
Validación Española del Maudsley Addiction Profile (MAP)

MIGUEL ÁNGEL TORRES HERNÁNDEZ*, CESÁREO FERNÁNDEZ GÓMEZ**

* Psiquiatra. Socidrogalcohol. Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías. Torrent (Valencia).

** Psicólogo. Socidrogalcohol. Centro para la investigación y desarrollo en comunidad terapéutica (CIDEOT)

Enviar correspondencia a:

Miguel Ángel Torres Hernández. Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías. Hernández Malillos, 14 bajo. 46900 TORRENT (Valencia). MTORRE@mail.ono.es

Recibido: 21 de Enero de 2004.

Aceptado: 11 de Noviembre de 2004.

RESUMEN

Se realizó un estudio con el objetivo de determinar la fiabilidad de la entrevista MAP (Maudsley Addiction Profile). La muestra incluye 646 pacientes con una media de 36 años de edad, (79% hombres y 21% mujeres) tratados por problemas con el alcohol (39%) y otras drogas (61%). Las entrevistas MAP fueron realizadas por más de 60 entrevistadores de ambos sexos, personal clínico e investigador. Se calcularon coeficientes de correlación y coeficientes kappa. La mayoría de estos estimadores muestran una fiabilidad test – retest y estabilidad temporal aceptables o satisfactorias, con valores cercanos o superiores a 0,80, apoyando la fiabilidad de la mayor parte de la información obtenida. El sexo del entrevistado, tipo de entrevistador y sustancia principal (alcohol o drogas) no afectan sustancialmente a la fiabilidad del MAP.

Palabras clave: *Fiabilidad, resultados, tratamiento, abuso de drogas.*

ABSTRACT

We carried out a research study designed to assess test-retest reliability for the Maudsley Addiction Profile interview (MAP). The sample comprises 646 patients (79% male and 21% female), with a mean age of 36 years, treated for alcohol (39%) and other substance abuse problems (61%). More than sixty clinical and research personnel, of both sexes, conducted interviews. We estimated correlation coefficients and kappa coefficients. The majority of these reliability estimators showed acceptable or adequate test-retest reliability for the main indicators assessed with MAP, with Pearson correlation coefficients of around 0,80 or above. The sex of the interviewed, type of interviewer and principal substance (alcohol or drugs) did not have substantial effects on MAP reliability.

Key words: *Reliability, outcomes, treatment, drug abuse, MAP.*

INTRODUCCIÓN

La mejora continuada de la calidad asistencial en los tratamientos de las drogodependencias (alcoholismo y otras toxicomanías) requiere de la monitorización y evaluación regular de los resultados de estos tratamientos. Asimismo, los instrumentos de evaluación utilizados para la monitorización de los resultados de estos tratamientos deberían optimizar los siguientes objetivos:

1. Cubrir la evaluación de las áreas vitales comúnmente más afectadas por los trastornos adictivos, lo que implica una naturaleza multidimensional de los instrumentos de evaluación.

2. Objetividad: minimizando la subjetividad clínica y mejorando la cuantificación de los indicadores.
3. Utilidad para la clínica e investigación: brevedad y facilidad de uso.
4. Calidad psicométrica: fiabilidad (estabilidad temporal e inter-evaluadores) y validez (aparente y convergente).

El Maudsley Addiction Profile (MAP) (Marsden, J, Gossop, M, Stewart, D, Best, D, Farrell, M, Lehmann, P et al., 1998) es una entrevista breve que evalúa aspectos comportamentales básicos en pacientes tratados por abuso de sustancias: 1) uso de sustancias; 2) inyección y conductas sexuales de riesgo; 3) salud física y psicológica; 4) contexto vital y funciona-

miento social. El objetivo básico del MAP es recoger información estandarizada sobre aspectos básicos de la conducta y problemática del paciente, durante las diferentes fases del tratamiento (admisión, tratamiento, finalización y seguimiento). El MAP está siendo utilizado recientemente en el ámbito europeo (Fernández, 1998, Marsden et al 2001) y en el ámbito nacional (Fernández y Torres, 2002, Torres y Fernández, 2004) como instrumento para la evaluación de los resultados de los tratamientos en drogodependencias. La estructura y contenido del MAP está resumido en la tabla nº 1.

El propósito del estudio es examinar la fiabilidad del MAP (estabilidad temporal), utilizando un protocolo test – retest. La fiabilidad (estabilidad temporal) de un instrumento permite estimar si dos medidas de

un determinado atributo o conducta son estables al ser evaluadas en un mismo sujeto en dos ocasiones, separadas entre sí por un breve intervalo de tiempo y realizadas por diferentes evaluadores. La hipótesis principal del estudio es que la información obtenida a través de la aplicación de la entrevista MAP en dos ocasiones a un mismo paciente resultará aceptablemente estable, en sus diferentes indicadores y áreas. Adicionalmente, el estudio pretende explorar si la estabilidad temporal del MAP varía según el sexo del paciente, tipo de entrevistador (clínico o investigador) y según el tipo de trastorno adictivo (problemas con el alcohol u otras drogas). En los casos en que sea posible, se pretende explorar también la validez concurrente del autoinforme sobre el uso de drogas con pruebas analíticas de orina para la determinación del consumo de tóxicos.

Tabla nº 1: Estructura y composición de la entrevista MAP

A: Abuso de sustancias: [alcohol; heroína; otros opiáceos (2 sustancias); benzodiacepinas (2 sustancias); cocaína (clorhidrato y crack/base); anfetaminas, cannabis, alucinógenos, éxtasis y drogas de diseño].	A1 Si usó cada sustancia (SI o NO). A2 Número de días que ha usado sustancias. A3 Cantidad típica usada diariamente cuando consumía. A7 Vía principal(es) de administración. A8 Número de sobredosis por drogas.
B: Inyección y conductas sexuales de riesgo	B1 Días que se ha inyectado. B2 Número típico o habitual de inyecciones por día. B3 Veces que comparte agujas o jeringuillas. B4 Frecuencia de inyección con agujas nuevas. B5 Cuántas veces tuvo sexo con penetración en el último mes. B6 Personas con las que ha tenido sexo sin condón. B7 Veces que ha mantenido relaciones sexuales sin utilizar condón.
C: Salud	C1-C24 Frecuencia de síntomas físicos [general, problemas por inyección, gastrointestinal, cardiovascular, músculo-esquelética y neurológica]. C25-C36 Frecuencia de síntomas psicológicos [4 de ansiedad, 4 de depresión y 2 de otros síntomas].
D: Contexto vital y funcionamiento social	D1 Noches pasadas en diferentes alojamientos. D2 Tiempo vivido en la dirección actual. D3 Días que tuvo trabajo remunerado. D4 Días perdidos. D5 Días trabajados como voluntario. D6 Días empleados en formación o educación. D7 Días cuidando otras personas. D8 Días en paro. D9 Si se relacionó con pareja en el último mes. D10 Días en contacto o conflicto con sus parejas, familiares, amigos, etc. D11 Días que ha cometido actos ilegales [11 clases], prostitución y mendicidad. Número típico de veces por día.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

El procedimiento consiste en aplicar las dos pasaciones de la entrevista MAP utilizando dos entrevistadores diferentes, para que el segundo (evaluador en el postest) sea "ciego" respecto a los resultados obtenidos en la primera entrevista (evaluación pretest). El periodo de tiempo entre una y otra administración del instrumento es de tres días.

Muestra

La muestra está compuesta por 646 pacientes. Aproximadamente cuatro de cada cinco son varones (512; 79%) y una de cada cuatro son mujeres (134; 21%). El rango de edades de la muestra está entre los 15 y los 66 años. La edad más frecuente son los 35 años, el valor promedio son 36 años, y la desviación típica es de 9,4 años. Algo más de un tercio de la muestra (250; 39%) son pacientes en tratamiento por abuso del alcohol. El resto (390; 61%) son en general poli toxicómanos dependientes a opiáceos o cocaína y pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de más de una sustancia. Estos pacientes tienen una procedencia geográfica muy diversa, encontrándose sujetos procedentes de 29 provincias españolas y 10 nacidos en otros países.

Procedimiento

La selección y entrenamiento de entrevistadores, selección de sujetos y la aplicación de las entrevistas MAP (en el pretest y postest) se realizaron durante los años 2003 y 2004 siguiendo un protocolo traducido del estudio realizado en el Reino Unido para determinar la fiabilidad del MAP. Han participado en el estudio un total de 63 entrevistadores, personal clínico e investigador asociado a diversos centros de tratamiento de las drogodependencias en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

Los análisis estadísticos han sido realizados con el paquete estadístico SPSS. Los análisis realizados para valorar la fiabilidad test – retest (estabilidad temporal) y validez concurrente de los datos obtenidos con la entrevista MAP son:

1. En los indicadores evaluados con medidas de escala numérica se han utilizado los coeficientes de correlación bi-variada. Se espera hallar coeficientes de correlación bivariada superiores a 0,60 entre las dos medidas de un mismo indicador, lo que indicaría una validez concurrente, fiabilidad y estabilidad temporal aceptables.
2. En las respuestas de tipo nominal o dicotómico se han utilizado tablas de contingencias con los estadísticos kappa. Se espera hallar coeficientes kappa iguales o superiores a 0,60, indicando fiabilidad y estabilidad temporal adecuadas en estas variables nominales o dicotómicas.
3. Se utilizaron análisis univariantes de la varianza (ANOVA) y análisis de la varianza de medidas repetidas para estimar el efecto de las variables sexo (del entrevistado), tipo de entrevistador y sustancia- problema principal (alcohol u otras drogas) sobre la fiabilidad de los indicadores numéricos y continuos del MAP. Se espera que estas tres variables no tengan efecto sustancial sobre la fiabilidad test – retest de estos indicadores.
4. Adicionalmente, se estimaron los coeficientes alfa de Cronbach como indicadores de la consistencia interna de algunas escalas y subescalas y se utilizaron pruebas paramétricas (T para muestras independientes) y no paramétricas (Chi cuadrado con pruebas exactas) para comparar subgrupos de pacientes según sexo y sustancia principal motivo del tratamiento.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Uso de drogas

El perfil de consumo de drogas entre los pacientes tratados por problemas con sustancias diferentes del alcohol queda resumido en la tabla nº 2. No hay diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$ para los estadísticos exactos basados en el Chi cuadrado y T de Student para la comparación de medias) entre hombres y mujeres en la probabilidad de haber consumido durante los 30 días anteriores ni en el nº de días de consumo de alcohol, heroína, otros opiáceos, cocaína (clorhidrato o crack / base), o cannabis. Las mujeres han consumido benzodiazepinas ilegales durante un mayor número de días de promedio (11,2) que los varones (7).

Con el fin de estimar la validez concurrente del auto-informe acerca del consumo de diferentes sustancias, a 99 sujetos que participaron en el estudio de validación concurrente se les examinó con analíticas de orina para la determinación del consumo de sustancias no prescritas: heroína, metadona, benzodiazepinas, cocaína y cannabis. Se estimó el índice de concordancia para cada sustancia como el porcentaje de sujetos que habían informado de consumo alguno durante el último mes y que además habían dado resultado positivo en las pruebas analíticas, añadiendo

Tabla 2: Número y porcentaje de consumidores de distintas sustancias y número promedio de días de consumo durante el mes anterior a la entrevista MAP, entre los pacientes tratados por problemas con sustancias diferentes del alcohol (n = 390)

Uso de sustancias en los 30 días anteriores (número y porcentaje de consumidores)	Número de días de consumo de sustancias (desviación típica)
Alcohol (224; 57%)	8,5 (11)
Heroína ilegal (127; 33%)	6 (11)
Otros opiáceos no prescritos (108; 28%)	7,3 (12,6)
Benzodiacepinas no prescritas (144; 37%)	7,8 (12,2)
Cocaína – clorhidrato (146; 37%)	5 (9,5)
Cocaína – crack / base (77; 20%)	2,6 (7,2)
Anfetaminas / Speed (8; 2,1%)	—
Cannabis y derivados (163; 42%)	7,2 (11,5)

el porcentaje de clientes que no habían informado de consumo alguno durante el último mes y que había dado resultado negativo en las pruebas analíticas, dividiendo esta suma por el total de pruebas analíticas realizadas para cada sustancia (n = 99).

Los resultados de este estudio sobre la validez concurrente del auto-informe sobre el consumo de drogas quedan resumidos en la tabla nº 3. Los índices de concordancia son generalmente altos. Los coeficientes kappa son siempre estadísticamente significativos, indicando una fuerte asociación entre las dos medidas. Los índices de concordancia son ligeramente más bajos que los hallados en el estudio en Reino Unido, debido a que los periodos evaluados mediante auto informe (30 días) son mayores que los valorados a través de las pruebas analíticas de orina.

Se encontraron pocas dificultades para que los pacientes estimaran su frecuencia de consumo de las diferentes sustancias y su vía habitual de administración. Entre los pacientes tratados por problemas con el alcohol, 178 (71 %) han consumido alcohol durante el mes anterior a la entrevista, con una frecuencia promedio de 13 días.

Conductas de riesgo para la salud

Menos de uno de cada cinco pacientes en tratamiento por problemas con drogas se habían inyecta-

do drogas durante el último mes (n = 63; 16,2%). La probabilidad de inyección era mayor entre los varones (18%) que entre las mujeres (8%). Estos inyectores de drogas se habían inyectado drogas durante un promedio de 16 días en el último mes (D.E. = 12), a razón de 4 veces por día (D.E. = 4,5). Tampoco hay diferencias entre los hombres y mujeres inyectores de drogas en estos dos parámetros de la frecuencia de inyección de drogas durante el último mes.

El porcentaje de usuarios de drogas inyectadas (UDI) que informaron de haber usado una jeringuilla ya utilizada por otro UDI durante el último mes es del 14,3% (n = 10). El número promedio de ocasiones en que estos UDIs compartieron jeringuilla fue de 3,1 (D.E. = 1,7; rango = 1-7).

Acerca de la conducta sexual de riesgo, el 31% de los clientes en tratamiento por problemas con drogas informaron de relaciones coitales no protegidas durante el mes anterior a la entrevista (n = 120). Estos pacientes con alguna relación sexual de riesgo habían mantenido relaciones coitales en promedio con una persona durante el mes anterior (D.E. = 0,6; rango = 0 – 3), y habían mantenido estas conductas de riesgo un promedio de 9 veces (D.E. = 12,8) durante este periodo. El porcentaje de pacientes en tratamiento por el alcohol como sustancia principal con relaciones coitales no protegidas durante el último mes es del 40% (n = 99). Estos pacientes con conducta sexual de riesgo habían mantenido relaciones coitales en

Tabla 3: Validez concurrente del auto-informe del consumo de diferentes drogas no prescritas.

Sustancia	Concordancia (%)	Kappa (p)	Falsos negativos	Falsos positivos
Heroína	86%	< 0,001	0	14%
Metadona	85%	< 0,001	10%	5%
Benzodiacepinas	83%	< 0,001	8%	9%
Cocaína	81%	< 0,001	9%	10%
Cannabis	74%	< 0,001	4%	22%

promedio con una persona durante el mes anterior (D.E. = 0,5; rango = 0 – 3), y habían mantenido estas conductas de riesgo un promedio de 8 veces (D.E. = 9) durante este periodo. La probabilidad de haber mantenido relaciones coitales no protegidas durante ese periodo no es sustancialmente diferente en hombres y mujeres del total de la muestra.

Salud física y psicológica

Las puntuaciones promedio en las escalas de salud física y psicológica quedan reflejadas en la tabla nº 4. Las puntuaciones en la escala de salud física se distribuyeron de un modo aproximadamente normal, tanto para los pacientes tratados por problemas con el alcohol como para los tratados por otras drogas. La puntuación promedio es de 25 puntos (mediana = 23), con una variabilidad alta entre sujetos (D.E. = 14,8; rango = 0-78). La consistencia interna de la escala de salud física fue satisfactoria (alfa = 0,89). Las mujeres mostraron un promedio ligeramente superior que los varones en esta escala de problemas médicos (27,9 vs. 24,1), aunque las diferencias distan de ser estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias sustanciales ni significativas en la puntuación promedio en los pacientes tratados por problemas con el alcohol u otras drogas.

La fiabilidad de la escala de síntomas psicológicos fue idéntica a la escala de síntomas físicos, alcanzando un valor altamente satisfactorio (alfa = 0,89). La escala de ansiedad también mostró una elevada consistencia interna (alfa = 0,80), aunque menor que la escala de depresión (alfa = 0,88). Las escalas de síntomas de ansiedad y depresión, así como la escala total de salud psicológica no se distribuyen de modo normal, ya que la mayoría de los pacientes alcanzan puntuaciones inferiores a la media. Los varones puntúan significativamente más bajo en ansiedad que las mujeres (1,6 vs. 2,8; $p < 0,01$ para el ANOVA). No se observan diferencias sustanciales ni estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad y depresión entre los pacientes tratados por problemas con el alcohol u otras drogas. No hay diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de hombres y mujeres en depresión. La puntuación promedio en la escala de ansiedad fue sustancialmente menor que en el estudio británico (1,9; D.E. = 4,4), mientras que la puntuación promedio en depresión fue similar (8,1; D.E. = 5,4).

Relaciones y Conflictos

La tabla nº 5 muestra el porcentaje de días de relaciones con conflictos serios que los pacientes han experimentado durante el mes anterior con sus parejas, familiares y amigos.

Tabla nº 4: Puntuaciones en salud física y psicológica, por tipo de sustancia y género.

Escala	Problemas con el alcohol (n = 250)		Problemas con drogas (n = 390)		F (p)	
	H (n = 189)	M (n = 61)	H (n = 318)	M (n = 72)	Sexo	Droga
Salud médica	24,5 (15)	28,2 (14,3)	24 (14,8)	27,8 (14,3)	6,8 (**)	0,1
Ansiedad	1,4 (4,6)	3,1 (5)	1,7 (4,1)	2,5 (4,4)	8,6 (**)	0,1
Depresión	7,6 (5,3)	9,3 (5,6)	8 (5,4)	8,2 (5,1)	3,3	0,5

** = $p < 0,01$.

Tabla nº 5: Porcentajes de días de conflicto en las relaciones, por tipo de sustancia y género.

Escala	Problemas con el alcohol (n = 129)		Problemas con drogas (n = 179)		F (p)	
	H (n = 89)	M (n = 40)	H (n = 137)	M (n = 42)	Sexo	Droga
Con pareja	13,9 (28,8)	24,9 (38,1)	11,3 (25,2)	10,8 (23,9)	1,5	6,5 (*)
Con familiares	5,7 (16,7)	13 (30,2)	13,7 (29,4)	10,2 (23,6)	0,3	0,6
Con amigos	1,9 (7,6)	4 (17,4)	4,5 (14,1)	2,8 (7,3)	0,01	0,13

** = $p < 0,05$.

Los pacientes en tratamiento por problemas con el alcohol informaron de un mayor porcentaje promedio de relaciones conflictivas con la pareja durante el último mes que los pacientes en tratamiento por otras drogas. No se observan diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de días de conflicto durante el último mes con otros familiares o amigos asociadas al tipo de sustancia motivo del tratamiento ni al género.

Empleo

Se observaron frecuentes situaciones de desempleo, hasta alcanzar una tasa del 61,8% en el total de la muestra ($n = 399$) y del 68% entre los pacientes en tratamiento por drogas ($n = 265$). Solo el 46,6% del total de la muestra y el 40% de los pacientes en tratamiento por drogas han tenido algún trabajo remunerado durante el mes anterior a la entrevista. Entre los pacientes que han tenido trabajo remunerado durante ese mes, hasta un 21,6% de estos 30 días fueron pérdidas de actividad productiva por causa de enfermedad o ausencia no justificada (D.E. = 32,9). El porcentaje de días perdidos por estas causas fue ligeramente superior entre los pacientes tratados por drogas (26,9%) que entre los tratados por problemas con el alcohol (17,4%).

Actividad delictiva

Un pequeño porcentaje de pacientes habían mendigado durante el mes anterior (5,3%; $n = 34$) o practicado prostitución (0,9%; $n = 6$).

Los porcentajes de pacientes tratados por drogas que han cometido diferentes delitos es inferior al hallado en el estudio británico (con sujetos admitidos a tratamiento). Los delitos cometidos más frecuentemente por estos pacientes tratados por drogas fueron la venta de drogas (7,9%), hurtos y robos en tiendas (7,2% y 6,2% respectivamente) y actividades contra el orden público (6,4%). Estos porcentajes fueron inferiores entre los pacientes tratados por problemas con el alcohol, siendo los delitos contra el orden público y las lesiones a otros los más frecuentes en este subgrupo (5,6% y 4% respectivamente).

Administración retest y fiabilidad

La tabla nº 6 muestra los valores del coeficiente kappa como índice de acuerdo o congruencia (fiabilidad test – retest) en las respuestas que los pacientes han dado a las preguntas dicotómicas. Al mismo tiempo muestra los coeficientes de correlación bi-variada de Pearson relativos a las respuestas numéricas en estas conductas (nº de días y / o nº de veces respectivamente).

La Sección A del MAP valora el consumo de diversas sustancias durante los 30 días previos a la entrevista, indicando si los pacientes han consumido o no diversas sustancias. Los resultados resumidos en la tabla nº 6 indican que las estimaciones del coeficiente kappa se aproximan generalmente o superan valores de 0,80, sugiriendo una elevada congruencia de respuesta para las preguntas de respuesta dicotómica (sí / no el paciente ha consumido esas sustancias durante el mes anterior o ha tenido alguna sobredosis). Los coeficientes de correlación (cerca o superiores generalmente a 0,80) indican elevada estabilidad temporal en las respuestas dadas sobre el nº de días de consumo de diferentes sustancias durante el último mes. Asimismo, la fiabilidad test – retest estimada a través del coeficiente de concordancia (kappa) es muy alta para la vía de consumo principal en el uso de heroína (0,91) y cocaína – clorhidrato (0,83).

La sección B del MAP valora si el paciente se ha inyectado o no drogas durante el último mes, si ha utilizado o no una jeringuilla usada por otra persona, si ha mantenido o no relaciones coitales sin preservativo, el nº de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales no protegidas y sobre la frecuencia de estas conductas de riesgo. Los valores del coeficiente kappa obtenidos indican nuevamente una elevada congruencia de respuesta para las preguntas de respuesta dicotómica (sí / no) y sobre el nº de personas con las que el paciente ha mantenido relaciones sexuales no protegidas. Los coeficientes de correlación también indican una estabilidad temporal elevada para la frecuencia de la inyección de drogas, relaciones coitales no protegidas, y uso de jeringuilla ya utilizada por otra persona.

La sección C del MAP valora diversas escalas de síntomas y problemas médicos y psicológicos. La tabla nº 6 muestra unos coeficientes de correlación de Pearson que están generalmente comprendidos entre 0,70 y 0,90, indicando una estabilidad temporal adecuada en estas escalas relativas a la salud del paciente.

La sección D del MAP valora la existencia y frecuencia de diversas actividades durante el último mes, la frecuencia de relaciones y conflictos con otros significativos (pareja, familiares, hijos menores y amigos) y la existencia y frecuencia de diversas actividades delictivas. La tabla nº 6 muestra coeficientes kappas aceptables para la mayoría de las actividades y situaciones más importantes relacionadas con el empleo y actividad productiva (trabajo remunerado, formación, voluntariado, desempleo). Los coeficientes de correlación también son aceptables para la frecuencia de la mayoría de las actividades productivas, relaciones y conflictos, aunque son algo bajos para 4 de estos 14 indicadores numéricos (días de conflicto con familiares y amigos). Finalmente, los estimadores de la fiabilidad en las actividades delictivas más frecuentes son tam-

Tabla nº 6: Estimadores de la fiabilidad test - retest de la entrevista MAP

SECCIÓN A: USO DE SUSTANCIAS		
Conducta	Kappa (Sí / No)	Correlación (Nº días / veces)
Alcohol	0,88	0,91
Heroína	0,95	0,96
Otro Opiáceo	0,82	0,87
Benzodiacepinas	0,67	0,75
Cocaína	0,83	0,92
Cannabis	0,89	0,89
Drogas de diseño	0,79	0,78
SECCIÓN B: INYECCIÓN Y CONDUCTA SEXUAL		
Conducta	Kappa (Sí / No)	Correlación (Nº días / veces)
Inyección de drogas	0,93	0,92
Jeringuilla usada	0,89	0,80
Relaciones coitales sin preservativo	0,89	0,88
Personas sin preservativo (0-2)	0,88	
SECCIÓN C: SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA		
Escala		Correlación
Problemas médicos generales		0,83
Problemas gastrointestinales		0,83
Problemas cardiovasculares		0,83
Problemas músculo-esqueletales		0,79
Problemas neuronales		0,81
Problemas con la inyección		0,73
Puntuación total		0,90
Ansiedad		0,83
Depresión		0,88
Otros síntomas psicológicos		0,76
Puntuación total		0,90
SECCIÓN D: FUNCIONAMIENTO SOCIAL		
Conducta	Kappa (Sí / No)	Correlación (Nº días / veces)
Trabajo remunerado	0,87	0,90
Días perdidos	0,75	0,87
Trabajo voluntario	0,68	0,80
Formación	0,70	0,86
Desempleo	0,83	0,86
Relación de pareja	0,82	0,85
Relación con familiares		0,71
Relación con hijos		0,81
Relación con amigos		0,69
Conflictos de pareja		0,71
Conflictos familiares		0,47
Conflictos con amigos		0,63
Mendicidad	0,76	0,77
Robo a personas	0,85	1 (nº días) / 1 (veces / días)
Robos en tiendas	0,87	0,98 (nº días) / 0,96 (veces / día)
Lesiones a otros	0,76	0,85 (nº días) / 0,84 (veces / día)
Venta de drogas	0,81	0,87 (nº días) / 0,91 (veces / día)

bién aceptables, tanto en la existencia o no de estas actividades (coeficientes kappa superiores a 0,70) como en la frecuencia de estas actividades durante el último mes (coeficientes de correlación superiores a 0,80).

Impacto de las características del evaluador y del entrevistado

La tabla nº 7 muestra las variaciones en los coeficientes de fiabilidad test – retest para los principales indicadores categóricos (respuestas si / no o simila-

res) del MAP, en función de los tres factores estudiados (sexo y sustancia principal motivo del tratamiento en los pacientes y tipo de entrevistador).

Las respuestas sobre el consumo o no de las principales sustancias durante el mes anterior muestran siempre valores de fiabilidad aceptables (valores kappa superiores a 0,70), independientemente de los tres factores estudiados. La fiabilidad en los 4 indicadores categóricos relativos a la inyección de drogas y conducta sexual de riesgo son altos (coeficientes kappa superiores a 0,80), independientemente de los tres factores. En la sección D, únicamente se observa que las mujeres proporcionan información menos fiable

Tabla nº 7: Estimadores de la fiabilidad test - retest en los indicadores categóricos de la entrevista MAP (coeficientes kappa), según sexo y trastorno adictivo del entrevistado y tipo de entrevistador.

SECCIÓN A: USO DE SUSTANCIAS						
Sustancia	Sustancia		Sexo paciente		Entrevistador	
	OH	Drogas	H	M	Clínico	No clínico
Alcohol	0,95	0,89	0,93	0,83	0,90	0,91
Heroína	-	0,95	0,94	0,95	0,96	0,89
Otro Opiáceo	-	0,82	0,85	0,82	0,87	0,77
Benzodiacepinas	0,70	0,78	0,78	0,70	0,78	0,72
Cocaína	0,92	0,86	0,87	0,94	0,90	0,81
Cannabis	0,87	0,92	0,90	0,94	0,90	0,92
Drogas de diseño	0,75	0,86	0,81	0,92	0,86	0,75
SECCIÓN B: INYECCIÓN Y CONDUCTA SEXUAL						
Conducta	Sustancia		Sexo paciente		Entrevistador	
	OH	Drogas	H	M	Clínico	No clínico
Inyección de drogas	-	0,93	0,92	1	0,96	0,86
Jeringuilla usada	-	0,89	0,87	1	0,92	0,80
Relaciones coitales sin preservativo	0,88	0,89	0,89	0,89	0,91	0,86
Personas sin preservativo (0-2)	0,88	0,89	0,89	0,88	0,90	0,86
SECCIÓN D: FUNCIONAMIENTO SOCIAL						
Conducta	Sustancia		Sexo paciente		Entrevistador	
	OH	Drogas	H	M	Clínico	No clínico
Trabajo remunerado	0,87	0,87	0,88	0,85	0,90	0,81
Días perdidos	0,70	0,77	0,76	0,70	0,79	0,51
Trabajo voluntario	0,65	0,69	0,70	0,49	0,69	0,66
Formación	0,74	0,67	0,69	0,72	0,70	0,70
Desempleo	0,82	0,83	0,83	0,82	0,85	0,77
Relación de pareja	0,80	0,87	0,79	0,95	0,66	0,79
Mendicidad	0,71	0,77	0,72	0,88	0,84	0,66
Prostitución	1	1	1	1	1	-
Venta de drogas	0,74	0,83	0,81	0,83	0,84	0,66
Hurtos	0,74	0,71	0,73	0,65	0,77	0,54
Robo en propiedad	1	0,70	0,76	-	0,92	0,49
Robo a personas	0,75	0,90	0,83	1	0,77	1
Robos en tiendas	0,75	0,89	0,87	0,85	0,81	0,92
Lesiones a otros	0,74	0,75	0,76	-	0,79	0,71

en la realización de algún trabajo voluntario y que los no-clínicos recogen información menos fiable sobre la existencia de días perdidos por enfermedad o causa no justificada. Algunas actividades delictivas (hurtos, robo en propiedad) son informadas con una fiabilidad moderadamente baja cuando intervienen la evaluación personal no-clínico. Estas actividades delictivas y otras socialmente indeseables (prostitución y mendicidad) son informadas en cuanto a su existencia o no durante el mes anterior de modo relativamente fiable, independientemente del sexo del entrevistado o tipo de trastorno adictivo. En síntesis: aunque la fiabilidad de estas respuestas categóricas varía en ocasiones sustancialmente en función del sexo y trastorno adictivo del entrevistado y de los tipos de entrevistadores que realizan las entrevistas MAP, puede afirmarse que los indicadores principales de este tipo resultan fiables independientemente de estos tres factores.

Los indicadores medidos en escalas continuas (de intervalo) también alcanzan una fiabilidad test – retest generalmente independiente de estos tres factores. La frecuencia de consumo de las principales sustancias alcanza valores aceptables o altos en hombres y mujeres, con trastornos por abuso de alcohol u otras drogas, bien sean entrevistados siempre por clínicos o por algún investigador. Lo mismo ocurre con las puntuaciones globales en salud física, aunque la información es más fiable cuando el MAP es administrado por dos clínicos. Las puntuaciones en salud psicológica son ligeramente más fiables entre los varones, mientras que el tipo de trastorno y de entrevistador no parecen influir en la estabilidad temporal de estas medidas. En la sección D, la información acerca de los lugares donde ha pernoctado el paciente resulta fiable independientemente de estos tres factores. Los indicadores sobre frecuencia de actividades productivas, voluntariado, formación, absentismo o desempleo tampoco muestran una fiabilidad asociada a estas tres características de entrevistado o entrevistador. Algunos indicadores de frecuencia de relaciones y conflictos con amigos y familiares son menos fiables en pacientes con trastornos relacionados con el alcohol que en los demás pacientes. En síntesis: generalmente, el sexo y trastorno adictivo del entrevistado y el tipo de entrevistador no parecen ejercer una influencia notable en la fiabilidad de los indicadores del MAP medidos en escalas de intervalo.

CONCLUSIONES

Los resultados expuestos en este informe son un claro apoyo para la validación del MAP, basado en resultados alcanzados en una muestra amplia de pacientes tratados por problemas con el alcohol y otras drogas procedentes de la mayoría de las comu-

nidades autónomas durante el año 2003. Este estudio ha hallado resultados prometedores acerca de la fiabilidad test – retest en un periodo de tres días para los indicadores principales de las cuatro áreas el MAP: 1) uso de sustancias; 2) inyección y conductas sexuales de riesgo; 3) salud física y psicológica; 4) funcionamiento social. Adicionalmente, el estudio ha resultado útil para mostrar que esa fiabilidad se mantiene de modo relativamente independiente de diversos factores del entrevistado (sexo del paciente y trastorno adictivo: alcoholismo u otra toxicomanía) y tipo de entrevistador (clínico o investigador). Adicionalmente, los resultados también apoyan la validez convergente del autoinforme MAP sobre el consumo de drogas durante el último mes. La adaptación y validación del MAP en una muestra española permite contar con un instrumento fiable, útil y fácil de utilizar para la monitorización y evaluación de los resultados de los tratamientos en el alcoholismo y otras toxicomanías.

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de investigación se ha llevado a cabo con la ayuda de una subvención de la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana.

REFERENCIAS

- Fernández, C. (1998). Perfil de Adicción del Maudsley: estudio de adaptación europeo. *Libro de Actas XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*, 27-48.
- Fernández Gómez, C., Torres Hernández, M. A. (2002). Evaluación de resultados del tratamiento: el Maudsley Addiction Profile. En: Iraurgi, J., González, F. (Eds.). *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*. Aula Médica Ediciones. Madrid. 387-400.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P. et al. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93, 1857-1867.
- Marsden, J., Nizzoli, U., Corbelli, C., Margaron, H., Torres, M.A., Castro de Prado, I., Stewart, D., Gossop, M. (2001). Fiabilidad del Maudsley Addiction Profile (MAP-ERIT versión) y del Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) en Italia, España y Portugal para la evaluación de tratamientos. *Adicciones* 13: 217-227.
- Torres, M.A., Fernández, C. (2004) Validación del cuestionario MAP. *Adicciones. XXXI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Córdoba*. Vol.16. Suplemento 1: 56-57.

