

REVISION

¿Qué es el paradigma de la asignación de pacientes a tratamiento?

Ignacio Apodaca Gorostidi

Psicólogo. Investigador Principal del Centro Ezbai de I+D
Proyecto Hombre. Bilbao (España)

Resumen: *El paradigma de la asignación de pacientes a tratamiento (patient-treatment matching) es hoy, sin duda, uno de los más prometedores en el ámbito de las drogodependencias; su intento es mejorar las limitadas tasas de eficacia que hoy presentan los distintos tipos de tratamiento. El planteamiento que subyace es el de asignar cada paciente a aquel tipo de dispositivo que mejor resultado vaya a proporcionarle. Se analiza el estado actual de la cuestión: antecedentes, condiciones de posibilidad, consideraciones conceptuales, metodológicas y retos de futuro.*

Palabras Clave: *Asignación de pacientes a tratamiento. Drogodependencias.*

Summary: *The so-called patient-treatment matching paradigm is nowadays without doubt one of the most promising within the drug abuse field; its main purpose consists of improving the limited efficacy rates different treatment models show. The underlying idea is to match each patient to the kind of treatment which gives the best response. The current state of the question is analysed: background, possibility conditions, conceptual and methodological issues and future challenges.*

Key Words: *Patient-treatment matching. Drug abuse.*

Résumé: *Le paradigme de l'assignation des malades à traiter (patient-treatment matching) est certes, aujourd'hui, sans aucun doute, un des plus prometteurs dans le cadre des drogodépendances; son dessein est d'améliorer le taux d'efficacité qui aujourd'hui est limité en ce qui concerne les diverses sortes de traitements. Les préliminaires subjacentes sont l'assignation pour chaque malade du dispositif qui lui donnera le résultat optimum. L'état actuel de la question est analysé: antécédents, conditions de possibilité, considérations conceptuelles, méthodologiques, et enfin les défis pour l'avenir.*

Mots Clé: *Assignation des malades à traiter. Drogodépendances.*

CORRESPONDENCIA:

Ignacio Apodaca
EZBAI Centro de I&D
Proyecto Hombre
Avda. Madariaga, 63
48014 Bilbao (España)

Introducción

El paradigma de la asignación de pacientes a tratamiento (*patient-treatment matching*) no es, en absoluto, nuevo; ya en los comienzos de la investigación científica, dentro del ámbito del alcoholismo, Bowman y Jellinek (1941) reseñaban que "los bebedores provenientes de una población heterogénea con distintos, e incluso antagónicos, tipos de personalidad y con diferentes orígenes de su adicción, de hecho, demandan un amplio rango de tratamientos" (p.164); en consecuencia, "un definitivo esfuerzo se ha de realizar para establecer los criterios de idoneidad entre cualquier método y cualquier paciente dados" (p.169).

Sin embargo, es llamativo que hasta finales de los setenta y comienzos de los ochenta no comiencen a aparecer en la literatura científica investigaciones o reflexiones teóricas abordando esta cuestión; hasta entonces, se pueden encontrar algunas menciones esporádicas a la necesidad de adaptar más la intervención terapéutica a los pacientes e, incluso, algún estudio que pone de manifiesto que los distintos sujetos responden de manera diversa a los diferentes tipos de tratamiento. Es decir, existe una laguna temporal importante entre los orígenes de la asignación como concepto y su desarrollo en el ámbito de la adicción.

Vamos, pues, a preguntarnos el porqué de esta laguna temporal; creemos que son varias las razones que se pueden señalar (es importante notar que no se citan por orden de importancia según su peso específico explicativo):

a) La explosión epidemiológica del fenómeno droga es un hecho relativamente frecuente (en España es, precisamente, a finales de los setenta y principios de los ochenta), por lo que la presión social para implantar dispositivos asistenciales que hagan frente a la situación, ante la alarma generada,

también lo es. Desde esta perspectiva, la urgencia del momento no provocaba demasiados impulsos en busca de la eficacia (aspecto íntimamente relacionado con la asignación), sino en busca de que se implementasen suficientes servicios terapéuticos que atendieran a la enorme demanda existente.

b) Déficits tanto de corte metodológico (muestras pequeñas, ensayos sin asignación al azar de los pacientes a los distintos tipos de tratamientos, falta de grupos de control, etc.), como teórico (modelos unidimensionales en la valoración del resultado terapéutico -en este sentido, la abstinencia parecía ser el único criterio-, obviar el hecho de que la terapia, cuando menos, no es neutral, sino que también perjudica a determinados sujetos, etc.), provocaron una imagen distorsionada de la eficacia de los distintos tipos de tratamiento; el optimismo de entonces choca frontalmente con un cierto pesimismo reciente que pone sobre el tapete la "limitada eficacia de los abordajes convencionales en el tratamiento del alcoholismo (u otras drogas)" (Annis, 1988, p.152), de manera que cuanto mejor controlados son los estudios, más limitados tienden a ser los resultados obtenidos (un buen resumen de éstos puede verse en Miller y Hester, 1986).

c) La constatación de los altos índices tanto de abandonos como de recaídas ha ayudado a ahondar más el clima de pesimismo que señalábamos anteriormente. Es precisamente en esta situación cuando se fortalecen los impulsos a la asignación.

d) La falta de recursos humanos y económicos en el ámbito de la investigación en drogodependencias también ha supuesto un freno importante a nuevos desarrollos.

Así pues, nos encontramos en una situación en la que el pesimismo acerca de la eficacia global de los distintos tratamientos es

generalizada; incluso algunos se preguntan si el tratamiento es más beneficioso que el no-tratamiento: ¿merece la pena tanta dedicación de recursos a una tarea cuyos resultados son bien escasos? Es en esta situación de desesperanza cuando el paradigma de la asignación viene a ofrecer un cauce de mejora en las tasas de eficacia.

Desde estas coordenadas, el objetivo del presente trabajo es realizar un recorrido por la literatura científica en busca del paradigma de la asignación: su significado, sus presupuestos, sus implicaciones, etc. No cabe ninguna duda que este es uno de los abordajes más prometedores en el ámbito de las drogodependencias (baste recordar, a modo de dato significativo, la mención explícita al paradigma de la asignación y a su creciente importancia en el ámbito científico de los Estados Unidos, realizada en las XXII Jornadas Socidrogalcohol 1995, por autores tan relevantes como Leukefeld y Fuller, o el que una revista de la categoría del *Journal of Studies on Alcohol* le haya dedicado un suplemento especial completo a esta cuestión).

Condiciones de posibilidad

Antes de profundizar propiamente en la asignación, realizaremos una breve consideración a sus dos condiciones de posibilidad; sin éstas, la viabilidad del paradigma quedaría en entredicho.

1. *La población drogodependiente es un conjunto de individuos heterogéneo:* El postulado del mito de la uniformidad de la población con problemas de dependencia viene ya de antaño (Kiesler, 1966); este principio proclama que el conjunto de individuos con un problema de adicción es homogéneo y, en consecuencia, el tipo de tratamiento a aplicar ha de ser similar para todos (la cuestión nuclear sería encontrar dicha papacea terapéutica e implementarla). Sin embargo, dada la enorme variabilidad

existente en la etiología de la adicción, el tipo de consumo, el nivel cultural de los pacientes, su nivel socioeconómico, sus rasgos diferenciales de personalidad, su manejo en habilidades sociales, su autoestima, y un largo etcétera de variables, convendría hablar más apropiadamente de subgrupos de sujetos homogéneos intragrupo y heterogéneos intergrupos (Apodaca, 1994a). Desde esta perspectiva, por tanto, nos encontramos con una población sumamente heterogénea.

Ahora bien, la heterogeneidad no sólo parece una posición con una lógica intrínseca fuera de toda duda, sino que los datos empíricos demuestran que, efectivamente, sucede así: baste citar un estudio reciente con el conocido Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) en el que se concluye que "lo que resultan son subtipos que son relativamente homogéneos, esto es altamente similares, pero enormemente disimilares con otros" (Tosi et al. 1993, p.7).

Desde puntos de vista más amplios que las variables de personalidad (descripciones clínicas, estadísticas, epidemiología genética y estudios experimentales) también puede verse el reciente volumen de Babor et al. (1994), que viene a confirmar la misma posición. En consecuencia, no parece que en la actualidad nadie se atreva a cuestionar esta aseveración, aunque después, subyaciendo a nuestra práctica clínica, sigamos consolidando la denostada homogeneidad de los pacientes.

Por otro lado, lo mismo pudiera aplicarse a los tratamientos (parece obvio que las diferencias entre una comunidad terapéutica y un programa con metadona son amplias, pero incluso al comparar dos comunidades terapéuticas entre sí, la heterogeneidad resultaría bastante notoria) y a los terapeutas.

2. *Ningún tratamiento es eficaz para toda la población drogodependiente:* Históri-

¿Qué es el paradigma de la asignación de pacientes a tratamiento?

camente, la posición acerca de cómo enfocar el asunto de la eficacia de los tratamientos ha variado considerablemente; inicialmente, el interés estaba en tratar de determinar qué tipo de abordaje terapéutico era el más eficaz (generalmente, el criterio era la conducta del consumo y, más en concreto, lograr la abstinencia), sin tomar en consideración el grupo de pacientes con los que actuaba. El contexto en el que se produce esta situación es lo que Babow (1975) denominó "el monopolio del tratamiento": cada tipo de programa terapéutico mantiene una actitud de amurallamiento acerca de las bondades de sus resultados y de la inutilidad del resto de abordajes; podríamos decir, gráficamente, aquello de "lo nuestro es lo mejor y lo único que merece la pena". La consecuencia inmediata, por tanto, es que si la dotación presupuestaria fuese mayor, nuestro tratamiento concreto se podría implementar en condiciones satisfactorias y proporcionaría solución a los problemas de toda la población con problemas de dependencia.

Este posicionamiento ideológico generó una dinámica de competencia insana entre los distintos tipos de programas terapéuticos, en donde la descalificación hacia el otro ha sido una constante, aderezada además por una falta de datos objetivos alarmantes (recordemos, por ejemplo, las eternas, y desgraciadamente bien recientes, disputas entre los defensores de los programas libres de drogas y aquellos que dispensan metadona, y cuyos efectos todavía hoy persisten). Este contexto de enfrentamiento ha favorecido un clima de poca colaboración entre los distintos servicios asistenciales y ha perjudicado notablemente a los pacientes.

Al mismo tiempo, se va produciendo el siguiente fenómeno: ya en 1967 Paul realiza un planteamiento de la eficacia en los siguientes términos: "En toda su complejidad, la pregunta hacia la cual toda investigación del resultado debiera dirigirse en última instancia es la siguiente: *¿Qué*

tratamiento, por *quién*, es más eficaz para *este* individuo con *este* problema específico y bajo *qué* conjunto de circunstancias?" (p.111) y, sin embargo, hasta pasadas casi dos décadas después, la literatura científica apenas es receptiva al mismo (quizá, y debido, al menos en parte, al fenómeno monopolista antes mencionado). La consolidación del paradigma de la asignación, sin embargo, hace suyo el interrogante así formulado y reconduce definitivamente el planteamiento sobre la eficacia de los distintos tipos de tratamiento.

En definitiva, hoy se da por bien asentada la constatación de que ningún tratamiento es eficaz para toda la población drogodependiente (Miller y Hester, 1986); de lo que se trata es, por tanto, de tomar en consideración todos los elementos diferenciales que concurren en el tratamiento de los pacientes y de individualizar al máximo la atención terapéutica.

Como consecuencia, y desde la constatación de las dos condiciones de posibilidad que hacen viable plantearse la verosimilitud de la asignación, la explicación al porqué la eficacia de los tratamientos es tan limitada posee una lógica fuera de toda duda: cada tratamiento, con su filosofía y métodos particulares, tan sólo es capaz de atender eficazmente a una proporción limitada de la población drogodependiente, a aquella cuyos déficits particulares se correspondan con las *insistencias terapéuticas* planteadas (McLellan et al., 1983). Así pues, el paradigma de la asignación queda justificado: hemos de tratar de asignar el perfil concreto de cada paciente con aquel tipo de tratamiento que mejor se adecue a sus peculiaridades particulares.

Una vez listos estos previos, vamos ahora a focalizar la atención en los aspectos conceptuales y metodológicos que plantea el paradigma.

Consideraciones conceptuales

Quizás una primera referencia terminológica es la que tiene que ver con la calificación de *hipótesis* por parte de algunos autores (Longabaugh, 1985; Craig, 1987); fundamentalmente se debe a que las primeras formulaciones eran propiamente hipótesis, que suponían que asignando los pacientes a aquel dispositivo que mejores resultados le fuese a proporcionar, sería más beneficioso que si no asignásemos; hoy día, dado el desarrollo de los acontecimientos y la progresiva verificación empírica de que asignando se obtienen mejores resultados (puede verse, a modo de ejemplo representativo, una detallada descripción de los trabajos de McLellan y colaboradores en Apodaca, 1994, en donde se pone de manifiesto que las mejoras obtenidas pueden llegar a rondar el 20%), es más propio hablar de paradigma de la asignación.

Por otro lado, también se ha de tener presente el orden de los factores en la formulación del paradigma: asignar pacientes a tratamiento y no al revés; ciertamente que el orden de los factores sí altera, al menos, la concepción de la idea. Si asignásemos tratamiento a cada paciente, sería necesario disponer de una oferta terapéutica tan extensa como el número de pacientes existente, lo cual es francamente irrealizable, incluso en un contexto de terapia exclusivamente individual. En contextos de tratamiento donde el *ratio* terapeuta/paciente puede llegar a ser de 1/10 ó 1/15, parece más apropiado y realista hablar de la asignación de pacientes a tratamiento (las implicaciones de esta posición en cuanto a qué sucede cuando un dispositivo tan sólo ofrece metadona o una comunidad terapéutica, es decir, un sólo tipo de respuesta terapéutica, se analizarán en el apartado final).

Otro aspecto a considerar en la asignación es el relativo a cuál es el objetivo de la misma; la fórmula más empleada es la que señala que a través de su precisa y sistemática

utilización, la eficacia global de los tratamientos se verá incrementada. Ahora bien, como es de sobra conocido, el tradicional enfoque unidimensional del resultado del tratamiento (comprobar hasta qué punto el consumo variaba y en qué grado) se ha quedado obsoleto; hoy comienza a predominar una perspectiva multidimensional en la que las medidas y los criterios son variados, por lo que la asignación puede ir encaminada, en ocasiones, a una mejora en la estabilidad social o bien a mejorar el funcionamiento psicológico general en otras, etc. Tampoco se ha de perder de vista un elemento importantísimo en toda esta reflexión: la asignación puede ayudar a evitar que el tratamiento sea perjudicial para algunos individuos; la hipótesis de que el tratamiento es, cuando menos, neutro nos parece poco plausible ya que, en ocasiones, puede generar más problemas añadidos que beneficios.

Desde otro punto de vista, y por último, el modelo transteórico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas de Prochaska y DiClemente abre nuevas perspectivas conceptuales para considerar el proceso de la asignación de pacientes a tratamiento como un proceso dinámico (Marlatt, 1988); de manera muy breve, el modelo "intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional" (Tejero y Trujols, 1994, p.5); en su versión más reciente, se concibe como un modelo tridimensional en el que se integran los estadios de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), los procesos de cambio (aumento en la concienciación, autoevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, autoliberación, liberación social, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos) y niveles de cambio (síntoma/

situacional, cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales). Además, "en su mayoría aún en la actualidad, los diferentes procedimientos de intervención están orientados y diseñados, casi exclusivamente, para aquellos adictos situados en el estadio de acción. Demasiado a menudo se olvida que estas intervenciones orientadas a la acción sólo son apropiadas para el grupo de adictos que están preparados para la acción, grupo cuyo porcentaje es ciertamente limitado" (Tejero y Trujols, 1994, p.26), por lo que se impone que el proceso de asignación considere también estos elementos diferenciales.

En resumen, y tal y como hemos podido ir analizando a lo largo de este apartado, los elementos conceptuales que incorpora la asignación de pacientes a tratamiento apuntan hacia una complejidad notable a la hora de implementarlos en la práctica clínica. Vamos, pues, ahora a pasar a los aspectos metodológicos que se han de contemplar.

Consideraciones metodológicas

En primer lugar, se nos plantea qué variables son relevantes a la hora de asignar; es decir, si consideramos las variables del paciente (sociodemográficas, psicosociales, etc.), las del terapeuta (similares a las del paciente) y las del tratamiento (componentes terapéuticos, manera en cómo se implementa, duración, etc.), ¿cuáles interactúan con cuáles para producir un determinado resultado? La literatura (Finney y Moos, 1986; Mattson y Allen, 1991) suele identificar cinco estrategias para tratar de identificarlas, a saber:

1. Juicio clínico. En este caso, los criterios vienen derivados de la práctica terapéutica. Como se puede aventurar, no es una posición sistemática y válida para un contexto que exceda los propios límites de un tipo de intervención terapéutica concreta.

2. El Plan Cafetería (Ewing, 1977). Este autor sustenta su exposición en un ejemplo tomado del área de la dietética: cada organismo, en función de sus características y necesidades particulares, requiere al día un aporte de calorías, vitaminas, proteínas, etc. que varían sustancialmente entre un individuo y otro. Así, y aplicando el paralelismo, se ha de ofertar al paciente un menú de tratamientos para que pueda elegir las opciones que mejor se ajusten a su situación. La condición que pone Ewing es que al paciente se le informe con preciso detalle de todas las características de cada una de las alternativas posibles.

El aspecto positivo de este procedimiento es que, según algunas investigaciones sugieren (Kissin et al., 1971), cuando el usuario tiene la oportunidad de elegir su propio tratamiento, obtiene mejores resultados que cuando no. El negativo tiene que ver con que lo atractivo del tipo de intervención no está necesariamente relacionado con la eficacia de la misma; además, tampoco parece ser un enfoque demasiado sistemático si no se añaden algunos otros criterios-guía para poder determinar, con mayor precisión, las variables involucradas.

3. Análisis exploratorio de datos. Se trata de analizar las interacciones entre las variables del paciente, terapeuta y tratamiento sin una consideración específica a la asignación; lo importante es identificar los elementos que interactúan estadísticamente.

4. Técnica de reducción de datos. Aquí el elemento fundamental es el análisis factorial y el análisis *cluster*, para reducir un conjunto de variables en una serie de dimensiones generales; después se analiza la interacción entre éstas y los criterios del resultado.

5. Formulación teórica. Cobran especial importancia los constructos teóricos relacionados con las variables en juego (véase, por

ejemplo, el conocido nivel conceptual de McLachlan, 1974). Es importante notar que, en este momento, una de las necesidades más imperiosas del paradigma de la asignación es precisamente el desarrollo de formulaciones teóricas relevantes.

Skinner (1981), desde otras coordenadas, señala una serie de elementos generales acerca de la importancia del diseño de los experimentos que tratan de probar la asignación, de forma que tan sólo los que incluyen la utilización de tratamientos distintivos y diseños experimentales con asignación al azar de los pacientes a tratamiento son los que poseerán mayor poder relativo para demostrar las interacciones correspondientes. En la misma línea, pero de manera más precisa, Lindström (1992) apunta hacia una serie de requisitos que harán más favorable la identificación de efectos de interacción en la asignación:

- a) Una amplia muestra en la que convivan diferentes tipos de drogodependientes para permitir la suficiente potencia estadística.
- b) Asignación al azar de los sujetos a las distintas condiciones de tratamiento.
- c) La utilización de instrumentos válidos y fiables para definir las características pronósticas de los pacientes y las medidas del resultado.
- d) Tipos de tratamiento bien definidos y netamente diferenciados entre sí.
- e) La utilización de un sistema multi-dimensional en la evaluación.
- f) Inclusión de variables tanto psicológicas como demográficas.
- g) Empleo de estrategias analíticas apropiadas para la detección de interacciones complejas.

Otra cuestión metodológica importante es la que diferencia entre la tradicional investigación acerca del resultado del tratamiento (también se denomina investigación sobre los efectos principales) y la investigación sobre la asignación; en la primera, subyace el planteamiento que

considera que un tratamiento es superior para todos los sujetos, por lo que se trataría de comparar grupos de sujetos lo más homogéneos posible (de manera que, en el caso de encontrarse diferencias sea posible concluir que son debidas al efecto del tratamiento y no a otros factores) asignados al azar a las distintas condiciones; en general, se tiende a emplear grupos de control placebo o con un contacto mínimo. En contraste, la investigación sobre la asignación "opera sobre un número de asunciones diferentes (...) La asignación es más apropiadamente considerada cuando: uno, no existe claramente un tratamiento superior para todos los individuos con un problema dado; dos, existe un número de tratamientos con alguna eficacia probada que son relativamente comparables en su eficacia para grupos no diferenciados de sujetos; y tres, existe evidencia de un resultado diferencial bien en o entre los tratamientos para subgrupos definidos de clientes" (Donovan et al., 1994, p.139). Así pues, ahora se apunta hacia muestras heterogéneas de sujetos y el foco de la atención está en los resultados diferenciales del tratamiento, es decir, en el efecto de interacción que se produce entre el tratamiento y los sujetos.

Por otro lado, Finney y Moos (1986) van a diferenciar otros tres aspectos metodológicos más relacionados con el análisis estadístico:

1. Efectos no-lineales. No cabe duda de que gran parte de las investigaciones en torno a la asignación de pacientes a tratamiento han asumido la existencia de una relación lineal entre las variables del paciente y los resultados en cada uno de los diferentes tipos de tratamiento. Sin embargo, no conviene olvidar que otro tipo de relaciones no-lineales pueden presentarse y, desde esta perspectiva, se habrá de prestar una especial atención a las mismas, sin aceptar *a priori* la linealidad.

¿Qué es el paradigma de la asignación de pacientes a tratamiento?

2. Efectos de interacciones de alto orden. La idea original de extraer alguna de las características críticas del paciente, del tratamiento y del terapeuta para analizar cómo interactúan entre ellas, puede considerarse como el análisis de los efectos de las interacciones de primer orden. Al igual que nos sucedía con la linealidad, otro tanto puede aplicarse aquí con las interacciones más allá de dicho orden o nivel; así, "los sistemas eficaces de asignación de pacientes a tratamiento son probablemente más complicados que aquellos modelados por las interacciones de primer orden" (Finney y Moos, 1986, p.128). Tampoco conviene, por tanto, perder de vista este tipo de efectos.

3. Efectos multinivel. En este caso, se han de diferenciar tres niveles en los que pueden producirse efectos de interacción:

a) Nivel individual: Generalmente, éste es siempre asumido, y consiste en que una característica del paciente interacciona directamente con una variable del tratamiento, sin verse afectada por el contexto social en donde aquél se implementa.

b) Nivel grupal: Aquí, la variable considerada no es individual sino grupal (i.e. la media de una característica en un grupo) e interacciona con otra del tratamiento.

c) Nivel comparativo o individual-en-grupo: En este caso es la posición del paciente respecto a alguna variable relativa a otras personas en el grupo la que interacciona con el tratamiento. El ejemplo aducido por Finney y Moos (1986, p.129) es bastante elocuente: El diferente resultado de hombres *versus* mujeres tras una terapia individual y grupal en cuanto a la "menor respuesta de las mujeres a la terapia grupal puede ser debido no a la general aversión a la terapia grupal, sino a la renuncia a expresar sus sentimientos abiertamente en los grupos que están compuestos mayoritariamente por hombres".

En resumen, estos tres niveles descritos introducen mayor complejidad y precisión a

la asignación, ayudando a evitar conclusiones simplistas; en este caso, pues, el rigor metodológico ha de ser escrupulosamente observado.

Así pues, este tipo de reflexiones junto a otras que puedan realizarse, nos ayudan a comprender más a fondo el paradigma, así como a perfilar nuevas líneas de investigación futuras en el desarrollo del mismo (McLellan y Alterman, 1991).

Algunos retos del paradigma de la asignación

En este apartado pretendemos reflejar algunas cuestiones relativas a algunos de los retos que entraña la asignación de pacientes a tratamiento, sobre todo en relación al entorno español.

Un primer elemento importante, y quizás el más difícil de lograr a corto plazo, sea la necesidad de un cambio cultural en la forma de entender el entramado de los distintos dispositivos asistenciales que trabajan en España con el objetivo común de rehabilitar a personas con problemas de adicción; en la práctica, nos encontramos con pocos centros que posean al mismo tiempo ofertas terapéuticas bien diferenciadas, por lo que, para poder asignar eficazmente, hemos de pasar de la confrontación y la competencia mal entendida a un clima de cooperación leal. Este proceso, sin embargo, se antoja sumamente costoso:

a) Primero, porque los recursos económicos destinados a drogodependencias han de competir, cada día más, con otro tipo de necesidades sociales emergentes (i.e. la tercera edad); además, y en muchas ocasiones, la cuantía que se percibe está en función del número de clientes atendidos (en el fondo, es la propia supervivencia de los servicios la que está en juego); en este sentido, se puede argumentar que la asignación ayudaría, sin duda, a un mejor

ajuste coste-beneficio, pero también supondría una mayor inversión inicial (implementar un sistema diagnóstico, gastos administrativos, recursos humanos dedicados a una labor de investigación -véase el punto c siguiente-, etc.).

b) Segundo, porque los elementos que se derivan de la concepción monopolista están, aún hoy en día, impregnando nuestra práctica cotidiana y deshacerse de ellos conlleva inevitablemente bastante tiempo.

c) Tercero, no podemos abstraernos de la situación en la que se encuentra la investigación en el campo de las drogodependencias; para realizar un sencillo diagnóstico, sería tan fácil como preguntarse cuántos centros de investigación existen en España dedicados a esta labor, o bien, cuántos centros de tratamiento cuentan con dotación presupuestaria para esta actividad. En este sentido, no parece atrevido decir que la investigación científica en drogodependencias aún no está lo suficientemente desarrollada y estructurada en España, lo cual perjudica notablemente nuestro intento (a modo de ejemplo, el Gobierno Vasco, en su Plan Trienal de Drogodependencias 93-95, invirtió en dicha área 1.508.400.000 pesetas anuales, frente a los 26,5 millones dedicados al área de formación, estudios e investigación).

Desde esta perspectiva, el papel que la Administración ha de jugar nos parece relevante a la hora de potenciar políticas encaminadas a una facilitación efectiva de la tarea de la asignación. Pudiera ser interesante elaborar unas líneas programáticas básicas en las que participasen los distintos centros de tratamiento, encaminadas a implementar una filosofía de la asignación entre los distintos dispositivos.

Otro aspecto que es interesante no perder de vista es el que apunta hacia la dificultad de lograr resultados satisfactorios a corto plazo; es decir, dada la complejidad intrínseca que la tarea de la asignación posee,

lograr inicialmente tasas de mejora en la eficacia de un 5%, por ejemplo, supone un paso cualitativo muy importante, aún a pesar de lo escaso del porcentaje. Así pues, nos encontramos ante un proceso que, progresivamente y a largo plazo, puede llegar a mejoras más sustanciales, tal y como ya hemos señalado con anterioridad (McLellan, 1983). Mantener, pues, una actitud de paciencia inicial en donde se valoren los avances, por pequeños que parezcan, parece conveniente.

Aún a pesar de las dificultades, y pasando al terreno de la praxis, un paso interesante sería la categorización de los clientes a través de un sistema común de diagnóstico que incluyera un mínimo común denominador de variables; en este sentido, hemos propuesto en otro lugar (Apodaca, 1995) una batería de instrumentos que pudieran ayudarnos a esta labor. Así, cada servicio terapéutico pudiera lograr la obtención de un perfil que incluyese variables demográficas, factores específicamente relacionados con el consumo, características intrapersonales y de funcionamiento interpersonal, etc., tanto de los clientes a los que es capaz de atender satisfactoriamente como de aquellos a los que no. De la misma manera, sería necesario explicitar al máximo las características concretas del tipo de intervención empleada, así como de sus principales componentes terapéuticos. Por último, también sería útil una categorización del tipo de profesionales (formación, orientación, características interpersonales, etc.) que atienden cada servicio terapéutico.

Desde esta cuantificación de todos los elementos que concurren en la práctica clínica, concretar una dinámica de asignación sería el siguiente paso. Al mismo tiempo, nuevos ímpetus en la investigación en busca de interacciones entre las distintas variables en juego facilitarían, sin duda, el proceso.

En definitiva, la asignación de pacientes a

tratamiento se está convirtiendo en uno de los focos más activos dentro del ámbito de la adicción; su potencialidad de cara a mejorar los resultados de los distintos tipos de tratamiento, así como los resultados ya obtenidos confirmando su enorme utilidad, hacen concebir nuevos horizontes de optimismo. No convendría, por esta vez, que perdiésemos este tren.

Bibliografía

- Annis, H. (1988);** Patient-treatment matching in the management of alcoholism. En: O'Brien, C.P. (Ed.) *Treatment of chemical dependence*. NIDA, Monograph Series, núm. 90, 152-161.
- Apodaca, I. (1994);** Asignación de pacientes a tratamiento: el trabajo de A.T. MacLellan y colaboradores. Libro de Ponencias y Comunicaciones XXI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Bilbao, 587-594.
- Apodaca, I. (1994a);** Asignación de pacientes a tratamiento. *Proyecto*, 12, 25-27.
- Apodaca, I. (1995);** Algunas sugerencias para implementar la asignación de pacientes a tratamiento. Libro de Ponencias y Comunicaciones XXII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Santiago de Compostela.
- Babor, T.F. et al. (1994);** Types of alcoholics. Evidence from clinical, experimental and genetic research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, nº 708. New York.
- Babow, I. (1975);** The treatment monopoly in alcoholism and drug dependence: a sociological critique. *Journal of Drug Issues*, 5, 120-128.
- Bowman, K.M. y Jellinek, E.M. (1941);** Alcohol addiction and its treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2, 98-176.
- Craig, R. (1987);** Matching treatment modalities to different types of substance abuse. En: Craig, R. (Ed.) *Clinical management of substance abuse programs*. Springfield: Charles C. Thomas, 109-127.
- Donovan, D.M. et al. (1994);** Issues in the selection and development of therapies in alcoholism treatment matching research. *Journal of Studies on Alcohol*, Supplement nº 12, 138-148.
- Ewing, J.A. (1977);** Matching therapy and patients: The Cafeteria Plan. *British Journal of the Addiction*, 72, 13-18.
- Finney, J.W. y Moos, R.H. (1986);** Matching patients with treatments: Conceptual and methodological issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(2), 122-134.
- Glasser, F.B. (1980);** Anybody got a match? Treatment research and the matching hypothesis. En: Edwards, G. y Grant, M. (Eds.) *Alcoholism treatment in transition*. Baltimore: University Park Press, 178-196.
- Gobierno Vasco (1993);** *Plan Trienal de Drogodependencias 1993-1995*. Vitoria: Secretaría General de Drogodependencias.
- Kiesler, D.J. (1966);** Some myths of psychotherapy, research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, pp-110-136.
- Kissin, B. et al. (1971);** Selective factors in treatment choice and outcome in alcoholics. En: Mello, N.K. y Mendelson, J.H. (Eds.) *Recent advances in studies of alcoholism*. Washington DC: Government Printing Office, pp.781-802.
- Lindström, L. (1992);** *Managing alcoholism; matching clients to treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Longabaugh, R. (1986);** The matching hypothesis: theoretical and empirical status. Paper presented at the American Psychological Association. Symposium on the Matching Hypothesis in Alcohol Treatment: Current status, future directions.
- Marlatt, G.A. (1988);** Matching clients to treatment. Treatment models and stages of change. En: Donovan, D.M. y Marlatt, G.A. (Eds.) *Assessment of addictive behaviors*. Hutchinson: London, 474-483.
- Mattson, M.E. y Allen, J.P. (1991);** Research on matching alcoholic patients to treatments: findings, issues and implications. *Journal of Addictive Diseases*, 11(2), 33-49.
- McLachlan, J.F.C. (1974);** Therapy strategies, personality orientation and recovery from alcoholism. *Journal of the*

Canadian Psychiatric Association, 19, 25-30.

McLellan, A.T. et al. (1980); Matching substance abuse patients to appropriate treatments: a conceptual and methodological approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 189-195.

McLellan, A.T. et al. (1983); Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.

McLellan, A.T. y Alterman, A.I. (1991); Patient treatment matching: a conceptual and methodological review with suggestions for future research. En: Pickens, R.W. et al. (Eds.) *Improving drug abuse treatment*. NIDA, Monograph Series, núm. 106, 114-135.

Miller, W.R. (1989); Matching individuals with interventions. En: Hester, R.K. y Miller, W.R. (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches; effective alternatives*. New York: Pergamon Press. 261-271.

Miller, W.R. y Hester, R.K. (1986); The effectiveness of alcoholism treatment: what research reveals. En: Miller, W.R. y Heather, N. (Eds.) *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press. 121-174.

Miller, W.R. y Hester, R.K. (1986a); Matching problem drinkers with optimal treatments. En: Miller, W.R. y Heather, N. (Eds.); *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press. 175-203.

Paul, G.L. (1967); Strategy of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2): 109-115.

Skinner, H.A. (1981); Different strokes for the different folks: Differential treatment for alcohol abuse. En: Meyer, R.F. et al. (Eds.) *Evaluation of the alcoholic: Implications for the research, theory and treatment*. NIAAA Research Monograph, 5: 349-367.

Tejero, A. y Trujols, J. (1994); El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de

las conductas adictivas. En: Graña, J.L. (Ed.) *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate: 1-43.

Tosi, D.J. et al. (1993); *A clinician's guide to the personality profiles on alcohol and drug abusers. Typological description using the MMPI*. Springfield: Charles C. Thomas.