

## **La localización de sujetos adictos en un estudio de seguimiento.**

Sanabria Carretero, Manuel A.

Psicólogo

### *Resumen*

El problema de la localización y posterior entrevista de los sujetos seguidos en estudios de carácter longitudinal parece agrandarse cuando se trata de pacientes adictos, siendo frecuente la asociación entre dificultades de localización y evolución terapéutica más pobre.

Los resultados de nuestro estudio, centrado en una muestra de 210 pacientes adictos localizados después de un año y medio del inicio del tratamiento, indican que no siempre las dificultades de localización se asocian a peores resultados; los pacientes que presentan más dificultades para entrevistar no difieren de manera significativa de aquellos que resulta más fácil localizar y entrevistar. Así pues, parece que las submuestras de sujetos ilocalizables no llegan a influir de manera significativa a la hora de extrapolar y generalizar los resultados a la muestra total.

### *Palabras clave*

Localización, drogodependientes, resultados, estudios de seguimiento.

### *Summary*

The problem of locating and interviewing individuals followed in longterm studies can be magnified when dealing with drug addict patients, as there is often a link between the difficulties experienced in locating a patient and the lack of progress in their therapy treatment.

The results of our study based on a sample of 210 drug addict patients, who were located a year and a half after the start of treatment, indicate that the difficulty in finding patients was not always associated with poor results; the patients who presented most difficulty in being located do not differ in any significant way from those who were easier to locate and interview. It seems, therefore, that those patients unable to be

#### **Correspondencia a:**

Manuel A. Sanabria Carretero. • Colegio «M. Peleteiro». • C/San Pedro de Mezonzo • 15701 Santiago (Coruña) • Tfno. 98 159 14 75.



found did not, at the time of the extrapolation and generalisation of results, come to influence to any significant degree the results of the total sample.

### *Key words*

Localisation, drug addicts, results, follow-up study

---

### *Résumé*

Le problème qui représente la localisation et le postérieur entretien aux patients étudiés d'une façon longitudinale, il semble s'agrandir quand il s'agit de patients avec dépendance; c'est pour cela que souvent on met en relation la difficulté de la localisation et la pauvre évolution thérapeutique.

Les résultats de notre étude tourné autour de 210 patients avec dépendance, localisés après un an et demi du début du traitement, nous démontrent que la relation entre la difficulté de la localisation et les pauvres résultats thérapeutiques ne vont pas toujours ensemble. Les résultats des patients qui present plus de difficulté pour avoir un entretien ne sont pas tellement différents de ceux qui n'en ont pas.

Alors, on pourrait dire que les résultats des patients illocalisables ne représentent pas une grande variation sur les résultats généraux.

### *Mots clé*

Localisation, patients avec dépendance, résultats, études longitudinaux.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La localización y evaluación continuada de pacientes adictos sometidos a estudios de seguimiento siempre ha sido un problema. Dadas las dificultades de carácter ético que plantea el uso de grupos control o de no tratamiento por ser los propios adictos los que solicitan ayuda, los estudios de seguimiento se desvelan como la opción más adecuada; así y todo, el empleo de esta alternativa está ligado a una serie de dificultades que conviene tener en cuenta.

En primer lugar, localizar y contactar con los sujetos que forman parte de la investigación no suele ser tarea fácil, ya que la población toxicómana es muy inestable y móvil geográficamente. Existe un elevado porcentaje de adictos que están desarraigados de su medio sociofamiliar; otras veces es la necesidad del tratamiento lo que obliga a esa movilidad a lo que se suma la discreción familiar respecto del problema, optando por programas más alejados del lugar de residencia. Al mismo tiempo, los problemas de encarcelamientos por causas pendientes, hos-



pitalizaciones por enfermedades, la necesidad de iniciar una nueva vida, junto con exigencias de tipo laboral o educativo hace que los cambios de residencia sean frecuentes dificultando los contactos en seguimientos posteriores (Bale, R. et al., 1984; Desmond, D.P. et al., 1995).

Una revisión de diferentes estudios presentada en el Cuadro 1 nos indica que en torno al 20% de los sujetos no pueden ser localizados ni entrevistados en los seguimientos.

Para mejorar el reclutamiento en algunos trabajos se han utilizado refuerzos económicos, sin embargo los aumentos no llegan a ser muy significativos y se corre el riesgo de que el incentivo económico sea desviado para comprar droga, sobre todo cuando el paciente, por estar en proceso de recuperación, no ofrece plenas garantías (Melgarejo et al., 1988; Kosten et al., 1988; Desmond et al., 1995).

En segundo lugar y teniendo en cuenta lo anterior, las muestras de adictos localizados en los seguimientos tienden a ser demasiado

pequeñas. Lógicamente cuanto más se aproxime la tasa de localización al 100% más robustez cobra el estudio; ahora bien, en torno al 70% ya puede ser aceptable y si llega al 80% ya sería ideal (Desmond et al., 1995). De todas formas es muy frecuente encontrarse con estudios que ofrecen tasas más bajas; bastan como ejemplo los ofrecidos en el cuadro 2 en el que se aprecian tasas por debajo del 70%: incluso dos importantes estudios realizados en Estados Unidos como el DARP y TOPS, no pasan del 64% (Hubbard, Rachal et al., 1984). También en el Cuadro 2 hay cifras que superan el 90%; Desmond y col señalan que para alcanzar el 93% de su muestra recurrieron a numerosas recomendaciones y técnicas, apoyadas por refuerzos variados a pacientes y entrevistadores; aseguran que las claves son la paciencia, la persistencia, el tiempo dedicado y la disponibilidad para viajar (Desmond et al., 1995).

Como se puede observar en el Cuadro 2 los porcentajes de sujetos entrevistados en los seguimientos varía mucho de unos estu-

**CUADRO 1:** Sujetos no entrevistados según estudios

AUTOR/ES	AÑO	%
De Leon, Wexler y Jainchill	1982	19
Simpson y Sells	1983	17
McLellan, Luborsky O'Brien et al.	1986	17
Sánchez-Carbonell, Camí y Brigos	1988	21
Melgarejo, Sanahuja, Masferrer et al.	1988	25
Kosten, Rounsaville y Cléber	1988	25
Stark y Campbell	1991	15
Berglund, Bergmark, Björling et al.	1991	21

**CUADRO 2:** Resultados de localizaciones según estudios revisados

AUTOR/ES	AÑO	RESULTADO	%	SEGUIMIENTO
La Porte, McLellan, Erdlen y Parente (1981)	Entrevista	144 de 150	96	6 meses
De Leon, Wexler y Jainchill (1982)	Entrevista	288 de 424	68	5 años
Stimson y Oppenheimer (1982)	Entrevista	111 de 128	86	10 años
Burt, Brown, DuPont (1980)	Entrevista	289 de 360	80	3 años
Joe Krishna, Lehman Simpson y Sells (1983)	Entrevista	1774 de 2295	77	1 año
Simpson y Sells (1983)	Entrevista	2820 de 4623	61	4 años
McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien et al. (1983)	Entrevista	742 de 879	85	6 meses
Bale, Arnouldussen y Quittner (1984)	Carta y Tfno.	100 de 107	93	6 meses
Haastrup y Jepsen (1984)	Entrevista y Tfno.	234 de 253	92	7 años
Hubbard, Rachal, Craddock N' Cavanaugh (1984)	Entrevista	---- ----	64	1 año
McLellan, Luborsky, O'Brien, Barr y Evans (1986)	Entrevista	151 de 181	83	6 meses
Simpson, Joe, Lehman Y Sells (1986)	Entrevista	3131 de 4107	76	6 años
Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien (1987)	Entrevista y Tfno.	93 de 110	84	1 años
Edward y Goldie (1987)	Entrevista	64 de 74	86	10 años
Rounsaville, Kosten y Kleber (1987)	Entrevista	268 de 361	74	2.5 años
Sánchez-Carbonell, Camí y Brigós (1988)	Entrevista	268 de 311	86	1 año
Melgarejo, Sanahuja, Masferrer et al (1988)	Entrevista	136 de 182	75	1 año
Page y Mitchell (1988)	Entrevista	30 de 72	42	1 año
Murphy, Reinerman y Waldorf (1989)	Entrevista	21 de 27	77	11 años
Sánchez-Carbonell, Brigós y Camí (1989)	Entrevista	195 de 268	72	2 años
Oppenheimer: Sheehan y Taylor (1990)	Entrevista	116 de 150	77	8 meses
Berglund, Bergmark, Björling et al. (1991)	Entrevista	389 de 560	69	1 año
Comas (1992)	Entrevista	477 de 572	83	---
Kosten Gawin, Kosten, Morgan et al (1992)	Entrevista	43 de 72	60	6 meses
Desmond, Maddux, Johnson y Confer (1995)	Entrevista	599 de 638	93	1 año

dios a otros, la disparidad de criterios metodológicos, tipos de tratamiento y los intervalos temporales del seguimiento hacen difícil la comparación entre los diferentes estudios, variando mucho los porcentajes de unos a otros. Este hecho da una idea de la dificultad de seguir la evolución terapéutica de estos pacientes y la conveniencia de desplegar esfuerzos adicionales a fin de alcanzar tasas de localización aceptables.

Para evitar que la mortandad experimental no llegue a alterar de forma significativa los resultados se pueden poner en práctica distintas alternativas. Unas son de carácter metodológico recurriendo a modelos de simulación, de regresión lineal y de análisis de tendencias. Otra alternativa es el recurso a información de estudios similares que nos permita especular acerca de la evolución y situación de los sujetos no localizados; de



todas formas, el objetivo es conseguir una tasa de localizados lo suficientemente amplia que convierta la submuestra de ilocalizados en insignificante.

Esta última alternativa nos permitiría especular acerca de la situación terapéutica de los pacientes de difícil localización y ver si existe relación entre dificultades en la localización y resultados terapéuticos. Algunos autores señalan, en este sentido, que no siempre los sujetos que no se pueden localizar van a estar en peor situación terapéutica; las correlaciones entre los de fácil y difícil localización suelen ser bajas. Tras una complicada localización puede haber una buena situación posterapéutica, el desplazamiento por motivos laborales, los cambios en el estado civil y de domicilio que interfieren en la localización son indicadores de una buena reinserción (La Porte et al. 1981; Desmond et al. 1995).

De cara a facilitar los contactos posteriores hay una serie de aspectos que se deben tener en cuenta en la primera entrevista. Es importante recoger de manera completa toda la información posible de carácter demográfico, informar al paciente del seguimiento que se le va a hacer y de los esfuerzos que se van a desplegar para volver a contactar con él, proporcionar algún tipo de incentivo, no de carácter económico, como ofertas de empleo. Es conveniente asignar entrevistadores que por su tenacidad, empatía y competencia conecten bien con los sujetos a seguir, así como el diseño de entrevistas breves e inferiores a la hora, ofrecer flexibilidad respecto del lugar, fecha y hora de la entrevista; facilitar recursos y medios para el transporte de pacientes y entrevistadores, finalmente, ampliar el período temporal del trabajo de campo (Bale et al., 1977; Bale et al., 1984).

## 2. OBJETIVOS

Para tratar de clarificar algunos de los aspectos anteriormente señalados nos proponemos los siguientes objetivos:

- 1º. Describir de manera pormenorizada los resultados en cuanto a localización de los 210 pacientes después de un año y medio de seguimiento, así como determinar las razones por las cuales muchos de esos pacientes no llegaron a ser entrevistados.
- 2º. Valorar la situación evolutivo-terapéutica de aquellos pacientes que plantean más dificultades para ser entrevistados y compararlos con aquellos otros de más fácil acceso, comprobando si existen diferencias significativas.
- 3º. Valorar los métodos y estrategias que resultaron más efectivos a la hora de contactar y persuadir a los sujetos para ser nuevamente entrevistados.

## 3. METODO

Para evaluar estos aspectos hemos adoptado un diseño longitudinal de panel, la misma muestra es valorada en un primer momento inicial y al cabo de un año y medio de seguimiento.

### 3.1. INSTRUMENTOS

Para la recogida de los datos se elaboró una entrevista semiestructurada en la que se recoge información de carácter demográfico, así como preguntas referentes a la frecuencia, cantidad y duración del consumo de las diferentes sustancias; basándonos para ello en



otros modelos de entrevista ya utilizados en nuestro país, como la del proyecto EMETYS (Sánchez-Carbonell et al., 1989).

### 3.2. MUESTRA

La muestra total utilizada en este trabajo la componen 210 sujetos adictos de los cuales el 17% son mujeres y el 83% varones, con una media de edad de 25 años y con un rango que oscila entre 17 y 35 años.

### 3.3. PROCEDIMIENTO

El primer paso fue contactar con los centros de tratamiento de la red asistencial pública de drogodependencias de la Comunidad de Galicia, siendo cinco los que aceptaron participar en el estudio. Para cada centro se elaboró un perfil del paciente que podía ser incluido en el estudio teniendo en cuenta criterios de carácter sociodemográficos basados en el censo atendido el año anterior por ese centro, estableciéndose un número proporcional y representativo de pacientes a reclutar.

Los sujetos fueron seleccionados a medida que acudían a los centros solicitando tratamiento, siempre y cuando encajaran en el perfil establecido y que aceptaran ser incluidos y evaluados tanto ahora como en el futuro. Los contactos con los sujetos se realizaban a través del centro, solicitando su presencia para la realización de las entrevistas y cumplimentación de cuestionarios; cuando no era posible la presencia del sujeto en el centro, la entrevista se efectuaba en otro lugar previamente acordado con él (cafeterías, estación de autobuses, de ferrocarril, cárcel). En algunas ocasiones nos vimos en la necesidad de realizar la entrevista por teléfono ante la

imposibilidad de contar con la presencia física del paciente.

## 4. RESULTADOS

De la muestra inicial de 210 sujetos, 83 no realizaron las entrevistas correspondientes al año y medio de seguimiento, lo que representa el 40% de la muestra inicial. Ahora bien, de 47 sujetos de esos 83 conocemos su situación a pesar de que fue imposible la realización de las entrevistas (Ver Gráfica 1 y Cuadro 3); así por ejemplo, 16 sujetos se encontraban en tratamiento en otros centros, casi todos muy alejados de su ámbito geográfico: 5 en diferentes programas de Proyecto Hombre, 4 en RETO, 2 en centros BETEL, 1 en REMAR, 1 en El Patriarca y 3 sin especificar. Cuando fue posible conseguir la dirección del centro enviamos una carta a los responsables del mismo solicitando su consentimiento para la realización telefónica de la entrevista, procedimiento que no resultó efectivo, ya que solamente 3 centros contestaron para señalar que el sujeto ya no estaba allí.

De los sujetos encarcelados al año y medio, 5 no pudieron ser entrevistados por estar en cárceles alejadas o por problemas burocráticos con la institución, aunque sí pudimos acceder a los que se encontraban cumpliendo condena en la cárcel de La Coruña. Un total de 15 sujetos se negaron a realizar las últimas entrevistas del seguimiento, a pesar de contar con su consentimiento al iniciar el proyecto. Por último, 11 pacientes habían fallecido durante el período de seguimiento.

En situación propiamente de ilocalizables al año y medio de seguimiento tenemos un total de 36 pacientes que representan el 17%



de la muestra total y el 43% de los 83 sujetos no entrevistados, con los que no se pudo contactar de forma alguna. Así, 3 variaron el domicilio por cambio en el estado civil e irse a otros lugares, 10 emigraron por motivos laborales encontrándose 6 de éstos fuera del país. Otros 10 estaban en paradero desconocido para la propia familia o en busca y captura policial. Con otros 9 tampoco se pudo contactar, siendo la falta de teléfono el factor determinante; por último 4 sujetos dieron datos de dirección falsos.

En la Gráfica 1 se resumen los datos anteriormente comentados. En la parte izquierda se representa, de manera global, los sujetos entrevistados y no entrevistados; la parte derecha es un desglose de los sujetos no entrevistados, cuyos motivos se reflejan en el Cuadro 3.

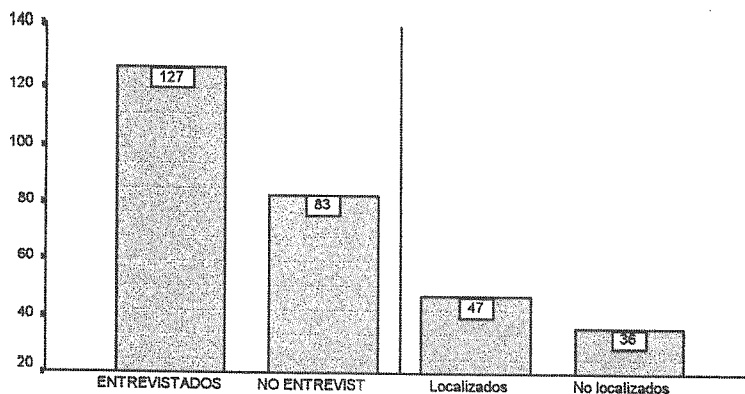
Así pues el porcentaje de sujetos entrevistados al final de nuestro estudio es del 60,4%, cifras que nos equiparan a algunos importantes estudios como los de Hubbard et al. (1983) con periodos de seguimiento ligera-

mente inferiores al nuestro. Ahora bien, debemos puntualizar que un 22,3% de sujetos, aunque no pudieron ser entrevistados, fueron plenamente localizados y obtuvimos referencias de su situación evolutivo-terapéutica, bien a través de ellos mismos o de allegados familiares. Si a los sujetos entrevistados le sumamos este porcentaje de localizados, la tasa de localización total se situaría en el 82,7%, siendo un buen porcentaje al compararlo con otros estudios a los que hemos hecho referencia (ver Cuadro 2).

Ante las dificultades para localizar y entrevistar a muchos pacientes, cabe preguntarse si existe alguna relación entre dificultades de localización y resultados o, lo que es lo mismo, si a los no entrevistados pudieran atribuírsele resultados más pobres como consecuencia de un estilo de vida más desorganizado, como se ha sugerido en algunas investigaciones (Bale et al., 1984).

Tenemos razones para sospechar que de existir diferencias quizás sean escasas y que en su conjunto se distribuyen al azar; así en

GRÁFICA 1: Entrevistas y localizaciones



**CUADRO 3:** Sujetos no entrevistados (N=83)

CAUSA	N	%
<u>LOCALIZADOS</u>		
En tratamiento en otro centro	16	20
Encarcelados	5	6
Se niega a hacer la entrevista	15	18
Fallecidos	11	13
Total	47	57
<u>NO LOCALIZADOS</u>		
Por cambios en el estado civil	3	4
Emigración por motivos de trabajo	10	12
Paradero desconocido, busca y captura	10	12
Datos insuficientes en dirección	9	10
Falsear o equivocar dirección o teléfono	4	5
Total	36	43

los cambios de domicilio por variación del estado civil y por motivos de trabajo parece claramente asociados a un mejor estado del sujeto. Por otra parte, algunos de los que se han negado a cumplimentar la entrevista nos referían ellos mismos o la familia que estaban bien y sin consumir; lo que viene a coincidir con lo apuntado en otras investigaciones no atribuyendo una situación terapéutica más pobre a los adictos no entrevistados (Polich et al., 1980; La Porte et al., 1981).

Para aclarar esta situación, relacionamos las dificultades en la localización de los sujetos en el seguimiento (valoradas por el número de contactos necesarios para ser entrevistados) con las variables que miden la evolución y resultados del tratamiento (consumo de heroína, de otras sustancias).

Estudiamos, en primer lugar, la correlación existente entre número de contactos y situación terapéutica, valorada en función de la frecuencia de consumo de drogas o abstinencia de las mismas. Los índices de correlación de Pearson encontrados entre ambos grupos de variables no alcanzan significatividad estadística, indicando la ausencia de relación entre ambas variables (ver Tabla I).

En segundo lugar, dividimos la muestra en dos grupos, pacientes que fueron entrevistados al año y medio tras un único contacto y pacientes que necesitaron varios contactos (más de 3) y se compararon en cuanto al consumo y abstinencia de drogas. La prueba *t* de Student para muestras independientes no ofrece diferencias significativas entre ambos grupos.





**TABLA 1:** Relación entre contactos y situación terapéutica.

NÚMERO DE CONTACTOS	Frecuencia consumo de heroína	Frecuencia consumo "otras drogas"
	$r=-0,02$ $p=0,83$	$r=-0,13$ $p=0,19$

Estos resultados pensamos que pueden ser comprensibles y justificables. En primer lugar parece arriesgado pensar que los sujetos que presentan más dificultades para su localización y entrevista están en peor situación terapéutica, a veces es necesario un mayor número de contactos porque el sujeto desarrolla una actividad laboral completa o se encuentra trabajando fuera de su lugar habitual de residencia por lo que se reduce su disponibilidad horaria. De manera que aquellos sujetos a los que fue necesario contactar en varias ocasiones para ser entrevistados no están en una situación terapéutica peor que los de un solo contacto.

Por otra parte, el contacto de los sujetos en sí mismo no constituye el mayor de los problemas cuando se dispone de datos que faciliten su localización. En este sentido, el número de teléfono resultó imprescindible en nuestro estudio, siendo ineficaces los contactos por carta como único medio. Hemos notado también que algunas veces existe un deseo por parte del sujeto de querer cortar y olvidar con todo aquello que recuerde la etapa de su vida ligada al consumo, por lo que algunos se muestran reacios y poco cooperantes a la hora de volver a cumplimentar las entrevistas de seguimiento. También pueden ser justificables las reservas de

algunos centros de tratamiento por regular, restringir y controlar el contacto con el paciente para entrevistarlos, en un intento de romper con todo aquello que active recuerdos de su vida pasada, a lo que podría añadirse la desconfianza para que sus pacientes sean evaluados por medios ajenos al propio centro. La práctica totalidad de los sujetos que se encontraban en otros centros al año y medio de seguimiento no pudieron ser entrevistados a pesar de los intentos.

## 5. DISCUSION

A parte de las dificultades propias de los estudios de seguimiento, en el caso de muestras de adictos, pueden existir otras dificultades adicionales haciendo más difícil la localización y reclutamiento de los sujetos objeto de seguimiento. Algunas de estas dificultades están relacionadas con la actividad ilegal desplegada por estos sujetos, cambios de residencia y, por supuesto, las defunciones. Otras veces el deseo de olvidar y cortar con el pasado hace que muchos pacientes se muestren reticentes a la hora de volver a contactar con ellos, la entrevista de seguimiento supone en algunos casos una fuerte carga sentimental, refrescando vivencias que el paciente prefiere olvidar, lo que le lleva a eludir la entrevista.



A nuestro entender, parece conveniente que en los estudios de seguimiento con adictos deberían considerarse tres tipos de criterios. El primero de ellos haría referencia a la realización y cumplimentación de las entrevistas y cuestionarios de seguimiento, pudiendo hablar entonces de sujetos realmente entrevistados. Un segundo criterio haría referencia a los sujetos localizados que no quieren o no es posible entrevistar, pero de los que se puede obtener algún tipo de información, más bien de carácter cualitativo, a cerca de su situación postterapéutica. Finalmente, estaría el grupo de sujetos ilocalizables con los cuales no se puede contactar de ninguna manera desconociéndose totalmente su situación en el seguimiento.

Teniendo en cuenta el primero de los criterios, el porcentaje de sujetos entrevistados de nuestro estudio es del 60%, siendo unos porcentajes equiparables a los de otros estudios (Hubbard et al., 1984; Berglund et al., 1991; Kosteel et al. 1992). Ahora bien, si tenemos en cuenta el segundo de los criterios los resultados de nuestro trabajo pueden ser considerados como muy buenos, nuestra tasa de localización rondaría el 83%, traspasando la barrera del 80% calificada por Desmond et al. (1995) como de excelente. En nuestro caso resultó decisivo realizar, con otro entrevistador, una segunda repesca en el grupo de sujetos que, tras los primeros intentos, no pudieron ser localizados ni entrevistados, lo que nos permitió recabar información de algunos de esos sujetos ya dados por perdidos.

Parece, pues, conveniente aclarar los criterios utilizados para reclutar los sujetos en seguimiento ya que según sean pueden afectar a la variabilidad de las muestras. También parece conveniente la inclusión de medidas

adicionales que permitan recabar cierta información de los sujetos localizados que no llegan a ser entrevistados; en este sentido resulta útil simplificar o adaptar instrumentos tendentes a recoger aspectos básicos e imprescindibles, aunque sea de manera cualitativa, de la situación de los pacientes en seguimiento, lo que permitiría aumentar el rango de la muestra.

Como las tasas de mortandad experimental en muestras de adictos suelen ser altas recobra interés poder indagar la situación terapéutica de los sujetos no respondientes para poder controlar y amortiguar su influencia en el resultado final. Este intento se puede plantear desde dos posiciones, la primera de ellas se encamina a buscar información a cerca de la situación terapéutica de los no respondientes en otros estudios semejantes; en este sentido los datos señalan que no siempre los sujetos ilocalizados están en una peor situación terapéutica que los entrevistados, ya que en muchas ocasiones las dificultades en la localización se relacionan con cambios debidos a la superación del problema adictiva, como cambio de domicilio por motivos laborales, por matrimonio, etc.

La segunda vía es estudiar la situación terapéutica de los pacientes que ofrecen más dificultades para su localización y posterior entrevista. También en este caso, a juzgar por los datos de nuestro estudio, no existe relación ni diferencias significativas entre dificultades en la localización y resultados. Así pues, la situación terapéutica de los pacientes que presentan más dificultades para su localización y entrevista, globalmente, tiende a parecerse a la de los pacientes localizados en primera instancia. Extrapolando estos resultados, pensamos que la mortandad experimental no llegaría a impedir la generalización o



extrapolación de los resultados a la muestra total; lo cual supone un voto de confianza a favor de los adictos no localizados ya que su evolución posiblemente tiende a parecerse a la evolución de los entrevistados, ofreciendo más confianza a la hora de generalizar los resultados a toda la muestra.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bale, R., Arnouldussen, B. y Quittner, A. (1984). Follow-up difficulty with substance abusers: predictor of time to locate and relationship to outcome. *International Journal of the Addictions*, 19, 885-902.

Bale, R., Cabrera, S. y Brown, J. (1977). Follow-up evaluation of drug abuse treatment. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, 4, 233-249.

Berglund, G., Bergmark, A., Bjorling, B., Gronbladh, L., Lindberg, S., Oscarsson, L., Olsson, B., Segraeus, V. y Stensmo, CH. (1991). The SWEDATE Project: Interaction between treatment, client background and outcome in a one-year Follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 161-169.

Burt, M.R., Brown, B. y Dupont, R. (1980). Follow-up of former clients of a large multimodality drug treatment program. *International Journal of the Addictions*, 15, 391-408.

Comas, D. (1992). *Drogodependencias. Los estudios de seguimiento*. Madrid. Ed. Fundamentos.

De Leon, G., Wexler, H. y Jainchill, N. (1982). The Therapeutic Community: Success and improvement rates 5 years after treatment. *International Journal of the Addictions*, 17, 703-747.

Desmond, D.P., Maddux, J.F., Johnson, T.H. y Confer, B. (1995). Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 95-102.

Edwards, J. y Goldie, A. (1987). A ten year follow up study of Southampton opiate addicts. *British Journal of Psychiatry*, 151, 679-683.

Goldstein, P., Abbott, W., Paige, W., Sobel, I. y Soto, F. (1977). Tracking procedures in follow-up studies of drug abusers. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, 4, 21-30.

Haastrup, S y Jepsen, P. (1984). Seven year follow up of 300 young drug abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 503-509.

Hubbard, R., Rachal, J., Craddock, S. y Cavanaugh, E. (1984). Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment. En F. Tims y J. Lidford (Eds.). *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress y prospects*. NIDA Research Monograph, 51. Washington. Rockville.

Joe, G., Krishna, B., Lehman, W., Simpson, D. y Sells, S. (1983). Agency differences in posttreatment outcomes: A follow up of drug abuse treatment clients. *International Journal of the Addictions*, 18, 523-538.

Kosten, T.R., Gawin, F., Kosten, T.A., Morgan, C., Rounsaville, B.J., Schottenfeld, R. y Kleber, H. (1992). Six-month follow-up of short term pharmacotherapy for cocaine dependence. *American Journal of Addictions*, 1, 40-49.

Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. y Kleber, H.D. (1988). Antecedents and consequences of cocaine abuse among opioid addicts. A 2.5 year follow-up. *Journal Nervous and Mental Disease*, 176, 3, 176-181.

La Porte, D., McLellan, A.T., Erdlen, F. y Parente, R. (1981). Treatment outcome as a



function of follow-up difficulty in substance abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 112-119.

McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.H., Barr, H. y Evans, F. (1986). Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: is there improvement and is it predictable?. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 101-120.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G., O'Brien, C.H. y Druley, P.D. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment. (Role of Psychiatric Severity). *Archives General of Psychiatry*, 40, 620-625.

Melgarejo, M., Sanahuja, P., Masferrer, J., Sala, L.I., Pérez, F. y Piña, L. (1988). Tratamiento de 182 heroínómanos y resultados. Seguimiento a un año (1985-1986). *Fons Informatiu*, 13, 1-140.

Murphy, S., Reinarman, C. y Waldorf, D. (1989). An 11-year follow-up of a terword of cocaine users. *British Journal of Addiction*, 84, 427-436.

Nurco, D.N. y Lerner, M. (1971). The feasibility of locating addicts in the community. *International Journal of the Addictions*, 6, 52-53.

Oppenheimer, E., Sheehan, M. y Taylor, C. (1990). What happens to drug misusers?. A medium-term follow-up of sfljects new to treatment. *British Journal of Addiction*, 85, 1255-1260.

Page, R. y Mitchell, S. (1988). The effects of two therapeutic communities on illicit drug users between 6 months and 1 year after treatment. *International Journal of the Addictions*, 23, 591-601.

Polich, J., Amor, D. y Braider, H. (1980). The course of alcoholism four years after treatment. New York. Ed. Wiley.

Rounsaville, B.J., Kosten, T. y Kleber, H. (1987). The antecedents and benefits of achieving abstinence in opioid addicts: A 2.5 year follow-up study. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, 13, 213-229.

Sanchez Carbonell, J., Brigós, B. y Cami, J. (1989). Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento: Proyecto EMETYST. *Medicina Clinica*, 92, 135-139.

Sanchez Carbonell, J., Cami, J. y Brigós, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project). Results 1 year after treatment admission. *British Journal of Addiction*, 83, 1439-1448.

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

Simpson, D., Joe, G., Lehman, W. y Sells, S.B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment and 12 year follow-up outcomes. *The Journal of Drug Issues*, 16, 107-121.

Stark, M. y Campbell, B. (1991). A psychoeducational approach to methadone maintenance treatment: a surgery of client reactions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 125-131.

Stimson, G. y Oppenheimer, E. (Eds.) (1982). Heroin addiction. Treatment and control in Britain. London. Tavistock.

Woody, G., McLellan, A.T., Luborsky, L. y O'Brien, C.H. (1987). Twelve month follow-up of psychoterapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144, 590-596.