

FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA A TRAVÉS DE AUTOINFORMES EN PACIENTES ADICTOS

MANUEL A. SANABRIA CARRETERO, OLGA DÍAZ FERNÁNDEZ, JESÚS VARELA MALLOU Y TERESA BRAÑA TOBIO

¹ Doctor en Psicología. Colaborador del "Programa para la Rehabilitación de Drogodependientes PROYECTO HOMBRE".

² Profesora Titular de "Técnicas Terapéuticas del Comportamiento". Facultad de Psicología. Universidad de Santiago.

³⁻⁴ Profesor Titular del Departamento de Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago.

Resumen

Nuestro trabajo consiste en un estudio de seguimiento de año y medio a partir del cual se estima el nivel de fiabilidad de la información recabada, introduciendo en el proceso de recogida de datos 3 tipos de contrastes. En primer lugar, preguntas control centradas en el historial de consumo de algunas drogas; en segundo lugar, contrastes con análisis de orina y en segundo lugar, estimación por parte de los entrevistadores del grado de coherencia en las respuestas dadas.

Los resultados indican que si bien en algunos casos existen ligeras discrepancias respecto al nivel de coherencia, esas diferencias no llegan a ser significativas; de manera que la calidad de la información recabada parece estar libre de toda sospecha que pudiera poner en tela de juicio los resultados y conclusiones derivados de los estudios con estos pacientes.

Palabras clave: Información, fiabilidad, autoinforme, análisis de orina, drogodependientes.

Abstract

Often doubts arise over the information given by drug addict patients through the use of self-report due mainly to their manipulative personalities and deceitful behaviour associated with their lives on the street.

Our work consist in a follow-up study lasting a year and a half to start of it estimate the reliability of collected information, through the introduction into the data collecting process of three types of comparisons. These were, firstly, control questions focussed on the history of the consumption of certain drugs; secondly, comparisons of urine analyses and thirdly, an estimation on the part of the interviewers on the degree of coherence in the answers given.

The results indicate that although there existed in some cases small discrepancies in respect to the level of coherence, these differences were not significant and did not, therefore, affect the quality of the collected information or call into question the results and conclusions derived from the studies carried out with these patients.

Key words: Information, reliability, self-report, urine analysis, drug addiction.

1. INTRODUCCIÓN

Las personas que alguna vez han tenido contacto con pacientes adictos coinciden en señalar la gran habilidad que muchos de ellos desarrollan para manipular y tergiversar las cosas cuando en ello tienen algún interés especial. No es extraño que cuando se recaba información a través de autoinformes siempre se ciernen ciertas dudas acerca de la objetividad de los datos recabados, ya que una serie de circunstancias y características de estos sujetos pueden estar erosionando la objetividad en las respuestas dadas (Meyers, 1999; Lennings, 1999).

En primer lugar pensemos que los pacientes no siempre acuden a los tratamientos por propia iniciativa ni de manera voluntaria, siendo la familia o la pareja la que ha planteado o exigido la necesidad de un tratamiento para dejar el consumo. El paciente acude al tratamiento tratando de complacer esa demanda familiar, convencido de que el problema de su adicción no es tan alarmante, de manera que las observaciones de los pacientes acerca de su propio consumo tienden a ser menos severas de lo que son en realidad. Sin negar el problema se suaviza y mitiga, en un intento de eludir la necesidad de tratamiento; al mismo tiempo se plantean alternativas propias como la posibilidad de intentarlo por los propios medios, lo que le permitiría solventar los inconvenientes y exigencias de los programas. Esta tendencia suele aparecer las primeras veces que un adicto se ve forzado a solicitar tratamiento.

La experiencia clínica también nos muestra que con cierta frecuencia los toxicómanos jóvenes implicados en actividades delictivas procuran de igual modo suavizar su historial delictivo para mostrar una imagen más "limpia" de su pasado, llegando a dar respuestas menos objetivas en esta área.

En segundo lugar parece evidente el efecto obnubilante de muchas de las sustancias consumidas, lo que podría afectar a la claridad y objetividad de la información aportada por los adictos al acudir a los tratamientos, momento en el que se suele recabar información del historial adictivo. McLellan, Luborski, Cacciola, Griffith, Evans, Barr y O'Brien (1985) señalan que algunos adictos veteranos presentan ciertas dificultades en cuanto a la objetividad de sus respuestas para ser evaluados, el grado de deterioro y el consumo excesivo dificultan su capacidad de concentración, confundiendo algunas preguntas y dando respuestas azarosas e incoherentes.

Stanton y Todd (1988) también se refieren a un subgrupo de jóvenes adictos muy apegados a uno de los progenitores y, con frecuencia, enfrentados al otro que tienden a suavizar el problema del consumo para aplazar la separación que implicaría la terapia con la consiguiente ruptura de la diada entre uno de los progenitores y el hijo adicto.

En tercer lugar, no deberíamos ignorar el estatus evolutivo-terapéutico en el que se puede hallar el paciente, pudiendo tener cierta tendencia a minimizar, negar o racionalizar ciertos consumos cuando de ello dependen decisiones terapéuticas importantes, tales como un retroceso en el estatus terapéutico, cambio a otra entidad e incluso el alta (Sobell, Sobell y Nirenberg, 1988). Las expectativas de los pacientes respecto a su propio proceso evolutivo-terapéutico pueden afectar a la información en función del uso y utilidad de la misma. Keso y Salaspuro (1990) observaron que el área adictiva de los autoinformes solía pecar de incrementos intencionados al principio del tratamiento para minimizarlos después, en los seguimientos.

En cuarto lugar, hay que considerar que los niveles de consumo responden a patrones de carácter fluctuante de mayor o menor intensidad, corriendo el riesgo de sobrerrepresentar uno de esos momentos si el intervalo de muestreo elegido para representar el consumo no es el adecuado. Es más, en muchas ocasiones el acceso del paciente a un tratamiento viene precedido por una crisis, con el consiguiente aumento del consumo en el momento de solicitar la intervención, lo cual implica el riesgo de sobrevalorar las tasas de consumo previas a la entrevista de inicio, llegando a incrementos en la estimación de la severidad si el intervalo de tiempo considerado es demasiado corto.

Finalmente, no debemos olvidar que la recogida de información en la mayoría de los casos, especialmente en lo referente a los historiales, es de carácter retrospectivo, con intervalos temporales

muy espaciados, de manera que el sujeto podría tener dificultades para recordar aspectos relativos a frecuencia y cantidad del consumo, lo que mermaría la precisión de sus repuestas.

Así pues, como algunos de estos aspectos pueden tener sus repercusiones en la calidad de la información recabada y posterior evaluación, sería interesante ver hasta qué punto puede verse afectada la fiabilidad de estos instrumentos en el campo de las toxicomanías, así como las medidas a tomar para reforzarla (Wish, 2000).

1.1 Medidas para aumentar la fiabilidad

El investigador necesita alejar toda duda y confiar en la objetividad de la información recogida; para ello, el instrumento de recogida de datos se puede acompañar de algunas medidas adicionales que nos permitan hacer valoraciones relativas a calidad de la información:

- a) Una posibilidad es recabar información de "otros significantes" (familia, amigos, compañeros) o registros oficiales (policiales, juzgados, etc.) que pueda servir para contrastar con los datos aportados por el propio sujeto, de manera que la veracidad de los datos se orientaría hacia una especie de "validez de consenso". Algunos representantes de esta línea de validación informan de niveles de concordancia altos. Wolber, Carne y Alexander (1990) al contrastar la información del paciente adicto en los cuestionarios con la aportada por familiares, señalan que los niveles de coherencia son altos y al mismo tiempo depende del tipo de variable, siendo la abstinencia la que contaba con un consenso más elevado (92%), frente a los consumos que alcanzaron el 80%. Para estos autores la idea de validez convergente le da a los autoinformes un alto grado de fiabilidad, de manera que podría prescindirse de otras fuentes adicionales de corroboración.
- b) Validar la información por procedimientos de analítica. Se trata de contrastar la exactitud de las respuestas dadas por los adictos en el área toxicológica, con análisis de orina, de sangre o de saliva. En general los niveles de concordancia alcanzados por este procedimiento también son bastante aceptables (Maddux, Ingram y Desmond, 1995, Willner, 2000). Martin, Wilkinson y Bhushan (1988) contrastaron la información de los autoinformes con análisis de orina referente al uso de cannabis encontrando niveles de concordancia por encima del 81%. A niveles semejantes llegan Wolber, Carne y Alexander (1990) quienes, tras revisar 25 estudios que emplearon este procedimiento, refieren niveles de concordancia superiores al 78% y señalan cierta variabilidad en función del tipo de droga, siendo el alcohol la más discordante.

Además, en algunos casos el método analítico ha servido como instrumento disuasorio potenciando la exactitud en las respuestas dadas. Informar a los sujetos que se van a tomar muestras de saliva repercutía en una mayor precisión en los autoinformes. Jarvis y McNeill (1990) al estudiar el consumo de tabaco en adolescentes pedían que escupieran en una bolsita, lo que ya de por sí aumentaba el nivel de exactitud, lo importante, según ellos, era hacer saber al sujeto que su información podía ser contrastada. De modo semejante, Norman y Tedeschi (1989) descubrieron que resultaba efectiva la posibilidad de analizar la espiración del sujeto para ganar en precisión acerca del consumo de cigarrillos por adolescentes.

2. OBJETIVOS

En el presente estudio nos proponemos clarificar algunos de los siguientes objetivos:

1. Dado que la mayoría de los estudios dedicados a temas de drogadicción introducen preguntas de corte sociodemográfico para controlar la fiabilidad de la información, nos proponemos valorar la sensibilidad del área adictiva como variable control de la fiabilidad de la información aportada por los pacientes adictos.

2. Indagar acerca del tipo de preguntas más adecuadas y también más sensibles a los efectos de la sinceridad / falseamiento de los pacientes en el área adictiva.
3. Indagar sobre los tipos de respuesta que suelen dar los pacientes que tienden a falsear la información.

3. MÉTODO

Aun cuando nuestro trabajo con adictos forma parte de una investigación más amplia de carácter longitudinal, tendente a detectar variables que pueden afectar a los resultados del tratamiento, con el fin de estimar el grado de fiabilidad de la información aportada por los pacientes, hemos incluido una serie de variables en la entrevista para recabar datos acerca de la fiabilidad de la misma. A tal fin hemos adoptado un diseño longitudinal de panel, en el que la muestra seleccionada es seguida durante un año y medio, llevando a cabo valoraciones de los sujetos a intervalos de 6 meses comparando los datos en las variables objeto de estudio.

3.1. Muestra

La muestra utilizada para el estudio la forman 121 sujetos adictos que acudieron a tratamiento por problemas de consumo de sustancias ilegales en 5 centros de la Red Asistencial de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Galicia.

En cuanto a variables de carácter sociodemográfico, la edad media de los sujetos se sitúa en los 25 años, siendo principalmente varones que viven bajo el amparo de sus progenitores, con unos niveles educativos, más bien bajos (el 62% abandonó las tareas formativas entre los 14 y 15 años), y con unos índices de paro altos, tal como se puede apreciar en la tabla que ofrecemos a continuación

TABLA 1. Características demográficas de la muestra

VARIABLES	NIVELES	%
SEXO	Varón	83
	Mujer	17
ESTADO CIVIL	Soltero	71
	Casado	19
	Separado	10
RESIDENCIA	Solos	1
	En pareja	13
	Con padres	78
	Con amigos	8
SITUACION LABORAL	En paro	75
	Con trabajo	25
ESTUDIOS CURSADOS	EGB	46
	FP	22
	BUP	16
	COU	7
	UNIVERSIDAD	6
	OTROS	2

Respecto al historial adictivo, los sujetos de la muestra son consumidores habituales de diversas sustancias, siendo el policonsumo el patrón característico. La sustancia más consumida es la heroína, ya que el 72% de la muestra lo hace diariamente, seguida del hachís, tranquilizantes y cocaína consumidas de manera semanal por el 53%, 47% y 41% respectivamente. En la Tabla 2 se muestran algunos datos del historial adictivo de estos pacientes a la hora de acudir al tratamiento.

TABLA 2. Historial adictivo de los pacientes

SUSTANCIA	PROBADA %	\bar{X} EDAD 1 ^{er} CONSUMO	\bar{X} EDAD CONS. REGULAR	ORDEN de 1 ^{er} CONSUMO	CONSUMO ULTIMO MES. ABSTINENTES CONSUMIDORES		NIVEL DE CONSUMO MEDIO
Alcohol	99	13.7	15.4	2 ^a	15 %	85 %	42 cc./ día
Tabaco	98	12.8	14.5	1 ^a	6 %	94 %	15-20 cig./día
Hachís	99	15.4	16	3 ^a	47 %	53 %	1-2 por semana
Heroína	98	19	20.3	6 ^a	28 %	72 %	1-2 al día
Cocaína	98	18.6	20	5 ^a	59 %	41 %	1 semanal
Alucinógenos	70	17.8	-	7 ^a	96 %	4 %	< 1 al mes
Tranquilizant.	79	20.2	21.5	8 ^a	53 %	47 %	1-3 al mes
Anfetaminas	68	17.5	-	4 ^a	97 %	3 %	≤ 1 por semana

3.2. Procedimiento

Una vez que se contactó con las distintas Unidades Asistenciales de Drogodependencias y se les explicó el plan de trabajo, se elaboró un perfil prototipo del paciente en función de variables de carácter sociodemográfico y teniendo en cuenta los usuarios atendidos el año anterior, fijándose un número proporcional y representativo de pacientes a reclutar para el estudio. Los sujetos fueron seleccionados a medida que acudían a los centros, siempre y cuando encajaran en el perfil establecido.

Los contactos con los pacientes se realizaban a través del propio centro, cuando esta alternativa no era posible se determinaba con el paciente otro lugar alternativo (cafeterías, bibliotecas...) para poder realizar las entrevistas. En algunas ocasiones, ante la imposibilidad de contar con la presencia física del paciente, la entrevista hubo de realizarse por teléfono.

3.3. Tratamientos

Los pacientes fueron asignados fundamentalmente a dos tipos de tratamiento: Programas Libres de Drogas y de Mantenimiento con Metadona. Dentro de los primeros había dos tipos de modalidades, una de carácter Ambulatorio, el paciente acude al centro a las sesiones de terapia y apoyo (generalmente gran parte de la mañana) pasando el resto de día en compañía de la familia o persona responsable; el Centro de Día, se caracteriza por una mayor estancia del paciente en el centro, compaginando las actividades terapéuticas con otras complementarias de carácter ocupacional, formativo y de ocio.

En los tratamientos de Mantenimiento con Metadona la intervención gira entorno al uso de esa sustancia con fines terapéuticos, el paciente acude al centro a recibir su dosis y terapia de apoyo, tratando de implicarlo en otro tipo de actividades con la intencionalidad de que pueda acceder a programas Libres de Drogas.

3.4. Instrumentos

Para la recogida de datos hemos elaborado una Entrevista Estructurada de Recogida de Datos (EERD), se trata de una adaptación, con algunas modificaciones, de la utilizada en el proyecto EMETYS (Sánchez-Carbonell, Brigós y Camí, 1989), inspirada a su vez en el ASI (Addiction Severity Index) (McLellan, Luborsky, Cacciola, Griffith, Evans, Barr y O'Brien, 1985).

El instrumento se aplica de manera progresiva, en lo relativo al área de consumo de drogas, se va precisando con preguntas que tienden a medir el número, la extensión y la duración del consumo desde el pasado hasta los 30 últimos días.

La cumplimentación de los contenidos de la entrevista la realizaba el entrevistador, siendo licenciados en psicología a los que previamente se les instruyó y entrenó en el manejo de los cuestionarios; además, tuvieron un rodaje de una semana para familiarizarse con el material, sin que esas entrevistas fueran tenidas en cuenta para el estudio.

3.5. Variables

La estrategia empleada para el control interno del nivel de sinceridad se suele basar en la inclusión de preguntas que se van repitiendo a lo largo de los pases y referidas a datos demográficos (edad, fecha de nacimiento...); de manera que la coherencia en las respuestas puede ser un indicador del nivel de fiabilidad de la información aportada, encontrándose niveles de fiabilidad buenos (Sánchez-Carbonell, Camí y Brigós, 1988). Nosotros hemos optado por valorar la coherencia de la información en el área toxicológica, prescindiendo de variables de carácter demográfico puesto que ya gozan de índices de concordancia muy aceptables, incluso superiores al 90% (De Leon, Wexler y Jainchill, 1982; Maddux, Ingram y Desmond, 1995). En nuestra opinión es más importante explorar el grado de sinceridad en las respuestas de los sujetos en el área de consumo por las implicaciones terapéuticas que tiene y donde puede resultar más cuestionable.

Las preguntas que incorporamos hacen referencia a "consumir cada una de las principales drogas alguna vez en la vida" (hachís, heroína, cocaína, alucinógenos, opiáceos, anfetaminas, etc.). La respuesta se estructuró de manera dicotómica (sí, no) siendo codificada con 1 y 2 respectivamente para su análisis.

Una segunda vía se orientó a comparar y contrastar las respuestas dadas por los pacientes acerca del consumo de heroína en las últimas 48 horas con los análisis de orina realizados en algunos centros.

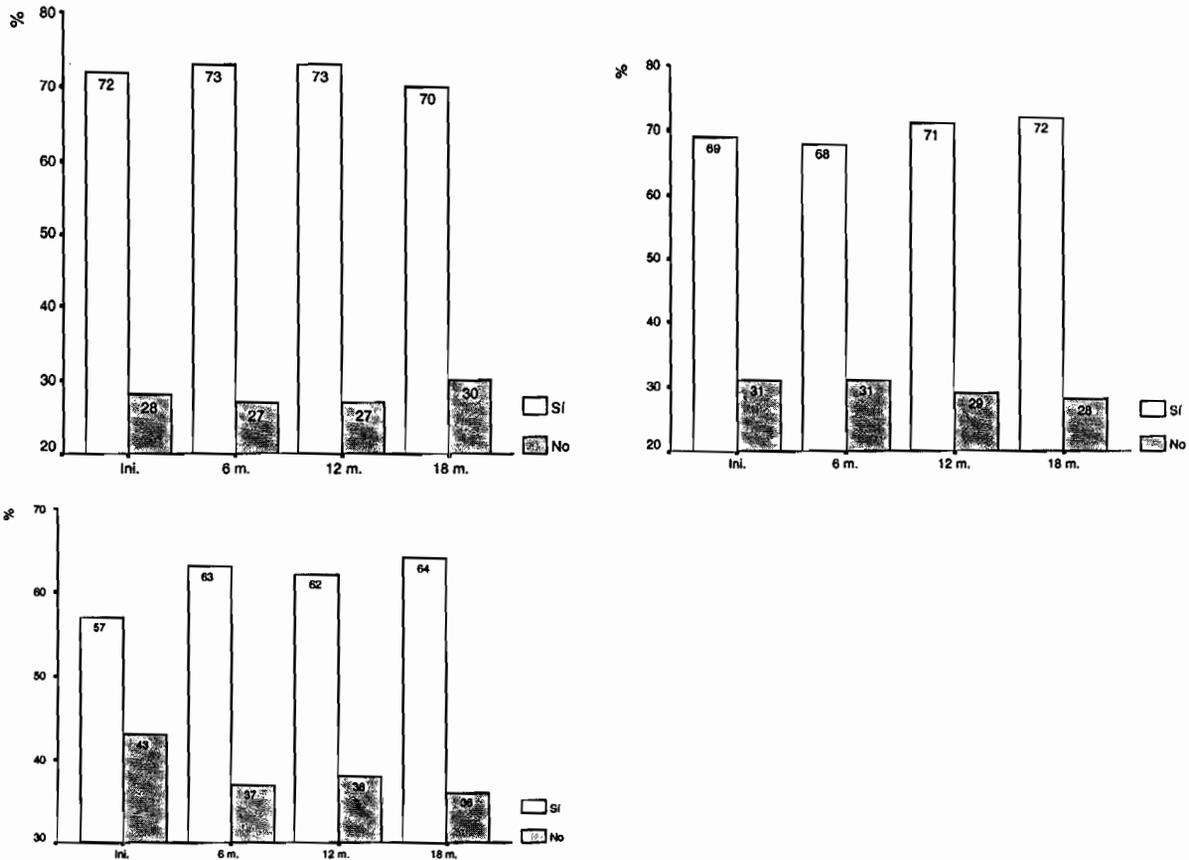
Por último, recabamos información de los entrevistadores acerca del grado de sinceridad y coherencia que apreciaban en las respuestas dadas por los sujetos a la hora de cumplimentar la entrevista. Al finalizar la entrevista, el entrevistador debía cumplimentar una serie de preguntas, una en concreto hace referencia al nivel de exactitud apreciado en las respuestas de los pacientes, pudiendo oscilar en una escala de 5 puntos que va desde "muy baja" (1) a "muy alta" (5).

4. RESULTADOS

Tras un primer análisis exploratorio comprobamos que las principales drogas, concretamente hachís, heroína y cocaína, fueron consumidas por la práctica totalidad de la muestra y así lo siguieron admitiendo en los sucesivos pases; como mucho, menos de 3 sujetos variaron su respuesta del sí al no en alguno de los pases para estas sustancias, pudiendo deberse, en algunos casos, a errores en la transcripción. Para estas sustancias el nivel de concordancia en la respuesta por pases es muy alto, superiores al 98%.

Sin embargo, otras sustancias, concretamente los alucinógenos, opiáceos y anfetaminas, presentaban una alternancia de respuesta más variada (entre sí y no) en los diferentes pases, resultando más interesante su análisis. El primer paso, fue realizar una representación gráfica del porcentaje de sujetos que habían respondido a las preguntas referentes al consumo de alucinógenos, opiáceos y anfetaminas, de manera que cuanto más igualadas sean entre si las alturas de las barras que representan la respuesta afirmativa o la negativa, indica una mayor concordancia de respuesta a lo largo de los pases. De este modo hemos obtenido las representaciones de la Gráfica 1. En el eje de ordenadas se representan los porcentajes en función del tipo de respuesta.

Gráfica 1. Concordancia de respuesta para alucinógenos, opiáceos y anfetaminas respectivamente



Si bien la equivalencia de las alturas parece indicar un buen nivel de coherencia en las respuestas, este tipo de análisis carece de precisión, ya que si un número equivalente de sujetos cambia sus respuestas de modo inverso respecto al pase siguiente (del sí al no y viceversa), el porcentaje global no variará, en cambio sí lo ha hecho en términos de coherencia, de manera que es necesario otro tipo de análisis más pormenorizado.

Tomando como punto de referencia la respuestas de los sujetos en el pase inicial podemos compararlas con las de los sucesivos pases para apreciar cuántos la han mantenido y cuántos la han variado en los siguientes pases.

A este fin, llevamos a cabo una serie de análisis de contingencia comparando los sucesivos pases (6, 12 y 18 meses) con respecto al inicial. La tabla que sigue recoge los índices de coherencia expresados en porcentajes y entendidos como fidelidad en la respuesta por pases. La incoherencia hace referencia a los sujetos que cambiaron su respuesta respecto al pase inicial.

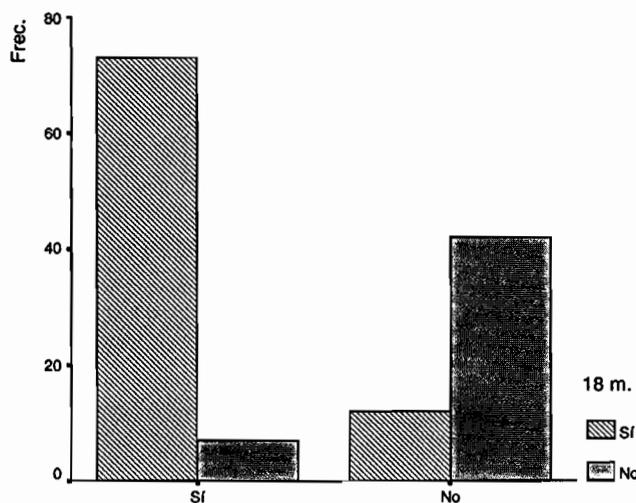
Tabla 3. Índices de coherencia en los pases sucesivos en %

		Alucinógenos			Opióides			Anfetaminas			Globales
		6 m.	12 m.	18 m.	6 m.	12 m.	18 m.	6 m.	12 m.	18 m.	
Si	Coherencia	94	93	91	89	91	91	96	91	96	93
	Incoherenc.	6	7	9	11	9	9	4	9	4	7
Totales											100
No	Coherencia	82	78	85	79	76	79	88	79	77	80
	Incoherenc.	18	22	15	21	24	21	12	21	23	20
Totales											100

Observando los datos de la tabla, parece que la respuesta afirmativa del primer pase (los que dicen haber consumido esas sustancias alguna vez) ofrece una mayor coherencia en el resto de los pases, alcanzando un porcentaje global del 93%, frente a un 7% de incoherentes y referido a los sujetos que en el primer pase dijeron sí, pero en algún momento posterior lo cambiaron por el no.

Además, los que en el primer pase rechazaron el consumo no parecen ser tan coherentes como los que lo admitieron, tendiendo a reconsiderar su respuesta aún cuando en un primer momento lo negaron. El nivel de coherencia global para los del no es del 80%, con un 20% de incoherencia, aludiendo a los que cambiaron su respuesta inicial de no por un sí posterior. Una representación gráfica de este hecho se puede apreciar en la gráfica que sigue, en la que se compara la respuesta inicial con la última, al cabo de 1,5 años, en relación con uno de esos consumos, concretamente el de opiáceos por presentar un mayor contraste.

Gráfica 2. Coherencia de respuesta para opiáceos (Inicio -18 m.)



El eje de ordenadas recoge las frecuencias y el de abscisas la respuesta dicotómica, la barra rayada del sí representa los sujetos coherentes en su respuesta para los dos momentos, la gris del Sí son los que la variaron, cambiando el sí por un no posterior. La barra gris del NO son los coherentes en su respuesta negativa en los dos momentos, la rayada del No son los incoherentes, primero la negativa del consumo y la posterior admisión.

Existe, por tanto, cierto transfuguismo, provocando un efecto compensador global, ya que los sujetos que cambiaron su respuesta inicial en un sentido tienden a equilibrarse con los que lo hacen en el sentido opuesto. Este aspecto ha de tenerse en cuenta, sobre todo tratándose de hacer comparaciones intersujeto, debiendo ser convenientemente aclarado por medio de análisis intrasujeto.

A juzgar por estos datos, los pacientes que inicialmente respondieron no haber consumido son más inestables en esa respuesta respecto al resto de los pases, siendo más susceptibles a cambiarla que los que respondieron de manera afirmativa inicialmente.

Para ver si estos cambios llegan a afectar de manera significativa a la fiabilidad de la información, llevamos a cabo una comparación de las respuestas intrasujeto en los cuatro pases mediante el estadístico Q de Cochran. La prueba permite comparar variables dicotómicas en grupos relacionados, como es nuestro caso. La hipótesis nula plantea que las diferencias en la respuesta (sí, no) dada por los sujetos son debidas al azar, frente a la alternativa que indica que esas diferencias son significativas.

Como se puede observar en la Tabla 4 ninguno de los valores de Q es significativo, no parecen existir diferencias significativas en las respuestas de los propios sujetos en los cuatro pases, existiendo, por tanto, un nivel adecuado de concordancia a lo largo del intervalo temporal considerado. De manera que los cambios de respuesta representan un transfuguismo estadísticamente no significativo, imponiéndose un nivel de coherencia en los sucesivos pases muy aceptable.

Tabla 4. Comparación de respuestas entre todos los pases

	Alucinógenos	Opioides	Anfetaminas
n	121	117	118
Q	0.52	3.76	1.90
gl	3	3	3
p	0.91	0.28	0.59

La segunda vía de contraste la centramos también en el área toxicológica, comparando la información aducida por el paciente respecto al consumo de opiáceos con los análisis de orina. Los problemas de este procedimiento surgen cuando, por ejemplo, los análisis de orina no están generalizados en todos los programas, ni en todas las fases de los mismos. Se pueden solicitar por motivos terapéuticos pero es complicado hacerlos por motivos de investigación. En nuestro caso pudimos recabar información de los análisis cuando estos coincidían con fechas próximas a la realización de las entrevistas. Otro problema es la imposibilidad de efectuar urinoanálisis a los sujetos que se han desvinculado del centro por abandonos, altas, viajes, negativas, etc.

Así pues, relacionamos las respuestas dadas por los pacientes ante la pregunta de si han consumido heroína en las últimas 48 horas con los resultados de los análisis, centrados en el pase de los 6 meses. En la tabla que sigue se ofrecen los resultados obtenidos al cruzar ambas variables.

Tabla 5. Consumo de heroína versus análisis de orina (n =79)

		Test de análisis de orina		N
		Positivo (+)	Negativo (-)	
¿Consumo de heroína las últimas 48 horas?	Sí	28	1	29
		97%	3%	100%
	No	12	38	50
		24%	76%	100%
N		40	39	79

Como se puede observar la muestra de pacientes de los que pudimos recabar información de analíticas se reduce a 79 sujetos. Se constata que las respuestas de corte afirmativo, es decir, los que dijeron haber consumido, alcanzan un nivel de sinceridad muy alto, llegando al 97% de consenso, corroborado por la analítica; solamente un sujeto que dijo haber consumido dio negativo en el análisis. Las respuestas de corte negativo alcanzan un nivel de sinceridad más bajo, del 76%; dicen no haber consumido siendo efectivamente contrastado por la analítica en el mismo sentido; por el contrario, un 24% dicen no haber consumido mientras que los resultados de los análisis confirman lo contrario.

Así pues, como anteriormente constatamos, las respuestas en sentido negativo ofrecen una mayor variabilidad e incoherencia; los sujetos que así responden presentan una mayor suscep-

tibilidad a falsear la información referente a su consumo. Ahora bien, este porcentaje puede variar en función de si el sujeto es sabedor de antemano del contraste analítico, aumentando la precisión de la información aportada, no es nuestro caso, puesto que la información de los análisis de orina la aportaba el personal del centro tras la entrevista y con el consentimiento del paciente. De todas formas en la literatura se habla de un ligero porcentaje de pacientes que tienden a negar el consumo a pesar del control analítico positivo (Digiusto, Moss, Bibby y Batey, 1996).

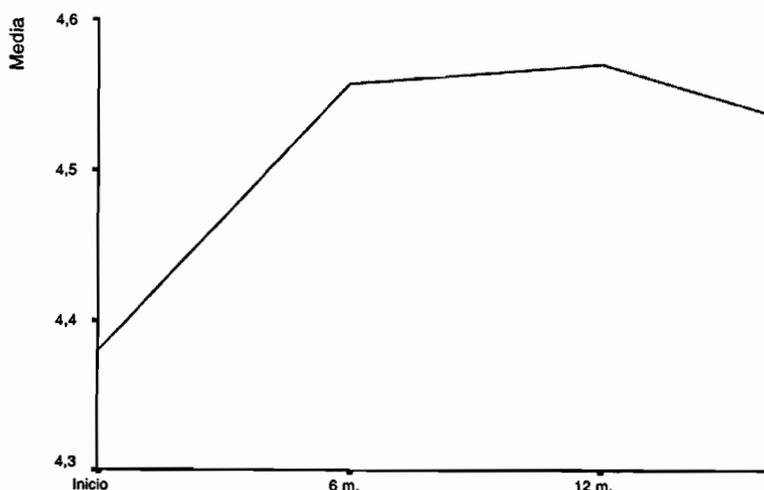
Para valorar en qué medida puede verse afectada la calidad de la información referenciada por el propio paciente, contrastamos las dos variables (consumo últimas 48 horas y resultados analíticos) mediante el estadístico de acuerdo kappa, alcanzándose un coeficiente de acuerdo de 0.68, con una probabilidad asociada de $p = 0.00$, como el coeficiente de concordancia es significativo señala que tanto las respuestas como los resultados de los análisis tienden a ser coherentes. El tamaño del estadístico kappa (0.68) indica un nivel de acuerdo muy aceptable, puesto que se considera bueno entre 0.610 –0.74, en nuestro caso se halla en la mitad de ese recorrido, siendo excelente si excede de 0.75 (Cicchetti, 1994). Según estos datos no hay razón estadística como para poner en tela de juicio la información aducida por los pacientes referente al área toxicológica.

La tercera vía de análisis para contrastar la fiabilidad de la información se refiere a la inclusión de preguntas dirigidas a los entrevistadores, debiendo hacer una estimación del nivel de coherencia denotado en el transcurso de la entrevista. Ello era posible porque las preguntas de diferentes áreas de valoración iban de lo más genérico a lo más concreto, se preguntaba por ejemplos, si había cometido o realizado ciertas conductas (delictivas, consumos, etc.) alguna vez, en el último año, en los 3 últimos meses, último mes, semanas, día. A veces cometían ligeras contradicciones que debían ser aclaradas en diálogo con el entrevistador, pudiendo formarse una idea de la coherencia mostrada por el sujeto a lo largo de la entrevista.

Teniendo en cuenta estos indicios, el entrevistador debía cumplimentar una pregunta al finalizar la entrevista en los siguientes términos: **“Estimo que la exactitud global de las respuestas dadas respecto al consumo fue...”**. Pudiendo optar por una escala de 5 puntos que iba desde 1. muy baja, 2. baja, 3. media, 4. alta, 5. muy alta.

Una representación gráfica de la exactitud estimada en los cuatro pases se presenta en la gráfica de abajo, como se puede apreciar las medias de los cuatro pases se sitúan por encima del 4, lo que significa una estimación de la exactitud entre alta y muy alta.

Gráfica 3. Calidad de la información por pases



En términos generales y calculando la media de los 4 pases, los entrevistadores consideran que el nivel de exactitud de las respuestas es muy alto para el 52% de los pacientes, alto para el 25%, medio para un 18% y bajo para el 4% y muy bajo para el 1% restante. Si bien estos datos son de carácter estimativo nos pueden dar cierta idea respecto a la calidad de la información recogida y según la valoración de los propios entrevistadores.

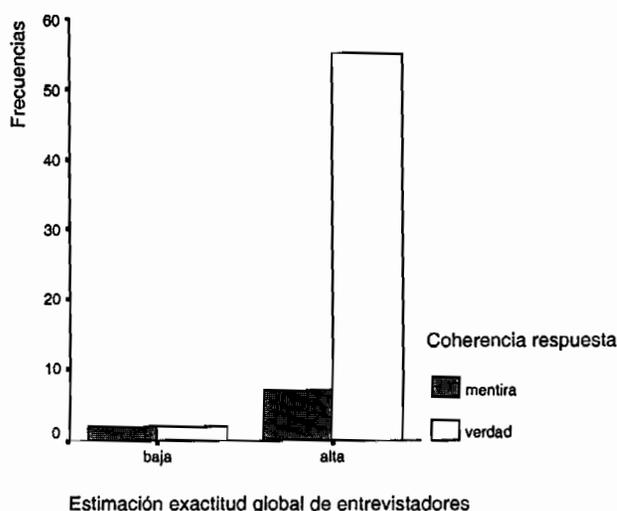
Finalmente tratamos de relacionar el grado de sinceridad estimado por el entrevistador con el aportado por el paciente en un aspecto concreto. Por parte del entrevistador la variable a contrastar hace referencia a la estimación de la exactitud global en función del desarrollo de la entrevista; por parte del paciente, dicha variable recoge la sinceridad de su respuesta ante el consumo de heroína. A tal fin creamos nuevas variables. Para el caso de los entrevistadores se recodificó el nivel de exactitud en dos niveles, "alta" o "muy alta" con valor 2 y "baja" o "muy baja" con valor 1, prescindiendo de la exactitud media de cara a lograr un mayor contraste. Para los pacientes también se creó una variable de sinceridad en función de la coherencia de su respuesta ante el consumo de heroína y los resultados de la analítica. Codificamos la incoherencia o falsedad en la respuesta del sujeto con el valor de 1, atribuyéndose a los casos en que el paciente dijo no haber consumido y el test de orina dio positivo o viceversa; el valor 2 corresponde a la sinceridad entre la respuesta dada y el resultado de la analítica, tanto para el caso afirmativo entre respuesta y analítica como para el negativo entre respuesta y analítica.

Al cruzar ambas variables obtuvimos la siguiente tabla de frecuencias, cuya representación se expresa también en la Gráfica 4.

Tabla 6. Coherencia o sinceridad del sujeto versus Estimación de la exactitud global del entrevistador.

		Estimación exactitud global de los entrevistadores		Total
		Baja	Alta	
Coherencia o sinceridad del sujeto (su respuesta + test orina)	Mentira	2	7	9
	Verdad	2	55	57
Total		4	62	66

Gráfica 4. Sinceridad del paciente versus Estimación de la exactitud del entrevistador



Como se puede apreciar, los entrevistadores muestran una clara tendencia a estimar como alta la coherencia de las respuestas dadas por los pacientes, teniendo poca representatividad las estimaciones categorizadas como bajas. Los entrevistadores acertaron en el 86 % de los casos (57 sujetos) a la hora de clasificar correctamente a los pacientes estimando el nivel de exactitud de sus respuestas, lo cual no está nada mal, entre otras cosas por que en el momento de la entrevista desconocían los resultados de los análisis de orina. Por el contrario, en casi el 14% de los casos (9 sujetos) se equivocaron en su estimación al no detectar el engaño de los pacientes y que en la gran mayoría de los casos se corresponde a la negativa de un consumo desmentido por un positivo en analítica.

Para averiguar si el nivel de acuerdo o coherencia entre la sinceridad de los pacientes y la estimación de los entrevistadores es o no aceptable, lo que nos indicaría si los errores cometidos por los entrevistadores hacen que su clasificación sea coherente o no; para ello aplicamos el estadístico kappa, alcanzando un valor significativo de 0.24 con una probabilidad asociada de 0.02. Aunque este valor es significativo, con lo cual la clasificación puede decirse que es coherente, el tamaño del mismo es bajo, indicando que el nivel de acuerdo dista bastante de ser el mejor de los posibles; si bien tenemos que tener en cuenta que se trata de drogodependientes y se examina una cuestión muy sensible, la abstinencia, con claras implicaciones en la relación del paciente con el programa terapéutico.

6. CONCLUSIONES

- 1.- El método de preguntas control de carácter toxicológico para determinar el grado de coherencia de los datos aportados por pacientes a lo largo del tiempo, así como los contrastes entre respuestas referentes al consumo de heroína y análisis de orina indican, en ambos casos, un buen nivel de coherencia y exactitud. Este hecho nos da pie para afirmar que la calidad de la información aportada por los propios pacientes esta libre de alteración o falsedad intencionada a niveles significativos.
Este aspecto no deja de ser importante por dos motivos; en primer lugar, aleja toda sospecha acerca de la fiabilidad de la información referenciada por los propios pacientes y de la que pueden derivarse o apoyarse implicaciones de carácter terapéutico y de investigación. En segundo lugar, porque carecen de solidez las creencias de manipulación y engaño, con frecuencia atribuidas a ese tipo de pacientes.
En este sentido, nuestros datos apoyan los de otros autores (Rounsaville, Kosten y Kleber, 1987; Wolber, Carne y Alexander, 1990) que consideran adecuada y válida la información recogida a través de los autoinformes, no existiendo evidencias de una significativa distorsión que pudiera poner en peligro la objetividad de la misma y, en consecuencia, minar las decisiones fundamentadas en esos datos.
2. El área adictiva es la que centra el mayor interés en cuanto a la fiabilidad de la información referenciada. Existen diferencias en cuanto a los índices de coherencia (mantenimiento de la misma respuesta en los diferentes pases) para las distintas sustancias consumidas. Las sustancias en las que los sujetos están más implicados (hachís, heroína, cocaína) alcanzan índices de coherencia altos, del 98%, lo que significa que prácticamente la totalidad de la muestra mantiene la misma respuesta. En cambio, las sustancias que presentan un consumo más dispar y con menor implicación (alucinógenos, otros opioides y anfetaminas) alcanzan índices de coherencia inferiores.
3. Respecto a este segundo grupo de sustancias también se aprecian diferencias en función del sentido o la dirección de la respuesta. Así los pacientes que admiten consumirlas alcanzan mayores índices de coherencia en esta respuesta a lo largo del tiempo. No sucede lo mismo para aquellos que en un principio dicen no haberlas consumido, ya que solamente

el 80% se mantienen coherentes en la negación del consumo a lo largo de los pases; en cambio un 20% son considerados incoherentes, negándolo en un principio para terminar admitiéndolo en algún momento posterior. Este mismo hecho se ve corroborado y contrastado en idéntica proporción a través de los análisis de orina, apreciándose que muchos sujetos, concretamente el 24%, niegan haber consumido mientras que los análisis de orina demuestran lo contrario.

4. Efectivamente, el contraste entre las respuestas dadas por los pacientes acerca del consumo o abstinencia de heroína con los análisis de orina refleja resultados en la misma línea. Los mayores porcentajes de coherencia corresponden a los sujetos que admiten haber consumido, lo cual es un tanto lógico, de ahí que tenga más interés el análisis de las respuestas de corte negativo. En este caso se aprecia una mayor variabilidad o incoherencia entre la respuesta de los sujetos y la analítica, aún así un 76% son coherentes en su respuesta frente a un 24% de incoherentes, niegan haber consumido mientras la analítica muestra lo contrario. Así pues, en principio cabe esperar mayores probabilidad de falsear la información en los pacientes que de entrada niegan el consumo.

De todas formas, sopesando de manera conjunta el grado de coherencia global mediante el coeficiente de acuerdo kappa, este alcanza un valor de 0.68, considerándose como un buen nivel de sinceridad y coherencia.

5. De todas formas la tendencia a falsear la información, a la que con frecuencia se alude en pacientes adictos, en nuestro caso es pequeña, oscilando entre el 7-20% como valor medio de la incoherencia, estando lejos de ser lo suficientemente grande, con valores en torno al 50% o superiores. Además, esos valores se mantuvieron estables a lo largo de los pases como lo indica la ausencia de significatividad del estadístico Q.
6. Al mismo tiempo, las estimaciones de los entrevistadores respecto al grado de sinceridad en las respuestas de los pacientes alcanzan un porcentaje de concordancia del 86%, lo que significa que en ese porcentaje las estimaciones de los entrevistadores fueron correctas y acertadas, siendo engañados en el 14% de los casos. A pesar de ello, el coeficiente de concordancia kappa es significativo, aunque a un nivel bajo; sin duda en ello también puede estar contribuyendo el tratarse de drogodependientes, el centrarnos en cuestiones, como el consumo - abstinencia, muy sensibles y con claras implicaciones terapéuticas. Todo ello hace, si cabe, que estos resultados puedan ser todavía más valorados.
7. Los tres procedimientos que hemos utilizado para analizar la calidad de la información se orientan en el mismo sentido convergente. Esa línea convergente indica que aquellos sujetos que de entrada tienden a negar el consumo tienen mayores probabilidades de ser incoherentes en su respuesta, acumulando mayor probabilidad de falsedad en sus respuestas que sería conveniente clarificar para despejar toda sospecha, más cuando hay de por medio decisiones terapéuticas de importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.

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.

Díaz, O., Sanabria, M.A. y Sanabria, P. (1993). Resistencia al tratamiento en familias con toxicómanos. *Adicciones*, 5, 163-170.

Digiusto, L., Moss, H., Bibby, A. y Batey, R. (1996). Concordance between urinalysis results and self-reported drug use by applicants for methadone maintenance in Australia. *Addictive Behavior*, 21, 319-329.

- Jarvis, M. y McNeill, A. (1990). Childre's purchases of single cigarettes: evidence for drug pushing?. *British Journal of Addiction*, *85*, 1317-1322.
- Keso, L. y Salaspuro, M. (1990). Comparative value of self report and blood test in assessing outcome amongst alcoholics. *British Journal of Addictions*, *85*, 209-215.
- Lennings, C. J. (1999). An evaluation of the leeds dependence questionnaire. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, *8*, 73-87.
- Maddux, J.F., Ingram, J. y Desmond, D.P. (1995). Reliability of two brief questionnaires for drug abuse treatment evaluation. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, *21*, 209-221.
- Martin, G.W., Wilkinson, D.A. y Kapur, B.M. (1988). Validation of self-reported cannabis use by urine analysis. *Addictive Behavior*, *13*, 147-150.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, B.A., Evans, F., Barr, H.L. y O'Brien, CH. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *Journal Nervous and Mental Disease*, *173*, 412-423.
- Meyers, K. (1999). Critical issues in adolescent substance use assessment. *Drug and Alcohol Review*, *55*, 235-246.
- Norman, M. y Tedeschi, J. (1989). Self presentation, resoned action and adolescents decision to smoke cigarettes. *Journal of Applied Social Psychology*, *19*, 543-558.
- Sánchez Carbonell, J., Brigós, B. y Cami, J. (1989). Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento: Proyecto EMETYST. *Medicina Clínica*, *92*, 135-139.
- Sánchez 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.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Nirenberg, T.D. (1988). Behavioral assessment and treatment planing with alcohol and drug abusers: A review with emphasis on clinical application. *Clinical Psychology Review*, *8*, 19-54.
- Stanton, M.D. y Todd, T. (Eds.) (1988): *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Buenos Aires: Gedisa. (Ed. orig.1985)
- Willner, P. (2000). Further validation and development of a screening instrument for the assessment of substance misuse in adolescents. *Addiction*, *95*, 1691-1698.
- Wish, E. D. (2000). An experiment to enhance the reporting of drug use by arrestees. *Journal of Drug Issues*, *30*, 55-76.
- Wolber, G., Carne, W. y Alexander, R. (1990). The validity of self-reported abstinence and quality sobriety following chemical dependency treatment. *International Journal of the Addictions*, *25*, 495-513.