



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



Fundación para la Formación  
e Investigaciones Sanitarias  
de la Región de Murcia



# Protocolo de evaluación para el modelo matrix





Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social

 **Fundación para la Formación  
e Investigación Sanitarias  
de la Región de Murcia**



#### **EDITA**

Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias  
Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias  
Consejería de Sanidad y Política Social

#### **DEPÓSITO LEGAL**

MU 103-2013

#### **ISBN**

978-84-96994-84-3

#### **IMPRIME**

IM Nova Gráfica

[www.imnova.com](http://www.imnova.com)

#### **AUTORES:**

Trinidad Ortuño Campillo

Jesús Martí Esquitino

María Payá Tourné



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
EVALUACIÓN.....	5
1.1. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN .....	5
1.2. EVALUACIÓN DE LOS ESTADIOS DE CAMBIO, MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO Y CRAVING.....	6
1.3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS .....	7
Evaluación de la sintomatología depresiva:.....	8
Evaluación de los síntomas ansiosos:.....	9
1.4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD .....	9
1.5. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS.....	11
1.6. EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES.....	12
1.7. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL Y LA CALIDAD DE VIDA .....	13
1.8. OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	16
RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN EN EL MODELO MATRIX.....	19
ALGORITMO DE ACTUACIÓN PARA LA EVALUACIÓN EN EL MODELO MATRIX.....	21
ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO CON LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA.....	22
ANEXO II: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO.....	24
ANEXO III: VALORACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA EL MODELO MATRIX.....	27
ANEXO IV: MATERIAL UTILIZADO PARA LAS RECOMENDACIONES .....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29



## INTRODUCCIÓN

Según la definición de Fernández Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 1999), la Evaluación Psicológica: *"es aquella disciplina de la Psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios), de un sujeto o de un grupo de sujetos determinado, en su interacción recíproca con el ambiente físico y social, con el fin de describir, clasificar, predecir, y, en su caso, explicar su comportamiento"*.

El Plan de Acción en Salud Mental para Europa aprobado en la WHO European Ministerial Conference on Mental Health, celebrada en Helsinki en 2005, contempla en su área de acción 12 la necesidad de "Evaluar la efectividad y generar nueva evidencia", acción imposible de emprender si no disponemos de los instrumentos de evaluación adecuados.

El plantear un protocolo de evaluación específico para estudiar esta población proporcionará algunas ventajas importantes tanto para la práctica clínica como investigadora. El seguimiento del protocolo aportará una mayor sistematización, la posibilidad de replicación y convergencia entre evaluadores y la delimitación de los subprocesos susceptibles de evaluación.

En la evaluación psicológica de las adicciones es necesario obtener información sobre aspectos relacionados con:

1. El nivel de gravedad de la conducta adictiva.
2. La evaluación de los estadios de cambio, motivación al tratamiento y craving.
3. La evaluación de trastornos psicopatológicos, es decir, de los trastornos mentales de los ejes I y II distintos al trastorno de abuso o dependencia de sustancias.
4. La evaluación de las funciones cognitivas.
5. Presencia de problemas psicosociales y ambientales del individuo.
6. Actividad global y calidad de vida.

A continuación se presentan algunos de los instrumentos de diagnóstico y evaluación psicológica más comúnmente aplicados en el ámbito de las adicciones. Éstos han sido seleccionados entre los instrumentos que cuentan con mayor fiabilidad, validez y utilidad, así como un adecuado respaldo tanto en el campo de la investigación como de la clínica.



## EVALUACIÓN

### *1.1. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN*

Resulta imprescindible utilizar medidas pragmáticas que permitan evaluar tanto la intensidad como la gravedad clínica así como la necesidad de cuidados y tratamientos para nuestros pacientes.

El Addiction Severity Index (ASI), desde su introducción en 1980 (McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980) se ha convertido en uno de los instrumentos más universalmente utilizado y valorado en el ámbito clínico y de investigación de los trastornos por consumo de sustancias. Se trata de una entrevista estructurada diseñada para proporcionar información básica sobre distintas áreas de la vida del paciente con fines de ayuda al diagnóstico y de evaluación de los cambios clínicos y los resultados de los tratamientos. A finales de los años 80 el Centro para el Desarrollo Metodológico y de Instrumentos del NIDA promovió su actualización. Así surgió el ASI-5 (McLellan et al., 1992).

- **El ASI-5** incluye una nueva sección, la historia familiar de problemas relacionados con el alcohol, las drogas y problemas psiquiátricos. Con respecto al ASI añade nuevos ítems a las secciones existentes (p.e., la vía de administración de las drogas, actividades ilegales...) para ajustarse a la realidad del consumo de drogas de finales de los 80 y principios de los 90. Este instrumento presenta una aplicación informática en inglés para su codificación y corrección, **el DENS**.
- **EuropASI** (Kokkevi & Hartgers, 1995) es la versión europea de la 5ª versión del ASI. Este instrumento evalúa distintos aspectos de la vida de los pacientes que han podido contribuir al desarrollo del síndrome de abuso de sustancias. En concreto, explora las siguientes seis áreas de la vida potencialmente problemáticas (salud física, empleo/recursos, drogas/alcohol, situación legal, historia familiar, relaciones familiares/sociales, salud mental). El EuropASI proporciona una entrevista de seguimiento para evaluar el programa y su utilidad.
- El Índice de Gravedad de la Adicción **ASI-6** (Casares López et al., 2011) evalúa el grado de gravedad del problema en siete áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales, y estado psicológico. Los cambios estructurales del ASI-6 se traducen en tres elementos: el tiempo de administración, la fiabilidad



interexaminadores y el desarrollo de metodologías de seguimiento más eficaces (ASI-6-FU).

## ***1.2. EVALUACIÓN DE LOS ESTADIOS DE CAMBIO, MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO Y CRAVING***

Un aspecto clave en el campo de la drogodependencias es la evaluación de la motivación al cambio, ya que va a influir en la disposición que tiene el sujeto hacia el tratamiento. Un individuo con baja motivación es más probable que abandone prematuramente su proceso terapéutico y puede presentar mayor resistencia ante determinadas indicaciones del terapeuta si éste no se adapta a la motivación para el cambio que el sujeto tiene en ese momento. Según el Modelo Transteórico, el cambio de una conducta sería en espiral, y no lineal, y se extendería a lo largo del tiempo y seguiría una progresión de cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Prochaska, 2008).

Los estadios de cambio pueden evaluarse de una forma sencilla a través de preguntas excluyentes entre sí de los estadios en los que se encuentra el sujeto. También es posible evaluar la motivación al cambio a través de los siguientes instrumentos:

- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (**URICA**) (McConaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989). Es un cuestionario de 32 ítems que proporciona puntuaciones en cuatro escalas que se corresponden con los estadios de cambio.
- Escala de estadios de cambio y motivación para el tratamiento (**SOCRATES**) (Miller & Tonigan, 1996). Surgió como una alternativa al URICA en población con dependencia del alcohol. También se utiliza para la evaluación de la preparación para el cambio en la adicción a otras drogas. Consta de 19 ítems y contiene tres escalas: ambivalencia, reconocimiento y emprendimiento de cambios.

Por otra parte, el concepto dimensional de craving ha ido evolucionando en los últimos años y no se ha logrado expresar en una única definición, aceptada por todos los autores. Sobre lo que sí existe un amplio consenso es en considerar el craving como un componente importante de la dependencia de drogas, puesto que parece clara su implicación de forma



bastante generalizada en las recaídas y la continuidad del consumo posterior, bien tras largos periodos de abstinencia como durante el tratamiento.

De nuevo el concepto de craving puede ser evaluado de una forma breve y sencilla a través de escalas unidimensionales o a través de cuestionarios multidimensionales. Entre estos últimos encontramos:

- Cuestionario de Craving, **CAC** (Weiss, Griffin, & Hufford, 1995). El craving es considerado como un fenómeno multidimensional, dinámico y episódico. Consta de cinco ítems en los que se evalúan los siguientes aspectos: la intensidad del craving, la intensidad del craving durante las 24 horas previas, la frecuencia del craving, la reactividad del craving ante estímulos ambientales relacionados y la probabilidad de consumir si está en un ambiente con disponibilidad de la sustancia. Se trata de una estructura unidimensional.
- Cuestionario de **Evaluación del Craving** (López Durán & Becoña Iglesias, 2006). Consta de 10 ítems. Presenta una estructura factorial de un solo factor y una adecuada fiabilidad, de 0.85.

Otros cuestionarios específicos: cuestionario de craving de alcohol (**ACQ**) (Singleton, Tiffany, & Henningfield, 1995), la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (**EMCA**) (Guardia Serecigni et al., 2004), el cuestionario de craving de cocaína (**CCQ**) (Tiffany, Singleton, Haertzen, & Henningfield, 1993), el cuestionario de craving de marihuana (**MCQ**) (Heishman, Singleton, & Liguori, 2001), el cuestionario de craving de benzodiazepinas (**BCQ**) (Mol et al., 2003) y el cuestionario de craving de heroína (**HCQ**) (Heinz et al., 2006).

### ***1.3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS***

En el ámbito de las adicciones es de especial relevancia la evaluación de la psicopatología, tanto si es comórbida al consumo de sustancias como si es producto del mismo. Para la evaluación de la presencia de trastornos psicopatológicos se pueden utilizar instrumentos generales que nos aporten una visión global del sujeto y nos permitan detectar problemas que puedan interferir en el tratamiento, o bien u otras pruebas más específicas.



*a) Como instrumentos generales útiles en la evaluación de la psicopatología se proponen los siguientes:*

- Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (**SCL-90-R**) (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez Abuín, & Rodríguez Pulido, 2002). Evalúa el malestar subjetivo, pero sin hacer una valoración diagnóstica. Es un instrumento diseñado para ser utilizado como screening, como medida de gravedad y para la evaluación de resultados. Consta de nueve escalas sintomáticas (ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo) y también incluye tres índices globales de psicopatología.
- Cuestionario de Salud General (**GHQ-28**) (Goldberg & Hillier, 1979); (Lobo, Pérez-Echeverría, & Artal, 1986). Ofrece resultados en cuatro áreas: síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad/angustia, disfunción social y depresión.

*b) Instrumentos específicos para la evaluación de la psicopatología:*

A pesar de que existe una alta comorbilidad entre consumo de drogas y psicopatología, es imposible evaluar todos los trastornos relacionados con el consumo de drogas en las personas que demandan tratamiento. Debido a la frecuente comorbilidad que presentan los trastornos adictivos con la sintomatología ansiosa y depresiva proponemos algunos de los cuestionarios más utilizados para la evaluación de los mismos. Para evaluar correctamente la psicopatología depresiva y/o ansiosa es necesario tener en cuenta que estos síntomas pueden deberse tanto a la intoxicación como al síndrome de abstinencia, por lo que lo recomendable es valorarlos tras aproximadamente un mes de abstinencia.

### **Evaluación de la sintomatología depresiva:**

- Inventario para la depresión de Beck (**BDI II**) (Beck, Steer, & Brown, 1996). Es el cuestionario más utilizado. Se trata de un instrumento autoadministrado que mide la gravedad de la depresión en adultos y adolescente mayores de 13 años. Consta de 21 ítems diferenciados en dos factores: subescala afectiva (pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad) y la subescala somática (tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión,





pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad para concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés sexual).

- La escala de Hamilton para la depresión (**HDRS**) (Hamilton, 1960). Consta de 17 ítems que ofrecen una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en cada uno de sus cuatro factores: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento.

### **Evaluación de los síntomas ansiosos:**

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (**STAI**) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Evalúa únicamente síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad pero es uno de los más utilizados principalmente por su brevedad, fácil corrección y por disponer de baremos estandarizados para poder comparar al sujeto con su grupo normativo.
- Escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (**HARS**) (Hamilton, 1959). Evalúa ansiedad cognitiva y somática pero carece de baremos estandarizados. Todos los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, no mostrándose útiles para evaluar un trastorno de ansiedad concreto.

## ***1.4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD***

El estudio de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias se ha configurado como un área de investigación de especial interés en los últimos años. El conocimiento de las características de personalidad del individuo permite al clínico adecuar las intervenciones a las necesidades y capacidades del paciente.

Para la evaluación de la personalidad se proponen dos entrevistas clínicas y dos cuestionarios autoinformados:

- Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (**IPDE**) (Loranger, 1999). Consta de 59 ítems para la versión CIE- 10 y de 77 para la versión DSM-IV, con respuesta dicotómica V/F. Los criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante preguntas que hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afecto, prueba de realidad y control de impulsos. Este



instrumento proporciona dos tipos de información diagnóstica: categorial (es decir, si cada uno de los trastornos de personalidad explorado está ausente, probable o presente) y dimensional (de cada trastorno de personalidad proporciona una medida de la intensidad con la que está presente). Para establecer diagnósticos es preciso aplicar posteriormente la entrevista que acompaña a este cuestionario.

- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (**SCID II**) (First, 1999). Consta de 119 ítems de respuesta dicotómica. Al igual que en el IPDE, el cuestionario de cribado permite al profesional identificar posibles trastornos de personalidad y aquellas escalas que muestren puntuaciones por encima del punto de corte deben ser entrevistados por un clínico entrenado en la aplicación de la entrevista estructurada y corroborar así un posible diagnóstico. Permite al clínico el diagnóstico de los trastornos de personalidad con criterios DSM-IV.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (**MCMI-III**) (Millon, Davis, & Millon, 1994). Evalúa 11 patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo; y tres patrones graves de personalidad: esquizotípico, límite y paranoide. Evalúa también una serie de síndromes del eje I (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante).
- Inventario del Temperamento y Carácter Revisado (**TCI-R**) (Cloninger, 1999). Consta de 249 ítems y evalúa cuatro dimensiones del temperamento (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa y persistencia) y tres de carácter (autodirección, cooperatividad y autotranscendencia). El temperamento implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales, determina hábitos y emociones y se mantiene estable a lo largo del tiempo, mientras que el carácter es lo que hacemos por nosotros mismos de manera intencional y básicamente se construye a través del proceso de socialización.

Otros instrumentos que se pueden aplicar para la evaluación de la personalidad son el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (**MMPI-2 RF**) (Ben-



Porath & Tellegen, 2008); (Ben-Porath & Tellegen, 2008), Cuestionario Factorial de Personalidad **16 PF-5** (Cattell & P. Cattell, 1995), Inventario NEO de Personalidad - Revisado (**NEO-PIR**) (Costa & MacCrae, 1992), el Cuestionario Big Five (**BFQ**) (Caprara, Barbaranelli, Borgogni, & Perugini, 1993), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado (**EPQ-R**) (Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985).

### ***1.5. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS***

En los últimos años, se ha puesto en evidencia la necesidad de realizar evaluaciones neuropsicológicas en el campo de las adicciones al describirse algunos procesos cognitivos alterados, en especial las funciones ejecutivas. Existen escalas de valoración psicométrica orientadas a describir el funcionamiento en la vida cotidiana de los individuos y, en su caso, detectar problemas en ella derivados de presentar sintomatología disejecutiva. Los siguientes instrumentos están validados en español para población con problemas de adicción:

- La Escala de Comportamiento del Sistema Frontal (**FrSBe**) (Grace & Malloy, 2001), validación española (Pedrero-Pérez et al., 2009) con 46 ítems, de fácil y breve administración, que incluye una medida global de deterioro frontal así como medidas parciales de los tres síndromes: apatía, desinhibición y disfunción ejecutiva. Existen dos formas del cuestionario (autoinforme e informe de familiar). Cuantifica los cambios comportamentales en una dimensión temporal, al incluir una estimación de línea base (retrospectiva) y una estimación actual de conductas.
- El Cuestionario Disejecutivo (**DEX**) (Wilson, Evans, Alderman, Burgess, & Emslie, 1997), validación española (Llanero-Luque et al., 2008). Consta de 20 ítems. Su puntuación valora problemas en el pensamiento abstracto, la planificación, el insight, la secuenciación temporal, el control de impulsos, la inhibición de respuestas, la toma de decisiones, así como la presencia de fabulaciones, impulsividad, euforia, apatía, agresividad, inquietud motora, respuestas afectivas superficiales, perseveraciones, distractibilidad y despreocupación por reglas sociales. El cuestionario original también tiene dos versiones: una que debe ser cumplimentada por el sujeto (DEX) y otra por un informador cercano al sujeto (DEX-R). De esta manera se calcula un índice de discrepancia entre el paciente y el informador.



La evaluación de las funciones ejecutivas es compleja, debido posiblemente a la escasa operatividad de este constructo y porque es prácticamente imposible diseñar un test que valore exclusivamente funciones ejecutivas. Sin embargo, existen diferentes instrumentos que evalúan por separado los procesos implicados. Los procesos ejecutivos más frecuentemente analizados son la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la fluidez verbal, la inhibición o control de la interferencia, abstracción o razonamiento analógico, la flexibilidad cognitiva, la planificación y toma de decisiones. Se proponen algunos de estos instrumentos para una evaluación más exhaustiva de la sintomatología disejecutiva: **test de Stroop** (Golden, 2005), **test de Torre de Hanoi** (Barroso y Martín & León Carrión, 2001), **test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin** (Grant & Berg, 1996).

Otros de los dominios cognitivos que también suelen verse afectados por los trastornos adictivos son la atención y la memoria (Cunha, Nicastri, Gomes, Moino, & Peluso, 2004; Goldstein et al., 2004; Sclafani et al., 1998)

La atención suele valorarse clínicamente mediante la aplicación de las llamadas pruebas de cancelación o de actuación continua. Las incluidas en la presente propuesta son el **test d** (Brickenkamp & Zillmer, 1998) y la calidad de la ejecución de la forma A del Trail Making Test (**TMT**) (Battery, 1944); (Lezak, 2004) (Reitan & Wolfson, 1985).

Para la evaluación de la memoria las pruebas más utilizadas son la escala de memoria de Wechsler (**WMS-III**) (Wechsler, 1999), en la que destacan el subtest de memoria lógica y el de lista de palabras (memoria verbal). También se puede aplicar el test de aprendizaje verbal España-Complutense (**TAVEC**) (Benedet & Alexandre, 1998), si bien el tiempo de aplicación resulta mayor que el del subtest lista de palabras de la WMS-III. Este último valora la memoria tanto a corto como a largo plazo, las perseveraciones e intrusiones en tareas de aprendizaje y reconocimiento.

## ***1.6. EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES***

Los problemas psicosociales y ambientales pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales. La evaluación de los estresores del individuo y la capacidad de afrontamiento ante tales circunstancias puede ayudar a la elaboración de un mejor diagnóstico psicopatológico y a la planificación de la intervención terapéutica.



Para evaluar la presencia de problemas psicosociales y/o ambientales se encuentran:

- La Escala de **Estrés Psicosocial** (Holmes & Rahe, 1967). La escala de estrés de Holmes y Rahe es una lista de 43 acontecimientos estresantes en la vida que pueden contribuir a que las personas desarrollen un alto nivel de estrés y enfermedades.
- La Escala de Estrés Percibido (**PSS**) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Consta de 14 ítems. Las preguntas en esta escala hacen referencia a los sentimientos y pensamientos durante el último mes.

Para la evaluación de la capacidad de afrontamiento del sujeto a los acontecimientos estresantes disponemos de:

- El Inventario de Estrategias de afrontamiento (**CSI**) (Cano García, L. Franco, & García Martínez, 2007) que mide los pensamientos y acciones que las personas utilizan para manejar los encuentros estresantes.
- Otros instrumentos como: **Daily Coping Measure** (Stone, Greenberg, Kennedy-Moore, & Newman, 1991), **Cuestionario de Afrontamiento del Estrés** (Sandín Ferrero & Chorot Raso, 2003) o **Strategic Approach to Coping Scale** (Hobfoll, 1998); versión española (Pedrero, 2007).

### ***1.7. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL Y LA CALIDAD DE VIDA***

La importancia de la medición de la actividad global y de la calidad de vida del usuario deriva de la posibilidad de conocer en qué medida su funcionamiento cotidiano se ve influido por la psicopatología que presenta. En el caso de la evaluación de la actividad global se trata de realizar una valoración funcional de las limitaciones que presenta el sujeto; algunos de los instrumentos útiles para ello son:

- Escala de Impresión Clínica Global (**CGI**) (Guy, 1976). Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente la gravedad del cuadro clínico (CGI- SI) y la mejoría del cuadro clínico debido a las intervenciones terapéuticas (CGI- GI). Existen versiones



heteroaplicadas y autoaplicadas, dependiendo si es el profesional quien valora la gravedad y/o la mejoría o es el usuario quien lo hace.

- Escala de Evaluación de la Actividad Global (**EEAG**) (American Psychiatric Association, 1994) que mide el funcionamiento psicosocial del individuo mediante la evaluación de la gravedad de los síntomas y el deterioro en su actividad a través de un continuum de salud-enfermedad (100-0) que es cumplimentado por el terapeuta en relación a la actividad psicológica, social y laboral.
- La Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad (**WHODAS**) (World Health Organization, 1988) es una entrevista semiestructurada que evalúa el funcionamiento psicosocial de las personas con trastorno mental. En concreto evalúa el cuidado personal, la ocupación, la vivienda, el funcionamiento familiar y el funcionamiento social. Existe una revisión de este instrumento, el **WHODAS-II** (Vásquez-Barquero, Herrera, Vásquez, & Gaité, 2006) con una versión de 36 y otra de 12 ítems. Ambos evalúan el funcionamiento en 6 áreas de la actividad del individuo.
- La Escala Autoaplicada de Adaptación Social (**SASS**) (Bosc, Dubini, & Polin, 1997) diseñada inicialmente para evaluar la conducta y ajuste social en pacientes con depresión, evalúa el funcionamiento del individuo en el área laboral, familiar, ocio, relaciones sociales, motivación e intereses.

Además de la aplicación de alguna de las escalas anteriores se considera relevante evaluar con mayor profundidad las habilidades sociales del sujeto. Es común que en las personas con adicciones se deterioren o pierdan numerosas relaciones sociales y que para la recuperación necesiten hacer otras nuevas, por lo que el tener una valoración de su manejo social nos va a ser útil para aplicar un tratamiento y una ayuda más adecuadas. Para la valoración de las habilidades sociales disponemos de instrumentos como:

- Escala de habilidades sociales (**EHS**) (Gismero, 2000). Consta de 33 ítems. Se obtiene un índice Global del nivel de habilidades sociales. Detecta cuáles son las áreas más problemáticas a la hora de tener que comportarse de manera asertiva. Está compuesta de 6 factores o subescalas: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir "no" y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.



- Inventario de **Asertividad de Rathus** (Rathus, 1973). Consta de 30 ítems, pudiendo puntuar cada uno de ellos desde +3 (muy característico en mí), hasta -3 (muy poco característico en mí). Una puntuación positiva alta indica buen dominio de las habilidades sociales, mientras que una puntuación negativa alta indica lo contrario.

Si sumamos a la medición de variables objetivas la percepción subjetiva del paciente en tratamiento, conseguiremos obtener objetivos consensuados y una evaluación más exhaustiva de los resultados de los programas de tratamiento. Entre los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida destacan:

- Cuestionario de salud (**SF-36**) (Ware Jr & Gandek, 1994). Evalúa el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental. Una de sus versiones consta de 36 ítems, que se agrupan en 8 subescalas (función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental). Existe también una versión abreviada de 6 ítems, (**SF -6D**) (Brazier, Roberts, Tsuchiya, & Busschbach, 2004).
- Cuestionario de salud EuroQol- 5D (**EQ-5D**) (Badia, Roset, Montserrat, Herdman, & Segura, 1999). Se trata de una escala autoaplicada diseñada con la intención de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Una primera parte evalúa cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. La segunda parte está compuesta por una escala analógica visual a través de la cual el paciente estima el punto que mejor represente su estado de salud global en el día de la entrevista.
- Cuestionario de calidad de vida (**Whoqol-Bref**) (World Health Organization, 1996). El WHOQOL-BREF es una versión abreviada de 26 ítems del instrumento original WHOQOL-100. Consta de dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Puntuaciones altas indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.



El inconveniente de los instrumentos anteriores es que no están diseñados para población drogodependiente. Existen cuestionarios de calidad de vida específicos para esta población, aunque son menos conocidos, como:

- El Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas, (**TECVASP**) (Lozano Rojas et al., 2007). Consta de 22 ítems. Evalúa el funcionamiento físico y psicosocial del individuo a través de diversos factores como la dependencia física y psicológica, el funcionamiento cognitivo, la percepción de salud, las expectativas o el funcionamiento social.
- El cuestionario **CAD-4** de calidad de vida (Pedrero Pérez, Olivar Arroyo, & Chicharro Romero, 2008) que evalúa el funcionamiento social, el tiempo libre, la salud percibida, el funcionamiento psicológico, la ejecución funcional y la adicción.

### ***1.8. OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS***

A continuación proponemos una serie de instrumentos que pueden ayudar a una evaluación más específica de los pacientes con problemas de adicciones. Incluimos instrumentos de evaluación del cociente intelectual, de ideación suicida y acontecimientos traumáticos entre otros:

- Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas (**DTCQ**) (Annis & Martin, 1985). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 50 ítems diseñado para evaluar autoeficacia en diferentes tipos de situaciones intrapersonales e interpersonales. Las puntuaciones en las ocho subescalas constituyen un perfil de confianza del sujeto. Existe una versión breve de tan sólo 8 ítems que también ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (Sklar & Turner, 1999).
- Otro instrumento conocido es la Self-Efficacy List for Drug Users (**SELD**) (Walburg & Van Emst, 1985). Consta de cuatro dimensiones: estados de ánimo positivos y negativos y Estímulos internos y externos. El sujeto debe puntuar en una escala tipo Likert de 5 puntos su capacidad para mantenerse abstinentes ante 22 situaciones diferentes.
- Escala de Adecuación de Dosis de opiáceos (**EADO**) (González-Saiz, 2009). Consta de 10 ítems. Es una entrevista clínica semi-estructurada breve y heteroaplicada cuyo





objetivo es la evaluación del grado de ajuste de las dosis de metadona en el contexto de los programas de mantenimiento. El marco de referencia temporal son los 7 días previos al momento de la evaluación.

- Escala de Efectos Secundarios (**UKU**) (Lingjaerd, Ahlfors, Bech, Dencker, & Elgen, 1987). Es una escala diseñada para evaluar los efectos secundarios derivados del consumo de psicofármacos. Consta de 54 ítems, que se agrupan en efectos psíquicos, neurológicos, autonómicos y otros efectos.
- Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (**SALSEX**) (Montejo et al., 2000). Se trata de un instrumento de cribado de disfunción sexual diseñado para resultar mínimamente intrusivo para el paciente. Consta de 7 ítems que evalúan los siguientes aspectos: presencia de disfunción sexual y comunicación espontánea, disfunciones específicas (descenso de la libido, retraso y ausencia de orgasmo/eyaculación, e impotencia/ disminución de la excitación sexual) y tolerancia ante la disfunción sexual. El marco de referencia temporal es desde que toma el tratamiento farmacológico.
- Escala de inteligencia de Wechsler (**Wais -IV**) (Wechsler, 2008) Es una escala de evaluación de la inteligencia en sujetos a partir de los 16 años de edad. El test consta de dos escalas: verbal y manipulativa, que están formadas por once subtests.
- Test de inteligencia no verbal (**TONI-2**) (Brown, Sherbenou, & Johnsen, 2000). Permite la estimación del funcionamiento intelectual mediante la evaluación de la capacidad para resolver problemas abstractos de tipo gráfico, eliminando la influencia del lenguaje y de la habilidad motriz. Existen dos formas A y B, incluidas en un mismo cuadernillo, cada una de ellas formada por 55 elementos.
- Mini-Examen Cognoscitivo (**MEC-30 Y MEC-35**) (Folstein & Lobo, 2002). Permite detectar el deterioro cognitivo y evaluar su gravedad, además de establecer un seguimiento de los cambios cognitivos a lo largo del tiempo, y con ello documentar la respuesta de un individuo al tratamiento. Las áreas cognitivas que explora son: orientación temporal y espacial, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria diferida, lenguaje y praxis.
- Escala de Ideación Suicida, Beck (**SSI**) (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). Evalúa los pensamientos suicidas. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems que se valoran en una escala de 3 puntos. Mide la intensidad de los deseos de



vivir y de morir, además de otros elementos que deben tenerse en cuenta, como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de “frenos”.

- Escala de Desesperanza, Beck (**HS**) (Aaron T. Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). Se trata de una escala que mide, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems.
- Escala de **Autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1989). Es un autoinforme que presenta una medida global y unidimensional de la autoestima. Consta de 10 ítems, la puntuación mínima es 10 y la máxima 40. A mayor puntuación menor autoestima.
- Escala de Impulsividad de Barratt **BIS 11** (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Cuestionario de 30 ítems, con cuatro opciones respuesta, que están agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.
- Escala de Acontecimientos traumáticos en la infancia- forma breve (**CTQ-SF**) (Bernstein et al., 2003). Consta de 28 ítems que se agrupan en 5 subescalas diferentes (5 posibles formas de maltrato) que costan de 5 ítems cada una y una sexta escala que consta de 6 ítems de validez.
- Escala de cribado de TDAH en adultos (**ASRS v.1.1**) (Kessler et al., 2005) es un cuestionario de 18 ítems que mide síntomas actuales de TDAH según el DSM-IV en población adulta, desarrollado por el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud.

## RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN EN EL MODELO MATRIX

En las páginas anteriores se han recogido los cuestionarios más utilizados, tanto en la práctica clínica como en investigación, para evaluar distintas áreas en los trastornos adictivos. Con el objetivo de poder avanzar en el estudio de dichos trastornos se proponen algunos instrumentos básicos para su evaluación. Las pruebas que se recomiendan aparecen en los cuadros 1, 2 y 3. Se establece una valoración por niveles de distinta especificidad dependiendo del requerimiento del caso y los recursos disponibles. No obstante, el primer nivel se considera básico a la hora de la evaluación de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Los instrumentos deberían ser administrados en tres momentos: antes de comenzar el tratamiento, tras finalizar el tratamiento intensivo de Matrix (4 meses) y al año de comenzar el tratamiento, es decir, después de haber asistido a los grupos de continuación del programa (figura 1). Algunos de los instrumentos que indicamos en este protocolo se pueden encontrar en: <http://www.e-drogas.es>, facilitando así tanto su aplicación como la recogida y análisis datos.

Además de los cuestionarios recomendados se incluyen los documentos del consentimiento informado (ANEXO I) y un cuestionario de satisfacción (ANEXO II). Es imprescindible para el inicio del proceso terapéutico que el usuario lea y comprenda, junto con el profesional, el documento del “consentimiento informado y acuerdo con los servicios de programa” con el fin de asegurar y garantizar una información adecuada, que permita participar al usuario en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento. Asimismo, consideramos que es importante evaluar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida y el tratamiento. El objetivo no es solo conocer las áreas de satisfacción, sino también aquellas con las que se han sentido insatisfechos con el propósito de identificar puntos de mejora.



**Fig1. Evaluaciones requeridas**



**Cuadro 1: nivel 1: 90 minutos**

**NIVEL 1: EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA**

EuropASI. Entrevista de Seguimiento  
Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)  
Cuestionario de Craving (CAC)  
Cuestionario de salud EuroQol- 5D (EQ-5D) o Cuestionario de salud (SF-36)

**Cuadro 2: nivel 2: 60 minutos**

**NIVEL 2: EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL EJE I, II Y III:  
PSICOPATOLOGÍA, PERSONALIDAD Y FUNCIONES COGNITIVAS**

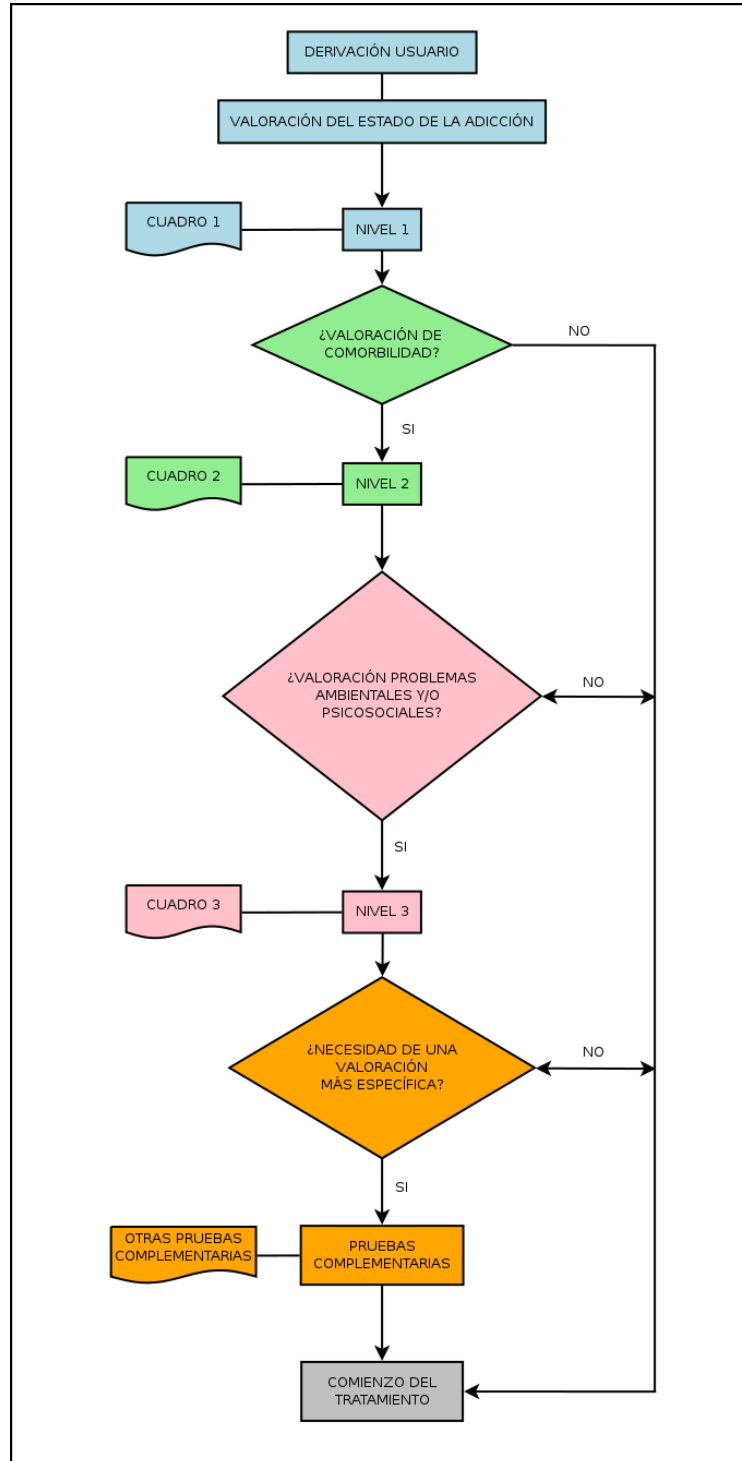
Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R)  
Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)  
El Cuestionario Disejecutivo (DEX)

**Cuadro 3: nivel 3: 30 minutos**

**NIVEL 3: EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES,  
AMBIENTALES Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL**

Escala de Estrés Percibido (PSS)  
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)  
La Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad (WHODAS-II, 12 ítems)  
Escala de habilidades sociales (EHS)

## ALGORITMO DE ACTUACIÓN PARA LA EVALUACIÓN EN EL MODELO MATRIX





## ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO CON LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA

Este consentimiento o acuerdo le expone el tipo de servicios que recibirá bajo este programa de tratamiento y las condiciones bajo las cuales se le ofrecen.

Yo, \_\_\_\_\_, solicito tratamiento del personal de \_\_\_\_\_.

Como condición de participación en este tratamiento, debo manifestar mi acuerdo con las siguientes condiciones:

### **Duración del tratamiento**

El tratamiento grupal tiene una duración de 4 meses, a partir de ese momento se continúa en un grupo de seguimiento semanal hasta completar el año, este grupo es opcional.

### **Confidencialidad**

El personal está obligado a mantener la confidencialidad en todo momento. Ningún dato identificativo suyo será utilizado fuera del centro. Es posible que se publiquen artículos de investigación con la información recogida pero en ningún caso será posible identificar a los usuarios.

Los datos obtenidos serán debidamente custodiados según indica la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 de 13 de diciembre y puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, eliminación o modificación de sus datos en cualquier momento. Los estudios que se realicen respetarán la Declaración de Helsinki, el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, el Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y la biomedicina y las Recomendaciones sobre Buena Práctica Clínica.

### **Comprendo que:**

1. Las estrategias que se utilizan en el tratamiento son útiles contra los problemas de dependencia. Sin embargo, no se pueden garantizar resultados específicos.
2. La participación en el tratamiento requiere unas normas básicas para que funcione por lo que si se incumplen, los profesionales pueden poner fin a este tratamiento.

### **Estoy de acuerdo con lo siguiente:**

#### **a. Evaluación (cuestionarios y análisis de orina)**

Se realizarán diferentes medidas durante todo el tratamiento. Test de orina semanales y entrevistas. Las sesiones serán grabadas (audio y/o video) y algunas de las grabaciones serán analizadas. Las sesiones podrán ser observadas por profesionales o estudiantes con fines formativos, respetando siempre la confidencialidad.



**b. Asistencia y puntualidad**

El tratamiento consiste en sesiones individuales y grupales. Comprendo que asistir a estas reuniones es extremadamente importante y si no puedo asistir a una sesión se lo notificaré a mi terapeuta lo antes posible. Es necesaria la puntualidad.

**c. Confidencialidad y respeto**

Los usuarios están obligados a guardar la confidencialidad respecto a otros pacientes y a respetar a los demás.

**d. Consumo**

Se evitará entrar a los grupos bajo los efectos de las drogas. En este tratamiento se recomienda encarecidamente una abstinencia total de todo tipo de drogas, incluyendo alcohol y cannabis (marihuana). Si no soy capaz de mantener este acuerdo, hablaré con mi terapeuta sobre esta y otras opciones de tratamiento.

**e. Relaciones**

Las relaciones personales o sentimentales entre miembros de los grupos interfieren en el tratamiento por lo que no están permitidas durante los 4 meses de tratamiento. Está prohibido hacer negocios o intercambios profesionales con otros compañeros. Mi tratamiento finalizará inmediatamente si existe sospecha de que he intentado vender drogas o de que animo a otros compañeros al consumo.

**f. Participación voluntaria y cooperación**

El tratamiento es voluntario pero si decido dejarlo, discutiré antes mi decisión con mi terapeuta. Para conseguir los objetivos del tratamiento se necesita una cooperación y participación activa del usuario y de sus familiares. En el caso de que mi falta de cooperación afectase a otros usuarios se podría finalizar este tratamiento.

**Con mi firma certifico que he comprendido y acepto estas condiciones para recibir los servicios de este programa de tratamiento. Este acuerdo y consentimiento es válido durante el tiempo en el que esté recibiendo este tratamiento en el centro.**

**Firma del usuario:**

**Fecha:**



## ANEXO II: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO

Código de Identificación: \_\_\_\_\_

--	--

*Día*

--	--

*Mes*

--	--

*Año*

1. ¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo atención por su problema actual?

- Menos de un mes       Uno a dos meses       Tres a cinco meses  
 Seis a once meses       Uno a dos años       Más de 2 años (especifique):

2. ¿Alguien de este centro le ha recomendado o prescrito medicamentos relacionados con su tratamiento?

- No       Sí

2a. En caso afirmativo, ¿le han mencionado algo acerca de los efectos secundarios de su medicamento?

- No       Sí





## II. Preguntas de la Encuesta

El tiempo estimado para esta recolección de información es de **5 minutos**.

Por favor, lea cada una de las frases de abajo y piense acerca de los servicios que ha recibido. Marque el cuadrado que mejor describe cómo se siente.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No sabe / No contesta
1.	Cuando necesité servicios inmediatos, pude ver a alguien tan pronto como quise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	El personal a quien vi estuvo suficiente tiempo conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Participé en el desarrollo de mi tratamiento y de los objetivos del tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	El personal fue comprensivo con mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, orientación sexual, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Me dieron información acerca de los diferentes servicios que estaban disponibles para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Me dieron la información suficiente para manejar mis problemas con efectividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Como resultado del tratamiento que he recibido...</i>						
7.	Mis síntomas me molestan menos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Estoy en mejores condiciones para superar las cosas que van mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Estoy en mejores condiciones para completar las cosas que quiero hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	No es probable que consuma alcohol y / u otras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Me va mejor en el trabajo y/o en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Me llevo mejor con mi jefe y/o con mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Hay alguien que se preocupa de si estoy mejorando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Tengo alguien que me ayuda cuando tengo un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Tengo personas en mi vida que son una influencia positiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	La gente que me preocupa y me interesa apoya mi recuperación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Las personas cuentan conmigo para ayudarles cuando tienen un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Tengo amigos que están sobrios y “limpios” (de alcohol y / o drogas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	El consumo de alcohol y / o drogas es un problema para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No sabe / No contesta
21.	Tengo que trabajar con mis problemas con el alcohol y / o drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Respecto al centro...</i>						
22.	Estoy contento/a con el tratamiento recibido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Se lo recomendaría a otras personas en mi situación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	He sido tratado/a con respeto por el personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Las instalaciones son adecuadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Se han cumplido mis expectativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	La duración del tratamiento ha sido adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	La intensidad del tratamiento ha sido adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Sugerencias de mejora: _____.					

Gracias por su colaboración



## ANEXO III: VALORACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA EL MODELO MATRIX

<b>Nombre y apellidos:</b>
<b>Profesión:</b>
<b>Nombre del centro:</b>
<b>Tipo de centro (ambulatorio, residencial, C. de día, etc.):</b>
<b>Tipo de usuarios (edad, sexo, patrón de consumo, comorbilidad, etc.):</b>

¿Cuáles son en tu opinión las ventajas de aplicar un protocolo de evaluación?

¿Cuáles consideras que son los aspectos más negativos del uso de un protocolo de evaluación?

¿Cuáles piensas que son los aspectos más positivos del protocolo de evaluación para el modelo Matrix?

¿Cómo crees que se podría mejorar?

Para la aplicación del protocolo de evaluación en tu centro, ¿Qué fortalezas piensas que tiene?

¿Qué dificultades puedes predecir?



## ANEXO IV: MATERIAL UTILIZADO PARA LAS RECOMENDACIONES

- Álvarez, F. J. (2011). Neurociencias y Adicción. Trastornos Adictivos, 13(2), 41–42. <http://www.setox.org>(<http://set.org.es/wpcontent/uploads/2011/06/NEUROCIENCIA-ADICCI%C3%93N-2011-marcadores.pdf>).
- Iglesias, E. B., Tomás, M. C., Horcajadas, F. A., Sorribas, C. B., Barreiro, J. B., Castillo, I. I.,... González, J. M. M. (2011). MANUAL DE ADICCIONES. Consultado en [http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=97&Itemid=19](http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=97&Itemid=19)
- García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., Bousoño, M., Parellada, M., & Bobes, J. (2011). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias, SL. Psiquiatría Editores.
- Bobes, J. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Para la revisión de la literatura se ha realizado una búsqueda en la base de datos PubMed, así como un seguimiento de las referencias bibliográficas citadas en los artículos estudiados.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1994). Escala de Evaluación de la Actividad Global-EEAG. *Masson, Barcelona*.
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985). Inventory of drug-taking situations. *Toronto: Addiction Research Foundation*.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina clínica, 112*, 79–85.
- Barroso y Martín, J. M., & León Carrión, J. (2001). La Torre de Hanoi/Sevilla: una prueba para evaluar las funciones ejecutivas, la capacidad para resolver problemas y los recursos cognitivos. *Revista española de neuropsicología, 3(4)*, 63–72.
- Battery, A. I. T. (1944). Manual of directions and scoring. *Washington, DC: War Department, Adjutant General's Office*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck depression inventory-II. *San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1*, 82.
- Beck, Aaron T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2)*, 343–352. doi:10.1037/0022-006X.47.2.343
- Beck, Aaron T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42(6)*, 861–865. doi:10.1037/h0037562
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: MMPI-2-RF*. NCS Pearson, Incorporated.
- Benedet, M. J., & Alejandre, M. A. (1998). Test de Aprendizaje Verbal (TAVEC) España Complutense. *Publicaciones de Psicología Aplicada, 261*.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27(2)*, 169–190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 7 Suppl 1*, S57–70; discussion S71–73.
- Brazier, J., Roberts, J., Tsuchiya, A., & Busschbach, J. (2004). A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. *Health economics, 13(9)*, 873–884.
- Brickenkamp, R., & Zillmer, E. (1998). *The d2 test of attention*. Hogrefe & Huber Pub.
- Brown, L., Sherbenou, R. J., & Johnsen, S. K. (2000). *TONI-2: Manual, test de inteligencia no verbal: apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje*. TEA ediciones.
- Cano García, F. ., L. Franco, & García Martínez. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr, 35(1)*, 29–39.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The “big five questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences, 15(3)*, 281–288. doi:10.1016/0191-8869(93)90218-R
- Casares López, M. J., Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M. P., Sáiz, P. A., Bobes-Bascarán, M. T., Fonseca Pedrero, E., ... Cacciola, J. (2011). Sixth version of the Addiction Severity Index: Assessing sensitivity to therapeutic change and retention predictors. *International journal of clinical and health psychology, 11(3)*, 495–508.



- Cattell, R. B., & P. Cattell, H. E. (1995). Personality Structure and the New Fifth Edition of the 16PF. *Educational and Psychological Measurement, 55*(6), 926–937. doi:10.1177/0013164495055006002
- Cloninger, C. R. (1999). The temperament and character inventory-revised. *St Louis, MO (US): Center for Psychobiology of Personality. Washington University.*
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385. doi:10.2307/2136404
- Costa, P. T., & MacCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO FFI): Professional Manual.* Psychological Assessment Resources.
- Cunha, P. J., Nicastrí, S., Gomes, L. P., Moíno, R. M., & Peluso, M. A. (2004). [Neuropsychological impairments in crack cocaine-dependent inpatients: preliminary findings]. *Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999), 26*(2), 103–106. doi:/S1516-44462004000200007
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J., & Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences, 6*(1), 21–29. doi:10.1016/0191-8869(85)90026-1
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica.* Ediciones Pirámide, S.A.
- First, M. B. (1999). *SCID-I versión clínica: Guía del usuario para le entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV.* Masson.
- Folstein, M. F., & Lobo, A. (2002). *MMSE: Examen cognoscitivo mini-mental: manual.* TEA ediciones.
- Gismero, E. (2000). EHS Escala de habilidades sociales. *Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.*
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine, 9*(1), 139–145.
- Golden, C. J. (2005). TEA ediciones (2005). *Stroop, Test de Colores y Palabras.* Madrid: TEA Ediciones.[Links].
- Goldstein, R. Z., Leskovic, A. C., Hoff, A. L., Hitzemann, R., Bashan, F., Khalsa, S. S., ... Volkow, N. D. (2004). Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia, 42*(11), 1447–1458. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2004.04.002
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M., & Rodríguez Pulido, F. (2002). SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas revisado. *Madrid; TEA.*
- González-Saiz, F. (2009). Escala de Adecuación de Dosis de Opiáceos (EADO): un nuevo instrumento para la evaluación clínica del ajuste de las dosis de metadona. *Trastornos adictivos, 11*(1), 24–34.
- Grace, J., & Malloy, P. (2001). *FrSBe, Frontal Systems Behavior Scale: Professional Manual.* Psychological Assessment Resources.
- Grant, D. A., & Berg, E. A. (1996). Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. *Madrid: TEA Ediciones, SA.*
- Guardia Serecigni, J., Segura Garcia, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suarez Gonzalez, A., & Marti Gil, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina clinica, 123*(6), 211–216.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions. In Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. *Rockville: National Institute of Mental Health, 217–222.*
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50–55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale For Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23*(1), 56–62.
- Heinz, A. J., Epstein, D. H., Schroeder, J. R., Singleton, E. G., Heishman, S. J., & Preston, K. L. (2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: measurement validation and potential



- relationships. *Journal of substance abuse treatment*, 31(4), 355–364.  
doi:10.1016/j.jsat.2006.05.009
- Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Liguori, A. (2001). Marijuana Craving Questionnaire: development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(7), 1023–1034. doi:10.1080/09652140120053084
- Hobfoll, S. E. (1998). *The psychology and philosophy of stress, culture, and community*. New York: Plenum.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. h. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(02), 245–256. doi:10.1017/S0033291704002892
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuroPASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research*, 1(4), 208–210. doi:10.1159/000259089
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological Assessment 4e*. Oxford University Press.
- Lingjaerd, O., Ahlfors, U., Bech, P., Dencker, S., & Elgen, K. (1987). The UKU side effect rating scale, 76 (s334), 1–100.
- Llanero-Luque, M., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Olivar-Arroyo, A., Bouso-Saiz, J. C., Rojo-Mota, G., & Puerta García, C. (2008). Sintomatología disejecutiva en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española del cuestionario disejecutivo (DEX-Sp). *Revista de Neurología*, 47(9), 457–463.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, 16(1), 135–140.
- López Durán, A., & Becoña Iglesias, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. Artículo. Retrieved November 20, 2012, from <http://digitum.um.es/jspui/handle/10201/8337>
- Loranger, A. W. (1999). *IPDE: International personality disorder examination: DSM-IV and ICD-10 interviews*. PARS Psychological Assessment Resources.
- Lozano Rojas, Ó. M., Rojas Tejada, A., Pérez Meléndez, C., Apraiz Granados, B., Sánchez Muñoz, F., & Marín Bedoya, A. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 97–107. doi:10.1016/S1575-0973(07)75635-0
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(4), 494.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., ... Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199–213.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of nervous and mental disease*, 168(1), 26–33.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (1994). *MCMII-III manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems. Inc.



- Mol, A. J. J., Voshaar, R. C. O., Gorgels, W. J. M. J., Breteler, M. H. M., van Balkom, A. J. L. M., van de Lisdonk, E. H., ... Zitman, F. G. (2003). Development and psychometric evaluation of the Benzodiazepine Craving Questionnaire. *Addiction (Abingdon, England)*, *98*(8), 1143–1152.
- Montejo, A. L., Garcia, M., Espada, M., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., & Izquierdo, J. A. (2000). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA*, *28*(3), 141–150.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768–774.
- Pedrero, E. J. (2007). *Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento-Disposicional (Strategic Approach to Coping Scale-Dispositional Form; SACSD) a población general y adictos a sustancias*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, Á., & Chicharro Romero, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercibida en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, *10*(1), 17–31. doi:10.1016/S1575-0973(08)74543-4
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., Olivar-Arroyo, A., & Puerta-García, C. (2009). Sintomatología frontal en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española de la Escala de Comportamiento Frontal. *Revista de Neurología*, *48*(12), 624–631.
- Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*, *28*(6), 845–849. doi:10.1177/0272989X08327068
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, *4*(3), 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1985). The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. Tucson, Ariz. *Neuropsychology Press*.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (rev. Wesleyan University Press. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-98431-000>
- Sandín Ferrero, B., & Chorot Raso, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica: revista oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología AEPCP*, *8*(1), 39–54.
- Sclafani, V., Truran, D. L., Bloomer, C., Tolou-Shams, M., Clark, H. W., Norman, D., ... Fein, G. (1998). Abstinent chronic crack-cocaine and crackcocaine/alcohol abusers evidence normal hippocampal volumes on MRI despite persistent cognitive impairments. *Addiction biology*, *3*(3), 261–270.
- Singleton, E., Tiffany, S., & Henningfield, J. (1995). Development and validation of a new questionnaire to assess craving for alcohol. Problems of Drug Dependence: Proceeding of the 56th Annual Meeting. The College on Problems of Drug Dependence, Inc., Volume II: Abstracts. *NIDA Research Monograph*, *153*.
- Sklar, S. M., & Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, *94*(5), 723–729.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologist.
- Stone, A. A., Greenberg, M. A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M. G. (1991). Self-report, situation-specific coping questionnaires: what are they measuring? *Journal of personality and social psychology*, *61*(4), 648–658.
- Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A., & Henningfield, J. E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and alcohol dependence*, *34*(1), 19–28.





- Vásquez-Barquero, J. L., Herrera, S., Vásquez, E., & Gaité, I. (2006). Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud-WHO-DAS II (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*
- Walburg, J. A., & Van Emst, A. J. (1985). *Scale for drinking habits.* Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *International Journal of Mental Health, 49–73.*
- Wechsler, D. (1999). *Escala de Memoria Wechsler para Adultos (WMSIII).* Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2008). Wechsler Adult Intelligence Scale: Technical and Interpretive Manual. 4th edition. *San Antonio, Tex, USA: Psychological Corporation.*
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., & Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *The American journal of drug and alcohol abuse, 21(3), 289–301.*
- Wilson, B. A., Evans, J. J., Alderman, N., Burgess, P. W., & Emslie, H. (1997). Behavioral assessment of dysexecutive syndrome. *Methodology of frontal and executive function, 239–250.*
- World Health Organization. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS), with A Guide to Its Use.* World Health Organization.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. *Geneva: WHO.*