



INFORME FINAL

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MONITOREO DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

24 DE OCTUBRE DEL 2012

INDICE

I.	ANTECEDENTES	3
II.	METODOLOGÍA	4
1.	Diseño de la investigación	4
2.	Muestra.....	5
3.	Capacitación y selección de evaluadores.....	7
4.	Instrumentos utilizados	8
5.	Muestra lograda.....	13
6.	Reporte cualitativo del proceso de validación	27
III.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
1.	Análisis descriptivo	31
2.	Confiabilidad Test- Retest	33
3.	Validez Concurrente.....	37
4.	Sensibilidad al Cambio.....	39
5.	Validez Discriminante	41
6.	Validez de Constructo.....	43
IV.	CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
V.	EQUIPO DE INVESTIGACIÓN	48
VI.	BIBLIOGRAFÍA	49
VII.	ANEXOS	50
1.	Consentimiento informado	50
2.	Hoja de registro.....	52
3.	TOP	53
4.	Manual TOP	54
5.	PHQ15.....	55
6.	GHQ12.....	56
7.	WHO-QOL BREF.....	58
8.	SFQ	61
9.	Sociodemográfico.....	62
10.	Manual Autosplit Global Partners	63
11.	Instrumento de Evaluación TOP	64

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fundación Tierra de Esperanza es una institución sin fines de lucro, creada hace 14 años con la misión de defender, proteger y promover los derechos esenciales de la infancia y adolescencia más vulnerada y marginada, sin consideración de etnia, religión u opinión política. En la actualidad la Fundación ejecuta una serie de proyectos a nivel nacional, desde Antofagasta hasta Puerto Montt, en cinco líneas de intervención: Protección de derechos, Justicia Juvenil, Consumo problemático de Drogas, Educación y Sistematización e investigación. Con el objeto de cumplir su misión, la Fundación cuenta con equipos especializados y multidisciplinarios, y además con estrategias innovadoras y en constante actualización orientadas a gestionar y generar conocimientos que permitan, por un lado ir mejorando las intervenciones ofertadas, y por otro, ser líderes de opinión en diversas temáticas que permitan repercutir en las políticas públicas.

En concordancia con lo planteado anteriormente, a nivel central la institución cuenta con un área encargada de gestionar el conocimiento, a través del desarrollo y promoción de espacios de aprendizaje, la sistematización constante de las prácticas y quehacer de sus proyectos, y la generación de conocimiento a través del desarrollo de investigaciones de diversas temáticas de interés.

La Fundación tiene una experiencia importante en el tratamiento de adicciones, realizando evaluaciones constantes que permiten monitorear los resultados y las estrategias de intervención, lo que permite ir continuamente mejorando las ofertas y formas de tratamiento. Para ello, se han utilizado diversas estrategias e instrumentos, por lo que se comprende y comparte la necesidad e importancia de contar con un instrumento estandarizado para monitorear los avances en el tratamiento, como reportar los resultados de éste.

El estudio de “Validación de un instrumento de monitoreo de resultados de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas” fue licitado en Noviembre del año 2011, pero a fin de obtener las aprobaciones y el respaldo institucional del Ministerio de Salud, éste no se comenzó a ejecutar hasta Abril del año 2012. Estas gestiones ante el citado ministerio estuvieron a cargo del propio SENDA, por lo que la Fundación no tuvo incidencia alguna en este retraso.

La investigación se realizó entre los meses de Abril a Septiembre del año 2012, extendiéndose más de 30 días de lo planificado inicialmente y de lo indicado por las bases técnicas de licitación, principalmente debido a retrasos en la conformación de la muestra a levantar por parte de los centros de tratamiento.

En el presente informe se detallan los procesos asociados a la configuración del proceso de validación, como sus resultados.

I. ANTECEDENTES

El tratamiento para el uso de sustancias ha tenido un importante crecimiento en los últimos años, lo que se verifica en el aumento del número de personas que reciben tratamiento y en la capacidad del sistema para satisfacer esta demanda. Indicadores y estimaciones de impacto, tales como el tiempo de permanencia en tratamiento, ofrecen algunos indicios de la efectividad, pero esto no ha sido suficiente. El cambio en el consumo de sustancias, podría considerarse una medida simple y suficiente para el monitoreo de resultados, sin embargo, la mayoría de los usuarios que ingresan a tratamiento presentan problemas en otras áreas, como la salud, y las relaciones sociales, por lo que es necesario evaluar los resultados en varios ámbitos de la vida de los sujetos.

La necesidad de contar con un instrumento que logre dar cuenta de los resultados e impacto del tratamiento de adicciones, se sustenta en que las sesiones relativas al tratamiento de adicciones refieren a diversas áreas de la vida del usuario que buscan ser mejoradas, así como también se enfocan en problemas que no han mejorado, o que inclusive han empeorado. Sin embargo, a menos que haya un registro de los avances, este conocimiento no se comparte con personas externas al tratamiento. Por ende, es necesario contar con un método simple y adecuado de registro de los cambios en el comportamiento de los usuarios durante el tratamiento, y si bien las evaluaciones de los resultados de mediano y largo plazo son importantes, una evaluación en tiempo real es necesaria mientras dura el tratamiento.

El TOP (llamado así por sus siglas en inglés *Treatment Outcomes Profile*) es una herramienta que permite a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de sus usuarios, utilizando medidas objetivas y comparando el comportamiento pre- intra y post tratamiento. Contiene un conjunto de preguntas que recopilan información sobre el consumo de drogas y alcohol, la salud física y psicológica, la transgresión a las normas sociales y el funcionamiento social del usuario. Este instrumento ha sido desarrollado como una entrevista breve entre un trabajador del equipo de tratamiento y el usuario en evaluación, y como parte de un plan intervención terapéutico.

El TOP fue desarrollado por la *National Treatment Agency for Substance Misuse* (NTA) del Reino Unido, y es un instrumento destinado a medir de manera sencilla y oportuna los resultados terapéuticos de los usuarios en tratamiento. Es una herramienta de monitoreo de resultados terapéuticos para personas mayores de 16 años que ingresan a un programa estructurado de tratamiento producto de su consumo problemático de drogas y/o alcohol, a través de un método de registro de información repetidamente a lo largo del tratamiento, lo que permite obtener una imagen que puede ser construida por el progreso de los usuarios.

En virtud de lo señalado anteriormente, el presente estudio busca validar el instrumento TOP para su uso ampliado a nivel nacional en población mayor de 16 años usuaria de programas de tratamiento de adicciones, para lo cual se presenta la metodología y los resultados obtenidos del proceso de validación.

II. METODOLOGÍA

1. Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio replica en términos generales las etapas del proceso de validación original de acuerdo a lo publicado por Mardsen et al 2008. En los apartados que corresponda se aludirán a los criterios utilizados por los autores del instrumento original que se tomaron como referencia para cada etapa de la validación. El proceso de validación del instrumento *Treatment Outcomes Profile* (TOP en adelante) incluye una serie de etapas de recolección de información y análisis estadístico. Las cuatro etapas principales del estudio son:

Test: Esta etapa consiste en la aplicación del TOP y una batería de instrumentos (que incluye los instrumentos PHQ-15, el GHQ-12, WHO *Quality of Life* BREF-26, y el SFQ). Esta batería será administrada por profesionales clínicos de los centros de tratamiento. El periodo de tiempo evaluado corresponde a las 4 semanas anteriores a la aplicación (28 días). En esta etapa se realizará además la selección de un muestra del 25% de los usuarios, a quienes se realizarán exámenes toxicológicos.

Re Test: Consiste en la aplicación únicamente del TOP por parte de un evaluador del mismo centro de tratamiento pero distinto al evaluador del *test*, transcurridos 7 días desde la primera aplicación. El periodo de referencia para las preguntas del TOP al retest considera las mismas 4 semanas de la primera evaluación. Se evaluará a todos los participantes considerados en la etapa de *Test*.

Seguimiento: Esta etapa consiste en una tercera aplicación del TOP a los mismos participantes, esta vez por parte de un evaluador que forme parte del equipo investigador. El protocolo de seguimiento consiste en generar un consolidado de sujetos a contactar que se enviará a cada centro para verificar la vigencia de cada sujeto en tratamiento; si el sujeto estuviera vigente en el programa se solicitará ayuda al personal del programa para coordinar los días que asista a tratamiento, si ya no estuviera vigente en el tratamiento se contactará a los sujetos en base a la información que posee el programa. El contacto para el seguimiento consiste en un contacto telefónico para coordinar una visita domiciliaria, si el sujeto no es encontrado en su domicilio o no asiste a cita programada después de 3 intentos efectivos, se dará el caso por perdido.

Análisis estadístico: Se generarán cinco tipos de análisis estadístico que permiten evaluar el proceso de validación y obtener los resultados de éste, la confiabilidad test-retest, validez concurrente, sensibilidad al cambio, validez discriminante y validez de constructo. Estos resultados serán presentados a un panel de expertos convocado por SENDA, para su discusión y análisis.

Aparte de las citadas etapas, SENDA realizó una aplicación piloto del TOP, convocó a dos mesas de expertos y coordinó la visita de los autores del instrumento, con el fin de realizar un adecuado ajuste de las dimensiones que evalúa el instrumento, como una adaptación semántica del mismo. Este proceso tuvo como resultado un instrumento en versión traducida al español y adaptada al contexto nacional, el que fue sometido al proceso de validación.

2. Muestra

Las bases de licitación indican que la población a ser muestreada incluye a hombres y mujeres de las regiones de Valparaíso, Metropolitana y del Bío-bío, que se encuentren en tratamiento por consumo de alcohol o drogas en programas de SENDA. En estas bases de licitación se señala una muestra de 529 personas¹, que se compone de 2 sub-muestras: a) 397 sujetos con menos de 3 meses de tratamiento y b) 132 sujetos con más de 3 meses de tratamiento. Para el logro de esta muestra, SENDA definió un listado de centros desde donde se podía obtener el número de usuarios requerido, basándose en la población registrada en los sistemas de control interno (SISTRAT). A partir de este listado de centros se calculó el número de usuarios para el logro de los 529 casos, tomando en consideración que cada programa tuviera población suficiente para conseguir esta muestra. La selección de estos centros la realizó de manera interna SENDA, consultada la contraparte técnica sobre los criterios que concurrieron en ella, se indicó que fue el resultado de un análisis de las tasas de deserción de los centros y de la disposición de los equipos a participar en este tipo de iniciativas.

Durante Abril del 2012 SENDA se comunicó (a través de sus supervisores) con cada uno de los centros pertenecientes a este listado, explicando a los directores de los programas de manera general las características del estudio. Esta labor fue complementada por el equipo investigador, indicando de manera más detallada las características del proceso de validación a fin de obtener un compromiso inicial de los centros con el estudio.

El listado de centros que participaron del proceso de capacitación, desde el cual se podría extraer el total de 529 casos, se compuso de 49 programas pertenecientes a 40 centros de tratamiento en las 3 regiones participantes del estudio (V, VIII y Metropolitana), y se diseñó tomando en consideración cierta proporcionalidad en el número de programas según modalidad (ambulatorios y residenciales), según región (35 programas en la Región Metropolitana, 7 en las regiones V y VIII), y de acuerdo al número de usuarios indicado en el sistema SYSTRA (para lograr el número de casos en las sub-muestras de Menos de 3 meses y Más de 3 meses).

¹ Esta muestra fue definida por SENDA, y pese a que el equipo investigador realizó las consultas pertinentes respecto de la forma de cálculo de esta muestra o bien, de los parámetros que sustentaron la composición de este marco muestral, no se tuvo respuesta de parte de la contraparte técnica sobre los criterios metodológicos para la estimación de esta muestra. Resulta relevante indicar que la muestra de 529 casos, según opinión del equipo investigador, es mucho mayor a la necesaria para cumplir con los objetivos del estudio y los análisis estadísticos correspondientes. Prueba de ello es que la presentación en Chile de los autores del instrumento indicaba como recomendación reclutar 200 clientes (o usuarios).

TABLA 1: Muestra Inicial

REGIÓN	CENTRO	MODALIDAD	3 MESES O MENOS	MÁS DE 3 MESES	TOTAL MUESTRA
RM	COSAM Pudahuel	PG-PAB	10	10	20
RM	Centro 'Rayún'	M-PAI	8	2	10
RM	Centro 'Rayún'	M-PR	6	1	7
RM	Centro Esperanza de Huechuraba	M-PAI	7	2	9
RM	Centro para personas en sit. de calle Caleta Sur	Calle	10	0	10
RM	Centro para personas en sit. de calle Paréntesis	Calle	10	0	10
RM	Comunidad Terapéutica Bellavista (Mujeres)	M-PR	6	1	7
RM	Orión Vespertino	PG-PAI	14	2	16
RM	Orión Mujeres	M-PR	4	3	7
RM	Comunidad Terapéutica Santa Ana	PG-PR	8	8	16
RM	COSAM La Pintana	PG-PAB	3	3	6
RM	COSAM La Pintana	PG-PAI	10	0	10
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAB	10	0	10
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAI	9	3	12
RM	COSAM Macul	PG-PAI	8	0	8
RM	COSAM Melipilla	PG-PAB	15	4	19
RM	COSAM Melipilla	PG-PAI	12	5	17
RM	COSAM Puente Alto	PG-PAI	5	5	10
RM	COSAM Quilicura	PG-PAB	10	10	20
RM	COSAM Quilicura	PG-PAI	7	0	7
RM	COSAM Renca	PG-PAI	8	4	12
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAB	5	0	5
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAI	6	0	6
RM	Policlínico 'Obispo Enrique Alvear'	PG-PAB	20	7	27
RM	Centro de Trat. y Rehab. Carpe Diem	PG-PR	8	0	8
RM	Casa Acogida La Esperanza San Joaquín	PG-PR	9	2	11
RM	Comunidad Terapéutica CENTRA Ltda.	PG-PR	10	3	13
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	M-PR	4	0	4
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	PG-PR	7	0	7
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAB	5	8	13
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAI	8	4	12
RM	COSAM San Bernardo	PG-PAI	5	5	10
RM	Hospital San José de Maipo PAB	PG-PAB	8	3	11
RM	COSAM Pirque	PG-PAI	6	3	9
RM	Hospital Alberto Hurtado	PG-PAB	10	0	10
V	Centro de salud mental y psiq. ambulatoria	M-PAI	4	1	5
V	CTR Peñablanca	M-PR	4	1	5
V	CESFAM Silva Henríquez - El Molino	PG-PAB	17	7	24
V	Comunidad Terapéutica PROSEC	PG-PAI	10	0	10
V	CTA VILLA ALEMANA	PG-PAI	10	5	15
V	Hospital Salvador	PG-PAI	13	1	14
V	Comunidad Terapéutica La Roca Viña del Mar	PG-PR	8	2	10
VIII	Cead de Lota	PG-PAB	5	4	9
VIII	CESFAM Tucapel	PG-PAB	4	4	8
VIII	Centro Anun Coronel	PG-PAB	6	0	6
VIII	COSAM Hualpén	PG-PAI	5	4	9
VIII	Casa Chica Hospital Higueras	PG-PAI	9	0	9
VIII	Cead de Lota	PG-PAI	6	4	10
VIII	Comunidad Terapéutica 'Villamávida'	PG-PR	4	2	6
TOTAL			396	133	529

El equipo investigador definió una sobremuestra del 10% frente a las posibles pérdidas en las etapas de test y retest, considerando que las cifras de adherencia entregadas por SENDA indicaban una adherencia promedio del 85% de los usuarios, y en vista de la suficiencia de población en cada programa según los listados (que la población promedio por programa permitiera este aumento en la muestra inicial. Así, la muestra inicial se compuso de 580 casos, con cuotas proporcionales por modalidad, región y submuestra (menos de 3 meses y más de 3 meses).

Al interior de cada centro y programa, los usuarios se seleccionarían en base a dos criterios. Primero, que no pertenecieran a alguna de las causales de exclusión (ser menor de 16 años, y/o presentar un cuadro de intoxicación aguda, y/o presentar un retardo mental de moderado a severo. y/o presentar un cuadro psicótico agudo); y segundo, a una elección aleatoria de los usuarios (cada programa elaboró un listado de todos los usuarios susceptibles de participar, para que luego los supervisores asignaran un número correlativo al azar).

Como resultado, en cada centro se debía elaborar un listado de los sujetos que se invitaría a participar (a aplicar el consentimiento informado), con un número de casos de reemplazo que permitiera resolver las pérdidas por rechazo (no desea participar el usuario) o por deserción del tratamiento.

3. Capacitación y selección de evaluadores

Para lograr una adecuada capacitación de los profesionales que en cada programa participaran del proceso de validación, se diseñó una capacitación de 5 horas cronológicas a 2 profesionales por programa (uno que aplicara el test, otro el retest). Estas capacitaciones inicialmente las realizarían los supervisores regionales del equipo investigador en cada centro que participara del proceso de validación (así fue indicado en la Propuesta Técnica), no obstante, en acuerdo con la contraparte técnica se definió que SENDA en conjunto con el equipo investigador realizarían estas capacitaciones de forma ampliada en cada una de las regiones (realizando 2 en la Región Metropolitana dado el número de centros).

La convocatoria y coordinación de las jornadas de capacitación estuvo a cargo del equipo investigador, generándose 4 jornadas iniciales.

- Santiago, 16 de Mayo
- Valparaíso, 18 de Mayo
- Concepción, 22 de Mayo
- Santiago, 24 de Mayo

Cada jornada tuvo una extensión aproximada de 5 horas, en las que participaron Rodrigo Portilla del Área de Tratamiento de SENDA, María Paz Donoso del Área de Estudios de SENDA, Diego Piñol, Jefe del Proyecto, Juan San Martín, Jefe de Terreno, más los correspondientes supervisores regionales del estudio.

Los tópicos tratados en cada jornada de capacitación fueron: Presentación del instrumento TOP, descripción e importancia clínica de su aplicación; Conducción del TOP y aplicación de los instrumentos complementarios; Metodología de validación del TOP en Chile; además de una aplicación simulada del instrumento.

A estas capacitaciones se tuvieron que sumar dos jornadas adicionales, una realizada en dependencias de SENDA el 18 de Junio, y otra realizada en dependencias de la Fundación, el día 12 de Julio. Estas jornadas adicionales tuvieron como objetivo sumar profesionales en los centros para evitar la sobrecarga laboral, sumar nuevos centros para completar la muestra, como también se aprovechó la instancia para realizar la inducción de los evaluadores en terreno de la Fundación (para las encuestas de seguimiento).

Tanto los supervisores regionales como los evaluadores en terreno del equipo investigador fueron seleccionados por la Fundación según la experiencia y experticia previa en estudios de este tipo, siendo profesionales que han formado parte de investigaciones de similares características y que han probado su eficiencia y rigurosidad en el trabajo realizado.

4. Instrumentos utilizados

El estudio de validación del TOP considera la aplicación del citado instrumento en 3 momentos, test, retest y seguimiento, a lo que se suman 4 instrumentos para efectuar los contrastes y comparaciones indicadas por los autores del TOP (aplicados durante la etapa de test). Adicionalmente el proceso de validación contempla la aplicación de exámenes toxicológicos a un porcentaje de los usuarios en la etapa de test. De igual modo, se sumó un instrumento ad-hoc de caracterización sociodemográfica de los usuarios participantes.

Aparte de los citados instrumentos, se diseñó un *Consentimiento Informado* (ver Anexo 1) a ser aplicado por los profesionales de los programas a los usuarios, a fin de garantizar que los participantes conocieran las características centrales del estudio. Este consentimiento detalló los objetivos de la investigación, las etapas de éste, los encargados de SENDA y de la Fundación del estudio, como también consagra la voluntariedad en la participación en todas las etapas, las formas de asegurar la confidencialidad de la información entregada, como los costos y compensaciones asociadas (ninguno/a).

Respecto a la confidencialidad de la información, también se indicó en las jornadas de capacitación que cada usuario sería identificado con un Folio (número de 6 dígitos compuesto por la región, el número identificador del centro asignado por el equipo investigador, y el

número correlativo de cada usuario), y que toda la información sometida a análisis se guiaría por este Folio y no por el nombre-apellido de los sujetos. De este modo se asegura el anonimato de los participantes, asunto de permanente consulta en las jornadas de capacitación de los profesionales de los programas.

Por otra parte, a fin de registrar el resultado de los exámenes toxicológicos, las fechas de aplicación de los instrumentos, como también la pertenencia de cada usuario a los grupos o sub-muestras (género y tiempo en tratamiento), se diseñó una *Hoja de Registro* (ver Anexo 2) que utilizó cada programa para realizar un seguimiento del proceso.

Los instrumentos que formaron parte del proceso de validación se detallan a continuación:

Treatment Outcomes Profile: Es una medida breve de 20 ítems para la evaluación de los resultados de tratamiento, desarrollada por la National Treatment Agency for Substance Misuse de Inglaterra, donde se aplica desde el año 2007. Es aplicable para usuarios de distintas modalidades de tratamiento. Está diseñado para ser aplicado por el profesional en conjunto con el cliente al inicio del tratamiento y periódicamente en distintas etapas de éste. Cuenta con secciones donde se mide uso de sustancias, conductas de riesgo relacionadas con uso de jeringas, conductas delictivas, salud y funcionamiento social. Los autores consideran que estas secciones reflejan área clave que impactan tanto la vida de los clientes como de sus comunidades. La versión definitiva del instrumento inglés ha evidenciado adecuados niveles de confiabilidad (acuerdo interjueces), validez (concurrente, discriminante y de constructo) en sus distintas modalidades de acuerdo a lo reportado por Mardsen et al (2008). Asimismo los resultados reportados por estos autores indican adecuados niveles de sensibilidad al cambio. Este instrumento se adjunta, con su correspondiente Manual, en los Anexos 3 y 4.

La versión chilena del instrumento que se buscó validar fue elaborada tras un proceso de adaptación que incluyó aplicación piloto, consulta con los autores originales del instrumento y la revisión de una mesa de expertos convocada por SENDA. Las principales adaptaciones corresponden a cambios en las sustancias evaluadas de acuerdo a la población chilena, la eliminación de la sección relativa a las drogas inyectables y la adaptación de la sección de trasgresión de la norma a la realidad nacional.

*Patient Health Questionnaire (PHQ-15)*²: Es un instrumento derivado de la versión completa del PHQ, consta de 15 preguntas que evalúan los síntomas o agrupaciones de síntomas que son motivos de consulta a nivel de atención comunitaria de salud. Además el PHQ-15 incluye 14 de las 15 síntomas somáticos más frecuentes del trastorno por somatización del DSM-IV (Kroenke et al, 2002). Cuenta con respuestas de tipo Likert con tres opciones. Un grupo de 13 preguntas exploran los síntomas somáticos (por ejemplo, dolores de estómago, espalda o brazos), y el grado de molestia que producen en los entrevistados (nada: 0 punto; un poco: 1 punto; mucho; 2 puntos). Además existen 2 ítems (Cansado o con poca energía, Dificultades

² Anexado al presente informe como Anexo 5.

para dormir) que forman parte del módulo de depresión del PHQ-15 (Kroenke et al, 2002). La aplicación del cuestionario permite obtener un puntaje entre 0 y 30 puntos donde los puntajes mayores reflejan mayor malestar.

La confiabilidad por consistencia interna del instrumento, medida por el coeficiente α de Cronbach, fue de 0,78 en una versión con población española (Montalban, 2010). En el estudio británico de validación del TOP, este instrumento mostró una correlación negativa de rango medio ($r = -0.55$, $p < 0.001$) con los ítems del área salud física del TOP (Mardsen et. al, 2008).

*General Health Questionnaire (GHQ12)*³: corresponde a una versión breve del cuestionario inicial desarrollado por Goldberg, diseñado con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo que se le liga a la medición de la salud mental más que a la salud general (Garmendia, 2007). Se trata de un instrumento auto-administrado destinado a evaluar la situación actual del entrevistado. Evalúa las áreas de depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría (Garmendia, 2007). De doce ítems con proposiciones con alternativas de respuesta entre 0 y 3 puntos, donde la mayor puntuación indica un peor nivel de salud mental. La estimación de la severidad de la falta de salud mental evaluada con este instrumento entonces se mide en una escala entre 0 y 36 puntos. (Garmendia, 2007).

En cuanto a las características psicométricas del instrumento en muestras chilenas, el estudio de Garmendia (2007), la confiabilidad por consistencia interna medida a partir del α de Cronbach resultó de 0.92 en población adulta. Respecto de la estructura factorial se encontró una estructura bifactorial, ligada la primera a la disfunción social, y el segundo al distress psicológico.

En el estudio británico de validación del TOP, este instrumento mostró una correlación negativa de rango medio ($r = -0.63$, $p < 0.001$) con los ítems del área salud psicológica del TOP (Mardsen et. al, 2008).

*WHO Quality of Life BREF-26*⁴: Es un instrumento que mide las áreas de calidad de vida y satisfacción general con el estado de salud (2 ítems), salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (en total 24 ítems en estas áreas). La escala de respuesta incluye tiene un formato tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Las puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida.

El instrumento ha demostrado buenos niveles de confiabilidad por consistencia interna en muestras medida a través del α de Cronbach en muestras chilenas, alcanzado un valor de 0.88 según lo reportado por Espinoza et al (2011). Asimismo este estudio en población chilena ha verificado la estructura factorial propuesta en los estudios originales.

³ Anexo 6

⁴ Anexo 7

En el estudio de validación del TOP en Inglaterra, este instrumento permitió diferenciar entre quienes desarrollaban actividad remunerada, y quienes se encontraban recibiendo capacitación. En ambos casos estos grupos mostraban mayores niveles de calidad de vida.

*Social Functioning Questionnaire- SFQ*⁵: Es un instrumento que se considera una alternativa autoadministrada derivada de la entrevista semi estructurada Social Functioning Schedule. Las áreas evaluadas por el instrumento son tareas del trabajo y hogar, preocupaciones financieras, relaciones con la familia, actividad sexual, contactos sociales y tiempo libre y recreación. Consta de 8 ítems con alternativas de respuesta que van desde 0 a 3. De esta forma la escala tiene un rango entre 0 y 24 puntos donde puntajes más altos indican un nivel más bajo de funcionamiento social. De acuerdo a la información provista por los autores, su aplicación toma un tiempo aproximado de 4 minutos (Tyrer et al, 2005).

En relación con las características psicométricas Tyrer et al. (2005) reportan adecuados niveles de estabilidad temporal en periodos entre 2 semanas y un año.

En el estudio británico de validación del TOP fue utilizado como una medida de funcionamiento social. Los resultados indicaron que quienes informaban problemas habitacionales en el TOP presentaban menores puntajes significativamente más altos en el SFQ.

Tal como se indicó previamente, a estos instrumentos se adicionó una encuesta de *Caracterización Sociodemográfica*, realizado en conjunto por SENDA y el equipo investigador, y que se anexa al presente informe (Anexo 9).

Respecto a las *pruebas toxicológicas*, inicialmente se contemplaba el uso de dos tests, uno que medía el Alcohol a través del aliento (Breathscan® de Global Partners), prueba que fue desechada de común acuerdo con la contraparte técnica ya que sólo mide el consumo en las últimas 6 a 8 horas; y un segundo examen, llamado Screeners® AutoSplit™ KO (también de Global Partners), que mide la presencia de consumo de Cocaína, Marihuana y Metanfetaminas.

Este último es un dispositivo para la detección de drogas que tiene un nivel de certeza superior al 98,7% y se encuentran aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) y el SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) de U.S.A. Además, están certificados por el I.S.P. y avalados por estudios del Laboratorio Clínico de la Universidad Católica de Chile, y Laboratorio de Exámenes Preventivos de la ACHS.

Según sus comercializadores, este test integra la velocidad y exactitud de los test de inmersión con la seguridad de la no manipulación de la muestra. La obtención de las muestras es segura, el test es inaccesible para la persona que proporcionó la muestra y es activado solo con una llave cuando el operador lo decida. La interpretación del test es segura, la etiqueta despegable

⁵ Anexo 8

mantiene los resultados confidenciales hasta el momento adecuado. El eventual transporte de la muestra es seguro, la tapa que se atornilla incluye un sello tipo o-ring de goma y un dispositivo que evidencia cuando la muestra ha sido intervenida. Entre sus ventajas, este examen toxicológico posee:

- Manejo automático de la muestra.
- Fácil de leer, líneas muy claras.
- No hay manipulación de la muestra.
- Envase seguro para realizar cadena de custodia para confirmación de resultados.
- Tapa y activador de un solo sentido.
- No se puede contaminar la muestra.
- Todos los dispositivos incluyen test de adulterantes que permiten saber en pocos segundos si la orina ha sido adulterada.

Este examen posee la detección de 3 drogas: Cocaína, Marihuana y Metanfetaminas (Éxtasis), no obstante, el producto entregado a la Fundación incorporó adicionalmente la detección de Opiáceos. La detección de las distintas sustancias posee los siguientes parámetros:

- Cocaína: Se detectan desde 5-8 horas en personas no frecuentes, en usuarios habituales mostraran sus efectos hasta 30 días o más.
- Marihuana: Se detectan desde 6-18 horas en personas no frecuentes y hasta 30 días en usuarios frecuentes.
- Metanfetaminas: Los síntomas y efectos se pueden pesquisar por 3 a 5 días después de su uso.
- Opiáceos: Su efecto dura varios días en la orina, y dependiendo de su grado de consumo, puede llegar hasta los 30 días

El detalle de las características técnicas de este examen se describe en el Anexo 10 del presente informe. Para lograr un adecuado control y supervisión de esta actividad, y a sugerencia de la contraparte técnica, se solicitó a los programas que sacaran una fotografía a los tests, asunto que fue implementado para el presente estudio.

Es necesario indicar que no todos los centros aplicaron exámenes toxicológicos, esto tanto por políticas de las propias instituciones, como también porque este proceso tuvo carácter voluntario. En efecto, y tal como se observará en la muestra lograda, algunos programas decidieron no aplicar las pruebas toxicológicas, por lo que no se reportará ningún test de orina (con este nombre se denominarán a los exámenes toxicológicos en los reportes de logro).

5. Muestra lograda

Una vez capacitados los profesionales de cada uno de los programas del conjunto de centros participantes de las primeras cuatro jornadas de capacitación, el equipo investigador organizó todo el material a ser entregado a los centros para la aplicación de los instrumentos citados en el apartado previo. Cada programa recibió el material impreso de los cuestionarios, las hojas de registro y los test de orina (si el centro decidió participar de este proceso), además de una serie de materiales de oficina que ayudarán a la organización del trabajo (lápices, carpetas y otros). La entrega de este material se realizó vía correo certificado o bien, de forma presencial en oportunidad de la primera visita del supervisor regional al centro.

Tal como se puede observar en la Tabla 2, se contactó a gran parte de los centros entre el día 10 y 20 de Junio del 2012, para efectos de coordinación de la primera visita del supervisor, reunión que se concretó entre el 20 de Junio y el 05 de Julio. Las dificultades en coordinación de esta primera visita se refieren a la necesidad de contar con la presencia de ambos profesionales capacitados, de modo que se tuvo que ajustar la calendarización a la disponibilidad de cada centro.

El objetivo de esta primera reunión fue reforzar algunos contenidos o aspectos claves del proceso de validación (como la selección de los sujetos a participar del estudio, el uso del consentimiento informado, los instrumentos a utilizar en las etapas de test y retest, la aplicación por distintos profesionales entre test y retest, y la forma de contabilizar el número de días/semanas para cada etapa), la explicación práctica del uso de los test de orina, la utilización de la hoja de registro, y en general, observar las particularidades de los programas y usuarios que ameritaran cierto ajuste de la investigación.

En esta reunión un número importante de centros indicaron las dificultades en la coordinación de los profesionales de los centros, dado que en los meses de Junio, Julio y Agosto alguno de ellos se toman vacaciones, otros se ausentan por licencias médicas, situación que explica el retraso en el comienzo de las aplicaciones en cada centro, como también el nivel de logro final del estudio.

Es necesario destacar que de la muestra inicial indicada en la Tabla 1, que estaba compuesta por 49 programas de 40 centros, esta Tabla 2 incorpora los centros que fueron incorporadas posteriormente a las 4 primeras jornadas de capacitación, que consistió en la adición del programa Ambulatorio de Caleta Sur en La Pintana, el COSAM San Ramón y del Hospital Padre Hurtado (este último frente a la deserción de COSAM Pirque), los que participaron de las jornadas de capacitación del 18 de Junio y 12 de Julio.

Posteriormente, y a fin de lograr el mayor número de casos posibles para cumplir con la muestra, se incorporaron al proceso de validación en la Región Metropolitana los programas Proyecto Ser, el Consultorio Raúl Brañez, el centro Sagrado Corazón, y el programa Plenitud,

así como el programa PAB Quintero en la V Región, centros en los que se realizó una capacitación en las propias dependencias de cada programa, talleres que fueron realizados directamente por el equipo investigador. Estos últimos centros ingresaron al estudio hacia fines de Julio (PAB Quintero), mediados de Agosto (Proyecto Ser y Consultorio Raúl Brañez) y hacia fines de Agosto (Sagrado Corazón y Plenitud).

En total participaron del proceso de validación 55 programas pertenecientes a 46 centros de tratamiento (en estricto rigor, 46 instituciones), siendo capacitados cerca de 100 profesionales entre las distintas jornadas de capacitación y los talleres de inducción realizados en cada centro.

TABLA 2: Fechas de inicio en la aplicación de los instrumentos

REGIÓN	CENTRO	FECHA CONTACTO	PRIMERA VISITA	INICIO APLICACIONES
RM	COSAM Pudahuel	11-06-2012	21-06-2012	25-06-2012
RM	Centro 'Rayún'	11-06-2012	04-07-2012	12-07-2012
RM	Centro Esperanza de Huechuraba	11-06-2012	21-06-2012	25-06-2012
RM	Centro para personas en sit. de calle Caleta Sur	20-06-2012	27-06-2012	03-07-2012
RM	Ambulatorio de La Pintana de Caleta sur	11-06-2012	03-07-2012	09-07-2012
RM	COSAM San Ramón	11-06-2012	20-06-2012	25-06-2012
RM	Centro para personas en sit. de calle Paréntesis	20-06-2012	25-06-2012	12-07-2012
RM	Comunidad Terapéutica Bellavista	20-06-2012	03-07-2012	09-07-2012
RM	Orión Vespertino	20-06-2012	28-06-2012	03-07-2012
RM	Orión Mujeres	20-06-2012	28-06-2012	03-07-2012
RM	Comunidad Terapéutica Santa Ana	20-06-2012	03-07-2012	12-07-2012
RM	COSAM La Pintana	11-06-2012	22-06-2012	27-06-2012
RM	COSAM Lo Prado	11-06-2012	22-06-2012	22-06-2012
RM	COSAM Macul	11-06-2012	20-06-2012	25-06-2012
RM	COSAM Melipilla	20-06-2012	29-06-2012	09-07-2012
RM	COSAM Puente Alto	11-06-2012	20-06-2012	25-06-2012
RM	COSAM Quilicura	11-06-2012	28-06-2012	03-07-2012
RM	COSAM Renca	11-06-2012	03-07-2012	24-07-2012
RM	CRS Salvador Allende	11-06-2012	03-07-2012	09-07-2012
RM	Policlínico 'Obispo Enrique Alvear'	20-06-2012	25-06-2012	09-07-2012
RM	Centro de Trat. y Rehab. Carpe Diem	20-06-2012	27-06-2012	12-07-2012
RM	Casa Acogida La Esperanza San Joaquín	11-06-2012	21-06-2012	09-07-2012
RM	Comunidad Terapéutica CENTRA	11-06-2012	20-06-2012	25-06-2012
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	11-06-2012	21-06-2012	25-06-2012
RM	COSAM Cerro Navia	11-06-2012	21-06-2012	09-07-2012
RM	COSAM San Bernardo	20-06-2012	28-06-2012	16-07-2012
RM	Hospital San José de Maipo	11-06-2012	20-06-2012	25-06-2012
RM	Hospital Alberto Hurtado	11-06-2012	22-06-2012	09-07-2012
RM	Proyecto Ser	15-08-2012	15-08-2012	15-08-2012
RM	Consultorio Raúl Brañez	15-08-2012	15-08-2012	15-08-2012
RM	Sagrado Corazón	21-08-2012	21-08-2012	21-08-2012
RM	Plenitud	21-08-2012	21-08-2012	21-08-2012
V	Centro de salud mental y psiq. ambulatoria	04-06-2012	21-06-2012	25-06-2012
V	CTR Peñablanca	04-06-2012	18-06-2012	27-06-2012
V	CESFAM Silva Henríquez - El Molino	04-06-2012	18-06-2012	25-06-2012
V	CTA Tiempo de Esperanza	04-06-2012	20-06-2012	27-06-2012

V	CTA Villa Alemana	04-06-2012	18-06-2012	27-06-2012
V	Hospital Salvador	04-06-2012	20-06-2012	28-06-2012
V	Comunidad Terapéutica La Roca	04-06-2012	18-06-2012	25-06-2012
V	PAB Quintero	17-07-2012	24-07-2012	01-08-2012
VIII	Cead de Lota	13-06-2012	15-06-2012	18-06-2012
VIII	CESFAM Tucapele	18-06-2012	22-06-2012	25-06-2012
VIII	Centro Anun Coronel	14-06-2012	22-06-2012	25-06-2012
VIII	COSAM Hualpén	18-06-2012	25-06-2012	25-06-2012
VIII	Casa Chica Hospital Higuera	13-06-2012	20-06-2012	25-06-2012
VIII	Comunidad Terapéutica 'Villamávida'	18-06-2012	28-06-2012	03-07-2012

En oportunidad de la primera visita del supervisor regional se solicitó a los centros que tuvieran armado el listado de posibles participantes del estudio (que no cumplieran con alguno de los criterios de exclusión) para poder realizar la aleatorización de los casos. No obstante, un número muy escaso de centros contaban con este listado al momento de realizar esta primera visita, por lo que fue necesario realizar la aleatorización en una segunda visita o por vía electrónica (enviado de listado vía correo electrónico).

Una vez se tuvieron los listados de todos los centros, resultó evidente que la información con la que contaba SENDA para realizar el muestreo y selección de programas no era cifras representativas de la realidad con la contaban los centros. Esto se puede deber a diversas razones, siendo una de ellas que el método de contabilización de usuarios reportado en SISTRAT, supone que algunos de los usuarios registrados en este sistema no sea el sujeto más idóneo para participar de este estudio, razón por la cuál los programas decidieron no incluirlos en los listados de posibles participantes.

Independientemente de las razones que produjeron estas diferencias, esta situación supuso dos consecuencias, primero que se tuvieron que adicionar nuevos centros y programas para lograr la muestra, y segundo, que las expectativas de logro de la sub-muestra de menos de 3 meses fuera baja, ya que en este grupo es donde los centros indicaron tener menos población de la requerida, o de la calculada inicialmente por SENDA.

La Tabla 3 muestra la brecha entre el cálculo inicial de SENDA y la muestra obtenida (o factible) en cada uno de los centros, observándose diferencias de hasta 20 casos entre la muestra inicial y la encontrada. En el caso específico de la sub-muestra de Menos de 3 meses, 24 centros de los 50 centros iniciales no tenían ninguna posibilidad de lograr el número de casos necesarios para este sub-grupo.

Gracias a la incorporación de nuevos centros y programas a esta muestra inicial, se tuvo como muestra posible un total de 707 casos posibles, cifra muy superior a la necesaria. No obstante esta estimación se vincula con una muestra de 650 casos posibles, ya que esta muestra inicial incluye a la sobremuestra calculada inicialmente (580 casos) y los centros incorporados en los meses de Julio y Agosto.

Lo importante es observar que la composición de la población de cada programa que sirvió de base para el cálculo de la muestra inicial, pese a basarse en estadísticas oficiales de SENDA, resultó diametralmente distinta a la encontrada en los centros al momento de configurar los listados de posibles participantes del estudio.

TABLA 3: Muestra real encontrada en cada programa

REGIÓN	CENTRO	MUESTRA INICIAL			MUESTRA ENCONTRADA			BRECHAS		
		< 3 MESES	> 3 MESES	TOTAL	< 3 MESES	> 3 MESES	TOTAL	< 3 MESES	> 3 MESES	TOTAL
RM	COSAM Pudahuel	11	11	22	11	14	25	0	3	3
RM	Centro 'Rayún'	9	2	11	7	4	11	-2	2	0
RM	Centro 'Rayún'	7	1	8	3	7	10	-4	6	2
RM	Centro Esperanza de Huechuraba	8	2	10	4	4	8	-4	2	-2
RM	Centro para personas en sit. de calle Caleta Sur	11	0	11	4	5	9	-7	5	-2
RM	Ambulatorio de La Pintana de Caleta sur	9	5	14	9	6	15	0	1	1
RM	COSAM San Ramón	7	5	12	10	8	18	3	3	6
RM	Centro para personas en sit. de calle Paréntesis	11	0	11	12	0	12	1	0	1
RM	Comunidad Terapéutica Bellavista	7	1	8	3	7	10	-4	6	2
RM	Orión Vespertino	15	2	17	5	6	11	-10	4	-6
RM	Orión Mujeres	4	3	7	6	6	12	2	3	5
RM	Comunidad Terapéutica Santa Ana	9	9	18	6	12	18	-3	3	0
RM	COSAM La Pintana	3	3	6	9	5	14	6	2	8
RM	COSAM La Pintana	11	0	11	6	0	6	-5	0	-5
RM	COSAM Lo Prado	11	0	11	3	8	11	-8	8	0
RM	COSAM Lo Prado	10	3	13	6	3	9	-4	0	-4
RM	COSAM Macul	9	0	9	11	0	11	2	0	2
RM	COSAM Melipilla	16	4	20	4	14	18	-12	10	-2
RM	COSAM Melipilla	13	6	19	9	5	14	-4	-1	-5
RM	COSAM Puente Alto	6	6	12	6	6	12	0	0	0
RM	COSAM Quilicura	11	11	22	12	16	28	1	5	6
RM	COSAM Quilicura	8	0	8	4	8	12	-4	8	4
RM	COSAM Renca	9	4	13	3	11	14	-6	7	1
RM	CRS Salvador Allende	6	0	6	6	0	6	0	0	0
RM	CRS Salvador Allende	7	0	7	7	0	7	0	0	0
RM	Policlínico 'Obispo Enrique Alvear'	22	8	30	30	14	44	8	6	14
RM	Centro de Trat. y Rehab. Carpe Diem	9	0	9	10	3	13	1	3	4
RM	Casa Acogida La Esperanza San Joaquín	10	2	12	9	3	12	-1	1	0
RM	Comunidad Terapéutica CENTRA	11	3	14	9	5	14	-2	2	0
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	4	0	4	6	0	6	2	0	2
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	8	0	8	10	0	10	2	0	2
RM	COSAM Cerro Navia	6	9	15	12	13	25	6	4	10
RM	COSAM Cerro Navia	9	4	13	12	9	21	3	5	8
RM	COSAM San Bernardo	6	6	12	6	6	12	0	0	0
RM	Hospital San José de Maipo	9	3	12	9	4	13	0	1	1
RM	Hospital Alberto Hurtado	11	0	11	10	0	10	-1	0	-1
RM	Proyecto Ser	4	5	9	4	5	9	0	0	0
RM	Consultorio Raúl Brañez	9	3	12	9	3	12	0	0	0
RM	Sagrado Corazón	8	3	11	8	3	11	0	0	0
RM	Plenitud	5	2	7	5	2	7	0	0	0

V	Centro de salud mental y psiq. ambulatoria	4	1	5	2	2	4	-2	1	-1
V	CTR Peñablanca	4	1	5	3	1	4	-1	0	-1
V	CESFAM Silva Henríquez - El Molino	19	8	27	5	2	7	-14	-6	-20
V	CTA Tiempo de Esperanza	11	0	11	6	0	6	-5	0	-5
V	CTA Villa Alemana	11	6	17	7	5	12	-4	-1	-5
V	Hospital Salvador	14	1	15	12	0	12	-2	-1	-3
V	Comunidad Terapéutica La Roca	9	2	11	3	2	5	-6	0	-6
V	PAB Quintero	7	5	12	7	5	12	0	0	0
VIII	Cead de Lota	6	4	10	8	8	16	2	4	6
VIII	CESFAM Tucapel	4	4	8	6	5	11	2	1	3
VIII	Centro Anun Coronel	7	0	7	10	0	10	3	0	3
VIII	COSAM Hualpén	6	4	10	11	10	21	5	6	11
VIII	Casa Chica Hospital Higuera	10	0	10	14	0	14	4	0	4
VIII	Cead de Lota	7	4	11	8	5	13	1	1	2
VIII	Comunidad Terapéutica 'Villamávida'	4	2	6	8	12	20	4	10	14
Total		482	168	650	425	282	707	-57	114	57

En la Tabla 4 se detalla la muestra lograda por los diferentes centros y programas participantes del estudio. Al respecto conviene indicar que los centros Casa Acogida La Esperanza San Joaquín y Hospital Alberto Hurtado se retiraron del proceso de validación en etapas posteriores al inicio del mismo (se les entregó el material, se realizó la primera visita de supervisión y se conformó el listado de posibles participantes), por lo que de todas formas fueron incluidos en listado. Estos dos centros adujeron sobrecarga laboral y problemas en la coordinación de las tareas de los profesionales para no seguir en el proceso de validación.

A nivel global el nivel de logro del estudio es de un 80% respecto a la muestra inicial de 529 casos, lográndose 422 encuestas en la etapa de test. En cuanto a la aplicación de los exámenes toxicológicos, se logró un 20% del total de casos encuestados, no obstante, dado que algunos centros decidieron no participar de la aplicación de los test de orina, la cifra real de casos con su correspondiente examen toxicológico llega al 30%.

La composición de la muestra en términos de sub-muestras se detalla a continuación:

- 64% de los casos pertenece al grupo de Menos de 3 meses, un 36% al grupo de Más de 3 meses. Esto supone una proporción de 2:1 entre los grupos, y si bien la proporción del estudio publicado por Marsden posee una proporción 3:1, no afecta de manera importante el análisis de los datos. Adicionalmente esta diferencia se produce por las brechas indicadas en la Tabla 3, donde se constata un número mucho menor de sujetos en este grupo al realizar los listados en los centros de tratamiento.
- 70.6% de los sujetos pertenecen a programas de modalidad ambulatoria (Programa Ambulatorio Básico y Programa Ambulatorio Intensivo), 28.2% a programas en modalidad residencial y un 1.2% (5 casos) a programas de personas en situación de calle (un solo programa realizó las 5 encuestas, el otro programa no logró realizar ningún caso)

- 13.2% de los casos corresponden a mujeres pertenecientes a los programas específicos de población femenina, tanto residenciales como ambulatorios. Esto no indica el número total de mujeres encuestadas, ya que pueden acceder a los programas de población general
- Un 71.1% de los casos corresponden a sujetos de la Región Metropolitana, un 13.3% a sujetos de la V región, y un 15.6% del total casos son de la VIII región

Respecto al logro en el número de casos en etapa de test es necesario indicar que los principales obstaculizadores se vinculan por una parte, a razones esgrimidas por los centros en cuanto a la gestión y coordinación de su recurso humano (pese a que se ofreció capacitar en cada centro a personal adicional para lograr el número de encuestas requerida, sólo algunos centros acudieron a las jornadas de capacitación de Junio y Julio), ya que un número importante de profesionales estuvo de vacaciones o solicitaron licencias médicas en el periodo, mientras que otros centros adujeron sobrecarga laboral, en especial respecto a informes administrativos que se debían entregar a SENDA.

Por otro lado, los programas indicaron que una gran dificultad para completar el número de encuestas requeridas se relacionó con la retención de usuarios en el tratamiento, observándose pérdidas de casos potenciales producto de deserciones y abandonos de los programas, en especial en el grupo de Menos de 3 meses (quienes recién ingresan al tratamiento o no han logrado adherencia).

Pese a lo anterior, resulta evidente que el bajo nivel de logro mostrado por algunos centros se explica por el compromiso y dedicación que tuvieron con el proceso de validación, ya que se entregaron una serie de alternativas para solventar estas dificultades, desde la extensión de plazos (inicialmente se proyectó el término de la etapa de test para el 31 de Julio, posteriormente se extendió más de 30 días este plazo para lograr un mayor número de casos), capacitar a más profesionales (algunos centros llegaron a tener 4 personas capacitadas en el uso del TOP), hasta facilitar medios de transporte y movilización para los profesionales (para propiciar el rescate en domicilio de los usuarios).

Por su parte, en la etapa de retest se constató una pérdida del 13% de los casos encuestados en la etapa de test, lo cual se encuentran entre los parámetros esperables para este tipo de investigaciones. Esta pérdida de casos se distribuyó de igual forma entre las sub-muestras de Menos de 3 meses y de Más de 3 meses, por lo que no existen distorsiones de importancia al respecto. La pérdida de casos entre test y retest pese a tener una diferencia de sólo 7 días entre una aplicación y otra refieren a razones similares a las indicadas para el logro en la etapa de test, problemas de recurso humano profesional y en la adherencia de los usuarios.

El número de encuestas finalmente logrado en estas etapas permite realizar todos los análisis estadísticos necesarios para lograr el objetivo de la investigación, por ende, las dificultades reportadas deben servir como insumo para nuevos estudios de similares características, a fin de minimizar los obstaculizadores y problemas encontrados en este proceso de validación.

TABLA 4: Muestra lograda en etapas de test y retest

Región	CENTRO	Modalidad	Muestra encontrada			Test				Re-test		
			< 3 MESES	> 3 MESES	TOTAL	< 3 MESES	> 3 MESES	TOTAL	Test Orina	< 3 MESES	> 3 MESES	TOTAL
RM	COSAM Pudahuel	PG-PAB	11	14	25	9	13	22	6	7	10	17
RM	Centro 'Rayún'	M-PAI	7	4	11	6	5	11	3	6	5	11
RM	Centro 'Rayún'	M-PR	3	7	10	3	8	11	2	2	8	10
RM	Centro Esperanza de Huechuraba	M-PAI	4	4	8	7	4	11	3	6	3	9
RM	Centro para personas en sit. de calle Caleta Sur	Calle	4	5	9	0	0	0	0	0	0	0
RM	Ambulatorio de La Pintana de Caleta sur	PG-PAB	9	6	15	5	4	9	0	4	3	7
RM	COSAM San Ramón	PG-PAI	10	8	18	2	1	3	0	0	1	1
RM	Centro para personas en sit. de calle Paréntesis	Calle	12	0	12	4	1	5	0	4	1	5
RM	Comunidad Terapéutica Bellavista	M-PR	3	7	10	3	1	4	2	3	1	4
RM	Orión Vespertino	PG-PAI	5	6	11	1	5	6	3	1	4	5
RM	Orión Mujeres	M-PR	6	6	12	4	3	7	2	4	3	7
RM	Comunidad Terapéutica Santa Ana	PG-PR	6	12	18	9	9	18	0	9	9	18
RM	COSAM La Pintana	PG-PAB	9	5	14	10	4	14	0	10	4	14
RM	COSAM La Pintana	PG-PAI	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAB	3	8	11	3	3	6	4	3	3	6
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAI	6	3	9	1	3	4	0	1	3	4
RM	COSAM Macul	PG-PAI	11	0	11	7	0	7	2	7	0	7
RM	COSAM Melipilla	PG-PAB	4	14	18	5	0	5	2	3	0	3
RM	COSAM Melipilla	PG-PAI	9	5	14	0	0	0	0	0	0	0
RM	COSAM Puente Alto	PG-PAI	6	6	12	6	6	12	3	6	6	12
RM	COSAM Quilicura	PG-PAB	12	16	28	7	7	14	2	3	3	6
RM	COSAM Quilicura	PG-PAI	4	8	12	0	0	0	0	0	0	0
RM	COSAM Renca	PG-PAI	3	11	14	3	10	13	3	3	10	13
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAB	6	0	6	6	0	6	1	6	0	6
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAI	7	0	7	7	0	7	2	7	0	7
RM	Policlínico 'Obispo Enrique Alvear'	PG-PAB	30	14	44	14	8	22	0	14	8	22
RM	Centro de Trat. y Rehab. Carpe Diem	PG-PR	10	3	13	6	0	6	1	6	0	6
RM	Casa Acogida La Esperanza San Joaquín	PG-PR	9	3	12	0	0	0	0	0	0	0
RM	Comunidad Terapéutica CENTRA	PG-PR	9	5	14	7	0	7	2	7	0	7
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	M-PR	6	0	6	4	0	4	0	3	0	3
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	PG-PR	10	0	10	13	0	13	0	7	0	7
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAB	12	13	25	0	3	3	1	0	2	2
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAI	12	9	21	0	0	0	0	0	0	0
RM	COSAM San Bernardo	PG-PAI	6	6	12	4	3	7	2	4	3	7
RM	Hospital San José de Maipo	PG-PAB	9	4	13	3	4	7	3	3	4	7
RM	Hospital Alberto Hurtado	PG-PAB	10	0	10	2	0	2	0	0	0	0
RM	Proyecto Ser	PG-PR	4	5	9	4	5	9	0	4	5	9
RM	Consultorio Raúl Brañez	PG-PAI	9	3	12	1	3	4	0	1	2	3
RM	Sagrado Corazón	PG-PR	8	3	11	8	5	13	0	7	5	12
RM	Plenitud	PG-PR	5	2	7	4	4	8	0	4	4	8
V	Centro de salud mental y psiq. ambulatoria	M-PAI	2	2	4	2	2	4	1	2	1	3
V	CTR Peñablanca	M-PR	3	1	4	4	0	4	1	1	0	1
V	CESFAM Silva Henríquez - El Molino	PG-PAB	5	2	7	2	2	4	3	1	2	3

V	CTA Tiempo de Esperanza	PG-PAI	6	0	6	4	0	4	3	4	0	4
V	CTA Villa Alemana	PG-PAI	7	5	12	9	5	14	4	5	1	6
V	Hospital Salvador	PG-PAI	12	0	12	12	0	12	4	12	0	12
V	Comunidad Terapéutica La Roca	PG-PR	3	2	5	3	2	5	2	3	2	5
V	PAB Quintero	PG-PAB	7	5	12	4	5	9	2	4	5	9
VIII	Cead de Lota	PG-PAB	8	8	16	7	4	11	3	6	4	10
VIII	CESFAM Tucapel	PG-PAB	6	5	11	7	0	7	1	6	0	6
VIII	Centro Anun Coronel	PG-PAB	10	0	10	6	0	6	2	6	0	6
VIII	COSAM Hualpén	PG-PAI	11	10	21	6	4	10	3	6	4	10
VIII	Casa Chica Hospital Higuera	PG-PAI	14	0	14	11	0	11	3	10	0	10
VIII	Cead de Lota	PG-PAI	8	5	13	7	4	11	3	7	4	11
VIII	Comunidad Terapéutica 'Villamávida'	PG-PR	8	12	20	6	4	10	0	4	2	6
Total			425	282	707	268	154	422	84	232	135	367

En consecuencia, la tarea de aplicación de encuestas realizada por los centros queda consagrada en la siguiente Tabla 5, donde se detalla el porcentaje de logro en el número de casos en la etapa de test, en base a la muestra conformada por los listados de potenciales usuarios que los propios programas indicaron al comienzo del proceso de validación. Conviene destacar que este porcentaje no evidencia el número de encuestas que cada centro indicó como posibles casos, por lo que es necesario referirse a la Tabla 4 para observar que el nivel de logro puede referir a sólo 2 a 3 casos.

El nivel o porcentaje de logro de los centros que se encuentra por bajo el 50% de la muestra encontrada al momento de configurar los listados, se explica por diversas y variadas razones particulares al funcionamiento de cada centro y de las características de sus usuarios, no obstante es necesario relevar la baja muestra obtenida en ellos. En esta situación se encuentran los siguientes centros:

- COSAM Cerro Navia (0% en la modalidad PAI y 12% en la modalidad PAB)
- COSAM San Ramón (17%)
- COSAM Quilicura (0% en modalidad PAI y 50% en PAB)
- COSAM Melipilla (0% en PAI y 28% en PAB)
- Hospital Padre Alberto Hurtado (20%)
- Comunidad Terapéutica Bellavista (40%)
- COSAM Lo Prado (44% en modalidad PAI y 55% en PAB)
- Centro de Tratamiento y Rehabilitación Carpe Diem (46%)
- COSAM Hualpén (48%)

Si bien otros programas tienen un nivel de logro por bajo el 50%, alguno de ellos tuvieron un alto número de encuestas en la otra modalidad de tratamiento, como es el caso de COSAM La Pintana, ingresaron en las últimas etapas del estudio (Consultorio Raúl Brañez), o bien pertenecen a la modalidad de personas en situación de calle (Caleta Sur), donde se tenía en antecedente las dificultades para conseguir estos casos.

Por el contrario, los siguientes programas tuvieron niveles de logro cercanos al 100% (se tomó como referencia un porcentaje igual o superior al 80%), inclusive alguno de ellos superaron la muestra inicialmente indicada a lograr (a solicitud del equipo investigador):

- Cead de Lota
- COSAM Pudahuel
- COSAM Renca
- Centro 'Rayún' (ambas modalidades, PAB y PAI)
- Comunidad Terapéutica Santa Ana (Santiago)
- COSAM La Pintana (modalidad PAB)
- COSAM Puente Alto
- CRS Salvador Allende (ambas modalidades, PAB y PAI)
- Proyecto Ser (Santiago)
- Centro de salud mental y psiquiatría ambulatoria de Valparaíso
- CTR Peñablanca
- Hospital Salvador (Valparaíso)
- Comunidad Terapéutica La Roca (Viña del Mar)
- Plenitud (Santiago)
- CTA Villa Alemana
- Sagrado Corazón (Santiago)
- Comunidad Terapéutica Manresa (Santiago, programas masculino y femenino)
- Centro Esperanza de Huechuraba

Conviene indicar que los centros Rayún, Plenitud, CTA Villa Alemana, Sagrado Corazón, Esperanza de Huechuraba y la Comunidad Terapéutica Manresa lograron una muestra mayor a la planificada inicialmente, labor que debe ser destacada por el equipo investigador.

El detalle en el porcentaje o nivel de logro respecto a la muestra conformada al comenzar el proceso de validación en cada centro o programa se puede observar de manera detallada en la siguiente tabla.

TABLA 5: Porcentaje de logro por programa
(Orden de menor a mayor porcentaje de encuestas logradas en etapa test)

Región	CENTRO	Modalidad	Porcentaje de Logro
RM	Centro para personas en sit. de calle Caleta Sur	Calle	0%
RM	COSAM La Pintana	PG-PAI	0%
RM	COSAM Melipilla	PG-PAI	0%
RM	COSAM Quilicura	PG-PAI	0%
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAI	0%
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAB	12%
RM	COSAM San Ramón	PG-PAI	17%
RM	Hospital Alberto Hurtado	PG-PAB	20%
RM	COSAM Melipilla	PG-PAB	28%
RM	Consultorio Raúl Brañez	PG-PAI	33%
RM	Comunidad Terapéutica Bellavista	M-PR	40%
RM	Centro para personas en sit. de calle Paréntesis	Calle	42%
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAI	44%
RM	Centro de Trat. y Rehab. Carpe Diem	PG-PR	46%
VIII	COSAM Hualpén	PG-PAI	48%
RM	COSAM Quilicura	PG-PAB	50%
RM	Policlínico 'Obispo Enrique Alvear'	PG-PAB	50%
RM	Comunidad Terapéutica CENTRA	PG-PR	50%
VIII	Comunidad Terapéutica 'Villamávida'	PG-PR	50%
RM	Orión Vespertino	PG-PAI	55%
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAB	55%
V	CESFAM Silva Henríquez - El Molino	PG-PAB	57%
RM	Orión Mujeres	M-PR	58%
RM	COSAM San Bernardo	PG-PAI	58%
RM	Ambulatorio de La Pintana de Caleta sur	PG-PAB	60%
VIII	Centro Anun Coronel	PG-PAB	60%
RM	COSAM Macul	PG-PAI	64%
VIII	CESFAM Tucapel	PG-PAB	64%
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	M-PR	67%
V	CTA Tiempo de Esperanza	PG-PAI	67%
VIII	Cead de Lota	PG-PAB	69%
V	PAB Quintero	PG-PAB	75%
VIII	Casa Chica Hospital Higueras	PG-PAI	79%
VIII	Cead de Lota	PG-PAI	85%
RM	COSAM Pudahuel	PG-PAB	88%
RM	COSAM Renca	PG-PAI	93%
RM	Centro 'Rayún'	M-PAI	100%
RM	Comunidad Terapéutica Santa Ana	PG-PR	100%
RM	COSAM La Pintana	PG-PAB	100%
RM	COSAM Puente Alto	PG-PAI	100%
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAB	100%
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAI	100%
RM	Proyecto Ser	PG-PR	100%
V	Centro de salud mental y psiq. ambulatoria	M-PAI	100%
V	CTR Peñablanca	M-PR	100%
V	Hospital Salvador	PG-PAI	100%
V	Comunidad Terapéutica La Roca	PG-PR	100%

RM	Centro 'Rayún'	M-PR	110%
RM	Plenitud	PG-PR	114%
V	CTA Villa Alemana	PG-PAI	117%
RM	Sagrado Corazón	PG-PR	118%
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	PG-PR	130%
RM	Centro Esperanza de Huechuraba	M-PAI	138%

Posterior a la etapa de recopilación del material en cada centro, se procedió a una revisión y ordenamiento de todas las encuestas realizadas en cada una de las etapas (test, retest y seguimiento). Una vez terminado este proceso, se procedió a la digitación de las encuestas en un proceso de doble digitación que permitiera minimizar los errores en esta etapa.

Producto de la etapa de revisión y digitación del material, el número de encuestas que formaron parte del procesamiento y análisis estadístico consideró 411 casos en etapa de test, 332 en etapa de retest y 289 encuestas de seguimiento. Las diferencias respecto a lo reportado en la Tabla 4, que indicaba 422 casos en etapa de test y 367 en retest, se explican por la existencia de formularios en blanco o con escasa información, encuestas que no tenían el mínimo de información necesaria para ser considerada como caso efectivo, pérdida de material en algunos centros e inconsistencia en los datos reportados (información incoherente o que no se correspondía con lo informado previamente), entre otras situaciones encontradas. Esta situación tiende a ser relativamente normal en estudios de este tipo, en especial cuando existe una alta diversidad de evaluadores y un alto número de encuestas.

Así, la muestra efectiva de casos que formaron parte del análisis consideró a 411 sujetos con encuestas en etapa de test, 332 de ellos con su respectivo retest (que representa al 80%) de la muestra de test, y 289 encuestas de seguimiento (que corresponde al 70% de los casos medidos en la etapa de test). El número de encuestas realizadas en cada centro y programa, se detalla en la Tabla 6.

Respecto a esta última etapa de levantamiento de información, las encuestas de seguimiento, éstas fueron realizadas por un equipo de evaluadores de la Fundación, etapa que concluyó el día 18 de Octubre del presente año.

TABLA 6: Encuestas efectivas (digitadas y procesadas)

Región	PROGRAMA	Modalidad	Encuestas Etapa Test (Efectivo)	Encuestas Etapa Retest (Efectivo)	Encuestas Etapa Seguimiento
RM	COSAM Pudahuel	PG-PAB	18	0	11
RM	Centro 'Rayun'	M-PAI	11	11	9
RM	Centro 'Rayun'	M-PR	11	10	7
RM	Centro Esperanza de Huechuraba	M-PAI	11	8	7
RM	Ambulatorio de La Pintana de Caleta sur	PG-PAB	10	6	4
RM	COSAM San Ramón	PG-PAI	3	1	0
RM	Centro para personas en sit. de calle Paréntesis	Calle	5	4	3
RM	Comunidad Terapéutica Bellavista	M-PR	4	4	2
RM	Orion Vespertino	PG-PAI	6	5	5
RM	Orion Mujeres	M-PR	7	7	7
RM	Comunidad Terapéutica Santa Ana	PG-PR	18	18	17
RM	COSAM La Pintana	PG-PAB	13	13	10
RM	COSAM La Pintana	PG-PAI	0	0	0
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAB	6	6	4
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAI	4	4	4
RM	COSAM Macul	PG-PAI	10	8	3
RM	COSAM Melipilla	PG-PAB	3	3	2
RM	COSAM Melipilla	PG-PAI	0	0	0
RM	COSAM Puente Alto	PG-PAI	12	12	10
RM	COSAM Quilicura	PG-PAB	11	7	6
RM	COSAM Quilicura	PG-PAI	0	0	0
RM	COSAM Renca	PG-PAI	13	13	13
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAB	7	7	5
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAI	7	7	6
RM	Policlínico 'Obispo Enrique Alvear'	PG-PAB	22	22	19
RM	Centro de Trat. y Rehab. Carpe Diem	PG-PR	6	6	6
RM	Comunidad Terapéutica CENTRA	PG-PR	7	2	5
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	M-PR	4	4	3
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	PG-PR	12	8	7
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAB	3	2	1
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAI	0	0	0
RM	COSAM San Bernardo	PG-PAI	8	5	5
RM	Hospital San José de Maipo	PG-PAB	10	6	4
RM	Proyecto Ser	PG-PR	9	6	8
RM	Consultorio Raúl Brañez	PG-PAI	3	1	2
RM	Sagrado Corazón	PG-PR	12	12	7
RM	Plenitud	PG-PR	6	2	3
V	Centro de salud mental y psiq. ambulatoria	M-PAI	4	3	1
V	CTR Peñablanca	M-PR	4	1	3
V	CESFAM Silva Henríquez - El Molino	PG-PAB	4	3	0
V	CTA Tiempo de Esperanza	PG-PAI	4	4	2
V	CTA Villa Alemana	PG-PAI	11	6	8
V	Hospital Salvador	PG-PAI	12	12	5
V	Comunidad Terapéutica La Roca	PG-PR	5	5	5
V	PAB Quintero	PG-PAB	9	9	1
VIII	Cead de Lota	PG-PAB	11	10	10
VIII	CESFAM Tucapel	PG-PAB	7	6	6
VIII	Centro Anun Coronel	PG-PAB	6	6	6

VIII	COSAM Hualpén	PG-PAI	10	10	10
VIII	Casa Chica Hospital Higueras	PG-PAI	11	10	11
VIII	Cead de Lota	PG-PAI	11	11	10
VIII	Comunidad Terapéutica 'Villamavida'	PG-PR	10	6	6
Total			411	332 80.7%	289 70.3%

En cuanto a las encuestas de seguimiento, el proceso consideró primero el contacto con cada centro participante del estudio, realizándose encuestas con los usuarios que tenían permanente contacto con sus programas de referencia, ya que no todos los sujetos seguían vinculados a éste. En segundo lugar, se procedió a solicitar a los centros los datos de contacto de cada usuario que no haya acudido ante la citación del centro. A este nivel, algunos centros no quisieron colaborar con la entrega de la información de contacto de los usuarios, centralmente porque se resguardó la confidencialidad de estos datos, o bien porque los propios pacientes indicaron la no entrega de ellos. Estos casos son identificados como Sin datos de contacto en la Tabla 7.

En tercer lugar, los evaluadores procedieron a contactar a cada usuario para acordar una visita domiciliaria para ser encuestados, ante lo cual surgieron una diversidad de contratiempos y dificultades. Primero, algunos datos de contacto no correspondían al usuario o bien eran falsos; segundo, nunca fue posible establecer contacto con los usuarios (ya sea porque no respondían el teléfono o no fue encontrado al momento de realizar la visita domiciliaria); y tercero, la información entregada por los familiares del usuario indicó su rechazo a ser contactado o su escasa motivación para seguir participando del proceso. Todos estos casos han sido clasificados como Inubicables en la Tabla 7.

En cuarto lugar, una vez se pudo establecer contacto con el usuario se configuraron 4 situaciones que indicaron la pérdida del caso para efectos de seguimiento:

Rechaza participar: El usuario manifiesta su deseo de continuar con el proceso, posibilidad brindada y consagrada en el consentimiento informado.

Fuera del área: El usuario se encuentra en un área geográfica fuera del radio delimitado para el trabajo de seguimiento.

Persona no se encuentra en condiciones de participar: El usuario tiene alguna dificultad física o personal que le impide responder el cuestionario de manera efectiva. En esta situación centralmente se encuentran personas con problemas de salud, física o mental.

Caso perdido en domicilio: El usuario fue contactado y se generaron 3 visitas programadas al domicilio, visitas que no resultaron ser efectivas (por diversas razones, desde no acudir a la cita, hasta encontrarse en una situación personal que le impidió participar del proceso).

A nivel global, 122 de 411 casos no pudieron participar de la etapa de seguimiento, que corresponden a un 30% de pérdida, cifra que se encuentra dentro de los límites o estándares para este tipo de estudios. El detalle de cada una de las situaciones para el no logro de las encuestas de seguimiento se puede observar en la siguiente Tabla (N° 7).

TABLA 7: Detalle No Logro, Etapa de Seguimiento

Región	PROGRAMA	Modalidad	Inubicable	Rechaza participar	Caso perdido en domicilio	Fuera del área	Persona no posee condiciones para participar	Sin datos de contacto	Total
RM	COSAM Pudahuel	PG-PAB		7					7
RM	Centro 'Rayun'	M-PAI			2				2
RM	Centro 'Rayun'	M-PR	1		1		2		4
RM	Centro Esperanza de Huechuraba	M-PAI		2				2	4
RM	Ambulatorio La Pintana Caleta sur	PG-PAB	5				1		6
RM	COSAM San Ramón	PG-PAI						3	3
RM	Centro de calle Paréntesis	Calle			2				2
RM	Comunidad Terapéutica Bellavista	M-PR						2	2
RM	Orion Vespertino	PG-PAI				1			1
RM	Comunidad Terapéutica Santa Ana	PG-PR				1			1
RM	COSAM La Pintana	PG-PAB	3						3
RM	COSAM Lo Prado	PG-PAB			2				2
RM	COSAM Macul	PG-PAI	2	3	2				7
RM	COSAM Melipilla	PG-PAB		1					1
RM	COSAM Puente Alto	PG-PAI	1		1				2
RM	COSAM Quilicura	PG-PAB	3	2					5
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAB		2					2
RM	CRS Salvador Allende	PG-PAI		1					1
RM	Policlínico 'Obispo Enrique Alvear'	PG-PAB	2	1					3
RM	Comunidad Terapéutica CENTRA	PG-PR		1			1		2
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	M-PR						1	1
RM	Comunidad Terapéutica Manresa	PG-PR	1		1	1		2	5
RM	COSAM Cerro Navia	PG-PAB						2	2
RM	COSAM San Bernardo	PG-PAI			3				3
RM	Hospital San José de Maipo	PG-PAB	2	1	1	1	1		6
RM	Proyecto Ser	PG-PR						1	1
RM	Consultorio Raúl Brañez	PG-PAI	1						1
RM	Sagrado Corazón	PG-PR		2	3				5
RM	Plenitud	PG-PR		3					3
V	Centro de salud y psiq. ambulatoria	M-PAI	2		1				3
V	CTR Peñablanca	M-PR				1			1
V	CESFAM El Molino	PG-PAB	4						4
V	CTA Tiempo de Esperanza	PG-PAI		1		1			2
V	CTA Villa Alemana	PG-PAI				2	1		3
V	Hospital Salvador	PG-PAI						7	7
V	PAB Quintero	PG-PAB	2		1	3	2		8
VIII	Cead de Lota	PG-PAB					1		1
VIII	CESFAM Tucapel	PG-PAB	1						1
VIII	Cead de Lota	PG-PAI			1				1
VIII	Villamavida	PG-PR	3				1		4
Total			33	27	21	11	10	20	122
			27,0%	22,1%	17,2%	9,0%	8,2%	16,4%	

6. Reporte cualitativo del proceso de validación

Terminado el proceso de aplicación de los instrumentos en cada centro y programa, se le solicitó a cada profesional que llenara el formulario de Evaluación del TOP (Anexo 11), y que decidieran a nivel interno (en cada centro) si se enviaba una evaluación conjunta (discutida por todos los participantes del programa en el proceso de validación) o por separado (cada profesional con su respectiva evaluación).

En total se recibieron 30 evaluaciones que representan a 28 centros (un centro decidió enviar una evaluación por separado de cada profesional), de un total de 43 que participaron efectivamente de todas las etapas del proceso de validación. Estas evaluaciones se analizaron y sistematizaron a fin de obtener los siguientes elementos claves de la evaluación, dividiremos estos aspectos por sección del instrumento TOP, para facilitar su comprensión.

Sección 1: Uso de Sustancias

Los profesionales y centros participantes indican dos aspectos a mejorar o corregir del instrumento, a los que se ha sumado un aspecto detectado por el equipo investigador

- a) Aclarar conceptualizaciones para futuras aplicaciones: Esto refiere a indicaciones precisas sobre los períodos que consideran cada semana (qué se entiende por Última Semana, por Semana 3, etc.), y a como se expresan las cantidades (como se contabiliza la cocaína, sugieren algunos medir en papelillos en vez de líneas, por ejemplo)
- b) Incluir el Tabaco y redefinir el ítem de Sedantes y Tranquilizantes: Se vincula con la incorporación del tabaco medido en cigarrillos, dada la importancia para efectos de adicciones y otros relativos a la salud de los pacientes; y a que los Sedante y Tranquilizantes engloban a distintos tipos de fármacos que se invisibilizan en un solo ítem. Respecto a esto último conviene reforzar y aclarar que es el uso de estos medicamentos sin prescripción médica, ya que varios profesionales completaron este ítem con los medicamentos entregados por el propio programa.
- c) Reforzar y explicar en detalle la forma de completar esta sección: En el proceso de validación el equipo investigador detectó ciertas dificultades en el uso de esta sección, en especial respecto a cómo se debe considerar o concebir las cantidades promedio para cada sustancia (si el usuario tiene consumo 2 o 3 días en las últimas 4 semanas, si la cantidad promedio refiere a sólo las últimas 4 semanas o a su consumo habitual, por ejemplo), y a como traspasar los datos del calendario al formulario (qué periodo comprende cada semana, expresar en número de días y no de cantidades el consumo).

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

En general los participantes indicaron más reparos y cuestionamientos a esta sección respecto a las otras, centralmente porque posiciona al profesional en una situación de entrevista distinta a la que se da en el contexto del tratamiento, ya que lo que se busca indagar en esta sección son las conductas delictuales y no las conductas anómicas o transgresoras, refiriendo a un aspecto jurídico-legal más que a uno de relación directa con el tratamiento.

Señalan los profesionales que el uso de esta sección no se debe aplicar en etapas iniciales del tratamiento, ya que se requiere cierto nivel de confianza con el profesional para indagar estos temas, y se propone su llenado inclusive fuera del proceso mismo de uso el TOP, sino como resultado de la información recabada en el proceso terapéutico.

Puntualmente o más en específico se realizan las siguientes recomendaciones:

- a) Cambiar categorías jurídicas o judiciales por terminología coloquial
- b) Incorporar más delitos o conductas transgresoras, evitar centrarse sólo en robos y hurtos
- c) Identificar claramente la participación de los sujetos en los hechos
- d) Especificar y detallar el tráfico de drogas
- e) Realizar una indagación en profundidad de la violencia intrafamiliar, utilizar instrumentos adicionales
- f) Clarificar o especificar en detalle qué se entiende por riña

Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

Sobre esta sección los comentarios de los participantes se enfocaron en cuatro aspectos sustanciales:

- a) La complejidad de los temas sometidos a evaluación en las escalas de 0 a 20, ya que aluden a aspectos muy generales y amplios que son difíciles de evaluar con escalas de este tipo. Al respecto proponen utilizar los instrumentos utilizados en el test, como el WHO Quality of Life BREF-26, o en su defecto, especificar en detalle en la entrevista qué dimensiones se abordan en cada pregunta, qué significa un valor 0, 10 y 20; en general buscar especificidad en las preguntas y método de medición.
- b) Incorporar preguntas que aludan al cambio en los estilos de vida, y no sólo la percepción/evaluación del paciente sobre temas generales. Dado que el funcionamiento social es un tema de alta complejidad, los profesionales indican que la evaluación en la escala de 0 a 20, no refleja de forma idónea la información que ellos

poseen sobre el paciente, por lo que el uso de esta información es limitado y poco pertinente para el tratamiento.

- c) Las preguntas referentes a trabajo y estudio son evaluadas de forma crítica, centralmente porque no reflejan el trabajo remunerado, no se explicita el tipo de trabajo (calidad y estabilidad del empleo), como tampoco resulta comparable entre sujetos, ya que alguno de ellos pueden no estar trabajando y estudiando por indicaciones del propio programa tratante o el tipo de empleo es acorde con lo diseñado como objetivo para el Plan de Intervención Individual.
- d) La sección de vivienda para los consultados no está bien formulada como pregunta, dado que no se especifica qué es un lugar estable para vivir, no es sensible a las diferencias entre tratamientos residenciales y ambulatorios, tampoco se establece de forma clara qué se debe entender por vivienda precaria (inclusive la palabra no está en el léxico de muchos usuarios).Adicionalmente, se observa cierta inconsistencia entre ambas preguntas, ya que por defecto una persona si no tiene un lugar estable para vivir está en condiciones de calificar la precariedad de ella.

Aparte de los comentarios y sugerencias indicadas para cada sección, los centros indican que la Sección 1 posee una metodología de fácil uso y comprensión, y que entrega información clara y pertinente para el tratamiento, destacando en particular el uso del Calendario. De igual modo, los profesionales recomiendan que la metodología de uso y aplicación del TOP debe estar vinculada directamente con el profesional tratante, principalmente por el vínculo de confianza que supone la indagación de algunos temas (como la transgresión a la norma), por lo que indican la escasa validez y pertinencia de los resultados de este instrumento si fuera aplicado por entidades externas, o por profesionales que no tenga contacto permanente con cada usuario.

Otro tema, que también fue observado en las capacitaciones, es el sesgo de género que posee el cuestionario, no sólo por el lenguaje utilizado, sino también por las particularidades de la población femenina en las secciones 2 y 3, por lo que se sugiere avanzar hacia un cuestionario que controle este sesgo.

De forma consolidada, las calificaciones de cada aspecto evaluado por sección y a nivel general, se detallan en la Tabla 8, donde se han establecido rangos de calificación, siendo un rango bajo las calificaciones entre 1 y 4, un rango medio entre 4 y 5, y un rango alto entre 6 y 7.

TABLA 8: Calificaciones en la Evaluación del TOP (rangos)

	Sección 1: <i>Uso de sustancias</i>	Sección 2: <i>Transgresión a la norma social</i>	Sección 3: <i>Salud y funcionamiento social</i>	Instrumento en conjunto
Facilidad de aplicación	<i>Rango alto</i>	<i>Rango alto</i>	<i>Rango alto</i>	<i>Rango alto</i>
Pertinencia de las preguntas	<i>Rango alto</i>	<i>Rango medio</i>	<i>Rango medio</i>	<i>Rango medio</i>
Calidad de la información recogida	<i>Rango alto</i>	<i>Rango medio</i>	<i>Rango bajo</i>	<i>Rango medio</i>
Extensión de la sección	<i>Rango alto</i>	<i>Rango medio</i>	<i>Rango bajo</i>	<i>Rango medio</i>
Formato de las preguntas	<i>Rango alto</i>	<i>Rango bajo</i>	<i>Rango bajo</i>	<i>Rango medio</i>
Metodología de aplicación	<i>Rango alto</i>	<i>Rango medio</i>	<i>Rango bajo</i>	<i>Rango medio</i>

III. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Análisis descriptivo

Los principales descriptivos obtenidos en la aplicación del instrumento de información sociodemográfica y del Treatment Outcomes Profile (TOP), se reportan en la Tabla 9. Se incluyen los valores correspondientes a aquellos casos en tratamiento por menos de 3 meses, los del grupo que se encontraba en tratamiento por más de 3 meses y los de la muestra total. Todos los valores fueron obtenidos de la primera aplicación del TOP (etapa test).

TABLA 9

Características	Grupo menos 3 meses	Grupo mayor 3 meses	Total
Demográficas			
Mujeres: n° (%)	69 (26.1)	49(33.3)	118(28.7)
Hombres: n° (%)	195(73.9)	98(66.7)	293(71.3)
Edad: Media D.E.	34,50±9,44	37,68±9,59	35.64±9.61
Estado Civil			
Casado(a) n° (%)	53 (20.6)	26(18.1)	79(19.7)
Conviviente n° (%)	38 (14.8)	27(18.8)	65(16.2)
Viudo(a) n° (%)	2 (0.8)	1(0.7)	3(0.7)
Divorciado(a) anulado(a) n° (%)	7 (2.7)	6(4.2)	13(3.2)
Separado (a) n° (%)	26 (10.1)	10(6.9)	36(9)
Soltero(a) sin pareja n° (%)	89 (34.6)	52(36.1)	141(35.2)
Soltero(a) con pareja n° (%)	42 (16.3)	22(15.3)	64(16)
Nivel educacional			
Básica Incompleta n° (%)	30(11.7)	17(11.8)	47(11.7)
Básica Completa n° (%)	34(13.2)	14(9.7)	48(12)
Media Incompleta n° (%)	56(21.8)	30(20.8)	86(21.4)
Media Completa n° (%)	68(26.5)	40(27.8)	108(26.9)
Técnica Incompleta n° (%)	22(8.6)	10(6.9)	32(8)
Técnica Completa n° (%)	23(8.9)	15(10.4)	38(9.5)
Universitaria Incompleta n° (%)	10(3.9)	13(9)	23(5.7)
Universitaria Completa o más n° (%)	13(5.1)	4(2.8)	17(4.2)
Sin Estudios n° (%)	00	1(0.7)	1(0.2)
Situación de habitacional			
Arrienda n° (%)	23(9.1)	19(13.3)	42(10.6)
Paga Dividendo n° (%)	13(5.1)	7(4.9)	20(5)
Propia n° (%)	54(21.3)	28(19.6)	82(20.7)
Allegado (a) n° (%)	134(52.8)	74(51.7)	208(52.4)

Cedida n° (%)	16(6.3)	7(4.9)	23(5.8)
Otro n° (%)	9(3.5)	4(2.8)	13(3.3)
No aplica n° (%)	5(2)	4(2.8)	9(2.3)
Situación Laboral			
Trabaja a tiempo completo n° (%)	74(28.9)	49(33.8)	123(30.7)
Trabaja a tiempo parcial n° (%)	17(6.6)	21(14.5)	38(9.5)
Trabaja esporádicamente n° (%)	29(11.3)	10(6.9)	39(9.7)
Está desempleado(a). pero busca trabajo n° (%)	24(9.4)	16(11)	40(10)
Es estudiante n° (%)	3(1.2)	4(2.8)	7(1.7)
No trabaja. ni busca trabajo n° (%)	86(33.6)	35(24.1)	121(30.2)
Es Ama de casa n° (%)	19(7.4)	6(4.1)	25(6.2)
Está jubilado(a) o pensionado(a) n° (%)	1(0.4)	3(2.1)	4(1)
No sabe/No responde n° (%)	3(1.2)	1(0.7)	4(1)

La Tabla 10 reporta los descriptivos para las principales variables relacionadas con consumo de drogas. Se incluyen los valores correspondientes a los casos en tratamiento por menos de 3 meses. Se incluyen los valores para el grupo que se encontraba en tratamiento por más de 3 meses y los de la muestra total.

TABLA 10

Características (últimas 4 semanas)	Grupo menos 3 meses	Grupo mayor 3 meses	Total
Etapa tratamiento			
Ingreso n° y %	36(13,9)	2(1,4)	38(9,4)
Tratamiento n° y %	223(86,1)	137(93,8)	360(88,9)
Egreso n° y %	00	3(2,1)	3(0,7)
Seguimiento n° y %	00	4(2,7)	4(1)
Uso de Sustancias			
Alcohol n° y %	10,7(41)	44(29,9)	151(37)
Días consumo 4 semanas Media D.E.	2,12±4.40	1,42±3.64	1.87±4.15
Cannabis n° y %	45(17)	15(10,2)	60(14,6)
Días de consumo 4 semanas Media D.E.	1,11±4.26	0,72±3.76	0.97±4.09
Pasta base de cocaína n° y %	65(24,6)	13(8,9)	78(19)
Días de consumo 4 semanas Media D.E.	1,78±5.39	0,32±1.54	1.25±4.46
Clorhidrato de cocaína n° y %	24(9,1)	12(8,2)	36(8,8)
Días de consumo 4 semanas Media D.E.	0,49±2.52	0,24±1.12	0.40±2.13
Sedantes o tranquilizantes n° y %	8(3)	8(5,4)	16(3,9)
Días de consumo 4 semanas Media D.E.	0.35±2.73	0.59±3.65	0.44±3.09

* Las medias y DE de la tabla precedente consideran todo el grupo de participantes.

Si se consideran los valores para el grupo total reportados en la Tabla 10 se aprecia que la mayor parte de los usuarios se encontraban en fase de tratamiento (88.9%). La sustancia predominante en la muestra estudiada es el alcohol, seguido de la pasta base de cocaína y la marihuana. Otro aspecto relevante de mencionar es la alta dispersión que presentan las diferentes variables que para la mayoría de éstas excede el valor de la media y refleja alta heterogeneidad en los niveles de consumo. El grupo menor a tres meses presenta peores indicadores relacionados con el consumo, encontrándose mayor cantidad de usuarios/as que consumen las distintas sustancias y un mayor número de días de consumo para todas ellas.

En cuanto a otras sustancias declaradas por los usuarios que no estuvieron incluidas en el instrumento, un 2.9% reportó consumo de tabaco, mientras codeína, fluoxetina, gas, ácido, tramadol fueron reportada cada una por un 0.2% (1 caso cada una) de los pacientes.

2. Confiabilidad Test- Retest

En promedio, la entrevista de retest fue realizada a los 9.88 días (DE: 5.81) desde la primera evaluación. Este análisis considera los casos que cuentan con las mediciones de test y retest. los que llegaron a 325 usuarios. Para estimar la confiabilidad por acuerdo entre ambas mediciones se calculó el coeficiente de correlación intraclase entre las respuestas entregadas en la etapa de test y retest para las preguntas que correspondían a variables continuas. La correlación intraclase (CIC) es una medida de confiabilidad de medidas o valoraciones en los análisis realizados (Howell. 2009). Para el presente informe se consideró el método acuerdo absoluto entre el reporte al test y al retest. En el estudio de Mardsen et al 2008, se utilizó como valor de referencia de excelente acuerdo entre las aplicaciones un valor del CIC = 0.75. Para las medidas categóricas se calculó el estadístico Kappa que se utiliza para evaluar la concordancia entre evaluadores. En el estudio de validación del instrumento original se consideró como criterio de retención de los ítems dicotómicos el valor Kappa= 0.61.

Las medias y desviación estándar para cada sustancia reportada en la Tabla 11 se calcularon considerando como denominador el número de usuarios que presentó consumo de cada sustancia durante las últimas 4 semanas y no sobre el total de pacientes que participó en esta fase del estudio.

La revisión de los promedios de uso de las distintas sustancias presente en la Tabla 11, permite apreciar una tendencia de los usuarios a reportar menor nivel de consumo en al momento del retest respecto de la medición inicial. Sin embargo, en la mayoría de los casos las diferencias no alcanzan significación estadística.

En cuanto a las variables relacionadas con el consumo, las diferencias detectadas en cuanto a los días de consumo de alcohol, días de consumo de pasta base, unidades promedio en un día típico de consumo de pasta base y días de consumo de sedante o tranquilizantes, tienen

asociados valores t para la prueba de muestras dependientes que resultan significativas al 95% como puede observarse en la tabla siguiente. Lo anterior indica que para ambas variables el grupo estudiado se reporta un menor nivel de consumo al momento del retest y que esta diferencia es mayor a la esperable por efecto del azar.

Por su parte los valores correspondientes al estadístico Kappa que evalúa la concordancia entre las mediciones al momento del test y retest, se mantienen en un rango entre acuerdo alto a moderado, encontrándose como valor superior un Kappa =0.79 para la presencia o ausencia de consumo de alcohol, cannabis y pasta bases y como valor menor el Kappa= 0.32 para la presencia o ausencia de consumo de sedantes o tranquilizantes.

TABLA 11

Medida (4 últimas semanas)	Test	Retest	Kappa	Diferencias medias	CIC (95% CI)
Alcohol: n° y %	106 (32.8)	107 (33.1)	0.79		
Días de consumo: Media ± DE	5.23 (5.88)	3.88 (4.82)		1.33(t=2.38)*	0.54(0.46,0.61)
Unidades promedio día típico Media ± DE	8.39 (11.22)	6.82 (9.58)		1.56	0.47(0.38,0.55)
Cannabis: n° y %	42 (12.9)	44(13.5)	0.79		
Días de consumo: Media ± DE	7.74 (9.67)	6.05 (8.70)		1.69	0.71(0.65,0.76)
Unidades promedio día típico Media ± DE	2.69 (3.65)	1.91 (2.35)		0.77	0.81(0.77,0.84)
Pasta base de Cocaína: n° y %	60 (18.5)	59 (18.3)	0.79		
Días de consumo: Media ± DE	7.11 (8.58)	4.89 (6.97)		2.21(t=2.78)*	0.73 (0.68, .78)
Unidades promedio día típico Media ± DE	19.49(23.27)	15.75(23.96)		3.73(t=236)*	0.90(0.88,0.92)
Clorhidrato de cocaína: n° y %	20 (6.2)	24 (7.4)	0.64		
Días de consumo: Media ± DE	5.55 (6.87)	3.95 (5.32)		1.60	0.55(0.47,0.64)
Unidades promedio día típico Media ± DE	7.29 (9.97)	5.41 (9.38)		1.88	0.70(0.65,0.76)
Sedantes o tranquilizantes: n° y %	11 (3.4)	12 (3.7)	0.32		
Días de consumo: Media ± DE	11.54 (11.55)	0.90 (2.07)		10.63(t=2,88)*	0.004
Unidades promedio día típico Media ± DE	7.75 (17.13)	0.87 (2.08)		6.87	0.006

*Diferencias medias que tiene asociado un valor t significativo al nivel del 95% en la prueba de muestra dependientes.

** No es posible calcular el estadístico en forma confiable debido a número de casos y distribución de los datos

En la Tabla 12 se reportan los indicadores para las variables relacionadas con la trasgresión de norma y la salud y funcionamiento social evaluadas en el TOP. Los valores presentados comparan los resultados informados en la etapa de test y la etapa de retest. Al igual que lo ocurrido con las variables relacionadas con el consumo, se reconoce una tendencia general a reportar menor nivel de trasgresiones a la norma social al momento del retest. La excepción esta tendencia es el reporte de participación en riñas.

En las variables categóricas los mayores niveles de acuerdo entre ambas mediciones se registran en las variables algún tipo de robo ($\kappa=0.77$), hurtos ($\kappa=0.76$), venta de drogas ($\kappa=0.75$) y riñas ($\kappa=0.65$) y contar con un lugar estable para vivir ($\kappa=0.64$) que muestran valores superiores al umbral establecido en el estudio de validación del instrumento original. Bajo el umbral de $\kappa=0.61$ aparecen la presencia de violencia intrafamiliar ($\kappa=0.55$) y contar con condiciones precarias de vivienda ($\kappa=0.32$).

Al analizar la concordancia entre medidas continuas del TOP para las distintas sustancias que incluyen en número de días de consumo y el promedio de consumo en un día típico, se aprecia que únicamente las unidades promedio de marihuana consumidas en un día típico y las unidades promedio de pasta base se ubican sobre el valor de la correlación intraclass planteado en el estudio original como criterio de excelente acuerdo ($CIC=0.75$). En un nivel levemente inferior a ese criterio se ubica los días de consumo de pasta base de cocaína y los días de consumo de marihuana. En un rango medio aparecen los días de consumo de alcohol y las unidades promedio consumidas en un día típico de clorhidrato de cocaína y los días de consumo de clorhidrato de cocaína.

En un rango que refleja un bajo nivel de acuerdo se encuentran ambas variables relacionadas con los sedantes o tranquilizantes.

Pasando a los indicadores relacionados con la salud y el funcionamiento social, presentados en la Tabla 12, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el reporte al test y el retest en dos variables. Tanto para la medida de salud psicológica como para la medida de calidad de vida, los puntajes medios grupales resultaron superiores al momento del retest. Los valores t asociados a dichas diferencias pueden apreciarse en la tabla antes mencionada.

Por otra parte, los valores para los días de trabajo remunerado durante los últimos 28 días y los días asistidos a educación alcanzaron el umbral de excelente acuerdo.

En el grupo de rango medio se encuentran la medida de calidad de vida, la medida de salud psicológica, la de salud física y la correspondiente a los días en que se ejerció violencia intrafamiliar, durante las últimas 4 semanas. Con un nivel de consistencia muy bajo entre ambas mediciones aparece el número de días que el paciente se involucró en riñas.

TABLA 12

Medida (4 últimas semanas)	Test	Retest	Kappa	Diferencias medias	CIC (95% CI)
Delitos					
Hurtos: n° y %	22 (6.8)	18(5.5)	0.76		
Robo por Sorpresa: n° y %	4 (1.2)	2 (0.6)	0.33		
Robo con Fuerza: n° y %	4 (1.2)	2 (0.6)	0.33		
Robo con Violencia: n° y %	3 (0.9)	0 (0.0)	**		
Algún tipo de robo: n° y %	25 (7.7)	20 (6.2)	0.77		
Venta de drogas: n° y %	3 (0.9)	5(1.5)	0.75		
Riña: n° y %	25 (7.7)	24 (7.6)	0.65		
Días riñas últimas 4 semanas: Media ± DE	0.13 (0.93)	0.06(0.29)		0.06	0.20 (0.09.0.30)
Violencia intrafamiliar: n° y %	28 (9.5)	24 (7.4)	0.55		
Días Violencia intrafamiliar últimas 4 semanas Media ±DE	0.46 (2.98)	0.33 (2.58)		0.12	0.61 (0.54. 0.68)
Salud y Funcionamiento Social					
Salud física: Media ±DE	13.31(4.95)	13.49 (4.70)		-0.18	0.59 (0.51. 0.65)
Salud psicológica: Media ±DE	12.27 (4.94)	13.20(4.69)		-0.94 (t=-3.95)**	0.59 (0.51. 0.67)
Calidad de Vida: Media ±DE	13.83 (4.98)	14.39 (4.60)		-0.56 (t=-2.49)*	0.63 (0.56. 0.69)
Días trabajo remunerado: Media ±DE	7.91 (10.21)	7.75 (10.09)		0.16	0.87 (0.84. 0.89)
Días colegio educación superior: Media ±DE	0.43 (2.42)	0.50 (2.96)		-0.07	0.87 (0.84. 0.89)
No cuenta con lugar estable para vivir : n° y %	29 (8.9)	25 (7.7)	0.64		
Condiciones precarias de vivienda: n° y %	43(13.3)	45 (13.8)	0.36		

*Diferencias medias que tiene asociado un valor t significativo al nivel del 95% en la prueba de muestra dependientes.

** No es posible calcular es estadístico Kappa por ausencia de casos que declaren la comisión de este delito al retest o se obtienen valores negativos.

3. Validez Concurrente

Salud Psicológica, salud física y calidad de vida

El análisis de correlación producto de momento de Pearson entre la medida de autoreporte de Salud Psicológica del TOP (Item “a” Sección 3) y el puntaje total del GHQ-12, alcanzó un valor $r = -.57$ ($p < .0001$). Por su parte, la medida de autoreporte de Salud Física del TOP alcanzó un valor $r = -.46$ ($p < .0001$) con el puntaje total alcanzado en el PHQ-15. En cuanto a la medida de Calidad de Vida del TOP se obtuvo una correlación de $r = .60$ ($p < .0001$) con el puntaje total del WHOBRF. Todos los coeficientes de correlación obtenidos con este grupo de indicadores resultaron en la dirección esperada y presentaron una magnitud que resultó estadísticamente significativa.

Trabajo, educación/capacitación. Situación habitacional

Al realizar la correlación producto de momento entre el número de días trabajados durante las últimas 4 semanas y el puntaje total en la medida de calidad de Vida WHOBRF se observó una relación positiva significativa pero de baja intensidad ($r = .18$, $p < 0.5$). Adicionalmente para complementar este indicador se replicó el procedimiento llevado a cabo por Mardsen et al. (2008). Se realizó una dicotomización de la muestra entre quienes habían desarrollado actividad remunerada durante las últimas 4 semanas ($N = 178$) y quienes no habían trabajado ($N = 194$). Se comparó la diferencia entre los niveles medios de ambos grupos en la medida de Calidad de Vida. Los resultados indicaron que en promedio quienes desarrollaron actividad remunerada reportaron mayores niveles de calidad de vida ($M: 90.77$, $DE: 13.54$) en el WHOBRF que quienes no desarrollaron actividad remunerada ($M: 86.21$, $DE: 14.15$). A estos valores corresponde un valor $t_{(370)} = -3.17$ ($p < 0.01$) que resulta estadísticamente significativo.

Debido al bajo número de casos que presentaron actividad educacional o de capacitación se realizó una dicotomización similar a la anterior y se calculó la diferencia en los niveles medios en el puntaje obtenido en el WHOBRF. Los resultados indicaron que quienes estuvieron insertos en actividades educacionales o de capacitación reportaron en promedio mayores niveles de Calidad de Vida según este instrumento ($M: 92.55$, $DE: 13.79$) que quienes no participaron de ellas ($M: 88.34$, $DE: 14.00$). Sin embargo, el valor $t_{(370)} = 1.37$ ($p > 0.5$), no alcanzó significación estadística.

El siguiente análisis en esta línea correspondió a la comparación de los grupos que contaban con situación de vivienda deficitaria es decir que declaran no contar con un lugar estable para vivir o lo hacen en condiciones precarias.

El contraste entre quienes contaban con un lugar estable para vivir y quienes reportaron no tenerlo indicó que quienes no tenían lugar estable reportaban menores niveles de calidad de vida ($M: 86.97$, $DE: 10.86$) que quienes si contaban con una residencia estable ($M: 88.75$, $DE: 10.87$). Esta diferencia alcanza un valor $t_{(370)} = 0.7$ ($p > 0.5$) el cual no alcanza significación estadística. Por su parte, cuando se compararon los puntajes medios de los grupos que viven

en condiciones precarias y quienes no lo hacen, se encontró que el primer grupo reportó peores niveles de calidad de vida en el WHOBREF (M:81.93. DE:15.45) que quienes no viven en condiciones precarias (M:89.59. DE:13.60). A esta diferencia corresponde un valor $t_{(366)} = -3.47$ ($p < 0.01$) que resulta estadísticamente significativo.

Test de Orina

Un 25% de la muestra fue seleccionada al azar para la realización de test de uso de sustancias. consistente en un test de orina de tipo Screeners KO test. Éste fue aplicado por los evaluadores durante la primera aplicación del TOP (Test). Los resultados del test de orina para las sustancias cocaína y marihuana se compararon con los reportes de los usuarios para dichas sustancias para la semana anterior a la aplicación del TOP (semana 4). Las respuestas fueron dicotomizadas en presencia o ausencia de consumo para el caso de la sustancia marihuana. Por su parte, dado que la versión chilena del TOP indaga respecto del consumo de Pasta Base de Cocaína y Clorhidrato de Cocaína, se creó una clasificación donde la presencia de consumo de cualquiera de las 2 formas de presentación de esta droga o de ambas durante la semana anterior a la aplicación del TOP se consideraron como positivo. Los resultados de sensibilidad y especificidad se reportan en la Tabla 13.

Como se aprecia en la tabla 11 el estadístico Kappa calculado según esta metodología alcanzó valores moderados cuando de comparó el reporte de consumo de cocaína y de marihuana durante la semana anterior con el resultado de la prueba de orina. Lo anterior indicaría aceptables niveles de acuerdo de la prueba con la medida biológica. Los valores de sensibilidad y especificidad también se presentan en la Tabla 12 como referencia.

TABLA 13: Validez de autoreporte TOP semana 4 y prueba de Orina

Medida (semana anterior a test)	Especificidad	AR*-/Test Orina-	Sensibilidad	AR+/Test Orina+	Kappa
Reporte consumo de cocaína (n=63)	.91	53/54	0.55	10/9	0.44
Reporte consumo de marihuana (n=61)	1	56/53	0.57	5/8	0.74

AR=Autoreporte de consumo

4. Sensibilidad al Cambio

Un grupo de 283 pacientes contaban con mediciones de test y seguimiento desarrolladas tras 28 días, de ellos 179 corresponden al grupo con una permanencia en tratamiento menor a 3 meses. Para calcular los distintos estadísticos de sensibilidad al cambio se replicó el procedimiento utilizado en el estudio de validación original. En éste, Mardsen et al consideraron aquellos casos del grupo de menos de 3 meses de tratamiento y compararon los resultados del reporte de consumo de las distintas sustancias y preguntas relativas al funcionamiento social entregadas en la etapa de test con aquellas entregadas en la etapa de seguimiento. La segunda y tercera columna de la Tabla 14, presentan los puntajes medios y las desviaciones estándar de las etapas de test y seguimiento respectivamente. Para el caso de las variables relativas al consumo de sustancias, las riñas y el ítem de violencia intrafamiliar, estos valores consideran solo los casos que declararon consumo de la correspondiente sustancia al momento de la medición inicial y que cuentan con medición al seguimiento.

La columna de la Tabla 14 referente al tamaño del efecto (T.E). o d de Cohen se obtuvo a partir de la siguiente formula:

$T.E = (X_s - X_t) / DE$ conjunta. donde

X_s = respuesta al seguimiento

X_t = repuesta en etapa de test

DE = desviación conjunta.

El estadístico d entrega una medida de la magnitud de la diferencia entre dos mediciones expresada en unidades de desviación estándar de la medida original y se utiliza como medida de la significación práctica de un hallazgo. Según la sugerencia de Cohen (citado en Howell. 2009) un valor de d igual a 0.2 se considera como un tamaño del efecto pequeño. 0.5 como uno medio y uno de 0.8 como grande.

La medida del mínimo cambio detectable (MCD) que se recoge en la quinta columna de la tabla se calculó con la siguiente formula utilizada por Mardsen et al que se expone a continuación:

$MCD \text{ al } 95\% = EEM * 1.96 * \text{raíz } 2$

$EEM = DE * \text{raíz de } (1 - CIC)$

Error estándar de la media (EEM)

DE = desviación estándar del test

CIC = correlación intraclass del ítem

Finalmente la sexta columna corresponde al Índice de cambio Fiable (ICF) de Jacobson y Truax que corresponde a una medida de que tan confiable resulta el cambio observado en una paciente. Los valores presentados en la tabla corresponden al porcentaje de casos cuyo cambio alcanzó un valor en el ICF superior al umbral para considerarlo confiable en cada un de las variables consideradas.

La fórmula para calcular el ICF para cada caso fue la siguiente extraída de Jacobson y Truax (1991):

$$ICF = (X_s - X_t) / EED$$

$$EED = \text{raiz } 2 * EEM$$

$$EEM = DE * \text{raíz de } (1 - CIC)$$

EEM= error estándar de la media

EED= error estándar de las diferencias

DE= desviación estándar del test

CIC= correlación intraclass del ítem

TABLA 14

Medida (4 últimas semanas)	Test	Seguimiento	T.E	MCD	ICF %
Alcohol					
Días de consumo: Media ± DE (n=69)	4.93 (5.22)	1.52 (3.47)	0.58	5.21	11.6
Unidades promedio día típico Media ± DE (n=61)	9.80 (11.88)	6.29 (18.06)	0.13	8.15	6.6
Cannabis					
Días de consumo: Media ± DE (n=28)	6.21 (7.73)	2.24 (5.66)	0.61	5.33	10.3
Unidades promedio día típico Media ± DE (n=29)	2.28 (2.45)	0.73 (1.11)	0.58	2.86	0
Pasta base de Cocaína:					
Días de consumo: Media ± DE (n=40)	7.11 (8.38)	4.22 (16.06)	0.16	5.78	15
Unidades promedio día típico Media ± DE (n=38)	21.13(24.28)	7.52(20.90)	0.50	7.68	0
Clorhidrato de cocaína					
Días de consumo Media ± DE (n=14)	4.85(5.76)	0.14(0.36)	0.81	5.44	14.3
Unidades promedio día típico Media ± DE (n=14)	15.79 (21.71)	1.42 (4.12)	0.64	9.55	14.3

Sedantes o tranquilizantes:					
Días de consumo: Media \pm DE (n=4)*	15.50 (9.11)	0.0 (0.0)	1.70		
Unidades promedio día típico Media \pm DE (n=4)*	2.50 (2.12)	0.0 (0.0)	1.17		
Días riñas últimas 4 semanas: Media \pm DE (n=4)*	0.50(1.00)	0.0(0.0)	0.5		
Días Violencia intrafamiliar últimas 4 semanas Media \pm DE (n=18)	1.27 (0.75)	0.22(0.55)	1.06	1.90	16.7
Salud física: Media \pm DE (n=178)	12.71(5.20)	14.49(4.21)	0.35	5.06	9.55
Salud psicológica: Media \pm DE(n=179)	11.41(5.01)	13.89(3.92)	0.51	4.96	16.20
Calidad de Vida: Media \pm DE (n=179)	12.96(5.09)	14.94(4.14)	0.39	4.88	13.4
Días trabajo remunerado: Media \pm DE (n=179)	7.10 (9.70)	7.18 (9.85)	0.01	5.18	7.8
Días colegio educación superior: Media \pm DE (n=179)	0.34 (2.58)	0.57(3.20)	0.08	2.67	2.4

*No se calcularon estadísticos de sensibilidad al cambio para el total de días de consumo de sedantes y tranquilizantes ni para el consumo promedio de un día típico debido al bajo número de casos

5. Validez Discriminante

Se desarrolló un análisis de regresión logística que contrastó los resultados en la etapa de test del TOP de los usuarios pertenecientes al grupo menor a tres meses y el grupo con permanencia mayor a tres meses en tratamiento. Los resultados de este análisis indican que algunas de las variables del instrumento se asocian con la pertenencia al grupo en tratamiento por más de 3 meses. A continuación se describen aquellas variables que fueron significativas en el modelo de regresión logística y cuyo RO asociado resultó de mayor magnitud.

Consumo promedio en un día típico de alcohol: RO=0.919

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días disminuye un 8% a medida que el promedio de días de consumo de alcohol en un día típico se incrementa en una unidad.

Consumo promedio en un día típico de marihuana: RO=0.611

La chance de pertenencia en el tratamiento por más de 90 días disminuye un 40% a medida que el promedio de días de consumo de cannabis en un día típico se incrementa en una unidad.

Consumo promedio en un día típico de pasta base: RO=0.941

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días disminuye un 6% a medida que el promedio de días de consumo de pasta base en un día típico se incrementa en una unidad.

Total de días de consumo de pasta base: RO= 0.855

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es un 15% menor por incremento de día de consumo.

Total de días de consumo de alcohol:RO= 1.62

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es un 60% mayor para aquellos individuos que no consumen alcohol en relación a los que sí lo hacen.

Total de días de consumo de pasta base: RO= 3.34

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es 3 veces mayor para aquellos individuos que no consumen pasta base en comparación con los que sí lo hacen.

Comisión de Hurto: RO= 2.57

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es aproximadamente 3 veces mayor para aquellos individuos que no han realizado hurto en las últimas cuatro semanas que aquellos que sí lo han hecho.

Días de trabajo remunerado durante los últimos 28 días: RO=2.63

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es aproximadamente 3 veces mayor para aquellos individuos que han realizado trabajo remunerado en las últimas cuatro semanas en comparación con aquellos que no lo han hecho⁶

Días de educación o capacitación: RO=5.12

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es 5 veces mayor para aquellos individuos que han asistido a capacitación o educación en las últimas cuatro semanas en comparación con aquellos que no lo han hecho.

Participación en cualquier tipo de robo: RO=3.01

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es 3 veces mayor para aquellos individuos que no han cometido ningún tipo de robo en las últimas cuatro semanas en comparación con aquellos que si lo han hecho

⁶ Para mejor interpretación, es posible invertir los resultados y en consecuencia sus interpretaciones. En este caso $RO=0.64$, invirtiendo resulta $1/0.64=2.63$. Luego concluimos en función de “presencia vs ausencia” de la variable en cuestión.

Participación en Riñas: RO=3.03

La chance de pertenencia al grupo de tratamiento por más de 90 días es 3 veces mayor para aquellos individuos que no han participado en algún tipo de riña en las últimas cuatro semanas en comparación con aquellos que si lo han hecho

Es importante señalar que en este análisis solo se describen aquellas variables que fueron significativas en el modelo de regresión logística y además poseen un valor de RO representativo. Por ello no se reportan los resultados para: edad, salud psicológica, salud física, calidad de vida las que resultaron ser significativas, pero sus RO fueron cercanas a 1, con lo cual carecían de interpretación relevante.

6. Validez de Constructo

Se realizó un análisis de componentes principales que incluyó las variables promedio de alcohol ingerido en un día típico de consumo, total de días de consumo de alcohol, promedio de consumo de marihuana, total de días de consumo de marihuana, promedio de consumo de pasta base de cocaína, total de días de consumo de pasta base de cocaína, promedio de consumo de clorhidrato de cocaína, total de días de consumo de clorhidrato de cocaína, medida de salud psicológica, medida de salud física, días de asistencia a trabajo remunerado, días asistidos a actividad de educación o capacitación, días en que se involucra en riñas y días en que ejerce violencia intra familiar. No se consideraron las variables promedio de consumo de sedantes y tranquilizantes, total de días de consumo de sedantes y tranquilizantes y el total de días asistidos a educación debido a la baja correlación que éstas alcanzaron con el resto de las variables siguiendo las recomendaciones de Field (2005) respecto a la inclusión de variables.

El método de rotación escogido para determinar la matriz final fue el oblimin (oblicua) que permite correlación entre los componentes.

La inclusión de estas variables permitió extraer 5 componentes con valor propio (eigenvalue) superior a 1 que explicaban el 67.90% de la varianza.

IV. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos en los análisis estadísticos desarrollados para completar el proceso de validación del TOP se comentarán a continuación. Cuando corresponde se proponen posibles explicaciones para los patrones de resultados observados.

Confiabilidad Test- Retest

Un hallazgo relevante al examinar los resultados de los análisis de confiabilidad es la tendencia observada en los usuarios a entregar un menor reporte de consumo y de trasgresión de la norma social al momento de la segunda medición. Este patrón se observa tanto en las variables continuas, como son el número de días de consumo en las 4 semanas anteriores y el promedio de consumo típico, como en las de tipo dicotómico. En estas últimas, se aprecia que algunos usuarios que declaran haber cometido trasgresiones, en la segunda entrevista no las reportan. Asimismo se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el reporte entregado durante la primera medición y la segunda que indican que existe discrepancias en los niveles de consumo reportados en ambas ocasiones para el caso de los días de consumo de alcohol, días de consumo de pasta base, unidades promedio consumidas en un días típico y para el numero de días de consumo de sedantes o tranquilizantes.

Por el contrario, las medidas de auto evaluación de salud mental y calidad de vida resultaron mayores, en promedio, en el retest, siendo la diferencia estadísticamente significativa aunque inferior a una unidad de las respectivas escalas de 20 puntos.

Ambos patrones son reflejan un mejor nivel de funcionamiento, pese a que se indaga por el mismo periodo de tiempo en ambas mediciones. Una posible razón podría corresponder a los efectos de demanda en los cuales los usuarios podrían sentirse comprometidos a presentar una mejor imagen en la segunda medición en el supuesto que el equipo tratante espera alguna mejoría.

En relación con los estadísticos que miden el acuerdo entre las mediciones de test y retest se aprecia que existen niveles de acuerdo de un nivel entre medio y alto para la presencia o ausencia de consumo de alcohol, marihuana, clorhidrato de cocaína y pasta base durante las 4 semanas anteriores. En un nivel más bajo e inferior al estándar exigido en el estudio de Mardsen et al de Kappa= 0.61, aparece el valor de este estadístico para la presencia de consumo de sedantes o tranquilizantes. En el grupo de las variables relacionadas con la comisión de delitos, se aprecia que los hurtos presentan un adecuado nivel de concordancia, al igual que la venta de drogas y la medida de cualquier tipo de robo. La pregunta respecto de si los usuarios cuentan con un lugar estable para vivir también se situó sobre le valor de corte propuesto por los autores. Por su parte, la presencia de violencia intrafamiliar se situó en un rango medio de acuerdo.

En cambio se aprecia un nivel inferior de acuerdo entre ambas mediciones en el ítem sobre condiciones precarias de vivienda.

Los bajos niveles de concordancia en la declaración de comisión de delitos en el test y retest, podrían sugerir que a los usuarios les resulta difícil reconocer la participación en este tipo de conductas, por lo que el reporte o no de los delitos podría verse afectado al cambiar el entrevistador entre ambas mediciones.

En relación con el grupo de variables relativas al delito se aprecia un bajo reporte de los delitos de robo por sorpresa, robo con fuerza y robo con violencia. Resulta conveniente poder contrastar este nivel cercano al 1% de comisión de delitos con la información de expertos en la población atendida para verificar si se corresponde con los niveles de este tipo de trasgresiones presentes en el grupo estudiado.

En relación con el nivel de consistencia evaluado a partir de los coeficientes de correlación intraclase, se aprecia que predomina un nivel de acuerdo medio entre ambas mediciones con algunas variables que logran el nivel de excelente acuerdo. Por otro lado, se reconocen algunas medidas que alcanzan un bajo nivel de acuerdo y tienden a ser aquellas en las que se presentan pocos casos que declaran ya sea el consumo o la comisión de una trasgresión.

Preliminarmente puede plantearse que el criterio propuesto por los autores del TOP para excelente acuerdo que propone un nivel de CIC igual o mayor a 0.75, resulte muy exigente por lo que resulta conveniente analizar si se puede tomar como criterio definitivo o bien corresponde flexibilizarlo.

El bajo nivel de confiabilidad encontrado en todas las medidas relativas al consumo de sedantes y tranquilizantes, sugiere que reportar de manera consistente el consumo de esta sustancia resulta complejo para los usuarios. Es posible que les resulte difícil diferenciar entre el consumo de fármacos prescritos y aquellos tomados fuera de prescripción. Es importante evaluar la pertinencia de mantener este ítem considerando la debilidad exhibida en sus propiedades psicométricas.

Validez concurrente

En relación con este grupo de análisis fue posible apreciar que los ítems de autoevaluación de salud psicológica, salud física y de valoración de la calidad de vida se asociaron a los respectivos instrumentos adicionales aplicados en la etapa de test como criterio. Las correlaciones identificadas fueron en la dirección esperada, y su magnitud resultó estadísticamente significativa para todos los análisis antes mencionados. Estos resultados coinciden con lo reportado en el estudio original de validación

Por su parte, el análisis de las dimensiones relacionadas con el área laboral, educacional y habitacional arrojaron resultados mixtos. Quienes habían desarrollado trabajo remunerado durante los últimos 28 días reportaron en promedio mayores niveles de calidad de vida. Por otra parte, pese a que la diferencia encontrada fue en la dirección esperada en la variable

relativa a educaron y capacitación, ésta no alcanzó significación estadística, posiblemente porque el grupo en estudio es relativamente mayor ($M=35.64$, $DE=9,61$) a la población que se encuentra inserta en actividades académicas regularmente.

Al realizar comparaciones de medias en la variable calidad de vida entre los grupos que presentaban situación habitacional irregular según lo reportado en el TOP nuevamente se encontraron resultados mixtos ya que únicamente se encontraron diferencias significativas para la variables que indaga sobre condiciones precarias de vivienda.

Al contrastar el consumo reportado en el TOP con el Test de Orina para las sustancias Cocaína (medida única para pasta base y Clorhidrato) y Marihuana, durante la última semana, se encontró un nivel de concordancia moderado pero inferior a los niveles de referencia mínimos utilizado en el estudio de Mardsen et al. Cabe señalar que existen una serie de factores que pueden interferir tanto en el reporte de consumo de sustancias durante la ultima semanas como en la capacidad de la prueba biológica para detectar el consumo, por lo que este nivel de acuerdo moderado resulta esperable. La concordancia con la prueba biológica se añade a los resultados favorables en relación con los distintos criterios de validez concurrente que se utilizaron en el estudio, indicando que tanto para la mayoría de los ítems de funcionamiento psicosocial y de salud y de presencia de consumo. los resultados convergen con otras medidas validadas o de uso en investigación en población nacional.

Validez discriminante

En relación con los resultados del análisis de regresión logística, se puede indicar que el análisis de aquellas variables que presentan una asociación estadísticamente significativa y un RO de mayor magnitud apuntan a que en el grupo de usuarios con permanencia mayor a 3 meses en tratamiento se pueden encontrar mejores condiciones de salud mental y de funcionamiento social. Estos resultados refuerzan la tendencia observada a partir del análisis inicial de los estadísticos descriptivos relacionados con el consumo, presentados anteriormente. Además, indican que a partir de un número importante de ítems del TOP es posible predecir la pertenencia al grupo de más de 3 meses, el cual presenta mejores indicadores de salud general que el grupo de menos de 3 meses.

Este patrón encontrad entre mejores indicadores de salud y de funcionamiento social en el grupo de mas de 3 meses podrían reflejar los benéficos alcanzados por los pacientes al permanecer inserto por en tratamiento por dicho periodo y refuerzan la importancia de promover la adherencia entre los usuarios.

Sensibilidad al cambio

Se desarrollaron análisis orientados a identificar el efecto de la intervención en aquellos los pacientes de menos de tres meses trascurridos 28 días en tratamiento. Respecto al primer grupo de análisis se aprecia que para la mayoría de las variables la magnitud del cambio observado alcanzó un rango medio según lo sugerido por Cohen. Solo respecto a las variables

días de consumo de cocaína, violencia intrafamiliar y las relativas a el uso de sedantes y tranquilizantes se aprecian magnitudes mayores des estadístico d . Este último grupo sin embargo resulto bastante pequeño.

Por otro lado los valores d relativos a días de trabajo remunerado y días asistidos actividades educacionales resultaron bajos, lo que indicaría las dificultades para logra cambios en esas dimensiones.

Respecto al número de casos que alcanzaron cambios en las variables estudiadas que resultaran confiables según el ICF de Jacobson y Truax (valor mayor a 1,96), se puede reportar que las mayores proporciones se dieron en las variables de violencia intrafamiliar y salud psicológica con un 16,70 y 16.20 respectivamente. Por el contrario, no se encontraron casos que alcanzaran niveles de cambio confiable para las variables promedio de consumo en un día típico de pasta base o marihuana.

Validez de constructo

Las distintas variables incorporadas en el análisis de componentes principales derivaron en un número reducido de 5 componentes que explicaban más del 60% de la varianza. Al revisar las variables asociadas a cada componente una vez realizada la rotación, se encontró un primer componente de difícil interpretación que incluye aspectos relacionados con la violencia (riñas y violencia intrafamiliar), y el total de días de consumo de clorhidrato de cocaína. Un segundo componente parece relacionarse con el funcionamiento social. e incorpora las evaluaciones de salud física, salud psicológica., calidad de vida, cantidad de días en que se realizó trabajo. Un tercer factor se asocia al consumo de alcohol y considera ambas variables que miden el consumo de dicha sustancia en el TOP donde también aparece asociada la variable total de días de consumo de cocaína aunque con menor intensidad. Un cuarto componentes parece relacionarse con el consumo de cocaína e involucra el consumo promedio de clorhidrato de cocaína y las variables relativas a la pasta base. Finalmente el último componente se relaciona con el consumo de marihuana e incluye ambas variables con relacionadas en forma inversa con éste.

Las dificultades para interpretar los distintos componentes podrían reflejar la complejidad de las relaciones entre las variables estudiadas, además de la presencia de consumo conjunto de distintas sustancias en la población en tratamiento.

Se considera que si bien se realizó un tipo de análisis empelado para identificar la estructura latente de los datos, dad la naturaleza conductual de los ítems del instrumentos este análisis podría estar reflejando más bien la covariación entre las distintas practicas de consumo en el grupo estudiado.

V. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

CARGO	PROFESIONAL	PERFIL	FUNCIONES
Jefe del Proyecto	Diego Piñol	Sociólogo, Magíster © en Análisis Sistémico, Diplomas en Prevención del Delito, en Sistemas Políticos y, en Gestión y Planificación Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Contraparte técnica - Coordinación equipo - Coordinación administrativa - Diseño metodológico - Supervisión trabajo de campo - Análisis estadístico - Redacción informes - Presentaciones resultados
Investigador	Juan San Martín	Psicólogo, Magíster en Investigación Social y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Contraparte técnica - Coordinación equipo terreno - Diseño metodológico - Capacitación personal - Supervisión trabajo de campo - Análisis estadístico - Redacción informes
Asesores	Rubén Alvarado	Médico, Doctorado en Psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión avances investigación - Revisión análisis estadístico - Revisión resultados obtenidos
	David Huepe	Sociólogo, Doctor en Psicología	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión avances investigación - Revisión análisis estadístico - Revisión resultados obtenidos
Supervisor RM	María Paz Sepúlveda	Trabajadora Social	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto y coordinación con centros de tratamiento - Supervisión trabajo de campo
Supervisor VIII región	Claudia Aguayo	Socióloga Magíster en Investigación Social y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto y coordinación con centros de tratamiento - Supervisión trabajo de campo
Supervisor V región	Patricio Ulloa	Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto y coordinación con centros de tratamiento - Supervisión trabajo de campo
Evaluadores	Juan Francisco Gárate Richard Watt Claudia Contreras Pamela Rojas Camila Olivares	Experiencia previa en investigaciones en el área o temática	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación encuesta de seguimiento

VI. BIBLIOGRAFÍA

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2002) The PHQ-15. Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266.

Garmendia, M. L. (2007) Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11 (2), 57-65.

Ros Montalban, S., Comas Vives, A. & Gracia-García, M. (2010). Validation of the Spanish Version of the PHQ-15 Questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study. *Actas Españolas de Psiquiatría* 38(6):345-5.

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.j. , Lcas Carrasco, R. & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Medica de Chile*, 139, 579-586.

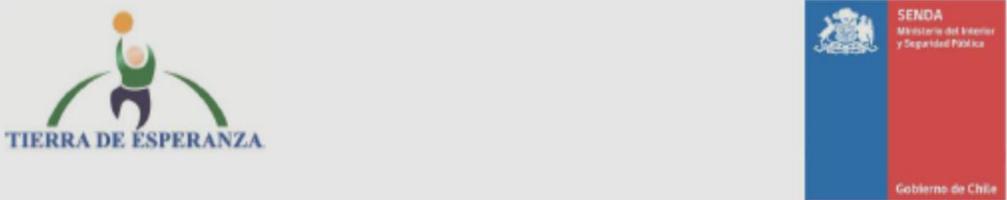
Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., McLean, C., Rao, B. y John-son, T. (2005): The Social Functioning Questionnaire: A Rapid and Ro-bust Measure of Perceived Functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 265-275.

Marsden, J., Farrell, M., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Eastwood, B., Roxburgh, M. et al. (2008). Development of the treatment outcomes profile. *Addiction*, 103, 1450-60.

Howell, D. (2009) *Statistical Methods for Psychology*. Wadsworth publishing. Belmont, CA

VII. ANEXOS

1. Consentimiento informado



Documento de Consentimiento Informado

Validación del TOP (*Treatment Outcome Profile*) en población adulta chilena

Descripción y objetivos del estudio
El Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA) está realizando un estudio que tiene como objetivo validar en Chile un instrumento de monitoreo de resultados de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en población general adulta. El instrumento denominado TOP (*Treatment Outcome Profile*), fue desarrollado por la Agencia Nacional de Tratamiento de Abuso de Sustancias de Inglaterra, y contiene un conjunto de preguntas que recopilan información sobre el consumo de drogas y alcohol, la salud física y psicológica, la transgresión a las normas sociales y el funcionamiento social. La aplicación de este instrumento permitirá a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de las personas en tratamiento utilizando medidas más objetivas

Participación
Su participación consiste en responder el TOP y otros 4 breves cuestionarios para medir diferentes dimensiones del TOP, como el estado de salud física, salud psicológica, funcionamiento social y calidad de vida. Adicionalmente, se seleccionará entre los participante a un grupo al azar, al cual se le realizará un examen de orina al inicio para evaluar la presencia o ausencia de drogas y alcohol en el cuerpo. El estudio contempla 3 evaluaciones: las dos primeras las realizarán profesionales de su propio centro y la tercera por un profesional de la Fundación Tierra de Esperanza. Los tiempo de cada entrevista son de aproximadamente 50 minutos la primera; 15 minutos la segunda y; 15 minutos la tercera. Su participación es completamente voluntaria y no interferirá con la calidad de la atención que recibirá en este u otro centro. Si se rehúsa a participar, o si se retira del estudio no habrá consecuencias de ningún tipo, así que siéntase en total libertad al tomar su decisión.

Riesgos y confidencialidad
Su participación no implica ningún riesgo para su salud. Toda la información que nos entregue será manejada con total confidencialidad y en ningún caso publicaremos o divulgaremos información personal que lo(la) pudieran identificar. La información obtenida a través del test de orina tampoco se dará a conocer y en ningún caso interferirá con el tratamiento que usted recibe.

Costos y compensación
El estudio no tiene ningún costo para usted, ni contempla ninguna compensación monetaria por su participación.

Información
Cualquier pregunta o duda que le surja, podrá contactar al Sr. Diego Piñol responsable del Estudio (Fundación Tierra Esperanza) al fono 81340982 o al correo diegopinol@gmail.com. También podrá contactar al Jefe del Área de Estudio de SENDA Sr. Álvaro Castillo, fono 5100879, correo acastillo@senda.gob.cl

Declaración de Consentimiento

Se me ha explicado el propósito de este estudio, los procedimientos, riesgos, beneficios y derechos que me corresponden y que me puedo retirar de él en el momento que desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo. No estoy renunciando a ningún derecho. Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante el proceso y que pueda tener importancia directa para mi condición de salud.

Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

Participante:

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Investigador:

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Director o Encargado del Programa de Tratamiento

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

3. TOP

Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP)

Nombre de Usuario

/ /

Nombre del Entrevistador

/ /

Fecha de Nacimiento
(dd/mm/aaa)

/ /

Fecha de Entrevista
(dd/mm/aaaa)

Sexo: M F

Etapa de Tratamiento: Ingreso En tratamiento

Egreso

Seguimiento

Sección 1: Uso de Sustancias

Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas

	Promedio	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
a. Alcohol	<input type="text"/> tragos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
b. Marihuana	<input type="text"/> ptes/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c. Pasta Base	<input type="text"/> papelllos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
d. Cocaína	<input type="text"/> líneas/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
e. Sedantes o Tranquilizantes	<input type="text"/> comprimidos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
f. Otra Sustancia Problema	<input type="text"/> medida/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

Nombre:
Unidad de Medida:

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Registrar hurtos, robo con sorpresa, violencia intra familiar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas

a. Hulto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	} <input checked="" type="text"/> Marque "S" si cualquiera de las respuestas es "Sí", en cualquier otro caso marque "N"
b. Robo con sorpresa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c. Robo con fuerza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d. Robo con violencia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
e. Venta de drogas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
f. Riña	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
g. Violencia Intra Familiar	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
h. Otro:					

Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

a. Calificación del estado de salud psicológica del usuario (ansiedad, depresión y problemas emocionales)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Malo Bueno

0-20

Registrar los días trabajados y asistidos al colegio o institución de educación superior durante las últimas 4 semanas

	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
b. Días de trabajo remunerado	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c. Días asistidos a colegio o institución de educación superior	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

d. Calificación del estado de salud física del usuario (grado de síntomas físicos y molestias por enfermedad)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Malo Bueno

0-20

Registrar condiciones de vivienda de las últimas 4 semanas

e. Tienen un lugar estable para vivir	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="text"/> Marca "S" ó "N"
f. Habita en condiciones precarias de vivienda	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="text"/> Marca "S" ó "N"

g. Calificación global de calidad de vida del usuario (ej. es capaz de disfrutar la vida, consigue estar bien con la familia y el entorno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Malo Bueno

0-20

4. Manual TOP

5. PHQ15

Cuestionario de Salud del Paciente, PHQ-15

Este cuestionario provee importante información acerca de su salud física, sus respuestas podrán ayudarnos a conocer su situación actual. Por favor responda todas las preguntas sobre la ocurrencia de ciertos síntomas físicos.

	No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a. Dolor de Estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en los brazos, piernas o articulaciones (rodilla, cadera etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor de menstruación u otros problemas con la menstruación (sólo mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Palpitaciones o taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dolor o problemas durante las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, intestino nervioso o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Cansancio o falta de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Dificultades del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. GHQ12

Cuestionario de Salud de Golberg - GHQ 12

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastronos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1	¿Ha sido capaz de concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Igual que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Menos que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho menos que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>	0
		No más que lo usual	<input type="checkbox"/>	0
		Algo más que lo usual	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho más que lo usual	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
3	¿Se ha sentido una persona útil para los demás?	Más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Igual que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Menos útil que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho menos útil	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo usual	<input type="checkbox"/>	0
		Igual que lo usual	<input type="checkbox"/>	0
		Menos que lo usual	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho menos capaz	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>	0
		No más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Algo más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>	0
		No más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Algo más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
7	¿Ha sido capaz de disfrutar de su vida diaria?	Mejor que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Igual que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Menos que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho menos que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
8	¿Ha sido capaz de enfrentar sus problemas?	Más capaz que lo habitual	<input type="checkbox"/>	0
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>	0
		Menos capaz que lo habitual	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho menos capaz que lo habitual	<input type="checkbox"/>	1

9	¿Se ha sentido triste o deprimido?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>	0
		No más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Algo más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>	0
		No más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Algo más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	<input type="checkbox"/>	0
		No más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	0
		Algo más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual	<input type="checkbox"/>	0
		Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>	0
		Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>	1
		Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>	1
<hr/>				

7. WHO-QOL BREF

WHO-QOL BREF

El siguiente cuestionario para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces ésta puede ser su primera respuesta. Le leeré cada una de las preguntas, junto con cada una de sus alternativas de respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas cuatro semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Mal	Ni bien ni mal	Bien	Muy bien
1.	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2.	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las últimas cuatro semanas.

		Nada	Un poco	De forma moderada	Mucho	De forma extrema
3.	¿Hasta que punto piensa que el dolor físico le impide realizar sus actividades regulares?	5	4	3	2	1
4.	¿Cuánto necesita usted de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	5	4	3	2	1
5.	¿Cuánto disfruta la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	De forma moderada	Mucho	De forma extrema
7.	¿Qué tan bien está su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de la disponibilidad o capacidad de hacer ciertas cosas durante las últimas 4 semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
10.	¿Tiene suficiente energía para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Cuán disponible está para usted la información que necesita en el día a día?	1	2	3	4	5
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas cuatro semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16.	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
18.	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19.	¿Cuán satisfecho está con usted mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23.	¿Cuán satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cuán satisfecho está con el acceso a servicios de salud?	1	2	3	4	5
25.	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta es acerca de cuán a menudo ha sentido o ciertos hechos durante las últimas 4 semanas.

		Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
26.	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	5	4	3	2	1

¿Tiene algún comentario acerca de este cuestionario?

8. SFQ

Cuestionario de Funcionamiento Social (SFQ)		
<i>Por favor revise las siguientes afirmaciones y marque la respuesta que más se acerca a su situación en las últimas cuatro semanas.</i>		
Completo satisfactoriamente mis tareas del trabajo y el hogar	La mayoría del tiempo	<input type="checkbox"/> 0
	A menudo	<input type="checkbox"/> 1
	Algunas veces	<input type="checkbox"/> 2
	Nunca	<input type="checkbox"/> 3
Encuentro que mis tareas del trabajo y el hogar son muy estresantes	La mayoría del tiempo	<input type="checkbox"/> 3
	A menudo	<input type="checkbox"/> 2
	Algunas veces	<input type="checkbox"/> 1
	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Tengo problemas monetarios	No tengo problemas	<input type="checkbox"/> 0
	Sólo preocupaciones leves	<input type="checkbox"/> 1
	Definitivamente tengo problemas	<input type="checkbox"/> 2
	Tengo problemas muy severos	<input type="checkbox"/> 3
Tengo problemas para entablar y mantener relaciones cercanas	Dificultades severas	<input type="checkbox"/> 3
	Algunos problemas	<input type="checkbox"/> 2
	Problemas ocasionales	<input type="checkbox"/> 1
	No tengo problemas	<input type="checkbox"/> 0
Tengo problemas con mi vida sexual	Problemas severos	<input type="checkbox"/> 3
	Problemas moderados	<input type="checkbox"/> 2
	Problemas ocasionales	<input type="checkbox"/> 1
	No tengo problemas	<input type="checkbox"/> 0
Me llevo bien con mi familia y otros parientes	Sí, definitivamente	<input type="checkbox"/> 0
	Sí, usualmente	<input type="checkbox"/> 1
	No, tengo algunos problemas	<input type="checkbox"/> 2
	No, tengo problemas severos	<input type="checkbox"/> 3
Me siento solo/a y/o aislado/a de las otras personas	Casi todo el tiempo	<input type="checkbox"/> 3
	Gran parte del tiempo	<input type="checkbox"/> 2
	No usualmente	<input type="checkbox"/> 1
	Nunca	<input type="checkbox"/> 0
Disfruto mi tiempo libre	Mucho	<input type="checkbox"/> 0
	Algunas veces	<input type="checkbox"/> 1
	No muy a menudo	<input type="checkbox"/> 2
	Nunca	<input type="checkbox"/> 3

9. Sociodemográfico

Información Sociodemográfica.

Rut _____ Nombre del Participante: _____
 Nombre del Entrevistador: _____
 Fecha: ____/____/____

Introducción: Las preguntas que se le realizarán a continuación son de carácter general. Le recuerdo que toda la información que usted entregue es confidencial y sólo será utilizada con fines de investigación.

1.1

Género 1__ Masculino 2__ Femenino

1.2 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____

1.3 ¿Cuál es su actual situación de pareja?

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1__ Casado (a) | 5__ Separado (a) |
| 2__ Conviviente | 6__ Soltero/sin pareja |
| 3__ Viudo (a) | 7__ Soltero/con pareja |
| 4__ Divorciado/anulado (a) | |

1.4 ¿Cuál es el grado más alto de educación que usted ha completado?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1- ____ Básica Incompleta | 6- ____ Técnica Completa |
| 2- ____ Básica Completa | 7- ____ Universitaria Incompleta |
| 3- ____ Media Incompleta | 8- ____ Universitaria Completa o más |
| 4- ____ Media Completa | 9- ____ Sin Estudios |
| 5- ____ Técnica Incompleta | 10- ____ No sabe o no aplica |

1.5 Comuna de Residencia _____

1.6 Usted vive en: (leer las categorías a los participantes)

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1__ Arrenda | 5__ Ocupación Irregular |
| 2__ Paga Dividendo | 6__ Cedida |
| 3__ Propia | 7__ Otro |
| 4__ Allegado | 8__ No Aplica |

1.7 A. ¿Cuál es su situación ocupacional actual?

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Trabaja a tiempo completo | 6. No trabaja, ni busca trabajo |
| 2. Trabaja a tiempo parcial | 7. Es Ama de casa |
| 3. Trabaja esporádicamente | 8. Está jubilado o pensionado |
| 4. Está desempleado(a), pero busca trabajo | 9. Es Rentista |
| 5. Es estudiante | 10. No sabe/No responde |

1.8 Durante los últimos 12 meses

¿Cuántos meses ha estado empleado? (incluya trabajos independientes).

_____ Meses

10. Manual Autosplit Global Partners

11. Instrumento de Evaluación TOP

Evaluación *Treatment Outcomes Profile* (TOP)

Muchas gracias por haber colaborado con la aplicación del TOP. El siguiente cuestionario fue formulado para conocer su opinión acerca de este instrumento, por favor conteste las preguntas que se presentan a continuación. Sus respuestas y su opinión serán de gran ayuda para mejorar el instrumento y para lograr mejores resultados en este proceso de validación.

Nombre del Centro: _____

Región del Centro: _____

1. **¿Cuántas veces ha aplicado el TOP?** Marque la alternativa correcta
 - (a) Entre 1 y 5 veces
 - (b) Entre 6 y 10 veces
 - (c) Entre 11 y 15 veces
 - (d) Más de 15 veces

2. **¿Cuánto tiempo demoró, en promedio, la aplicación del instrumento?**
 _____ Minutos

3. **En una escala de 1 a 7, ¿Qué nota le pondría a cada uno de los siguientes aspectos del TOP?** Por favor conteste para cada sección y para el instrumento en su conjunto.

	Sección 1: Uso de sustancias	Sección 2: Transgresión a la norma social	Sección 3: Salud y funcionamiento social	Instrumento en conjunto
Facilidad de aplicación				
Pertinencia de las preguntas				
Calidad de la información recogida				
Extensión de la sección				
Formato de las preguntas				
Metodología de aplicación				

4. **¿Recomendaría la aplicación de este instrumento en futuras evaluaciones clínicas del paciente?**
 - (a) Sí
 - (b) No
 Por favor justifique su respuesta anterior:

5. Recomendaciones y sugerencias por sección, especialmente respecto a la redacción de las preguntas y forma de evaluar los distintos aspectos medidos.

Sección 1: Uso de sustancias

Sección 2: Transgresión a la norma social

Sección 3: Salud y funcionamiento social

6. En caso de tener algún comentario o sugerencia por favor ingréselo en el siguiente recuadro:

En esta sección puede incluir aspectos relacionados a la aplicación del TOP, dificultades identificadas en el proceso, observaciones relativas al cuestionario, o cualquier otro aspecto que considere relevante de mencionar.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN