

## Rendimiento psicométrico de la sexta versión del *Addiction Severity Index* en español (ASI-6)

Eva M. Díaz Mesa<sup>1</sup>, Paz García-Portilla<sup>1,2</sup>, Pilar A. Sáiz<sup>1,2</sup>, Teresa Bobes Bascarán<sup>3,4</sup>, María José Casares<sup>5</sup>, Eduardo Fonseca<sup>5</sup>, Eduardo Carreño<sup>6</sup>, Gerardo Flórez<sup>7</sup>, Josep Guardia<sup>8</sup>, Enriqueta Ochoa<sup>9</sup>, César Pereiro<sup>10</sup>, Gabriel Rubio<sup>11</sup>, Antonio Terán<sup>12</sup>, José Ramón Fernández Hermida<sup>1,4</sup> y Julio Bobes<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) - Universidad de Oviedo, <sup>2</sup> Área de Psiquiatría - Universidad de Oviedo, <sup>3</sup> Hospital Clínico de Valencia, <sup>4</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) - Hospital Clínico de Valencia, <sup>5</sup> Departamento de Psicología - Universidad de Oviedo, <sup>6</sup> Clínica Asturias, <sup>7</sup> Unidad de Conductas Adictivas - Complejo Hospitalario de Orense, <sup>8</sup> Hospital de Sant Pau, <sup>9</sup> Hospital Ramón y Cajal, <sup>10</sup> Hospital General El Ferrol, <sup>11</sup> CSM El Retiro y <sup>12</sup> Centro de Atención a Drogodependencias San Juan de Dios

El presente estudio examinó las propiedades psicométricas del *Addiction Severity Index-6* (ASI-6) en su versión traducida y adaptada al español. Se realizó un estudio multicéntrico, observacional y prospectivo donde participaron un total de 258 sujetos, siendo 217 pacientes (35 estables y 182 inestables) y 41 controles. Los resultados muestran que el ASI-6 presentó un buen comportamiento psicométrico. Los niveles de consistencia interna de las puntuaciones objetivas estandarizadas de las escalas del ASI-6 oscilaron entre 0,47 y 0,95. Por su parte, los valores de fiabilidad test-retest fueron aceptables, oscilando entre 0,36 y 1. El estudio de la estructura interna del ASI-6 informó que todas las escalas, considerándolas de forma independiente, se ajustaron a una solución esencialmente unidimensional. En cuanto a la obtención de evidencias de validez convergente-discriminante, las correlaciones entre las escalas primarias y secundarias del ASI-6 y las puntuaciones en la Impresión Clínica Global de Gravedad fueron bajas, oscilando entre 0,01 y 0,26. Asimismo, ocho de las quince escalas del ASI-6 lograron diferenciar entre controles y pacientes inestables. La versión española del ASI-6 presenta propiedades psicométricas que pueden ser consideradas aceptables, aunque sería necesario llevar a cabo nuevos estudios que continúen examinando su calidad métrica en muestras independientes de pacientes.

*Psychometric performance of the 6th version of the Addiction Severity Index in Spanish (ASI-6).* This work analysed the psychometric properties of the 6th version of the Addiction Severity Index (ASI-6) translated and adapted to the Spanish language. A multicentre, observational and prospective design was used. A total of 258 participants were included, 217 were patients (35 stable patients and 182 unstable patients), and 41 were controls. The results show satisfactory psychometric performance of the ASI-6. The degree of the internal consistency of the standardized objective scores ranged between .47 and .95. As for test-retest reliability, the values were acceptable, varying from .36 to 1. The study of the internal structure revealed a good fit to a unidimensional solution for all scales taken independently. Regarding convergent-discriminant validity, the correlations between the primary and secondary scales of the ASI-6 and the Clinic Global Impression score were low, with values from .01 to .26. Likewise, 8 of the 15 scales differentiated between controls and unstable patients. The psychometric properties of the ASI-6 Spanish version seem to be acceptable, though it is necessary to carry out new studies to test metric quality with independent samples of patients.

En el contexto sanitario actual, donde los sistemas de cuidados eficientes buscan la mejoría en la atención a las necesidades específicas de los pacientes, es imprescindible conocer y monitorizar los problemas que presentan los usuarios y su gravedad, así como evaluar los resultados de las intervenciones de una forma estandarizada

(Bobes et al., 2007). En la Conferencia Ministerial Europea en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Helsinki en 2005, se contempló la necesidad de «Evaluar la efectividad y generar nueva evidencia», acción imposible de emprender si no disponemos de los instrumentos de evaluación adecuados.

En los trastornos por uso de sustancias (TUS) esto cobra especial importancia al tener en cuenta dos aspectos específicos de estos trastornos: primero, el impacto de los TUS sobre otros aspectos de la vida del paciente, y, segundo, el policonsumo.

Numerosos estudios (De Wilde, Broekaert y Rosseel, 2006; Leonard y Homish, 2008; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise, 2006; Torrens Melich, 2008) indican que el uso de sus-

tancias implica problemas en otras áreas de la vida además de la salud, tales como los ámbitos social, familiar, legal, etc. Por ello, es importante conocer cómo la adicción afecta al funcionamiento de los pacientes en las distintas áreas y cómo diseñar los tratamientos para que sean eficaces.

Según el Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/2008, el consumo de varias sustancias es una constante de los usuarios de drogas ilegales. De hecho, el policonsumo es un aspecto característico de los consumidores crónicos en Europa (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2008). Por ello, los procesos de evaluación y diagnóstico se complican y medir la gravedad de la adicción a una única sustancia puede conducir a una visión errónea de la gravedad de un sujeto policonsumidor. Así, se han de desarrollar medidas cada vez más diferenciadas que evalúen las necesidades específicas de los pacientes, para dar las respuestas adecuadas en cada caso particular (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2008).

El diagnóstico puede ceñirse a criterios de tipo categorial establecidos previamente o a la realización de un análisis dimensional e individual del caso concreto, en el que es tan importante el conjunto de conductas o síntomas, como las variables que modulan la intensidad y la persistencia de dichas conductas y síntomas (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001). Tras décadas de acercamientos categoriales a los TUS, en la actualidad cobra importancia la integración de aproximaciones dimensionales en los manuales de diagnóstico y por ende en los instrumentos de evaluación (Lopez, Compton, Grant y Breiling, 2007). Un diagnóstico dimensional implica un diagnóstico multivariado (por ejemplo, la combinación de la edad de inicio, la duración total o la gravedad de los síntomas) (Kraemer, 2008), existiendo una evidencia creciente de que los síntomas de abuso y dependencia pueden formar un único continuo (Helzer, Bucholz y Gossop, 2008). Una evaluación dimensional proporciona un perfil de puntuaciones que permite identificar las áreas que tienen mayor necesidad de tratamiento. Así, añadir puntuaciones dimensionales, ofrece una medida de la implicación de la sustancia total y proporcionaría una base para futuras investigaciones sobre administración, interacción u otras relaciones que pueden existir en relación a la dependencia de más de una sustancia (Helzer et al., 2008).

El planteamiento dimensional obliga a incorporar a la práctica clínica instrumentos de evaluación que proporcionen puntuaciones de gravedad en las distintas dimensiones. Actualmente, el *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980) es el instrumento de evaluación más extendido en el ámbito de las adicciones (McLellan et al., 2006). El ASI ofrece un planteamiento dimensional, proporcionando un perfil de gravedad en distintas dimensiones versus necesidad de tratamiento.

La problemática surge a la hora de medir lo psicológico, donde se encuentran aspectos neurológicos y socioculturales (Muñiz, 1998). Sáiz, García-Portilla, Paredes, Bascarán y Bobes (2002) recomiendan la utilización de escalas psicométricamente válidas. En este sentido, muchos estudios han demostrado que el ASI es un instrumento válido y fiable (Alterman, Cacciola, Habing y Lynch, 2007; Liang et al., 2008; McLellan et al., 2006; Petry, 2007). Desde la construcción del ASI han aparecido nuevos aspectos que modulan el consumo y condicionan la dependencia, nuevas legislaciones, condiciones sociales, etc. (McLellan et al., 2006; Villalbi y Gual, 2009) que exigían una actualización de la entrevista. Los cambios realizados en la nueva versión (ASI-6) son tanto estruc-

turales como de contenido (Bobes et al., 2007), sin embargo, aún no se dispone de ninguna publicación sobre las propiedades psicométricas.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo fue examinar las propiedades psicométricas de la versión española del ASI-6 en una muestra de pacientes con TUS (estables e inestables) y controles. Concretamente se examinó la consistencia interna y la fiabilidad test-retest, y se obtuvieron diferentes evidencias de validez referidas al análisis de la estructura interna y a la validez convergente-discriminante. Este objetivo es importante ya que permite: a) disponer en nuestro país de un instrumento de medida específicamente diseñado para la valoración de los TUS; b) conocer las propiedades psicométricas en nuestra población; c) establecer estrategias de prevención y tratamiento eficaces; d) monitorizar pacientes y conocer cómo la adicción afecta al funcionamiento de los pacientes en las distintas áreas y cómo diseñar los tratamientos para que sean eficaces.

## Método

Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, de validación de un instrumento de medida, comparativo entre un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y un grupo de controles sanos.

Se eligió un diseño multicéntrico ya que el objetivo principal del estudio es adaptar y validar un instrumento para su uso en la práctica e investigación clínica en España. Por ello, fue primordial que en el estudio estuviesen representados pacientes de las distintas comunidades autónomas, para así asegurar la validez de su uso en nuestro país.

Participaron un total de 8 centros especialistas en la asistencia a pacientes con TUS (Orense, Gijón, Madrid (2), Barcelona, A Coruña, Palencia y Oviedo), como puede verse en la afiliación de los autores.

## Participantes

Se incluyó un total de 253 sujetos, divididos en dos grupos: 217 pacientes y 41 controles (sujetos sin TUS).

Los criterios de inclusión fueron: 1) edad  $\geq 18$  años; 2) diagnóstico primario de TUS según criterios diagnósticos CIE-10, bien que iniciasen o cambiasen de tratamiento farmacológico debido a ineficacia (subgrupo de pacientes inestables), bien que llevasen estable clínica y terapéuticamente al menos seis meses (subgrupo de pacientes estables); 3) que demandasen o se encontrasen a tratamiento en cualquiera de los 8 centros participantes en el estudio; y 4) que diesen su consentimiento informado por escrito. En el grupo control, los criterios de inclusión al estudio fueron: 1) edad  $\geq 18$  años; 2) sujetos sin sintomatología somática o psiquiátrica relevante; 3) puntuación de 1 (ausente) en la escala de Impresión Clínica Global de Gravedad (ICG-G) para el uso de sustancias; y 4) que diesen su consentimiento informado por escrito.

Como se puede observar en la tabla 1, la edad media de la muestra total fue de 40,8 (DT= 11,8) años, encontrándose diferencias significativas entre los grupos ( $p < 0,05$ ), el 74,8% fueron hombres (diferencias estadísticamente significativas,  $p < 0,001$ ), el 39,9% estaba soltero y el 52,7% estaba en situación laboral de empleo.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes, 119 (54,8%) consumían como sustancia principal alcohol, cocaína 40 (18,4%) y heroína 36 (14%), y la edad media a la que habían recibido el primer tratamiento por TUS fue 31,9 años (DT= 11,1). La

gravedad del TUS mediante la ICG-G fue 3,4 (DT= 1,7), siendo en los pacientes estables 2,2 (DT= 1,4) y en los inestables 4,3 (DT= 1,1). En las escalas primarias del ASI-6, la mayor gravedad se obtuvo en las escalas de Familia-Hijos (M= 50, DT= 5,3), Familia/Red social-Apoyo (M= 45,3, DT= 11,7), Empleo (M= 37,7, DT= 12,9) y Salud física (M= 44,4, DT= 9,1), mientras que en la que menor gravedad se obtuvo fue en la escala Legal (M= 47; DT= 3,4).

*Tabla 1*  
Descripción sociodemográfica de la muestra

	Controles (n= 41) n (%)	Estables (n= 35) n (%)	Inestables (n= 182) n (%)	Total (n= 258) n (%)
Edad media* (DT)	36,9 (12,5)	46,4 (12,0)	40,5 (11,3)	40,8 (11,8)
Sexo**				
Hombres	20 (48,8)	28 (80,0)	145 (79,7)	193 (74,8)
Mujeres	21 (51,2)	7 (20,0)	37 (20,3)	65 (25,2)
Estado civil				
Casados	15 (36,6)	11 (31,4)	56 (30,8)	82 (31,8)
Divorciados	0	3 (8,6)	13 (7,1)	16 (6,2)
Solteros	19 (46,3)	11 (31,4)	73 (40,1)	103 (39,9)
Otro estado civil	7 (17,1)	10 (28,6)	40 (22,0)	57 (22,1)
Situación laboral				
Trabajando	33 (80,5)	15 (42,9)	88 (48,4)	136 (52,7)
Paro	3 (7,3)	4 (11,4)	31 (17,0)	38 (14,7)
Fuera del mercado laboral	5 (12,2)	16 (45,7)	62 (34,1)	83 (32,2)

\*\* p<0,001; \* p<0,05

**Instrumentos**

*Addiction Severity Index-6* (ASI-6) (Bobes et al., 2007). El ASI-6 es una entrevista semiestructurada y heteroaplicada que valora multidimensionalmente la gravedad de la adicción, entendida ésta como necesidad o implementación de tratamiento. Proporciona información básica para el diagnóstico y la monitorización de los cambios clínicos y resultados de los tratamientos. Consta de 257 ítems agrupados en una sección de información general y alojamiento, y áreas problema: salud física, empleo y recursos, uso de alcohol y drogas, situación legal, red familiar y social, y salud mental. La estructura de esas áreas es muy similar, comienzan con una parte objetiva y finalizan con una subjetiva. Las preguntas objetivas tratan de identificar la existencia de problemas y la frecuencia de los mismos en cada una de las áreas. Al inicio de cada parte objetiva se incluyen ítems de cribado con reglas de escape que permiten acortar la duración de la entrevista si los pacientes no presentan problemas. Los ítems subjetivos, puntuados por el propio paciente utilizando una escala tipo *Likert* de 5 puntos (0= «ninguna», 4= «extrema»), hacen referencia a cuánto le preocupan o molestan los problemas en esa área y la importancia que para él tiene el tratamiento de esos problemas. El ASI-6 ofrece unas puntuaciones (denominadas puntuaciones objetivas estandarizadas, POE) que configuran el perfil de gravedad de cada paciente, formado por quince escalas, nueve primarias y seis secundarias, con un rango teórico de puntuación de 0 a 100 y rangos factibles específicos para cada escala, de manera que en todas las escalas a mayor puntuación mayor gravedad (tabla 2).

*Impresión Clínica Global de Gravedad* (ICG-G) (Guy, 1976). Es una valoración del clínico sobre la gravedad del cuadro clínico del paciente. Consta de dos subescalas, una mide gravedad

(ICG-G) y la otra mide cambios en la gravedad como resultado de las intervenciones terapéuticas (ICG-C). Para puntuar cada una se utiliza una escala tipo *Likert* de 7 valores que para la ICG-G oscila entre ausente (1) y extremadamente grave (7), y para la ICG-C entre mucho mejor (1) y mucho peor (7).

**Procedimiento**

*Fase de traducción y adaptación de la versión española.* El ASI-6 se adaptó al español siguiendo las directrices internacionales para la traducción y adaptación de tests (Hambleton, Merenda y Spielberg, 2005). Se formaron inicialmente dos grupos independientes que tradujeron la versión original. A partir de estas dos versiones iniciales se consensuó una primera versión del ASI-6. La retrotraducción, realizada por una profesional bilingüe, fue considerada válida por el grupo original de Estados Unidos.

*Fase de validación.* Una vez disponible la versión en castellano, se procedió al reclutamiento de los pacientes candidatos al estudio en cada uno de los centros. Una vez que se comprobaba que el paciente cumplía los criterios de inclusión y que firmaba el consentimiento informado, se procedía a administrar los instrumentos de evaluación (ASI-6 e ICG-G). En el caso de que el paciente fuese estable psicopatológicamente se le citaba al cabo de una semana para administrarle nuevamente las pruebas. En el caso de que el paciente fuese inestable patológicamente se le volvía a citar para reevaluar al cabo de uno, tres y seis meses. Los sujetos control fueron evaluados en una única ocasión.

**Análisis de datos**

En primer lugar se llevó a cabo un estudio descriptivo de las subescalas primarias y secundarias del ASI-6 referidas a la media y desviación típica. En segundo lugar, se examinó la consistencia interna de las escalas primarias y secundarias del ASI-6 y se determinó la fiabilidad test-retest mediante una prueba no paramétrica

*Tabla 2*  
Escalas primarias y secundarias del *Addiction Severity Index-6* (ASI-6) y rango factible de puntuación

Escalas primarias	Rango
Salud física	29-78
Empleo	21-53
Alcohol	38-77
Drogas	31-77
Legal	46-79
Familia-Hijos	48-79
Familia/Red social-Apoyo	27-73
Familia/Red social-Problemas	36-78
Salud mental	31-79
<b>Escalas secundarias</b>	
Pareja-Apoyo	32-57
Pareja-Problemas	45-67
Amistades-Apoyo	37-59
Amistades-Problemas	46-70
Familiares adultos-Apoyo	41-68
Familiares adultos-Problemas	44-67

(no se cumplen los supuestos necesarios para realizar pruebas paramétricas y el tamaño de la muestra no permite utilizar una prueba más robusta), el coeficiente de correlación de Spearman, tomando las POE del subgrupo de pacientes estables. A continuación, se obtuvieron diferentes evidencias de validez. La estructura interna de las escalas del ASI-6 se examinó a través de un análisis de componentes principales, considerando cada escala de forma individual y comprobando si se ajustaba a una solución esencialmente unidimensional. Por su parte, con la finalidad de obtener evidencias de validez convergente-discriminante, por un lado, se examinaron las correlaciones de Pearson entre las escalas del ASI-6 y la puntuación en la escala ICG-G, y, por otro, se llevó a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) para determinar la capacidad del instrumento de diferenciar entre los distintos grupos estudiados. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0.

## Resultados

### Estadísticos descriptivos

El tiempo medio de administración de la entrevista basal ASI-6 resultó ser de 43 minutos (DT= 19). La cumplimentación de los ítems fue apropiada, siendo el porcentaje de no respuesta menor del 5%, excepto en 18 ítems cuyos porcentajes de no respuesta osciló entre el 5,1 y 8,3%. Las puntuaciones medias y las desviaciones típicas en función del grupo se recogen en la tabla 3.

### Estimación de la consistencia interna y fiabilidad test-retest

La tabla 4 muestra los niveles de consistencia interna para las escalas primarias y secundarias de la ASI-6. Como se puede ob-

servar, siete de las nueve escalas primarias presentaron unos niveles de consistencia interna que oscilaron entre 0,70 y 0,93. La consistencia interna de la escala Familia-Hijos aumenta a 0,60 al eliminar uno de los ítems. Cuando se examinaron los niveles de consistencia interna de las escalas secundarias del ASI-6 se encontraron unos valores que oscilaban para cuatro de las escalas entre 0,70 y 0,95, siendo más baja para las escalas Problema de Familiares adultos (0,54) y Amistades (0,56).

En cuanto a la fiabilidad test-retest, la media de tiempo entre las entrevistas fue 21,8 días (DT= 12,6). El coeficiente de correlación  $r$  de Spearman entre las puntuaciones del test y del retest varió de 1,00 (Familia-Hijos) y 0,96 (Pareja-Apoyo) a 0,37 (Familiares adultos-Problemas) y 0,36 (Amistades-Problemas), y todas mostraron significación estadística a excepción de esta última.

### Evidencias de estructura interna

El análisis de componentes principales de cada escala primaria y secundaria del ASI-6 mostró que todas ellas presentaban una solución esencialmente unidimensional. El número de ítems que componen cada escala (primaria o secundaria), el valor del primer componente y el porcentaje de varianza explicada por el primer componente para las escalas primarias y secundarias del ASI-6 se presentan en la tabla 4.

### Evidencias de validez convergente-discriminante

Los niveles de correlación entre la puntuación en la ICG-G y la POE de cada escala fueron bajos, oscilando los valores entre 0,26 para la escala de Amistades-Apoyo y 0,01 para la de Pareja-Pro-

Tabla 3  
Puntuaciones medias en las escalas primarias y secundarias del *Addiction Severity Index-6* (ASI-6)

	Grupo control (n= 41) M (DT)	Grupo pacientes estables (n= 35) M (DT)	Grupo pacientes inestables (n= 182) M (DT)	p	Post hoc
<i>Escalas primarias</i>					
Salud física	40,71 (6,85)	45,68 (9,63)	44,25 (9,48)	0,068	1, 3 vs 2, 3
Empleo	30,92 (11,26)	41,64 (12,7)	37,11 (12,86)	0,006	1 vs 2, 3
Alcohol	47,66 (5,72)	45,79 (5,91)	53,67 (9,01)	0,000	1, 2 vs 3
Drogas	32,32 (3,45)	36,39 (7,22)	40,53 (10,81)	0,000	1, 2 vs 3
Legal	46,00 (0,00)	46,91 (2,97)	47,09 (3,50)	0,143	No diferencias
Familia-Hijos	52,25 (4,80)	50,42 (6,34)	49, 88 (5,13)	0,878	No diferencias
Red social-Apoyo	38,60 (9,11)	43,74 (10,25)	45,44 (12,08)	0,003	1 vs 2, 3
Red social-Problemas	41,33 (4,61)	41,40 (6,42)	47,45 (9,01)	0,000	1, 2 vs 3
Salud mental	33,44 (4,31)	39,03 (8,24)	44,81 (9,09)	0,000	1 vs 2 vs 3
<i>Escalas secundarias</i>					
Pareja-Apoyo	40,80 (10,88)	43,40 (11,90)	43,29 (11,39)	0,487	No diferencias
Pareja-Problemas	48,00 (5,40)	46,62 (4,89)	50,14 (7,29)	0,023	1, 2 vs 3
Familiares adultos-Apoyo	47,92 (6,75)	47,34 (7,62)	48,97 (9,13)	0,632	No diferencias
Familiares adultos-Problemas	47,73 (5,63)	46,65 (5,01)	49,88 (7,44)	0,010	1, 2 vs 1, 3
Amistades-Apoyo	42,19 (7,57)	47,20 (8,54)	48,42 (9,47)	0,000	1 vs 2, 3
Amistades-Problemas	47,26 (3,90)	47,85 (4,61)	48,81 (6,20)	0,158	No diferencias

blemas (tabla 5). La correlación resultó ser estadísticamente significativa, aunque baja, en 4 escalas del ASI-6 (Alcohol, Legal, Red social-Apoyo y Salud mental) (por ejemplo, la correlación más alta se encontró en Legal,  $r= 0,17$ ). Las correlaciones entre las POE de las escalas secundarias del ASI-6 y la puntuación en la ICG-G fueron ligeramente superiores, siendo estadísticamente significativa para las escalas de Familiares adultos-Apoyo, Amistades-Apoyo, Amistades-Problemas, si bien la magnitud de la correlación fue también baja.

El ANOVA indicó que las escalas primarias del ASI-6 Legal y Familia-Hijos no discriminaban entre los controles y el grupo de pacientes estables e inestables (véase tabla 3). Por su parte, la escala de Salud mental fue la que mejor diferenciaba entre los tres grupos ( $p<0,001$ ). Todas las escalas primarias excepto las de Salud física, Legal y Familia-Hijos fueron capaces de diferenciar entre controles y pacientes inestables, y sólo las de Salud física, Empleo, Red social-Apoyo y Salud mental diferenciaron entre los controles y el grupo de pacientes estables. Las escalas que diferenciaron entre los dos grupos de pacientes fueron Alcohol, Drogas, Red social-Problemas y Salud mental.

El ANOVA llevado a cabo en las escalas secundarias del ASI-6 indicó (véase tabla 3) que las escalas Pareja-Apoyo, Familiares adultos-Apoyo y Amistades-Problemas no diferenciaron entre los tres grupos. La escala de Amistades-Apoyo diferenció entre el grupo de controles y el grupo de pacientes, la escala Pareja-Problemas diferenció entre controles e inestables y entre inestables y estables y la escala de Familiares adultos-Problemas sólo discriminó entre los dos tipos de pacientes.

*Tabla 4*  
Niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) y evidencias de estructura interna para las escalas primarias y secundarias del *Addiction Severity Index-6* (ASI-6)

	Nº de ítems	$\alpha$ Cronbach	Valor del primer componente	% varianza explicada
<b>Escalas primarias</b>				
Salud física	7	0,85	3,73	53,31
Empleo	4	0,91	3,45	86,24
Alcohol	11	0,88	6,24	56,68
Drogas	12	0,93	7,77	64,75
Legal	5	0,47	1,82	36,32
Familia-Hijos	4	0,58	2,17	43,32
Red social-Apoyo	4	0,87	2,94	73,55
Red social-Problemas	4	0,70	2,20	54,93
Salud mental	17	0,87	5,62	33,05
<b>Escalas secundarias</b>				
Pareja-Apoyo	4	0,95	3,48	87,02
Pareja-Problemas	3	0,70	1,87	62,41
Familiares adultos-Apoyo	4	0,70	2,17	54,22
Familiares adultos-Problemas	3	0,54	1,61	53,74
Amistades-Apoyo	4	0,90	3,10	77,44
Amistades-Problemas	3	0,56	1,77	58,97

*Tabla 5*  
Correlaciones de Pearson entre las escalas primarias y secundarias del *Addiction Severity Index-6* (ASI-6) y la *Impresión Clínica Global* (ICG-G)

Escalas primarias	ICG-G
Salud física	0,09
Empleo	0,05
Alcohol	0,13*
Drogas	0,04
Legal	0,18**
Familia / Hijos	0,02
Red social - Apoyo	0,24**
Red social - Problemas	0,05
Salud mental	0,14*
<b>Escalas secundarias</b>	
Pareja - Apoyo	0,06
Pareja - Problemas	0,02
Familiares adultos - Apoyo	0,14*
Familiares adultos - Problemas	0,02
Amistades - Apoyo	0,27**
Amistades - Problemas	0,19**

\*  $p<0,001$ ; \*\*  $p<0,05$

### Discusión y conclusiones

Nuestro estudio indicó que la versión traducida y adaptada al español del ASI-6 presentó un comportamiento psicométrico que puede ser considerado aceptable, y por lo tanto ser utilizado como una buena expresión de medida de la gravedad de los pacientes con TUS. Por ello, puede ser incorporado al arsenal diagnóstico de los clínicos para ayudar a establecer las estrategias de intervención ajustadas a las necesidades específicas de cada paciente. Sin embargo, sería necesario llevar a cabo nuevos estudios que continúen examinando su calidad métrica en muestras independientes de pacientes.

A la hora de comparar nuestros resultados, nos encontramos con el problema de la escasez de datos publicados sobre la validación del ASI-6, tanto por los autores originales como por los de otros países que estén validándolo como Brasil (Kessler et al., 2007). La versión española del ASI-6 ha resultado un instrumento factible, en cuanto al tiempo de aplicación y a la cumplimentación de los ítems. Bien es cierto que 40 minutos de aplicación puede resultar excesivo en la realidad de la atención sanitaria española. Sin embargo, este esfuerzo merece la pena dada la relevancia y la utilidad de la información que se obtiene.

En cuanto a la consistencia interna, aplicando el criterio de Nunnally (1967), alfa mayor de 0,60, fue elevada para la mayoría de las escalas primarias del ASI-6 y moderada para las de Familia-Hijos y Legal. Con respecto a las escalas secundarias, sólo cuatro de ellas muestran una consistencia interna alta, siendo moderada para la sección de Problemas de las escalas Familiares adultos y Amistades. El intervalo de tiempo empleado entre el test y el retest para comprobar la fiabilidad test-retest es algo mayor que en con otros estudios (Butler, Redondo, Fernández y Villapiano, 2009; Gu et al., 2008; Sawayama et al., 2009), sin embargo, la estabilidad de las medidas no se ha alterado, ya que según los criterios de Cohen

(1988), el instrumento muestra una fuerte confiabilidad, a excepción de la escalas secundaria Amistades-Problemas, que muestra una fiabilidad test-retest moderada.

El estudio de la estructura interna del ASI-6 informó que las escalas propuestas por los autores de la versión original, considerándolas de forma independiente, se ajustaron a una solución esencialmente unidimensional. En relación con la obtención de evidencias de validez convergente-discriminante se encontró una baja correlación entre las escalas del ASI-6 y la puntuación en la ICG-G. Debemos tener en cuenta que la ICG es una valoración muy sencilla y subjetiva que realiza el clínico teniendo en cuenta una serie de parámetros no definidos previamente, y en el caso de los TUS, centrados principalmente en los aspectos de salud física y mental. Este hecho influye de forma importante en la baja validez encontrada, y apoya la necesidad de utilizar instrumentos que definan previamente las dimensiones a tener en cuenta para valorar adecuadamente la gravedad de la adicción. En cuanto a su capacidad discriminante, podemos considerar que, a excepción de las escalas primarias Salud física, Legal y Familia-Hijos, y las secundarias de Apoyo de la Pareja y de los Familiares adultos y Amistades-Problemas, es una buena herramienta de clasificación.

Como hemos visto, la versión española del ASI-6 puede considerarse un instrumento de valoración de la gravedad de la adicción con propiedades psicométricas reseñables. No obstante, es necesario considerar las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, si bien en el diseño se trató de que la muestra fuese lo más representativa de la población española con TUS, finalmente

una parte importante de los pacientes provenían de una única área geográfica. En segundo lugar, hubo un sesgo de selección también en cuanto a la sustancia principal de consumo, ya que los pacientes tenían problemas relacionados con el alcohol principalmente. Estos dos sesgos en la selección podrían afectar a la validez del instrumento para ser utilizado en otras poblaciones. El hecho de que las mujeres representen tan sólo el 20% de los sujetos no supone un problema, ya que representa fielmente la situación clínica actual, teniendo en cuenta que la edad media superaba los 40 años.

En conclusión, la versión española del ASI-6 ha demostrado ser un instrumento psicométricamente aceptable para medir la gravedad de la adicción. Un instrumento de estas características resulta imprescindible para la práctica clínica, ya que permite realizar un diagnóstico multidimensional e individualizado de los problemas de adicción de cada paciente, evaluar su gravedad y enmarcarlos en un contexto bio-psico-social, requisito indispensable para planificar, adaptar e implementar las estrategias terapéuticas necesarias para cada paciente, teniendo en cuenta a su vez el grado de importancia que éste otorga al tratamiento.

#### Agradecimientos

Este estudio se enmarca en un proyecto financiado en parte por el Plan Nacional sobre Drogas y por el Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.

#### Referencias

- Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Habing, B., y Lynch, K.G. (2007). Addiction Severity Index Recent and Lifetime summary indexes based on nonparametric item response theory methods. *Psychological Assessment*, 19(1), 119-132.
- Bobes, J., Bascarán, M.T., Bobes-Bascarán, M.T., Carballo, J.L., Díaz Mesa, E.M., Flórez, G., et al. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Butler, S.F., Redondo, J.P., Fernández, K.C., y Villapiano, A. (2009). Validation of the Spanish Addiction Severity Index Multimedia Version (S-ASI-MV). *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 18-27.
- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- De Wilde, J., Broekaert, E., y Rosseel, Y. (2006). Problem severity profiles of clients in European therapeutic communities: Gender differences in various areas of functioning. *European Addiction Research*, 12(3), 128-137.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gu, J., Lau, J.T., Chen, H., Liu, Z., Lei, Z., Li, Z., et al. (2008). Validation of the Chinese version of the Opiate Addiction Severity Inventory (OASI) and the Severity of Dependence Scale (SDS) in non-institutionalized heroin users in China. *Addictive Behaviors*, 33(5), 725-741.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions. In *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual for Psychopharmacology, revised* (pp. 217-222). Rockville: National Institute of Mental Health.
- Hambleton, R.K., Merenda, P.F., y Spielberg, C.D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Helzer, J.E., Buchholz, K.K., y Gossop, M. (2008). A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. En J.E. Helzer, H.C. Kraemer, R.F. Krueger, H.U. Wittchen, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.): *Dimensional approach in diagnostic classification. Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 19-34). Arlington: American Psychiatric Association.
- Kessler, F., Cacciola, J., Faller, S., Souza-Formigoni, M.L., Crus, M., Brasiliano, S., et al. (2007). Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 336-336.
- Kraemer, H.C. (2008). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. En J.E. Helzer, H.C. Kraemer, R.F. Krueger, H.U. Wittchen, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.): *Dimensional approaches in diagnostic classification. Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 5-17). Arlington: American Psychiatric Association.
- Leonard, K.E., y Homish, G.G. (2008). Predictors of heavy drinking and drinking problems over the first 4 years of marriage. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 25-35.
- Liang, T., Liu, E.W., Zhong, H., Wang, B., Shen, L.M., y Wu, Z.L. (2008). Reliability and validity of addiction severity index in drug users with methadone maintenance treatment in Guizhou province, China. *Biomedical and Environmental Sciences*, 21(4), 308-313.
- López, M.F., Compton, W.M., Grant, B.F., y Breiling, J.P. (2007). Dimensional approaches in diagnostic classification: A critical appraisal. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S6-7.
- McLellan, A.T., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rikoon, S.H., y Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions and Transitions. *American Journal of Addiction*, 15(2), 113-124.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., et al. (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., y 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.

- Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10(1), 1-21.
- Nunally, J.C. (1967). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008). *Informe anual 2008. El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- OMS (2005, 12-15 de enero). *Mental health: Facing the challenges, building solutions*. Artículo presentado en la Conferencia Name, Helsinki.
- Petry, N.M. (2007). Concurrent and predictive validity of the Addiction Severity Index in pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 16(4), 272-282.
- Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Paredes, M.B., Bascarán, M.T., y Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 387-403.
- Sawayama, T., Yoneda, J., Tanaka, K., Shirakawa, N., Sawayama, E., Higuchi, S., et al. (2009). Assessing multidimensional cognitions of drinking among alcohol-dependent patients: Development and validation of a drinking-related cognitions scale (DRCS). *Addictive Behaviors*, 34(1), 82-85.
- Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Torrens Melich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319.
- Villalbi, J.R., y Gual, A. (2009). Las políticas preventivas del consumo de sustancias adictivas y la responsabilidad de los profesionales. *Adicciones*, 21(1), 5-8.

