

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE ESCALA MULTIMODAL PARA RESULTADOS DE TRATAMIENTO EN TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Luis Fernando Giraldo Ferrer*
Juan David Velásquez Tirado**
Lucelly López López***
Andrés Felipe Tirado Otálvaro****
Juan Carlos Restrepo Medrano*****

Recibido en julio 20 de 2017, aceptado en agosto 23 de 2017

Citar este artículo así:

Giraldo Ferrer LF, Velásquez Tirado JD., López López L., Tirado Otálvaro AF, Restrepo Medrano JC. Desarrollo y validación de escala multimodal para resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 71-87. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.6

Resumen

Objetivo: Describir el proceso de desarrollo y validación de un instrumento creado para la evaluación de los resultados de tratamiento en los trastornos por uso de sustancias. **Materiales y métodos:** Este fue llevado a cabo en tres fases. Fase 1: revisión de la literatura en las principales bases de datos de ciencias de la salud sobre escalas o instrumentos para evaluación de resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias. Fase 2: desarrollo de un instrumento *de novo* y validación por expertos mediante técnica Delphi modificada a 2 fases. Fase 3: estudio de validación clínica en el que participaron 100 usuarios de una institución pública. **Resultados:** La escala de evaluación de tratamiento multimodal (EETM) obtuvo, luego de su análisis de contenido, unos resultados apropiados en términos de pertinencia y relevancia; adicionalmente mostró coeficientes de alpha de Cronbach entre 0,799 y 0,963 y similitudes entre los resultados del evaluador y el paciente. **Conclusiones:** Se concluye que la EETM demostró ser un instrumento válido para la evaluación de los resultados de tratamiento en instituciones con intervenciones integrales en los trastornos por uso de sustancias y durante el período de internamiento.

* Médico, Psiquiatra. ESE Hospital CARISMA. Grupo de Investigación Psiquiatría de Enlace, Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: luisgiraldoferre@yahoo.com.  orcid.org/0000-0002-9329-8015.

** Médico, Psiquiatra de Enlace. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación Psiquiatría de Enlace, Medellín, Colombia. Correo electrónico: juan.velasquez@upb.edu.co.  orcid.org/0000-0002-4638-2927.

*** Gerente en Sistemas de Información en Salud, Especialista en Estadística. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación Salud Pública, Medellín, Colombia. Correo electrónico: lucelly.lopez@upb.edu.co.  orcid.org/0000-0002-1534-520X.

**** Enfermero, Magíster en Epidemiología. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Cuidado, Medellín, Colombia. Correo electrónico: felipe.tirado@upb.edu.co.  orcid.org/0000-0001-9010-1494.

***** Enfermero, Ph.D. en salud Pública. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación en Emergencias y Desastres, Medellín, Colombia. Correo electrónico: juanrestrepo8@gmail.com.  orcid.org/0000-0001-9750-5467.



Palabras clave

Trastornos relacionados con sustancias, resultado del tratamiento, evaluación de resultado (atención de salud), psicometría, evaluación de programas y proyectos de salud (*Fuente: DeCS*).

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF MULTIMODAL SCALE FOR RESULTS OF TREATMENT IN DISORDERS CAUSED BY SUBSTANCE USE

Abstract

Objective: to describe the process of development and validation of an instrument created for the evaluation of treatment results in disorders caused by substance use. **Materials and methods:** The study was carried out in three phases. Phase 1: review of the literature in the main health science databases about scales or instruments for evaluation of treatment results in disorders caused by substance use; Phase 2: de novo instrument development and validation by experts using a modified 2-phase Delphi technique; Phase 3: clinical validation study involving 100 users of a public institution. **Results:** The “Escala de evaluación de tratamiento multimodal” (EETM), after its content analysis, obtained appropriate results in terms of pertinence and relevance. Additionally, it showed Cronbach’s Alpha coefficients between 0.799 and 0.963 and similarities between the evaluator and the patient results. **Conclusions:** It was concluded that the EETM proved to be a valid instrument for the evaluation of treatment results in institutions with comprehensive interventions in disorders caused by substance use and during the admission period.

Key words

Substance-related disorders, treatment result, result assessment (health care), psychometrics, health programs and projects evaluation (*Source: MeSH*).

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE ESCADA MULTIMODAL PARA RESULTADOS DE TRATAMENTO EM TRASTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Resumo

Objetivo: Descrever o processo de desenvolvimento e validação de um instrumento criado para a avaliação dos resultados de tratamento nos transtornos por uso de substâncias. **Materiais e métodos:** Este foi levado a cabo em três fases. Fase 1: revisão da literatura nas principais bases de dados de ciências da saúde sobre escadas ou instrumentos para avaliação de resultados de tratamento em transtornos por uso de substâncias. Fase 2: desenvolvimento de um instrumento de novo e validação por expertos mediante técnica Delphi modificada a 2 fases. Fase 3: estudo de validação clínica no que participaram 100 usuários de uma instituição pública. **Resultados:** A escada de avaliação de tratamento multimodal (EETM) obteve, logo de sua análise de conteúdo, uns resultados apropriados em termos de pertinência e relevância; adicionalmente mostrou coeficientes de alpha de Cronbach entre 0,799 e 0,963 e similitudes entre os resultados

do a avaliador e o paciente. **Conclusões:** Conclui se que a EETM demonstrou ser um instrumento válido para a avaliação dos resultados de tratamento em instituições com intervenções integrais nos transtornos por uso de substâncias e durante o período de internamento.

Palavras chave

Transtornos relacionados com substâncias, resultado do tratamento, avaliação de resultado (atenção de saúde), psicométrica, avaliação de programas e projetos de saúde (*Fonte: DeCS*).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos por uso de sustancias (TUS), representan un problema de salud pública a nivel mundial (1). Están asociados con alteraciones de salud física y mental, aumento en la demanda de servicios de salud, altos índices de incapacidad escolar y laboral, fenómenos delictivos y propagación de epidemias como el VIH y la hepatitis B y C (2-4).

Los tratamientos disponibles para los trastornos por uso de drogas y alcohol han demostrado que funcionan (5). Sin embargo, no todos tienen igual efectividad. Las intervenciones terapéuticas pueden realizarse en diferentes modalidades: hospitalización, hospital día, ambulatorio, comunidad terapéutica, programa de mantenimiento con metadona; así como estrategias de reducción de daño que dependen de la severidad del TUS, las condiciones sociodemográficas y clínicas que se quieran intervenir y la disponibilidad local de centros y servicios. En cuanto a los modelos de intervención estos pueden ser variados, y con frecuencia mezclados, e incluyen entre otros: los programas de 12 pasos, la terapia cognitivo-conductual, la convivencial-conductual, la teoterapia, el modelo matrix y los tratamientos farmacológicos (6).

La evaluación de la efectividad de los tratamientos para los TUS ha sido una preocupación reciente en nuestro medio; no solo para los sistemas de

aseguramiento, sino también para el personal de salud y la propia comunidad. Tanto el Estado como los prestadores de salud requieren herramientas que permitan evaluar la relación costo-beneficio en los tratamientos de las adicciones con miras a definir políticas para su atención, orientar recursos, reglamentar el sector, definir características y logros mínimos y acreditar instituciones como prestadoras de estos servicios (7).

El Plan de Acción en Salud Mental para Europa aprobado en la *European Ministerial Conference on Mental Health* (WHO), en 2005, contempla en su área de acción número 12 la necesidad de “evaluar la efectividad y generar nueva evidencia”; acción imposible de emprender, si no disponemos de los instrumentos de evaluación adecuados (8).

Hoy en día, los TUS se ubican dentro de un grupo de trastornos crónicos y complejos (9). Esto implica que, al momento de hacer la evaluación inicial de los pacientes y de medir los resultados del tratamiento, se debe considerar no solo el consumo de sustancias sino también las características y magnitud de los problemas relacionados; es decir que los instrumentos utilizados para evaluar deben reflejar lo que se ha llamado el concepto biaxial de las adicciones (10-12), el cual debe ser tenido en cuenta de manera adicional a la hora de diseñar tratamientos más eficaces (13).

Según la literatura científica, un resultado de tratamiento en adicciones se define como la modificación de una conducta o condición a

través de una intervención determinada (5). Los resultados de tratamiento en el caso de los TUS suelen incluir abstinencia o disminución del consumo, disminución de la criminalidad, mejoría de la salud física y de las habilidades sociales entre otras; y pueden ser medidos al inicio, durante el tratamiento, al final de este y/o en uno o más momentos del seguimiento (14). Dependiendo de las oportunidades de tratamiento, la variabilidad de los equipos de profesionales, la capacidad locativa y los recursos financieros disponibles (15).

Para evaluar un tratamiento de drogodependencia, es preciso tener en cuenta tres áreas fundamentales:

(i) descripción del paciente: la cual deberá contemplar aspectos tales como condición de salud, características psicológicas, psiquiátricas y familiares, nivel de integración social y relación con la justicia.

(ii) Descripción del tratamiento/servicio: composición del equipo, número de horas disponibles para cada profesional, recursos locativos, equipamientos, al igual que la descripción del proceso terapéutico.

(iii) Indicadores de éxito del proceso: adherencia al tratamiento y uso de intervenciones complementarias, así como indicadores de éxito del resultado (consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo y competencias psicológicas y sociales que favorezcan la integración a diferentes redes sociales) (15).

A los tratamientos tradicionales en TUS con evidencia clínica de efectividad como son la entrevista motivacional, las intervenciones cognitivo-conductuales para la prevención de recaída, la adquisición de habilidades sociales y manejo de emociones, se han incorporado nuevas

intervenciones que acumulan evidencia empírica de efectividad (16). Estos nuevos elementos dentro del tratamiento no aparecen adecuadamente reflejados en las escalas existentes y muchas de estas intervenciones no cuentan con la evaluación de efectividad dentro de un programa integral. De allí surge que se requieran instrumentos que permitan evaluar los cambios durante la intervención; en los cuales se plasmen objetivos específicos, limitados en el tiempo, alcanzables durante el tratamiento, realistas y medibles. Además, es importante que los nuevos instrumentos se ajusten a un proceso de validación metodológicamente riguroso.

Se considera como los tratamientos de elección para las adicciones, a los programas multicomponentes o terapias multimodales realizadas por equipos interdisciplinarios. Estas tienen su origen en el conductismo y se entienden bajo la premisa de Arnold Lazarus de que para que una terapia sea eficaz debe incluir todas las técnicas empíricamente probadas independientemente de su origen, además de adaptar el tratamiento a las características de cada individuo (17).

Se realizó una revisión de la literatura reciente con el fin de definir los ítems a incluir en un nuevo instrumento de medida de resultados de tratamiento (18). En esta se identificaron 21 estudios de validación de instrumentos, de los cuales solo 5 cumplían con criterios para ser estudios para validar escalas de tratamiento: 3 fueron desarrollados en Australia —Australia *Treatment, Outcome Profile* (ATOS) (19), *Alcohol, Treatment Outcome Profile* (ATOM) (20), *Brief Treatment Outcome Measure* (BTOM) (21)— 1 en Nueva Zelanda —*Metadone Treatment Index* (MTI) (22)— y 1 en Suecia —*Outcome Questionnaire* (OQ45) (23)—. Los ítems evaluados en los diferentes estudios se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Ítems evaluados en los estudios revisados.

Título del artículo	Año	Instrumento utilizado	Variables que evalúa
“Validation and implementation of the Australian Treatment Outcomes Profile in specialist drug and alcohol settings” (19).	2013	<i>Australia, treatment, outcome profile</i> (ATOS).	Uso de sustancias, cantidad y frecuencia, uso de drogas intravenosas, salud física, salud mental, calidad de vida, alojamiento, empleo, estudio, arrestos, violencia, cuidado de los hijos.
“The Alcohol Treatment Outcome Measure (ATOM): A new clinical tool for standardizing outcome measurement for alcohol treatment” (20).	2009	<i>Alcohol Treatment Outcome Measure</i> (ATOM).	Uso de sustancias, relaciones, aspectos económicos, crimen, salud física y psicológica.
“Development and validation of a brief instrument for routine outcome monitoring in opioid maintenance pharmacotherapy services: The brief treatment outcome measure (BTOM)” (21).	2005	<i>Brief Treatment Outcome Measure</i> (BTOM).	Severidad de la dependencia, riesgo de exposición al virus de transmisión sanguínea, consumo de drogas (alcohol, heroína y otros opiáceos ilícitos, cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes y tabaco), la salud/funcionamiento psicológico y el funcionamiento social. Contiene 32 ítems, en 6 escalas más 5 dominios.
“Development of a brief treatment instrument for routine clinical use with methadone maintenance treatment clients: The methadone treatment index” (22).	2008	<i>Methadone Treatment Index</i> (MTI).	Funcionamiento social y conductual, salud física y mental en pacientes con uso reciente de sustancias.
“The Swedish version of the Outcome Questionnaire (OQ-45)” (23).	2010	OQ-45	Reducción de los síntomas y funcionamiento social. Tres dimensiones generales: problemas intraindividuales (síntomas angustiantes-SD), problemas en las relaciones con otros (relaciones interpersonales-IR) y problemas que el individuo tiene con la sociedad que lo rodea (rol social-SR).

Fuente: elaboración propia.

En la ciudad de Medellín (Colombia) existe una institución de orden público, la ESE Hospital CARISMA; institución que basa su intervención, para el tratamiento de los problemas relacionados con sustancias, en un modelo médico-psicológico y social (24). Este modelo se realiza en cuatro fases: las dos primeras se llevan a cabo durante un internamiento de 30 días, “desintoxicación” (10 días) y “deshabitación” (20 días); la tercera fase se le llama “reinserción” (30 días en hospital de día) y la cuarta de “seguimiento” (2 años) realizada sobre la base de intervenciones ambulatorias. El modelo de

tratamiento está sustentado sobre varios pilares: el tratamiento farmacológico específico de las adicciones y de la comorbilidad psiquiátrica; la intervención cognitivo-conductual basada en el modelo de prevención de recaída con inclusión de formación en habilidades sociales, manejo de emociones y manejo de la ansiedad de consumo; la intervención de familia; terapia ocupacional, actividad física, elementos convivenciales de comunidad y tratamiento de la comorbilidad médica. Este tratamiento es realizado por un equipo interdisciplinario complejo con personal del área médica, psicosocial y operadores calificados (25).

Esta institución y la Universidad Pontificia Bolivariana se interesaron en desarrollar y validar un instrumento de medida que permitiera evaluar los logros de los pacientes durante la fase inicial del programa (desintoxicación, deshabitación y reinserción). Esta primera fase tiene una duración de 60 días (30 días iniciales de internamiento y 30 días en hospital de día), en la cual la intervención es intensiva. Para el seguimiento se dispone de otro instrumento pendiente de validar.

Considerando las características descritas se planteó como objetivo principal de este estudio el desarrollo y la validación de un instrumento de medida enfocado a evaluar grupos de intervenciones basados en la evidencia. Este artículo tiene como objetivo describir el proceso de desarrollo y validación de dicho instrumento para evaluar los resultados del tratamiento en los TUS, además de mostrar sus resultados de validación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de validación de un instrumento para la evaluación de resultados de tratamiento en trastornos relacionados con sustancias (drogas y alcohol). Para este estudio se llevaron a cabo tres fases.

Fase 1: en esta etapa se realizó una revisión de los artículos publicados en la literatura científica que abordaran el tema de escalas y/o instrumentos de medida para la evaluación de los resultados de tratamiento para TUS (18).

Fase 2: a partir de la revisión de las escalas e instrumentos existentes y el análisis de los mismos se desarrolló un instrumento *de novo* que permitiera evaluar tratamientos en trastornos por uso de sustancias. De los estudios analizados se extrajeron los ítems que se ajustaban al objetivo del instrumento y a las condiciones clínicas y culturales de los pacientes que se atienden en la institución; a través de estos se construyeron

las preguntas por parte del equipo investigador y se formularon diferentes opciones de respuesta; para la valoración física y sintomática se usaron respuestas dicotómicas, mientras que para las que incluían percepciones en el ámbito psicosocial se utilizaron respuestas en una escala de Likert.

Las preguntas incluidas en el cuestionario inicial fueron construidas y revisadas por el equipo de investigación en pleno, en su forma y contenido; cuando se presentaron diferencias entre los investigadores, en estos aspectos, se analizó de manera específica cada caso y se dirimió el tema por consenso. A partir de esta construcción se desarrolló un instrumento con 117 preguntas agrupadas en 10 dimensiones en las diferentes áreas de tratamiento (física, mental, sociofamiliar y ocupacional).

El cuestionario se creó con el objetivo de ser una herramienta de fácil utilización para el personal asistencial que labore en un centro de atención a drogodependientes (CAD) con un modelo de intervención integral (médico, psicológico, ocupacional y social).

Una vez construido el instrumento se procedió a contactar un grupo de 10 expertos en el tema de drogodependencia, con reconocimiento nacional e internacional y amplia experiencia clínica e investigativa en esta área, quienes debían evaluar el cuestionario y determinar si este respondía al constructo “evaluación de los tratamientos en trastornos por uso de sustancias”; verificando la claridad y consistencia de cada pregunta. Luego de establecer contacto con el grupo seleccionado por vía telefónica y/o virtual se pudo obtener el consentimiento informado y el compromiso para participar en el estudio por parte de ocho de ellos. El equipo coordinador fue el encargado de seleccionar el grupo de evaluación, el cual fue constituido considerando criterios de heterogeneidad en cuanto a: profesión, edad, género y región del país en la que laboran.

Los expertos valoraron de manera anónima e independiente entre ellos la pertinencia y relevancia de cada dimensión por medio de la técnica Delphi modificada (26-28), a dos rondas, para obtener así el valor del índice de validez de contenido (CVI). Dicho proceso se realizó de manera anónima e independiente por cada uno de los expertos contactados, a quienes se les indicó previamente que podían hacer cualquier sugerencia o modificación a las preguntas enviadas o incluir nuevos cuestionamientos en caso de que los consideraran necesarios.

Al grupo de expertos, se le pidió que valorara las siguientes dimensiones:

Presencia de síndrome de abstinencia: entendido como el cuadro físico y psicológico que se presenta cuando una persona con dependencia de una sustancia deja de consumirla o disminuye su consumo. Este comprende cambios neurovegetativos, cognoscitivos y conductuales que son específicos de cada sustancia consumida. Se presentan en un período de tiempo cercano a la suspensión del consumo.

Síntomas psicopatológicos: se refiere a la presencia de síntomas y/o signos que afectan el estado mental y que el paciente expresa durante la entrevista o que son observados directamente por el evaluador.

Relaciones familiares: se refiere a las interacciones que se dan al interior de la familia y que definen el tipo de relación entre sus miembros en cuanto a la comunicación, los límites, la afectividad y la autoridad.

Estado de salud física: se define como la presencia o ausencia de síntomas sugestivos de enfermedad o trastorno físico a través del interrogatorio al paciente.

Hábitos de salud e higiene: son las conductas habituales acordes con un estilo de vida que promueve la salud y la higiene, son estables en

el tiempo y facilitan la convivencia. Se evalúa por observación directa del profesional tratante y/o por otras fuentes de información (personal de enfermería, familiar).

Proyecto de vida: se define como el esquema o plan de trabajo para la propia vida. Parte de un estado de expectativas, recursos en su ambiente y del deseo individual para llevarlo a la acción. Cuenta con delimitación en el tiempo y está orientado a la elección de un estilo de vida que incluya lo vocacional y lo personal.

Motivación al cambio: se refiere al estadio en el que el paciente se encuentra dentro del proceso de cambio, de acuerdo al modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (29).

Habilidades ocupacionales: se entienden como un conjunto de características actitudinales y de destrezas que permiten un desempeño adecuado en determinadas tareas.

Estrategias de prevención de recaída: es el aprendizaje de técnicas que permiten afrontar con éxito situaciones, pensamientos y/o estados emocionales que pueden llevar nuevamente al consumo.

Habilidades sociales y manejo de emociones: las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales. El manejo de las emociones se refiere a la habilidad de reconocer los significados de las emociones y de razonar y manejar las conductas originadas en estas.

El grupo de expertos realizó la evaluación en la primera ronda y envió los resultados de la valoración sobre la pertinencia y relevancia de cada una de las 10 dimensiones. Posteriormente el equipo coordinador efectuó las modificaciones que consideraron pertinentes partiendo de la discusión de los comentarios realizados, la revisión

bibliográfica y las sugerencias de expertos temáticos en cada una de las dimensiones propuestas para su evaluación.

Una vez se llegó al consenso sobre las 10 dimensiones y se definieron los ítems que dieran respuesta a cada una de ellas y la manera de puntuarlos, se envió nuevamente el cuestionario a los expertos para que evaluaran la pertinencia y relevancia del instrumento completo. Después de recibir los comentarios y sugerencias del grupo de expertos, el equipo de investigación se reunió una vez más para consolidar la información y ajustar el cuestionario para obtener la versión definitiva del mismo.

La validez de contenido se determinó a través de la prueba de expertos descrita por Polit (26), la cual considera dos criterios: pertinencia (existe correspondencia y coherencia entre el ítem y la dimensión a la que pertenece) y relevancia (la importancia del ítem según la dimensión a la que pertenece).

Luego de la evaluación del instrumento por parte de los expertos se midió la validez de contenido para cada ítem del instrumento, la validez de contenido individual para cada experto y la validez de contenido general del instrumento por medio de las fórmulas establecidas en la literatura científica (30).

Un CVI, en cualquiera de los tres apartados anteriores, mayor o igual a 0,80, se consideró indicativo de validez de contenido elevado; mientras que el valor mínimo exigido fue de 0,62 según Lawshe (31).

A continuación, se describe el desarrollo de la fase 3 del estudio en la que se midió la validación del instrumento.

Población y muestra

Se consideró como población a todos los pacientes de la ESE Hospital CARISMA que ingresaron a tratamiento para drogodependencia.

La muestra necesaria para la validación fue de 500 personas. Sin embargo, por problemas de contratación de la ESE con prestadores de servicios de salud debido a dificultades del sistema de seguridad social de Colombia, solo se pudo tener acceso a 100 pacientes durante el tiempo de duración del estudio. Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes: ser mayores de edad sin importar el sexo; ingresar al servicio de hospitalización total con el objetivo de recibir el tratamiento establecido para su diagnóstico; tener diagnóstico clínico por médico psiquiatra o toxicólogo de TUS para cocaína, THC, heroína, bazuco, tabaco o alcohol (independientemente de la severidad y el estado de motivación al cambio en que estuviera y los tratamientos recibidos); se excluyeron pacientes con psicosis en fase aguda y pacientes con discapacidad intelectual moderada o severa.

Instrumento de estudio

El índice de medida denominado “Escala de evaluación de tratamiento multimodal” (EETM) es un instrumento *de novo* desarrollado en la fase 2, de lápiz y papel, diseñado para valorar y evaluar los resultados de tratamientos en los TUS durante el proceso de internamiento breve en instituciones de modelo médico biopsicosocial.

El índice se compone de 10 dimensiones, cada una de ellas con diferentes preguntas de calificación, las cuales fueron valoradas durante la entrevista clínica de la siguiente forma: presencia de síndrome de abstinencia (un ítem que evalúa la presencia o ausencia del síndrome de abstinencia); síntomas psicóticos (14 ítems relacionados con la presencia o ausencia de dichos síntomas, 15 días previos al ingreso a la institución); relaciones familiares (un ítem que califica dichas relaciones en una escala de Likert, 15 días previos al ingreso a la institución); estado de salud (23 ítems relacionados con la presencia o ausencia de síntomas físicos, al momento de la evaluación); hábitos de salud e higiene (4 ítems relacionados con la presencia o ausencia de dichos hábitos, 15 días previos al

ingreso a la institución); proyecto de vida (9 ítems con relación a las afirmaciones presentadas por el paciente en una escala de Likert); motivación al cambio (1 ítem que puntúa en escala de 1 a 11, la motivación al cambio de acuerdo con la situación con la que más se identifique el paciente); habilidad ocupacional (10 ítems sobre el grado de acuerdo del paciente con relación a las afirmaciones presentadas en una escala de Likert); estrategias de prevención (12 ítems que niegan o afirman dichas estrategias, al momento de la evaluación); habilidades sociales (28 ítems en una escala de Likert sobre la frecuencia con la que el paciente presenta alguna de las situaciones expuestas, 15 días previos al ingreso a la institución).

Cuando se puntúa cada una de las preguntas, las dimensiones generan una puntuación total que se encuentra entre 0 y 187 puntos; cuánto más alta sea la puntuación, peores condiciones tendrá el paciente y viceversa. Por tanto, al medir las 10 dimensiones, la escala EETM genera puntuaciones cuya magnitud puede describir la condición del paciente al momento de la evaluación.

La puntuación para cada dimensión se obtuvo de la sumatoria de sus ítems: en el caso de las preguntas dicotómicas, cuando el ítem evaluaba aspectos negativos (irritabilidad), se asignó 1 a la presencia de síntomas; mientras que si evaluaban aspectos positivos (interés por el autocuidado), se asignó 1 a la ausencia de dicho ítem; en los demás casos se asignó 0 (cero). Para los ítems evaluados en una escala de Likert, se usaron puntuaciones de 1 a 5; siendo 5 la peor condición y 1 la mejor.

Para el cálculo del *score* total se consideraron pesos porcentuales para cada una de las dimensiones de la siguiente manera: síndrome de abstinencia, 10 %; síntomas psicopatológicos, 15 %; relaciones familiares, 10 %; salud física, 10 %; hábitos de salud, 5 %; proyecto de vida, 10 %; motivación al cambio, 15 %; habilidades ocupacionales, 10 %; estrategias de prevención de recaídas, 15 % y habilidad social, 5 %.

Trabajo de campo

La recolección de la información se desarrolló entre febrero y noviembre de 2015; y se llevó a cabo únicamente al inicio del tratamiento por profesionales vinculados a la institución. Después de obtener el consentimiento informado por parte de los pacientes (dentro de los primeros diez días de tratamiento hospitalario) los profesionales se reunieron con cada paciente de manera individual y evaluaron los componentes de la dimensión que les correspondía según su profesión, la percepción del paciente sobre cada dimensión, así como los aspectos clínicos y demográficos.

Las dimensiones fueron evaluadas por cada profesional, así: psiquiatría (síntomas psicopatológicos y habilidades de autocuidado); médico especialista en farmacodependencia (síndrome de abstinencia, motivación al cambio, síntomas físicos y estrategias de prevención de recaídas); psicología (proyecto de vida, manejo de emociones y habilidades sociales); trabajo social (relaciones familiares); terapia ocupacional (habilidades ocupacionales).

Análisis de los datos

Los datos fueron almacenados en Excel en una base de datos con validaciones de campos. Posterior a ello se exportó para su análisis en Statistics IBM versión 22, licencia amparada por la Universidad Pontificia Bolivariana.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Para las variables cuantitativas se calculó el promedio, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico (RIC), dependiendo de la distribución de los datos. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Se sumaron las respuestas de cada ítem para obtener el *score* de cada dimensión y el *score* global.

Para evaluar la fiabilidad de cada dimensión se calculó el alpha de Cronbach (para cada dimensión y global) y se realizó un análisis de correlaciones de cada dimensión con el *score* global, excluyendo cada dimensión (índice de correlación corregida).

Las comparaciones entre evaluador y paciente se realizaron por medio de pruebas t de Student o U de Mann-Whitney; dependiendo de la distribución de los datos, las comparaciones para las variables cualitativas se realizaron por medio de una prueba de Chi cuadrado de independencia. Se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05.

Aspectos éticos

Investigación de riesgo mínimo, según lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se obtuvo consentimiento informado escrito por parte de todos los participantes en el estudio y se tuvo aval por parte del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana y la ESE Hospital CARISMA.

RESULTADOS

El grupo de expertos seleccionado estuvo conformado por cuatro médicos psiquiatras con experiencia entre 15 y 23 años, dos de los cuales tenían maestría (uno en psicología clínica y terapia de familia y el otro en conductas adictivas); un médico con una maestría en drogodependencia y un doctorado en psicología social con 22 años de experiencia; dos toxicólogos, uno de ellos con maestría en epidemiología y 8 años de experiencia y el otro con 25 años de experiencia; y una psicóloga con maestría en psicología clínica con 15 años de experiencia profesional; todos vinculados como trabajadores en centros hospitalarios de atención a pacientes con trastornos por uso de sustancias.

Validez de contenido

Todos los ítems evaluados por los expertos obtuvieron una puntuación mayor o igual a 0,8; lo que significa no solo que los ítems evaluados son pertinentes y relevantes, sino que la validez de contenido del índice es elevada. La validez de contenido general del instrumento tuvo una valoración de 0,9.

Tras considerar la evaluación realizada por el grupo de expertos, y debido a que estos no sugirieron cambios de fondo en la versión definitiva, el equipo coordinador realizó los ajustes de forma y diseñó la versión final del EETM.

Para la validación se ingresó un total de 100 pacientes, de los cuales el 85 % eran hombres con edades entre 15 y 60 años; una mediana de 26 años, rango intercuartílico entre 21 y 33 años; 51 pacientes (58 %) pertenecían a estratos uno y dos (condición socioeconómica baja). Entre los encuestados 24 no tenían empleo, 76 (78,4 %) viven en Medellín o su área metropolitana, 6 residían en hoteles y 7 eran habitantes de calle; solo el 12,7 % (7 pacientes), manifestaron no tener apoyo familiar.

Tanto los pacientes como los evaluadores coincidieron en que la cocaína y sus derivados son las sustancias de mayor problema (34 %), seguidas por marihuana (21 % pacientes, 24 % evaluador) y alcohol (10 % pacientes, 9 % evaluador). No se encontraron diferencias estadísticas al comparar la opinión del evaluador y del paciente con relación a la sustancia de mayor problema ($p=0,9495$).

De los pacientes ingresados en el estudio 48 (58,5 %) eran polidependientes. Las sustancias más consumidas en los últimos 30 días fueron marihuana 70 % (63 pacientes), cocaína 65,6 % (59 pacientes) y alcohol 70 % (63 pacientes); 4 pacientes manifestaron consumo de inhalantes, LSD o anfetaminas y uno solo dijo haber consumido hongos.

En relación con la motivación al cambio, no se observaron diferencias estadísticas ($p=0,1683$) entre lo que opina el paciente y el evaluador; el estado de motivación más frecuente fue: “había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, y estaba listo para llevar a cabo planes de cambio” (tabla 2).

Tabla 2. Motivación al cambio, según el paciente y el médico.

Motivación al cambio	Evaluador		Paciente	
	n	%	n	%
Había suspendido el consumo y pensaba no volver a consumirlas	9	10,8	9	12,5
Había suspendido el consumo, le preocupaba el hecho de volver a recaer, creía que debía ingresar a tratamiento para conservar los cambios que había hecho	18	21,7	12	16,7
Consumía drogas y/o alcohol, pero pensaba en iniciar un cambio	14	16,9	16	22,2
Había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol y estaba listo para llevar a cabo planes de cambio	19	22,9	22	30,6
Había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, pero no estaba listo para llevar a cabo plan de cambio	12	14,5	3	4,2
Frecuentemente pensaba en cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, pero no tenía previsto cambiar todavía	6	7,2	5	6,9
A veces pensaba en cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, pero no tenía previsto cambiar todavía	3	3,6	2	2,8
Rara vez pensaba en cambiar su consumo de drogas y/o alcohol y no tenía planes de cambiar	1	1,2	2	2,8
Le gustaba consumir drogas y decidió nunca dejar de consumirlas. No tenía interés en cambiar	1	1,2	1	1,4

Valor $p=0,1683$.

Fuente: elaboración propia.

El 21,9 % (14 pacientes) presentó signos y síntomas sugestivos de síndrome de abstinencia; la mediana para los días sin consumo previo al ingreso a la institución fue de 11 días con RIC (7-15); el 75 %, tenían 15 días o menos sin consumir.

Al calcular el *score* de cada uno de los dominios se encontraron 16 pacientes con ausencia de síntomas

psicopatológicos y 10 con ausencia de síntomas físicos. Todos los dominios, en general, presentaron gran variabilidad. Al comparar los promedios del *score* siempre fue mejor la valoración del paciente que la del evaluador, encontrando diferencias estadísticas en todos los dominios. La consistencia interna de los diferentes dominios evaluados estuvo entre 0,674- 0,966; las estrategias de prevención

de recaída arrojaron las puntuaciones de alpha más bajas; mientras que el dominio de habilidades sociales obtuvo las más altas (tabla 3).

Tabla 3. Resultados para los dominios según paciente y evaluador.

Dominios	n	Evaluador			Paciente			Valor p
		# ítems	Media (SD)	α Cronbach	# ítems	Media (SD)	α Cronbach	
Síntomas psicopatológicos	98	14	4,6 (3,9)	0,87				
Estado de salud	98	23	5,7 (4,4)	0,825				
Hábitos de salud e higiene	100	4	1,0 (1,5)	0,888				
Proyecto de vida	59	9	30,5 (8,4)	0,906	9	24,8 (8,6)	0,877	0,001
Habilidad ocupacional	51	10	35,5 (8,7)	0,963	10	25,2 (5,1)	0,913	0,001
Estrategias de prevención de recaída	57	12	6,2 (3,2)	0,799	12	4,3 (2,5)	0,674	0,001
Habilidades sociales	59	28	88,6 (24,7)	0,966	28	70,7 (24,6)	0,96	0,001
Score total*	38	102	39,7 (13,8)			33,3 (11,2)		0,001

* El *score* total fue calculado teniendo en cuenta los siguientes pesos porcentuales: síndrome de abstinencia, 10 %; síntomas psicopatológicos, 15 %; relaciones familiares, 10 %; salud física, 10 %; hábitos de salud, 5 %; proyecto de vida, 10 %; motivación al cambio, 15 %; habilidades ocupacionales, 10 %; estrategias de prevención de recaídas, 15 % y habilidad social, 5 %.

Fuente: elaboración propia.

Las dimensiones relacionadas con síntomas psicopatológicos, habilidades sociales y proyecto de vida tuvieron una correlación directa; en el primer caso se puede considerar buena y en los otros dos de tipo fuerte. En los otros dominios, las correlaciones fueron pobres (tabla 4).

Tabla 4. Coeficientes de correlación de cada una de las dimensiones con score total.

Dimensión	Evaluador		Participante	
	Coeficiente de correlación	Valor p	Coeficiente de correlación	Valor p
Síntomas psicóticos	0,697	0,002	0,712	0,000
Estado de salud	0,214	0,410	0,213	0,317
Habilidad ocupacional	0,313	0,221	0,198	0,354
Habilidades sociales	0,901	0,000	0,746	0,000
Proyecto de vida	0,819	0,000	0,722	0,000

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La revisión de la literatura sobre instrumentos que evalúen los resultados de tratamientos en TUS, evidenció que la investigación en este campo es escasa y es visible la necesidad de realizar investigaciones más a fondo y de plasmarlas en publicaciones con metodologías rigurosas. De todo el abanico de posibilidades de tratamiento para los problemas relacionados con sustancias, comunidad terapéutica, tratamientos ambulatorios, programas de mantenimiento con metadona, son muy pocas las instituciones que se preocupan por evaluar los resultados de tratamiento utilizando cualquier método; o si lo hacen, la evidencia de esto es muy pobre en la literatura científica.

La escala EETM, a diferencia de los instrumentos de referencia —como ASI (32), OTI (33) y Maudsley (34)— que están diseñados para hacer evaluaciones durante el tratamiento o en el período de seguimiento, se presenta como una escala que permite medir los resultados de tratamiento durante el período en que este dure utilizando mediciones sucesivas.

Esta escala fue desarrollada para responder a un modelo de tratamiento multimodal con enfoque médico-psicológico de los TUS. Evalúa la presencia o ausencia del síndrome de abstinencia de la sustancia principal y los síntomas físicos como aspectos de la condición general que requieren atención durante el tratamiento; contempla también aspectos fundamentales del tratamiento cognitivo-conductual de las adicciones tales como las estrategias de prevención de recaída, las habilidades ocupacionales, habilidades sociales y en el manejo de las emociones; examina aspectos complementarios como la condición psicológica indagando por síntomas característicos que definen cuadros psicopatológicos, las relaciones familiares, el estadio motivacional, el proyecto de vida y las habilidades de autocuidado.

La EETM ha sido desarrollada para realizarse durante el internamiento de los usuarios; y es por ello que fueron excluidos ítems específicos relacionados con el consumo de sustancias, el funcionamiento social y la actividad delictiva, así como las conductas de riesgo sexual y de inyección. Este instrumento no está formulado para hacer diagnóstico, ya que es usado en pacientes con diferentes severidades de su problema adictivo.

Se debe tener presente que se realizó la investigación de validación utilizando pacientes ingresados de forma voluntaria y con un grado de moderado a severo del TUS.

Con relación a los resultados encontrados, llama la atención que un 30,6 % “había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, y estaba listo para llevar a cabo planes de cambio” (según estadio motivacional de Prochaska y Diclemente) (35); mientras que un 7 % “pensaba en cambiar el consumo de droga y/o alcohol, pero no tenía previsto hacerlo todavía”. Esto sugiere que, incluso, usuarios que acuden a tratamiento hospitalario, tienen bajos niveles de motivación al cambio.

Las correlaciones de cada una de las dimensiones con el *score* total fueron bajas, en general. Esto puede ser explicado por el número total de participantes que lograron ingresar y por el número de preguntas contenidas en cada dominio: aquellos que tenían menos preguntas fueron los que arrojaron coeficientes más bajos, inferiores al 0,5; mientras aquellos con coeficientes superiores a 0,7, tenían en común más de 10 preguntas (siendo medidos en una escala de Likert).

La EETM demostró validez por su claridad y facilidad de comprensión en cada uno de los ítems para los expertos que participaron en el estudio. Presentó un índice de validez de contenido general (CVI-Total) de 0,98, mayor que el mínimo valor exigido de 0,62 por Lawshe (31) para la prueba con ocho expertos; lo cual garantiza la validez de contenido, desde la literatura científica, relacionando ítems para evaluar los resultados de tratamiento en TUS.

El EETM presenta coeficientes de concordancia alfa de Cronbach entre 0,8 y 1 en todas sus escalas; similar a lo que ocurre con Maudsley (36), el cual tiene para la escala de salud física una alfa de 0,77 y psicopatológica alfa de 0,81. Sin embargo, la presente escala no incluyó la validación test-retest.

Es claro que un índice de medida que evalúe los resultados del tratamiento en TUS debe considerar aspectos tan importantes como el síndrome de abstinencia, la motivación al cambio y las relaciones familiares. Después de la revisión de la literatura disponible sobre el tema y tras considerar la opinión del grupo de expertos se decidió evaluar dichas variables por medio de preguntas dicotómicas o escalas ordinales, ya que esta es la mejor manera de medir la información relacionada con estos aspectos del tratamiento. Sin embargo, por el tipo de medición de estas variables, no fue posible ingresarlas en el modelo de correlación dada su naturaleza y nivel de medición.

El grupo de investigadores —al igual que los expertos consultados— consideraron que Ítems como relaciones familiares, proyecto de vida, hábitos de salud e higiene, habilidades ocupacionales y estrategias de prevención de recaída, son medidas importantes a tener en cuenta a la hora de evaluar un programa de tratamiento integral para pacientes con TUS. Sin embargo, al no encontrar en la literatura revisada un instrumento que los evaluara ni contar con un *gold standard* de medición, se decidió construir dichas variables a partir de la experiencia clínica y la validación de la misma por parte del grupo evaluador.

Dimensiones como síntomas psicopatológicos, proyecto de vida y habilidades sociales tuvieron una correlación directa con el *score*. Al momento de llevar a cabo el seguimiento de los pacientes se esperaba que puntuaciones altas en el proyecto de vida y en habilidades sociales, al igual que puntajes bajos en los síntomas psicopatológicos, podrían ser indicadores de mejores resultados en el tratamiento; lo cual guarda relación con lo encontrado en la literatura (37).

Dentro de las limitaciones encontradas en la validación de este instrumento se debe resaltar el hecho de no haber podido contar con una muestra mayor a la incluida y la imposibilidad de hacer un seguimiento completo a todos los pacientes debido

a la poca adherencia y aspectos administrativos propios de la institución donde se recolectó la muestra; motivo por el cual no fue posible realizar análisis factoriales, ni análisis por mitades, para hacer una evaluación mucho más cuidadosa y rigurosa del instrumento.

Los autores también manifiestan algunas dificultades para realizar las mediciones en una escala de Likert debido a la naturaleza de las preguntas relacionadas con el estado de salud, síndrome de abstinencia y estrategias de prevención de recaídas entre otras; en donde las opciones de respuesta son dicotómicas, situación que afecta los puntajes de cada dimensión y por lo tanto la correlación de estos con el puntaje total.

El instrumento fue diseñado originalmente para la evaluación de resultados de tratamiento en TUS mediante el seguimiento a los pacientes en las diferentes fases del mismo. Sin embargo solo se logró obtener la información al ingreso debido a los problemas administrativos mencionados anteriormente en la metodología. Por este motivo, los autores decidieron conservar todas las dimensiones incluidas en el instrumento a pesar de que las correlaciones de algunas de estas con el puntaje total fueron muy débiles. Desde el punto de vista clínico, dichas dimensiones (hábitos de salud e higiene y estrategias de prevención de recaída) se consideran relevantes e imprescindibles dentro del instrumento; adicionalmente tienen un enfoque particular dentro del tratamiento, ya que existen actividades específicas dirigidas a mejorar estas áreas dentro del programa terapéutico.

CONCLUSIÓN

La escala EETM fue diseñada para evaluar los resultados de tratamiento en los pacientes en internamiento y con mediciones sucesivas en diferentes momentos. Se realizó una validación por expertos y una validación clínica en la que se encontró que la escala tiene medidas de consistencia interna y validez aceptables.

La escala puede ser usada para evaluar instituciones que tengan programas de tratamiento con problemas relacionados con sustancias con internamiento de tiempo variable, equipos interdisciplinarios complejos con enfoque médico y psicológico y que incluyan intervenciones cognitivo-conductuales para prevención de recaídas, intervención sobre motivación y proyecto de vida, habilidades sociales y manejo de emociones.

Se recomienda hacer estudios de seguimiento con mediciones repetidas, tras el empleo de la escala EETM, con el fin de determinar la evolución de la mejoría de las dimensiones propuestas por la escala durante las diferentes fases del tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se enmarca en una serie de actuaciones conjuntas entre la Universidad Pontificia Bolivariana y la ESE Hospital CARISMA, en materia de prevención e intervención de las drogodependencias en el departamento de Antioquia (Colombia).

Agradecemos a la ESE Hospital CARISMA y su personal por el apoyo y las facilidades ofrecidas para la realización del trabajo de campo de este estudio; y a la Universidad Pontificia Bolivariana por la financiación y asesoría técnica.

A María Camila Rodríguez Ángel por su apoyo en la digitación de las encuestas y a Luz Gabriela Ochoa Acosta por la corrección y ajuste de las referencias bibliográficas en el formato exigido por la revista.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses, ya que la investigación de la cual se deriva el presente artículo no representa ningún tipo de intereses políticos y/o financieros asociados a patentes o propiedad, provisión de materiales y/o bienes y equipamientos utilizados en el estudio.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta investigación fue financiada por el Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación de la Universidad Pontificia Bolivariana y la ESE Hospital CARISMA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNODC. World Drug Report 2013. Washington: United Nations Publication; 2013.
2. Barrondo Lakarra S., López de Jesús M., Meana Martínez J. Bases biológicas, psicológicas y socioculturales. En: Pérez J., Valderrama J., Cervera G., Rubio G., editores. Tratado SET de trastornos adictivos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. p. 1-13.
3. OEA. El problema de las drogas en las Américas. Washington: OEA; 2013.
4. Friedmann PD., Lemon SC., Stein MD., Etheridge RM., D'Aunno TA. Linkage to medical services in the drug abuse treatment outcome study. *Med Care*. 2001; 39 (3): 284-295.
5. NIDA, NIH. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf>.
6. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri MM., Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 4: CD005031.
7. Fernández-Hermida JR., Secades R., Magdalena-Benavente Y., Riestra del Rosal C. Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo, España: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias; 1999.
8. WHO. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf.
9. NIDA. DrugFacts: Understanding drug abuse and addiction. Understanding drug abuse and addiction. Disponible en: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_final_0.pdf.
10. Pérez J., Valderrama J., Cervera G., Rubio G., editores. Tratado SET de trastornos adictivos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
11. De Wilde J., Broekaert E., Rosseel Y. Problem severity profiles of clients in European therapeutic communities: Gender differences in various areas of functioning. *Eur Addict Res*. 2006; 12(3): 128-137.
12. Leonard KE., Homish GG. Predictors of heavy drinking and drinking problems over the first 4 years of marriage. *Psychol Addict Behav*. 2008; 22 (1): 25.
13. McLellan AT., Cacciola JC., Alterman AI., Rikoon SH., Carise C. The addiction severity index at 25: Origins, contributions and transitions. *Am J Addict*. 2006; 15 (2): 113-124.
14. Klein A. Outcomes of alcohol/Other drugs dependency treatment. Minnesota: Butler Center of Research; 2011.
15. Colletti M. La evaluación de los tratamientos. En: Grup IGIA. Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2000. p. 373-380.
16. Garland E., Froeliger B., Howard M. Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. *Front Psychiatry*. 2014; 4: 173.
17. Lazarus AA. New methods in psychotherapy: A case study. *S Afr Med J*. 1958; 32 (26): 660-663.
18. Giraldo-Ferrer LF., Velásquez-Tirado JD., Restrepo-Medrano JC., Tirado-Otálvaro AF. Uso de instrumentos clínicos para la evaluación de pacientes y resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias (TUS). *Rev Fac Med*. 2016; 64 (4): 749-759.

19. Ryan A., Holmes J., Hunt V., Dunlop A., Mammen K., Holland R., et al. Validation and implementation of the Australian treatment outcomes profile in specialist drug and alcohol settings. *Drug Alcohol Rev.* 2014; 33 (1): 33-42.
20. Simpson M., Lawrinson P., Copeland J., Gates P. The Alcohol Treatment Outcome Measure (ATOM): A new clinical tool for standardising outcome measurement for alcohol treatment. *Addict Behav.* 2009; 34 (1): 121-124.
21. Lawrinson P., Copeland J., Indig D. Development and validation of a brief instrument for routine outcome monitoring in opioid maintenance pharmacotherapy services: The brief treatment outcome measure (BTOM). *Drug Alcohol Depend.* 2005; 80 (1): 125-133.
22. Deering DE., Sellman JD., Adamson SJ., Horn J., Frampton CM. Development of a brief treatment instrument for routine clinical use with methadone maintenance treatment clients: The Methadone Treatment Index. *Subst Use Misuse.* 2008; 43 (11): 1666-1680.
23. Wennberg P., Philips B., Jong K. The Swedish version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Reliability and factor structure in a substance abuse sample. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2010; 83 (3): 325-329.
24. Dutra L., Stathopoulou G., Basden SL., Leyro TM., Powers MB., Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2008; 165: 179-187.
25. NIH. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. Darby, PA: DIANE Publishing; 2012.
26. Polit DF., Hungler BP., Palacios Martínez R., Féher de la Torre G. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. Disponible en: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&B1=Buscar&formato=1&cantidad=50&expresion=Polit,%20Denise%20F>.
27. Kimberlin CL., Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm.* 2008; 65 (23): 2276-2284.
28. Parsian N., Dunning TA. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Glob J Health Sci.* 2009; 1 (1): 2-11.
29. Prochaska JO., DiClemente C., Norcross JC. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET Rev Toxicom N.* 1994; 1: 3-14.
30. Argimon Pallas JM., Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier España; 2004.
31. Lawshe CH. Quantitative approach to content validity. *Pers Psychol.* 1975; 28 (4): 563-575.
32. McLellan AT., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., et al. The fifth edition of the addiction severity index. *J Subst Abuse Treat.* 1992; 9 (3): 199-213.
33. Darke S., Hall W., Wodaki A., Heather N., Ward J. Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: The Opiate Treatment Index. *Br J Addict.* 1992; 87 (5): 733-742.
34. Marsden J., Gossop M., Stewart D., Best D., Farrell M., Lehmann P., et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction.* 1998; 93 (12): 1857-1867.
35. Prochaska JO., DiClemente CC., Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992; 47 (9): 1102.
36. Hernández MÁT., Gómez CF. Validación española del Maudsley Addiction Profile (MAP). *Adicciones.* 2004; 16 (4): 265-274.
37. Moos RH., Nichol AC., Moos BS. Risk factors for symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders. *Addiction.* 2002; 97 (1): 75-85.