



Fiabilidad del "Maudsley addiction profile" (MAP, ERIT-Version) y del "Treatment perceptions questionnaire" (TPQ) en Italia, España y Portugal para la evaluación de tratamientos

MANDERSEN, J., NIZZOLI, U., CORBELL, C., MARGARON, H., TORRES, M.A., CASTRO DEL PRADO, I., STEWART, D., GOSSOP, M.

Grupo Erit sobre Evaluación

Enviar correspondencia a:

Umberto Nizzoli Sert di Reggio Emilia Padiglione Tanzi. Via Amendola, 2 - 42100 Reggio Emilia. Tel. +39.0522.335557 unizzoli@hotmail.com

RESUMEN

Se describe el control que se ha llevado a cabo sobre dos nuevas herramientas destinadas a la investigación sobre evaluación de tratamientos –el "MAUDSLEY ADDICTION PROFILE" (MAP, ERIT-Version) y el "TREATMENT PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE" (TPQ) en Italia, Portugal y España. El MAP y el TPQ se desarrollaron en el Reino Unido como herramientas rápidas previsiblemente valiosas para la investigación de la población adulta que presenta desórdenes derivados del consumo de sustancias psicoactivas. El objetivo de dicho trabajo era validar la aplicación de estas herramientas en el contexto del continente europeo y la fiabilidad interna y test-retest de los ítem. En el estudio se incluyeron 206 sujetos en total (hubo 124 que participaron en el test- retest de MAP, y 95 que completaron el TPQ). Otros trece sujetos se sometieron a los dos, tanto al MAP como al TPQ. Los resultados del estudio indican que el MAP puede ser aplicado en 15 minutos, o menos incluso; que se ha comprobado la fiabilidad interna y test-retest del MAP y del TPQ, y que ambos resultan idóneos tanto para la validación del tratamiento como para otras relevantes propuestas de investigación que se desarrollen en la Unión Europea.

Palabras clave: *tratamiento, evaluación, cuestionario, toxicómanos, alcohólicos; éxito del tratamiento; satisfacción respecto al tratamiento.*

SUMMARY:

It describes the control that has been carried out on two new tools destined for research into the evaluation of treatments, the MAUDSLEY ADDICTION PROFILE (MAP, ERIT-Version) and the TREATMENT PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE (TPQ) in Italy, Portugal and Spain. The MAP and the TPQ were developed in the United Kingdom as fast, predictably valuable tools for research into the adult population that presents disorders derived from the use of psychoactive substances. The objective of this work was to validate the application of these tools in the context of the European continent, and the internal reliability and test-retest of the items. The study included 206 subjects in total (there were 124 who took part in the MAP test-retest and 95 who completed the TPQ). A further thirteen subjects were submitted to both the MAP and the TPQ. The results of the study indicate that the MAP can be applied in 15 minutes or even less; that the internal reliability and test-retest of the MAP and the TPQ is confirmed and that they are equally as ideal for the validation of the treatment as for other relevant research proposals that are being developed in the United Kingdom.

Keywords: *treatment, evaluation, questionnaire, drug addicts, alcoholics, treatment success, satisfaction with treatment.*

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Europea existe un importante consenso acerca de la importancia y la necesidad de ampliar la investigación y la validación de los servicios que se ocupan del tratamiento de las personas con problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas. En el Reino Unido existe una estrategia nacional para el control del problema de la droga que lleva diez años funcionando y que está llevando a

cabo una sustanciosa inversión en la investigación que apoya y guía esta política, tanto a nivel local como nacional [1]. Rompiendo con actitudes pasadas de años recientes que tendían a recortar los fondos destinados a los servicios públicos, las oficinas de recaudación están cada vez más concienciadas sobre la necesidad de dirigir los recursos hacia entidades que desarrollen tratamientos que tengan una eficacia demostrada [2,3]. De ahí que sea previsible que los servicios participen en las iniciativas de recogida de

los datos necesarios para evaluar el impacto de su actividad o para confirmar sus propias valoraciones. En los Estados Unidos se ha divulgado ampliamente el valor de la monitorización del éxito del tratamiento ("Institute of Medicine", 1990; "Centre for Substance Abuse Treatment", 1995), desarrollándose también diversas iniciativas de gran relevancia [4].

El primer indicador que demuestra el éxito obtenido sobre la población que ha sido sometida a tratamiento es la reducción o la interrupción del consumo de drogas y/o alcohol. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los individuos tratados también pueden padecer patologías médicas agudas y/o crónicas o dificultades psicológicas y sociales.

Para poner de relieve estos aspectos, los estudios de investigación aplican cada vez más variables para medir el problema y para validar el éxito, consiguiendo que el análisis sea de tipo multi-dimensional [5,6,7]. Normalmente se valoran tres campos relacionados con el problema: (a) consumo de drogas y/o alcohol; (b) problemas de salud; y (c) funcionamiento personal/social. Este último, normalmente, incluye problemas de relación e implicaciones laborales y criminales [6, 8]. A partir de mediados de los años ochenta el riesgo de exposición de quienes consumen drogas por vía intravenosa al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a otras infecciones de transmisión sanguínea (por ejemplo, al virus de la hepatitis B y C) ha determinado la incorporación de un cuarto campo de investigación que se refiere al consumo de droga por vía intravenosa y otros comportamientos de riesgo para la salud [9].

Uno de los factores más importantes para la valoración secundaria del éxito es la satisfacción que el usuario manifiesta hacia los servicios de tratamiento. Además de servir como simple instrumento de monitorización para quienes los integran y los financian, se considera que esta satisfacción es un indicador válido sobre la experiencia del tratamiento recibido. En el ámbito más general de la salud mental ya se ha dedicado una considerable parte de la investigación a examinar la satisfacción de los clientes respecto a los servicios de tratamiento [10, 11, 12]. Uno de los denominadores comunes de este trabajo es la definición de la satisfacción del usuario, entendiéndose ésta como el grado en que un programa parece haber coincidido con las necesidades y los deseos de atención del individuo. Así, se ha examinado un amplio espectro de problemas, entre los que se incluyen la accesibilidad, la adecuación, el contenido y el impacto sobre quienes reciben los servicios. La satisfacción respecto al tratamiento puede comportarse como un factor que modera el éxito del mismo, ya que es razonable presumir que los clientes que estén menos satisfechos pueden abandonarlo prematuramente o responder a las expectativas de modo diferente [13].

A pesar de que actualmente el progreso en lo que respecta a la promoción de la investigación sobre la validación es significativo [14, 15], los avances conseguidos en el desarrollo de herramientas que proporcionen resultados aceptables para la población de drogodependientes en la Comunidad Europea han sido modestos. Uno de los pasos más importantes fue el desarrollo de la adaptación europea del "Addiction Severity Index" (Europ-ASI, [16]). El ASI ha sido muy utilizado, en muchos países, para planificación de tratamientos y para investigación. En el Reino Unido, donde el ASI no se ha sido excesivamente utilizado, se planteó el problema de la duración de la aplicación de la entrevista (45 minutos – 1 hora).

Todo esto ha propiciado un interés por el desarrollo de mediciones breves que puedan usarse como parte significativa de un conjunto de datos que sea posible confrontar entre sí para mejorar el intercambio de los resultados a través de la Comunidad Europea. En 1995 apareció el "Maudsley Addiction Profile" (MAP) a partir de numerosos estudios piloto iniciales de tests de campo. Estos últimos demostraron que se trataba de una herramienta aceptable para los usuarios estudiados y que los ítem tenían altos niveles de validez externa y de fiabilidad retest. El MAP se concibe como entrevista breve, estructurada y suministrada por un entrevistador, destinada a registrar los problemas experimentados antes del tratamiento por adultos consumidores de drogas y alcohol. Se trata de una herramienta que puede ser usada tanto en el campo de la investigación como en el de la clínica, y consta de un conjunto de mediciones que pueden ser suministradas más veces durante y después del tratamiento. Los cambios que se observen en las referidas mediciones pueden por lo tanto ser atribuidos al propio tratamiento o a otros procesos relativos al periodo de intervención. En Gran Bretaña el MAP se ha convertido en una herramienta fundamental, forma parte del "National Treatment Outcome Research Study" (NTORS) y se ha validado utilizando una muestra de 240 adultos entre los que estaban incluidos tanto pacientes externos como pacientes internos de los servicios de tratamiento del "Maudsley Addiction Profile" de Londres. En el estudio llevado a cabo sobre su funcionamiento, la herramienta ha sido considerada aceptable para la mayor parte de los usuarios y los investigadores y los entrevistadores clínicos han opinado favorablemente sobre su utilización. El tiempo medio de duración fue de 12 minutos. La valoración de fiabilidad interna y de validez simultánea de las escalas y de los ítem fue muy satisfactoria. La fiabilidad test-retest resultó excelente en todas las mediciones y también tanto entre investigadores como entre entrevistadores clínicos. En el área de la satisfacción hacia el tratamiento no se ha desarrollado ninguna herramienta específica de investigación que

valore la satisfacción hacia el mismo de la población en terapia por abuso de drogas.

Los baremos para medir la satisfacción del usuario que se hayan considerado válidos en un determinado contexto cultural no son apropiados para otro diferente [18]. Estimamos que en el caso de grupos con problemas de salud específicos puede ocurrir lo mismo. Por consiguiente, para completar el trabajo de desarrollo del "National Addiction Centre" de Londres, se estudió el funcionamiento del TPQ como medida añadida que podía ser utilizada conjuntamente con el MAP. Al igual que ocurre con el MAP, en el desarrollo del TPQ el objetivo ha sido crear un set de ítems que se referirían a áreas de interés específicas de los sujetos que se encuentran en tratamiento por drogodependencia, pero que también debería ser lo suficientemente genérico como para que pudiese ser aplicado en otras modalidades de tratamiento y de setting [19].

En 1997 se formó, bajo los auspicios de ERIT, un grupo de investigadores y personal clínico, seleccionados entre especialistas de servicios de atención a drogodependientes. Este grupo es la Asociación Europea, integrada por profesionales que trabajan en el campo del tratamiento contra el abuso de drogas. El grupo de validación de ERIT ha promovido iniciativas para emprender trabajos de validación a través de un programa de actuaciones orientadas a la formación profesional entre niveles similares de distintos países. Al mismo tiempo, el grupo ha considerado adecuado el uso de las herramientas MAP y TPQ en todos los países representados, por lo que se ha comenzado a trabajar sobre su traducción. Este trabajo describe los resultados de este proyecto de desarrollo y los resultados de los estudios de validación emprendidos en Italia, España y Portugal para establecer la aceptabilidad y la fiabilidad de dos nuevas herramientas para la investigación de los resultados del tratamiento: el "Maudsley Addiction Profile" (MAP, ERIT-Version; Marsden et al., 1998) y el "Treatment Perceptions Questionnaire" (TPQ; Marsden et al., 1999). El objetivo principal del proyecto era establecer la fiabilidad de los cuestionarios en tres países europeos usando un protocolo test-retest para la valoración del MAP y del TPQ.

MÉTODOS

Estructura de las herramientas

(A) MAP

El MAP consta de una sección de introducción y de cuatro partes: abuso de estupefacientes; compor-

tamientos de riesgo para la salud; síntomas de salud y funcionamiento personal/social. La primera entrevista registra los problemas del pasado inmediatamente anterior al momento en que dio comienzo el tratamiento. No se registra ninguna variable concerniente a la vida o a la historia del sujeto. En los trabajos de campo se ha considerado un periodo de recuerdo que comprende los últimos treinta días anteriores al inicio de la terapia. La parte que se ocupa del uso de estupefacientes aplica un método de estimación rápido para registrar el consumo de distintas sustancias antes del tratamiento. En el estudio de validación de la Unión Europea aparecían recogidas las siguientes sustancias: heroína ilegal, metadona sin receta, benzodiazepinas sin receta, crack (cocaína básica), clorhidrato de cocaína y alcohol. Lo primero que se registra es el número total de días del mes anterior al comienzo del tratamiento en los que se verificó el uso de estas sustancias. Para ayudar a recordar todas las consumidas se muestra al usuario una ficha de respuesta que contiene una lista con siete modelos comunes de frecuencia basados en expresiones verbales (en un periodo comprendido entre "un día a la semana" y "todos los días). A continuación se pide al usuario que identifique si alguna de esas categorías resume la frecuencia de su propio consumo. Después el entrevistador registra un número que corresponde a los días. En los casos en que las sustancias se consuman episódicamente, o si el usuario no consigue recordar un modelo típico de consumo, el entrevistador emplea un calendario para estimular el recuerdo del último día en el que ha tenido lugar el consumo de dicha sustancia. Después se identifica y se registra el número de cada uno de los días referidos. La intensidad del uso de la sustancia se registra a partir de un informe textual del usuario (y se fija generalmente en base al peso o al precio al por menor) sobre la cantidad consumida durante un día tipo de utilización, a lo largo del mes precedente. En el caso del alcohol, el consumo durante una jornada tipo se valora en función de la clase de bebida: peso del contenido alcohólico, número y cantidad de copas. La información que proporciona el usuario se registra textualmente y se convierte más tarde en la unidad estándar de etanol (1 unidad = 8 gramos). En los casos en los que la cantidad de alcohol o de otras sustancias consumidas varíe, se pide al usuario que recuerde la cantidad consumida en los dos a tres días más recientes incluidos en el periodo investigado. Se registra textualmente la cantidad consumida en cada uno de esos días y después se recoge la media. Excepto en el caso del alcohol, también se recoge/en la/las vías habitual/les de consumo durante el periodo de recuerdo, utilizando las siguientes categorías: oral, nasal, inhalación e inyección. La fiabilidad test-retest del conjunto de todas las sustancias comprendidas en el estudio de desarrollo de Londres ha resultado elevada, con coeficientes medios de correlación inter-clase de 0,94 en conjunto y 0,88 para

los usuarios que especifican la vía de consumo. En lo que respecta al consumo de cada una de las sustancias, el ICC más alto relativo a la frecuencia resultó ser el de la heroína (0,92). El ICC más bajo, que apenas si alcanza los valores mínimos del espectro, lo que refleja una fiabilidad excelente, se ha obtenido para los que usaban cristales de cocaína = crack (porcentaje de días de consumo = 0,77 e intensidad = 0,77).

Comportamientos sexuales de riesgo y por consumo de drogas por vía intravenosa

La segunda parte comprende cinco categorías. El número de días en los que el usuario se ha inyectado droga se registra junto al número de inyecciones a lo largo de una jornada tipo. Si la inyección ha sido ocasional, se registra usando el mismo procedimiento que hemos visto para la frecuencia de la utilización episódica de sustancias. También se pregunta al usuario acerca del número de veces en las que se ha inyectado droga con una aguja o jeringuilla que piensa que podría haber sido utilizada por otra persona. En lo que respecta a las relaciones sexuales, se le pregunta si es capaz de estimar el número de personas y la frecuencia total en que ha habido penetración sin utilizar preservativo. En las modalidades de droga habituales, la fiabilidad test-retest ha seguido siendo excelente. Los coeficientes Kappa eran los siguientes: heroína (0,93), metadona (1,0); benzodiazepina (1,0) y cocaína (1,0).

Salud física y psicológica

La tercera parte contiene dos escalas de valoración de los síntomas con 10 voces que interrogan sobre la frecuencia de los problemas de salud física y psicológica (la segunda valora los síntomas de ansiedad generalizada y depresión). Las puntuaciones sobre la escala de los problemas mentales se distribuyen de un modo aproximadamente normal y la fiabilidad interna es satisfactoria (alfa = 0,79). Además se ha observado una distribución normal de las puntuaciones para la escala de la ansiedad y de la depresión, en la que la fiabilidad interna y la observada son buenas (alfa = 0,88 y 0,86 respectivamente). Los ICC test-retest son superiores a 0,85 en todas las escalas.

Comportamiento social

La cuarta parte contiene nueve ítems divididos en tres subsecciones:

- (i) Conflictos relacionales. Se proponía la medición de las relaciones conflictivas relevantes experimentadas por el usuario, anotando el número de días en los que tuvo contacto con su propia pareja y con familiares y amigos y el número de días en los que experimentó algún conflicto importante con individuos o grupos. El contacto podía ser cara a cara o telefónico. Se consideraron conflictos serios el exceso de rabia, excesos verbales y/o violencia, pero no la normal divergencia de opiniones. Si el usuario no tiene relaciones personales, o no tiene ningún familiar ni amigo, se registra una puntuación igual a cero. Los conflictos con la pareja (PC), con los familiares (RC) y con los amigos (FC) se expresaron como porcentajes de conflicto según el número de días en los que tuvo lugar el contacto. Entre los consumidores de droga, los ICC relativos a estas medidas son los siguientes: PC (0,38); RC (0,78) y FC (0,67).
- (ii) Empleo. Se han considerado tres mediciones relativas a la ocupación: el número de días de desocupación formal; el número de días en los que el usuario ha tenido un trabajo retribuido; el número de días laborables en los que no ha trabajado debido a alguna enfermedad o por ausencia injustificada. El ICC para los usuarios de droga por porcentaje de días laborables es 0,99; por número de ausencias del trabajo (ICC = 0,98) y el porcentaje de días en los que han estado formalmente desocupados (ICC = 0,89).
- (iii) Conductas criminales. En esta sección final se han registrado tres categorías de actividad criminal: venta de drogas ilegales, atracos a tiendas y "otros crímenes". La última categoría agrupa los siguientes delitos: robo a propiedades, robos a personas, robos de o desde un vehículo y estafas/falsificaciones. Se pide al usuario que recuerde la frecuencia de los días en los que ha cometido delitos durante el mes precedente. Para terminar, como medida de la intensidad de la implicación criminal, a aquellos que responden se les pide que estimen el número de veces en las que se ha cometido cada clase de delito en una jornada tipo. El ICC de los consumidores de droga ha sido el siguiente: % de días en los que se "pasa" droga (0,94); días de robo a tiendas (0,89) y % de días en los que se han cometido "otros crímenes" (0,85). La estructura del MAP se ha resumido en la Tabla 1 que figura a continuación.

Tabla 1 – Estructura del Maudsley Addiction Profile (MAP)

Campo	Valoración del resultado
Informaciones operativas	Programa de inscripción; nociones demográficas sobre el consumidor; identificadores del caso; datos a los que hacer referencia.
Uso de sustancias	Número de días de uso de opiáceos, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas ilegales, alcohol Cantidad típica consumida en los “días de consumo” Vías principales de suministro
Comportamientos de riesgo para la salud	Días de inyección tiempo típico de inyección diaria Tiempo de agujas o jeringuillas compartidas Número de parejas (sexo sin preservativo) Tiempo en el que se ha practicado sexo sin preservativo
Síntomas de salud	Frecuencia de los síntomas físicos (nunca; raramente; algunas veces; frecuentemente; siempre) Frecuencia de los síntomas psicológicos (nunca; raramente; algunas veces; frecuentemente; siempre)
Funciones personales/sociales	Días de contacto/conflicto con la pareja, parientes, amigos Jornadas de trabajo retribuido Jornadas de ausencia (enfermedad/ injustificada) Jornadas en paro Días en los que se han cometido actividades ilegales Tiempo en el que se ha cometido un crimen (“jornada tipo”)

(B) TPQ

El TPQ se puso en marcha en Londres en un estudio inicial en colaboración con cuatro servicios de tratamiento: (i) un programa de tratamiento de desintoxicación del paciente y de prevención de la recaída de 30 días de hospital; (ii) un programa de admisión rápida, desintoxicación y validación del paciente de 14 días de hospitalización; (iii) un programa de tratamiento de mantenimiento a base de metadona en comunidad; y (iv) un equipo de comunidades para droga y alcohol que proporciona un tratamiento de reducción con metadona para consumidores dependientes de opiáceos y una terapia vigilada y de referencia para los problemas de los alcohólicos. El cuestionario contiene 10 ítem y consta de dos secciones. La primera concierne a la percepción de los consumidores acerca de la naturaleza y de la intensidad

del contacto con el personal del programa (5 ítem); la segunda sección se ocupa de los aspectos del servicio de tratamiento y su aplicación, sus reglas y la normativa (5 ítem). Todos los ítem se registran usando una escala tipo Likert de cinco puntos (que van desde totalmente de acuerdo – hasta totalmente en desacuerdo). El análisis de los componentes principales de los 10 ítem del TPQ permitió deducir dos factores (las percepciones del personal y las percepciones del programa) que se estimaron sobre un 51,6% de la variación. Los ítem que incluyen el Factor 1 y el Factor 2 han resultado fiables internamente (alfa = 0,76 y alfa = 0,71 respectivamente), así como la escala total (alfa = 0,83). El ICC total para toda la escala relativa a las respuestas de 38 sujetos ha sido 0,57 (dato que les incluye dentro del intervalo que Fleiss, 1991, considera de amplia fiabilidad retest). La estructura del TPQ aparece resumida en la Tabla 2 que figura a continuación:

Tabla 2 – Ítem del Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)

El personal no ha comprendido siempre el tipo de ayuda que quiero.
El personal y yo tenemos ideas distintas respecto a los objetivos de mi tratamiento.
Siempre ha habido un miembro del personal disponible cuando he querido hablar.
El personal me ha ayudado a motivarme para resolver mis problemas.
Pienso que el personal ha hecho bien su trabajo.
He estado bien informado sobre las decisiones que se han tomado sobre mi tratamiento.
He recibido la ayuda que estaba buscando.
En las sesiones de terapia en las que he participado no me ha gustado todo.
No he tenido tiempo suficiente para resolver mis problemas.
No me han gustado algunas reglas o normas del tratamiento.

SUJETOS

Los criterios para incluir a las personas en el estudio han sido los siguientes: (i) un mínimo de 18 años de edad; (ii) un diagnóstico previo de problemas derivados del consumo de drogas; (iii) haber estado incluido en un programa de tratamiento para pacientes externos o en comunidad; (iv) la edad de los pacientes debía reflejar generalmente las reglas de edad para la población en tratamiento en cada uno de los países, por lo que debería estar comprendida entre los 18 y los 45 años. Los criterios para excluir a las personas del estudio fueron: (i) edad superior a los 60 años; (ii) individuos que todavía seguían consumiendo drogas o que habían sufrido síndromes de abstinencia agudos; (iii) individuos que estaban a punto de dejar el tratamiento o que, probablemente, no habrían estado disponibles para otra entrevista.

Proyecto y reclutamiento de sujetos

La incorporación de las personas al estudio ha sido considerada especialmente útil para pacientes externos y también para los programas de tratamiento especializados en comunidades en los tres países. En el estudio participaron un total de cuatro servicios de tratamiento. Todos estaban estructurados con programas especializados que proporcionaban un mantenimiento de metadona por vía oral y un pre tratamiento de desintoxicación. Estos eran, también, un punto de referencia para la desintoxicación del paciente amparado, para la rehabilitación residencial y para el tratamiento de pacientes externos que habían dejado completamente el consumo de drogas (= "drug free") y también como apoyo para después de la cura. Los entes se localizaban en las siguientes ciudades: Italia (Reggio Emilia y Livorno); España (Valencia) y Portugal (Lisboa). En el proyecto se ha usado un plano equilibrado de reclutamiento de personas. En cada uno de los países participantes se ha pedido a un mínimo de 30 personas (hasta un máximo de 60) que cumplimentase el MAP en dos ocasiones, y a un mínimo de 20 personas diferentes (hasta un máximo de 50) se le ha pedido que cumplimentase el TPQ en dos ocasiones. Este era el número mínimo de sujetos que debían formar parte del programa para que el análisis estadístico pudiese desarrollarse satisfactoriamente. Para el estudio MAP los sujetos debían haber estado en tratamiento entre 1 y 30 días en el momento de la incorporación. Para el estudio TPQ los sujetos debían haber estado en terapia un mínimo de 30 días o más. Después de ser invitados a participar en el estudio, todos los participantes han recibido material informativo que describía el estudio y, si mostraban intención de participar, se les pedía que firmasen una ficha de

consentimiento informado (ICF). La ICF ha sido preparada individualmente por cada uno de los países, de acuerdo con los protocolos éticos locales para la investigación.

Entrevistadores

Se eligió un grupo de seis entrevistadores (dos para cada país) que proporcionó los cuestionarios a todos los participantes. El MAP se aplicó en forma de entrevista, desarrollándose en privado. Los mismos entrevistadores también se encargaron de compilar los TPQ que llevaba a cabo cada uno de los usuarios. En este caso el consumidor ha recibido información acerca de cómo completar el cuestionario en privado y cómo ponerlo a continuación en un sobre sellado para después ser devuelto al entrevistador para que éste lo recoja y transfiera los datos al centro de coordinación del país. Todos los entrevistadores eran miembros de un equipo de servicio clínico de algún centro y todos habían seguido previamente una sesión de adiestramiento sobre todo lo que concierne al proyecto (= "training session") de 45 minutos, recibiendo también una copia del protocolo de estudio.

Análisis de los datos

Los análisis y la coherencia interna de las herramientas utilizadas se han validado a través del alfa de Chronbach. La fiabilidad test-retest se ha validado mediante el coeficiente de correlación inter-clase (ICC). A fin de validar la eficacia del ICC se ha sugerido que los coeficientes superiores al 0,75 indicarían una conformidad excelente, los comprendidos en el intervalo 0,65-0,74 reflejarían una buena conformidad, y los que oscilasen entre 0,40-0,60 una amplia conformidad (Fleiss, 1991). Para las variaciones de las características personales/demográficas del sujeto, las puntuaciones obtenidas a partir de la herramienta y del ICC se han validado usando, de modo conveniente, el X-cuadro, el F-test y el t-test.

RESULTADOS

Características de la muestra

En el estudio han participado un total de 206 individuos (124 individuos participaron en el estudio del MAP test-retest y 95 consumidores completaron el TPQ). Hubo trece individuos que completaron los dos cuestionarios, tanto el MAP como el TPQ. Las caracte-

terísticas personales/ demográficas de la muestra aparecen reflejadas en la Tabla 3. La única diferencia aparecía en la extensión del desempleo en el interior de la muestra, porque los individuos portugueses mostraban menos probabilidades de desarrollar una profesión ($p = 0,14$).

ítem no resultaba fiable, y por eso debe ser considerado una anomalía. El ICC completo del TPQ ha mostrado ser satisfactorio (0,80).

Tabla 3 – Características de la muestra del país (n = 206)

Características demográficas	Italia (n = 64)	Portugal (n = 57)	España (n = 85)	F/X2
% Mujeres	19,5	16,7	7,5	3,09
Edad media (d.s.)	29,3 (6,2)	27,1 (6,5)	30,2 (7,6)	1,99
% de nacidos en otro país	0	0	7,5	-
% con relaciones/mes anterior	34,1	30,0	43,4	1,7
% desempleado/ mes anterior	39,0	60,0	39,6	3,93

Aplicación del test MAP

El perfil de la aplicación del test MAP aparece en la Tabla 4. El tiempo medio de la aplicación fue de 15,5 minutos (d.s. = 2,5).

Tanto los participantes italianos como los portugueses registraron una mayor frecuencia en el consumo de heroína durante el mes anterior al comienzo del tratamiento (55% y 68% de los días del mes, respectivamente). La cantidad típica de las sustancias consumidas en una jornada tipo en el mes anterior al comienzo del tratamiento. Los coeficientes de fiabilidad interna generales para la escala de valoración de la salud del MAP fueron los siguientes: salud física (alfa = 0,82); salud psicológica (alfa = 0,81). Los índices totales alfa para el TPQ fueron: 0,73 para la puntuación total, 0,63 para el componente de la percepción del personal y 0,60 para el componente del funcionamiento del programa. No hubo diferencias entre los países respecto a la fiabilidad interna de las tres escalas. Los participantes fueron sometidos de nuevo al MAP y al TPQ aproximadamente tres días después de la primera aplicación del test (intervalo 1-8 días). Los resultados del análisis test-retest aparecen en la Tabla 5.

En los ítem del MAP no han aparecido diferencias entre los coeficientes de fiabilidad retest obtenidos entre los tres países de la muestra. Todos los ICC se encuentran en un intervalo aceptable comprendido entre "amplio" y "fiabilidad test-retest excelente", con la única excepción de la medida de los conflictos personales entre los consumidores y sus amigos en el interior de la muestra portuguesa. Aquí el ICC (0,11) mostraba una amplia variación entre las respuestas a las entrevistas en el paso del test al retest. No había ningún dato disponible que sugiriese por qué este

DISCUSIÓN

Este informe proporciona un nuevo apoyo a la fiabilidad del "Maudsley Addiction Profile" y del "Treatment Perceptions Questionnaire" en muestras de usuarios de los servicios de tratamiento en Italia, Portugal y España. Los resultados, muy semejantes a los de los estudios desarrollados en Londres, se han obtenido en los servicios estudiados en Italia, Portugal y España. Casi todos los usuarios emplearon un tiempo inferior a 15 minutos para completar el MAP, un resultado que debe suponer un estímulo para su posterior utilización en Europa.

Algunos usuarios manifestaron cierta dificultad a la hora de estimar la frecuencia, la intensidad típica diaria y la modalidad habitual de consumo de droga ilícita y/o prohibida y/o sobre el consumo de alcohol antes del comienzo del tratamiento. Las mediciones de las tres escalas (salud física, ansiedad y depresión) evidenciaron una distribución de los resultados que han parecido aproximadamente normales formalmente, y que son, por lo tanto, sumamente idóneos como métodos de medición del resultado en los estudios de validación. Se ha descubierto que las medidas para: uso de sustancias, comportamientos de riesgo para la salud, relaciones conflictivas, empleo y actividades criminales tienen características psicométricas excelentes y que la fiabilidad retest era elevada entre los sujetos y los entrevistadores. Los coeficientes de fiabilidad test-retest para la frecuencia relativos a la intensidad y la modalidad de consumo han resultado ser uniformemente buenos.

Este estudio también ha validado la aplicación del "Treatment Perceptions Questionnaire" (TPQ). El TPQ es un cuestionario de 10 ítem proyectado para validar la satisfacción de las personas respecto a los programas de tratamiento que se quieran someter a observación. El TPQ es el primer cuestionario para la

validación de la medida de la satisfacción respecto al proceso terapéutico en la población en tratamiento por adicción a drogas que se ha desarrollado en Europa. Los estudios de la fiabilidad interna y test-retest han sido satisfactorios. La entrevista realizada mediante el test ha producido coeficientes de fiabilidad interna satisfactorios y el estudio de fiabilidad test-retest, de tres días de duración, ha llevado a obtener estimaciones menores del ICC, aunque siempre aceptables. Este resultado coincide con el del estudio de Londres y sugiere que, aunque la herramienta tenga una fiabilidad aceptable, resulta verosímil que las percepciones del tratamiento sean fluctuantes, en cierta medida, en periodos breves de tiempo. En el estudio de desarrollo de Londres las puntuaciones del TPQ se han asociado a múltiples factores relacionados con el tratamiento.

Los resultados del análisis de regresión múltiple han sugerido que los periodos de espera más prolongados antes de iniciar un tratamiento han terminado con una validación de menor satisfacción en la entrevista que examina ambos setting; mientras que las percepciones iniciales más favorables hacia el tratamiento se traducen en estimaciones de satisfacción mayor en el momento de la entrevista. El uso del TPQ como parte de la investigación sobre la validación del tratamiento en Europa puede revelar importantes conclusiones relativas a las percepciones de los usuarios que están en tratamiento. Los resultados del estudio del desarrollo del TPQ sugieren que su aplicación puede ser validada como un componente tanto para estudios formales del proceso de tratamiento como para la verificación del programa de rutina y de los resultados.

Por lo tanto recomendamos que en la investigación sobre los resultados se adopte una aproximación modular, y que se registre un set primario de las mediciones del éxito, siendo requisito indispensable que se incluyan otras mediciones del mismo. También pueden incluirse mediciones secundarias como: calidad de vida, lugar en el que se vive e indicadores económicos. También resultan imprescindibles las mediciones del propio tratamiento y, por ello, existen distintas herramientas disponibles que registran distintos aspectos de los procesos de tratamiento y del ambiente del programa. Como mínimo deben registrarse: el setting, la modalidad y la duración del tratamiento. Para una validación más amplia de los resultados se pueden usar también mediciones añadidas relativas a la elección de los objetivos del tratamiento por parte del usuario: el total de los servicios del programa que haya recibido, su grado de integración en el programa de rehabilitación y los tratamientos añadidos recibidos que en principio no formaban parte del programa. En resumen, este estudio ha demostrado que el conjunto de un set de medidas cuantitativas de los problemas experimentados por los usuarios no debe suponer una carga administrativa significativa para la investigación y para el tratamiento personal.

La conclusión es que el MAP satisface los requisitos de ser una herramienta que proporciona resultados eficaces, que no plantea expectativas poco razonables al personal clínico y a los usuarios que participan y que debe, por tanto, contribuir a estimular la mejora de la validación de los programas de tratamiento en la Unión Europea.

Tabla 4: Puntuación en los test MAP y TPQ

Medida	Porcentaje de días (d.s.)			F[2, 12]
	Italia (n = 41)	Portugal (n = 30)	España (n = 53)	
Heroína ilegal	54.7 (43.7) a	67.6 (40.3)b	35.4 (45.3)a, b	5.62**
Benzodiazepinas ilegales	32.1 (42.1)	24.7 (35.4)	30.1 (42.2)	0.3
Clorhidrato de Cocaína	10.2 (24.2)	5.4 (12.4)	11.0 (25.0)	0.63
Cocaína base (crack)	-	13.1 (21.4)	13.5 (31.6)	0.96+
Alcohol	21.1 (38.0)	32.1 (41.4)	37.8 (42.2)	1.98
Inyección	47.8 (44.0)a	32.8 (46.5)b	4.8 (19.2)	16.96**
Periodo de "compartir" agujas	3.6 (8.4) a, b	0.2 (0.9)b	0.2 (1.1)a	6.44**
N. de parejas sexuales	0.6 (0.8)	0.4 (0.5)	0.4 (0.6)	1.34
Periodo de práctica de sexo sin preservativo	3.9 (7.1)	4.7 (7.6)	3.5 (7.5)	0.2

Problemas físicos	11.7 (7.6)	13.0 (6.3)	14.1 (7.7)	1.16
Ansiedad	7.0 (3.3)	6.3 (3.8)	8.2(4.2)	2.76
Depresión	8.4 (4.6)	7.0 (5.0)a	9.7 (4.8)a	3.18*
Conflictos con la pareja	6.6 (13.5)	16.3 (30.2)	13.7 (28.1)	1.41
Conflictos con familiares	15.5 (28.5)	18.2 (30.0)	21.6 (35.5)	0.44
Conflictos con amigos	2.3 (5.1)	2.9 (5.1)	15.0 (31.9)	5.20**
“Paso” de drogas	39.8 (106.0)	3.9 (15.2)	20.5 (94.3)	1.5
Delitos por posesión ++	3.3 (11.3)	2.4 (11.0)	4.8 (19.1)	0.25
	Italia (n = 23)	España (n = 45)	Portugal (n = 27)	
Puntuaciones totales del TPQ	25.3 (6.2)a	23.1 (5.9)b	23.3 (5.3)a, b	7.41***
Percepción del personal	13.5 (3.0)a, b	11.3 (3.0)b, c	14.9 (2.7)a, c	9.23***
Percepción del programa	11.8 (4.1)a	11.8 (3.4)a, b	14.4 (3.3)b	4.91***

*p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.001;

Nota: las medias de la misma línea, que comparten la misma letra en el extremo, difieren significativamente de $p < 0.05$ (Test de Student-Numan-Keuls); + valor de t comparado entre España y Portugal; ++ la categoría de los delitos por posesión estaba integrada por los siguientes tipos de faltas: robo de tiendas, robo de propiedades, robo de personas, robo en o de vehículos, fraude/falsificación.

Tabla 5: Fiabilidad test-retest del ICC validada con el MAP y el TPQ

	Italia (n = 41)	Portugal (n= 30)	España (n = 53)	En conjunto
Droga				
Heroína	0.83 (0.71, 0.91)	0.97 (0.93, 0.98)	0.87 (0.78, 0.92)	0.88 (0.83, 0.91)
Cocaína en polvo	0.96 (0.93, 0.98)	0.41 (0.06, 0.67)	0.84 (0.73, 0.90)	0.85 (0.80, 0.90)
Cocaína crack	0.87 (0.75, 0.94)	0.97 (0.96, 0.99)	0.96 (0.94, 0.97)	+
Benzo-diazepinas	0.92 (0.86, 0.96)	0.81 (0.64, 0.90)	0.67 (0.49, 0.79)	0.80 (0.73, 0.86)
Alcohol	0.94 (0.89, 0.97)	0.84 (0.69, 0.92)	0.80 (0.68, 0.88)	0.85 (0.79, 0.89)
Periodo de “compartir” agujas	0.75 (0.58, 0.86)	0.96 (0.92, 0.98)	0.82 (0.71, 0.89)	0.76 (0.67, 0.82)
N. de parejas sexuales	0.67 (0.46, 0.81)	0.87 (0.74, 0.93)	0.85 (0.75, 0.91)	0.78 (0.69, 0.84)

Periodo de práctica de sexo sin preservativo	0.99 (0.98, 0.99)	0.96 (0.93, 0.98)	0.89 (0.81, 0.93)	0.94 (0.91, 0.95)
Problemas físicos	0.77 (0.61, 0.87)	0.70 (0.46, 0.84)	0.85 (0.75, 0.91)	0.80 (0.72, 0.85)
Ansiedad	0.68 (0.47, 0.81)	0.56 (0.26, 0.76)	0.84 (0.74, 0.91)	0.73 (0.64, 0.80)
Depresión	0.76 (0.60, 0.86)	0.88 (0.77, 0.94)	0.75 (0.61, 0.85)	0.79 (0.71, 0.85)
Conflictos con la pareja	0.71 (0.52, 0.83)	0.66 (0.40, 0.82)	0.85 (0.75, 0.91)	0.77 (0.69, 0.84)
Conflictos con familiares	0.56 (0.31, 0.74)	0.84 (0.68, 0.92)	0.86 (0.76, 0.91)	0.76 (0.67, 0.82)
Conflictos con Amigos	0.48 (0.20, 0.68)	0.11 (-0.26, 0.44)	0.78 (0.65, 0.87)	0.78 (0.69, 0.84)
% de días laborables	0.85 (0.73, 0.91)	0.80 (0.61, 0.90)	0.87 (0.79, 0.92)	0.84 (0.78, 0.89)
N. de ausencias del trabajo	0.88 (0.78, 0.93)	0.86 (0.73, 0.93)	0.89 (0.82, 0.94)	0.87 (0.82, 0.91)
% de días de "paso" de droga	0.86 (0.76, 0.93)	0.85 (0.71, 0.93)	0.93 (0.88, 0.96)	0.88 (0.84, 0.92)
% de días de delitos por posesión	1.0	1.0	0.75 (0.60, 0.85)	0.89 (0.84, 0.92)
Puntuación total del TPQ	0.79 (0.57, 0.90)	0.59 (0.28, 0.79)	0.91 (0.84, 0.95)	0.80 (0.71, 0.86)
Programa del TPQ	0.55 (0.19, 0.78)	0.73 (0.49, 0.87)	0.76 (0.61, 0.86)	0.71 (0.60, 0.80)
Personal TPQ	0.74 (0.48, 0.88)	0.65 (0.37, 0.82)	0.84 (0.73, 0.91)	0.77 (0.67, 0.84)

+ Análisis realizado sólo para España y Portugal.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación forma parte del programa de ERIT financiado por la DG5 de la Unión Europea. Los autores desean manifestar su agradecimiento a los integrantes del personal de las oficinas y de los servicios que han intervenido como entrevistadores en los trabajos de campo, a los usuarios de los mismos que han participado en el estudio; a los ulteriores miembros del grupo encargado de la validación de los tratamientos médicos, psicológicos y socio-educativos de ERIT que han apoyado el estudio de principio a fin: Jean-Pierre Demange, Françoise

Lequarré, Rob van Meerten, Richard Sickinger, Françoise Facy, Russ Hayton, Roger Lewis, Luis Patricio, Roberto Bosi, Cesareo Fernández Gómez, Patrizio Broggi, Jean-Michel Delile.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Kingdom Anti-Drugs Coordinating Unit: Tackling Drugs to Build a Better Britain: The Government's 10 Year Strategy for Tackling Drug Misuse, London, HMSO, 1998.

2. Mason P, Marsden J: The state of the market: Revisited, *Druglink* 1994, 9:8-16.
3. Hayward J: Purchasing clinically effective health care. *Br Med J* 1994;309: 823-824.
4. Harrison PA, Beebe TJ, Fulkerson JA, Togerud CR: The development of patient profiles from Minnesota's treatment outcomes monitoring system. *Addiction* 1996;91:687-699.
5. McLellan AT, Luborsky L, Wogdy GE, O'Brien Cp: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980: 168:26-33.
6. Simpson OD, Chatham LR: TCU/DATAR Forms Manual: Improving Drug Abuse Treatment, Assessment, and Research (DATAR) Project, Fort Worth, Texas Christian University, 1995.
7. Moos RM, Finney JW, Cronkjte RC Alcoholism treatment; Context, process and outcome. New York. Oxford University Press, 1990.
8. Babor TF, Longabaugh R, Zweben. A, Fuller R, Stout R, Anton R.F, Randall CL: Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol* 1994;12:(suppt):101-111.
9. Strang J: Harm reduction for drug users: Exploring the dimensions of harm, their measurement, and strategies for reductions, *AIDS Publ Policy J*, 1992;7:145-152.
10. Koltuv M, Ahmed M, Meyer M: A study of outpatient satisfaction with mental health center services. *Hosp Community Psychiatry*, 1978; 29:179-181.
11. Lassen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen T. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann* 1979;2 197-207.
12. MaçDonald J, Sibbald B, Noare C: Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital. *Int J Soc Psychiatry* 1988; 34; 292-304.
13. Pascoe Cr. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983; 6:185-210.
14. Colleti M; Evaluation of Treatment: An European Overview, Italy COST A6. 1999.
15. Nizzoli U: The Way Things Are. Evaluation Issues in the Treatment of Drug Misuse Problems in the European Union. Reggio Emilia. ERIT Evaluation Group. 1999,
16. Gsellhofer S, Kűfner H, Kokkevi A, Uchtenhagen A; European Addiction Severity Index (EuropASI), COST A6. A Guide to Training and Administering EuropASI Interviews. Brussels, Commission to the European Communities, 1995.
17. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrell F, Lehmann P, Edwwards C, Strang J: The Maudslev Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 1998; 93:1857-1868.
18. Attkisson CC, Greenfield TK; The Client Satisfaction Questionnaire-8 and the Service Satisfaction Questionnaire 30; in Maruish M (co): *Psychological Testing: Treatment Planning and Outcome Assessment*. Hillsdale. Erlbaum, 1994.
19. Marsden J, Stewart D, Gossop M, Rolfe A, Bacchus L, Griffiths P, Clarke K, Strang J; Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems: Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research* (in press).
20. Fleiss JL: *Statistical Methods for Rates and Proportion*, New York, Wiley, 1991.

