



**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE
LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE
DROGODEPENDENCIAS:
UN ANÁLISIS DESDE LOS PREDICTORES DE RECAÍDAS.¹**

¹ Este trabajo se ha desarrollado en el marco del proyecto PGIDTOOPXI21103P, concedido en el programa de promoción Xeral da Investigación de la Dirección Xeral de Investigación e Desenvolvemento de la Xunta de Galicia.

M^a Ángeles Luengo.
Paula Villar
Universidad de Santiago de Compostela.

Según, el informe de la ONU (2003) sobre “Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación”, en la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y en el Plan de Acción para su aplicación se insiste en el valor y la importancia de reunir información relativa a la eficacia de los servicios y aplicarla. En la actualidad y en la mayor parte de países desarrollados, es objeto de preocupación el mejorar el registro diario de la prestación de servicios y evaluar el impacto y los resultados del tratamiento.

En nuestro país, la red asistencial de drogodependencias está estructurada en diversos tipos de centros y en un catálogo de programas y subprogramas. Casi todos los servicios de tratamiento registran la información sobre sus usuarios, sus problemas y la atención que se les ha de brindar, y también suelen incluir en su historia clínica, reseñas y otras notas acerca de los progresos del tratamiento. El sistema de Evaluación Asistencial (SEA) nos proporciona información sobre el número de pacientes admitidos a tratamiento en la red y sus diversas características, así como del programa de tratamiento, de su seguimiento e indicadores sobre la eficiencia de los centros. A pesar del esfuerzo en el registro de la información y del avance que en los últimos años se ha hecho en este sentido, todavía existen problemas para encontrar la forma de aprovechar de manera práctica la información obtenida con objeto de determinar el impacto de los tratamientos y cómo mejorarlos.

En esta presentación, a partir de una investigación realizada por nuestro equipo en la Universidad de Santiago de Compostela, se plantea cómo, a partir del

análisis de los factores que predicen las recaídas, se puede realizar la evaluación de programas de tratamiento de drogodependencias.

Cuando hablamos de evaluación de programas estamos refiriéndonos al proceso de recolección y análisis de información en los diferentes momentos y procesos de un programa, que se caracteriza por ser sistemático, ordenado, válido y confiable y cuyo objetivo es tomar decisiones que aumenten la eficacia, disminuyan los costos y permitan planificar nuevas acciones. Siguiendo a Maciá (1993) entendemos por evaluación de programas “el conjunto de actividades que tienen por objetivo el análisis de la eficacia, utilidad y valor de un tratamiento, actuación o programa concreto aplicado en un contexto social y que permiten dar carácter científico a determinadas decisiones públicas sobre política social”.

La evaluación de programas es un proceso que sirve para generar información, sirve como justificación de políticas sociales y es absolutamente necesaria si se pretende una constante mejora y perfeccionamiento de las intervenciones. La evaluación de programas y actuaciones en el ámbito de las drogodependencias aparece como una imperiosa y urgente necesidad, pero como otras evaluaciones de servicios públicos y como parte de los servicios de salud, es un proceso complejo.

Existen diferentes tipos de evaluación según las etapas o momentos del proyecto (de necesidades, de proceso o formativa, de resultado, de impacto) o según aspectos del proyecto (calidad de los servicios, eficiencia y costo / efectividad, o comparación de diferentes estrategias). La evaluación de necesidades, trata de estudiar el alcance del problema y determinar las necesidades específicas para planificar una intervención. La evaluación de proceso o formativa, se realiza durante la aplicación del programa y tiene por objetivo esencial la mejora del programa mediante el análisis de cómo se está llevando a cabo, de si se utilizan los recursos de acuerdo a lo programado, o de las barreras o facilitadores para el logro de los objetivos. La evaluación de resultados, que se lleva a cabo después de terminar la intervención, nos indica en qué medida se alcanza los objetivos propuestos. Algunas de las preguntas que se deben contestar en la evaluación de resultados son: ¿En qué medida el programa es válido y eficaz para conseguir los objetivos?, ¿Se ha logrado un cambio en las conductas sobre las que el programa trata de incidir?, ¿Por qué se producen esos cambios? ¿Se pueden generalizar los resultados?.

La evaluación de impacto, es la que plantea mayores problemas técnicos y de interpretación y tiene como objetivo determinar los resultados residuales a corto y largo plazo. Debe medir los efectos sobre comunidades o problemas que no fueron objeto directo de dicha intervención.

Esta diversidad en los temas, en la finalidad y en las modalidades de evaluación puede contribuir a dar una imagen confusa y algunas veces negativa de la misma, sobre todo cuando no se tienen claros cuáles son los objetivos de la evaluación y cuando se percibe, por los encargados en realizarla, como un medio de control y justificación de políticas sociales y no como un medio para mejorar la intervención. Únicamente, una evaluación elaborada sobre la base de objetivos claramente definidos puede ser realmente fructífera. En 1932, Ralph Tyler estableció un modelo de evaluación definiéndola como “un proceso inscrito en el tiempo, basado sobre la noción de objetivos de referencia y evaluando la adecuación de los efectos resultantes de la acción a los objetivos que le eran asignados”. En este sentido, la evaluación de la eficacia de las intervenciones y la delimitación de cuáles deben ser los indicadores para valorar esa eficacia, constituyen

UN ASPECTO ESENCIAL EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS.

La evaluación de tratamientos en drogodependencias

Los estudios de evaluación de programas de tratamiento de drogodependencias surgen en el contexto estadounidense hacia finales de la década de los años 60 con el fin de evaluar el comportamiento de los pacientes una vez finalizados los programas de tratamiento y determinar si éstos son efectivos a largo plazo. En esta década se hizo el primer estudio de seguimiento a centros de tratamiento a escala nacional: el Drug Abuse Reporting Program (DARP), financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense, en el que se analizó una amplia muestra representativa a nivel nacional. El programa DARP recogió información de 44.000 sujetos que solicitaron tratamiento en 52 centros de tratamiento entre 1969 y 1974 y evaluó los resultados del tratamiento en un seguimiento seis años después, en términos de la cantidad y el tipo de droga consumida, la actividad productiva, el uso de alcohol e índices de criminalidad.

En este estudio se comparaban tanto en muestras de adultos como de adolescentes, diferentes tipos de tratamiento: mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, centros de día con tratamientos libres de drogas y programas de desintoxicación ambulatoria. Los resultados (Sells y Simpson, 1979) mostraban una reducción significativa del consumo de drogas durante el tratamiento y en un periodo de seguimiento entre cuatro a seis años, en todas las modalidades de tratamiento. En el seguimiento, el consumo diario de opiáceos decrecía en todos los grupos y las reducciones en el consumo eran mayores entre los grupos tratados que en aquellos que no recibían ningún tratamiento. Sin embargo, en los grupos de adolescentes, el porcentaje de sujetos que consumen diariamente marihuana se mantenía estable en el tratamiento de centros de día y se incrementaba ligeramente en las otras modalidades de tratamiento. El DARP probó ser útil como herramienta para recolectar información sobre la población que solicitaba admisión a los diferentes programas de tratamiento, caracterizar los patrones comportamentales y las experiencias previas de tratamiento de los clientes, así como para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento existentes. Es por esto que el estudio DARP se puede considerar como el pionero de estas investigaciones, pues fue a partir de él que se construyeron las bases para futuros estudios de resultados de programas de tratamiento (Tims y Ludford, 1983).

En las décadas siguientes los estudios sobre este tema aumentaron. A finales de los años 70 e inicios de los 80 se llevó a cabo una segunda investigación a escala nacional (Treatment Outcome Prospective Study, TOPS). Este estudio siguió la estrategia metodológica del DARP. Se utilizó una muestra de aproximadamente 12.000 pacientes admitidos en programas de tratamiento entre 1979 y 1981. El objetivo era analizar la asociación entre diferentes variables y los resultados obtenidos tras el tratamiento, que fueron medidos teniendo como indicadores el uso de drogas, el consumo de alcohol, la salud mental, el comportamiento criminal y el nivel de empleo (Tims y Ludford, 1983).

Algunos de los hallazgos de este estudio mostraron que los programas libres de drogas tenían graves problemas con la retención de los pacientes (21% abandonaban el programa de tratamiento en una semana o menos y un 36% en un mes o menos), mientras que los que estaban en tratamiento con metadona eran los menos propensos a dejar el tratamiento. Más del 40% de todos los sujetos estudiados indicaban haber estado involucrados en algún tipo de actividad ilegal en el año anterior al ingreso a tratamiento, en tanto que durante el tratamiento más del 70% de esos

clientes señalaron no haber cometido delitos. Un tercio de los sujetos manifestaron no haber usado drogas después del tratamiento (Tims y Ludford, 1983).

En la década de los 90, se incrementan los estudios sobre evaluación de centros de tratamiento, con objetivos cada vez más ambiciosos, se analizan un mayor número de variables en relación con el éxito de los tratamientos y se tiene en cuenta un mayor número de indicadores de éxito de los diferentes programas. Así mismo, se llevan a cabo estudios sobre los resultados de tratamiento para el consumo de sustancias específicas como el alcohol y la cocaína y se realizan estudios diferenciando dos tipos de poblaciones, adolescentes y adultos.

Uno de los estudios más importantes que se desarrolló en esta década es el estudio DATOS (Simpson, Hubbard, Anglin y Fletcher, 1997), financiado por NIDA. La investigación se llevó a cabo entre 1991 y 1993, y se evaluaron más de 10.000 pacientes en 11 de las principales ciudades de Estados Unidos. Uno de los objetivos de esta investigación fue indagar sobre las características diferenciales de los diversos tipos de tratamiento. Como en los estudios anteriores (DARP y TOPS) se analizaron diferentes modalidades, incluyendo cuatro tipos: programas con metadona, programas residenciales a largo plazo, tratamiento ambulatorio libre de drogas y programas de internamiento de corta duración.

Los resultados mostraron aspectos bastante consistentes en las características de las diferentes modalidades de tratamiento tales como: la inclusión de terapias de apoyo grupal, el control urinario durante el tratamiento, la prevención de recaídas y la implicación en grupos de autoayuda después de haber finalizado el tratamiento. Los resultados del seguimiento demostraron, desde un punto de vista global, que las cuatro modalidades de tratamiento parecían funcionar adecuadamente con reducciones de hasta el 50% en el uso de drogas, actividades ilegales y en el estrés psicológico. Sin embargo, también se puso de manifiesto la necesidad de diferenciar los resultados por modalidad de tratamiento, pues las características mismas del tratamiento así como las características pre-tratamiento de los pacientes que ingresaban a las diferentes modalidades parecían estar moderando los resultados.

Un trabajo llevado a cabo por Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, y Etheridge (1997), con información proveniente del estudio DATOS, en un grupo de 2.966 pacientes de las cuatro modalidades de tratamiento al que se le hizo segui-

miento, señaló que las reducciones mayores en el consumo de drogas se encontraron en pacientes que fueron tratados por 3 meses o más tiempo. Estos hallazgos han sido corroborados en otros estudios (Hser y cols., 2000). También se encontró que, en adolescentes, los resultados más favorables se asocian con mayor duración del tratamiento. Hubbard, Craddock, y Anderson, (2003), en un seguimiento de los programas de tratamiento, encontró que las reducciones en la prevalencia del uso de cocaína un año después de haber finalizado el tratamiento se asocian, en tratamientos residenciales y libres de drogas, con una mayor duración (más de seis meses). Estos resultados son consistentes también con el estudio de Flynn, Porto, Rounds-Bryant y Kristiansen, (2003) en el que se ha encontrado que los programas de tratamiento con metadona, de mayor duración, se asocian con una mayor reducción del consumo de heroína y de la actividad criminal.

Otro estudio llevado a cabo por Flynn, Kristiansen, Porto y Hubbard(1999) examinó el costo de los programas residenciales a largo plazo los programas libres de drogas para sujetos dependientes de cocaína que participaron en el estudio DATOS. Analizando los costos de las actividades delictivas se encontró que estas se reducían después del tratamiento y que los sujetos en los que las reducciones fueron mas significativas fueron aquellos sometidos a programas residenciales que tenían un mayor índice de actividad delictiva.

Galaif, Hser, Grella, y Joshi, (2001) investigaron en una muestra de adolescentes tomada del estudio Drug Abuse Treatment Outcome Studies for Adolescents (DATOS-A) las relaciones entre factores de riesgo asociados al consumo de drogas y los resultados del tratamiento en adolescentes. Los resultados de estos estudios muestran la necesidad de adoptar estrategias de intervención que contemplen el funcionamiento intrapsíquico e interpersonal de los adolescentes consumidores para incrementar los resultados de los programas de tratamiento.

Estudios recientes también han encontrado que pacientes con comorbilidad psiquiátrica deben recibir atención especial para que los resultados en el tratamiento contra el abuso de drogas sean más efectivos.

Motjabai y Graff (2003) hicieron un estudio comparativo de la efectividad y costo-efectividad de cuatro modalidades de tratamiento contra el abuso de drogas. Las medidas de los efectos se basaron en un seguimiento a los cinco años de haber

finalizado el tratamiento. El éxito de los resultados fue medido con dos criterios: la abstinencia y cualquier reducción en el uso de drogas. La modalidad que mostró los mejores beneficios en términos de costo-efectividad fue la de pacientes de programas libres de drogas.

En síntesis, los estudios, que desde hace algunas décadas se vienen realizando en el contexto norteamericano para valorar la eficacia de los programas de tratamiento en las drogodependencias, han encontrado reducciones en el consumo de drogas duras, durante el tratamiento y en el post-tratamiento, utilizando diferentes periodos de seguimiento. Así mismo, han encontrado que las tasas de recaídas tras las intervenciones son elevadas. En los estudios con adolescentes (Catalano y cols.s. 1990-91) raramente se han encontrado efectos sobre el consumo de marihuana y alcohol, las drogas más comúnmente usadas en esta población.

En España se han realizado pocos estudios dirigidos a evaluar la efectividad de los tratamientos. A pesar de que, en los últimos años, desde las administraciones públicas existe un considerable interés en el tema, no existen estudios que utilicen una metodología similar de carácter multicentro y multimodal, en la que diversos agentes evaluadores, externos a los programas, comparan en extensos estudios de seguimiento a usuarios que han seguido diferentes modalidades de tratamiento en un número amplio de centros. Una de las contribuciones más importantes en relación a la evaluación de resultados ha sido el proyecto EMETYST (Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimiento de Toxicómanos) coordinado por Sánchez-Carbonell y dirigido desde el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona. En este estudio se analizaron los datos de 311 adictos a la heroína que solicitaron tratamiento en los 16 centros ambulatorios de todo el país entre mayo y junio de 1985. De los sujetos que participaron en el estudio inicial, a los 12 meses de seguimiento se pudo contactar con menos del 50% y, de los entrevistados, sólo el 51% se mantenía abstinentes (Sánchez-Carbonell, Camí y Brigos, 1988). Otros estudios (Melgarejo y cols.s, 1988; Girón García, 1997; Girón García y Martínez Delgado, 1998; Fernández Hermida y cols.s., 1999; Luengo, Romero y Gomez-Fraguela, 2001), son trabajos en los que se pretenden valorar programas de tratamiento concretos.

La evaluación de los resultados de tratamiento ha sido realizada comparando los efectos post-tratamiento de dos o más modalidades de intervención, exami-

nando el efecto de una modalidad frente a un grupo control o examinando las diferencias pre-post en una única modalidad de tratamiento.

No existen sin embargo conclusiones acerca de la superioridad de una modalidad de tratamiento sobre otra, debido a los problemas metodológicos de los estudios, que hacen difícil la comparación de resultados. El control y análisis de las variables anteriores al tratamiento, la especificación de los tratamientos y la clarificación en las variables de resultados parecen aspectos necesarios para abordar esta cuestión. Cuando se comparan dos modalidades de tratamiento en estudios bien controlados aparecen pocas diferencias en los resultados sobre el consumo. De los resultados de los estudio se desprende, también, la necesidad de examinar el impacto diferencial de los programas sobre diferentes tipos de drogas y la necesidad de considerar no sólo los efectos del programa sobre las llamadas drogas duras, sino también sobre el consumo de alcohol y marihuana, especialmente en la población adolescente. Asimismo, parece necesario tener en cuenta los datos sobre la evolución de consumo de las distintas sustancias en un determinado contexto para no atribuir a los efectos del tratamiento el descenso en un tipo de consumo producido por los efectos causados por variables ambientales dentro de una determinada población.

En general, la conclusión que parece desprenderse de las revisiones de estudios de evaluación de programas es que, a pesar de que las tasas de recaídas son altas, los tratamientos funcionan y el pronóstico es mejor para aquellos casos que finalizan algún tratamiento que para los que lo abandonan antes de acabarlo o los que no se someten a ninguno. La investigación sobre programas de tratamiento de drogodependencias, sobre todo con población adulta, apoya la hipótesis de que los individuos sometidos a tratamiento experimentan con mayor probabilidad una reducción en el consumo que si no estuvieran sometidos al mismo.

Existen pocos trabajos bien controlados que hayan podido demostrar la superioridad de un determinado enfoque terapéutico sobre otro para mantener la abstinencia después del tratamiento y muchos de estos estudios, parecen confirmar la hipótesis que sugiere que cuánto mayor sea el tiempo de retención de los pacientes en el tratamiento, los efectos sobre la actividad delictiva y la reducción del consumo de drogas serán mayores. Otra serie de estudios que hacen comparaciones de relación costo-efectividad ponen en cuestionamiento esta afirmación (Motjabai

y Graff, 2003). Debido a estas inconsistencias se han generado una serie de estudios que buscan indagar en las características de los pacientes que ingresan a las diferentes modalidades de tratamiento, para determinar variables pre-tratamiento y post-tratamiento que estén mediando en los resultados (predicción de las probabilidades de recaída) y por tanto en la efectividad de los tratamientos. Grella, Hser y Hsieh (2003) analizan, en una muestra de 347 sujetos, los predictores relacionados con el reingreso a tratamiento de consumidores de cocaína que recaían en el consumo dentro de los cinco años después de haber estado en tratamiento. Cerca del 44% de la muestra retornaba a tratamiento, en un promedio de 2.6 años después de haber finalizado el mismo. Estos resultados muestran que es necesaria una perspectiva de largo plazo en la evaluación de los programas de tratamiento.

Parece evidente la necesidad de contar con estudios bien controlados sobre resultados de los tratamientos, para poder llegar a establecer conclusiones sobre la eficacia de los programas. Litman, Eiser y Taylor (1979) critican la metodología para realizar los estudios de evaluación y las inferencias que se llevan a cabo acerca de la evaluación de los tratamientos, a causa del concepto de recaída que se maneja en los mismos. La recaída es un proceso individual que no puede ser descrito adecuadamente a partir del tipo de datos que se han empleado en los estudios. Existen diferencias en el momento temporal en que los individuos empiezan a consumir y en los patrones de consumo que le siguen a esa caída inicial. Según estos autores, parece necesario identificar los factores que contribuyen a esas diferencias individuales en el proceso de recaída.

Los resultados de estos estudios deben contrastarse con nuevas investigaciones, con nuevas metodologías de aproximación. Es de resaltar la importancia de la recolección de información actualizada y sistematizada como mecanismo básico para acceder a la información necesaria para desarrollar este tipo de investigaciones. Es necesario proveer información sobre la evaluación de la efectividad de los programas de tratamiento y suministrar las herramientas para que la evaluación de estos programas sea asequible y práctica.

Mientras en la década de los 60 y 70 los trabajos de evaluación de programas de tratamiento del abuso de drogas se centraban en analizar las tasas de recaída y los efectos que los diferentes programas tienen sobre el consumo, en las dos últimas décadas los estudios se preocupan por analizar sistemáticamente el proce-

so de recaída y poner de manifiesto los factores que se encuentran asociados con este fenómeno. La información sobre factores que precipitan el proceso de recaídas es útil, al sugerir aproximaciones de tratamiento que busquen neutralizar o amortiguar el efecto de estos factores y así reducir las tasas de recaídas post-tratamiento.

EL ANÁLISIS DE LAS RECAÍDAS

El conocimiento de las variables que pronostican el éxito o fracaso terapéutico en la eliminación de una adicción es muy importante en la adecuada selección y planificación de los tratamientos para dejar de consumir en función de las características de los usuarios.

El análisis de las variables y los procesos que conducen a las recaídas es un requisito fundamental para el desarrollo de intervenciones eficaces en drogodependencias. Las recaídas constituyen uno de los problemas más frecuentes con los que se encuentran los tratamientos. Diferentes estudios sugieren que los índices de recaídas tras las intervenciones son elevados (Brownell y cols.s., 1986; Connors y cols.s., 1996) y algunos autores han caracterizado la adicción a las drogas como una "condición con recaídas" (Litman, 1980). Pese a ello, hoy se reconoce que existe una gran variabilidad en la probabilidad de recaer y que existen factores que permiten predecir y prevenir la aparición de este fenómeno. El conocimiento de tales determinantes tiene implicaciones importantes para el tratamiento, ya que en éste podrán incluirse componentes de intervención dirigidos a prevenir las recaídas.

En los últimos 10 años se ha empezado a considerar la prevención de las recaídas como uno de los objetivos a planificar directamente a la hora de la terapia, dado el elevado número de sujetos que recaen. Se han desarrollado investigaciones sobre tasas de recaída y en todos se observa unos altos índices. Algunos de esos estudios son, por ejemplo, el de Vaillant (1983), que realizó un seguimiento de 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol y vio que a los 2 años de tratamiento el 63% habían retomado su conducta adictiva y a los 8 años de seguimiento el 95,5% lo habían retomado de modo ocasional; o el de Maddux y Desmond (1981), que, con una muestra de sujetos adictos a opiáceos, encontraron que el 70 % recaía durante el primer mes tras finalizar el tratamiento y el 87% recaían en los 6 meses siguientes.

Irvin, Bowers, Dunn y Wang (1999) llevan a cabo un meta-análisis para evaluar la efectividad del modelo de prevención de recaídas de Marlatt y la manera en la cual ciertas variables pueden relacionarse con resultados de tratamiento. En su análisis incluyeron 70 hipótesis representadas por una muestra total de 9504 participantes extraídas de publicaciones y estudios. Los resultados indicaron que la prevención de recaídas fue generalmente efectiva, particularmente para problemas de alcohol. En concreto su efectividad fue mayor cuando se aplicó a desórdenes de alcohol o policonsumo combinado con el uso de medicación y cuando se evaluó inmediatamente después del tratamiento usando tests pre y post. Por el contrario los resultados fueron significativamente más débiles para el tabaco.

A pesar de los esfuerzos y los recursos que se están invirtiendo en el tratamiento de drogodependientes, muchos de ellos vuelven a consumir en periodos relativamente cortos de tiempo y se habla de la drogodependencia como un trastorno crónico. Los estudios que analizan el proceso de recaídas después o durante el tratamiento han señalado que éstas se relacionan con un amplio conjunto de predictores que se sitúan en diferentes niveles dentro del continuo que supone el proceso de drogodependencia y su tratamiento.

Aunque conocer la naturaleza de las recaídas y los factores implicados en ellas, tiene gran interés, este campo de investigación muestra un estado fragmentario e inconsistente (Catalano y cols.s., 1991; Donovan, 1996). Uno de los problemas que afectan a esta área de estudio es la propia delimitación del concepto de recaída. Algunas perspectivas han asumido una visión categórica y dicotómica ("todo o nada"); tras el tratamiento, el individuo o bien se adhiere a la abstinencia o bien experimenta una recaída; ésta tendría su indicativo en cualquier consumo de droga una vez que el tratamiento ha finalizado. Sin embargo, en la actualidad, múltiples autores optan por conceptualizar la recaída como un proceso, más que como un fenómeno binario y discreto (Marlatt, 1996; Miller, 1996). Desde esta óptica, la recaída ha de entenderse como el resultado de una dinámica que se va desarrollando a lo largo del tiempo, de un modo gradual. En este sentido, se distingue entre el uso puntual de una sustancia ("lapso", "desliz" o "caída temporal") y el retorno a la conducta dependiente que se ha intentado cambiar ("recaída") (Marlatt, 1985). Se ha encontrado que los "lapsos" no necesariamente conducen a un uso compulsivo e incontrolado (Heather y Robertson, 1981; Waldorf, 1983); la transición entre un consumo puntual y el retorno a la adicción dependerá de una serie de procesos en los que se entrecruzan múltiples variables. Esta posición concep-

tual estimuló la aparición de modelos teóricos que intentan describir las variables implicadas en el proceso de la recaída. Los modelos pioneros en esta área subrayaron la existencia de factores situacionales y personales que interactúan para precipitar la aparición de la recaída (Marlatt, 1980; Litman, 1986). Las variables cognitivas (atribuciones, expectativas, racionalizaciones, autoeficacia), a través de las cuales el individuo define y categoriza las situaciones, desempeñan un papel central en estos esquemas teóricos.

Uno de estos modelos (Marlatt, 1985) es, probablemente, el marco explicativo más difundido sobre la naturaleza y los correlatos de las recaídas. El modelo de Marlatt categoriza los determinantes de las recaídas en dos grandes grupos: intrapersonales e interpersonales. Entre los primeros destacan las habilidades y las expectativas de autoeficacia para afrontar estados emocionales negativos (frustración, ira, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento...). En la segunda categoría se integrarían conflictos interpersonales (relacionados con el matrimonio, los amigos, la familia, el trabajo...) y la presión social (directa o indirecta) que induce al consumo de drogas.

El modelo de Marlatt ha tenido un fuerte impacto sobre la investigación y la práctica clínica en el tratamiento de adicciones. La investigación sobre cómo prevenir las recaídas se ha transformado en una cuestión prioritaria para la investigación clínica y el modelo de Marlatt nos proporciona un importante esquema para describir, comprender y predecir las recaídas. Sus investigaciones sobre los precipitantes de la recaída ha sido muy influyente en este campo, ha estimulado los principales trabajos de investigación y sirve de marco de referencia tanto para investigadores como clínicos que intentan comprender y reducir la probabilidad de recaídas.

Se trata de un modelo integrador, en el confluyen diferentes aspectos tales como las teorías de aprendizaje (condicionamiento clásico y condicionamiento operante), el análisis de expectativas de resultados (autoeficacia y teoría atribucional), y la investigación sobre estrategias de enfrentamiento al estrés, sobre las habilidades sociales y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

La taxonomía de Marlatt ha servido de fuente heurística para numerosas aproximaciones al fenómeno de las recaídas. Sin embargo, en los últimos años,

diferentes autores ponen de relieve las limitaciones del modelo, que atiende únicamente a los determinantes temporalmente más próximos. Las nuevas perspectivas (Shiffman, 1989; Catalano y cols.s., 1991; Donovan, 1996; Connors y cols.s., 1996) sugieren la necesidad de tomar en consideración diferentes "niveles" de predictores, que varían en su proximidad respecto a la recaída:

1. factores antecedentes, previos al tratamiento (demográficos, relativos a la historia de consumo y a la historia delictiva, salud mental...),
2. factores referentes al tratamiento (procedimientos, duración, ajuste al tratamiento) y
3. variables post-tratamiento, como las propuestas por Marlatt (situaciones de riesgo, apoyo social, habilidades de afrontamiento, estados emocionales, autoeficacia...).

Así pues, conocer y predecir las recaídas requerirá avanzar hacia modelos amplios, integradores, en los que tengan cabida diversos tipos de factores y en los que se defina cómo los distintos predictores se vinculan entre sí. Este tipo de acercamientos (todavía escasos) nos proporcionarán una visión más completa y real del fenómeno y nos dotará de mejores armas para emprender la intervención.

ANÁLISIS DE RECAÍDAS Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS. UN ESTUDIO EMPIRICO

Muchos trabajos sobre los determinantes de la recaída toman como punto de referencia el modelo cognitivo conductual de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt, 1996). Según este modelo antecedentes de carácter intrapersonal como el enfrentamiento a estados emocionales negativos (frustración, depresión, ansiedad), la potenciación de estados emocionales positivos (por ejemplo, celebrar algo) o la puesta a prueba del control personal y antecedentes de corte interpersonal como el conflicto con otras personas o la presión social que invita a consumir, son los factores que desempeñan un papel crucial en el proceso de recaer. En los últimos años, diversos estudios (Connors y cols., 1996; Donovan, 1996; Brewer y cols., 1998) proponen la necesidad de avanzar hacia perspectivas más amplias e integradoras en las que se contemplen otros factores más distales pero no menos impor-

tantes en el proceso de recaída, tales como la historia previa de consumo, el desarrollo del tratamiento y los estilos de vida desarrollados tras el tratamiento.

Desde la Unidad de Investigación en Prevención y Tratamiento de Problemas de Conducta (UDIPRE) de la Universidad de Santiago de Compostela, nuestro equipo de investigación ha estudiado, bajo esta perspectiva integradora, aquellas variables que mejor sirven para predecir las recaídas en sujetos que han sido sometidos a diferentes tipos de tratamiento; analizando qué tipos de tratamiento son más eficaces, identificando las intervenciones que mayor incidencia tienen sobre los factores precipitantes de las recaídas.

En concreto, la investigación realizada se planteó con dos objetivos básicos:

1. Examinar qué factores permiten predecir la aparición de recaídas durante y después del tratamiento de la adicción a drogas
2. Analizar la eficacia de distintas modalidades de tratamiento de drogodependencias: programas libres de drogas (centros de día y Proyecto Hombre), programas con antagonistas de los opiáceos (naltrexona) y programas de mantenimiento con metadona.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron grupos muestrales procedentes de distintos programas de tratamiento, analizando por separado aquellos casos que fueron dados de alta en los distintos programas con anterioridad al comienzo del estudio (estudio retrospectivo) y aquellos otros que, cuando se inicia esta investigación, se encuentran en las fases iniciales del tratamiento de los programas analizados (estudio prospectivo).

La muestra del estudio retrospectivo estuvo formada por sujetos que habían finalizado el tratamiento en el año 2000 en dos centros de drogodependencias (Unidad Municipal de Asistencia al Drogodependiente (UMAD) y Proyecto Hombre (PH) en Santiago de Compostela.

En el fichero de altas de la UMAD desde enero del año 2000 a enero de 2002, fecha en la que se inició la realización de entrevistas, había un total de 52 sujetos. De estos, 5 se negaron a colaborar, 16 no pudieron ser localizados por diversos motivos (cambio de domicilio o pérdida de contacto con el centro), 3 quedaron en llamarnos, pero no lo hicieron, 1 no acudió a las citas y 1 falleció, por lo que la muestra quedó reducida a 26 sujetos. Dado el escaso número de sujetos entrevistados como altas terapéuticas, se optó por considerar como fin de tratamiento a aquellos sujetos que estaban en el programa de mantenimiento con metadona y que a juicio de los profesionales del centro se mantenían estables en el último año. De una lista de 48 sujetos en esta condición, 6 no quisieron colaborar, 23 no pudieron ser localizados, 6 no acudieron a las citas, 1 estaba hospitalizado y 2 recaídos habían perdido el contacto con el centro. En resumen sólo 10 hicieron la entrevista de altas. En Proyecto Hombre, de una lista facilitada por los responsables del proyecto, se pudo realizar la entrevista a 77 sujetos.

Así, la muestra final del estudio retrospectivo quedó formada por 113 sujetos, un 68,1% de PH y un 31,9% (36 sujetos) de la UMAD. Del total de la muestra el 85% eran varones y el 15% mujeres, de edades comprendidas entre los 19 y los 41 años con una media edad de 31,8. La distribución de sujetos por programas de tratamiento que habían llevado a cabo es la siguiente: 91 sujetos (80,5%) a programas libres de droga; 18 (15,9%) a programa de metadona; 3 (2,7%) a programa de naltrexona y 1 sujeto sin asignar a ningún programa.

La muestra del estudio prospectivo, estuvo formada por aquellos sujetos que habían iniciado tratamiento entre el mes de abril del año 2001 y abril del año 2002. En la UMAD de un total de 203 sujetos que demandan tratamiento en ese periodo, 91 (44,8%) abandonan el centro antes de la realización de la entrevista, de los 112 restantes el 19,6% se niegan a colaborar, con el 48,1% no se puede contactar por diferentes motivos (no asisten a las citas, ingresan en otro centro, fallecimiento) y sólo a 36 sujetos (32,1%) se le puede realizar la entrevista inicial. En PH de un total de 95 sujetos, el 21% abandonan el programa antes de la realización de la entrevista, el 8,4% son derivados a otros centros, un sujeto es expulsado del programa y 64 (68%) realizan la entrevista inicial. Además de estos dos centros se contó con la colaboración de los profesionales de la UAD de Monforte y se pudieron entrevistar a otras 19 personas.

En total, la muestra del estudio prospectivo quedó formada por 119 sujetos (el 89,1% eran varones y el 10,9% mujeres) de edades comprendidas entre los 19 y los 48 años, con una media edad de 30,80. Del total de la muestra, 64 sujetos (53,8%) iniciaron tratamiento en PH, 36 (30,9%) en la UMAD y 19 (16,0%) en la UAD. La distribución de sujetos por programas de tratamiento es la siguiente: 73 sujetos (61,3%) en programas libres de droga; 29 (24,4%) en programa de metadona; 5 (4,2%) en programa de naltrexona y 12 (10,1%) sin asignar a ningún programa en el momento de realizar la entrevista.

Para analizar los efectos de los diferentes tipos de tratamiento, la pérdida de sujetos a lo largo de todo el proceso y las variables que predicen las recaídas durante el proceso de tratamiento, con los sujetos entrevistados inicialmente en la UMAD y PH se contactó 6 meses después de realizar la primera evaluación para realizar el seguimiento.

En total, la muestra de seguimiento estuvo formada por 57 sujetos, 14 (24,6%) de la UMAD y 43 (75,4%) de PH. La distribución de estos sujetos según el tipo de programa es la siguiente: el 86,3% en programas libres de drogas; el 9,8% en programa de metadona y el 3,9% en programa de naltrexona.

Para obtener la información sobre las variables objeto del estudio se utilizaron diferentes tipos de datos. Por una parte, datos de archivo que proporcionaban información sobre características pre-tratamiento (datos sociodemográficos, historia de consumo, familiar, laboral) y el desarrollo del tratamiento (duración, interrupciones, implicación, etc.). Por otra parte, una adaptación, realizada por nosotros, del IAP (Individual Assessment Profile) que es una entrevista estructurada que proporciona información sobre la vida previa al tratamiento: datos de convivencia, consumo de drogas, actividades ilegales, salud, fuentes de apoyo, historia de tratamientos y salud mental. En esta entrevista se incluyeron cuestiones sobre la percepción subjetiva del tratamiento. Además, para los grupos de seguimiento y aquellos que habían finalizado el tratamiento se recogió información sobre los consumos posteriores y sobre múltiples aspectos relacionados con la integración familiar y laboral, contacto con consumidores, ocupación de tiempo de ocio, auto-imagen y satisfacción con la vida. Como parte de esta entrevista, para aquellos que habían recaído se aplicó una adaptación de la "Entrevista de recaídas" (Relapse Interview) de Miller y Marlatt (1996).

Una tercera fuente de información fueron versiones abreviadas de diversos cuestionarios para analizar variables relacionadas con la recaídas y que habían mostrado su utilidad en el trabajo previo realizado por nuestro equipo. Estos cuestionarios fueron:

1. Índice de Participación Social de Havassy, Hall y Wasserman (1991): Este instrumento se basa en que el apoyo social ha sido relacionado con muy diferentes problemas de salud, incluyendo enfermedades físicas y síntomas psicológicos. En el campo de las adicciones diferentes investigadores han sugerido también que el éxito del tratamiento estará condicionado por el apoyo social recibido por el sujeto. Dentro de los tipos de apoyo social que, a menudo, se distinguen en la literatura, el Índice de Participación Social evalúa apoyo social estructural y permite conocer en qué medida el sujeto se integra en una red social relativamente amplia o, por el contrario, vive situaciones de aislamiento y falta de contacto social. Utiliza 6 indicadores para obtener una puntuación total en apoyo social estructural.
2. Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Bashman y Sarason (1983): Proporciona dos indicadores para obtener una puntuación total en apoyo social percibido: el número de personas que el sujeto percibe como proveedoras de apoyo y la satisfacción sentida con ese apoyo. El cuestionario presenta diferentes situaciones en las que el sujeto ha de indicar con que personas podría contar como apoyo en cada una de ellas y en qué medida está satisfecho con el apoyo percibido.
3. Cuestionario de Apoyo Social Percibido en la Familia y los Amigos (Procidano y Séller, 1983): Los ítems elegidos hacen referencia al apoyo moral percibido, la sensibilidad a las necesidades del sujeto, el deseo de que la familia sea diferente, la percepción de que a la familia le gusta escuchar las opiniones del sujeto, y la percepción de que a la familia le agrada la compañía del sujeto. Estos mismos elementos fueron seleccionados de la escala de apoyo percibido de los amigos y una versión adaptada de estos ítems para evaluar también el apoyo social percibido en el contexto de las relaciones de pareja.
4. Escalas PANAS de afecto positivo y negativo (Watson, Clark, y Tellegen, 1988): las escalas PANAS fueron utilizadas para evaluar el afecto positivo (estados emocionales positivos, como el entusiasmo, la actividad,

la animación. etc.) y el afecto negativo (estados emocionales aversivos como el disgusto, la ira, la culpa, el nerviosismo) experimentados en el periodo posterior al tratamiento. Son escalas breves (10 ítems para positivo y 10 para negativo) que constan de adjetivos como elementos ante los que el sujeto debe responder en qué medida ha experimentado cada una de esas emociones durante un determinado periodo de referencia.

5. Inventario de ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988): Se seleccionaron 4 ítems del Inventario de Beck que hacen referencia incapacidad para relajarse, temor a que suceda lo peor, miedo a perder el control y sensaciones de ahogo, palpitaciones o taquicardia.

6. Escala de autocalificación de la depresión (Zung, 1965): Para evaluar síntomas de depresión. Se seleccionaron 5 ítems de la escala referidos a tristeza y desanimo, problemas para conciliar el sueño, cansancio inmotivado, irritabilidad y anhedonia.

7. Inventario de Salud Mental (Veit y Ware, 1983): Para proporcionar información complementaria sobre el bienestar /malestar subjetivo de los entrevistados. Nos da datos sobre la vida emocional de los sujetos y su capacidad para controlar las emociones y de los sentimientos en el ámbito de las relaciones. Del instrumento original se seleccionaron 15 ítems acerca de nerviosismo y tensión, tristeza y abatimiento, incapacidad para controlar la conducta, los pensamientos o los sentimientos de felicidad y satisfacción vital, y percepción de sentirse querido y de tener relaciones plenas y satisfactorias.

8. Inventario de Conductas de Afrontamiento (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg, 1983): Para medir las conductas de afrontamiento que los individuos utilizan ante situaciones de riesgo. Se seleccionaron y adaptaron 16 ítems con el fin de poder ser aplicada no sólo a ex-alcohólicos sino también a consumidores de otras drogas.

9. Cuestionario de Confianza Situacional (Barber, Cooper y Heather, 1991): Para evaluar la autoeficacia de los sujetos a la hora de enfrentarse con diversos tipos de situaciones de riesgo.

10. Escala de autoeficacia (Palenzuela y cols.,1994): Es una escala breve que nos permite conocer el grado en que el sujeto se siente capaz y seguro ante las situaciones difíciles, no necesariamente ligadas al consumo de drogas.

11. Escalas de hostilidad e impulsividad del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992): se utilizaron las facetas N2 y N5 del NEO-PI-R. Evalúa 5 grandes factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, cordialidad, responsabilidad, y apertura a la experiencia. Cada faceta consta de 8 ítems.

Una descripción más amplia de estos cuestionarios puede verse en Luengo, Romero y Gómez-Fraguela (2001).

RESULTADOS

Los datos del estudio retrospectivo nos indican que un 38,9% de los sujetos consumen después del tratamiento, de éstos un 83,3% son sujetos pertenecientes a la UMAD y un 18,2% pertenecientes a PH. Del total de los consumidores en el 23,3% el consumo ha sido esporádico mientras que en el 76,7% el consumo ha continuado después de la primera recaída.

Cuando se analiza el tipo de tratamiento que han realizado los sujetos, sólo el 29,7% de los sujetos que siguen un programa libre de drogas vuelven a consumir, mientras estos datos ascienden al 77,8% de los que siguen el programa de metadona y al 100% de los que siguen un tratamiento de naltrexona. Estos datos en relación a la tasa de recaídas por unidad de tiempo (2 años) nos estarían indicando la mayor efectividad del programa libre de drogas frente a los otros programas de tratamiento.

Cuando se analizan las drogas consumidas por los sujetos recaídos un 13,6% afirma haber consumido hachís y de éstos el 66,7% de forma habitual, un 18,2% han consumido cocaína y de éstos un 25,0% de forma habitual, un 18,2% afirma haber consumido opiáceos y de éstos un 25,0% de forma habitual y un 50% afirma haber consumido alcohol.

El primer consumo en los recaídos se produce, como media, a los 7,76 meses de finalizar el tratamiento. Analizando los datos de la entrevista de los precipitantes de las recaídas de Marlatt (1996), las principales razones que se dan para ese primer consumo son: elevar el estado de ánimo (31,8%), enfrentarse a emoción

nes negativas de frustración o ira (22,7%), la presión de los demás (13,6%), enfrentarse a estados de ánimo negativos como: tensión, ansiedad, frustración (9,1%) y poner a prueba su control personal (9,1%). Cuando analizamos el lugar donde se produce el primer consumo, vemos que el mayor porcentaje (un 36,4%) nos indica que se realizó en su propia casa, seguido de bares, restaurantes o discotecas (31,8%) y a continuación en casa de otra persona (9,1%) y en otros lugares. Las emociones que mejor describen como se sentía ese día son, en el 59,1% de los casos, emociones negativas.

Para el análisis de los factores asociados a las recaídas se utilizaron, los estadísticos de Chi-cuadrado para el caso de variables categóricas y el análisis de varianza para las variables cuantitativas.

Del análisis de las variables anteriores al tratamiento aparecen diferencias significativas en la edad de inicio de consumo a opiáceos, que es menor en los recaídos, (17,7 vs. 20,12); mayor número de intentos por abandonar las drogas (2,95 vs. 1,19); menor número de amigos que le ayudan a superar el problema de las drogas (0.51 vs 0.82); y en variables relacionadas con las relaciones de convivencia como rupturas con la pareja (menos en los recaídos), relaciones con la familia, la pareja y los amigos. Las relaciones con la familia, pareja y amigos parecen mejores en los sujetos recaídos y podrían estar indicándonos que menores problemas en el entorno con el que se relacionan en la fase anterior al inicio del programa, posiblemente asociados con un menor nivel de exigencia, aparecen relacionadas con la mayor probabilidad de recaída posterior.

En el análisis de las variables relacionadas con el tratamiento, siete variables tienen una relación significativa con el riesgo de recaer. Dos de éstas variables guardan relación con el nivel de exigencia del programa. Los sujetos que recaen tienen menos dificultad para adaptarse a las normas del programa y realizan menos esfuerzo para cumplir las normas del programa. Otras dos variables referidas a las relaciones interpersonales con los amigos durante el programa: el grado de relación con los compañeros del programa y el apoyo de sus amigos para realizarlo, son mayores en los sujetos que se mantienen abstinentes después del programa. Las otras variables se refieren a la satisfacción sentida con el programa al finalizar el tratamiento, que es más baja en los recaídos, a la percepción de una mayor dificultad de seguir una vida sin drogas y a la existencia de un menor número de contactos posteriores con el centro después de finalizar el tratamiento.

En los factores post-tratamiento es donde aparece un mayor número de variables que diferencian a recaídos y no recaídos. En el ámbito laboral la recaída se asocia a peores relaciones con el jefe. En un continuo de muy malas (1) a muy buenas (4) los no recaídos tienen una media de 3,19 mientras en los que vuelven a consumir esta desciende a 2,16. Otra variable relacionada con el recaer es el número de semanas trabajadas en el último año, que es significativamente menor en los sujetos recaídos.

En el área de la actividad social y las relaciones con los amigos, los recaídos han tenido, en el periodo posterior al tratamiento un menor número de amigos y un mayor número de amigos consumidores. En relación a las actividades de ocio, que en nuestro estudio anterior (Luengo y cols., 2001) aparecían como factores relacionados a las recaídas, en el presente estudio ninguna de las variables analizadas llega a alcanzar significación estadística. Únicamente aparece relacionada significativamente con el consumo posterior al programa, el número de asociaciones (grupos de teatro, asociaciones religiosas o clubes deportivos) en los que participan, siendo ésta menor para los sujetos recaídos.

En el periodo post-tratamiento los que recaen perciben más problemas en cuanto a la falta de relaciones sociales y cuentan con un número menor de personas en las que apoyarse para sentirse mejor.

Un grupo de variables en las que consistentemente con el estudio anterior (Luengo y cols., 2001) parecen encontrarse diferencias entre recaídos y no recaídos son el área emocional, las estrategias de afrontamiento y las expectativas de auto-eficacia. Las personas que recaen experimentan menos emociones positivas, el grado de satisfacción consigo mismo es menor, utilizan menos las estrategias de afrontamiento positivas de búsqueda de apoyo social y se consideran menos auto-eficaces para resistir a la tentación de consumir en las situaciones de búsqueda de estados interpersonales positivos.

Además de este análisis de los factores relacionados con las recaídas en sujetos que ya han finalizado el tratamiento, los datos del estudio prospectivo, con un diseño longitudinal de seguimiento de seis meses de los sujetos que inician el tratamiento, nos permite analizar las variables asociadas a la recaída antes y durante el proceso de tratamiento. Para realizar estos análisis hemos tomado como indica-

durante de recaídas el consumo de opiáceos en la muestra de seguimiento, que en el momento de realizar el estudio se encontraba en tratamiento.

Los resultados obtenidos a partir de este análisis en relación a las variables pre-tratamiento, únicamente nos muestra una variable, el nivel socio-económico del lugar de origen, que diferencia significativamente a los sujetos que consumen opiáceos durante el tratamiento. Otras dos variables que en el estudio retrospectivo se asociaban a las recaídas (menor número de amigos que le ayuden a superar el problema de las drogas y apoyo de tus amigos para hacer el programa) alcanzan sólo significación estadística al nivel del .10.

Ninguna de las variables relacionadas con el tratamiento aparece significativamente asociada al consumo posterior.

Donde aparecen diferencias significativas, que confirman los resultados del estudio retrospectivo, es en las variables post-tratamiento. En concreto, menores estrategias de afrontamiento positivo, menor capacidad para experimentar emociones positivas y menores expectativas de auto-eficacia para enfrentarse a situaciones de presión social en el inicio del tratamiento, son variables que se asocian significativamente al consumo posterior de opiáceos.

Cuando se analizan estas variables en el segundo momento de recogida de datos, algunas variables más, relacionadas con el apoyo social percibido cobran importancia como predictores del consumo durante el tratamiento. El apoyo familiar, el apoyo de los amigos y el número de personas de las que se recibe apoyo, diferencian significativamente a consumidores de no consumidores de opiáceos en el seguimiento. Así mismo, el afecto positivo evaluado por el inventario de Salud mental de Veit y Ware (1983) y todos los indicadores de auto-eficacia en situaciones de alto riesgo del cuestionario de Barber, Cooper y Heater (1991) diferencian significativamente a los consumidores de opiáceos.

Para analizar la eficacia de los diferentes programas de tratamiento, que era el objetivo segundo de esta investigación, además del análisis de recaídas ya presentado anteriormente, se realizó un análisis del consumo de las diferentes sustancias en la muestra de seguimiento según los diferentes tipos de tratamiento y un

análisis del cambio producido en los diferentes programas en las variables que según hemos analizado aparecen asociadas a la recaída.

El análisis del consumo después del inicio del tratamiento, en relación con el tipo de programa, nos aporta datos que confirman los resultados del estudio retrospectivo y que indican la mayor efectividad del programa libre de drogas. En concreto un 10,9% de sujetos consumen hachís durante el tratamiento. De éstos un 8,2% son del programa libre de drogas, un 10,3% del programa de metadona y un 20% del programa de naltrexona. El consumo de opiáceos sigue un patrón similar y del 10,9% de consumidores, un 20% pertenecen al programa de naltrexona, un 13,8% al de metadona y un 6,8% al programa libre de drogas. En cuanto al consumo de alcohol, el 6,3% realiza el consumo de esta sustancia durante el tratamiento. De éstos, un 4,3% están en el programa libre de drogas, ninguno en el de metadona y el 20% en el de naltrexona. Por último, el consumo de cocaína se produce en el 5,9% de los casos. De éstos un 4,1% son del programa libre de drogas, un 6,9% del programa de metadona y ningún sujeto consumidor de cocaína está en el programa de naltrexona.

Cuando se analiza la frecuencia de consumo en las diferentes sustancias, los sujetos de los programas de metadona y naltrexona tienen un consumo más regular.

Los resultados del análisis del cambio en los diferentes tipos de programa de las variables relacionadas con la recaída, también nos ofrecen mejores resultados para el programa libre de drogas. De las 33 variables analizadas, las comparaciones pre-post a partir de la prueba T para muestras relacionadas, nos indican que en el programa libre de drogas se produce un cambio estadísticamente significativo en 16 variables, mientras sólo en una de ellas, la ansiedad, que se reduce en la segunda evaluación, se produce cambio significativo en el programa de metadona, y en ninguna en el programa de naltrexona.

Los sujetos que están realizando el programa libre de drogas parecen haber experimentado durante el proceso de tratamiento un mayor apoyo social, incrementándose la percepción del apoyo familiar y situacional y el número de personas que proporcionan apoyo. Parecen haber cambiado sus estrategias de afrontamiento a situaciones conflictivas y de riesgo para el consumo de sustancias, con un

incremento en las estrategias de afrontamiento positivas y un descenso en las negativas. Así mismo aparecen cambios significativos en todos los indicadores de la autoeficacia percibida evaluados a partir del cuestionario de confianza situacional de Barber y cols.(1991).

Estos cambios son de gran interés en la evaluación de la eficacia del tratamiento. Desde los modelos de tratamiento de prevención de recaídas, se pretende que los individuos adquieran habilidades que les permitan sentirse auto-eficaces cuando se presente un contexto de riesgo. Según Annis y Davis (1988), las intervenciones sólo tendrán éxito en la medida en que se consiguen altas expectativas de auto-eficacia y ésta es la clave para lograr que los efectos del tratamiento perduren. Los datos de la presente investigación que, constatan un incremento de las expectativas de auto-eficacia, avalarían la eficacia del tratamiento en los programas libres de drogas y cuestionarían la validez de los otros programas analizados.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación nos proporciona una interesante fuente de información para explorar los factores asociados a la recaída tanto cuando ésta se produce después de finalizar el tratamiento, como cuando se produce durante el proceso de tratamiento. Utilizando un diseño longitudinal se han identificado predictores de la recaída durante el tratamiento que confirman los datos del estudio retrospectivo. Así mismo, el diseño longitudinal de la investigación ha permitido identificar los determinantes de las recaídas y valorar los distintos programas en función del cambio en estos factores.

De los resultados del estudio se desprende que los programas con un mayor nivel de exigencia (programas libres de drogas) parecen ser más eficaces para promover cambios en los sujetos en las variables relacionadas con la recaída. En concreto:

1. La mayor eficacia de los programas libres de drogas se ha podido comprobar en este estudio tanto por los indicadores de consumo como por sus efectos sobre las variables relacionadas con la recaída.
2. A partir de las variables analizadas, los programas libres de drogas parecen especialmente eficaces con aquellos sujetos con un inicio posterior en el consumo de opiáceos, una mejor adaptación al programa y que cuentan con el apoyo de los amigos durante el tratamiento.
3. El análisis de los factores precipitantes de las recaídas nos indica las áreas de intervención y los objetivos que deberían incluir los programas de tratamiento.
4. A partir de los resultados de este estudio, incrementar las expectativas de autoeficacia y las habilidades de afrontamiento en el sujeto para manejarse adecuadamente en los contextos de riesgo así como ayudarles a mantener relaciones sociales de calidad y proporcionarles personas de apoyo deberían ser objetivos del tratamiento.

A pesar del interés de los datos obtenidos, las dificultades metodológicas de este tipo de estudios para conseguir la colaboración de los sujetos y lograr muestras representativas en cada condición de tratamiento, unido a la limitación temporal del mismo, hacen que estos resultados deban ser ratificados y complementados por otras investigaciones. Sería necesario ampliar los periodos de seguimiento, tener un número mayor de sujetos en cada condición de tratamiento y tener acceso a otros programas que permitieran identificar los componentes diferenciales de los programas que determinan su eficacia.

Los datos obtenidos presentan un interés indudable para el desarrollo de tratamientos de drogodependencias y para la evaluación de su eficacia. Identificar los determinantes de las recaídas y ver en qué medida los distintos programas están incidiendo sobre esos factores, permite validar los tratamientos y proponer estrategias para enriquecerlos y optimizarlos. La correcta evaluación de los programas es un requisito imprescindible para orientar adecuadamente la intervención.

Los resultados de este trabajo, así como la tarea desarrollada en la ejecución del mismo para la adaptación de instrumentos de evaluación a nuestro contexto, contribuirá a desarrollar mejor el ámbito de evaluación de programas de drogode-

pendencias. Por otra parte, conocer los factores que predicen la recaída, posibilitará la identificación de sujetos que presentan un mayor riesgo de recaer y que por tanto deben ser sometidos a un seguimiento más intenso.

Los beneficios potenciales de este tipo de estudios parecen importantes en términos de proveer criterios para la implementación de políticas que optimicen la dirección de recursos en aquellas modalidades de tratamiento que prueben ser más efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Annis, H.M. y Davis, C.S. (1989). Relapse prevention. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches* (pp.170-182). Nueva York: Pergamon Press.

2. Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T.B. Baker y D. Cannon (Eds.), *Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment* (pp. 88-112). Nueva York: Praeger.

3. Barber, J.G., Cooper, B.K. y Heather, N. (1991). The Situational Confidence Questionnaire (Heroin). *The International Journal of the Addictions*, 26, 565-575.

4. Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

5. Brewer, D.D., Catalano, R.F., Haggerty, K., Gainey, R.R. y Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, 73-92.

6. Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.

7. Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A. y Miller, J. (1990-91). Evaluation of effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse and promising approaches for relapse prevention. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1085-1140.

8. Connors, G.J., Maisto, S.A., Donovan, D.M. (1996). Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (Suplemento), 5-14.

9. Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). Manual for the NEO Personality Inventory-Revised. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

10. Donovan, D.M. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91 (Suplemento), 29-37.

11. Fernández Hermida, J.R., Secades Villa, R. (2001). Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre. *Asociación Proyecto Hombre*

12. Fernández Hermida, J.R., Secades Villa, R., Magdalena Benavente, Y. y Riestra del Rosal, C. (1999). Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.

13. Flynn, P. M., Kristiansen, P. L., Porto, J. V., y Hubbard, R. L. (1999). Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 167-174.

14. Flynn, P. M., Porto, J. V., Rounds-Bryant, J. L., & Kristiansen, P. L. (2003). Costs and benefits of methadone treatment in DATOS--part 1: Discharged versus continuing patients. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 2(1/2), 129-150.

15. Galaif, E. R., Hser, Y., Grella, C. E., y Joshi, V. (2001). Prospective risk factors and treatment outcomes among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 661-678.

16. Girón García, S. (1997). Estudio de seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años de iniciado el tratamiento. *Folia Neuropsiquiátrica*, 33 (2), 17-46.

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

18. Grella, C. E., Hser, Y., y Hsieh, S. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 145-154.
19. Havassy, B.E., Hall, S.M. y Wasserman, D.A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-226.
20. Heather , N. y Robertson, I. (1981). *Controlled drinking*. London: Methuen.
21. Hser, Y., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B.S., and Anglin, M. D. (2000). An evaluation of drug treatment for adolescents in four U.S. cities. *Archives of General Psychiatry*, 58, 689-695.
22. Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., y Etheridge, R. M.(1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*,11(4), 261-278.
23. Hubbard, R. L., Craddock, S. G., y Anderson, J. (2003). Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125-134.
24. Irvin, E.J., Bowers, A.C.; Dunn, E.M. y Wang, C.M. (1999) Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
25. Luengo, M.A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J.A. (2001). *La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del pr-ograma terapéutico-educativo Proyecto Hombre*. Santiago de Compo-stela: Editorial Compostela.

26. Litman, G. K. (1986) Alcoholism survival: the prevention of relapse. En W.R. Miller y N. Heatter (Eds.), *Training Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp.391-405). Nueva York: Plenum Press.

27. Litman, G.K., Eiser, J.R. y Taylor, C. (1979). Dependence, relapse and extinction: A Theoretical critique and a behavioral examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35 (1), 192-199.

28. Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N. y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addic-tion*, 78, 269-276.

29. Maciá, D. 1993. La valoración de programas en la intervención comp-ortamental educativa para la prevención de las drogodependencias. En García J.A. y Ruiz, J (comp) *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. FAD-Edex Kolktiba, 63-78.

30. Maddux J. F. y Desmond, D.P. (1981). *Careers of Opioid Users*. New York. Praeger.

31. Marlatt, G.A. (1985). *Relapse prevention* (pp. 3-200). Nueva York: The Guilford Press.

32. Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol re-lapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Ad-diction*, 91 (Suplemento), 37-50.

33. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Determinants of relapse: implica-tions for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Chancing Health Lifestyles* (pp.410-452). Nueva York: Brunner/Mazel.

34. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Mainte-nance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guilford.

35. Melgarejo, M., Sanahuja, P., Masferrer, J., Sala, L., Pérez, F. y Piña, L. (1988). Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados: Seguimiento a un año (1985-86). *Fons Informatiu*, 13, 1-140.
36. Miller, W.R. (1996). What is a relapse?. Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91 (Suplemento), 15-28.
37. Miller, W.R. y Marlatt, G.A. (1996). Relapse Interview: Intake and follow-up. *Addiction*, 91 (Suplemento), 231-240.
38. Motjabai, R. y Graff, J. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. En: *Health Services Research*
39. ONU (2003) Abuso de drogas tratamiento y rehabilitación: guía practica de planificación y aplicación. Naciones Unidas. Nueva York.
40. Palenzuela, D.L., Almeida, L, Prieto, G. y Barros, A.M. (1994). Validación transcultural hispano-portuguesa de una versión revisada de la batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC). Informe técnico. Universidades de Salamanca y Minho. Salamanca y Braga.
41. Procidano, M.E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24
42. Sánchez-Carbonell, J., Brigós, B. y Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento. *Revista de Medicina Clínica*, 92 (4),135-139.
43. Sánchez-Carbonell, J., Camí, J. y Brigós, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain: results 1 year after treatment admission. *British Journal of Addictions*, 84, 1439-1448.

44. Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
45. Sells, S.B. y Simpson, D.D. (1979). Evaluation of treatment outcome for youths in the Drug Abuse Reporting Program (DARP): A follow-up study. En G.M. Beschner (Ed.), *Youth Drug Abuse: Problems, Issues and Treatments* (pp. 571-628). Lexington, M. A: Lexington Books.
46. Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. En M. Gossop (Ed.), *Relapse and addictive behaviour* (pp. 149-179). Londres: Routledge.
47. Simpson, C., Hubbard, R., Anglin, D. y Fletcher, B. (1997). Overview of National Treatment Outcome Studies. NIDA.
48. Tims, F. y Ludford, J. (1983). A RAUS review report. En: National Institute on Drug Abuse. Monograph 51 NIDA..
49. Vaillant, G.E. (1983). *Natural History of Alcoholism*. Cambridge, Ma, Harvard University Press.
50. Veit, C.T. y Ware, J.E. Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
51. Waldorf, D. (1983). Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery. *Journal of Drug Issues*, 13, 237-281.
52. Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
53. Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.