

# EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO Y SUS INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Juan Esteban Valencia Z., MD  
Augusto Pérez Gómez, Ph.D.<sup>1</sup>

## **1. Planteamiento del Problema y Marco Teórico**

El impacto de la tecnología en todos los momentos de la historia ha contribuido a configurar la cultura de los pueblos y las vidas de los hombres. La tecnología modifica continuamente en nuestra sociedad numerosas actividades industriales, económicas, políticas, y por supuesto muchas actividades relacionadas con la Salud y con la atención a la salud. Probablemente, pocos aspectos de nuestras vidas hayan cambiado tan profundamente en los últimos años como los relativos a la atención en salud. Ello es debido en gran medida al impresionante desarrollo de la tecnología médica. La aparición de tecnologías imposibles de imaginar hace tan sólo unas décadas ha producido cambios muy importantes en la actual configuración de los servicios de salud.

Los servicios de salud son organizaciones cuya misión es contribuir a mejorar la salud del individuo y de la sociedad. Tal misión la tienen que realizar a un costo máximo que es el precio que la sociedad esté dispuesta a pagar, es decir que la sociedad establece el límite de los recursos que quiere dedicar a salud en lugar de dedicarlos a otras actividades que también podrían aumentar su bienestar. En consecuencia, los recursos disponibles para la atención de la salud son limitados, o dicho de otro modo, no necesariamente se va a poder realizar todo lo que es técnicamente posible.

Por lo tanto, los servicios de salud deben cumplir sus fines mediante la mejor relación posible entre los recursos consumidos y los resultados obtenidos, es decir de forma eficiente. Por otra parte, un sistema de salud no equitativo proveería de más servicios a ciudadanos menos necesitados, y de menos servicios a ciudadanos más necesitados, por lo tanto, los servicios de salud deben prestar su atención de forma equitativa. Por estas razones, hoy es admitido que los criterios con los que los servicios de salud deben proveer su atención son la eficiencia y la equidad. Elegir eficientemente significa mejor salud a partir de cualquiera que sean los recursos disponibles. Elegir equitativamente significa aumentar la igualdad de oportunidades para la obtención de salud, o el acceso a la atención sanitaria. En consecuencia con estos principios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sustenta en la eficiencia y equidad su programa "Apropiada Tecnología para la Salud".

---

<sup>1</sup> Los autores son, respectivamente, Investigador Asociado (JEV) y Director del Equipo de Investigación (APG) de la University of Medicine and Dentistry of New Jersey que trabaja en asocio con CICAD para desarrollar un modelo de estudios aplicables en diferentes países del hemisferio

Los servicios de salud se enfrentan en las últimas décadas a retos tales como la complejidad de sus prestaciones y organización, los recursos limitados, la rapidez en la innovación y difusión de tecnologías, el envejecimiento de la población, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios y el desconocimiento de los efectos que todo ello tiene en los costos y en el nivel de salud de la sociedad. A estos hechos se añade que en los países industrializados en los últimos 25 años el gasto en salud ha crecido el doble que su riqueza.

Cuando se enumeran las razones que contribuyen al aumento de los costos en los sistemas de salud, se suele citar la tecnología médica como uno de sus componentes, aunque en general, se considera que el envejecimiento de la población es el factor que más está contribuyendo a dicho aumento.

En general, la tecnología médica, o más bien la innovación tecnológica, es ponente importante del aumento del gasto sanitario. A pesar de ello, hay escasa información sobre sus costos, beneficios, uso apropiado y distribución de la tecnología como recurso en sí mismo, lo cual mantiene el debate de que mientras que los peligros de la tecnología han sido apropiadamente enfatizados, los costos de salud y económicos derivados de la subutilización de métodos innovadores no han sido adecuadamente clarificados.

Las nuevas tecnologías médicas, de incuestionable eficacia diagnóstica o terapéutica, se están incorporando de forma progresiva a la asistencia sanitaria. En la difusión y uso de la tecnología, junto a la efectividad y seguridad, la cuestión dominante a la que se enfrentan quienes toman decisiones en política sanitaria, y en la industria es el costo y cómo controlarlo. Los aspectos de costos, efectividad, y seguridad están altamente interrelacionados, son complejos, y no sólo deben ser analizados para una determinada tecnología, sino que a menudo requieren ser comparados con los de la tecnología existente. A menos que una nueva tecnología sea totalmente innovadora, el problema es saber si su efectividad y seguridad son de suficiente magnitud como para reemplazar a la tecnología existente. Las tecnologías médicas de alto costo están siendo progresivamente sujetas a evaluación económica y a algún tipo de regulación con el objetivo de conseguir un uso y difusión racional. La metodología de evaluación económica en los servicios de salud ha progresado de forma continua en los últimos años. Se han realizado y se están realizando evaluaciones en diversas áreas de servicios de salud, pero todavía en el campo específico de la tecnología médica, los estudios son escasos. El impacto de la tecnología médica, y en especial de las nuevas tecnologías, en los países en desarrollo no está suficientemente evaluado en términos de costos, seguridad, eficacia, equidad, aceptabilidad y uso apropiado. La aproximación a estos aspectos se hace, muchas veces, con prejuicios y generalizaciones.

En ocasiones se exageran los efectos beneficiosos de la tecnología sobre la salud, otras veces, las nuevas tecnologías son consideradas como

responsables del aumento de los costos en la atención en salud, y en ocasiones, se ignora su impacto real sobre evaluación del gasto, incluyendo potenciales efectos en la reducción de los costos. La tecnología médica es útil para quien la comprende. Y ello significa comprender no sólo sus costos y beneficios, sino también en qué medida está variando la estructura y la cultura organizacional.

En el campo de la atención en salud significa conocer los efectos de la tecnología sobre la demanda, sobre la calidad y cantidad de oferta, y sobre la organización. Significa saber identificar qué normas de uso desarrollar, cómo desarrollarlas, implantarlas y evaluarlas. Significa saber en qué medida la eficacia teórica se aproxima a la efectividad real que se consigue en un determinado medio. Significa saber en qué medida una tecnología es eficiente según los recursos dedicados a ella. Significa conocer su grado de utilización en relación con determinados patrones profesionales, o en factores de tipo geográfico o socioeconómico. La aproximación a estos interrogantes en el momento actual en el mundo es muy escasa, se encuentra limitada a muy pocos grupos y a pocas tecnologías a pesar de que el interés es considerablemente creciente en los últimos años.

Hasta hace poco se asumía de forma más o menos implícita, que los cambios científicos y tecnológicos representaban el progreso humano. Sin embargo, en las últimas décadas el papel de la tecnología está siendo considerado con reservas. El deterioro del medio ambiente, el aumento de la población, los problemas energéticos, la escasez de alimentos, determinados usos de la tecnología, y otros muchos aspectos han contribuido a que la tecnología y su papel en sociedad estén siendo progresivamente cuestionados. Estas preocupaciones generales han configurado el desarrollo de un nuevo campo de investigación multidisciplinario que desde hace unas tres décadas se conoce como **Evaluación de Tecnología**.

La creciente importancia de la evaluación de tecnología médica, como campo de investigación, ha sido determinada por varios factores, entre ellos, el incremento del gasto sanitario asociado a los recursos limitados, las preocupaciones sobre la efectividad de la tecnología médica, la conciencia del uso presente o pasado de tecnologías inefectivas, el papel de la tecnología médica en la calidad asistencial, y los problemas éticos, incluyendo el acceso limitado a intervenciones de alto costo. Por estas razones, la evaluación de tecnología médica está empezando a formar parte de la toma de decisiones en la asignación de recursos y en la práctica servicios de salud de algunos países desarrollados.

## 1. Definición

El concepto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias fue definido inicialmente por la Office of Technology Assessment (OTA) de los Estados

Unidos, como aquella “forma de investigación que examina las consecuencias clínicas, económicas y sociales derivadas del uso de la tecnología, incluyendo el corto y medio plazo, así como los efectos directos e indirectos, deseados e indeseados”. Esta definición utiliza el término *investigación* como casi sinónimo de *evaluación*, lo cual ha sido revisado por algunos autores que consideran más conveniente utilizar términos amplios como “estrategia o proceso de análisis”. Por otro lado, según la Real Academia Española, evaluar es “estimar, apreciar, calcular el valor de una cosa”. Así, se propone la siguiente definición de ETES: ***proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social.***

La evaluación de las tecnologías no es una ciencia. La evaluación de la tecnologías, en sentido amplio, puede comprender la evaluación de las propiedades técnicas, eficacia clínica, impacto organizacional, consecuencias sociales, e incluso implicaciones éticas. Finalmente, la evaluación de las tecnologías podría dirigirse a saber si una nueva tecnología es una solución sostenible o la mejor de todas las opciones en un contexto asistencial y social específico. Así, la evaluación de las tecnologías no se contempla como una disciplina única sino como un proceso que integra disciplinas que se entrecruzan, y que comunica ciencia, economía y política. En este papel integrador, la evaluación de la tecnología se usa para valorar e incorporar los datos de eficacia clínica y las pruebas científicas y económicas a la toma de decisiones y al establecimiento de guías prácticas sobre la adopción y uso de las nuevas tecnologías.

La mayoría de las veces, tales decisiones requerían información sobre si una nueva tecnología efectivamente hacía aquello para lo que había sido diseñada y si su uso producía efectos inesperados. Hasta bien avanzado el siglo veinte, esa información se obtenía, en gran medida, mediante la observación empírica. En las últimas décadas, estudios clínicos y análisis rigurosos de costos comenzaron a ser diseñados para establecer la eficacia de determinados tratamientos.

Evaluar una tecnología sanitaria permite "presentar información sobre las alternativas del paciente a clínicos, pacientes y otros" y, a menudo, proporciona elementos que orientan la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la cobertura del aseguramiento sanitario o la asignación de recursos, incluida la compra de equipos.

La Evaluación de Tecnologías en Salud es la “forma integral de investigar las consecuencias técnicas (casi siempre clínicas), económicas y sociales del empleo de las Tecnologías Sanitarias empleadas en la atención de las personas (protección frente a riesgos, prevención de daños, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y, dentro de estas, preferentemente aquellas que se que se

emplean en los sistemas y servicios de salud. Esta se concibe cada vez más como un “proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social”.

En términos generales podríamos afirmar que el objetivo principal de la Evaluación de Tecnologías en Salud consiste en proporcionar elementos que orienten la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la cobertura del aseguramiento sanitario o la asignación de recursos, incluidas la adquisición de equipos, para lo cual requiere de un proceso interdisciplinario sistemático donde múltiples disciplinas de las ciencias de la salud concurren a través de la evidencia científica en la búsqueda de los elementos necesarios para alcanzar tal propósito.

Se realiza con el propósito de solucionar los siguientes problemas:

- El incesante crecimiento del Gasto Público que es mayor que el Producto Interno Bruto.
- La gran variabilidad inexplicada en la práctica clínica. Diferencia en regiones y en seguros médicos de frecuencia en procedimientos.
- Se sabe poco sobre los resultados finales y globales de la utilización de muchas tecnologías médicas.

Por lo tanto, al referirnos al tema de Evaluación de Tecnología, podemos incursionar en la evaluación de todas las intervenciones que se realicen en los pacientes, desde una consulta externa, desde un tratamiento hospitalario y ambulatorio hasta la aplicación de una tecnología de punta en busca del bienestar del paciente.

## **2. Estado del Arte en Evaluaciones de Programas de Tratamiento Contra el Abuso de Drogas**

Los seguimientos a los programas de tratamiento contra el abuso de drogas buscan determinar su grado de efectividad en términos de la capacidad de reducir el uso de drogas, así como de mejorar aspectos importantes en el funcionamiento personal, familiar y social de los pacientes que ingresan a estos tratamientos.

Según Leshner<sup>2</sup> (NIDA, recuperado en 2004) estas investigaciones sirven para examinar los resultados de los programas de tratamiento, realizar estudios comparativos de costo-efectividad entre diferentes modalidades de tratamiento, describir el progreso en los sistemas de tratamiento a través de los años, investigar relaciones entre características de los pacientes y de los programas, y

---

<sup>2</sup> Director del estudio DATOS en EU, último estudio a escala nacional sobre seguimiento a programas de tratamiento.

como mecanismo de información para la implementación de políticas sobre la efectividad de los mismos.

Los seguimientos ('follow-ups') surgen en el contexto estadounidense hacia finales de la década de los años 60, con el fin evaluar el comportamiento de los pacientes una vez finalizados los programas de tratamiento y determinar si éstos eran efectivos en el largo plazo. En esta década se hizo el primer seguimiento a centros de tratamiento a escala nacional: el Drug Abuse Reporting Program (DARP). 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 la segunda investigación a escala nacional (Treatment Outcome Prospective Study, TOPS) y en los años 90 la tercera (Drug Abuse Treatment Outcome Study, DATOS) (NIDA, recuperado en 2004), así como un estudio también a escala nacional sobre los resultados de programas de tratamiento sobre problemas de alcoholismo (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity, MATCH).

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 & Ludford, 1983).

El programa DARP recolectó información de 44.000 clientes que solicitaron tratamiento en 52 centros de tratamiento entre 1969 y 1974. Este estudio midió 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. Los hallazgos de este estudio mostraron que los resultados más favorables de tratamiento en hombres adictos a opiáceos estuvieron asociados a tratamientos con metadona, comunidades terapéuticas y tratamientos de modalidad externa (es decir, no residenciales) sin uso de drogas (Tims & Ludford, 1983).

Otro de los estudios pioneros en el área fue el de De Leon, Wexler & Jainchill (1982), quienes hicieron un seguimiento de cinco años (1970-1975) a 75 profesionales que terminaron su programa de tratamiento en una comunidad terapéutica; evaluaron los resultados del programa de tratamiento midiendo los índices de criminalidad, el uso de drogas y la actividad productiva. Los resultados mostraron tasas de éxito de más del 75%, lo cual sugería una alta efectividad de los programas de comunidad terapéutica. También se hallaron correlaciones entre el éxito y el tiempo del tratamiento (mejores resultados en pacientes que duraron más meses), así como en la culminación exitosa del mismo.

A partir de finales de la década de los años 70 cambios importantes en las tendencias de consumo de la población que ingresaba a tratamiento crearon nuevos retos y dieron lugar a controversias acerca de la validez de la información recolectada hasta el momento. En ese momento el TOPS asumió el reto de caracterizar los clientes que ingresaban a tratamiento y de llevar a cabo la evaluación de los programas de tratamiento actuales (Tims & Ludford, 1983).

El TOPS siguió la estrategia metodológica del DARP. Se rastreó una muestra de 12.000 clientes admitidos en programas de tratamiento entre 1979 – 1981, quienes fueron evaluados después de finalizado el tratamiento. Este estudio fue diseñado para analizar la asociación entre diferentes variables y los resultados obtenidos tras el tratamiento. Las características de la modalidad de intervención, el comportamiento del cliente, el ambiente que lo rodeaba y el proceso de tratamiento fueron las variables tenidas en cuenta. Los resultados fueron medidos teniendo como indicadores el uso de drogas, el consumo de alcohol, la salud mental, el comportamiento criminal y la productividad económica (Tims & Ludford, 1983).

Algunos de los hallazgos de este estudio mostraron que los programas de tratamiento externo sin drogas tenían los problemas más serios con la retención de sus clientes (21% abandonaban el programa de tratamiento en una semana o menos y un 36% en un mes o menos), mientras que los clientes en tratamiento con metadona fueron los menos propensos a dejar el tratamiento. Más del 40% de todos los clientes reportaron 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 reportaron no haber cometido delitos. Un tercio de los clientes reportaron no haber usado drogas después del tratamiento y más de la mitad de ellos reportaron no sufrir depresión (Tims & Ludford, 1983).

Los resultados de estos dos primeros estudios sirvieron para alertar a los entes gubernamentales y a los centros de tratamiento para reconocer la dependencia a la heroína como el principal problema por el que consultaban los clientes que pedían admisión.

En la década de los 90 los estudios sobre seguimientos de evaluación de centros de tratamiento aumentaron en número y los objetivos eran cada vez más ambiciosos, las variables tenidas en cuenta en la evaluación del éxito de los tratamientos eran más numerosas, así como la complejidad en la medición de los indicadores de éxito de los diferentes programas. De igual forma se llevaron a cabo estudios sobre los resultados de tratamiento para el consumo de sustancias específicas como el alcohol y la cocaína.

En esta década, los nuevos estudios diferenciaron los clientes que solicitaron tratamiento en dos tipos de poblaciones, adolescentes y adultos, lo

que permitió a investigadores y directores de centros de tratamiento comprender aspectos diferenciales que podían estar influyendo en los resultados.

La mayoría de los estudios adelantados después de 1990 han sido consistentes en los aspectos que han evaluado: (a) características de las diferentes modalidades de tratamiento, (b) comparaciones costo-efectividad de los diferentes tipos de tratamiento, (c) evaluación de variables psico-socio-demográficas de los pacientes atendidos, (d) severidad del problema de consumo de drogas, (e) variables predictoras del éxito o la recaída de los pacientes, (f) ahorros potenciales para el estado producto de la rehabilitación de los pacientes, (g) cambios en la efectividad de los tratamientos a lo largo del tiempo, (h) resultados diferenciales dependiendo las drogas de adicción y (i) comparaciones entre la duración del tratamiento y los resultados del mismo.

Quizá el estudio más importante que se desarrolló en esta área durante los 90 fue precisamente el estudio DATOS, 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, incluyendo casi 100 programas diferentes de tratamiento. DATOS tuvo una metodología longitudinal, con seguimiento de resultados al año y a los cinco años después de que los clientes hubieran finalizado sus tratamientos. Este estudio finalizó sus actividades en 2002, aportando 85 publicaciones a la literatura sobre el tema.

Uno de los objetivos de DATOS (Simpson, Hubbard, Anglin & Fletcher, 1997) fue indagar sobre las características diferenciales de los diversos tipos de tratamiento. DATOS comparó casi 100 programas de tratamiento, los cuales clasificó en cuatro modalidades siguiendo el modelo de clasificación de estudios anteriores como DARP y TOPS: (a) pacientes externos en tratamiento con metadona, (b) pacientes externos sin drogas, (c) pacientes en tratamiento residencial de largo plazo y (d) pacientes interno en tratamiento de corto plazo. A partir de esta clasificación se comparó el uso de drogas pre y post-tratamiento en las diferentes modalidades así como el funcionamiento comportamental global antes y después del mismo.

DATOS identificó aspectos de las diferentes modalidades que eran bastante consistentes; por ejemplo los cuatro tipos de tratamiento, incluyen generalmente terapias de apoyo grupal, monitoreo urinario durante el tratamiento, prevención de recaídas e involucramiento en grupos de autoayuda una vez finalizado el tratamiento. Sin embargo, los resultados del seguimiento en adultos realizado al año mostró la necesidad de diferenciar los resultados por modalidad de tratamiento, pues las características mismas del tratamiento así como las características de los pacientes que ingresaban a las diferentes modalidades podían estar moderando los resultados.

Así, los resultados diferenciados por modalidad de tratamiento mostraron que los pacientes que estuvieron en tratamiento con metadona presentaron

como principales problemas al ingreso uso semanal de heroína (89%), uso semanal de cocaína (42%), no trabajo de tiempo completo (85%) y actividades ilegales (29%). Y los principales resultados tras el tratamiento mostraron que un 69% de usuarios de heroína y un 48% de los usuarios de cocaína habían reducido la frecuencia de consumo a una vez por semana. La actividad ilegal disminuyó en un 52% aunque el nivel de empleo no cambió significativamente (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997).

De otra parte los pacientes que ingresaron a programas residenciales de tratamiento a largo plazo, presentaron como principales indicadores de problemas uso semanal de cocaína (66%), uso crónico de alcohol (40%), no trabajo de tiempo completo (88%), ideación suicida (24%) y actividades ilegales (41%). Los resultados del seguimiento al año mostraron que los usuarios semanales de cocaína disminuyeron en un 67% así como también hubo una disminución del 53% en los abusadores crónicos de alcohol. El desempleo disminuyó en un 13%, la ideación suicida cayó en un 46%, y la actividad ilegal declinó en un 61% (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997).

Los clientes que solicitaron admisión a tratamientos libres de drogas presentaron como principales indicadores problemáticos antes del tratamiento el uso semanal de cocaína (42%), el uso semanal de marihuana (25%), uso crónico de alcohol (31%), no trabajo de tiempo completo (82%), ideación suicida (19%) y actividad ilegal (22%). Aparte de esto la mitad de ellos había estado en programas de tratamiento anteriormente. Los resultados del seguimiento mostraron en estos pacientes una disminución del 57% de los usuarios semanales de cocaína, una reducción del 64% de los usuarios de marihuana y una caída del 52% en los bebedores crónicos. El desempleo también disminuyó en un 7%, la ideación suicida en un 42% y las actividades ilegales se redujeron en un 36% (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997).

Los pacientes que ingresaron en tratamiento internos de corto tiempo mostraron tener niveles mucho más altos de escolaridad, mejores empleos, seguros privados y menos problemas judiciales, que quienes solicitaron admisión a las otras modalidades de tratamiento. Los principales problemas de esta población al ingresar a tratamiento fue el uso semanal de cocaína (67%), uso semanal de marihuana (30%), uso crónico de alcohol (48%), no trabajo de tiempo completo (67%), ideación suicida (31%) y actividad ilegal (26%). Los resultados del seguimiento mostraron una caída del 59% en el número de usuarios semanales de cocaína, un 63% en la reducción del número de usuarios semanales de marihuana así como una disminución del 58% en los abusadores de alcohol. El nivel de desempleo no cambió de forma significativa, en tanto que la ideación suicida se redujo en un 48% (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997).

Como se puede observar, se presentaron diferencias importantes tanto en los problemas que se reportaron al momento de ingreso a tratamiento como en los resultados obtenidos tras el año de seguimiento en los diferentes indicadores

de éxito; esto corrobora la pertinencia de tener en cuenta diversas variables pre-tratamiento y características diferenciales de las modalidades que pueden estar moderando los resultados de la intervención.

Otro ejemplo de estudios que tienen en cuenta el impacto de diferentes variables moderadoras sobre los resultados, fue el proyecto MATCH, que partió de la hipótesis de que ninguna forma de tratamiento es efectiva para todas las personas con problemas de alcohol y que una estrategia efectiva para tratar este tipo de problemas debía tener en cuenta tratamientos alternativos basados en las características y necesidades específicas de los pacientes (Project MATCH, 1993).

Los pacientes (tanto en internamiento como externos) fueron asignados aleatoriamente a diferentes tipos de terapia (Terapia de los 12 pasos, Desarrollo de habilidades de afrontamiento cognitivo-comportamentales, y terapia motivacional). Los sujetos fueron seguidos durante tres años, en intervalos de tres meses después de haber terminado el tratamiento el primer año, y en seguimientos anuales los dos siguientes. Se evaluaron cambios en los patrones de consumo de alcohol, calidad de vida y funcionamiento social así como en la utilización de los servicios de tratamiento (Project MATCH, 1993).

Los resultados mostraron que los pacientes externos que recibieron terapia motivacional tuvieron mejores resultados que los que recibieron terapia cognitivo-comportamental. Los pacientes con alta dependencia al alcohol tuvieron mejores resultados post-tratamiento en la terapia de los Doce pasos, en tanto que pacientes con baja dependencia los tuvieron con la terapia cognitivo-comportamental (Project MATCH, 1997). Este estudio mostró la necesidad de tener en cuenta el grado de dependencia al alcohol como criterio para la asignación de los pacientes a los diferentes tipos de psicoterapia.

Diferentes interrogantes surgen a partir de estos estudios. Preguntas sobre las relaciones entre los costos y los resultados, las modalidades y la efectividad, dan pie para que diferentes investigaciones sobre seguimiento a los programas de tratamiento inicien una aproximación a los resultados en términos de beneficios no solamente humanos, sino también sociales y económicos, de los programas de tratamiento.

Así, la encuesta de programas de tratamiento 1990 Drug Services Research Survey (DSRS) dirigida por NIDA, evaluó la relación costo-efectividad de 120 programas de tratamiento. Un total de 2.222 clientes fueron clasificados en cuatro grupos: pacientes internos, residenciales, pacientes externos con metadona y tratamientos externos sin medicamentos. Cinco años después de realizada la encuesta, investigadores del SROS recontactaron a los 120 centros de tratamiento y el seguimiento se hizo con 1.706 pacientes y con 1.341 pacientes adicionales que se sumaron al estudio.

Los resultados fueron clasificados de acuerdo a dos indicadores (1) abstinencia en los cinco años (definida como el no uso de sustancias después de terminado el tratamiento) y (2) cualquier reducción en el uso de sustancias en los cinco años siguientes a la finalización del tratamiento. A partir de estos

análisis, se indagó sobre los costos y la efectividad de las diferentes modalidades. Se encontró que en promedio los costos más altos fueron para los programas internos y los más bajos para los programas externos y de corto plazo. Haciendo análisis sobre las medidas de éxito de las cuatro modalidades de tratamiento, se mostró que en términos de costo-efectividad los programas que muestran los mejores resultados corresponden a la modalidad de atención externa, sin medicamentos y de corto plazo.

Resultados como los anteriores son tenidos en cuenta por los organismos estatales para optimizar los recursos que el Estado invierte en subsidiar este tipo de tratamientos, pues solo en el año 1996 más de dos millones de estadounidenses se quedaron sin recibir programas de tratamiento (Mark, Coffey, King, Harwood, McKusick, Dilonardo & Buck, 2000). Sin embargo, estos hallazgos contradicen otros estudios que, como se señaló anteriormente, han sugerido relaciones entre la duración y naturaleza de los tratamientos con respecto a la efectividad.

Así, un trabajo llevado a cabo por Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, (1997) con información proveniente del estudio DATOS, reportó que en un grupo de 2.966 pacientes de las cuatro modalidades de tratamiento al que se le hizo seguimiento, las reducciones más grandes en el consumo de drogas se encontraron en pacientes que fueron tratados por 3 meses o más tiempo. De otra parte, por medio de análisis multivariados confirmaron que 6 meses o más en programas de tratamientos sin medicamentos (ODF), en tratamientos a largo plazo de tipo residenciales (LTR) y en tratamiento con metadona (OMT), se asociaron con reducciones significativas en el uso de drogas, en la comisión de actividades ilegales y en el incremento del empleo de tiempo completo.

Otro estudio llevado a cabo por Flynn, Kristiansen, Porto, & Hubbard, (1999) examinó el costo de los LTR y el de los ODF para dependientes de cocaína, que participaron en el estudio DATOS. Se calcularon también los costos de las actividades criminales para la sociedad con el propósito de determinar los beneficios del tratamiento. Los resultados mostraron que los pacientes tratados tanto en LTR como en ODF tuvieron reducciones en costos de crímenes tras el tratamiento. Los pacientes de los programas LTR presentaron los costos más altos por crímenes antes de iniciar el tratamiento, y a su vez tuvieron las reducciones más significativas después del año de tratamiento.

Latimer, Newcomb, Ken & Stinchfield, (2000) adoptaron un modelo estructural con un seguimiento a 6 meses y un año, en el que fueron examinadas como predictoras de los resultados del tratamiento las variables sexo, severidad en el abuso de drogas, modalidad de tratamiento, duración del tratamiento y participación en actividades de cuidados después de finalizado el tratamiento. Los hallazgos sugieren que decisiones sobre la intensidad del tratamiento deben basarse en el nivel de riesgo psicosocial antes que en la severidad del problema de abuso. Este estudio también sugiere que el abuso de drogas en adolescentes que recibieron tratamientos los suficientemente largos,

que participaron en actividades de cuidado una vez finalizado el tratamiento, y que poseen al menos uno factor protector individual o interpersonal durante el proceso de recuperación, tienen el mejor pronóstico una vez hecho el tratamiento.

En otro estudio (Hser, Grella, Hubbard, Hsieh, Fletcher, Brown, & Anglin (2000), también se encontró que en adolescentes los resultados más favorables se asociaron con mayor duración del tratamiento.

Por otra parte Latimer, Winters, Stinchfield, & Traver, (2000) revisaron un modelo de vulnerabilidad en los resultados del tratamiento por abuso de sustancias en adolescentes, el cual se basó en la selección de factores demográficos, individuales, interpersonales y del tratamiento para predecir el uso de alcohol y marihuana tras un seguimiento en una muestra de 225 adolescentes con problemas de abuso de drogas. Los niveles de consumo de las sustancias antes de iniciar el tratamiento y la participación en actividades de autocuidado finalizado el mismo, predijeron el uso de alcohol y marihuana durante los seis primeros meses después de haber finalizado el tratamiento. Los niveles de desviaciones en la conducta también predijeron el uso de marihuana durante los primeros meses. El uso de sustancias en los pares al entrar y después del tratamiento, predijeron la frecuencia de uso en el seguimiento que se hizo al año. La frecuencia del uso de alcohol y marihuana en el seguimiento de los seis meses predijeron el uso continuado de esas sustancias el resto del primer año post-tratamiento. Tratamientos muy cortos y el ser hombre fueron factores de riesgo para el uso de alcohol en la segunda mitad del primer año de tratamiento. Una elevada dependencia psicológica a la sustancia durante el seguimiento a los seis meses de tratamiento fue el único riesgo para el uso subsiguiente de la marihuana. Los resultados apoyan los modelos conceptuales que explican los resultados en el tratamiento contra el abuso de sustancias en adolescentes, en términos de relaciones entre factores demográficos, individuales, interpersonales y del tratamiento.

Galaif, Hser, Grella, & 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. El estudio incluyó 292 pacientes de 9 programas de tratamiento externos libre de medicamentos (ODF) y 418 admisiones de 8 programas de tratamiento residenciales (RES). Los seguimientos se hicieron un año después de finalizado el tratamiento. Para los participantes en los programas ODF: (a) la severidad del uso de drogas predijo menos retención en el tratamiento y (b) el involucramiento de la familia con las drogas predijo un mayor uso de alcohol después del tratamiento. Para participantes de los programas RES: (a) el involucramiento de la familia con drogas y actividades criminales predijo menor retención en el tratamiento, (b) desórdenes en la conducta predijo un mayor uso de marihuana tras el seguimiento.

Los resultados de estos estudios muestran la necesidad de adoptar estrategias de intervención que contemplen el funcionamiento intrapsíquico e

interpersonal de los adolescentes abusadores de drogas 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, & Zivin, (2003) hicieron un estudio comparativo de la efectividad y costo-efectividad de cuatro modalidades de tratamiento contra el abuso de drogas. Los datos para este estudio fueron suministrados por el Services Research Outcomes Study (SROS)<sup>3</sup>; en él se compararon las diferentes modalidades de tratamiento y se empleó un análisis de propensión para controlar factores que influyen la selección de las diferentes modalidades de tratamiento como el tipo y la severidad del desorden por abuso de drogas, y la comorbilidad con desordenes psiquiátricos. 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 externos sin uso de drogas. Los programas residenciales fueron más costosos que los tratamientos con metadona. Los mejores resultados en cuanto a reducciones mayores del uso de drogas en la modalidad de pacientes en internados de corta duración comparados con los pacientes residenciales de largo término, no se tradujeron en mayor costo-efectividad del tratamiento aunque los costos más altos si los tuviera la modalidad de pacientes internos.

Otro reciente estudio realizado por Hubbard, Craddock, & Anderson, (2003), en un seguimiento de los programas de tratamiento retomado del estudio DATOS, encontró que las reducciones en la prevalencia del uso de cocaína al año después de haber finalizado el tratamiento se asoció con tratamientos de duración mayor (más de seis meses en tratamientos residenciales y externos sin drogas). Adicionalmente la reducción de actividades ilegales y el incremento del empleo de tiempo completo se relacionaron con tratamientos superiores a 6 meses para pacientes en tratamientos residenciales. Los resultados del estudio DATOS, tanto del seguimiento del año como el de 5 años, mostraron una estabilidad en los resultados de los tratamientos. Resultados que mostraron ser consistentes con el estudio Flynn, Porto, Rounds-Bryant & Kristiansen, (2003) en el que se encontró que programas de tratamiento de duración mayor con metadona se asociaron con beneficios en la reducción del uso de heroína y de la actividad criminal.

En síntesis, muchos de estos estudios sugieren la pertinencia de la hipótesis que afirma que entre mayor sea el tiempo de retención de los pacientes en tratamiento los ahorros relacionados con actividad criminal y reducción del consumo de drogas serán mayores, en tanto que otra serie de estudios que hacen comparaciones de relación costo-efectividad como uno de

---

<sup>3</sup> Estudio financiado por el el Substance Abuse and Mental Health services Administration, 1998)

los mencionados anteriormente desvirtúan tal afirmación (Motjabai, & Zivin, 2003). Debido a estas inconsistencias se han generado una serie de estudios que buscan indagar por 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. Las principales variables que se han tenido en cuenta son: (a) la severidad del problema del abuso de drogas, (b) la relación con actividades criminales y (c) la comorbilidad con trastornos psiquiátricos.

Grella, Hser, & Hsieh, (2003) se interesaron por el hecho de que muchos usuarios de drogas han repetido tratamiento, y se sabe poco sobre las razones de reingreso de estos pacientes. Su estudio examinó predictores relacionados con el reingreso a tratamiento en abusadores de cocaína quienes recaían en su uso dentro de los cinco años después de haber estado en tratamiento (la muestra fue de 347). Cerca del 44% de la muestra retornaba a tratamiento, con un promedio de 2.6 años después de haber terminado el tratamiento. Los resultados mostraron que es necesaria una perspectiva de largo plazo en los programas de tratamiento, especialmente entre aquellos que abusaron de las drogas en forma crónica, pues factores como la frecuencia de consumo de la sustancia y el tiempo de abuso de la misma son altamente influyentes.

Los resultados de estos estudios deben contrastarse con nuevas investigaciones, con nuevas metodologías de aproximación, a la vez que se plantean retos importantes especialmente en áreas en el que los hallazgos divergen de forma importante. Sin embargo, 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 continuar esfuerzos como el del Adolescent Drug Abuse Treatment Outcome Monitoring System para proveer información sobre la evaluación de la efectividad de los programas de tratamiento para adolescentes, así como para suministrar las herramientas para que la evaluación de estos programas sea asequible y práctica.

Los beneficios potenciales de este tipo de estudios han mostrado ser contundentes 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, así como en la reglamentación de los diferentes servicios que se prestan a quienes acuden a un programa de esta índole. La mayor parte de los países del continente americano carecen de estudios de seguimiento, por lo cual deberá darse especial prioridad a este tema, teniendo en consideración las enormes implicaciones humanas, sociales y económicas de las decisiones que se tomen en el campo del tratamiento de consumidores de sustancias psicoactivas.

De otra parte, los seguimientos de seis meses y un año siguen siendo los más frecuentes, lo que impide ahondar en análisis que son de gran importancia en términos de evaluar la efectividad de los tratamientos a largo plazo. Deberá intentarse realizar nuevos estudios en los cuales el tiempo transcurrido desde la terminación del tratamiento sea por lo menos de dos años.

### **3. Objetivos y Metodología**

El presente proyecto tiene como propósito realizar el análisis de efectividad de los tratamientos y los centros de tratamiento que realizan intervenciones en pacientes diagnosticados con abuso de sustancias psicoactivas. Por tratarse de un pilotaje que busca poner a prueba una metodología que se extenderá posteriormente a los otros países del hemisferio, en esta fase se elegirán dos centros de tratamiento en cada país piloto perteneciente al proyecto sobre costos sociales, humanos y económicos que desarrollan actualmente la CICAD y la UMDNJ. El propósito general de esta propuesta es generar información que permita conocer la efectividad de los programas de tratamiento.

#### **3.1 Objetivo General**

Generar información que permita conocer la efectividad de los programas de tratamiento y su impacto en los pacientes sometidos a intervenciones en el área del abuso de sustancias psicoactivas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar las variables asociadas al mayor nivel de éxito de las intervenciones terapéuticas en el caso de consumidores de SPA.
2. Poner a prueba una metodología investigativa que sea aplicable en todo el continente americano.
3. Poner las bases para desarrollar en el futuro estudios de costo/efectividad en todo el hemisferio.

### **6 Metodología Propuesta**

#### **6.1. Definición del método**

Se seleccionarán dos instituciones de amplio reconocimiento en cada uno de los países participantes. En ellas, se evaluarán todas las personas que soliciten y sean admitidas a tratamiento durante un período de 6 meses; una vez concluido el tratamiento, se harán nuevas evaluaciones a los 6 y a los 12 meses, lo cual implica que el proyecto tendrá una duración total de alrededor de dos años.

Las variables que se tendrán en consideración serán:

1. Tipo de tratamiento: Tratamientos residenciales de 6 meses o más; tratamientos residenciales de 3 meses o menos; tratamientos externos sin acompañamiento farmacológico.
2. Variables demográficas: sexo, edad, nivel socio-económico, nivel educativo.
3. Tipos de SPA consumidas y severidad del problema.

## 6.2. Población de Estudio

La población de estudio estará constituida por el total de pacientes de los centros de tratamiento seleccionados por cada país piloto en un período de por lo menos seis meses.

## 6.3 Instrumentos

Existen múltiples formas de realizar la evaluación de las intervenciones, pero en este caso proponemos recolectar información través del SF-36 para valorar la efectividad de los tratamientos en la población sometida a tratamientos de farmacodependencia. La ventaja de este instrumento es que ha recibido amplia validación a nivel internacional y, a pesar de que le da gran importancia a la esfera de salud física, no descuida la dimensión psicológica. A cada uno de los participantes se le aplicará una encuesta que recogerá su estado de salud y luego de la intervención se aplicará la misma encuesta con el objetivo de medir si la intervención fue efectiva o mejoro su estado de salud en la esfera física y mental. Además, se llevará a cabo una entrevista antes de la admisión y en los dos momentos de seguimiento, no solo con la persona que ha recibido el tratamiento sino también, por lo menos, con un familiar cercano. El criterio de desarrollo de esta entrevista será el Global Assessment of Functioning del DSM-IV (1994).

El SF-36 v.2 consta de 36 Items que miden la calidad de vida, cada item tiene una pregunta con una gran variabilidad de respuestas y se reagrupan los 36 items en 8 categorías y se suman los resultados de cada respuesta y se obtiene la media aritmética. Cada categoría de calidad de vida se mide separadamente.

Este instrumento se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study*) (*MOS*). De todos los ítems se seleccionó el menor número posible de conceptos que mantuvieran la validez del instrumento inicial. Detecta tanto estados positivos como negativos de salud y explora salud física y salud mental.

- Función física
- Función social
- Limitaciones del rol: problemas físicos
- Limitaciones del rol: problemas emocionales
- Salud mental
- Vitalidad
- Dolor
- Percepción de la salud general

Existe una pregunta, no incluida en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

La primera (Rand Group) establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma de puntuación (The Health Institute) otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Sea cual sea el método empleado, el significado de la puntuación es el mismo: cuanto mayor sea, mejor estado de salud refleja.

Las medias y desviación standard en población norteamericana son: Función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), Limitación del rol: Problemas físicos 81 (SD 34), Limitaciones del rol: problemas emocionales 81 (SD 33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 61 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de la salud general 72 (SD 20). En población general española estos valores son: Función física 94,4 (SD 12,8), función social 96 (SD 14,1), limitación rol: Problemas físicos 91,1 (SD 25,7), limitación rol: Problemas emocionales 90,1 (SD 26), salud mental 77,7 (SD 17,3), vitalidad 69,9 (SD 18,4), dolor 82,3 (SD 24,8), percepción de la salud general 80 (SD 18,8). Somos conscientes que en la mayoría de los países pilotos no tendremos las puntuaciones de la población general, por lo que este estudio será el primer abordaje a crear estándares en población con abuso de sustancias psicoactivas.

#### **6.4. Procedimientos de Recolección de Información**

Se informará a los pacientes seleccionados para lograr su participación.

#### **6.5. Selección y Capacitación del Personal**

Los datos serán recolectados por personal debidamente capacitado en el uso del instrumento, que se aplicará a las personas seleccionadas dentro de la muestra.

Dos de los investigadores estarán encargados de supervisar y dar apoyo en terreno así como de verificar la calidad de los datos obtenidos en las pruebas.

Cuando se haya completado la capacitación se llevará a cabo una prueba piloto de la metodología con el fin de asegurar que las fallas que puedan encontrarse se mejoren antes de comenzar.

#### **6.6. Procesamiento y análisis de los datos**

Previa crítica del dato, se construirá la base usando el cuestionario SF-36 y el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 10; después de terminada la digitación se llevará a cabo el control de inconsistencias, para asegurar la calidad de la información. El plan de análisis tendrá en cuenta los objetivos propuestos.

Las entrevistas serán procesadas a través del programa NUD\*IST , creado para el manejo de información de carácter cualitativo.

Los resultados obtenidos de esta investigación serán manejados cuidadosamente por el equipo, quien garantizará la confidencialidad de esta información a los centros de tratamiento seleccionados. La comunicación de los resultados se hará mediante la entrega del informe final del estudio a cada una de los países y a la CICAD.

El equipo de investigación es consciente de la importancia divulgar los resultados en medios de comunicación que lleguen a los diferentes sectores del orden económico y terapéutico, a la comunidad científica y al público general.

## **7. Consideraciones Éticas**

La investigación científica ha dado en la historia resultados muy beneficiosos para el progreso de las diferentes disciplinas, por lo que se debe estimular la realización de proyectos que busquen desarrollo social y económico basados en los principios fundamentales de la ética: **respeto, justicia y beneficencia**.

En éste proyecto, por tratarse de un estudio de riesgo mínimo, el consentimiento se hará verbalmente a los participantes, el consentimiento incluirá información clara y fácilmente comprensible sobre los objetivos de la investigación y los riesgos y beneficios que esta conlleva, como la voluntariedad de participar en ésta.

### **1. Respeto**

Todos las personas participantes serán respetadas en su autonomía, se tendrá respeto a las opiniones y respuestas de las personas a la entrevista y encuesta planeada para la recolección de información.

El ingreso al estudio será voluntario y con información adecuada, garantizada por la programación de una reunión previa en la que se hará claridad sobre objetivos, justificación, metodología y alcance de la investigación.

La información resultante de esta investigación será anónima y manejada confidencialmente por el grupo de investigadores, a las directivas de las empresas no se les dará información individual. En cualquier momento de la

entrevista el participante podrá tomar la decisión de retirarse sin que afecte su relación laboral.

## **2. Justicia**

El principio de justicia se aplicará mediante la equidad en el trato, procedimientos, conductas y beneficios a que tienen derecho todas las personas que participan de la investigación. Todos los individuos recibirán la misma información en la reunión inicial, aplicarán los mismos instrumentos propuestos en la metodología del proyecto y tendrán igual probabilidad de asesoría e intervención posterior al análisis de los resultados.

## **3. Beneficencia**

El propósito de la investigación es beneficiar a la población laboral en general a través de la generación de información que sirva de base para proponer las estrategias de intervención que serán parte del producto final, buscando reducir el ausentismo laboral.

## **8. Resultados Esperados**

Se pretende obtener una estimación de la efectividad de los centros de tratamiento y de las intervenciones en salud que allí se aplican. La información se sistematizará por medio de la aplicación de un cuestionario dirigido a los pacientes e inspirado en el SF-36.

## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación "EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO Y SUS INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS" que como objetivo generar información que permita conocer la efectividad de los programas de tratamiento y su impacto en los pacientes sometidos a intervenciones en el área del abuso de sustancias psicoactivas en los centros de tratamiento seleccionados.

Su participación consistirá en aceptar la aplicación de una serie de instrumentos psicológicos, por un profesional idóneo, lo cual no le representará ningún costo.

Toda persona estará en capacidad para decidir su libre colaboración en el estudio. La información resultante de esta investigación será anónima y manejada confidencialmente por el grupo de investigadores. En cualquier momento de la entrevista el participante podrá tomar la decisión de retirarse.

Luego de leer y comprender el objetivo, propósito y metodología de la investigación, de ser informado sobre los riesgos y beneficios de participar en el estudio, ACEPTO participar voluntariamente y que se me apliquen los cuestionarios y pruebas psicológicas propuestas.

## ANEXO 2

### SF – 36 CUESTIONARIO DE SALUD SF 36

Versión Española 1.4 (Junio 1999)

Fecha

Iniciales del paciente

#### INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca mas cierto.

#### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es :
  - 1) Excelente      2) Muy buena      3) Buena      4) Regular
  - 5) Mala
  
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
  - 1) Mucho mejor ahora que hace un año      2) Algo mejor ahora que hace un año
  - 3) Más o menos igual que hace un año      4) Algo peor ahora que hace un año
  - 5) Mucho peor ahora que hace un año

#### Las Sigüientes Preguntas Se Refieren A Actividades O Cosas Que Usted Podría Hacer En Un Día Normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
  - 1) Sí, me limita mucho      2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita **coger o llevar la bolsa de la compra**?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita **subir varios pisos** por la escalera?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1) Sí, me limita mucho      2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

1) Sí, me limita mucho      2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

**Las Sigüientes Preguntas Se Refieren A Problemas En Su Trabajo O En Sus Actividades Cotidianas**

13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1) Sí    2) No

14. Durante las 4 últimas semanas ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1) Sí    2) No

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1) Sí    2) No

16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal), a causa de su salud física?

1) Sí    2) No

17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí 2) No

17. Durante las 4 últimas semanas ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional ( como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí 2) No

18. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional ( como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí 2) No

20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1) Nada 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante  
5) Mucho

21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1) No, ninguno 2) Sí, muy poco 3) Sí, un poco  
4) Sí, moderado 5) Sí, mucho 6) Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1) Nada 2) Un poco 3) Regular

- 4) Bastante    5) Mucho

**Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.**

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?.

- 1) Siempre                      2) Casi siempre                      3) Muchas veces  
4) Algunas veces              5) Sólo alguna vez                      6) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1) Siempre                      2) Casi siempre                      3) Muchas Veces  
4) Algunas veces              5) Sólo alguna vez                      6) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?.

- 1) Siempre                      2) Casi siempre                      3) Muchas Veces  
4) Algunas veces              5) Sólo alguna vez                      6) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?.

- 1) Siempre                      2) Casi siempre                      3) Muchas Veces  
4) Algunas veces              5) Sólo alguna vez                      6) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1) Siempre                      2) Casi siempre                      3) Muchas veces  
4) Algunas veces              5) Sólo alguna vez                      6) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- |                  |                    |                 |
|------------------|--------------------|-----------------|
| 1) Siempre       | 2) Casi siempre    | 3) Muchas veces |
| 4) Algunas veces | 5) Sólo alguna vez | 6) Nunca        |

29 Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- |                  |                    |                 |
|------------------|--------------------|-----------------|
| 1) Siempre       | 2) Casi siempre    | 3) Muchas veces |
| 4) Algunas veces | 5) Sólo alguna vez | 6) Nunca        |

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- |                  |                    |                 |
|------------------|--------------------|-----------------|
| 1) Siempre       | 2) Casi siempre    | 3) Muchas veces |
| 4) Algunas veces | 5) Sólo alguna vez | 6) Nunca        |

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- |                  |                    |                 |
|------------------|--------------------|-----------------|
| 1) Siempre       | 2) Casi siempre    | 3) Muchas veces |
| 4) Algunas veces | 5) Sólo alguna vez | 6) Nunca        |

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- |                    |                 |                  |
|--------------------|-----------------|------------------|
| 1) Siempre         | 2) Casi siempre | 3) Algunas veces |
| 4) Sólo alguna vez | 5) Nunca        |                  |

**Por Favor, Diga Si Le Parece Acertada O Falsa Cada Una De Las Sigüientes Frases**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1) Totalmente cierta                      2) Bastante cierta 3) No lo sé  
 4) Bastante falsa                      5) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1) Totalmente cierta                      2) Bastante cierta                      3) No lo sé  
     sé  
 4) Bastante falsa                      5) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1) Totalmente cierta                      2) Bastante cierta                      3) No lo sé  
 4) Bastante falsa                      5) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1) Totalmente cierta                      2) Bastante cierta                      3) No lo sé  
 4) Bastante falsa                      5) Totalmente falsa



**SF-36v2™ Health Survey Scoring Demonstration**

This survey asks for your views about your health. This information will help you keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities. Answer every question by selecting the answer as indicated. If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can.

1. In general, would you say your health is: [Click on the circle that best describes your answer.]

- Excellent**                      **Very Good**                      **Good**                      **Fair**                      **Poor**

2. Compared to one year ago, how would you rate your health in general now?

Much better now than one year ago 
 Somewhat better now than one year ago 
 About the same as one year ago 
 Somewhat worse now than one year ago 
 Much worse now than one year ago

3. The following questions are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much? [Click on a circle on each line.]

	Yes, limited a lot	Yes, limited a little	No, limited at all	not limited
a. Vigorous Activities, such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Moderate Activities, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Lifting or carrying groceries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. Climbing several flights of stairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e. Climbing one flight of stairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Bending, kneeling, or stooping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
g. Walking more than a mile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h. Walking several hundred yards	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
i. Walking one hundred yards	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
j. Bathing or dressing yourself	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4. During the past 4 weeks, how much of the time have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Cut down on the amount of time you spent on work or other activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Accomplished less than you would like	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Were limited in the kind of work or other activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. During the past 4 weeks, how much of the time have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

**All of the time**    **Most of the time**    **Some of the time**    **A little of the time**    **None of the time**

- a. Cut down on the *amount of time* you spent on work or other activities
- b. *Accomplished less than you would like*
- c. Did work or activities *less carefully than usual*
6. During the *past 4 weeks*, to what *extent* has your *physical health or emotional problems* interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups?

**Not at all**    **Slightly**    **Moderately**    **Quite a bit**    **Extremely**

              

7. How much *bodily* pain have you had during the *past 4 weeks*?

**None**    **Very Mild**    **Mild**    **Moderate**    **Severe**    **Very Severe**

                  

8. During the *past 4 weeks*, how much did *pain* interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

**Not at all**    **A little bit**    **Moderately**    **Quite a bit**    **Extremely**

              

9. These questions are about how you feel and how things have been with you *during the past 4 weeks*. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

How much of the time during the *past 4 weeks*...

**All of the time**    **Most of the time**    **Some of the time**    **A little of the time**    **None of the time**

- a. Did you feel full of life?
- b. Have you been very nervous?
- c. Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?
- d. Have you felt calm and peaceful?
- e. Did you have a lot of energy?
- f. Have you felt downhearted?

- and depressed?
- g. Did you feel worn out?
- h. Have you been happy?
- i. Did you feel tired?

10. During the *past 4 weeks*, how much of the time has your *physical health or emotional problems* interfered with your social activities (like visiting friends, relatives, etc.)?

<b>All the time</b>	<b>ofMost the time</b>	<b>ofSome the time</b>	<b>ofA little the time</b>	<b>ofNone the time</b>	<b>of</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

11. How TRUE or FALSE is *each* of the following statements for you?

- |   | <b>Definitely<br/>true</b> | <b>Mostly<br/>true</b> | <b>Don't<br/>Know</b> | <b>Mostly<br/>false</b> | <b>Definitely<br/>false</b> |
|---|----------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|
| a. I seem to get sick a little easier than other people | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>       |
| b. I am as healthy as anybody I know                    | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>       |
| c. I expect my health to get worse                      | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>       |
| d. My health is excellent                               | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>       |
-

## 8a. Referencias sobre evaluación de tecnología de salud

- Conde JL. Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Racionalización frente a racionamiento. Revista de Administración Sanitaria. 1998; 2(5): 139-147.
- United States Congress, Office of Technology Assessment. Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Publication N° OTA-75. Washington DC: US Government Printing Office. 1978.
- World Health Organization. Technology for Health in the Future. A report of the working group. Geneva. 1997.
- OPS / OMS. El Desarrollo de la Evaluación de las Tecnologías en Salud en América Latina y el Caribe. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 4ª edición. Washington DC. Marzo 2000.
- Lazaro Pablo y de Mercado. Papeles de Gestión Sanitaria. Evaluación de Tecnología Médica. Junio de 1994
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. "Guía para la Elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias". Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Junio de 1999.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Aspectos Económicos de las Biotecnologías Relacionadas con la Salud Humana. Parte I: Biotecnología e innovación médica: Evaluación socioeconómica de la tecnología, el potencial y los productos. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. 1998.
- Nobel J. Health Care Technology Assessment, Policy and Practical Integration. Emergency Care Research Institute ECRI. USA. 1993.
- Conde JL. Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En: Manual de Gestión Diaria del Hospital. Ed Mason. Barcelona. 1998
- Office of Technology Assessment .Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies. Washington. US Government Printing Office. 1978.
- Antoñanzas F. "Economía y Salud. Conceptos Básicos. Eficacia y Eficiencia. La Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias. Características y Metodología". En: Jiménez J. [Director]. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. 2ª edición. Editorial Díaz de Santos. Madrid. 2000. Capítulo 6. pp 117-35.

- Elixhauser A, Halpern M, Schmier J, Luce BR. Health care CBA and CEA from 1991 to 1996: an updated bibliography. *Medical Care* 1998; 36(5), Supplement.
- Maynard A, Kanavos P. Health economics: an evolving paradigm. *Health Economics* 2000; 9:183-190
- Conde JL. Evaluación de Tecnologías Médicas Basada en la Evidencia. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. 1998. Disponible en: <http://www.isciii.es/unidad/aet/Documentos/docconde.htm>
- Lopez M, Tirado L, Icaza E, Duran L. Las tecnologías médicas y la salud ¿Mucho ruido y pocas nueces? *Revista de Investigación Clínica. México* Marzo-Abril 2000; 52(1):203-10.
- Retting RA, Hartman AJ. The development of medical technology: a policy perspective. En: *Medical Technology. National Center for Health Services Research. Research proceedings Series. DHEW Publicaciones. No. (PHS): 82. 1979.*
- National Center for Health Care Technology. Rockville, Maryland, USDHHS, 1980.
- Sassi F, Archard L, Le Grand J. Equity and the economic evaluation of healthcare. *Health Technology Assessment* 2001; 5(3).
- [www.qualitymetric.com](http://www.qualitymetric.com)

#### **8b. Referencias sobre evaluaciones de tratamientos para consumidores de SPA**

- De León, G., Wexler, H., & Jainchill, N. (1982). The therapeutic community: Success and improvement rates 5 years after treatment. En: *International Journal of the Addictions*. Vol 17(4) 703-747. Recuperado el 6 de mayo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Flynn, P. M., Kristiansen, P. L., Porto, J. V., & Hubbard, R. L. (1999). Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 167-174. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- 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. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- Galaif, E. R., Hser, Y., Grella, C. E., & Joshi, V. (2001). Prospective risk factors and treatment outcomes among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 661-678. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- Grella, C. E., Hser, 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. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- Health & Wellness Information Directory (s.f.). *Important information on drug abuse*. Recuperado el 14 de mayo de 2004 del sitio web del National Institute on Drug Abuse: <http://www.nida.nih.gov>.
- 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.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125-134. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., & 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. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., & 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. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- Latimer, W., Nexcomb, M., Winters, K. & Stinchfield, R. (2000). Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome The Role of Substance Abuse Problem Severity, Psychosocial, and Treatment Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 68, No. 4, 684-696. Recuperado el 6 de mayo de 2004 de la base de datos PsycARTICLES.
- Latimer, W., Winters, K., Stinchfield, R & Traver, R. (2000). Demographic, Individual, and Interpersonal Predictors of Adolescent Alcohol and Marijuana Use Following Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 14, No. 2, 162-173. Recuperado el 6 de mayo de 2004 de la base de datos PsycARTICLES.

- Mark, T., Coffey, R., King, E., Harwood, H., McKusick, J., Dilonardo J., & Buck, J. (2000). Spending on Mental Health and Substance Abuse Treatment, 1987-1997. *Health Affairs* 19 (4): 108-20. Recuperado el 6 de mayo de 2004 del sitio web de Health Services Research: [http://www.findarticles.com/cf\\_0/m4149/1\\_38/99290669/p2/article.jhtml?term=](http://www.findarticles.com/cf_0/m4149/1_38/99290669/p2/article.jhtml?term=)
- Motjabai, R. & Graff, J. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. En: *Health Services Research*, Recuperado el 6 de mayo de 2004 del sitio web de Health Services Research: [http://www.findarticles.com/cf\\_0/m4149/1\\_38/99290669/p2/article.jhtml?term=](http://www.findarticles.com/cf_0/m4149/1_38/99290669/p2/article.jhtml?term=)
- National Institute on Drug Abuse (s.f.). Recuperado el 6 de mayo de 2004 del sitio web del National Institute on Drug Abuse: <http://www.nida.nih.gov>.
- Project MATCH Research Group (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145. Recuperado el 6 de mayo de 2004 del sitio web <http://www.commed.uchc.edu/match/default.htm>
- Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92(12), 1671-1698. Recuperado el 6 de mayo de 2004 del sitio web <http://www.commed.uchc.edu/match/default.htm>
- Simpson, C., Hubbard, R., Anglin, D. & Fletcher, B. (1997). *Overview of National Treatment Outcome Studies*. NIDA. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: [www.datos.org](http://www.datos.org)
- Tims, F. & Ludford, J. (1983). A RAUS review report. En: National Institute on Drug Abuse. *Monograph 51*.. Recuperado el 14 de mayo de 2004 del sitio web del National Institute on Drug Abuse: <http://www.nida.nih.gov>.