivo y de reinserción

social y laboral, en sujetos heroinómanos o politoxicómanos con adicción preferente a la heroína. Dichos estudios proclaman entre sus objetivos, la evaluación de la eficacia de uno o varios programas (o el efecto diferencial de alguno frente a los otros) y ofrecen resultados de los estudios de seguimiento de muy diversas y distintas cohortes de pacientes.

En esta revisión se pretende poner de relieve las características de los estudios realizados en España, junto con las condiciones esenciales que debe reunir este tipo de investigación y las estrategias necesarias para alcanzarlas.

Correspondencia: José Ramón Fernández Hermida
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
33003 Oviedo (Spain)
E-mail: jrhermid@correo.uniovi.es

Para los propósitos de este trabajo, sólo se considerarán «estudios de valoración de tratamiento» a aquéllos que así lo pretendan expresamente, y que reúnan unas características metodológicas mínimas, cuya concreción se ofrecerá más adelante. Consecuentemente, no se incluirán los estudios de seguimiento que sólo buscan conocer la evolución de un grupo de pacientes a lo largo de un determinado período temporal. También se excluyen los trabajos que evalúan los tratamientos con sustitutivos, ya que este tipo de programas persigue objetivos terapéuticos distintos y necesita, por lo tanto, metodologías y criterios de evaluación diferentes. Por ejemplo, un programa de mantenimiento con metadona puede carecer de límites temporales definidos y juzgarse fundamentalmente por su consecución de una alta tasa de retención y una disminución significativa de los comportamientos delictivos (Roca, Gómez y Paños, 1989). En estas condiciones, es más apropiado afirmar que el objeto de la evaluación es un curso adictivo con una sustancia legal diferente a la heroína que un procedimiento terapéutico con un marco temporal establecido que busca, entre otras cosas, un comportamiento «libre de drogas».

Antecedentes

Los estudios de evaluación pioneros y de referencia en este ámbito de trabajo son estadounidenses. Los programas DARP (Drug Abuse Reporting Program) y TOPS (Treatment Outcome Prospective Study), muy costosos y amplios son un claro exponente de ese tipo de trabajos. Financiado en sus comienzos por el NIMH (National Institute of Mental Health), el programa DARP (Simpson y Sells, 1983) ha recogido datos hasta 1973. Durante su desarrollo, fueron examinados 44.000 sujetos que habían estado sometidos a alguno de los siguientes tratamientos: mantenimiento con metadona,

comunidad terapéutica, programas de desintoxicación ambulatoria y centros de día con tratamientos libres de droga, en un total de 52 centros públicos. Los resultados de los pacientes, que habían finalizado el tratamiento, fueron analizados comparándolos con los obtenidos por aquéllos que habían abandonado. También se analizaron las diferencias entre las distintas modalidades de tratamiento. El programa TOPS (Hubbard, Marsden, Rachal, Hardwood, Caravanaugh y Ginzburg, 1989) inició la recogida de datos en 1979 de un total de 11.000 pacientes, a los que se les aplicó un seguimiento con entrevistas a los 3, 6 y 12 meses después del alta. Los resultados de los tratamientos, como en el caso del DARP, fueron comparados entre sí y con el grupo control. Tanto en el TOPS como en el DARP los datos parecen defender la idea de que los tratamientos, todos los tratamientos, funcionan bien, mejorando los resultados obtenidos por los que abandonan, siendo los más eficaces aquéllos que logran mantener más tiempo al paciente dentro del tratamiento.

En España, se han realizado pocos estudios dirigidos a evaluar la eficacia de los tratamientos, a pesar de que, desde los años setenta, el dinero dedicado por las administraciones públicas a este propósito ha ido creciendo en una considerable proporción. Son reveladoras en este sentido, las declaraciones del actual subdirector del Plan Nacional sobre Drogas, Emiliano Martín, en una entrevista: «Hemos vivido un ciclo de puesta en marcha y de crecimiento de programas, sobre todo asistenciales, y ahora nos encontramos en un ciclo de consolidación y de elevación de los niveles de calidad y eficacia de esos programas» (Matellanes Matellanes, 1998, p. 40). Probablemente, la necesidad de encaminar los recursos disponibles a satisfacer las necesidades crecientes de tratamiento de una población cada vez más numerosa y exigente, deja poco espacio para la investigación. En todo caso, llama la

atención el reducido número de trabajos realizados y las limitaciones que presentan. Escasez de recursos y problemas metodológicos con insuficiencias graves en el diseño son sus lacras más comunes.

A continuación, se expondrán las características metodológicas de un estudio tipo de valoración de tratamientos en drogodependencias y las limitaciones y problemas metodológicos más comunes que se presentan. Posteriormente se analizan los distintos estudios españoles publicados.

Características de los estudios de valoración de tratamientos en drogodependencias

En general, el diseño que se sigue en este tipo de trabajos se atiene al siguiente esquema:

1. Seguimiento de una cohorte de pacientes que ha completado un tratamiento en un espacio de tiempo dado. La recogida de datos se hace antes, durante (en algunos casos) y después del tratamiento. El número de veces que se obtienen datos varía de una investigación a otra, aunque siempre debe haber medidas pre y post-tratamiento. Los estudios pueden ser unicéntricos o multicéntricos y pueden ceñirse a uno o varios tipos de tratamiento.

2. Medición de las variaciones habidas, al menos, en los siguientes ámbitos: consumo de drogas, actividad productiva (trabajo y/o estudio) y actividad delictiva. Estas serían las variables principales, debido a que, normalmente, se consideran como objetivos prioritarios de la intervención terapéutica. También pueden registrarse datos sociodemográficos, salud, situación familiar, relaciones interpersonales, ocupación del tiempo libre y, en algún caso, variables psicológicas (psicopatológicas).

3. Utilización de un grupo control. Este apartado es especialmente problemático, dada la dificultad ética para asignar a los pa-

cientes a los distintos grupos de tratamiento y de control o placebo al azar. Usualmente, las investigaciones recurren a utilizar como grupo control a los pacientes que habiendo solicitado tratamiento, lo abandonan antes de su finalización.

4. Comparación de los resultados post-tratamiento con las medidas pre-tratamiento y con los datos obtenidos en el seguimiento del grupo control. Se supone que los efectos positivos de la intervención serán tanto más estables cuanto más se aleje del alta la fecha de las medidas post-tratamiento que sirven para el análisis.

Problemas y limitaciones metodológicas en este tipo de estudios

A pesar de la simplicidad aparente del diseño, las dificultades para la realización de los estudios de valoración de tratamientos, en el ámbito de las drogodependencias, son múltiples. Melgarejo, Sanahuja, Masferrer, Sala, Pérez y Piña (1988, pág. 17) citan algunas de las más relevantes: «a) Utilización de diseños retrospectivos en lugar de diseños prospectivos. Asignación de los usuarios a los diferentes grupos de tratamiento; b) Control de la varianza de los diferentes grupos de tratamiento; c) Utilización de indicadores poco sensibles en la evaluación de resultados; d) Dificultades en la localización de los pacientes; e) Dificultad para evaluar la fiabilidad y validez de los datos».

Por su parte Sánchez-Carbonell y Camí (1986) en un artículo anterior publicado sobre este particular, apuntaban también a parecidas dificultades en el diseño de estos trabajos, entre las que se encuentran: a) La falta de grupo control o de comparación; b) Sesgos en la muestra estudiada, recogiendo-se datos sólo de los casos de mejor evolución; c) Validez y fiabilidad de la información; d) Disparidad en los períodos de comparación de unos estudios a otros, con intervalos temporales muy diferentes que van

desde un año a diez; e) Disparidad de unos estudios a otros en los parámetros que se utilizan para medir variables características tales como consumo de drogas, comportamiento delictivo, etc.; f) Criterios de éxito o curación muy dispares de un estudio a otro.

Estas dificultades obstaculizarían la interpretación comparada de resultados de unos estudios a otros e impedirían, en algunos casos, la obtención de conclusiones mínimamente aceptables.

Existen algunas razones importantes para que estos problemas metodológicos sean comunes en el ámbito de la valoración de tratamientos para la drogadicción. De entre ellas, destacaremos sólo tres. En primer lugar, la necesidad de procesos de valoración largos con un elevado costo de las investigaciones, que debe ser asumido idealmente, por instituciones ajenas a las estudiadas y que no tengan intereses económicos o políticos a corto plazo, tan comunes en el campo de la drogadicción. En segundo lugar, de forma particular a este campo de estudio, las características peculiares de la población estudiada con frecuentes fenómenos de desarraigo social, desestructuración familiar, enfermedades crónicas, etc., que hacen extraordinariamente caro y difícil cualquier investigación que suponga un seguimiento continuado en el tiempo. Por último, las características particulares de los programas de tratamiento, muy dispares entre sí tanto en filosofía básica como en método, lo que dificulta cualquier proceso de estandariza-

ción de criterios o de instrumentos de evaluación.

Como se ha señalado en el apartado anterior, un estudio de valoración de tratamientos en drogodependencia debe tener, en su diseño, datos pre y post-tratamiento, medidas tanto del comportamiento adictivo como del delictivo o laboral, grupo de comparación o de control y análisis comparativos entre grupos. Partiendo de este nivel de mínimos, se comentarán brevemente las dificultades metodológicas más importantes desde la óptica del efecto que ejercen sobre la validez de la valoración de los tratamientos (Tabla 1).

1. La fiabilidad y validez de la recogida de datos se encuentra afectada por, al menos, dos factores: la naturaleza de los instrumentos de medida y la pertenencia de los investigadores a la institución que lleva a cabo el tratamiento.

En lo que se refiere al primer factor, los instrumentos de medida, las investigaciones utilizan entrevistas más o menos estructuradas diseñadas «ad hoc». Esto es debido a que los programas varían en cuanto a los contenidos o contextos de tratamiento (tratamientos ambulatorios con o sin fármacos, comunidades terapéuticas, tratamientos con agonistas y programas de desintoxicación), los objetivos (por ejemplo, abstinencia o reducción de daños) o las características de los pacientes. El carácter singular de algunos programas de tratamiento (y por tanto

<i>Tabla 1</i> Limitaciones metodológicas más frecuentes en los estudios de evaluación de tratamiento en drogodependencias	
Amenazas a la validez interna	1. Fiabilidad y validez de la recogida de datos 2. La alta mortalidad estadística
Amenazas a la validez externa	3. Efectos de interacción entre el sesgo de selección y la variable dependiente 4. Efectos reactivos del programa. Efecto de modelado de la respuesta o de rechazo por algunas de las preguntas que se formulan.

su evaluación) no permiten la utilización de instrumentos de evaluación con garantías científicas ya probadas en otros estudios. Los datos con garantías extraídos de un instrumento con garantías, pero sin un referente claro a la realidad del programa y a los objetivos de la investigación, serían datos poco aprovechables. Consecuentemente, resulta difícil elaborar un instrumento de medida válido para todos los programas existentes. La principal virtud de estos instrumentos «ad hoc» es que se adaptan específicamente a los objetivos de la investigación, pero su principal hándicap es que normalmente se desconoce su bondad psicométrica, tanto en lo que se refiere a la validez como a la fiabilidad. Un método que habitualmente se utiliza para conocer la validez del instrumento es contrastar las respuestas que se dan en la fase de entrevista, relativas al consumo, a la actividad laboral o al funcionamiento familiar con otras medidas tales como análisis de orina, información de los familiares o datos procedentes de registros institucionales.

A pesar de que las investigaciones intentan adecuar el instrumento a las necesidades específicas del estudio, en algunas ocasiones el problema se sitúa en el lado opuesto. Ese es el caso en el que el instrumento de medida en el pretratamiento es el mismo que en el seguimiento posterior. El pretratamiento y el seguimiento son dos momentos diferentes con objetivos diferentes, que manejan distinta información. En la evaluación inicial es fundamental recoger una serie de datos necesarios para conocer al paciente y planificar el tratamiento, que no son útiles en el seguimiento posterior; por ejemplo, datos sociodemográficos, historia de consumo y de tratamientos anteriores, consumo de sustancias de los familiares, etc. En el seguimiento, adquiere relevancia la variación habida desde el momento del alta en otro tipo de variables, que se consideran sensibles al programa de tratamiento, como son el

consumo de drogas, la actividad productiva, bien sea laboral o de estudio, y la actividad delictiva. Por otra parte, la mayoría de los estudios se preocupan por conocer el estado actual o reciente del sujeto en lo referente a cualquier tipo de consumo de drogas, aunque este haya sido un evento aislado y poco significativo desde el punto de vista clínico. Sin embargo, es necesario valorar la trayectoria anterior de los pacientes para determinar si estos cambios han sido resultado del tratamiento recibido o fueron debidos a otras causas, por ejemplo, a otros tratamientos posteriores al programa del cual se quiere conocer su eficacia. El hecho de que un sujeto se encuentre sin consumir drogas, por ejemplo, seis años después de haber sido dado de alta en un programa objeto de valoración, no permite inferir que el estado actual sea el resultado de dicho tratamiento y no consecuencia de otros cambios (sociales, personales, nuevos tratamientos, etc.) ajenos al mismo, que han tenido lugar en los seis años posteriores.

Sin embargo, en muchos casos, la principal causa de sesgo en la obtención de datos proviene de que su recogida es llevada a cabo por el personal de la institución que aplica el programa de tratamiento objeto de valoración, sin que exista ningún control sobre las distorsiones que puedan darse en la obtención e interpretación de la información recibida. Cuando es el propio personal que aplica el tratamiento, el que se encarga también, de obtener la información, las ventajas residen en que puede mejorar la exactitud de aquello que se mide (dado el conocimiento que tiene de la evolución y del estado del paciente) pero también puede suponer un considerable sesgo, ya que la persona que obtiene la información es un miembro de la institución y del programa evaluado. Mientras que el grado de conocimiento del estado del paciente para un observador externo, es mejorable mediante diversas estrategias de recogida de información, el ses-

go de la evaluación interna es de muy difícil control, por lo que se hace aconsejable la realización de evaluaciones externas, llevadas a cabo por investigadores ajenos al programa (a su diseño y aplicación), de forma que se maximicen la objetividad y la credibilidad de sus resultados y conclusiones.

2. La pérdida de sujetos, en las muestras o poblaciones que se estudian, es uno de los principales problemas de las evaluaciones de los tratamientos en drogodependencias. Los efectos de esta mortalidad estadística producen un gran sesgo de difícil valoración. Para algunos autores (Gould y Lukoff, 1977; Apsler y Harding, 1991), la pérdida de pacientes a lo largo del seguimiento implica que sólo se evalúa a aquéllos que mantienen un comportamiento más adaptado, ya que son más fáciles de localizar y están más dispuestos a colaborar. Por el contrario, Desmond, Maddux, Johnson y Confer (1995) opinan que los sujetos recuperados son más difíciles de localizar ya que no mantienen contacto con las instituciones que sirven de lugar de captación en los estudios de valoración. En estas condiciones es muy compleja la interpretación de una mortalidad estadística que en muchos estudios se acercan al 40 o al 50 por ciento. Polich, Armor y Braiker (1980) afirman que una tasa de pérdidas no superior al 20 por ciento debe ser el objetivo de cualquier estudio de evaluación, mientras que Gould y Lukoff (1977) establecen claramente que si se supera esa cifra se deben encaminar los esfuerzos a su reducción, ya que no se deberían interpretar los resultados dado que no se podría conocer el sentido del sesgo. No hay criterio fiable para determinar una cifra, pero estos autores se inclinan por que, al menos, un 80 por ciento de los sujetos inicialmente incluidos en el estudio, lo finalicen. Sin embargo, es necesario aclarar que las discusiones sobre cuál es la tasa máxima de pérdidas soportable puede convertirse en una discusión bizantina, ya que no existe

ningún criterio fiable para afirmar que una pérdida máxima del 20, del 30 o del 40 por ciento sea aceptable y permita una interpretación adecuada de los datos.

3. Los estudios de eficacia de los tratamientos deben tener en cuenta el sesgo que se produce si en los análisis sólo se incluyen aquéllos sujetos que han obtenido resultados más favorables y que han sacado más provecho del tratamiento. En el ámbito de las drogodependencias esto es especialmente verdad, ya que, por razones éticas, no es posible asignar al azar a los sujetos a diferentes grupos de tratamiento o al grupo control. En la admisión de los programas de tratamiento existen estrictos (que no necesariamente explícitos) protocolos que seleccionan a los sujetos en función de la expectativa de éxito que se espera que alcance en el programa, desechando a aquéllos en los que el programa «no va a funcionar». Por otra parte, una vez que comienza el tratamiento, los requerimientos del mismo en forma de dedicación de tiempo y de recursos supone también un mecanismo de selección de los sujetos, expulsando a los que no cumplen las condiciones que se marcan o que presentan una evolución que no se ajusta al modelo que se maneja. Este sesgo de selección y su interacción con la variable dependiente, dificulta la generalización de los resultados, ya que lo que se viene a demostrar es que los programas funcionan con aquéllos en los que funcionan, una tautología de nula utilidad para los evaluadores. En este sentido, la cuestión es que salvo los programas que tienen criterios de admisión territoriales o administrativos de cualquier tipo, y que no vinculan la inclusión en el programa de tratamiento a las características de buen pronóstico (algo que no es ni lógico ni ético), no existe ninguna posibilidad deontológica de solventar este ataque a la validez externa de los programas de evaluación. De todas formas, debería ser aconsejable que los programas evaluados explicitaran clara-

mente cuáles son los requisitos necesarios para entrar y mantenerse en el programa, de forma que pudieran evaluarse los efectos sobre la validez externa de los resultados.

4. No es frecuente que en los estudios sobre la metodología seguida en los trabajos de valoración de programas de tratamiento en drogodependencias se controle el sesgo que se produce por la reacción de los sujetos ante el propio estudio de valoración. Este es un efecto no despreciable que hemos podido constatar en nuestra propia investigación sobre los resultados del programa de tratamiento de Proyecto Hombre en Asturias, aún en fase de realización (Fernández Hermida, Secades, Magdalena y Riestra, 1998). Uno de los instrumentos que íbamos a utilizar para validar las respuestas al cuestionario era los análisis de orina. Cuando se comunicaba a los sujetos que se iba a realizar dicho análisis, éstos mostraban un rechazo que hizo aconsejable desistir de llevarlos a cabo, ya que podía perjudicar la, ya de por sí, complicada obtención de la muestra. Otros aspectos de la investigación, como la indagación de la existencia de VIH seropositivos, se difundieron rápidamente entre los sujetos a entrevistar, lo que pudo producir algún efecto de pérdida de sujetos de difícil interpretación. Este es un aspecto poco estudiado que requiere más atención, ya que puede afectar, en gran medida, a las posibilidades de generalización de los resultados obtenidos.

Los estudios españoles

En este apartado se pasará revista a los estudios españoles que hay publicados, mencionando sus principales características y limitaciones, a la luz de lo que ya ha sido expuesto.

Una primera constatación que tiene el investigador en este campo es la extrema escasez de trabajos españoles. Hay un buen número de estudios de seguimiento (Guar-

dia Serecigni y González, 1983; Sánchez-Carbonell, Brigos y Camí, 1989; GID, 1992; García Martín, Roldán y Comas, 1995; Melús Moreno y Gutiérrez, 1996; Marina, Vázquez, Jiménez y Erkoreka, 1996; Comas, García y Roldán, 1996) que usualmente aparecen reflejados en los epígrafes relacionados con la valoración de tratamientos, pero que no van ser incluidos en esta revisión por dos razones. En primer lugar, porque se considera que los estudios de seguimiento tienen objetivos diferentes a los de valoración de tratamientos. En los primeros, prima el conocimiento de la evolución de los pacientes y su relación con diferentes variables pre, intra o post-tratamiento. En los segundos, de lo que se trata es de determinar si el tratamiento objeto de estudio es mejor que el no-tratamiento (aunque también pueden hacerse comparaciones con otros tratamientos, incluido, en teoría, el placebo), en lo que hace a la modificación de ciertas variables que ya se han mencionado más arriba. La segunda razón es que los propósitos diferentes reclaman metodologías diferenciadas, tales como la exigencia de, al menos, un grupo control o comparativo. Tales diferencias hacen que cualquier valoración conjunta de ambos tipos de estudio sea confusa y poco informativa.

Así pues, si cribamos y eliminamos los estudios de seguimiento, los trabajos de los que tenemos noticia son realmente escasos, concretamente sólo dos. El primero sobre el programa Dross en Cataluña (Melgarejo et al., 1988) y el segundo sobre un programa de tratamiento que se sigue en un Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (Girón García, 1997; Girón García y Martínez, 1998). Algunas de las características de ambos estudios se detallan en la Tabla 2.

En ambos casos se hace una declaración expresa de que el estudio pretende valorar un programa de tratamiento y se utilizan grupos de control de no tratamiento o que han recibido atención por un tiempo insufi-

ciente para que pueda ser considerado como una intervención efectiva. El tiempo de seguimiento es muy diferente, ya que mientras en el caso de Melgarejo et al. (1988) es de un año, en el estudio de Girón García (1997) es de seis años, algo que parece reflejarse en el porcentaje de sujetos con evolución favorable, que es mucho mayor un año después del tratamiento. En los dos casos destaca la considerable diferencia en el número de sujetos incluidos en los grupos control, muy exigüos, frente a los que forman los grupos de pacientes dados de alta (ver Tabla 2), lo que puede acarrear ciertas dificultades de interpretación de los resultados. En ambos estudios parece encontrarse un efecto diferencial del tratamiento sobre las diversas variables objeto de análisis, frente al no tratamiento, un dato que indicaría la efectividad de los servicios terapéuticos que se someten a investigación.

Estudio	DROSS	CPD-Cádiz
% de entrevistas sobre el total de la muestra inicial	74,7	75,3
N de la muestra de alta	136	65
N del grupo control	23	7
Tiempo de seguimiento	1 año	6 años
% de evolución favorable en la muestra de alta	77,8	55,1
% de evolución favorable en el grupo control	47,8	29,6

Sin embargo, los dos estudios tienen algunas carencias importantes. Si analizamos los resultados a la luz de los sesgos que se pormenorizaron en el apartado anterior, nos encontramos con que tanto en el estudio de Melgarejo et al. (1988) como en el de Girón García (1997) se pueden observar algunos de los problemas que afectan tanto a la validez interna como externa de la investigación.

En el trabajo de Melgarejo et al. (1988), la recogida de datos se confía a un grupo de investigadores que deben cumplimentar una encuesta extensa que se pasa al paciente, bien en persona o telefónicamente, sin que exista ningún tipo de medida de validación cruzada (análisis de orina, uso de registros externos, información familiar, etc.). En el trabajo de Girón García (1997) el instrumento para la recogida de información en las entrevistas fue construido a partir de algunos ítems de pruebas como el ASI (Addiction Severity Index), siendo contrastados los resultados referentes al consumo reciente con un análisis de orina que se le hacía al sujeto al finalizar la entrevista. Ninguna otra de las variables que se analizaron (situación familiar, laboral, sociolegal, etc.) se contrastó con alguna información externa al sujeto.

La mortalidad estadística en ambos casos no es muy elevada, si tenemos en cuenta los resultados de investigaciones de referencia como las norteamericanas DARP (Simpson, 1993) con un 39% de pacientes perdidos y TOPS (Hubbard et al., 1989) con pérdidas que oscilan desde el 42 al 29%. Aún así se mantienen por encima de las recomendaciones de autores como Gould y Lukoff (1977) que estiman que una cifra límite de pérdidas aceptables se encuentra en el 20%.

En ninguno de los dos casos se hace mención alguna al posible efecto sobre los resultados de los mecanismos de selección y de entrada a los procedimientos terapéuticos. No se habla tampoco sobre el efecto que el procedimiento de valoración haya podido tener en la muestra estudiada y cómo este efecto haya podido incidir en los resultados de la valoración.

Tampoco en este tipo de estudios se ha realizado un análisis de los principios activos del tratamiento que explican su efecto diferencial frente al no tratamiento. La simple constatación de que cuanto más tiempo ha permanecido el sujeto en el programa más probabilidad existe de que no haya re-

caídas, explica relativamente poco si no se controlan a su vez los mecanismos de entrada y salida de dichos tratamientos. La explicación puede volverse claramente circular: están abstinentes y se adecuan al programa por lo que permanecen más tiempo en el mismo, y dado que permanecen más tiempo en el mismo es por lo que se mantienen abstinentes y se adecuan más a los criterios de mejoría.

Se hecha en falta en los informes de las dos investigaciones una descripción más detallada de los procedimientos terapéuticos evaluados. En concreto, sería conveniente una exposición pormenorizada de los mecanismos de selección de pacientes y de la terapia o terapias utilizadas en cada caso, con el fin de evaluar los efectos de mejoría dentro de ese marco.

Recomendaciones para la realización de estudios de valoración de tratamientos en drogodependencias

Como se ha podido deducir de lo dicho hasta aquí, los estudios de valoración de programas de tratamiento para toxicómanos que se han hecho en nuestro país son escasos y adolecen de algunos problemas que dificultan su interpretación y reducen su utilidad general. Cualquier trabajo que se realice en el campo de la valoración de tratamientos debe seguir las indicaciones metodológicas que son propias de este ámbito de investigación (Fernández Ballesteros, 1995). A este respecto se han señalado algunas anteriormente, como la conveniencia de la evaluación externa, la necesidad de que los programas evaluados sean descritos con detalle y la especificación clara de los objetivos de la valoración que se lleva a cabo.

Además, existen algunas recomendaciones específicas que deberían ser tenidas en cuenta por los investigadores que se adentren en el campo de la drogodependencia,

que atañen a la planificación general de la investigación y a cuestiones metodológicas concretas. En este apartado se pasará revista a alguna de ellas.

Investigaciones prospectivas o retrospectivas

La mayoría de las investigaciones que se han hecho tanto para el estudio de la evolución natural de la adicción como para la valoración de tratamientos tienen un carácter retrospectivo. En ningún caso se ha previsto el proceso de evaluación dentro del mismo programa de tratamiento. Este es un hándicap importante ya que dificulta la conexión entre operaciones terapéuticas y resultados, y la correspondiente adecuación del proceso de evaluación a las diferentes etapas del tratamiento. En las condiciones en las que se suele dar este tipo de evaluación, solo una investigación prospectiva podría informar sobre las operaciones terapéuticas que maximizan la eficacia de la intervención y su adecuación a cada perfil de paciente. Las investigaciones retrospectivas (dado que evalúan los resultados de un programa complejo) permiten, todo lo más, hablar de la eficacia de un servicio y de un programa de tratamiento en su conjunto, manteniendo al margen del análisis las variantes de la respuesta individual del paciente a cada etapa terapéutica del programa. Otro efecto beneficioso de las investigaciones prospectivas es que permiten la optimización de las estrategias que minimizan la mortalidad estadística (información al paciente de que va a ser evaluado después del alta, obtención de una información precisa para su localización posterior, etc.).

Asignación de los sujetos a los grupos. El grupo control o de comparación

Existen dificultades éticas insalvables para la asignación aleatoria de los sujetos adictos a los diferentes grupos de tratamien-

to y al grupo control o de no tratamiento. La inclusión de los sujetos a los diferentes grupos de tratamiento se hace en función de las características del sujeto y de su adicción, tratando de que obtenga siempre el máximo de beneficio y se reduzca el riesgo de abandono o de recaída. En este sentido, también parece obvio que no se puede indicar que un paciente pase a formar parte un grupo control que no va a recibir tratamiento efectivo alguno. Dados estos presupuestos es difícil establecer las condiciones básicas que posibiliten una comparación entre grupos de pacientes, en la que las diferencias entre estos grupos se expliquen por las operaciones terapéuticas a las que han sido sometidos y no por las condiciones previas exigidas para formar parte de cada uno de ellos. Máxime cuando no hay posibilidad de que exista un grupo de control experimental puro.

La solución a estos problemas no es definitiva, pero puede paliar algunos de los efectos negativos sobre la validez de los resultados. Dicha solución tiene dos apartados. Por un lado, los grupos de tratamiento deben explicitar claramente (de forma operativa) las condiciones de entrada y salida de los sujetos en cada intervención. De esta forma, sería posible estimar la influencia que tienen las condiciones particulares de los sujetos en los resultados terapéuticos. Por otra parte, es necesaria la formación de un grupo de comparación integrado por sujetos, que siendo equiparables a los que se encuentran dentro de los grupos de tratamiento en los indicadores pertinentes a la evolución del cuadro adictivo, no hayan estado sometidos a una intervención terapéutica significativa y cuya situación, por lo tanto, pueda conceptualizarse dentro del «curso natural» de la adicción. Este tipo de sujetos suelen captarse dentro de aquellos que, cumpliendo las condiciones para recibir tratamiento dentro de un programa y habiendo sido admitidos en el mismo, lo abandonan al cabo de un breve plazo de tiempo.

Minimizar la mortalidad estadística

La presencia de una alta tasa de sujetos que no es posible localizar o que se niega a participar en la evaluación de un tratamiento, representa un riesgo de sesgo en los resultados de difícil valoración. En un trabajo especialmente dedicado a este problema, Desmond et al. (1995) han recomendado las siguientes medidas: a) Recoger información del sujeto lo más completa posible durante el tratamiento; b) Informar a los sujetos de que van a ser entrevistados después del tratamiento; c) Dar incentivos materiales a los sujetos por participar en la investigación; d) Elegir un personal adecuado para realizar el seguimiento; e) Llevar un registro minucioso de las actividades realizadas durante el trabajo de investigación; f) Utilizar la información de otras instituciones; g) Realizar una entrevista breve; h) Realizar la entrevista lo antes posible tras la localización del sujeto; i) Dar facilidades para hacer la entrevista; j) Contar con mucho tiempo para realizar el trabajo de campo.

Algunas de estas recomendaciones van encaminadas a que los sujetos se encuentren más motivados para participar, en otras se busca paliar los déficit de información que se produzcan por la previsible pérdida de parte de la muestra. Los autores de este trabajo (Desmond et al., 1995) sostienen que la puesta en práctica de estas medidas ha permitido disminuir sensiblemente la mortalidad estadística, manteniéndola dentro de los límites recomendados, según se aprecia por los resultados de un estudio de campo.

De todas formas, si hubiera una pérdida considerable de sujetos, un procedimiento útil para paliar este problema, podría ser la comparación de los sujetos perdidos para la investigación con aquellos que participan, en una serie de variables básicas (historia de consumo anterior al tratamiento, datos sociodemográficos, historial delictivo, etc.). Las diferencias encontradas en ese tipo de

variables, podría dar pistas sobre el sentido del sesgo en la muestra (Caspar, 1992).

Validez y fiabilidad de los datos. Instrumentos de evaluación

Parece existir un consenso general sobre las principales variables que deben ser estudiadas y un cierto disenso en el método y los instrumentos de medida. Las conductas de consumo, junto con los datos referentes a la actividad laboral o delictiva se incluyen en casi todos los estudios de seguimiento o de valoración de tratamientos, ya que apuntan a diversos objetivos que persiguen la mayoría de los programas terapéuticos en este campo. No obstante, puede ser muy recomendable que se recojan datos de la evolución del paciente correspondientes al período de seguimiento y no sólo del momento en el que se hace la evaluación. De esta forma, podrían sacarse conclusiones más fundamentadas acerca de los efectos del programa evaluado y establecerse relaciones más firmes entre las variables investigadas (consumo, actividad laboral, delictiva, etc.) y otro tipo de sucesos posteriores al programa.

Por lo que respecta a los instrumentos, los desacuerdos son más evidentes. La utilización de pruebas que aporten resultados que puedan ser comparados de una a otra valoración es un desiderátum en este ámbito de investigación. No parece tarea fácil conseguir este objetivo, dado que cada estudio parece necesitar que se adecuen los instrumentos existentes a las peculiaridades del tratamiento investigado. Graham (1994), teniendo en cuenta este factor, ha desarrollado una serie de recomendaciones generales para seleccionar medidas e instrumentos que debe seguir cualquier estudio de seguimiento de tratamiento en adicciones. Sin embargo, existen ciertos ámbitos particulares, que son frecuentemente incluidos en las investigaciones, en los que, siempre que sea posi-

ble, se debe considerar el uso de instrumentos estandarizados que den cuenta de la validez y fiabilidad de sus resultados, dos propiedades esenciales en la medición en ciencias sociales (Muñiz, 1998). En este sentido, pueden mencionarse, por ejemplo, el BDI (Beck Depression Inventory) para la valoración de la depresión, el GHQ (Goldberg Health Questionnaire) para la valoración del estado de salud, el AUDIT para el conocimiento de los problemas asociados con el alcohol; y otros.

Los estudios de confiabilidad que comparan los autoinformes con los resultados de los análisis de metabolitos en orina, observan una alta concordancia, por encima del 90% (Maisto, McKay y Connors, 1990). No obstante, la validez y fiabilidad de los datos sigue en cuestión. Los estudios que han relacionado la respuesta del sujeto a las preguntas de un cuestionario con los resultados obtenidos mediante otros indicadores (fundamentalmente información sobre consumo validada con análisis de orina) se han circunscrito a un espacio temporal cercano. Sin embargo no está claro que la validez y fiabilidad de las respuestas del sujeto sea idéntica cuando se realiza una investigación en la que el sujeto debe dar cuenta de su conducta (social, laboral, de consumo de drogas, o cualquier otra) dentro de un marco temporal largo (un año o más). En este caso, por ejemplo, las afirmaciones del sujeto sobre su conducta de consumo no pueden ser validadas con un análisis de orina en el momento de la entrevista. A la luz de este razonamiento, es necesario que el informe del sujeto sobre su conducta (adictiva, delictiva, laboral, etc.) se certifique con un máximo de validación externa, utilizándose criterios que abarquen el período temporal que se desea investigar. Dos fuentes de información externa importantes son los datos de procedencia institucional (servicios sanitarios, judiciales, laborales, etc.) y los recogidos en el ámbito familiar.

Conclusiones

A lo largo de los últimos años se ha asistido a una rápida proliferación de programas asistenciales para drogodependientes en España. En este momento, existe un acuerdo entre la mayoría de los profesionales acerca de la necesidad urgente de desarrollar estudios de evaluación de la eficacia de este tipo de programas, con el fin de poder efectuar una correcta planificación y toma de decisiones. Sin embargo, los estudios de valoración de los resultados de los tratamientos realizados en nuestro país son muy escasos. En la mayoría de los casos se trata de estudios de seguimiento que, debido a sus características metodológicas, sólo pueden informar del estado de los sujetos en un momento puntual, pero de los cuales no se puede realizar ninguna inferencia razonable sobre los efectos de la intervención.

Por otra parte, la mayoría de estas investigaciones adolecen de diferentes limitaciones metodológicas. Algunas de éstas son las que afectan a los estudios de evaluación de programas en cualquier ámbito de trabajo, mientras que otras se deben a las condiciones peculiares del campo de las drogodependencias, como son, las características de la población estudiada o la gran variedad conceptual de los programas de tratamiento.

En este sentido, se hace necesario la planificación y elaboración de estudios de evaluación de programas, bien controlados, que guarden las condiciones metodológicas que han demostrado su utilidad para resolver los diferentes problemas que se pueden presentar. Algunas de estas recomendaciones se apuntan en el presente trabajo. No se trata de un compendio exhaustivo de soluciones a todos los problemas que se pueden presentar en este tipo de estudios. De todos modos, se puede considerar que su cumplimiento conducirá a investigaciones más válidas e informativas sobre la eficacia de los tratamientos en el ámbito de la drogodependencia.

En último término, esta línea de investigación debería conducirnos a la elaboración de protocolos de evaluación para cada una de las modalidades de tratamiento que existen en la actualidad (programas con agonistas, comunidades terapéuticas, programas ambulatorios con antagonistas, etc.). Una sugerencia que coincide, por otra parte, con lo que se propone para otros ámbitos de la intervención social (Fernández del Valle, 1992). Si bien, un paso previo necesario debería ser la consolidación y homogeneización de los contenidos y objetivos de cada tipo de programa.

Referencias

Apsler, R., y Harding, W.M. (1991). Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: Current status and recommendations for future research. En N. I. D. Abuse (Ed.), *Background papers on drug abuse financing and services research* (Vol. NIDA Drug Abuse Service Research Series No. 1, DHHS Publication No. ADM 91-1777, pp. 58-81). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Caspar, R. A. (1992). Follow-up of Nonrespondents in 1990. En C. F. Turner y J. T. Lessler

(Eds.), *Survey Measurement of Drug Abuse. Methodological Studies*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse. Division of Epidemiology and Prevention Research.

Comas Arnau, D., García Martín, E. y Roldán Inchusta, G. (1996). Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a la heroína (1982-1992). *Adicciones*, 8(1), 75-89.

Desmond, D.P., Maddux, J.F., Johnson, T.H., y Confer, B.A. (1995). Obtaining follow-up in-

interviews for treatment evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(2), 95-102.

Fernández Ballesteros, R. (1995). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En Fernández Ballesteros, R. (Ed.) *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

Fernández del Valle, J. (1992). Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques eco-psicológicos. *Psicothema*, 4(2), 531-542.

Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., Magdalena Benavente, Y., y Riestra del Rosal, C. (1998). *La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes*. Comunicación presentada en el V Congreso de Evaluación Psicológica, Benalmádena - Málaga.

García Martín, E., Roldán Intxusta, G. y Comas Arnau, D. (1995). *Un estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain*. San Sebastián: Comunidad Terapéutica Haize-Gain.

GID. (1992). *Los estudios de seguimiento, una experiencia metodológica*. Madrid: Fundamentos.

Girón García, S. (1997). Estudio de Seguimiento de una Muestra de Heroínómanos a los seis años de iniciado el tratamiento. *Folia Neuropsiquiátrica*, 33(2), 17-46.

Girón García, S., y Martínez Delgado, J.M. (1998). Seguimiento de una muestra de heroínómanos a los seis años de tratamiento: Relación del tiempo de permanencia con la evolución. *Revista Española de Drogodependencias*, 23(1), 25-34.

Gould, L. C., y Lukoff, I. (1977). Selecting a study design. En L. D. Johnston, Nurco, D.N., y Robins, L.N. (Ed.), *Conducting follow-up research on drug treatment programs* (Vol. DHEW Publications No. ADM 77-487, pp. 29-46). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Graham, K. (1994). Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment. *Evaluation and the Health Professions*, 17(1), 43-59.

Guardia Serecigni, J., y González Navarro, S. (1983). Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la heroína. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, 10(6), 357-381.

Hubbard, R. L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Caravanaugh, E.R., y Ginzburg, H.M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Maisto, S. A., McKay, J. R., y Connors, G. J. (1990). Self-reports issues in substance abuse: state of the art and future directions. *Behavioral Assessment*(12), 117-134.

Marina, P. A., Vázquez Barquero, J.L., Jiménez, J.M. Erkoreka, I. (1996). Los beneficios de la abstinencia: Un estudio de seguimiento de adictos a la heroína. *Adicciones*, 8(3), 295-309.

Matellanes Matellanes, M. (1998). Entrevista a D. Emiliano Martín González. Subdirector General del Plan Nacional sobre drogas. *Infocop*(2), 37-41.

Melgarejo, M., Sanahuja, P., Masferrer, J., Salla, L.I., Pérez, F. y Piña, L. (1988). Tratamiento de 182 heroínómanos y resultados: Seguimiento a un año (1985-86). *Fons Informatiu*(13), 1-140.

Melús Moreno, R., y Gutiérrez Rosado, T. (1996). Programa de mantenimiento con Naltrexona: Seguimiento a los 12 meses. *Adicciones*, 8(1), 5-18.

Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10(1), 1-21.

Polich, J. M., Armor, D. J., y Braiker, H. B. (1980). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. Santa Monica, CA: The Rand Corporation.

Roca, F., Gómez Beneyto, M., y Paños, M. (1989). Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollados en Valencia desde 1983 hasta 1987. *Comunidad y Drogas*(13/14), 45-52.

Sánchez-Carbonell, J., Brigos, B. y Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). *Medicina Clínica*, 92(4), 135-139.

Sánchez Carbonell, J., y Camí, J. (1986). Recuperación de heroínómanos: definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento. *Medicina Clínica*(87), 377-382.

Simpson, D. D. (1993). Drug treatment evaluation research in the United States. Special Series: Psychosocial treatment of the addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(2), 120-128.

Simpson, D. D., y Sells, S.B. (1983). Effectiveness of treatment of drug abuse: An overview of the DARF research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*(2), 7-29.

Aceptado el 25 de noviembre de 1998

