

ORIGINAL

Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión

S. GIRÓN GARCÍA

Médico Psiquiatra. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. España.

RESUMEN. *Objetivos.* Realizar una revisión bibliográfica sobre estudios de seguimiento en drogodependientes para conocer: la utilidad de realizar este tipo de investigación, las cuestiones metodológicas que deben contemplarse para asegurar la validez externa de los trabajos y los resultados más importantes obtenidos por los estudios de seguimiento revisados.

Material y métodos. Se han consultado las bases de datos Medline, Cochrane Library Plus y las Monografías del *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) para buscar estudios de seguimiento que aborden algunos de los objetivos planteados, acotando dicha búsqueda en el período comprendido entre los años 1993 y 2004, ambos inclusive.

Resultados. Implementar estudios de seguimiento es útil, entre otras cuestiones, para conocer la evolución postratamiento y evaluar los efectos del tratamiento a medio plazo. Para asegurar la validez externa de los resultados de los estudios de seguimiento es necesario que los diseños puedan contar con grupo control, desarrollar estrategias para localización y contacto que garanticen un alto porcentaje de participación y contar con sistemas de validación de la información que proporcionen los pacientes en el momento del seguimiento.

Conclusiones. Los estudios de seguimiento han demostrado que los tratamientos para drogodependientes son eficaces en el sentido de disminuir la cantidad de sustancias consumidas tras el episodio de tratamiento, así como para mejorar el nivel de inserción social y la calidad de vida de los pacientes. Es imprescindible cuidar al máximo el desarrollo metodológico de los estudios para asegurar la validez externa de los resultados.

PALABRAS CLAVE: estudios de seguimiento, resultados de tratamiento, pacientes drogodependientes, cuestiones metodológicas, variables predictoras.

The follow up studies in substance abuse disorders: an approach to the state of the question

ABSTRACT. *Objective.* A bibliographical review of follow up studies on drug addicts has been carried in order to know: 1) the usefulness of that kind of research; 2) the methods that must be considered to guarantee the external validity of the investigation and 3) the most important results obtained by the reviewed follow up studies.

Material and methods. The Medline and Cochrane Library Plus databases, and the monograph of the National Institute of Drug Abuse (NIDA) have been consulted in order to search follow up studies of substance abuse patients. They must treat about the aims raised for this review and the search of works published has been limited to the period understood between the year 1993 and 2004, both inclusive.

Results. Carrying out follow up studies is useful, among other questions, to know the patients' pos-

Correspondencia:

S. GIRÓN GARCÍA.
Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Cádiz.
Avda del Guadalquivir, s/n.
11012 Cádiz. España.
Correo electrónico: sgiron@comcadiz.com

Recibido: 25-01-2006

Aceptado para su publicación: 22-06-2006

treatment evolution and to evaluate the effects of the treatment at half term. In order to assure the external validity of the results of the follow up studies it is necessary that the designs can count on a group control, to develop strategies for location and contacts that guarantee a high percentage of participation, and to count on systems of validation of the information that provide the patients at the moment of the follow up.

Conclusions. The follow up studies have demonstrated that the treatments for substance abuse are effective in the sense to diminish the amount of substances consumed after the episode of treatment, as well as to improve the level of social insertion and the quality of life of the patients. It is essential to take care of the maximum of the methodologic development of the studies to assure the external validity of the results.

KEY WORDS: follow up studies, outcome of treatment, substance abuse patients, methodological issues, predictive variables.

Introducción

El abordaje terapéutico de las drogodependencias ha ido alcanzando complejidad y dotándose de nuevos recursos conforme ha avanzado el conocimiento sobre su etiopatogenia y sobre todos los factores que favorecen o dificultan su curso. Una gran parte de la investigación relacionada con este campo ha girado en torno a los resultados de los tratamientos con el objetivo de poder responder algunas cuestiones importantes, por ejemplo: ¿qué utilidad tienen los tratamientos para drogodependientes? ¿Qué factores influyen en que un tratamiento sea más eficaz? ¿Por qué algunos pacientes se benefician de los tratamientos y otros no?

Vaillant¹ en 1966 publicó una serie de trabajos, hoy considerados clásicos, basados en el seguimiento de 12 años de 100 pacientes que habían ingresado en el Hospital de Lexington en 1952. El 94% de los pacientes fue seguido hasta su muerte o hasta 10 años después de finalizado su tratamiento en Lexington. La conclusión más importante es, que tras su estancia en el hospital, un 90% de ellos había recaído y otro 90% había estado en algún momento del período de seguimiento en prisión; pero a los 12 años, el 46% estaba abstinente e integrado en la comunidad y, de éste, el 30% había mantenido la abstinencia al menos durante tres años y no había sido condenado en los últimos 4 años por un delito relacionado con drogas o robo. Al

cabo de estos 12 años un 13% de los pacientes había fallecido. Otra observación de Vaillant fue el hecho de que a medida que aumentaba el tiempo de estancia en Lexington se retrasaba la recaída, independientemente de que el paciente ingresase voluntaria o judicialmente. En el seguimiento a los 20 años se observó que había fallecido un 23% de pacientes, un 25% era todavía consumidor, un 35% estaba abstinente y el estado del 17% restante se desconocía o dependía de la definición de buen resultado que se utilizara.

La simplicidad metodológica de estos primeros trabajos fue sustituyéndose conforme se necesitaba una mayor seguridad y fiabilidad en los resultados de estos estudios, debido sobre todo a que empezaban a sostener científicamente el quehacer de los clínicos y terapeutas. Muestras cada vez más amplias, seguimientos prolongados de cohortes de pacientes en diferentes modalidades terapéuticas, aparición de grupo control o comparación, sistemas de validación de la información facilitada por los pacientes, etc. fueron dotando a la investigación de tratamientos en drogodependencias de la complejidad que requiere este campo. Durante los años setenta y ochenta se implementaron algunos de los trabajos de seguimiento que más información proporcionaron sobre la historia natural de la adicción y de su remisión.

El programa DARP (*Drug Abuse Reporting Program*), organizado en 1969 por un grupo de la Universidad Católica de Texas², en su momento fue probablemente el principal estudio de evaluación de tratamientos que hasta entonces nunca se había realizado en la línea de comparar la eficiencia de diferentes tipos de tratamiento. Financiado por el *National Institute on Public Health* y posteriormente por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) norteamericano, realizó, durante la década de los setenta, entrevistas estructuradas a una muestra de 44.000 pacientes procedentes de 52 centros públicos. Las modalidades estudiadas (mantenimientos con metadona, comunidad para toxicómanos, programas libres de droga y centros de desintoxicación física solamente) se compararon entre sí y con un grupo de comparación formado por sujetos que iniciaron tratamiento pero no continuaron el mismo (grupo de admisión solamente). El DARP focalizó su atención fundamentalmente en la clasificación de tratamientos y pacientes, en la evaluación de los resultados obtenidos por éstos y en el desarrollo de escalas sobre grados de éxito.

La experiencia obtenida en el DARP fue la base de otro gran programa, el TOPS (*Treatment Outcome Prospective Study*)³, que supuso la entrevista de 11.000 pacientes de 41 centros durante los años 1979,

1980 y 1981. Entre otras innovaciones incluyó entrevistas durante el tratamiento (al mes y periódicamente cada tres meses en los dos primeros años) y a los 3, 6 y 12 meses de su finalización. Entre los resultados más interesantes que generó esta investigación podemos destacar los siguientes: en todas las modalidades de tratamiento más del 30% de pacientes refirió no consumir la droga por la que ingresó al tratamiento durante todo el período de seguimiento. En la modalidad de mantenimiento con metadona el consumo de heroína disminuyó en un 50% en los pacientes con períodos cortos de tratamiento y en un 70% en los que permanecieron entre 3 y 24 meses. En la modalidad residencial un 20% de los pacientes con permanencia corta en el tratamiento y un 33% de los pacientes con larga estancia declararon no consumir drogas semanalmente durante el período de seguimiento. En la modalidad de programas libres de drogas el 25% de los pacientes refirió no consumir ninguna droga con periodicidad semanal.

Una conclusión generalizada de los estudios de seguimiento es que los tratamientos para la adicción son eficaces y producen diversos grados de mejoría que están relacionados con variables individuales, terapéuticas y ambientales o circundantes. El objetivo de esta revisión es conocer qué aportaciones se han producido en los últimos años en relación con estas importantes cuestiones, y más específicamente, intentar responder a los siguientes aspectos: ¿qué utilidad tiene diseñar y realizar estudios de seguimiento de pacientes drogodependientes en el momento actual?, ¿cuáles son las cuestiones metodológicas a considerar en el diseño de un estudio de seguimiento?, y ¿cuáles son los resultados más importantes obtenidos por este tipo de investigaciones?

Material y métodos

Para intentar responder a estas preguntas se ha realizado una revisión bibliográfica con las siguientes características metodológicas. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), en las publicaciones y monografías del NIDA (www.nida.nih.gov/) y en la Cochrane Library Plus (www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm) con las siguientes características:

1. Artículos publicados durante los últimos 12 años (desde 1993 a 2004).

2. Descriptores utilizados: *Follow-up Studies, Drug Abuse, Substance Related Disorder, Treatment, Treatment Outcome, Methodological Issues, Meta-analysis, Research Design, Patient Compliance and Patient Dropouts* (estudios de seguimiento, drogodependencia, tratamiento, resultados del tratamiento, cuestiones metodológicas, metaanálisis, diseño de investigación, pacientes cumplidores y pacientes que abandonan). La búsqueda se ha realizado combinando de diferentes formas dichos descriptores.

3. Criterios de inclusión en la selección de artículos:

- Estudios de seguimiento de pacientes con trastornos por consumo o dependencia de sustancias.
- Los estudios deben tratar sobre: cuestiones metodológicas de la investigación, resultados de los tratamientos realizados, factores predictores de resultados de tratamientos, evaluación de la eficacia de los tratamientos realizados, revisiones bibliográficas y ensayos clínicos.

Para la selección se tuvo en consideración que aquellos trabajos que aportasen resultados de seguimiento debían tener un diseño metodológico en el que se determinara claramente un episodio de tratamiento, y que la muestra de pacientes seguidos fuese localizada al cabo de un determinado lapso de tiempo y sometida a una entrevista en la que se pudiera determinar su situación sobre consumo de sustancias en el momento de dicha entrevista. Tenían que contar así mismo con un grupo de control o de comparación. Las conclusiones de dichos trabajos debían incluir datos para evaluar la situación del paciente en el momento del seguimiento y/o datos para poder evaluar la eficacia del tratamiento recibido.

Con estas estrategias de búsqueda aparecieron 380 trabajos. En primer lugar se desecharon un grupo importante de artículos cuyo título no era pertinente al tema. El segundo paso consistió en la lectura y análisis de los resúmenes de los artículos seleccionados para valorar si cumplían o no los criterios de inclusión para la revisión. Al aplicar los criterios de inclusión finalmente se seleccionaron 52 artículos. Igualmente, y a través de las referencias bibliográficas de algunos de esos artículos, se han podido seleccionar trabajos y documentos que no están publicados como artículos en revistas científicas y que son enormemente pertinentes a los objetivos de esta revisión (libros o documentos disponibles a través de Internet).

Los documentos descargados a través de sitios web se encuentran referenciados en la tabla 1.

Para la revisión de los estudios de seguimiento españoles se han incluido 11 referencias bibliográficas, algunas de las cuales son anteriores a 1993, debido a que son los trabajos que se han encontrado y publicado como estudios de seguimiento en nuestro país.

Tabla 1. Documentos descargados desde sitios web

Título	Autores o editores	Fuente
The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving The Accuracy of Survey Estimates	Harrison L, Hughes A	NIDA Research Monograph 167 1997 65.112.78.61/pdf/monographs/monograph167/download167.html
NTIES, The National Treatment Improvement Evaluation Study	Center for Substance Abuse Treatment	www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf
CALDATA, California Drug and Alcohol Treatment Assessment, 1991-1993	California Department of Alcohol and Drug Programs	www.icpsr.umich.edu/access/index.html study n.º 2295
DATOS, Drug Abuse Treatment Outcome Study	Dwayne Simpson	www.datos.org
SROS, Services Research Outcome Study, 1995-1996	U.S. Department of Health and Human Services	www.oas.samhsa.gov/sros/httoc.htm
NTORS, The National Treatment Outcome Research Study	Gossop M, Marsden J, Stewart D	National Addiction Center www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf
DCI The District of Columbia Treatment Initiative (1998)	Nemes S, Wish E, Messina N, Hoffman J	Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services. www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/REPORTS/dci_init.pdf

Otras 5 referencias más son anteriores a esa fecha, pero nos han sido útiles para abordar algunos aspectos históricos de los estudios de seguimiento.

y no respuesta y la fiabilidad en la información que proporcionan los propios pacientes, así como el método de recogida de la información. Analizaremos seguidamente lo que aporta la literatura sobre estas materias.

Resultados

Analizaremos los contenidos de los artículos revisados agrupándolos por la temática que abordan.

Cuestiones metodológicas de los estudios de seguimiento

Históricamente, la implementación de estudios de seguimiento de poblaciones de pacientes drogodependientes que se han sometido a tratamiento ha cubierto dos posibles objetivos:

1. Conocer su evolución a lo largo del tiempo después del tratamiento, analizando la relación de dicha evolución con variables del propio paciente, antes, durante o después del tratamiento.

2. Evaluar la eficacia del tratamiento y conocer si un tratamiento es mejor que el no-tratamiento u otras modalidades terapéuticas⁴.

Los desafíos metodológicos a los que se enfrenta la realización de un estudio de seguimiento son diferentes según cuál sea el objetivo perseguido. A nuestro juicio pueden agruparse en: problemas de diseño, problemas de reclutamiento, localización y contacto con los pacientes, los posibles sesgos debidos a la no localización

Aspectos relacionados con el diseño

Es obvio que si se intenta realizar un estudio de evaluación de un tratamiento, el diseño del mismo debe contemplar una serie de características que aseguren al máximo que sus conclusiones serán válidas. En este sentido, y dentro de los posibles diseños, los que más pueden aproximarse a este fin son aquellos que reúnen características experimentales (*quasi*-experimentales o ensayos clínicos controlados). No obstante, dentro de los diseños no experimentales, los de tipo caso-control y los de cohortes pueden ser útiles para encontrar asociaciones que permitan inferir conclusiones sobre la eficacia de un tratamiento. Por tanto, definir el objetivo de la investigación se asocia implícitamente a elegir el tipo de diseño más conveniente, teniendo en cuenta que el mayor control de variables que suponen los estudios experimentales conllevará mayores esfuerzos científicos y económicos, asegurando al mismo tiempo un mayor rigor en sus hallazgos. Si el objetivo es conocer la evolución de un grupo de pacientes tras el tratamiento, y analizar qué relación puede tener dicha evolución con variables pre-tratamiento, o del tratamiento, los estudios de cohortes o de tipo caso-control pueden cubrir con cierta garantía dicho objetivo.

Hay dos características metodológicas compartidas por la mayoría de los estudios de seguimiento revisados:

1. La ausencia de asignación aleatoria a tratamiento.
2. La falta de valoración de los pacientes no localizados o que rehúsan responder a la entrevista de seguimiento⁵.

Al analizar detenidamente la importancia de estos dos hechos nos encontramos que si no son debidamente considerados pueden influir en forma de sesgo en las conclusiones inferidas a partir de los resultados encontrados. Así, no todos los pacientes drogodependientes que necesitan tratamiento acceden al mismo. Los que deciden entrar en tratamiento en muchas ocasiones no lo hacen guiados por su propia motivación, sino por presiones de diverso tipo. Los programas de tratamiento disponibles a veces requieren que los pacientes tengan una serie de características (por ejemplo familiares de apoyo, exigencia de que los pacientes no tengan trastornos comórbidos, etc.), que determinan el tipo de toxicómano que se beneficia de ellos, etc. La imposibilidad de hacer estudios de seguimiento con pacientes que aleatoriamente hayan sido asignados a los tratamientos que se quieren valorar determina que haya que ser muy cautelosos a la hora de poder generalizar inferencias y conclusiones. Ello se complica aún más a partir de la información incompleta de los pacientes que no se han podido localizar o que rehúsan hacerlo. Más adelante se comentará detenidamente este aspecto.

En la literatura española revisada encontramos que las dificultades metodológicas en la fase de diseño a las que se presta mayor atención están relacionadas con la utilización de diseños retrospectivos, en lugar de prospectivos, y con la falta de grupo control o de comparación⁴. Ambas circunstancias afectan a la validez externa del trabajo, y por tanto condicionan las inferencias que pueden hacerse de sus conclusiones. Los estudios americanos que involucran seguimientos muestrales amplios (entre 6.593 participantes de NTIES⁶ y 3.045 de CALDATA⁷ —CALDATA⁷, NTIES⁶, DATOS⁸ y SROS⁹—, así como el trabajo británico NTORS¹⁰ [1.075 participantes]), resuelven ambas cuestiones. Con relación al tipo de diseño, todos estos trabajos son prospectivos: se recluta la muestra en cuanto el paciente accede al tratamiento y tras solicitar su consentimiento para participar en el estudio se recoge información, en ese momento, en el que concluye el tratamiento, y posteriormente en el tiempo en que se ha decidido hacer la entrevista de seguimiento. Así pues, la cohorte a seguir queda definida en el momento de la admisión a tratamiento.

Con relación a la presencia de grupo control es evidente que por cuestiones éticas no puede ser definido

por la asignación aleatoria de un paciente a un grupo de no tratamiento. Para poder soslayar este problema se suele recurrir a formar el grupo de comparación con los pacientes, que tras acceder al tratamiento no lo realizaron, generalmente debido a un abandono prematuro del mismo.

Aspectos relacionados con el reclutamiento

La cuestión del reclutamiento para la investigación es otro aspecto metodológico importante. El reclutamiento comienza con la identificación, la captación y alistamiento de los participantes para el estudio. Se requiere informar a los potenciales participantes y generar su interés en el proyecto. El reclutamiento debe contemplar dos metas: por un lado, que la muestra represente adecuadamente la población diana y que sean suficientes participantes para que el tamaño muestral sustente el poder estadístico requerido por el estudio. Cuando esta fase del trabajo presenta problemas, ello puede afectar la temporalidad del proyecto, reducir la capacidad del estudio para detectar diferencias en los tratamientos y, a veces, conducir a que los investigadores abandonen el ensayo¹¹.

En los estudios mencionados anteriormente los pacientes son reclutados en el momento de la admisión al tratamiento. Además de pedirles la firma de un consentimiento informado se les solicita que faciliten formas de poder ser localizados una vez concluido el tratamiento, bien a través de familiares, bien mediante Servicios Sociales o de sus Servicios de Medicina General. Y en el momento del contacto tras la localización se incentiva su participación con el abono de una determinada cantidad de dinero. Que los pacientes estén advertidos de que pueden ser localizados en el futuro con una finalidad de investigación ayuda a que la reacción del paciente, si es localizado sin ser advertido, no influya de forma negativa en su participación en el estudio.

Aspectos relacionados con la localización y contacto con los pacientes

Se le ha dedicado una atención exhaustiva a este problema de los estudios de seguimiento. Si el objetivo del seguimiento es proporcionar información de retroalimentación pertinente y fiable sobre la evolución de los pacientes tras el episodio de tratamiento, es lógico pensar en contar con el mayor número posible de pacientes entrevistados tras su localización. Sin embargo, el grupo de pacientes drogodependientes es especialmente difícil de seguir. Las dificultades de reinscripción social que sufre este tipo de enfermos condiciona una

mayor inestabilidad laboral y familiar, con frecuentes cambios de domicilio; continuar consumiendo drogas después del tratamiento igualmente puede ser un factor que dificulte la localización. En otras ocasiones los pacientes rechazan el contacto porque ya se encuentran rehabilitados y no quieren recordar o que se les moleste por el pasado. Prisión, enfermedad física o mental, o fallecimiento son también factores asociados a la dificultad de localización. La mayor parte de los estudios de seguimiento revisados no logran localizar a alrededor de un 30 a un 50% de la muestra base. Entrevistar muestras no suficientes durante el seguimiento probablemente introduce un sesgo derivado de que son entrevistados aquellos pacientes que son más fácilmente localizados o que están más dispuestos a participar en el estudio. Como resultado de ello, los pacientes cuya vida es más estable pueden ser entrevistados más frecuentemente que los que tienen una vida inestable. Una baja tasa de seguimiento puede excluir pacientes que son indigentes, que continúan usando drogas o que están involucrados en actividades delictivas. Por todo ello es preciso prestar especial atención a los factores que se asocian a la dificultad de localización, así como a la influencia de la proporción de pacientes que no cooperan, en los resultados finales de la investigación.

Nemes et al¹² realizaron un estudio en 1998 para evaluar la eficacia comparada de dos tipos de tratamiento en Comunidad Terapéutica, en Washington D.C. Tras asignar aleatoriamente a los pacientes a uno de los dos tipos de tratamiento, los siguieron a lo largo de varios años tras el mismo, dedicando especial atención a contactar con ellos y localizarlos para la realización de la entrevista de seguimiento. La muestra estaba constituida por 412 adictos a la cocaína (194 y 218 en cada tipo de tratamiento). Las entrevistas de seguimiento comenzaron a hacerse 31 meses después de que el primer paciente comenzara el experimento y se localizó y entrevistó a 380 pacientes, el 93% de la muestra, tras diversas estrategias y esfuerzos de localización. En un estudio posterior, centrado en analizar las dificultades para realizar el seguimiento de la muestra¹³, los autores llegaron a las siguientes conclusiones: completar el tratamiento está positivamente asociado con tener éxito en la realización del seguimiento; la edad y el número de detenciones previas al tratamiento se relacionan con la dificultad para el seguimiento; las personas que resultaron más fáciles de encontrar tenían mayor probabilidad de estar empleadas en el momento del seguimiento; las personas difíciles de localizar era más probable que estuvieran consumiendo cocaína y que hubieran sido detenidas tras dejar el tratamiento. Los autores concluyen que cuan-

do se localiza a menos del 80% de la muestra base los resultados conducen a subestimar el consumo de cocaína y a sobreestimar la situación de estar empleado.

En los trabajos que se han realizado para valorar qué factores pueden influir en la dificultad para contactar y localizar a los pacientes tras el tratamiento¹⁴⁻¹⁸, sólo se ha podido constatar con certeza que los pacientes que requieren de mayores esfuerzos hasta ser localizados se caracterizan por haber vuelto a usar drogas tras el tratamiento y que las características sociodemográficas al inicio de tratamiento no pueden predecir si un paciente será más fácil o difícil de localizar¹⁴. En el trabajo citado anteriormente de Cottler et al¹⁵ lo que sí se pone de manifiesto es que los que van a requerir mayor esfuerzo para su localización son consumidores de varias sustancias, y probablemente padecen síntomas de depresión y ansiedad. En el estudio de Stinchfield et al¹⁶ los pacientes que se caracterizaron por ser difíciles de contactar eran los que habían tenido peores resultados durante el tratamiento.

Por tanto, elaborar conclusiones a partir de muestras de pacientes en seguimiento que sean insuficientes puede conducir a un importante sesgo en la medida en que podemos generalizar resultados no acordes con la realidad. Partiendo de esta premisa, y aceptando que en los seguimientos vamos a encontrar una pérdida de muestra, la cuestión que se plantea es cuál es la pérdida tolerable para que las conclusiones no estén sesgadas. Para aproximarse a este objetivo, Hansten et al¹⁹ diseñaron un estudio dirigido a conocer qué efectos tenían la localización y el seguimiento de diferentes tasas de pacientes sobre la estimación de resultados del tratamiento. Aprovechando una muestra de 654 pacientes sobre los que se realizaba un ensayo clínico para valorar la eficacia de una entrevista motivacional breve que se aplicaba en el momento de su entrada en tratamiento, los pacientes fueron seguidos posteriormente para comprobar el efecto sobre los resultados del tratamiento de dicha entrevista. Los autores diseñaron un procedimiento de búsqueda de los participantes que incluía una gradación de esfuerzos de localización (telefónico, postal, a través de agencias —Servicios Sociales, agentes judiciales, tribunales—, etc.). Establecieron como límite un plazo de 90 días para localizar y entrevistar al paciente. Lograron entrevistar a 587 participantes (90% de la muestra base). El 60% de la muestra base fue localizado y entrevistado dentro de los 10 primeros días en que se intentó su localización. El 70% estaba entrevistado a los 19 días, y a los 42 días estaba localizado y entrevistado el 80% de la muestra. El rango de intentos de localización por participante iba de 0 a 22. Los participantes con los

que se contactó antes de los 19 días tenían un promedio de 7 intentos de localización. Los 22 intentos se los atribuyeron los participantes con los que finalmente no se contactó. Los autores comparan los resultados obtenidos por los primeros análisis sobre la submuestra de pacientes que fueron fáciles de localizar (60%) con los resultados del conjunto de la muestra localizada (90%). Encontraron que había una asociación significativa entre las dificultades para la localización y los resultados del tratamiento y el posterior uso de sustancias por parte de los pacientes. Sin embargo, las estimaciones realizadas, basadas sobre el 60% de la muestra que fue fácil de localizar, se diferenciaban poco de las que se basaban en el 90% de la muestra, y los modelos predictivos de resultados, basados en el 60%, eran razonablemente similares a los basados en la muestra final. Ellos concluyen que las tasas de seguimiento por debajo del 70% producen resultados válidos y que el estudio de la pérdida de pacientes durante el período de seguimiento puede ser impredecible a partir de las características y circunstancias de los participantes en la línea base del estudio.

Gerstein y Johnson⁵ han realizado un amplio estudio sobre los sesgos introducidos en los estudios de seguimiento por la selección de los pacientes en el mismo y por la proporción de los que no realizan la entrevista de seguimiento. Para ello han revisado y analizado los 4 últimos grandes estudios de seguimiento realizados en Estados Unidos: CALDATA⁷, NTIES⁶, SROS⁹ y DATOS⁸ (tabla 1). Todos estos estudios realizan un muestreo aleatorio en dos etapas: en una primera fase, y sobre el conjunto de entidades y centros que proporcionan tratamiento a drogodependientes, seleccionan una muestra desde la cual, en una segunda etapa, se seleccionan aleatoriamente los pacientes. Al hacerlo de esta manera garantizan que la probabilidad de que un paciente que recibe tratamiento se seleccione para el estudio sea máxima. La realidad es que hay una pequeña proporción de centros que no cooperan, con la consecuencia de que sus usuarios no van a poder ser seleccionados, y otra proporción de pacientes seleccionados que rehúsan colaborar en el seguimiento (rango de pacientes entrevistados entre 48 y 70%). En este trabajo los autores además ponen énfasis en el hecho de que los pacientes que acceden a tratamiento no lo hacen de forma aleatoria. En efecto, diferentes estudios que comparan poblaciones de pacientes adictos que están en tratamiento frente a adictos que no lo están encuentran que los pacientes que demandan tratamiento no son los que tienen un mayor nivel de problemas relacionados con el consumo. Por otro lado, el acoplamiento de un paciente a una deter-

minada prestación terapéutica está influido por las características de los servicios que proporciona el tratamiento y por el contexto sociocultural del paciente. En suma, los pacientes tratados no son una buena representación de los pacientes que tienen problemas de adicción. Por tanto, la falta de aleatoriedad en el acceso del paciente al tratamiento, el que las entidades que proporcionan los tratamientos no sean seleccionadas de forma aleatoria y la falta de colaboración de algunas de estas entidades y de los pacientes representan desafíos importantes para la validez y la generalización de los hallazgos de los estudios de seguimiento.

Elementos sobre la validez del autoinforme

Estudiar los niveles de consumo de drogas en una población de pacientes drogodependientes, así como las conductas asociadas a dicho consumo, requiere el uso de métodos basados en la información que proporciona el propio paciente. Dadas las peculiares características de este tipo de población (conductas delictivas relacionadas con el consumo, ilegalidad del propio consumo, etc.), se ha cuestionado la validez de la información que facilitan. Se ha intentado asegurar la confiabilidad en la información obtenida de esta forma a través de estudios que utilizan otras fuentes para corroborar la validez del autoinforme. Contrastar los datos con la información que facilita la familia, otros registros oficiales (empleo, escolaridad, delincuencia, etc.), resultados de análisis de drogas en orina, etc. es el método utilizado para verificar el grado de concordancia que tiene el autoinforme.

Sobre este asunto se ha publicado una gran cantidad de literatura (en los últimos años: Solbergdottir et al²⁰, Secades et al²¹, Jhingan et al²², Weiss et al²³ y Winters et al²⁴). Incluso el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) de Estados Unidos ha publicado una concienzuda monografía²⁵ (tabla 1) sobre esta cuestión. La mayoría de los estudios coincide en destacar que la concordancia entre los informes que facilita el paciente sobre su consumo de drogas y sus actividades relacionadas, y los resultados de comprobar su verosimilitud en las fuentes mencionadas suele ser bastante alta.

Wish et al²⁶ diseñaron un estudio para valorar la validez de la información proporcionada por una muestra de pacientes en el momento de acceder a una Unidad de tratamiento. Para ello contrastaron la información con resultados de análisis de drogas en orina y en el pelo. De los 487 pacientes que iniciaron tratamiento pudieron conseguir muestras de orina y/o pelo de 326. Las conclusiones más importantes y llamativas de este estudio son:

1. La validez del autoinforme del paciente puede variar según la droga por la que se pregunte y el encauadre del tratamiento que solicite (si solicita programa de metadona es probable que no mienta sobre el uso de opiáceos, pero puede pensar que el consumo de cocaína, si lo tiene, puede perjudicarle).

2. El policonsumo de drogas puede ser infradiagnosticado a través del autoinforme.

3. El análisis del pelo detectó más uso de cocaína que el análisis de orina.

4. Aun así, aunque algunos pacientes tiendan a informar de un menor uso de drogas, en general esta información puede ser sustancialmente válida.

5. La validez de la información sobre el uso de drogas puede ser menor en el seguimiento que al inicio del tratamiento.

6. Los individuos con los mayores problemas de consumo de drogas tienen mayor probabilidad de admitir sus problemas en una investigación o en una entrevista clínica.

Por todo ello los autores concluyen que es importante incluir medidas toxicológicas del uso de drogas en las investigaciones de resultados de tratamiento para validar los autoinformes de uso reciente de drogas y ajustarlos al uso real de sustancias.

Resultados obtenidos en los estudios de seguimiento

Los primeros estudios de seguimiento de adictos seguían un diseño metodológico simple, consistente

básicamente en identificar y entrevistar a una muestra de pacientes que había realizado algún programa de tratamiento al cabo de un período de tiempo tras haberlo finalizado. Se buscaba sobre todo conocer cuál era la situación del paciente en el momento del seguimiento y con relación al uso de drogas. Y, aunque no diseñados para evaluar los tipos de tratamiento directamente, podían inferirse conclusiones a este nivel. Conforme se han ido perfeccionando los diseños metodológicos se ha podido incluir como objetivo de los estudios de seguimiento la evaluación de los tipos de tratamiento realizados por los pacientes.

En un principio, los estudios de seguimiento intentaban medir la evolución de los pacientes a través de un solo criterio: si continuaban o no consumiendo la droga que motivó el tratamiento y cuánto tiempo habían mantenido la abstinencia después del episodio de tratamiento. Posteriormente, y dada la complejidad del fenómeno, los investigadores decidieron valorar la evolución a través de índices de evolución, que incluían mediciones sobre otros cambios que también experimentaban los pacientes: en su situación familiar, laboral, judicial, económica, de salud, etc. De los muchos estudios publicados sobre esta cuestión nosotros vamos a detenernos en revisar aquéllos que se han editado en los últimos años, que abarcan muestras poblacionales grandes y que tienen un diseño metodológico riguroso. Para ello nos vamos a centrar en los 5 estudios citados en la tabla 1 cuyas características vienen especificadas en la tabla 2, realizando un resumen de

Tabla 2. Algunos datos comparativos de los estudios

	CALDATA	SROS
Población diana	Pacientes procedentes de centros públicos de California que terminaron o dejaron el tratamiento entre 10/1991 y 9/1992	Pacientes procedentes de centros públicos de EE.UU. que terminaron o dejaron el tratamiento entre 9/1989 y 8/1990
Trabajo de campo	4/1993 a 12/1993	6/1995 a 3/1996
Promedio de tiempo de seguimiento	15 meses	5 años
Muestreo	Probabilístico estratificado por modalidad de tratamiento y por geografía en California	Probabilístico estratificado por modalidad de tratamiento y por geografía en 48 estados de EE.UU.
Modalidades de tratamiento incluidas	Desintoxicación con metadona Mantenimiento con metadona Ambulatorio sin metadona Tratamientos residenciales	Internamiento en Hospital Tratamientos residenciales Ambulatorio con metadona Ambulatorio libre de drogas
Muestra base	3.045	3.047
Pacientes entrevistados en el seguimiento	1.858	1.799
Tasa de respuesta global excluyendo fallecidos	62%	65%

los hallazgos más relevantes en las áreas evaluadas: consumo de drogas y alcohol, actividades delictivas, situación laboral, salud y necesidades terapéuticas posteriores al tratamiento índice.

Con respecto al consumo de sustancias tras el tratamiento, los resultados de todos estos estudios de seguimiento son similares. Hay reducciones significativas y generalizadas del consumo, tanto de la sustancia que motivó la entrada en tratamiento como de otras. Así, el estudio CALDATA⁷ encontró una reducción del 20% aproximadamente entre el uso de drogas antes del tratamiento y posteriormente en el seguimiento. El estudio SROS⁹ encuentra una reducción del consumo de heroína del 11% tras el tratamiento, del 45% de cocaína, del 14% de alcohol y no encuentra diferencias significativas entre el consumo ilegal de metadona antes y después del tratamiento. También analiza el consumo en los pacientes que no han dejado de consumir tras el tratamiento, descubriendo reducciones significativas en alcohol, derivados del cannabis y cocaína. El estudio NTIES⁶ constata una reducción del 35% de consumo de la droga principal y reducciones del 21,7% de cocaína, 11% de heroína y 27,8% de derivados del cannabis. El estudio DATOS⁸ realiza el seguimiento al año de haber terminado o abandonado el tratamiento, y quizás sea el que mayores reducciones de consumo descubre en el momento del seguimiento. Desde el 69% de reducción del uso diario de heroína en los pacientes que se encuentran en mantenimiento con metadona hasta el 67% de reducción de cocaína semanal en los pacientes que reciben tratamientos residenciales de larga dura-

ción. Las reducciones del consumo de alcohol, cannabis y heroína oscilan entre el 50 y el 60% en el momento del seguimiento en las otras modalidades de tratamiento. El estudio británico NTORS¹⁰ encuentra que el 38% de los pacientes, a los 4-5 años de haber terminado el tratamiento, está abstinentes de todas las drogas (el 66% de la muestra NTORS eran heroinómanos).

Con relación a las actividades delictivas (posesión de drogas, venta, distintos tipos de robos, etc.), también se encuentran reducciones significativas en los pacientes tras haber realizado un tratamiento²⁷. La mayor parte de los estudios constata reducciones de entre uno y dos tercios de pacientes que han cometido delitos, siendo el robo en tiendas el que más se reduce, y el que menos la posesión de sustancias (sólo se ve mermado un 7,4% en el estudio NTIES). También hay constancia de que cuanto mayor es el tiempo de permanencia en tratamiento, más disminuye el nivel de actividades delictivas a lo largo del período de seguimiento.

Otro ámbito de especial interés para los investigadores es el del empleo y la fuente de ingresos económicos de los pacientes. Todos los estudios, salvo el SROS⁹, encuentran que tras haber realizado el tratamiento hay una tendencia moderada a aumentar el nivel de empleo (de 13% en DATOS⁸ a 15% en NTIES⁶). CALDATA⁷ constata que a mayor tiempo de permanencia en tratamiento más positivo es el efecto sobre el nivel de empleo, siendo más destacada esta tendencia en los pacientes que realizan tratamiento de tipo residencial. NTIES⁶ encuentra una reducción del 4,3% en la recepción de subsidios sociales tras el tratamiento.

NTIES	DATOS	NTORS
Pacientes admitidos a tratamiento entre 7/1993 y 9/1994	Pacientes tratados en una Unidad típica en una de 11 ciudades de EE.UU. de entre 11/1991 y 10/1993	Pacientes del Sistema Nacional Servicios Tratamiento de Reino Unido entre 2/1995 y 7/1995
8/1993 a 10/1995	1994 a 1996	1997 y 1999/2000
11 meses	1 año	2 años y 4-5 años
Intencional, en 16 ciudades, basado en modalidad de tratamiento	Intencional, en 11 ciudades, basado en modalidad de tratamiento	Naturalístico, por modalidad de tratamiento en el territorio del Reino Unido.
Tratamiento residencial breve	Tratamiento de internamiento breve	Tratamiento de internamiento
Tratamiento residencial a largo plazo (más de 2 meses)	Internamiento a largo plazo (más de 6 meses)	Programas de rehabilitación
Ambulatorio con metadona	Ambulatorio con metadona	Mantenimiento con metadona
Ambulatorio sin metadona	Ambulatorio libre de drogas	Desintoxicación con metadona
Tratamiento correccional		
6.593	4.786	1.075
5.388	2.966	496 de una submuestra de 650
70%	48%	76%

La mejoría en el estado de salud del paciente es otro aspecto que se ha investigado en los trabajos revisados. NTORS¹⁰ encuentra mejorías considerables y mantenidas, tanto en la salud física como en la mental, y describe una mortalidad anual del 1,2% de la muestra, hallazgo similar al realizado por el estudio SROS⁹, que informó de una mortalidad de 277 pacientes en los 5 años del seguimiento (9% de la muestra). Además, este estudio demuestra que tras el tratamiento se reducen las conductas de riesgo para la transmisión de enfermedades contagiosas (tras el tratamiento disminuye la vía intravenosa y el compartir jeringuillas) y disminuye el promedio de sobredosis letales^{28,29}. CALDATA constata una reducción del 30% en hospitalizaciones tras el tratamiento y una mejoría en otros indicadores de salud.

No todos los estudios han abordado el problema de las necesidades terapéuticas para la adicción que ha podido tener el paciente tras la realización del episodio de tratamiento que se está estudiando. SROS encuentra que el 50% de los pacientes realizó al menos un tratamiento después del investigado. DATOS describe que, dependiendo de la modalidad de tratamiento realizado, hay un rango de entre 25% y 74% de pacientes que repiten tratamiento.

Análisis de factores predictores de resultados en los estudios de seguimiento

De especial interés clínico y terapéutico es el estudio de la posible influencia que ejercen sobre los resultados del tratamiento distintas variables, que definen la situación de partida del paciente que inicia tratamiento (edad, sexo, historia del consumo de sustancias, delincuencia, situación laboral, historia de tratamientos previos, estado de salud mental, etc.), así como variables asociadas a las características de las modalidades de tratamiento disponibles. Se intenta construir un modelo matemático donde la variable dependiente, «estado del paciente tras el tratamiento» (nivel de gravedad de la dependencia, de las actividades delictivas, de problemas psiquiátricos y médicos y de la situación laboral), sea explicada por la influencia directa o la interacción de las diferentes variables «independientes» mencionadas anteriormente. A partir de los análisis de correlación de variables, con aplicación de las técnicas de regresión bivariante y multivariante, los estudios que estamos revisando encuentran algunos datos llamativos.

En primer lugar replican uno de los hallazgos que subrayaron los primeros estudios de seguimiento: la permanencia de tiempo en tratamiento está directamente relacionada con la evolución postratamiento, de for-

ma que en los programas de mantenimiento con metadona los pacientes que están más de un año en tratamiento son los que tendrán una evolución más favorable. Los pacientes en modalidades ambulatorias y residenciales sin mantenimiento de metadona que permanecen en tratamiento más de tres meses tienen las evoluciones postratamiento más favorables. El estudio DATOS encuentra que los pacientes que estaban más de un año en programas de metadona tenían 4 veces menos probabilidad de estar usando heroína en el momento del seguimiento que los que permanecían en metadona menos de ese período de tiempo. Los pacientes que estaban más de tres meses en Comunidad Terapéutica eran los que tenían menor consumo de cocaína y de alcohol, menor nivel de actividades delictivas, de conductas de riesgo de contagio por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de desempleo en el momento del seguimiento. Los pacientes en modalidades ambulatorias libres de drogas, además de mejorar en las variables que acabamos de mencionar, disminuían también la ideación y las tentativas autolíticas.

Seguidamente vamos a analizar la relación de los resultados del tratamiento con las variables predictoras que han mostrado significación estadística en los estudios que se han revisado. Básicamente las investigaciones llevadas a cabo se centran en intentar perfilar qué características o circunstancias del paciente pueden influir en los resultados del tratamiento, y qué variables del tratamiento pueden ejercer igualmente efecto beneficioso sobre el mismo.

Variables predictoras relacionadas con el paciente

1. Edad, sexo y etnicidad. Son variables que, por sí solas, no tienen una influencia directa y significativa sobre los resultados del tratamiento, pero que sí ejercen efecto indirecto cuando interactúan con otras variables predictoras. De los estudios revisados el que le dedica mayor atención es NTIES. En su informe sobre predictores, NTIES encuentra que los cambios más positivos en el consumo de alcohol en el momento del seguimiento están relacionados con que los pacientes tuvieran más edad, que hubieran completado el tratamiento y que tuvieran más experiencias anteriores de tratamiento. Resultado también encontrado en el estudio SROS, que además añade que los pacientes con un uso de alcohol más intenso antes del tratamiento tenían 11 veces más probabilidades de consumir alcohol después del tratamiento.

La variable edad también se encuentra asociada como predictor de reducción de la actividad delictiva postratamiento al nivel educativo. Los pacientes con

mayor reducción de actividades ilegales eran los de más edad, que poseían mayor nivel educativo (NTIES). Tener más edad y ser de raza negra o hispana ejercían también influencia positiva sobre el estado de salud física postratamiento. Curiosamente, y en contraste, los hombres de raza negra y de más edad mostraban pocos cambios positivos en su situación psiquiátrica (NTIES).

El sexo femenino está asociado a los mayores índices de mejoría, tanto en el estado físico como en el mental después del tratamiento (NTIES).

Por otro lado, cuando se analiza la influencia del sexo sobre los resultados del tratamiento en cuanto a reducción de actividades delictivas, NTIES encuentra que las mujeres tenían menores cambios en sus actividades delictivas que los hombres. Además, otro estudio constata esta aseveración³⁰ afirmando que las mujeres con más historial de detenciones en el inicio del tratamiento tenían más probabilidades de ser detenidas tras el mismo, así como menos probabilidades de estar empleadas en el momento del seguimiento.

2. Historia de consumo de drogas y alcohol. Estas variables han recibido una atención considerable, ya que desde los primeros estudios de seguimiento se apreciaban tendencias consistentes en su relación con los resultados. SROS señala que el factor predictivo más importante del consumo de drogas posterior al tratamiento era el nivel de consumo de cualquiera de las principales drogas antes del tratamiento y el sexo masculino. Es decir, cuanta mayor gravedad tiene el consumo (más años de consumo, variados tipos y cantidades de drogas consumidas, sobredosis, etc.), mayor es la probabilidad de continuar consumiendo tras el tratamiento. La influencia negativa de la historia del consumo sobre los resultados del tratamiento en la dependencia a opiáceos ha sido también destacada por un estudio de tipo metaanalítico publicado en 1998³¹. El trabajo SROS concluye que el poder de la historia del consumo de drogas para predecir el consumo futuro tras el tratamiento es quizás otra forma de constatar la naturaleza altamente persistente y crónica de los problemas adictivos.

SROS también encuentra que el consumo de alcohol postratamiento no parecía estar influenciado por el consumo de cualquier droga ilegal antes del mismo.

3. Nivel educativo. El nivel educativo es otra variable que no parece ejercer una influencia directa sobre los resultados del tratamiento. Como ya se ha comentado antes, el estudio NTIES encontró que los pacientes con reducciones más importantes en la gravedad del uso de drogas eran aquellos que cuando accedieron al tratamiento tenían un mayor nivel educativo

(alto diploma escolar) y además estos pacientes se caracterizaban por completar el tratamiento, tener más sesiones mensuales de terapia y permanecer más tiempo en tratamiento.

4. Situación social (incluye laboral y familiar). La influencia que puede ejercer sobre los resultados del tratamiento la situación social y familiar parece estar mediada a través de sus interacciones con otras variables. Los pacientes desempleados tienen mayor probabilidad de continuar el consumo de drogas tras el tratamiento que los que trabajan, aunque la correlación entre desempleo y uso de drogas postratamiento es bastante ligera³¹.

En un estudio diseñado por Walton et al³² para analizar la influencia predictora de variables relacionadas con el paciente y con el tratamiento sobre el consumo de alcohol y drogas a los dos años del tratamiento, y que abarcó una muestra de 180 pacientes, encontró como predictores de consumo de alcohol en el momento del seguimiento tener una insuficiente autoeficacia, estar implicado en actividades delictivas, estar soltero y tener bajos ingresos económicos. Otros estudios^{33,34} han señalado que tener mayor soporte social en el inicio del tratamiento es un predictor positivo de permanencia en el mismo y de abstinencia posterior.

5. Delincuencia. Éste es otro grupo de variables que ha recibido bastante atención, pero que, al igual que las comentadas anteriormente, hay que considerar en el contexto de sus interacciones con otras variables predictoras. La historia delictiva previa y el estatus legal tienen una influencia positiva con relación a continuar el uso de drogas tras el tratamiento³¹. El estudio SROS⁹ apreció que el predictor más importante de tráfico de drogas tras el tratamiento era precisamente el tráfico antes del mismo. Además, los pacientes de más edad tenían menos probabilidad de vender drogas tras el tratamiento. Igualmente SROS informa de que a mayor tiempo de estancia en tratamiento, menor probabilidad de vender drogas, prostituirse o robar tras el mismo.

6. Trastornos psiquiátricos. Hemos encontrado en la literatura varios estudios que intentan determinar la influencia de la psicopatología del paciente en el momento de iniciar el tratamiento en los resultados del mismo. Los trastornos psiquiátricos que más atención han recibido son los de la esfera depresiva y los de la personalidad. Compton et al³⁵ han publicado recientemente (2003) un estudio realizado sobre 401 pacientes (93% de la muestra base) a los que localizaron al año de haber iniciado el tratamiento. Al comenzar el tratamiento investigaron el estado psicopatológico de los pacientes y a los 12 meses analizaron cómo estaban en

relación con el consumo de sustancias. Encontraron que algunos trastornos psiquiátricos en el inicio del tratamiento estaban asociados a peores resultados en el seguimiento: el trastorno depresivo mayor predijo más consumo de sustancias, así como más diagnósticos de dependencia añadidos posteriormente y más síntomas relacionados. El trastorno antisocial de personalidad predijo el uso de un mayor número de sustancias, y el trastorno de ansiedad generalizada parece influir en que los pacientes inicien otras dependencias. Los hombres con trastornos mentales, en general, con depresión mayor y trastorno antisocial de la personalidad son los que obtienen peores resultados tras el tratamiento. En un estudio metaanalítico sobre predictores de resultados de tratamiento se destaca que la depresión tiene una suave correlación positiva con continuar el uso de drogas tras el tratamiento³¹.

Sin embargo, estos hallazgos no son replicados por otros trabajos. En efecto, otro estudio realizado sobre una muestra de 278 pacientes en tratamiento con metadona³⁶, cuyo objetivo era examinar la posible influencia de la comorbilidad psiquiátrica en el momento del inicio del tratamiento sobre los resultados del mismo, encontró que, de entrada, tener otros trastornos mentales se asociaba con peor estatus médico y psicosocial, tanto en la admisión como en el seguimiento (realizado a los 7 meses). Los pacientes con una combinación de diagnósticos en el eje I y II tenían los problemas más severos. El uso de sustancias en el ingreso y a los 7 meses no parecía tener relación con la comorbilidad, aunque había una tendencia que indicaba un mayor abandono de tratamiento para los pacientes con trastornos de personalidad. En otro estudio realizado en Noruega sobre una cohorte de 200 pacientes que ingresaron en una Comunidad Terapéutica, los autores³⁷ señalan que los trastornos de personalidad y la psicopatología en el momento del ingreso no predijeron el nivel de problemas de uso de drogas durante el seguimiento, pero sí estaban relacionados con el riesgo de muerte (en esta cohorte hubo una mortalidad del 12,4% a los 5 años).

7. Historia de los tratamientos previos. Se han encontrado pocos trabajos que aborden la relación predictora de la historia de los tratamientos realizados antes del episodio índice con los resultados en el momento del seguimiento, y casi todos los artículos están basados en la muestra investigada por DATOS. Estos trabajos encuentran que los pacientes con experiencias terapéuticas anteriores tenían al mismo tiempo problemas de drogas más graves, mayor necesidad percibida de tratamiento y peores resultados tras el mismo que aquellos que accedían a tratamiento por primera

vez (que lo hacían con una media de 30 años de edad y de 7 años de historia promedio de consumo). La experiencia de haber recibido un tratamiento anteriormente provocaba un efecto negativo sobre la autoeficacia para resistirse al uso de drogas ante la influencia negativa del grupo de pares una vez que el paciente había concluido el tratamiento³⁸. Este mismo grupo de investigadores, utilizando datos registrados procedentes de pacientes cocainómanos, comparó a los pacientes que accedían al tratamiento por primera vez con aquéllos que poseían una larga historia de tratamientos anteriores, constatando que estos últimos tenían resultados menos favorables tras el tratamiento índice³⁹.

Variables predictoras relacionadas con el tratamiento

Ya se ha comentado que todos los estudios de seguimiento en que se analizan variables predictoras encuentran que el tiempo de permanencia en tratamiento es un factor directamente relacionado con los resultados del mismo. Hay dos preguntas que surgen ante esta constatación: ¿qué variables del paciente pueden determinar que éste se mantenga más tiempo en un tratamiento dado? y ¿qué factores relacionados con el propio tratamiento pueden incidir en que el paciente permanezca más tiempo en él? Sobre esta segunda cuestión ofrecemos a continuación los resultados que hemos encontrado en la literatura publicada.

1. Motivación hacia el tratamiento. Incrementar la motivación hacia el tratamiento y hacia el cambio constituye un objetivo de primer orden para comprometer al paciente en su proceso terapéutico. Se ha constatado que con bastante frecuencia los pacientes drogodependientes acceden a tratarse por una motivación extrínseca: se sienten exigidos a tener que someterse a un tratamiento debido a situaciones familiares, judiciales, laborales u otras en las que han llegado a ciertos límites. Poder transformar esa motivación en una más personal probablemente podría ser uno de los primeros objetivos terapéuticos.

Simpson et al⁴⁰ realizaron un trabajo con el objetivo de conocer qué variables relacionadas con el proceso terapéutico podían influir en el mayor tiempo de permanencia de los pacientes en el programa. La muestra estaba formada por 435 pacientes en programas de mantenimiento de metadona y fueron seguidos al año de haberlo terminado o abandonado. Los análisis realizados establecieron que en esa muestra la mayor permanencia de tiempo en tratamiento podía predecirse a partir de una más alta motivación para el mismo.

Con respecto a los pacientes que inician tratamiento por presión judicial o legal, el estudio NTIES en-

contró que los resultados relacionados con empezarlo por presión legal no eran tan buenos como cuando la motivación para el mismo obedecía a otras razones. El estudio SROS añade además que los pacientes que ingresaron en tratamiento en esa circunstancia tenían más probabilidad de usar alcohol tras el tratamiento que los que ingresaban con otro tipo de motivaciones.

2. Características del tratamiento. Algunas variables relacionadas con las particularidades que tiene un determinado tipo de tratamiento pueden ser analizadas como posibles predictoras de resultados, aunque no son muchos los estudios que abordan esta cuestión. Nielsen et al, en el año 2000⁴¹, analizaron predictores de cumplimiento del programa terapéutico en una muestra de 150 alcohólicos que iniciaron tratamiento en una Unidad ambulatoria libre de drogas. Entre otros resultados, constatan que las variables predictoras de cumplimiento en la fase de motivación eran: disponer de terapeutas caracterizados por una actitud de escucha empática y reflexiva, uso de disulfiram y de tratamiento psicofarmacológico.

Otro trabajo que aborda este aspecto⁴² se realizó sobre una muestra multicéntrica de 511 pacientes a los que se les solicitó, mientras se encontraban en tratamiento, que valoraran a sus terapeutas en 14 dimensiones (empatía, directividad, etc.). Un año después de finalizado el tratamiento se los localizó para el seguimiento. Utilizando análisis de regresión múltiple, en el que se consideraron variables independientes, las puntuaciones que habían dado sobre los terapeutas durante el tratamiento, y variables dependientes, los resultados del mismo (gravedad del uso de alcohol, consumo de drogas y estado psiquiátrico medido a través del *Addiction Severity Index*), indicaron que las percepciones positivas que tenían los pacientes sobre sus terapeutas estaban asociadas de forma significativa con un mayor tiempo de permanencia en tratamiento (tanto en modalidades ambulatorias libres de drogas como en tratamientos residenciales) y con mejor funcionamiento psiquiátrico en el momento del seguimiento.

3. Terminar el programa de tratamiento. Completar el programa terapéutico cubre un doble objetivo: el paciente va a permanecer un tiempo suficiente en tratamiento y además va a alcanzar las metas propuestas en el mismo. Son escasos los trabajos que evalúan los factores que pueden determinar que un paciente concluya su tratamiento, así como la influencia de este hecho sobre los resultados del mismo. El estudio SROS encontró que los pacientes que completaban su tratamiento tenían menor probabili-

dad de usar drogas tras el mismo que los que no lo completaban. Weisner et al⁴³, en otro trabajo realizado con una población de alcohólicos, llegan a la misma conclusión. Ghodse et al⁴⁴, evaluando un programa de desintoxicación, encontraron que los pacientes que completaron la desintoxicación y estuvieron al menos 6 semanas en una Unidad de recuperación o rehabilitación tenían resultados significativamente mejores que aquellos que no completaron el tratamiento⁴⁴.

Zarkin et al³⁴ realizaron un estudio para analizar específicamente qué efecto tenía concluir un tratamiento sobre dos variables de resultados: empleo y delincuencia. Lo hicieron utilizando una submuestra del estudio NTIES que incluía a 986 pacientes tratados en régimen ambulatorio libre de drogas. Los autores encontraron que completar el tratamiento y permanecer más tiempo en él estaba significativamente relacionado con una mejor situación de empleo tras el mismo. El nivel de empleo en el momento del seguimiento entre los pacientes que habían completado el plan de tratamiento era casi el doble que en los pacientes que no lo completaban, a pesar de que estos últimos hubieran permanecido un tiempo suficiente en él.

¿Qué aportan los estudios de seguimiento sobre la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento estudiadas?

Aunque formalmente existen muchas variedades o tipos de modalidad de tratamiento para las adicciones, lo cierto es que es posible clasificarlas en 4 grandes grupos en función de cuál es el recurso o método principal que emplean para lograr el objetivo de la rehabilitación y la reincorporación social del adicto. Son los siguientes:

- Programas de desintoxicación exclusivamente (en régimen ambulatorio u hospitalario).
- Programas basados en la atención ambulatoria libres de drogas.
- Programas basados en la atención ambulatoria de mantenimiento con agonistas (fundamentalmente metadona), también llamados tratamientos de sustitución.
- Programas residenciales, de corta o larga duración (también llamados de Comunidad Terapéutica, de estancia breve o larga).

No pretendemos aquí describir detalladamente cuáles son las características de cada una de estas modalidades. Nos referiremos exclusivamente a los trabajos que aportan algo con respecto a los resultados obtenidos en cada una de ellas.

Programas de desintoxicación solamente

Numerosos estudios han demostrado que desintoxicar a un adicto, sin proporcionarle ninguna otra medida de soporte, no suele lograr que los pacientes mantengan la abstinencia durante mucho tiempo. Actualmente los programas de desintoxicación son considerados, más que como tratamientos independientes, como la fase previa de otros tratamientos, aunque en algunos centros todavía se proporciona este servicio en exclusiva. La desintoxicación por sí misma no suele ser un tratamiento eficaz contra la drogodependencia, al menos así lo sugieren los datos disponibles. El 54% de los pacientes que sólo hacen la desintoxicación recae en el uso diario de opiáceos en el año siguiente a la misma y un 14% más usa opiáceos, aunque con menor frecuencia⁴⁵. La mayor parte de las recaídas en el consumo se produce en las primeras semanas tras el tratamiento. En los últimos años ha recibido atención considerable en la literatura científica la denominada desintoxicación ultrarrápida bajo anestesia general de los pacientes con dependencia de opiáceos. Su evaluación, no obstante, tampoco es muy optimista. Hay una revisión de la colaboración Cochrane sobre la materia⁴⁶ en la que se concluye que se necesita mucha más investigación sobre la evidencia de la eficacia de este tratamiento de desintoxicación. Un seguimiento realizado en Suiza sobre 16 pacientes a un año de la desintoxicación encontró que 14 habían recaído, de los que 12, en el momento del seguimiento, estaban en un programa de mantenimiento con metadona⁴⁷. Los autores señalan la posible utilidad de las desintoxicaciones ultrarrápidas como un paso dentro de programas de tratamiento de larga duración. Otra revisión sobre la materia publicada por el JAMA en 1998⁴⁸, en la que se incluyeron 9 trabajos publicados sobre desintoxicación ultrarrápida y que comprendía una muestra de 424 pacientes sometidos a esta técnica, concluye que la literatura existente sobre el tema es muy limitada, tanto por el número de pacientes evaluados como por la variabilidad de los protocolos utilizados. La falta de diseño aleatorio con ausencia de grupo control y la información proporcionada por los seguimientos realizados están hechos a muy corto plazo. Aconsejan los revisores hacer trabajos que usen métodos de investigación rigurosos, resultados a largo plazo y comparaciones con otras modalidades de tratamiento para la adicción a opiáceos.

Programas ambulatorios libres de drogas

Quizás sea ésta una de las modalidades de tratamiento más extendidas en todos los países. Son pro-

gramas de tratamiento donde el paciente puede o no recibir tratamiento de desintoxicación en régimen ambulatorio (en función de sus necesidades y de la disponibilidad del servicio) y, posteriormente, realizar un seguimiento médico y psicológico que puede involucrar la utilización de diversas técnicas psicoterapéuticas: desde el consejo y las intervenciones motivacionales hasta recursos terapéuticos bien definidos (por ejemplo terapias de grupo, modalidades cognitivo-conductuales, etc.), incluso involucrando a miembros de la familia (terapia familiar) o recursos de autoayuda de la comunidad (como por ejemplo Alcohólicos Anónimos). También incluye la utilización de fármacos para la deshabituación (interdictores de alcohol, anticraving, antidepresivos, eutimizantes, etc.). Los programas ambulatorios libres de drogas han sido ampliamente tratados en los grandes estudios de seguimiento. Los pacientes que pueden permanecer en ellos más de tres meses se benefician de reducciones importantes y significativas en el consumo de drogas, en actividad delictiva, en problemas graves de salud y aumentan la probabilidad de estar trabajando tras el tratamiento (NTIES, DATOS, SROS, NTORS). Los programas libres de drogas han sido valorados como los tratamientos más económicos y eficaces para la drogodependencia⁴⁹ (según un trabajo basado en el estudio SROS). Sin embargo, el ingreso de un determinado paciente en este tipo de programas tiene relación con un perfil tipo de paciente que puede adaptarse a ellos. En efecto, el estudio NTORS se detuvo a explorar las características y problemas diferenciales entre los pacientes adscritos a cada una de las modalidades de tratamiento, al entender que estos factores pueden influir en los resultados del mismo, y encontró que los que se adherían a los programas libres de drogas eran los que tenían problemas de adicción menos graves y menor nivel de complicaciones psicosociales asociadas al consumo (en comparación con perfiles de mayor gravedad que se integraban mejor en las otras modalidades de tratamiento).

Programas de mantenimiento con metadona

La definición conceptual del tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) implica la aceptación de la sustitución de la heroína (u otro opiáceo de abuso) por este opiáceo. Se espera que durante el tratamiento el paciente disminuya su uso de heroína y mejore su adaptación psicosocial, decrezca su actividad delictiva y aumenten su nivel de salud y rehabilitación laboral. En general el TMM es efectivo para mantener a los pacientes adheridos al tratamiento y disminuye

el uso de heroína más que los tratamientos que no utilizan sustitución de opiáceos, sobre todo cuando el paciente se mantiene en dosis superiores a los 50 mg/día (Mattick et al 2003, revisión Cochrane⁵⁰; Farré et al⁵¹). En la revisión de Mattick⁵⁰ no se encuentra que tenga efecto sobre la actividad delictiva. Sin embargo, el estudio NTIES encuentra una reducción importante en consumo de drogas y actividades ilegales, pero no hay cambios significativos en la situación laboral ni en la de salud en el momento del seguimiento. Específicamente, el TMM parece eficaz a la hora de reducir las actividades delictivas relacionadas directamente con el uso de drogas, pero no con otro tipo de delitos. También es un tratamiento eficaz para disminuir las conductas de riesgo de transmisión del VIH y para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sobre todo cuando continúan en el programa durante largos períodos de tiempo. Así mismo, se ha encontrado que mantener a los pacientes con dosis mayores a 50 mg/día permite lograr mejores tasas de retención que con dosis menores.

En conclusión, puede afirmarse que el mantenimiento de metadona es un tratamiento eficaz cuando el paciente permanece en él de forma continuada durante un largo período de tiempo. Si el paciente logra permanecer en el tratamiento varios años, los resultados mejoran a medida que pasa el tiempo: menor uso de drogas, tendencia a disminuir las actividades delictivas y a aumentar la actividad laboral.

Programas residenciales o de comunidad terapéutica

Aunque la comunidad terapéutica (CT) como institución aparece en los años cuarenta y dentro del marco de la Psiquiatría Social, es hacia la década de los setenta cuando comienza a emplearse para el tratamiento de adictos, llegando a convertirse en uno de los principales medios terapéuticos para el abordaje de las toxicomanías. En Estados Unidos distinguen los tratamientos residenciales en dos grupos: los de corta duración (programas llevados a cabo en un ingreso no superior a tres meses) y los de larga duración (ingresos superiores a tres meses, por lo general el promedio de estancia para completar el programa está entre los 6 y los 9 meses). Los programas de CT son los que consiguen las reducciones más importantes en el consumo de drogas en el momento del seguimiento, así como las tasas más altas de empleo, en comparación con las otras modalidades (NTIES, SROS, DATOS). Las mayores reducciones en actividad delictiva y el incremento del empleo a tiempo completo han sido relacionados con una estancia superior a los 6 meses en

los pacientes que se tratan en CT de larga duración⁵². Los resultados encontrados en los diferentes estudios de seguimiento revisados son, a grandes rasgos, los siguientes: aproximadamente dos tercios de los pacientes que completan el tratamiento en CT en el seguimiento a un año de haber concluido permanecen en abstinencia de opiáceos y tienen pautas de conducta aceptadas por la comunidad en la que viven. Los resultados son mejores para aquellos pacientes que han permanecido más tiempo en CT y mucho mejores para los que han completado el programa terapéutico que para los que abandonaron antes de terminarlo. El estudio NTORS encuentra que en Inglaterra los pacientes que solicitan ingresar en CT son los que tenían problemas más crónicos de uso de drogas, siendo más probable que utilizaran cocaína y alcohol en su historia de consumo que los pacientes que solicitaban otras modalidades de tratamiento.

En conclusión, podemos constatar que todas las modalidades de tratamiento para las adicciones que se han estudiado parecen ser eficientes comparadas con otras intervenciones sanitarias^{49,53}, esto implica que todas consiguen mejorar la situación que los pacientes presentaban antes del tratamiento. El perfil de factores psicosociales y toxicófilos de los pacientes parece influir tanto en la elección que hace el sujeto del tipo de tratamiento como en los resultados que obtiene con él⁵⁴.

Qué aportan los estudios realizados en España a estos hallazgos

Por último, no queremos terminar esta revisión sin hacer un breve recorrido por los estudios de seguimiento de adictos que se han realizado en nuestro país (tabla 3). Tras la realización, a principios de los ochenta, de numerosos estudios descriptivos de los pacientes atendidos en diversos centros de tratamiento, así como de estudios sobre las características de diferentes modelos de abordaje, solamente es a partir de 1983 cuando aparecen los primeros trabajos de seguimiento⁵⁵⁻⁶³. La mayor parte de éstos era prolongación de estudios descriptivos que se habían llevado a cabo anteriormente en el mismo centro. Partían de la iniciativa de los profesionales de un determinado Servicio, y por lo general, no disponían de medios suficientes, por lo que respondían a diseños sobre muestras pequeñas.

El primer estudio de seguimiento sobre una muestra de heroinómanos fue publicado en España en el año 1983 por Guardia Sereigni et al⁵⁵. Los autores siguieron una muestra de 73 pacientes que habían iniciado el tratamiento en un centro ambulatorio (SPOTT) de-

Tabla 3. Principales estudios de seguimiento españoles

Autores	Año	Seguimiento	Muestra de partida	Muestra final	Abstinencia	Permanencia > 3 meses
Guardia ⁵⁵ et al	1983	1 año	73	53	37%	NC*
Melgarejo ⁵⁷ et al	1985	12/18 meses	125	125	47,60%	67%
Guardia ⁵⁶ et al	1987	3 años	73	63	56%	52,4%
Sánchez ⁵⁸ et al	1988	1 año	311	203	51%	41%
Sánchez ⁵⁹ et al	1989	2 años	311	195	32%	41%
Comas et al ⁶⁴	1992	3-5 años	477	307	70%**	NC
García-Ezquiaga ⁶¹	1992	6 meses	94	84	36%	NC
Marina ⁶⁵ et al	1996	40 meses	334	139	45%	NC
Giron García ⁶⁶	1997	6 años	65	49	55,1%	26,5%
Fernández-Hermida ⁶⁸ et al	2001	3 años	658	452	84,3%	NC

*: no consta; **: abstinencia en el mes anterior a la realización de la entrevista de seguimiento.

pendiente de la Diputación de Barcelona. El instrumento de recogida de información fue una entrevista estructurada dirigida al paciente y la familia, que se efectuó en el centro por personal del mismo. También se analizó la orina para confirmar la información dada por el paciente sobre su consumo de drogas. Se estudiaron 6 grupos de variables (consumo de opiáceos, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, trabajo, adaptación familiar y delincuencia) y se estableció una escala para medir el índice de recuperación del paciente. De sus hallazgos resulta destacable que un 37% de los adictos estaba en situación favorable al año de tratamiento y un 36% estaba en situación desfavorable. El resto de los pacientes (20) no pudo ser localizado.

El segundo estudio publicado fue realizado por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona en 1985, y se presentó en ese año como ponencia en las XIII Jornadas de Socidrogalcohol (Melgarejo-Clará et al⁵⁷). Los autores seleccionaron una muestra de 125 pacientes que habían comenzado su tratamiento en el programa DROSS entre un año y un año y medio antes de hacer el seguimiento. El diseño era del tipo «solamente después», ya que la realidad antes del tratamiento no fue suficientemente medida. Tampoco incluía grupo de comparación. Entre los resultados destacables de este estudio cabe citar que el alcoholismo familiar, la edad de inicio del consumo de heroína y la de inicio de la adicción más tardía estaban correlacionadas con un peor índice de recuperación. Asimismo, la edad más temprana de inicio del tratamiento, los pacientes que habían tenido períodos de abstinencia previos en otros tratamientos y la mayor permanencia en tratamiento de aquéllos que se habían iniciado más precozmente en el consumo de heroína correlacionaban positivamente con el mejor índice de recuperación. Un último dato reseñable de este seguimiento es que el 54,9% de los

pacientes estuvo 6 meses o menos en tratamiento, siendo de un 36,8% la tasa de abandono antes de los tres meses. Había una correlación fuertemente positiva entre el tiempo de permanencia en el programa y el índice de recuperación.

El tercero de los estudios de seguimiento publicados en España se realizó en 1987 por Guardia Serecigni et al⁵⁶. Es el seguimiento a tres años de la misma muestra que se utilizó para describir su situación al año de tratamiento por el equipo del SPOTT de Barcelona. Sus objetivos fueron averiguar la situación evolutiva de los heroinómanos respecto a 6 variables (toxicológicas y sociales) definidas previamente, y relacionar la situación evolutiva con las características del tratamiento realizado. Respecto a los resultados cabe destacar que un 56% de los pacientes ($N = 41$) se encontraba en situación favorable, un 30,2% ($N = 22$) estaba en situación desfavorable y de 10 personas no había información. Los autores corroboran los hallazgos del estudio DARP y del TOPS respecto a la correlación positiva entre tiempo de permanencia en tratamiento y situación evolutiva, de forma que, de los 33 pacientes que permanecieron más de tres meses en tratamiento, 29 se encontraban en situación favorable y sólo 4 (12,1%) en situación desfavorable. También encuentran que cuanto mayor es la duración del tratamiento, mayores son las probabilidades de que el paciente se encuentre en el grupo de «evolución favorable», y que la desintoxicación por sí sola no es suficiente para que la evolución del adicto sea favorable. Por último, el mayor porcentaje de pacientes en situación favorable se detectó entre los que realizaron un cambio de domicilio al medio rural («poco contaminado»), o un programa de rehabilitación en CT, o bien un programa de reinserción sociolaboral.

El proyecto EMETYST (Estudio Multicéntrico de Evaluación y Seguimiento de Toxicómanos) se propuso

so adaptar a España la metodología usada en los estudios anglosajones de evaluación, y es el primer estudio multicéntrico de seguimiento realizado en nuestro país (Sánchez Carbonell et al 1988⁵⁸ y 1989⁵⁹). Sobre un total de 16 servicios de tratamiento ambulatorio se estudió una muestra de 311 adictos a heroína que habían comenzado tratamiento entre marzo y julio de 1985. Los primeros seguimientos se hicieron a los 6 y a los 12 meses después de haber iniciado el tratamiento, situándose los objetivos en conocer el uso de drogas, el estatus psicológico, la ocupación y la situación legal de los pacientes. Posteriormente se publicó el seguimiento de la muestra a los dos años.

De los 311 pacientes que accedieron a someterse al estudio, que constituyan un 75% del total de los admitidos, en el seguimiento a los 6 meses se logró entrevistar a 169 personas (54%), al año se contactó con 203 (un 65%), de los que 142 pacientes fueron entrevistados en ambos seguimientos (46%), mientras que 81 nunca fueron entrevistados. En el seguimiento a los 6 meses había 9 pacientes en CT, 14 encarcelados y 2 fallecidos. Al año, había 10 en CT, 19 encarcelados y 3 fallecidos. Se utilizó como base de la entrevista el *Addiction Severity Index* traducido al castellano. De los resultados del estudio cabe destacar que tanto a los 6 como a los 12 meses se produjo una disminución significativa en el uso de heroína, tranquilizantes y cannabis. En el caso concreto de la heroína, el 51% de los pacientes había disminuido la frecuencia de su uso después de un año y el 17% había reducido por completo el consumo diario. En el área psicológica había mejorías estadísticamente significativas, tanto en los problemas derivados del uso de drogas como en intención suicida. En el área legal se encontró una disminución significativa en el número de actividades ilegales a los 6 meses, aunque no mejoró al cabo de los 12 meses. Por último, en el área ocupacional no hubo mejorías estadísticamente significativas.

Respecto a la duración del tratamiento los autores encontraron que el 29% de los pacientes estuvo en tratamiento menos de un mes, el 31% entre 1 y 3 meses, el 17% de 3 a 6 meses, el 14% de 6 a 12 meses y sólo un 10% estuvo en tratamiento más de un año. En el seguimiento a los 6 meses los pacientes que habían permanecido más de tres en tratamiento consumían menos tranquilizantes, tenían menos problemas relacionados con el uso de drogas y habían sido sentenciados y encarcelados con menor frecuencia que los que habían dejado el tratamiento antes de los tres meses. Por último, en este seguimiento no se encuentra ninguna relación entre variables demográficas y capacidad predictora de resultados del tratamiento.

Las tasas de permanencia en tratamiento encontradas en el estudio EMETYST son similares a las obtenidas en los estudios americanos ya citados. Asimismo, las tasas de mortalidad son inferiores a las de otros estudios de seguimiento más amplios (sólo el 1%). En el seguimiento a los dos años del proyecto EMETYST se logró contactar con 195 pacientes, distribuidos de la siguiente forma: el 46% entrevistado personal o telefónicamente, el 6% permanecía en una CT, un 9% estaba encarcelado y un 2% había fallecido. De los entrevistados el 45% había iniciado un nuevo episodio de tratamiento en otros centros.

En lo relativo a la posibilidad de que apareciesen variables demográficas predictoras de la evolución, no se encontró ninguna significativa. En este sentido la única variable con peso en la evolución fue el historial delictivo previo, de forma que los pacientes que estuvieron encarcelados o en libertad condicional durante el año anterior al inicio del tratamiento tenían más probabilidades de obtener una puntuación mala o pésima en su evolución en el seguimiento.

El sexto estudio de seguimiento publicado en España por García López y Ezquiaga en 1992⁶¹, se realizó entre 1987 y 1988 en un Centro de Salud Mental de Madrid. Los autores hicieron un seguimiento a los 6 meses de una muestra de 94 toxicómanos que habían iniciado tratamiento. La metodología empleada incluye un exhaustivo estudio antes del tratamiento con historia clínica y toxicológica, empleo del *Addiction Severity Index* y el inventario para la depresión de Beck, que se repitió en el momento del seguimiento a los 6 meses (excepto la historia clínica).

De los resultados cabe destacar que el 21% de la muestra no llegó a iniciar ningún tratamiento, un 67% realizó una desintoxicación hospitalaria, un 9% la ambulatoria y el 57% fue objeto de seguimiento ambulatorio. El tiempo de permanencia medio fue de 107 días, con una amplia desviación estándar (91,4 días). Hubo un 83% de altas por abandono de tratamiento. A los 6 meses entrevistaron al 53% de la muestra inicial, valorándose como evolución positiva la de un 36% del total de la muestra. Al igual que en los otros estudios comentados, los autores observaron que había una mejor evolución cuanto mayor era el tiempo de permanencia en el programa y menor era el índice de actividades delictivas previas.

Otro trabajo que intenta evaluar la eficacia de un tipo específico de intervención es el realizado en Madrid entre los años 1989 y 1991 con una muestra de 365 pacientes a los que se les había administrado naltrexona⁶³. A los dos años de seguimiento un 47% de los pacientes permanecía en el programa. El tiempo

medio de permanencia fue de 161 días. Hubo 55 pacientes que se mantuvieron menos de un mes, es decir, el 16% del total. En este caso, la comparación con los resultados de otros estudios muestra claramente unos mejores índices de retención en el programa, determinando una alta tasa de eficacia. Sin embargo, no midieron si había realmente una buena evolución tras el alta de tratamiento con naltrexona.

En el año 1989 el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID)⁶⁴, con la colaboración del Plan Nacional sobre Drogas, realizó un estudio de seguimiento multicéntrico sobre diferentes modalidades de tratamiento. Sin duda la novedad de esta investigación radica en que intenta sortear las dificultades metodológicas que habitualmente tienen los estudios de seguimiento, sobre todo en lo relativo a cómo obtener la muestra a entrevistar y evitar elementos de sesgo a la hora de la selección y de la realización del trabajo de campo. Dicen los autores que «tanto los estudios de seguimiento como los descriptivos se han realizado bajo el esquema de lo “científico” entendido con los criterios metodológicos de las Ciencias de la Naturaleza, aunque aquí los “ratones” no estén en el laboratorio y sean sujetos situados en la sociedad y afectados por complejas, interdependientes, múltiples y desconocidas variables». Añaden que el modelo de experimento en condiciones de control no es válido ante una situación social compleja, y que en este caso es necesario aplicar los modelos y metodologías que la investigación científica en el campo de las ciencias sociales ha desarrollado.

Con estos criterios, y a partir de un censo de 6.962 sujetos obtenido de 14 Servicios asistenciales diferentes, realizaron un primer muestreo por cuotas (dispositivo, sexo y edad) y llegaron a una muestra de 1.204 casos que constituyó la línea base nominal del estudio y que era representativa del censo. Al mismo tiempo se estableció una segunda muestra con los mismos criterios de representatividad por cuotas y puntos de muestreo, obteniéndose 307 casos que constituyeron la muestra final y que equivalía a una muestra representativa de carácter sociológico, con un nivel de confianza de un 95,5%.

Los objetivos de este trabajo eran dos:

- Conocer la situación actual en 1989 de los sujetos que iniciaron algún tipo de tratamiento en una serie de centros asistenciales entre el 1 de enero de 1984 y el 31 de diciembre de 1986.

- Tratar de probar la posible utilidad de las técnicas sociológicas de investigación aplicadas en las Ciencias Sociales a este tipo de estudios de seguimiento.

Al no hacer comparación con la situación previa de la muestra sus resultados tenían un valor limitado para

conocer la eficacia de los tratamientos, pero éste no era uno de los objetivos del trabajo. Entre sus resultados cabe destacar que el número de intentos de dejar las drogas se situaba en 2,4 veces en un centro terapéutico y en 2,1 el número de dispositivos distintos utilizados. Los dispositivos más utilizados eran los ambulatorios de carácter público y las CT profesionales, siendo estas últimas y Proyecto Hombre las que poseían mayor índice de permanencia en tratamiento (el 50% de los pacientes estaban más de 7 meses en las CT y más de 9 en Proyecto Hombre).

En el año 1996⁶⁵ se publicó un estudio de seguimiento realizado sobre una muestra de 334 adictos a la heroína que recibieron tratamiento en Asturias. Fueron seguidos al cabo de una media de 40 meses del primer contacto con los centros asistenciales y se localizó al 81% de los sujetos. Solamente pudieron entrevistar al 42% de la muestra. Los investigadores encontraron que los pacientes que no consumían heroína presentaban mejor estado psíquico y menor actividad ilegal que los consumidores. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo excesivo de alcohol y el número de infectados por el virus del sida entre los que usaban heroína y los que habían dejado de consumirla.

En 1997 se publicó un estudio de seguimiento realizado en el ámbito del Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, que abarcaba una muestra de 65 heroinómanos que habían iniciado el tratamiento en 1989 y a los que se localizó y entrevistó en 1995 (promedio de 6 años de seguimiento)^{66,67}. Los resultados más interesantes de este trabajo fueron: se pudo localizar y entrevistar a 49 pacientes (75,3% de la muestra), de ellos 27 (el 55,1%) tenían una evolución favorable (abstinencia de heroína en el último mes, un promedio de 3,2 años de abstinencia de heroína durante el período de seguimiento) y su situación con respecto al consumo de otras sustancias, trabajo, actividades delictivas y estado de salud era significativamente aceptable. El promedio de tiempo que habían permanecido en tratamiento era de 78,3 días, siendo 13 los pacientes que habían estado más de tres meses en tratamiento (26,5% de la muestra). Al analizar la influencia de posibles variables predictoras en los resultados, solamente se encuentra que el tiempo de permanencia en tratamiento influye directamente, en forma lineal, sobre la evolución.

El último de los estudios de seguimiento realizados en España del que tenemos conocimiento fue conducido para evaluar la eficacia del programa que la Asociación Proyecto Hombre dispensa en tres Comunidades Autónomas: Asturias, Baleares y Galicia⁶⁸. Dicho

programa incluye una fase de CT y otra de reinserción social. En realidad se trata de tres estudios diferentes llevados a cabo en cada una de esas áreas territoriales por tres equipos de investigadores distintos. La muestra global estaba constituida por 658 pacientes. Finalmente, y en un promedio de tres años tras el inicio del tratamiento, fueron entrevistados 452 (el 68,69% de la muestra), de los que 365 habían terminado el programa con un alta terapéutica y 87 habían salido del programa antes de su finalización. En el momento del seguimiento el 84,3% de los pacientes se encontraba en abstinencia de drogas ilegales (el 90% de los que habían concluido con un alta terapéutica y el 55,2% de los que habían abandonado el tratamiento). En relación con la actividad delictiva tras el tratamiento, sólo evaluada en el estudio de Asturias, el 14,4% de los pacientes entrevistados (36 de 249) había tenido algún tipo de incidente (acusación, detención o condena). La mayor parte de ellos pertenecía al grupo de pacientes que habían abandonado el programa. Por último, el tiempo promedio de permanencia de los pacientes en el programa está alrededor de los dos años y medio (no consta específicamente en el estudio el número de pacientes que superaron al menos los tres meses).

Discusión

Al comenzar este trabajo nos preguntábamos por tres aspectos relacionados con los estudios de seguimiento y vamos a intentar responder a esas cuestiones a partir de la información obtenida en esta revisión.

En primer lugar, nos planteábamos la posible utilidad de hacer estudios de seguimiento en el momento actual. La respuesta es que gracias a la realización de los variados estudios de seguimiento que hemos analizado hemos conocido las características y necesidades asistenciales de los diferentes tipos de pacientes que solicitan tratamiento. Al referirnos a «distintos tipos» de pacientes no sólo estamos incluyendo la droga motivo de adicción, sino el tipo de vinculación del adicto a la sustancia y su perfil de personalidad o psicopatología. En efecto, a lo largo de la historia de la atención a los pacientes drogodependientes nos hemos enfrentado a dos problemas que se han ido salvando paulatinamente: el primero tenía que ver con la filosofía de los tratamientos, según la cual había que conseguir que el paciente encajara en la idea de la adicción y de la rehabilitación que tenía el equipo de los terapeutas. Ello hizo, por ejemplo, que al principio el objetivo de tratamiento fuera conseguir la abstinencia plena del adicto y los programas se dirigían hacia este fin, de

forma que cualquier logro menor en relación con el de abstinencia se valoraba como un fracaso. El segundo problema está relacionado con las fluctuaciones que sufren las poblaciones de pacientes adictos con respecto a dos cuestiones: en primer lugar, la cronicidad de la propia adicción, que conlleva períodos de abstinencia o de disminución significativa del consumo, que a veces se siguen de recaídas, y en segundo lugar los cambios de sustancias o de conductas adictivas que aparecen en el transcurso de la vida del adicto. Por tanto, además de la información que tenemos los clínicos por el propio ejercicio de nuestra actividad, los estudios de seguimiento han sido útiles, y continuarán siéndolo en la medida en que proporcionan una aproximación científica a una realidad compleja y cambiante. Además de lo dicho, este tipo de investigación es útil para conocer la evolución de los pacientes tratados después de dejar el programa de tratamiento, ayuda a definir qué aspectos de cada modalidad de tratamiento pueden ajustarse más al perfil o tipología de los pacientes y a evaluar los efectos del tratamiento a medio plazo.

La segunda cuestión que nos proponíamos responder con la revisión estaba relacionada con los aspectos metodológicos de los estudios de seguimiento. La información obtenida de la revisión es que para que los resultados de este tipo de trabajos tengan validez y confiabilidad es preciso prestar una atención rigurosa a todo el desarrollo metodológico, incluyendo aspectos clave, como por ejemplo, la importancia de contar con un grupo de pacientes para la comparación de los efectos del tratamiento (por ejemplo, pacientes que completan el tratamiento frente a los que no lo completan); poder reclutar y entrevistar al mayor número posible de pacientes o dotar al trabajo de mecanismos que aseguren la validez de la información proporcionada por los pacientes. La presencia de un grupo de comparación de pacientes que solicitan tratamiento y luego no acceden al mismo, o de pacientes que abandonan el tratamiento es fundamental para poder afianzar la información extraída del grupo que lo completa y asegurar la validez externa de los resultados. El problema derivado de la dificultad que presenta este tipo de pacientes para colaborar en estas investigaciones puede minorarse (aunque hay que contar con que siempre se plantearán) atendiendo al reclutamiento y a las estrategias diseñadas para el contacto. Reclutar desde el inicio del tratamiento ayuda a que el paciente coopere. Para poder contar con el sujeto en el futuro, cuando probablemente ya no esté en contacto con el Servicio terapéutico, es imprescindible pedir su consentimiento y advertirle de la posibilidad de que nos pondremos en contacto con él. Por

tanto, ello implica que, bien los estudios se diseñan de forma prospectiva, o bien en el momento en que el paciente solicita tratamiento se le informa de la posibilidad de ser localizado y contactado posteriormente (fijando además otras fuentes de información para su localización: familiares, servicios sociales, médico de Atención Primaria, etc.). Una vez que se ha contactado con el paciente es preciso estimular y motivar su participación en el estudio. Muchos de los trabajos que hemos revisado incentivan la participación de los pacientes con el abono de una determinada cantidad de dinero (alrededor de 15 dólares en EE.UU., en los trabajos norteamericanos analizados). Además, si el paciente se presta a donar una muestra de orina el incentivo se incrementa. Esto hace que en dichos estudios puedan alcanzar tasas de respuesta de hasta el 70 u 80% de los pacientes que iniciaron los tratamientos. No obstante, varios trabajos revisados demuestran que conseguir tasas de colaboración en torno al 60-70% de los pacientes ya es suficiente para poder aceptar los resultados y realizar inferencias sobre la población de pacientes tratados. El último de los problemas metodológicos importantes es el de la validez de la información que proporcionan los entrevistados. En general puede afirmarse que la discordancia entre la descripción que realizan los sujetos de cómo se encuentran en el momento del seguimiento y cómo están realmente no es muy grande (se compara lo que cuentan con otros registros: por ejemplo, información proporcionada por familiares, por agentes sociales, por registros penitenciarios o con los resultados de los controles de orina). De hecho, la mayor parte de los estudios revisados encuentra tasas de concordancia de alrededor del 80-90% o mayores, aunque no toda la información proporcionada goza de los mismos niveles: por lo general, en lo relativo al consumo de sustancias suele haber correspondencia, pero es menor respecto de las conductas delictivas. En cualquier caso, incorporar al estudio mecanismos para garantizar la confiabilidad en la información facilitada por el paciente, como el de los análisis de orina, ayuda a confirmar lo declarado por el mismo, y por tanto avala la validez externa.

La última de las cuestiones a las que tenía que responder esta revisión era la de proporcionar información sobre los resultados más importantes obtenidos por los estudios de seguimiento realizados. No vamos a detallar aquí lo ya referido a lo largo de este trabajo, aunque sí señalaremos los hallazgos más significativos. Tras un episodio de tratamiento se produce una disminución en el consumo de la sustancia por la que el paciente lo solicitó. Dicha disminución oscila en cada estudio y en función de cada droga y del período de seguimiento, pero la mayoría de ellos la sitúa entre un 20 y un 40%. También se producen mejorías en el nivel de inserción social, con incrementos moderados en el nivel de empleo y reducciones en la actividad delictiva (de entre un 30 a un 60%). Mejoran igualmente el estado de salud y las conductas de riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas, así como el número de sobredosis letales. Por tanto, el tratamiento mejora la calidad de vida de estos pacientes.

El estudio de los factores predictores de los resultados subraya la complejidad de la dinámica de la adicción y de la aplicabilidad de los tratamientos. En efecto, es difícil encontrar variables que por sí solas influyan o determinen un resultado dado. Solamente el tiempo de permanencia en tratamiento se alza, por sí solo, como una variable que contribuye a un mejor resultado del mismo. La mayor gravedad de la historia del consumo de sustancias previa al tratamiento y de actividades delictivas se corresponde con unos resultados terapéuticos más pobres. La interacción de otras variables, como la motivación hacia el tratamiento, completar los objetivos marcados por el mismo y las características de la modalidad terapéutica también parecen influir sobre los resultados. En suma, el modelo de predicción es claramente multivariante: es la interacción de variables y de factores la que puede definir mejor una correspondencia con un resultado esperado.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Bibliografía

1. Vaillant GE. A twelve-year follow up of New York Narcotic addicts: I. The relation of treatment to outcome. Am J Psychiatry. 1966;122:727-37.
2. Sells SB, Simpson DD, Joe GW, Demaree RG, Savage LJ, Lloyd MR. A national follow-up study to evaluate the effectiveness of drug abuse treatment: a report on cohort 1 of the DARP five years later. Am J Drug Alcohol Abuse. 1976;3:545-56.
3. Hubbard RL, Rachal JV, Craddock SG, Cavanaugh ER. Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): client characteristics and behaviors before, during, and after treatment. NIDA Res Monogr. 1984;51:42-68.
4. Fernández Hermida JR, Secades, Villa R. La evaluación de Programas de Tratamiento para Drogodependientes en España. Psicothema.1999; 11:279-91.

5. Gerstein DR, Johnson RA. Nonresponse and Selection Bias in Treatment Follow-up Studies. *Subst Use Misuse*. 2000;35:971-1014.
6. NTIES. National Treatment Improvement Evaluation Study. Center For Substance Abuse Treatment; 1997. The Final Report. Disponible en: www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf.
7. CALDATA. California Drug and Alcohol Treatment Assessment. California Department Of Alcohol And Drug Programs, 1991-1993. Disponible en: www.icpsr.umich.edu/access/index.html Study n.º 2295.
8. Simpson D. DATOS. Drug Abuse Treatment Outcome Study. Disponible en: www.datos.org.
9. SROS. Services Research Outcome Study. U.S. Department Of Health And Human Services, 1995-1996. Disponible en: www.oas.samhsa.gov/sros/httoc.htm.
10. Gossop M, Marsden J, Stewart D. NTORS. The National Treatment Outcome Research Study. Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour during the Five years after Intake. National Addiction Center; 2001. Disponible en: www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf.
11. Patel MX, Doku V, Tennakoon L. Challenges in recruitment of research participants. *Adv Psychiatric Treatment*. 2003;9:229-38.
12. Nemes S, Wish E, Messina N, Hoffman J. The District of Columbia Treatment Initiative (DCI). Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services; 1998. Disponible en: www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/REPORTS/dci_init.pdf.
13. Nemes S, Wish E, Wright B, Messina N. Correlates of treatment Follow-up Difficulty. *Subst Use Misuse*. 2002;37:19-45.
14. Walton MA, Ramanathan CS, Reischl TM. Tracking Substance Abusers in longitudinal Research: Understanding Follow-up contact difficulty. *Am J Community Psychol*. 1998;26:233-53.
15. Cottler LB, Compton WM, Ben-Abdallah A, Horne M, Claverie D. Achieving A 96.6 Percent Follow-Up Rate In A Longitudinal Study Of Drug Abusers. *Drug Alcohol Depend*. 1996;41:209-17.
16. Stinchfield RD, Niforopoulos L, Feder SH. Follow-up Contact Bias in Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome Research. *J Stud Alcohol*. 1994;55:285-9.
17. Rohrer JE, Vaughan MS, Cadoret R, Zwick J. Follow-Up Contact Bias In Evaluation Of Substance Abuse Treatment Programs. *Adm Policy Mental Health*. 1999;26:207-12.
18. Claus RE, Kindleberger LR, Dugan MC. Predictors Of Attrition In A Longitudinal Study Of Substance Abusers. *J Psychoactive Drugs*. 2002;34:69-74.
19. Hansten ML, Downey L, Rosengren DB, Donovan DM. Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is «enough» enough? *Addiction*. 2000;95:1403-16.
20. Solbergsdottir E, Bjornsson G, Gudmundsson LS, Tyrfingsson T, Kristinsson J. Validity Of Self-Reports And Drug Use Among Young People Seeking Treatment For Substance Abuse Or Dependence. *J Addict Dis*. 2004;23:29-38.
21. Secades Villa R, Fernández Hermida JR. The Validity of Self-Reports in a Follow-up Study with Drug Addicts. *Addict Behav*. 2003;28:1175-82.
22. Jhingan HP, Jain R, Desai NG, Vaswani M, Tripathi BM, Pandey RM. Validity Of Self-Report Of Recent Opiate Use In Treatment Setting. *Indian J Med Sci*. 2002;56:495-500.
23. Weiss RD, Najavits LM, Greenfield SF, Soto JA, Shaw SR, Wyner D. Validity Of Substance Use Self-Reports In Dually Diagnosed Outpatients. *Am J Psychiatry*. 1998;155:127-8.
24. Winters KC, Stinchfield RD, Henly GA, Schwartz RH. Validity Of Adolescent Self-Report Of Alcohol And Other Drug Involvement. *Int J Addict*. 1990;1-1;(11A):1379-95.
25. Harrison L, Hughes A. The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Surveys Estimates. En: Harrison L, Hughes MS, editores. *The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Surveys Estimates*. NIDA, 1997. Research Monograph; 167. p. 1-16. Disponible en: 165.112.78.61/pdf/monographs/monograph167/download167.html.
26. Wish ED, Hoffman JA, Nemes S. The Validity of Self-Reports of Drug Use at Treatment Admission an at Follow-up: Comparisons With Urinalysis and Hair Assays. En: Harrison L, Hughes MS, editores. *The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Surveys Estimates*. NIDA Research Monograph; 1997:167. p. 200-26.
27. Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D. The Effectiveness of Drug Abuse Treatment: a Meta-analysis of Comparison Group Studies. *Drug Alcohol Depend*. 2002;67:53-72.
28. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care*. 2002;14:77-93.
29. Stewart D, Gossop M, Marsden J. Reductions in non-fatal overdose after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *J Subst Abuse Treat*. 2002;22:1-9.
30. Messina N, Wish E, Nemes S. Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2000;26:207-27.
31. Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A Meta-analysis of Predictors of Continued Drug Use during and Alter Treatment for Opiate Addiction. *Addiction*. 1998;93:73-92.
32. Walton MA, Blow FC, Bingham CR, Chermack ST. Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addict Behavior*. 2003;28:627-42.
33. Dobkin PL, De CM, Paraherakis A, Gill K. The Role of Functional Social Support in Treatment Retention and Outcomes Among Outpatient Adult Substance Abusers. *Addiction*. 2002;97:347-56.
34. Zarkin GA, Dunlap LJ, Bray JW, Wechsberg WM. The effect of treatment completion and length of stay on employment and crime in outpatient drug-free treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23:261-71.
35. Compton WM 3rd, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatry*. 2003;160:890-5.
36. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend*. 2001;61:271-80.

37. Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers. *J Subst Abuse Treat.* 1998;15:135-42.
38. Grella Ce, Hser Yi, Joshi V, Anglin MD. Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug Alcohol Depend.* 1999;57:151-66.
39. Hser Yi, Grella Ce, Hsieh SC, Anglin MD, Brown BS. Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend.* 1999;57:137-50.
40. Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA. Drug Abuse Treatment Retention and Process Effects on Follow-up Outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1997;47:227-35.
41. Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. Factors Associated with Compliance of Alcoholics in Outpatient Treatment. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188:101-7.
42. Kasarabada ND, Hser YI, Boles SM, Huang YC. Do patients' perceptions of their counselors influence outcomes of drug treatment? *J Subst Abuse Treat.* 2002;23:327-34.
43. Weisner C, Matzger H, Kaskutas LA. How important is Treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction.* 2003;98:901-11.
44. Ghodse AH, Reynolds M, Baldacchino AM, Dunmore E, Byrne S, Oyefeso A. Treating and opiate-dependent impatient population: one year follow-up study of treatment completers and noncompleters. *Addictive Behavior.* 2002;27:765-78.
45. Simpson D, Savage LJ, Lloyd MR. Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36:772-80.
46. Gowing L, Ali R, White J. Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; CD002022.
47. Bochud Tornay C, Favrat B, Monnat M, Daepen JB, Schnyder C, Bertschy G, et al. Ultra-rapid opiate detoxification using deep sedation and prior oral buprenorphine preparation: long-term results. *Drug Alcohol Depend.* 2003;69:283-8.
48. O'Connor PG, Kosten TR. Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA.* 1998;279:229-34.
49. Mojtabai R, Zivin JG. Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. *Health Serv Res.* 2003;38:233-59.
50. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; CD002209.
51. Farré M, Mas A, Torrens M, Moreno V, Camí J. Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: A Meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2002;65:283-90.
52. Hubbard R L, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav.* 1997;11:261-78.
53. Hser YI, Anglin MD, Fletcher B. Comparative Treatment Effectiveness. Effects of Program Modality and Client Drug Dependence History on Drug Use Reduction. *J Subst Abuse Treat.* 1998;15:513-23.
54. Prendergast ML, Podus D, Chang E. Program Factors and Treatment Outcomes in Drug Dependence Treatment: An Examination Using Meta-Analysis. *Subst Use Misuse.* 2000;35:1931-65.
55. Guardia Sereigni J, González Navarro S. Estudio de Seguimiento (un año) de adictos a la heroína. *Rev Dpto Psiquiatría Facultad Medicina Barna.* 1983;10:357-81.
56. Guardia Sereigni J, Masip Vidal J, Viladrich Segues C. Estudio de seguimiento de adictos a heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y Drogas.* 1987;3:61-79.
57. Melgarejo Clará M, Sanahuja Beltrán P, Masferrer Sentena J, Sala Forés L, Pérez Antón F, Piña Cortés L, et al. Estudio de seguimiento en población heroinómana. *Forts Informatiu. Programa DROSS.* N.º 1. Barcelona; 1986. p. 1-38.
58. Sánchez Carbonell J, Cami J, Brigos B. Follow-up of Heroin Addicts in Spain (EMETYST project): results 1 year after treatment admission. *Br J Addict.* 1988;83:1439-48.
59. Sánchez Carbonell J, Brigos B, Cami J. Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). *Med Clin (Barc).* 1989;92:135-9.
60. Sánchez Carbonell J. La evaluación de la eficiencia del tratamiento ambulatorio con heroinómanos. *Adicciones.* 1993;5:359-70.
61. García López A, Ezquiaga E. Indicadores pronóstico en la evolución a los seis meses de un grupo de 94 drogodependientes atendidos en un centro de salud mental. *Rev Psiquiatría Facultad Medicina Barna.* 1992;19:26-34.
62. Martínez Trinidad M, Inchauspe Aróstegui JA. Intervención familiar y retención de adictos a opiáceos en tratamiento ambulatorio. *Adicciones.* 1991;3:317-40.
63. Ochoa E, Arias F, Somoza JC, Vicente N, Jorda L. Retención en un programa de tratamiento con naltrexona: dos años de seguimiento. *Adicciones.* 1992;4:207-12.
64. Comas D, Carron J, Hernández MI, Nieva P, Silva A. Los estudios de seguimiento (una experiencia metodológica). Grupo Interdisciplinar sobre Drogas. Madrid: Editorial Fundamentos; 1992.
65. Marina P, Vázquez-Barquero JL, Jiménez JM, Erkoreka I. Los beneficios de la abstinencia: un estudio de seguimiento de los adictos a la heroína. *Adicciones.* 1996;8:295-309.
66. Girón García S. Estudio de Seguimiento de una Muestra de Heroinómanos a los Seis Años de Iniciado el Tratamiento. *Folia Neuropsiquiátrica.* 1997;33:17-46.
67. Girón García S, Martínez Delgado JM. Seguimiento de una Muestra de Heroinómanos a los Seis Años de Tratamiento: Relación del Tiempo de Permanencia con la Evolución. *Rev Esp Drogodependencias.* 1998;23:25-34.
68. Fernández Hermida JR, Secades Vila R. Evaluación de la Eficacia del Programa. Madrid: Proyecto Hombre; 2001.