



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS  
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40  
08010 Barcelona  
TEL. 93 207 31 14  
FAX: 93 207 67 47



Generalitat de Catalunya  
Departament de Justícia

D O C U M E N T S D E T R E B A L L

INVESTIGACIÓ

(Ajuts a la investigació, 2008)

# **Adaptació de l'EuropASI a la població penitenciària catalana**

**(Índex europeu de la severitat de l'addició)**

Autors

F.Xavier Roca i Tutusaus  
J.Ricardo Sanchis Mir

**Any 2009**

**Validació i Adaptació de  
l'EuropASI (Índex de la  
Severitat de l'Addicció  
Europeu) i traducció,  
validació i adaptació de la  
versió catalana del ASI –  
Penal en la població  
penitenciària catalana**

F. Xavier Roca i Tutusaus  
J. Ricardo Sanchis Mir

Novembre 2008

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la recerca són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

**Avís legal**

Els continguts d'aquesta investigació estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 2.5 Espanya de Creative Commons, el text complet de la qual es troba disponible a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>. Així, doncs, se'n permet còpia, distribució i comunicació pública sempre que se citi l'autor del text i la font (Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada), tal com consta en la citació recomanada inclosa a cada article. No se'n poden fer usos comercials ni obres derivades.

Resum en català:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.ca>

# Index

1. Introducció.....	4
1.1. Instruments existents per avaluar la gravetat de l'addicció en delinqüents. ....	9
1.2. Addiction Severity Index (ASI) .....	10
1.2.1. Fiabilitat i validesa de l'ASI. ....	12
1.2.2. Fiabilitat entre entrevistadors.....	12
1.2.3. Fiabilitat test-retest.....	12
1.2.4. Consistència interna .....	13
1.2.5. Independència de les àrees problema .....	13
1.2.6. Validesa de criteri .....	13
1.2.7. Índexs clínics i d'avaluació.....	13
1.2.8. Estudis de validesa i fiabilitat amb l'EuropASI .....	15
1.2.9. L'ASI amb població penada. ....	16
2. Objectius .....	20
3. Mètode .....	21
3.1. Material.....	21
3.1.1. Índex Europeu de Gravetat de l'Addicció (EuropASI).....	22
3.1.2. Índex de gravetat de l'addicció - criminalitat ( <i>Addiction Severity Index - Crime, ASI-C</i> ).....	24
3.1.3. Escala de Circumstàncies, motivació i preparació per al tractament de l'abús de substàncies – versió presó.....	25
3.1.4. Test per a l'Avaluació de la Qualitat de Vida en Addictes a Substàncies Psicoactives (TECVASP).....	26
3.2. Participants.....	28
3.3. Anàlisi de dades .....	28
3.4. Pla de Treball temporalitzat .....	28
4. Resultats .....	29
5. Conclusions.....	38
6. Propostes .....	42
7. Referències bibliogràfiques .....	47
8. Annexes .....	51

# 1. Introducció

A les presons catalanes, encara que no sol en elles, la proporció d'interns amb problemàtica d'ús, abús o dependència de substàncies és clarament majoritària. Podria dir-se, sense cap dubte, que és el problema més estès, font de nombrosos conflictes i motiu pel qual fracassen un bon nombre de programes individuals de tractament. Moltes de les regressions de règim obert a ordinari tenen darrere de si una recaiguda en el consum amb els seus problemes associats, incloent un augment de la probabilitat de nous delictes. Moltes de les regressions a règim tancat es produeixen també per conductes relacionades amb el consum, el tràfic de drogues i la violència associada.

Es molt evident que la problemàtica del consum de drogues afecta un bon nombre d'interns dels centres penitenciaris. Ara bé, la gravetat del consum de substàncies i per tant les necessitats de tractament no són les mateixes per a tots aquests interns. En els centres penitenciaris conviuen diferents alternatives de tractament per abordar la problemàtica del consum de drogues. Aquestes van des de les de llindar més baix, dirigides a la reducció de danys, fins a aquelles altres més intensives dirigides a la consecució de l'abstinència, com les comunitats terapèutiques penitenciàries. La seva optimització suposa prendre les decisions adequades sobre a quin programa de tractament cal derivar els interns amb problemes de consum de drogues.

Per aquest motiu, es del tot necessari comptar amb instruments pràctics, objectius, fiables i vàlids que puguin establir perfils individuals que ajudin als equips d'observació i tractament dels centres penitenciaris a assignar aquests interns a les alternatives de tractament que millor s'ajustin a les seves necessitats i en el moment personal més idoni, sense que això suposi l'ús d'un temps excessiu. Altrament, les derivacions mal fetes suposen una mala utilització de les places disponibles, un desgast del personal en haver d'abordar les conductes inadaptades i les resistències al tractament dels interns en tractaments no adequats i en resum, un mal aprofitament dels recursos d'intervenció disponibles, sobretot d'aquells més escassos i costosos com són els tractaments intensius.

Si volem trobar un instrument extens i normalitzat que avaluï de manera consistent i objectiva el consum d'alcohol i drogues en la població delinqüent i la derivi eficientment al tractament més indicat i que aquesta avaluació al seu torn sigui capaç de generar una base de dades que ajudi la planificació del tractament i l'avaluació en el futur, el que més acceptació ha tingut en les dues últimes dècades per dur a terme aquesta missió és l'entrevista coneguda com *ASI (Addiction Severity Index, Índex de Gravetat de la Addicció)*.

L'ASI va ser desenvolupat el 1980 per l'equip del professor Thomas McLellan a la Universitat de Pennsilvania com una entrevista d'investigació clínica semiestructurada. Actualment és un estàndard en pràcticament tots els assaigs clínics amb pacients addictes i és part de l'avaluació clínica estàndard dels pacients amb problemes de consum d'alcohol i drogues en els EE.UU., incloent el sistema federal de presons (McLellan & cols., 2006). Ha estat traduït a més de 20 llengües i també és part de la pràctica clínica i de l'avaluació del tractament als països europeus mitjançant una versió internacional de l'instrument, el EuropASI (Kokkevi & col., 1995), traduït al castellà per l'equip del professor Julio Bobes de l'àrea de psiquiatria de la Universitat d'Oviedo (Bobes i cols., 1995, 2007).

A Europa, un grup d'investigadors suecs van desenvolupar el mòdul de criminalitat de l'ASI (ASI-C) (Öberg & cols., 1998), en el qual es descriuen problemes relacionats amb la delinqüència i amb un estil de vida delinqüencial per valorar les necessitats i el risc de reincidència a partir de la consideració de factors de risc tant estàtics com dinàmics, tals com a la carrera delictiva, els grups socials de referència i les actituds i motius per a la conducta delictiva. Aquest mòdul aporta informació complementària a l'àrea legal de l'ASI que, en no estar pensada per a pacients a presó, alguns autors consideren la seva aportació poc rellevant en aquests casos. Per aquest motiu es proposa la inclusió del mòdul ASI-C en les entrevistes amb el EuropASI que es realitzin als interns a presó, en ser òbviament una àrea d'especial rellevància en el moment de valorar els problemes del pacient relacionats amb el seu consum de substàncies. Amb això es guanyarà en la comprensió de la gravetat global de

l'addicció dels interns millorant la planificació del tractament, la classificació interior de l'intern, la seva inclusió en el programa de tractament més adequat i la seva avaluació posterior.

Aquesta investigació té com a objectiu principal la validació per a la seva aplicació als interns de les presons catalanes de l'EuropASI, adaptació europea de l'ASI, instrument que s'ha convertit en un referent mundial en la valoració de la gravetat de l'addicció, validació que no s'ha fet fins a la data, així com la de seu mòdul de criminalitat (ASI-C), incloent la seva traducció.

Per completar la investigació s'ha volgut relacionar la valoració de la gravetat de l'addicció en interns a presó que proporciona el EuropASI amb dos constructes que tenen una gran rellevància en el tractament tant de la conducta delictiva com a addictiva: la preparació o disposició per al tractament i la valoració de la qualitat de vida.

En efecte, la reacció al desafiament plantejat pel treball de Martinson (1974) va portar a un constant estudi sobre quins tractaments eren efectius i, a mesura que s'anava acumulant evidència a favor dels resultats positius del tractament, es van començar a desenvolupar instruments per avaluar els riscos i necessitats i així derivar millor els interns als programes existents. L'adequació als programes de tractament, tanmateix, no sol ha de tenir en compte la presència de les característiques associades al risc, sinó que també han de tenir en compte fins a quin punt l'intern està preparat per implicar-se en un procés de canvi (Casey & cols., 2007). La preparació per al tractament suposa tota una sèrie de factors tant interns com externs. En el seu conjunt, aquests factors determinaran si un intern s'implica en el tractament i conseqüentment obté d'ell algun profit. Els factors interns inclouen les creences sobre el tractament, la seva experiència passada en altres programes i els objectius que tingui. Els factors externs inclouen fins a quin punt el tractament és coaccionat, el context en el qual es realitza i la disponibilitat de recursos perquè el programa pugui realitzar-se convenientment. Entre els intents de mesurar la preparació al canvi aquelles mesures que busquen avaluar components més enllà de la motivació

interna són els més prometedors donada la influència que exerceixen les pressions externes sobre les persones a presó per realitzar tractament (DeLeon & col., 1986). Les mesures derivades de models de motivació, com el transteorètic (Prochaska & DiClemente, 1984) han tingut un reconeixement limitat en la seva aplicació a poblacions delinqüents (Casey & cols., 2007). Per aquest motiu s'ha traduït per a aquesta investigació la versió per a presó de les Escales de Circumstàncies, Motivació i Preparació per al Tractament per Abús de Substàncies (CMR) (DeLeon, G. & Melnick, G., 1999), instrument dissenyat per mesurar la motivació i la preparació per al tractament

El segon constructe amb què relacionem el EuropASI, el de la qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS) és àmpliament utilitzat en l'àmbit de la salut. Representa les respostes individuals als efectes físics, mentals i socials que una alteració de salut produeix sobre la vida diària. En drogodependències aquest constructe s'utilitza des de fa relativament poc temps. Entre els primers treballs que ho fan està el de Ren i Aiken (1993) qui assenyalen que el mesurament dels aspectes de la vida diària és un indicador útil per avaluar el canvi produït pels tractaments en els programes de reducció del dany, ja que indicadors com el consum de drogues, la criminalitat o l'ocupació resulten en ocasions poc sensibles per mesurar els resultats. Des de llavors, l'aparició de la mesura de la CVRS en estudis sobre drogodependències ha estat més freqüent. Una revisió de la literatura especialitzada mostra que aquest constructe s'ha utilitzat amb diferents objectius: a) descriure i comparar les puntuacions en subpoblacions consumidores de drogues, b) conèixer com la CVRS s'associa amb altres variables relacionades amb l'addicció i c) utilitzar la CVRS com una variable de resultat terapèutic (Lozano Rojas i cols., 2007).

Els instruments habituals per mesurar la CVRS en drogodependències han estat els tests, sent els més utilitzats el SF-36 i *Nottingham Health Profile* (NHP). Aquests tests de CVRS són de tipus genèric, els seus continguts no són específics per a pacients amb cap alteració de salut en concret. Un exemple en aquest sentim el tenim amb el NHP i la seva adaptació i validació espanyola realitzada en l'Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques (IMIM) de



Barcelona, fent-lo servir en estudis per valorar la qualitat de vida en addictes a opiacis en tractament en programes de manteniment amb metadona (Alonso i cols., 1990; Torrents i cols., 1997; Puigdollers i cols., 2003). Però, en l'àmbit de les drogodependències, diferents autors ho assenyalen en els seus estudis i apunten cap a la necessitat de disposar de tests de CVRS que estiguin dissenyat per a la població drogodependent i incloguin aquells aspectes de la salut més associats a la dependència a una substància. *El Test per a l'Avaluació de la Qualitat de Vida en Addictes a Substàncies Psicoactives (TECVASP)* (Lozano y cols. 2007) és un instrument dissenyat i validat recentment que permet detectar canvis en la CVRS en els consumidors de drogues quan són sotmesos a diferents situacions de tractament i ho considerem per aquest motiu el més idoni per a la present investigació.

Finalment, en aquesta investigació s'ha considerat important posar en relació el EuropASI, junt amb la seva escala de criminalitat (ASI-C), amb tota una sèrie de variables personals i criminològiques que puguin treure d'alguna manera a la llum les concordances entre la gravetat de l'addicció en els seus diferents aspectes, tal com es recullen en les diferents escales del EuropASI i les variable relacionades amb la història personal dels subjectes: edat, nivell d'instrucció, edat del primer delicte, nombre de condemnes, anys de condemna, expedients disciplinaris, classificacions i dies en règim obert i règim tancat.

Amb tot això s'espera poder oferir una bateria d'instruments formada pel EuropASI, amb l'ASI-C, el CMR-versió presó i la TECVASP que sigui d'ajut en la valoració de la gravetat dels interns a presó, en la derivació als programes més adequats i en el moment més adequat i al seguiment dels resultats del tractament de manera vàlida i fiable.

## **1.1. Instruments existents per avaluar la gravetat de l'addicció en delinqüents.**

Existeixen bons instruments per a la valoració de la gravetat de l'addicció, però tal com exposa el Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) en el seu Treatment Improvement Protocol (TIP) 44 (CSAT, 2005) alguns d'ells han mostrat certes limitacions en utilitzar-se en el context penal. Per exemple, l'Ofender Profile Index (OPI) està dissenyat per ser un instrument d'ajut a l'hora de valorar que alternativa de tractament pot ser més adequada per a un pacient, però no realitza una valoració clínica complexa que pugui guiar un programa de tractament (Inciardi, McBride, & Weinman, 1993). Un altre instrument, el Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA) desenvolupat pel grup d'experts del TIP 11: *Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse and Infectious Diseases* (Center for Substance Abuse Treatment, 1994), consta de 16 ítems i avalua símptomes de dependència d'alcohol i drogues que s'ha vist que són apropiats per a la identificació d'interns dependents a substàncies (Peter & Greenbaum, 1996), encara que també mostra una major tendència que altres instruments (per exemple que l'ASI o la TCUDS-II) a classificar un delinqüent com a dependent a substàncies. És un dels instruments més utilitzats als serveis correccionals dels EE.UU (Peters & cols., 2004).

La Texas Christian University Drug Screen (TCUDS-II) està dirigida a cobrir les necessitats diagnòstiques de grans sistemes penitenciaris, maximitzant les derivacions apropiades per a tractament amb el mínim cost. Consisteix en 19 ítems que representen els criteris clínics i diagnòstics de la dependència de substàncies tal com apareix al Diagnostic and Statistical Manual (DSM, American Psychiatric Association, 1987) adaptant el nivell del llenguatge per ser utilitzat en presons i utilitzant un format que permet l'autoaplicació. La primera part inclou 10 preguntes sobre problemes relacionats amb el consum de drogues i la segona part fa referència a la freqüència del consum de drogues abans d'entrar a la presó, així com una autoavaluació sobre la preparació per realitzar el tractament. Els resultats mostren el grau de gravetat

del consum de drogues del delinqüent de manera paral·lela als protocols del DSM.

Diferents investigacions han mostrat que la TCUDS o una combinació de l'Alcohol Dependence Scale (Skinner & Horn, 1984) i l'escala de consum de drogues de l'ASI s'haurien d'utilitzar en situacions en les quals és important reduir les derivacions inadequades al tractament quan els recursos són escassos o les conseqüències podrien ser importants per al programa (com en les comunitats terapèutiques o altres programes de tipus residencial). Es recomana la utilització del SSI-SA en situacions en les quals l'objectiu és identificar el major nombre de delinqüents que necessiten tractament, tasca en la que ha mostrat ser molt sensible i amb una excel·lent fiabilitat test-retest (Peter & col., 2000).

## **1.2. Addiction Severity Index (ASI)**

Sense cap dubte l'instrument més comunament usat tant per al cribratge ("screening"), com per a l'avaluació ("assessment") i la planificació del tractament és l'ASI (McLellan et al. 1980, 1992). L'ASI està recolzat pel National Institute on Drug Abuse i es troba reproduït en el TIP 7, *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System* (CSAT, 1994), i el TIP 38, *Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services* (CSAT, 2000). És també un instrument de referència en nombroses institucions relacionades amb el sistema de justícia penal. Les dues escales de l'ASI que examinen el consum d'alcohol i drogues s'utilitzen freqüentment com instruments de cribratge. A favor de l'ASI està que ha estat validat per a la seva utilització en persones sota supervisió judicial (McLellan et al. 1985, 1992; Peters et al. 2000). L'ASI mostra una alta correlació amb indicadors objectius de la gravetat de l'addicció. És un dels pocs instruments que mesuren diferents aspectes del funcionament psicosocial relacionat amb el consum de drogues i proporciona una concisa estimació tant de la història de consum com del consum actual. Proporciona diverses qualificacions en cada àrea funcional avaluada d'interès tant per a usos clínics com d'investigació.

El EuropASI forma part de la família d'instruments de l'ASI que també inclou instruments adaptables a adolescents (ASI-Teen), seguiments (ASI-6-FU), investigació i gestió que proporcionen unes mesures pragmàtiques que permeten avaluar tant la intensitat com la gravetat clínica així com la necessitat de tractament dels pacients, que es troben reproduïts a la monografia de la revista *Adicciones: Valoración de la Gravedad de la Adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos* (Bobes y cols., 2007).

L'ASI ha estat utilitzat amb els següents propòsits en diferents contextos (Mäkelä, 2004):

En el context clínic:

- Per resumir la situació general del pacient a l'ingrés en el tractament.
- Per formular plans de tractament i derivar els pacients al més adequat.
- Per obtenir un pronòstic general del tractament.
- Per establir un llenguatge comú entre els professionals.
- Per fer atenció a aspectes de la vida del pacient que d'una altra manera haguessin passat desapercebuts.
- Per al seguiment individual dels pacients.

En el context administratiu:

- Per recollir informació estadística sobre els pacients en tractament.
- Per planificar les activitats de les organitzacions que realitzen el tractament.
- Per comparar a nivell nacional els grups de pacients.
- Per avaluar i comparar els programes de tractament.

En la investigació:

- Per a comparar pacients i identificar subgrups.
- Per mesurar els resultats del tractament.
- Per facilitar els comparació d'estudis entre diversos països.
- Per a estudis comparatius internacionals.

### **1.2.1. Fiabilitat i validesa de l'ASI.**

Nombrosos estudis publicats han mostrat que l'ASI és tant fiable com vàlid, però això és aplicable només a poblacions majoritàries (McLellan, 1985). En EE.UU. la utilització de l'ASI en investigacions i a la pràctica clínica és promoguda per les principals institucions públiques de salut i justícia: el National Institute on Drug Abuse (NIDA), el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), el National Institute of Mental Health i el National Institute of Justice. La 5a edició de l'ASI ha demostrat ser fiable i vàlida en una àmplia varietat de pacients presentats a tractament. Entre aquests grups s'inclouen aquelles persones empresonades, de malalts mentals així com diferents grups ètnics o especials.

### **1.2.2. Fiabilitat entre entrevistadors.**

Els primers estudis van mostrar una alta fiabilitat entre entrevistadors (McLellan & cols., 1980), tanmateix, en estudis posteriors les àrees d'ocupació, consum de drogues, relacions socials i familiars i la psiquiàtrica van aparèixer com particularment inestables, encara que les puntuacions compostes, en les que és menor la subjectivitat de l'entrevistador que en les valoracions de gravetat, les correlacions han estat altes de manera consistent (Mäkelä, 2004)

### **1.2.3. Fiabilitat test-retest**

Els autors de l'ASI van informar d'una bona fiabilitat test-retest (McLellan & cols., 1985). Estudis posteriors han mostrat correlacions excel·lents però també insatisfactòries, sobretot amb poblacions especials tals com els malalts mentals o els sense sostre) (Mäkelä, 2004). En un estudi amb interns a presó la fiabilitat de les puntuacions compostes de l'ASI per a les àrees d'alcohol i drogues va ser pròxima al 80%, una mica inferior a la de l'Alcohol Dependence Scale (ADS), el Drug Abuse Screening Test (DAST) i el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Peters & col., 2000).

#### **1.2.4. Consistència interna**

Tres de les set puntuacions compostes han mostrat una consistència interna alta: estat de salut, consum d'alcohol i estat psiquiàtric. Les altres quatre escales mostren en altres estudis consistències baixes, sobretot en estudis europeus o amb poblacions tals com rodamóns, malalts mentals o altres poblacions especials. L'escala de consum de drogues mostra una correlació entre ítems particularment baixa (Mäkelä, 2004)

#### **1.2.5. Independència de les àrees problema**

La validesa discriminant de l'ASI ha estat demostrada valorant la independència de les seves escales, que han estat habitualment baixes, amb alguna excepció, com que de vegades les mesures de consum de drogues i les de l'àrea legal estan moderadament relacionades, i el mateix ocorre amb l'estat psiquiàtric i les relacions familiars i socials (Mäkelä, 2004)

#### **1.2.6. Validesa de criteri**

Com a indicador potencial de la validesa concurrent de les mesures de l'ASI s'han utilitzat les correlacions entre les puntuacions de gravetat i les puntuacions compostes en la mateixa àrea problema. Algunes àrees problema com les d'ocupació/suports, consum de drogues i àrea legal solen mostrar una baixa correlació. Un entrenament intensiu produeix correlacions altes (Mäkelä, 2004)

#### **1.2.7. Índexs clínics i d'avaluació**

Les puntuacions de gravetat de l'entrevistador (ISR), mai no va ser del total gràtic dels autors de l'ASI per a la seva utilització en investigacions degut sobretot a la seva naturalesa subjectiva. Per aquest motiu van desenvolupar les puntuacions compostes (*composite scores, CS*). Aquestes puntuacions pretenen mesurar el canvi, pel qual sol utilitzen una combinació de preguntes

de cada àrea sobre els últims 30 dies. Utilitza fórmules matemàtiques per igualar el pes de les preguntes de cada entrevistat. Però aquests índexs van ser desenvolupats mitjançant assaigs clínics i valoració d'experts. Ambdues mesures correlacionen de forma elevada quan hi ha una bona preparació dels entrevistadors (McLellan & cols., 2006). Utilitzant mesures psicomètriques més modernes i rigoroses McDermott van extreure set índexs clínics (CIs) a partir d'ítems que mesuraven tant problemes durant la vida com a recents en cada una de les àrees de l'ASI (McDermott & cols., 1996). La consistència interna d'aquests índexs ha estat generalment bona o acceptable.

Amb la intenció d'avaluar els problemes recents i el canvi de manera més eficient, s'han derivat un conjunt d'índexs d'avaluació (EIs) a partir de mètodes psicomètrics més rigorosos. Aquests índexs mesuren cinc dels set dominis a partir d'ítems que cobreixen els passats trenta dies. No van poder obtenir-ne índexs robustos dels problemes de salut i ocupació.

En una comparació entre els vells i els nous índexs es va observar que els índexs clínics van ser superiors als altres índexs per predir tres dels sis resultats: hospitalització, hospitalització per consum de drogues i noves imputacions de delictes. L'índex d'avaluació va ser el millor predictor de la intoxicació etílica i la puntuació composta de la desocupació (Alterman & cols. 2001).

L'ASI ha de ser considerat com un instrument en continu desenvolupament que va millorant sobre la base dels problemes que van apareixent en els múltiples estudis en els quals s'utilitza. Com a resultat, actualment s'està treballant amb la 6a versió de l'ASI, en la qual la població continuen sent adults en tractament de l'addicció, però en la qual s'ha intentat augmentar el seu valor en altres poblacions en les quals l'ASI s'està utilitzant cada vegada més, com les del sistema penal, els psiquiàtrics i persones acollides pels serveis socials. S'ha fet un esforç per millorar el contingut de les àrees d'ocupació/economia i relacions familiars i condicions d'habitatge. S'ha afegit en alguns ítems un període de 6 mesos ja que s'havia criticat que el període de 30 dies era massa petit per

establir una línia base o per als estudis de seguiment. L'entrevista guanyarà en fiabilitat eliminant els ítems que la tinguin baixa i serà més estructurada fent més fàcil la preparació dels entrevistadors. Es mantindran les tres característiques bàsiques de l'entrevista: 1) els períodes de 30 dies i durant la vida, 2) els ítems objectius verificables i les valoracions subjectives dels pacients en cada escala i 3) l'examen independent de les sis àrees problema (McLellan & cols., 2004, 2006).

### **1.2.8. Estudis de validesa i fiabilitat amb l'EuropASI**

Els estudis sobre les propietats psicomètriques del EuropASI són escassos (Bobes i cols., 2007):

Els estudis realitzats a Hongria van demostrar correlacions altes i estadísticament significatives entre les puntuacions de gravetat i les puntuacions compostes per a totes les àrees. Van mostrar una elevada consistència interna (alfa de Cronbach  $>0.70$ ).

La versió noruega va concloure que necessitava modificacions per millorar la seva validesa de constructe i la seva fiabilitat.

La versió alemanya va demostrar la independència entre les diferents escales ( $-0,17 < r < 0,34$ ) i la correlació entre les puntuacions de gravetat i les compostes van ser estadísticament significatives ( $p < .0005$ ). La consistència interna va ser bona (alfa de Cronbach entre 0,69 i 0,92) i la fiabilitat interexaminadors de moderada a excel·lent (coeficient de correlació interclasses entre 0,62 i 0,99). Respecte a la validesa convergent amb el *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) la correlació amb la puntuació de gravetat de l'escala d'alcohol va ser moderada però estadísticament significativa ( $r = 0,44$ ) mentre que la correlació amb la puntuació composta va ser també significativa però baixa ( $r = .34$ ). Aquesta escala va discriminar entre els pacients amb i sense dependència d'alcohol ( $t = 2,99$ , 108 df,  $p = .004$ ). L'àrea d'estat psiquiàtric va obtenir una



validesa convergent amb el llistat de símptomes SCL-90-R estadísticament significativa i de magnitud moderada ( $r=0,55$ ).

### **1.2.9. L'ASI amb població penada.**

La utilització de l'ASI en la població penada entra de ple sobre la qüestió que hi ha una sèrie de situacions que probablement redueixen la validesa de les dades obtingudes. Per exemple, en determinades circumstàncies es d'esperar que els subjectes siguin sincers en les seves respostes a l'ASI perquè no tindrien cap motiu per donar informació falsa. Això ocorre quan els pacients acudeixen al tractament voluntàriament. Però d'altra banda, és molt més probable que altres subjectes proporcionin informació falsa, per exemple quan són avaluats per accedir a la llibertat vigilada, la condicional o en un judici. En ocasions aquesta distorsió no sempre va en la direcció esperada. En avaluar els pacients empresonats podríem esperar que minimitzessin el seu consum de drogues perquè no se sabés que hi ha droga disponible a la presó, la qual cosa podria portar-los complicacions, però també mostrar una problemàtica important podria afavorir que fos traslladat a unitats especials amb millors condicions de vida i fins i tot a institucions fora de la presó. De la mateixa manera també podríem pensar que pot produir-se distorsió o negació en consumidors malalts mentals, que no sol no busquin tractament sinó que pretenguin evitar-ho. Encara que l'ASI disposa de controls per valorar la consistència que poden resultar d'ajut en aquestes circumstàncies.

Però el cert és que falten estudis sobre la validesa de l'instrument en aquestes poblacions. Això no significa que l'ASI no sigui d'utilitat per a aquests grups, sol que els seus paràmetres psicomètrics no estan ben establerts. No hi ha actualment cap altre instrument que pugui garantir respostes vàlides i precises en aquestes condicions i l'ASI es presenta com la millor alternativa. Els controls de consistència que disposa l'instrument poden ser d'utilitat en aquestes circumstàncies, però de tota manera hem de ser conscients de les limitacions que existeixen amb aquestes poblacions. Són necessaris estudis sistemàtics de

fiabilitat i validesa amb consumidors de drogues dins del sistema penal i de salut mental.

En l'estudi més citat sobre la utilització de l'ASI en presons (Amoureux & cols., 1994) els autors es van proposar donar resposta a les següents preguntes:

- És fiable l'ASI per a aquesta població?
- Són les àrees problema independents?
- Proporciona l'ASI puntuacions de gravetat vàlides?
- És valgut el diagnòstic psiquiàtric quan es compara amb la Diagnostic Interview Schedule (DIS)?
- Com funciona actualment l'ASI en el context d'una presó?

En els seus resultats van trobar que:

- Amb l'excepció de l'àrea legal la fiabilitat de les escales era raonablement bona (coeficient alfa per sobre de .60)
- Una correlació entre les escales de baixa a moderada entre les puntuacions de gravetat i entre les puntuacions compostes indicant que les àrees són relativament independents.
- Les puntuacions de gravetat van mostrar en general una correlació elevada amb les corresponents puntuacions compostes, per la qual cosa les puntuacions de gravetat es consideren vàlides.
- En general l'escala psiquiàtrica sol va mostrar una validesa concurrent moderada amb la Diagnostic Interview Schedule (DIS).

Els autors van considerar que l'ASI és un instrument útil per a l'avaluació i la derivació dels pacients al programa de tractament més adequat, que els trastorns psiquiàtrics poden ser detectats més fàcil i ràpidament amb l'ASI que amb el DIS i que l'ASI pot facilitar el seguiment dels problemes i necessitats de les persones privades de llibertat i que pot contribuir a la millora, l'adequació i l'oferta del tractament a les presons.

Podem veure un bon exemple de les possibilitats d'utilització del EuropASI amb població del sistema penal en un recent estudi realitzat a la Universitat de Gant

(Bèlgica) (De Wilde & cols., 2006) amb l'objectiu de desenvolupar un mètode d'avaluació per a la detecció dels trastorns psiquiàtrics i de l'abús de substàncies en els detinguts i els delinqüents amb malaltia mental. Per a la selecció dels instruments els investigadors es van tenir en compte els següents criteris: a) els instruments haurien de mostrar en un termini breu els possibles problemes d'una persona i preferiblement permetre veure les seves necessitats de tractament, 2) l'aplicació dels instruments no hauria de portar més d'una hora, 3) el mètode proposat hauria d'estar format per diferents instruments per tenir una descripció de la persona el més completa possible: dades demogràfiques, consum de substàncies, psicopatologia, trastorns comòrbids, motivació per al tractament i història del tractament. Els instruments que van formar part d'aquesta bateria d'avaluació van ser: l'European Addiction Severity Index (EuropASI), el Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS), el Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA), el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI i MINI-PLUS) y l'University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA-NL).

Una altra utilització de l'ASI ha estat per predir el resultat del tractament per abús de substàncies en lliberats condicionals. En l'estudi van participar 224 persones als que se'ls havia assignat sessions de teràpia i analítica d'orina una vegada per setmana i a les que se'ls va passar l'entrevista un mes després d'accedir a la llibertat condicional per veure la capacitat de l'ASI per predir els següents resultats del tractament: 1) participació en el tractament, 2) comissió d'infraccions greus, 3) consum de drogues, i 4) ocupació. Els resultats van mostrar la importància de dues àrees problema: ocupació i consum de drogues, en la predicció dels resultats. Aquells que no mostraven problemes en aquestes àrees inicialment eren els que tenien més possibilitats d'obtenir resultats favorables després d'un any (Hanlon & cols., 2000).

L'escala psiquiàtrica de l'ASI també s'ha utilitzat per estudiar el risc de reincidència, trobant-se que: 1) els subjectes que havien rebut tractament psiquiàtric reincidien en un 30% davant el 19,4% dels quals no ( $p > .05$ ), 2) els que deien haver rebut un diagnòstic psiquiàtric reincidien un 36,5% davant un

19,8% dels que no havien estat diagnosticats ( $p > .01$ ), i 3) els que havien pres medicació psiquiàtrica reïncidien un 37% davant el 19% dels quals no l'havien pres ( $p < .001$ ) (Cadoret & cols., 2001)

## **2. Objectius**

Aquesta investigació té com objectius assolir els següents objectius:

- 1) Validació i adaptació de l'índex de la Severitat de l'Addicció Europeu (EuropASI) en una mostra d'interns drogoaddictes
- 2) Traduir al català i a l'espanyol i fer l'adaptació al nostre medi de l'apartat ASI Penal no disponible en el nostre país.
- 3) Facilitar als professionals del medi penitenciari i de la organització d'un instrument vàlid i fiable que ha demostrat, a nivell internacional, ser un instrument d'avaluació de programes així com útil a la pràctica diària en relació al tractament dels interns

### **3. Mètode**

Per tal de poder validar l'instrument és proposa seguir la mateixa metodologia que han emprat altres autors en altres països pel mateix instrument (Daeppen i col., 1996; Gerevich i col., 2005):

- Adaptació de la versió castellana de l'ASI a l'àmbit penitenciari mitjançant una doble adaptació realitzada, de manera independent, per cada un dels investigadors
- Traducció de l'ASI Penal de manera independent i contrastar-lo i consensuar-lo amb posterioritat
- Contrastar i consensuar l'adaptació a administrar als interns
- Utilitzar una mostra per avaluar la fiabilitat entre entrevistadors
- Comprovar en la mostra obtinguda la consistència interna
- Avaluar la relació entre els ítems i la valoració global de cada escala i de la valoració global

#### **3.1. Material**

De cada persona que participi en l'estudi es recolliran les següents variables penitenciàries:

- Numero d'expedients disciplinaris, tant molt greus, greus i lleus abans.
- Numero de classificacions i dies en regim de vida en 1r grau
- Numero de classificacions i dies en regim de vida en 3r grau
- Numero de condemnes,
- Tipus de delicte principal
- Condemna més important

Les escales que s'han administraran seran:

- Índex Europeu de Gravetat de l'Addicció (EuropASI)
- Índex de gravetat de l'addicció - criminalitat (*Addiction Severity Index - Crime, ASI-C*)
- Escala de Circumstàncies, motivació i preparació per al tractament de l'abús de substàncies - Versió tractament a presó (CMR-presó) (CMRS)
- Test per a l'Avaluació de la Qualitat de Vida en Addictes a Substàncies Psicoactives(TECVASP)

A excepció de l'EuropASI que es pot trobar en Bobes i cols. (2007) i el qüestionari TECVASP que es pot trobar en castellà a Lozano i cols., (2007) castellà, la resta de les escales es poden consultar en els annexos d'aquest estudi. A continuació fem una descripció mes detallada de cada escala:

### **3.1.1. Índex Europeu de Gravetat de l'Addicció (EuropASI)**

El EuropASI és la versió europea de la 5a versió de l'ASI (*Addiction Severity Index*) (Kokkevi, A. i Hartgers, G., 1995). . Les diferents traduccions de l'ASI que circulaven per Europa impedia que les dades recollides amb aquests instruments poguessin comparar-se entre els diferents països. El desenvolupament del EuropASI, a partir de la versió 5 de l'ASI americà, suposo poder disposar d'un instrument uniforme que permetés la comparació dels pacients dependents d'alcohol i drogues de tot Europa. L'ASI (*Addiction Severity Index*/Índex de Gravetat de l'Addicció) és una entrevista semiestructurada i estandarditzada que proporciona informació sobre la vida del pacient que han pogut contribuir a la seva síndrome d'abús de substàncies. És sens dubte l'instrument més comprensiu i universalment utilitzat per a l'avaluació de la gravetat de l'addicció. Des del punt de vista clínic, proporciona informació d'utilitat per descriure les necessitats dels pacients a l'inici del tractament, assignar els pacients a les estratègies terapèutiques adequades i avaluar el resultat de les intervencions.

Basat en sis dominis funcionals, s'ha anat perfeccionant contínuament des de la seva creació per l'equip de McLellan fa més de 25 anys fins a arribar en l'actualitat a la sisena versió, amb adaptacions fora dels EE.UU. com és el cas del EuropASI.

L'ASI intenta captar millor la realitat clínica dels trastorns per ús-abús i/o addicció del que ho fan la Classificació Internacional de les Malalties (CIE) de l'OMS o el Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM) de l'Associació de Psiquiatria Americana. Es pot considerar l'intent més sòlidament formulat per a l'avaluació de la gravetat de l'addicció (Bobes i cols., 2007). L'ASI es va desenvolupar a partir del plantejament del qual l'addicció no podia ser compresa i els pacients addictes no podien adequadament ser caracteritzats mesurant únicament la naturalesa, quantitat i durada del seu consum de substàncies, donant lloc a un mètode de mesura multidimensional amb les següents sis àrees, independents entre si (McLelland & cols., 2006):

- Situació mèdica (16 ítems)
- Situació laboral/suports (26 ítems)
- Consum d'alcohol/altres drogues (28 ítems)
- Problemes legals (23 ítems)
- Relacions familiars/socials (26 ítems)
- Estat psiquiàtric (22 ítems)

El EuropASI té la mateixa estructura per a totes les àrees: ítems objectius, autoavaluació del pacient, avaluació de la gravetat per part de l'entrevistador i puntuació per part de l'entrevistador de la validesa de la informació obtinguda. Les respostes recullen dos tipus de mesures: 1) de gravetat durant la vida, 2) d'estat recent i de canvi.

El pacient avalua subjectivament les molèsties o preocupacions i el grau d'importància del tractament per a cada àrea en funció de les respostes donades. Ho fa mitjançant una escala tipus Likert de 5 punts (0=nada/ninguna, 1=lleu, 2=moderada, 3=considerable i 4=extrema).



L'entrevistador valora la gravetat en cada àrea, entesa com a necessitat addicional de tractament, basant-se en les respostes a una sèrie d'ítems objectius crítics per a cada àrea i escollint un rang de dos a tres punts en una escala de 0-9. Per a la puntuació final es té en compte l'autoavaluació realitzada pel pacient. Aquestes puntuacions són les denominades puntuacions de gravetat de l'entrevistador (*interviewer severity ratings, ISR*):

0-1: No existeix un problema real, el tractament no està indicat.

2-3: Problema lleu, el tractament probablement no sigui necessari.

4-5: Problema moderat, està indicat algun tipus de tractament.

6-7: Problema considerable, el tractament és necessari

8-9: Problema extrem, el tractament és absolutament necessari.

Finalment hi ha unes puntuacions de validesa en les quals l'entrevistador valora la veracitat de la informació proporcionada pel pacient en relació amb l'existència d'una imatge distorsionada o a la incapacitat per comprendre les qüestions. El resultat és un perfil de l'entrevistat que indica en quines àrees la problemàtica requereix aprofundir en la informació i dirigir cap a elles el tractament.

El EuropASI proporciona una entrevista de seguiment per avaluar el programa i la seva utilitat. Sol fer-se un mes després de la primera entrevista i és més curta ja que únicament s'apliquen aquells ítems que impliquen canvis.

### **3.1.2. Índex de gravetat de l'addicció - criminalitat (*Addiction Severity Index - Crime, ASI-C*)**

Aquesta escala complementa les sis àrees de l'ASI i pot considerar-se una extensió de l'àrea legal (Öberg & cols., 1998). És d'especial rellevància per a aquelles persones que es trobin sota la custòdia del sistema penal. En aquesta escala es descriuen i valoren la gravetat dels problemes de delinqüència i els relacionats amb un estil de vida delinqüent amb l'objectiu de valorar la necessitat de tractament que requereixen i els riscos de reincidència.

El seu contingut inclou factors de risc tant estàtics com dinàmics, tals com la història delictiva, la seva xarxa social, les actituds cap a la delinqüència i els motius. Està pensada perquè puguin utilitzar-la els professionals de diferents àrees que treballin amb persones amb antecedents delictius tant a presó, en llibertat vigilada o condicional, serveis socials o serveis de salut física o mental. són aquelles persones que es troben a presó, llibertat vigilada, llibertat condicional i en tractament per consum d'alcohol i/o drogues.

Com la resta de les escales de l'ASI pot utilitzar-se amb finalitats tant clíniques com d'investigació, per detectar aquelles persones amb major necessitats de tractament en aquesta àrea, ubicar el pacient en el tractament més adequat, planificar el tractament i l'excarceració, estructurar el tractament i la seva avaluació.

### **3.1.3. Escala de Circumstàncies, motivació i preparació per al tractament de l'abús de substàncies – versió presó.**

El CMR-versió presó és un instrument de 18 ítems autoadministrats destinat a mesurar la motivació i preparació per al tractament i predir la retenció en el tractament dels drogodependents (De Leon, G. i Melnick, G, 1999). Basat en les teoria de la recuperació de George De Leon, que posa l'èmfasi en l'efecte que tenen tant la motivació externa com la interna en la preparació per al tractament.

L'instrument esta format per quatre escales: Circumstàncies 1 (pressió per realitzar el tractament), Circumstàncies 2 (pressió per abandonar el tractament), Motivació (motivació interna per deixar de consumir drogues) i Preparació (acceptació del tractament com l'única alternativa viable pel canvi), a les quals afegeix per la seva aplicació a la presó els 11 ítems de l'escala de Raons penals i penitenciàries per al tractament no relacionades amb la recuperació (pressions externes per entrar i no abandonar el tractament que estan relacionades amb l'empresonament però no amb el procés de recuperació), que no conta per a la puntuació total de la CMR i que s'espera

que correlacioni negativament amb les possibilitats de continuar en tractament una vegada finalitzat el programa. La CMR pot utilitzar-se per valorar l'ingrés, planificar el tractament i per valorar el risc d'abandonament en diferents modalitats, especialment en la de comunitat terapèutica.

#### **3.1.4. Test per a l'Avaluació de la Qualitat de Vida en Addictes a Substàncies Psicoactives (TECVASP)**

El TECVASP (Lozano i cols., 2007) és un test creat per mesurar el constructe de qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS) específic per a població drogodependent i detectar els canvis en la CVRS en els consumidors de drogues quan són sotmesos a diferents situacions de tractament.

El principal valor d'aquest constructe rau que l'objecte d'avaluació és la percepció dels pacients sobre com el consum de drogues -i el seu tractament- està influint sobre les seves vides diàries. Aquest matís fa que sigui un adequat complement a un altre tipus d'indicadors clàssics com l'estat de salut física i psicològica, la criminalitat, el consum de substàncies, etc. La seva major utilitat es troba en els programes de reducció del dany, i més específicament per a els pacients considerats crònics. En aquests, els objectius que es plantegen són fixats en termes relatius i es busca aportar actuacions perquè el consum influeixi el menys possible sobre la situació personal i la qualitat de vida d'aquesta població. Per això, resulta lògic que la mesura de la CVRS s'articuli com una variable central en l'avaluació dels mateixos.

La mesura del constructe CVRS en drogodependents parteix d'una definició operacional que distingeix entre un domini físic i un altre de psicosocial tal i com es representa a la Taula 1.

**Taula 1. Definició operativa de la qualitat de vida relacionada amb la salut per a població drogodependent.**

CONSTRUCTE	DOMINIS	CATEGORIES	SUBCATEGORIES
Qualitat de vida relacionada amb la salut	Físic	Edat Funcional	Activitat funcional
		Síntomes	Dolor Trastorn del son Nàusees o vòmits Fatiga
		Dependència	Física
	Psicosocial	Síntomes	Depressió Ansietat Agressivitat
		Dependència	Psicològica
		Funcionament cognitiu	Memòria Al·lucinacions Concentració Orientació
		Percepció de la salut	Física Psicològica
		Funcionament social	Rol familiar Rol social Suport emocional
	Expectatives	Resultat teòric Autorreferencial Autoeficàcia	

El TECVASP està format per 22 ítems (18 positius i 4 negatius) amb un format de resposta graduada de cinc alternatives que es puntuen de 5 a 0, de manera que una major puntuació representa una valoració més positiva del contingut, i en el test una major puntuació representa una millor CVRS.

L'estimació de fiabilitat, calculada amb el coeficient alfa de Cronbach, va ser adequada, amb un valor de 0,861. En els tres estudis de validació es mostren evidències a favor de l'ús de les puntuacions del test per a l'objectiu previst, ja que es detecten diferències en la qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS) en pacients: 1) inclosos en programa de desintoxicació amb la d'altres

que estan en deshabitació, 2) consumidors de «rebujo» (barreja d'heroïna i cocaïna base) que està en programa de tractament amb metadona amb la d'altres que no estan en tractament amb metadona, i 3) a l'ingrés en comunitat terapèutica i en finalitzar el tractament. *Conclusions.* Les propietats mètriques obtingudes assenyalen la pertinència del TECVASP per mesurar la CVRS de persones drogodependents, recomanant el seu ús quan es vulgui estimar la CVRS de pacients que es troben en diferents fases del tractament de la dependència (Lozano Rojas y cols., 2007).

### 3.2. Participants

S'han administrat les diferents probes d'aquest estudi a 49 interns (28 del DAE del CPQC i 21 del DAE del CP de Brians 2). En el disseny de la investigació s'havia previst un major nombre d'interns però diferents problemes han impedit poder disposar d'una major mostra.

### 3.3. Anàlisi de dades

Les dades es van recollir i es van analitzar amb el paquet estadístic SPSS 16.0

### 3.4. Pla de Treball temporalitzat

Tasca	Durada										
	01/08	02/08	03/08	04/08	05/08	06/08	07/08	08/08	09/08	10/08	11/08
Disseny de la entrevista	■										
Definició i codificació de variables	■	■									
Realització d'entrevistes		■	■	■	■	■	■	■	■		
Registre d'informació dels expedients		■	■	■	■	■	■	■	■		
Registre de dades del SIPC		■	■	■	■	■	■	■	■		
Introducció de dades		■	■	■	■	■	■	■	■		
Anàlisi estadístic										■	
Conclusions i redacció de l'informe											■

## 4. Resultats

En primer lloc hem desenvolupat un primer anàlisi de les variables penitenciàries relacionades amb les dues mostres emprades. A la taula 2 podrem veure les mitjanes del conjunt de totes les variables penitenciàries en relació a les dues mostres i en el seu conjunt. Els interns que han participat en aquest estudi ingressen a presó per primera vegada quan tenen 22 anys, però existeixen diferències significatives pel que fa a la seva carrera delictiva i penitenciària entre els interns del DAE del CPQC i del DAE de Brians 2. Els interns del DAE del CPQC tenen un major nombre d'expedients disciplinaris molt greus i greus que els interns del DAE de Brians 2 (5,11 front a 0,15 en el cas dels expedients disciplinaris molt greus i 7,57 front a 0,4 en el cas d'expedients disciplinaris greus).

Aquesta diferència també s'observa pel que fa a estada en un règim de vida tancat, com es el cas de classificacions en 1r grau. Els interns del DAE de l CPQC tenen una mitjana de 0,79 classificacions en 1r grau front al 0,30 del DAE de Brians 2. Aquest diferència també es tradueix en el nombre de dies en aquest grau penitenciari, 115,46 de mitjana de dies del DAE del CPQC davant dels 25,70 dels interns del DAE de BR2.

Pel que fa a estades en regim de vida obert també s'observen diferències significatives entre ambdós mostres. Els interns del DAE de BR2 tenen un major nombre de classificacions en 3r grau (1,20) que els interns del DAE del CPQC (0,46), així com de nombre de dies en aquest regim (201,95 dies de mitjana davant dels 118,75 dies) dels interns del DAE de CPQC.

Pel que fa a la condemna actual, els interns del DAE del CPQC tenen una condemna més llarga que els interns del DAE de BR2 (9,28 anys de condemna front 4,62).

El grau de significació d'aquestes diferències s'ha calculat mitjançant un Anàlisi de Variància (ANOVA) i els resultats més importants els podem trobar a la Taula 3.

**Taula 2. Descriptius de les variables penitenciaries**

		Mitjanes	Desviació Estandard
Edat 1r ingres	CPQC	22,14	6,133
	BR2	22,90	7,532
	<b>Total</b>	<b>22,46</b>	<b>6,684</b>
ED Molt greus	CPQC	5,11	7,814
	BR2	0,15	0,366
	<b>Total</b>	<b>3,04</b>	<b>6,421</b>
ED Greus	CPQC	7,57	9,159
	BR2	0,40	0,821
	<b>Total</b>	<b>4,58</b>	<b>7,825</b>
ED lleus	CPQC	0,54	0,881
	BR2	0,05	0,224
	<b>Total</b>	<b>0,33</b>	<b>0,724</b>
Nº 1r graus	CPQC	0,79	1,641
	BR2	0,30	0,470
	<b>Total</b>	<b>0,58</b>	<b>1,302</b>
Dies 1g	CPQC	115,46	266,244
	BR2	25,70	41,203
	<b>Total</b>	<b>78,06</b>	<b>208,346</b>
Nº 3r grau	CPQC	0,46	0,793
	BR2	1,20	0,951
	<b>Total</b>	<b>0,77</b>	<b>0,928</b>
Dies 3g	CPQC	118,75	229,875
	BR2	201,95	249,590
	<b>Total</b>	<b>153,42</b>	<b>239,286</b>
Nº condemnes	CPQC	38,21	139,302
	BR2	3,10	2,532
	<b>Total</b>	<b>23,58</b>	<b>107,034</b>
Cond Actual	CPQC	9,2821	4,99007
	BR2	4,6250	1,93632
	<b>Total</b>	<b>7,3417</b>	<b>4,60480</b>

**Taula 3. Variables penitenciàries amb diferències estadísticament significatives**

	F	Sig
Nombre d'expedients molt greus	7,987	0,007
Nombre d'expedients greus	12,118	0,001
Nombre d'expedients lleus	2,752	0,020
Nombre de classificacions en 3r grau	8,503	0,005
Temps de condemna actual	1,263	2,67

Aquestes diferències assenyalen que els interns ingressats al DAE del CPQC tenen una carrera penitenciària més important en relació als interns ingressats al DAE del CP BR2.

No existeixen diferències significatives pel que fa a tipologia delictiva ates que en les dues mostres el 85 % dels interns d'ambdues mostres es troben complint condemna pel delictes de Robatori o Robatori amb Intimidació.

Per altra banda les dades més importants pel que fa referència a les escales utilitzades (CMRS, TECVASP i EUROPASI) són:

**Taula 4. Descriptius de les escales administrades**

Escales	Mitjanes	Desviació Estàndard
EuropASI . Salut	4,40	2,51
EuropASI - Drogues	7,47	1,50
EuropASI - Alcohol	5,20	2,31
EuropASI - Laboral	5,48	1,81
EuropASI - Legal	5,73	1,72
EuropASI - Social	5,33	1,93
EuropASI - Psiquiàtric	4,87	1,79
Asi - Cimnal	5,73	1,92
Preparació Tractament (CMRS)	10,55	1,93
CIR2	12,79	1,92
MOTIVAC	21,60	2,64
PREPA	31,18	3,15
TOTAL	76,13	6,94
NRECPRES	43,72	4,45
TECVASP	93,81	8,33



Quan estudiem les diferències entre les mostres i les escales que s'han administrat ens trobem que els interns del DAE del CPQC mostren puntuacions més baixes en la escala de l'EuropASI de Salut (una mitjana de 3,57 front el 5,53 del DAE de Brians 2), més problemes relacionats amb l'alcohol (6,04 de mitjana mentre que el interns del DAE de Brians 2 tenen una mitjana de 4,06) i més problemes socials (una mitjana de 5,91 mentre que els interns del DAE de Brians 2 obtenen una puntuació de 4,53). És significatiu que no s'observen diferències significatives en la resta d'escales que abarquen des de qualitat de vida fins aspectes relacionats amb el tractament i la seva motivació.

**Taula 5. Diferències estadísticament significatives entre les escales**

	<b>F</b>	<b>Sig</b>
EuropASI Salut	6,894	0,012
EuropASI Alcohol	8,612	0,006
EuropASI Social	5,641	0,023

Després d'estudiar les diferències entre les mostres hem estudiat les correlacions entre les escales administrades per tal de poder valorar les diferents relacions i poder confirmar la validesa de l'instrument objecte d'estudi. En aquest sentit les correlacions que es presenten entre aquestes escales i les escales de gravetat de l'EuropASI són aquestes:

**Taula 6. Correlacions entre les escales administrades**

EuropASI . Salut	1,000													
EuropASI - Drogues	-,004	1,000												
EuropASI - Alcohol	-,138	<b>,393*</b>	1,000											
EuropASI - Laboral	,121	,226	,087	1,000										
EuropASI - Legal	,245	,161	-,127	<b>,330*</b>	1,000									
EuropASI - Social	,264	,078	<b>,359*</b>	,072	,282	1,000								
EuropASI - Psiquiàtric	,277	<b>,386*</b>	,151	,246	,190	,313	1,000							
Asi - Cimnal	,146	,055	-,080	,289	<b>,394*</b>	,233	,088	1,000						
Preparació Tractament (CMRS)	-,132	,017	,029	-,153	,059	,029	-,206	,167	1,000					
Prep Deixar Tractament (CMRS)	<b>-,349*</b>	-,079	,312	-,118	-,003	,039	-,289	-,089	,282	1,000				
Motivació	,105	-,222	,027	-,064	-,013	,171	-,215	-,054	,296	,255	1,000			
Preparació	-,207	-,125	,232	-,189	,083	<b>,369*</b>	-,061	,010	<b>,401**</b>	<b>,321*</b>	<b>,436**</b>	1,000		
NRECPRES	,074	-,211	-,010	-,213	-,149	,135	-,027	-,253	<b>,398**</b>	,191	<b>,566**</b>	,470	1,000	
TECVASP	-,160	-,039	-,226	-,082	,016	<b>-,350*</b>	,101	,000	-,264	,191	-,256	,022	-,082	1,000

\* **Correlació significativa ( $p > 0.05$ ).**

\*\* **Correlació significativa ( $p > 0.01$ ).**

Aquestes correlacions ens permeten observar algunes dades que creiem interessant de comentar. En primer lloc les subescales de la CMR presenta, en general, unes correlacions positives i significatives entre totes elles, reforçant la idea que aquestes subescales estan intentant mesurar conceptes molt propers entre elles.

En segon lloc, la correlació negativa entre la escala de Qualitat de Vida (TECVASP) i la escala del EuropASI- Social cal interpretar en el sentit que quan més problemes es tenen en el enton social més percepció de tenir una baixa qualitat de vida.

En aquest sentit el fet que la subescala de Preparació per el tractament (CMR) correlacioni positivament amb la escala del EuropASI-Social ens indica com la consciencia de les dificultats en l'entorn social més consciencia es te de la necessitat de fer algun tipus de tractament.

Pel que fa a les escales de l'EuropASI cal destacar les correlacions positives entre les escales d'Estat Psiquiàtric, Consum d'Alcohol i Consum de drogues. Aquestes correlacions es justifiquen per l'alta comorbilitat que existeix entre els trastorns mentals i el consum de drogues i alcohol que en els darrers anys ha general el concepte de Trastorns Duals.

No ha de sorprendre, tampoc, la relació entre les escales de l'EuropASI Legal i Laboral ates les dificultats que manifesten els interns dels centres penitenciaris en relació a aquests temes. Un intern amb molta problematica legal tindrà moltes dificultats per mantenir una feina estable.

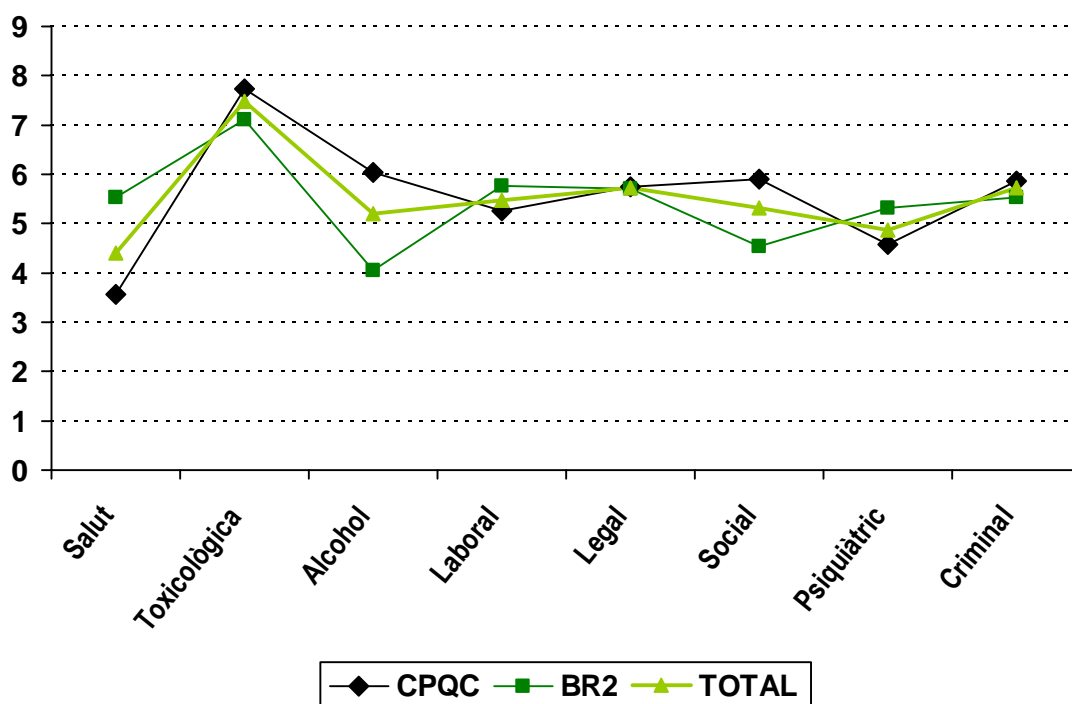
La correlació entre les escales de l'EuropASI Alcohol i Social denota la gran relació entre les dues arees. A la literatura podem trobar nombrosos treballs que relacionen abastament aquesta relació.

Per acabar, destacar la relació entre l'Asi Criminal i l'EuropASI Legal fet que confirma la relació que esperàvem entre ambdues escales pel seu contingut.

Hem estudiat també les correlacions entre l'EuropASI i les variables criminològiques sense obtenir cap correlació significativa entre aquestes variables.

Un dels avantatges de l'EuropASI, que ja hem mencionat a la introducció, es la possibilitat de crear un perfil a partir de les valoracions que el entrevistador pugui fer de cada area. Això permet, d'una manera molt visual, veure i detectar quines són les àrees que, en un subjecte en concret, s'han de prioritzar de cara a la intervenció o quines àrees son les que presenten una problemàtica mes important.

**Gràfic 1. Perfil mitjà de l'EuropASI**



En aquest perfil podem observar com el perfil es molt similar entre les dues mostres i amb la mitjana de les mostres. Les majors diferències entre les mostres les trobem en les àrees Socials, Salut i Alcohol. Cal remarcar, però,

que totes les puntuacions de totes les escales de l'EuropASI cauen en el rang de necessitat de tractament o d'intervenció.

### Consistència Interna

Hem calculat la fiabilitat de la puntuació total de la escala de l'EuropASI incloent totes les àrees (fins i tot l'ASI Criminal) calculant l'índex alfa de cronbach per tal de poder valorar la consistència interna de la possible escala. Els valors obtinguts s'observen a la Taula 7.

**Taula 7. Dades de la consistència interna de les àrees de l'EuropASI**

	Mitjana de la Escala la subescala	Variació de la Escala sense la subescala	Correlació entre la subescala i el Total	Alpha sense la subescala
<b>EuropASI SALUT</b>	39,77	52,97	0,22	0,62
<b>EuropASI DROGA</b>	36,64	57,34	0,35	0,58
<b>EuropASI ALCOHOL</b>	39,02	57,50	0,14	0,64
<b>EuropASI LABORATORI</b>	38,64	54,60	0,36	0,57
<b>EuropASI LEGAL</b>	38,46	54,73	0,38	0,57
<b>EuropASI SOCIAL</b>	38,84	51,08	0,46	0,54
<b>EuropASI PSIQUIATRIC</b>	39,28	52,94	0,44	0,55
<b>ASI CRIMINAL</b>	38,41	55,56	0,28	0,59

Alpha = 0,6173

Cal assenyalar que els valors de l'alfa de cronbach son moderats però cal remarcar que el nombre d'interns es relativament reduït i que amb una mostra més elevada podríem disposar de valors mes elevats. Per altra banda, observem que podríem millorar la consistència interna de l'EuropASI al eliminar la escala de Salut i la d'Alcohol. Aquestes dues escales son també les que han mostrat unes correlacions mes elevades amb altres subescales i les dades obtingudes confirmen que son les que menys aporten a la consistència interna de la escala. Per altra banda la inclusió de la escala de l'Asi Criminal sembla que fa una aportació positiva al global de la escala no contemplada en altres

escales. Cal afegir que les escales que aporten més a la globalitat de la escala són la part Social, Salut Mental i Toxicològic. Aquest fet subratlla la importància i la relació que existeix entre aquestes àrees i per tant la necessitat d'intervenció en aquestes tres aspectes.

## 5. Conclusions

Ens trobem amb uns instruments molt estudiats i emprats en la practica clínica habitual en l'àmbit de les drogodependències però que no havien estat posats a prova en el nostre àmbit penitenciari. Aquest treball es una primera aproximació que caldrà continuar estudiant en propers treballs però creiem que pot assenyalar alguns aspectes a considerar en els estudis posteriors

En primer lloc s'han observat diferències significatives entre les mostres estudiades. Hem d'assenyalar que el DAE del CPBR2 ha començat a funcionar al març de 2008 i això ha condicionat el perfil dels interns que hi han pogut accedir. Aquests interns presenten amb conducta mes normalitzada dins del CP i, a mes, han estat classificats en tercer grau en un nombre major de vegades que els interns del DAE del CPQC. Aquestes diferències també s'han detectat en les escales administrades, obtenint els interns del DAE del CPQC puntuacions mes elevades en les escales de Salut, Alcohol i Relacions Socials de l'EuropASI i pitjor puntuació en el TECVASP. Aquestes diferències, però, no han afectat ni a la validesa ni a la fiabilitat dels resultats.

En aquest sentit, les dades disponibles ens fan pensar que les escales han estat sensibles a les diferències que els subjectes presenten i donen suport a la idea que l'EuropASI es una escala robusta, fiable i vàlida. Un altra aspecte a destacar es la manca de relacions entre l'EuropASI i les variables criminològiques.

Pel que fa a l'EuropASI cal destacar la dificultat d'utilitzar aquesta escala en un sentit retrospectiu, per la qual cosa es recomana la utilització d'aquesta entrevista en el moment de l'ingres. Això ve justificat per que hi han un elevat nombre de preguntes que fan referència als 30 dies abans de la entrevista. Si aquesta es fa en el moment de l'ingres facilita molt l'avaluació i la exactitud de la resposta del subjecte. La utilització de la escala quan l'intern porta temps a un centre penitenciari obliga a fer-les de manera retrospectiva i això afecta fiabilitat i validesa de la informació recollida. Diferents treballs han donat

solucions per aquest tema, però cal que l'entrevistador sigui coneixedor d'aquest punt i adopti la solució adient. Per altra banda, si adoptem aquesta escala en el moment de l'ingrés, en posteriors moments podem administrar la entrevista de seguiment de l'ASI que recull solsament aquelles variables que es poden haver modificat en el temps, facilitant la tasca de valoració dels casos i de seguiment.

Pel que fa a l'àrea laboral, les característiques dels interns fan que no destaquin per la seva vida laboral. Això suposa una dificultat important ja que, a més de poca informació, els interns de la nostra mostra han tingut dificultats per donar informació exacta en relació a la seva vida laboral.

En la nostra investigació queda de manifest que l'ASI és un instrument útil i vàlid en el context penitenciari. Com es recomana en la literatura especialitzada, pot aplicar-se l'escala d'alcohol i drogues com un cribratge que ens discrimini amb rapidesa aquells interns amb una problemàtica d'addicció més greu i que per això necessitin d'una avaluació en major profunditat que orienti cap al tractament més indicat. En aquest moment, i per a aquells que es valori una necessitat de tractament (puntuació de 4 o més), seria quan millor partit es podria obtenir a l'entrevista, ja que amb tan sol 45 minuts tindríem el perfil que ens descriuria la valoració de la gravetat del problema en les set àrees relacionades de l'ASI més l'ASI-C

Continuant amb la nostra proposta, el següent pas seria l'aplicació de l'escala CMR-versió presó, per discriminar quins interns es troben en aquell moment amb un nivell de motivació que els permeti aprofitar el tractament, rendibilitzant millor aquells recursos més intensius, més costosos i per això també més escassos.

És important establir també mitjançant les entrevistes de seguiment de l'ASI l'evolució dels interns en el tractament, ja que com qualsevol escala que sigui capaç de detectar els canvis, ens estaria indicant cap on es mou l'intern, en quines àrees millora i en quins no i poder abordar a temps les derives que es



vagin produint dels resultats desitjats. Convé establir entrevistes de seguiment periòdic i no sol del resultat al finalitzar el programa. Els ítems susceptibles de valorar el canvi són aquells que fan referència als últims 30 dies, pel que una possibilitat seria fer un seguiment cada mes o, depenent de la disponibilitat i de la durada del tractament podria fer-se cada dos o tres mesos, segons el programa d'avaluació establert. Com problema de salut, en aquest seguiment periòdic convindria també incloure l'escala TECVASP per tenir un avaluació més detallada de l'efecte del tractament sobre la qualitat de vida relacionada amb la salut dels pacients.

Resultat de tot això obtindríem:

1. Una primera diferenciació entre aquells interns que necessiten tractament de manera prioritària i més intensiva (puntuació de 4 - problema moderat, està indicat algun tipus de tractament- o més) d'aquells altres que no (puntuacions de 3 -problema lleu, el tractament probablement no sigui necessari).
2. Un perfil en les set àrees que orientaria feia el tipus de tractament més adequat i amb informació d'utilitat perquè els professionals especialitzats puguin fer la intervenció adequada en cada cas. Per exemple, un intern de 30 anys amb les següent puntuacions: situació mèdica, 6; drogues 7; alcohol, 5; ocupació, 6; relacions familiars i socials, 3; problemes legals, 4; problemes de delinqüència, 5 salut mental, 3 podria ésser derivat a una comunitat terapèutica penitenciària, on s'abordarien de manera intensiva i en ambient controlat el consum de drogues i alcohol, amb especial atenció als cuidats metges i facilitant el tractament i la seva continuïtat en l'exterior la valoració obtinguda de les seves relacions familiars i socials i sens dubte amb la intervenció adequats sobre la conducta delictiva.
3. Una valoració de la motivació i predisposició per al tractament que ajudaria a prioritzar aquells que realment estiguin en el moment adequat per aprofitar-ho.

4. Una primera valoració de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels interns, amb el seu seguiment mitjançant mesures repetides que ens informaria sobre l'impacte del tractament sobre la mateixa.
5. Un seguiment de l'evolució en el tractament en les àrees de l'ASI que serviria per valorar els seus efectes, realitzar un pronòstic dels seus resultats i planificar l'atenció posttractament.

Així doncs, podem concloure que l'EuropASI (amb la incorporació de l'ASI Criminal) es mostra com un instrument vàlid i fiable, que pot facilitar la valoració dels casos i permet fer-ne un seguiment. Creiem també que pot facilitar la sistematització de la informació i la transmissió d'aquesta entre els diferents equips que poden intervenir en un cas. Tot això ha de facilitar l'assignació a un o a un altre tipus de tractament i, per tant, determinar l'avaluació i temporalitat del seguiment dels casos.

## 6. Propostes

Els resultats i la experiència d'aquest treball ens porta a fer les següents propostes :

En l'aplicació del EuropASI a la població penada els ítems que han generat més dubtes a l'hora d'interpretar-los han estat aquells que pregunten sobre els problemes l'últim mes o l'últim any, ja que la presó, com a entorn tancat i controlat, podria donar una imatge distorsionada del problema real, com per exemple en el consum d'alcohol i de drogues, els relatius al treball i als ingressos econòmics i també en les relacions familiars i socials. En les instruccions d'aplicació la norma per a les situacions d'empresonament o hospitalització és reduir el període de temps avaluat en aquests ítems als 30 dies previs a l'entrevista per considerar que representa veritablement al pacient en el moment actual i en alguns ítems, com el del número de dies problema el darrer mes es han optat per considerar-los no aplicables (Bobes y cols., 2007). Però altres van adaptar les preguntes referides als darrers 30 dies als 30 dies abans de la detenció (Amouroso & cols., 1994). Certament és una qüestió sense una fàcil solució, ja que 30 dies abans d'entrar a la presó pot ser fa molt de temps quan el que es vol valorar és el problema en el moment actual. Tindria tot el sentit si fos un ingrés recent; sinó, tal vegada el més adient seria duplicar aquest ítems de manera que es preguntés tant pels 30 dies abans d'entrar a la presó com per als 30 dies abans de l'entrevista. En el ítems relatius a la feina, degut a les possibilitats de treballar a la presó avui en dia, les preguntes sobre els últims 30 dies si que poden ser adients.

En relació als diferents índexs desenvolupats per mesurar la gravetat de l'addicció en l'ASI, tot i que a nivell clínic valorem favorablement la utilització de les puntuacions de gravetat de l'entrevistador (ISR) pel perfil diferenciat i resumit que proporciona de les àrees problema, caldria i adaptar i validar aquells índexs que s'han anat desenvolupant posteriorment amb mètodes matemàtics. Per exemple, el EuropASI no té adaptades les puntuacions compostes (composite scores, CS) originals, ni els índexs desenvolupats

posteriorment amb mètodes psicomètrics més rigorosos, com els índexs clínics (CIs) (McDermott & cols., 1996), o els índexs d'avaluació (EIs) (Alterman & cols., 2001) que, com ja s'ha comentat en la descripció del ASI, han mostrat resultats interessants en quant a fiabilitat i predicció de resultats.

Com en totes les entrevistes cal explicar molt bé el sentit de la entrevista i buscar la col·laboració de l'intern. L'EuropASI requereix un cert entrenament per tal de poder administrar-lo de manera correcta, amb la qual cosa milloren molt les seves qualitats psicomètriques, tot i que l'ASI s'ha mostrat com una prova molt robusta que ha donat índexs de fiabilitat elevats amb entrevistadors poc ensinistrats i en condicions no ideals, com en entrevistes on-line (Leonhard & cols., 2000).

Seria interessant comprovar si es poden repetir en el nostre entorn els resultats que mostren la importància de les àrees laboral i de consum de drogues en la predicció de resultats després del tractament (Hanlon i cols., 2000), així com també la utilització de l'escala de salut mental de l'ASI com a predictora de la reincidència (Cadoret i cols., 2001).

També estaria bé comparar els resultats de l'escala d'alcohol i drogues de l'ASI amb altres proves que també sembla obtenir bons resultats en el cribratge dels interns amb problemes d'alcohol, com per exemple la TCUDS II (Peters i cols., 2000). De fet, el Texas Institute of Behavioral Research ([www.ibr.tcu.edu](http://www.ibr.tcu.edu)) és un centre nacional d'estudi sobre el tractament del consum de drogues en la comunitat i en presons que té publicats uns bons nombres d'instruments d'avaluació de diferents aspectes relacionats amb aquestes dos àrees, sent el TCUD II un d'ells.

Per altra banda, en relació a les possibilitats que ofereix l'ASI en la planificació del tractament de la persona addicta a presó, s'hauria de confrontar aquesta potencialitat amb les escales dissenyades específicament amb aquesta finalitat encara que de manera més general, com les diferents escales derivades del Level of Service Inventory i més concretament el Level of Service/Case

Management Inventory (LCSMI) (Andrew i cols., 2004) configurada com un sistema d'avaluació del risc i de les necessitats, planificació del tractament, ubicació i maneig del cas. Caldria també buscar un sistema per que els resultats arribessin als diferents membres de l'equip encarregat del cas per tal de no perdre la informació. Una de les qüestions que cal investigar en propers projectes seria el de poder establir la utilitat de la versió de seguiment per tal de poder valorar la seva utilitat en altres moments de la vida penitenciària de l'intern.

L'escala de criminalitat de l'ASI, l'ASI-C, necessitaria d'una major investigació per comprovar si la seva sensibilitat per detectar el canvi d'estil de vida delinqüencial cap a un de més prosocial podria arribar a ser un bon indicador per predir el risc de reincidència. També referit a aquesta escala existeix una pregunta (la 2) que caldria modificar i adaptar per tal que els interns poguessin entendre i contestar ja que amb el redactat actual els hi ha estat difícil de poder respondre.

En relació amb l'àrea de preparació per al tractament, a la qual no sembla que se li hagi deixat una gran atenció al nostre país, seria interessant relacionar les escales CMR ([www.ndri.org/ctrs/ctrc/html](http://www.ndri.org/ctrs/ctrc/html)) amb alguns altres instruments desenvolupats amb la mateixa finalitat per veure si es confirma la seva superioritat en el medi penitenciari en relació amb escales derivades de models de mesurament de la motivació, com el transteorètic (Prochaska & DiClemente, 1984), dels quals s'ha afirmat que han tingut un reconeixement limitat en la seva aplicació a poblacions delinqüents (Casey i cols., 2007), ja que les escales derivades d'aquest model com les SOCRATES 8 A (alcohol) i 8 D (drogues) (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) i l'URICA (University of Rhode Island Change Assessment) que valora la predisposició al canvi de manera més general, són de les més utilitzades en l'avaluació de la conducta addictiva (pot veure's una versió el castellà d'aquestes escales en la traducció del TIP 35 del CSAT: Millorant la Motivació per al Canvi en el Tractament d'Abús de Substàncies) ([www.attcnetwork.org/regcenters/productdetails.asp?prodID=369&rcID=16](http://www.attcnetwork.org/regcenters/productdetails.asp?prodID=369&rcID=16)). S'ha de considerar també

el treball de Lerner (1990) en el que adapta les escales derivades del model de Prochaska i Diclemente a població delinqüencial adolescent, escales que no han estat traduïdes ni estudiades al nostre medi però que apuntaven algunes modificacions del model a la conducta delinqüencial.

L'escala TECVASP és una escala recent, elaborada a Espanya, per donar resposta a la necessitat de comptar amb una escala de valoració de la qualitat de vida relacionada amb la salut en persones drogodependents, que compta amb bones propietats psicomètriques i que ha d'anar guanyant acceptació a mesura que la seva aplicació continuï recolzant la seva utilitat. Hi ha altres escales més veteranes i que compten amb una major difusió tant a nivell nacional com a internacional, com la SF-36 o el Nottingham Health Profile (NHP), i seria interessant comparar l'aportació diferencial que la TECVASP suposa davant aquestes dues escales més generalistes.

Convé assenyalar que en el desenvolupament de l'avaluació de la gravetat de la conducta addictiva i la seva orientació cap al tractament se han anat incorporant les tecnologies de la informació per facilitar l'aplicació, correcció i l'orientació i planificació del tractament. En aquesta línia, el Training Research Institute ([www.tresearch.org](http://www.tresearch.org)) en col·laboració amb altres organismes oficials ha desenvolupat el projecte DENS (Drug Evaluation Network System) (Carise i cols., 1999) d'avaluació electrònica que té com basi l'ASI, donant lloc a una base de dades sobre el tractament de l'addicció que posteriorment i associant-lo amb la xarxa de recursos per al tractament disponibles ha donat lloc al programa CASPAR (Computer Assistance System of Patient Assessment and Referral) (Gurel i cols., 2005) mitjançant el qual les necessitats de tractament detectades en les diferents àrees de l'ASI donen lloc a la recomanació dels serveis en els quals poden ser abordades de manera més immediata. En el Servei Correccional de Canada porten temps utilitzant un sistema informatitzat d'avaluació i derivació al tractament, el CASA (Computerised Assessment of Substance Abuse), que en el 2002 va substituir a l'antic CLAI (Computerized Lifestyle Assessment Instrument) ([www.csc-scc.ga.ca](http://www.csc-scc.ga.ca)) posant en relació les necessitats de tractament de consum de drogues i de delinqüència dins del

programa National Substance Abuse Programs (NSAP) que té l'objectiu d'ajudar als delinqüents a manejar millor aquelles situacions que els porten a una recaiguda en el delictes o en el consum de substàncies. Certament la utilització de les tecnologies de la informació en l'avaluació i planificació dels problemes de consum de drogues i delinqüència seria un pas que seria d'una gran utilitat poder desenvolupar en el nostre entorn.

## 7. Referències bibliogràfiques

Alonso J.; Anto, J.M.y Moreno, C. (1990): Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health* 1990; 80: 704-8.

Alterman, A. I., Bovasso, G. B., Cacciola, J. S. & McDermott, PÀG. A. (2001) A comparison of the predictive validity of four sets of baseline ASI summary indices. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 159-162.

American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amouroso, MPSR; van den Hurk, AA; Breteler, MHM & Schippers, GM (1994) The Addiction Severity Index in Penitentiaries. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38, 309-318.

Andrew, A.; Bonta, J.L. & Wormith, J.S. (2004): Level of Service/Case Management Inventory. [www.mhs.com/ecom/\(1dqbmp3stryhmcfdvettf255\)/TechBrochures/LSCMI\\_Tech\\_Brochure.pdf](http://www.mhs.com/ecom/(1dqbmp3stryhmcfdvettf255)/TechBrochures/LSCMI_Tech_Brochure.pdf) (accedit 7.06.2008)

Bobes, J.; Bascaran, M.T; Bobes. M.T.; Carballo, J.L.; Diaz, E.M.; Flórez, G.; García-Portilla, P.; Sáiz, P.A. (2007). Valoración de la Gravedad de la Adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Monografía de adicciones . ISBN: 978-84-611-7641-0

Cadoret, R. ; Richards, & Barten, S. (2001) *TOW Evaluation Project Final Report, Summary*. USA National Criminal Justice Reference Services [www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/190229.pdf](http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/190229.pdf). Accedit 17.09.2008.

Carise D, McLellan A.T., Gifford L., & Kleber H.D. (1999) Developing a National Addiction Treatment Information System. An Introduction to The Drug Avaluation Network System. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 17 (1-2), (67-77).

Casey, S.; Day, A.; Howells, K. & Ward, T. (2007) Assessing Suitability for Offender Rehabilitation: Development and Validation of the Treatment Readiness Questionnaire. *Criminal Justice & Behavior*, 34 (11), 1427-1440.

CSAT (1994) Treatment Improvement Protocol (TIP) 7: *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System*. [kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal](http://kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal). Accedit 20.07.2008.



CSAT (1994) Treatment Improvement Protocol (TIP) 11: *Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse and Infectious Diseases*. [kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal](http://kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal). Accedit 20.07.2008.

CSAT (2000) Treatment Improvement Protocol (TIP) 38, *Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services*. [kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal](http://kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal). Accedit 20.07.2008

CSAT (2005) Treatment Improvement Protocol (TIP) 44, *Substance abuse Treatment for adults in the Criminal Justice System* (CSAT, 2000 ). [kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal](http://kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm#criminal). Accedit 20.07.2008

Daepfen, J.B., Burnand, B. (1996). Validation of the Addiction Severity Index in French speaking alcoholic patients. *Journal of Studies of Alcohol* 57 (6): 585-590.

De Wilde, J.; Soye, Veerle; Vandeveld, Stijn; Broekaert, E., Vander Beken; T.; Guillaume, R.; Dumortier, E. & Caels, I. (2006) Substance Use And Psychopathology in Correctional Settings: An Exploratory Study on the Development of a Method, Belgian Science Police Office.

DeLeon, G. & Jainchill, N. (1986) Circumstance, motivation and readiness, and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 203-208.

Leonhard, C.; Mulvey, K; Gastfriend, D.R. & Shwartz; M.(2000) The Addiction Severity Index A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 (2), 129-135.

Lerner, C.F. (1990). The transtheoretical model of change: Self-change in adolescent delinquent behaviours. Tesis no publicada de la University of Rhode Island.

Gerevich, J.; Bacskai, E. (2005). Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology*, 38 (6), 301-309

Guerra, D. (1994). Addiction Severity Index (ASI). *Un Índice de Severidad de Adicción*. En E. Becoña, A. Rodríguez, I. Salazar (Coord.) Drogodependencias. I-Introducción. Servicio de Publicaciones e intercambio científico da Universidades de Santiago de Compostela.

Gurel O., Carise D., Kendig C., & McLellan A.T. (2005). Developing CASPAR: A Computer-Assisted System for Patient Assessment and Referral. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 28 (3) (281-289).

Hanlon, TE; O'Grady, KE & Bateman, R (2000) Using the Addiction Severity Index to Predict Treatment Outcome Among Substance Abusing Parolees, *Journal of Offender Rehabilitation*, 31 (3/4), 67-79.

Kokkevi, A. i Hartgers, C. (1995): European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence, *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Lozano Rojas, O.M., Rojas Tejada, A; Pérez Meléndez, C., Apraiz Granados, B, Sánchez Muñoz, F. i Marín Bedoya, A. (2007): Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9 (2), 97-107.

Mäkelä, K. (2004) Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99, 398-410.

Martinson, R. (1974) *What works? Question and answers about prison reform.* The Public Interest, 35, 22-54.

McDermott, PÀG. A., Alterman, A. I., Brown, L., Zaballero, A., Snider, E. C. & McKay, J. R. (1996) Construct refinement and confirmation for the Addiction Severity Index. *Psychological Assessment*, 8, 182-189.

McLellan, A.T., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rikoon, S.H. & Carise, SR. (2006). The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *American Journal of Addiction*, 15 (2), 113-124.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 169 (1), 26-33.

McLellan, T. A., Kushner, H., Metzger, SR., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992) The 5th edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

McLellan, T. A., Luborsky, L., Cacciola, J. S. & Griffith, J. E. (1985) New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 412-423.

Öberg, D., Sallmen, B., Kaplan, C., McMurphy, S., Ackerson, T., Krantz, L., Martens (1998): *Addiction Severity Index – Crime*. Accedit el 10.10.07 [www.eib.emcdda.europa.eu](http://www.eib.emcdda.europa.eu)

Peters RH, Greenbaum PE, Steinberg ML, Carter CR (2000) Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 18((4)):349-358.

Peters RH, LeVasseur ME, Chandler RK. (2004) Correctional treatment for co-occurring disorders: Results of a national survey. *Behavioral Sciences and the Law*. 22:563-584.

Puigdollers, E.; Cots, F; Brugal, M.T.; Torralba, L. y Domingo-Salvany, A. (2003): Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gaceta Sanitaria* ;17(2):123-30

Skinner, H.A. & Horn, J.L. (1984) *Alcohol Dependence Scale (ADS) User's Guide*. Torontó, ON: Addiction Research Foundation.

Torrens, M.; San, L.; Martínez, A.; Castillo, C.; Domingo-Salvany, A. y Alonso J. (1997): Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*; 92:707-16.

## 8. Annexes

**ESCALAS DE CIRCUNSTANCIAS, MOTIVACIÓN Y PREPARACIÓN PARA  
EL TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUBSTANCIAS**

**VERSIÓN PROGRAMA EN PRISIÓN**

ID DEL INTERNO.....(\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

SEXO.....( )

1 = Hombre 2 = Mujer

EDAD.....(\_\_\_\_/\_\_\_\_)

DROGA PROBLEMA PRINCIPAL.....(\_\_\_\_/\_\_\_\_)

1 = Cocaína excepto crack      5 = Alcohol  
2 = Crack                              6 = Politoxicómano  
3 = Opiáceos                        7 = Otras  
4 = Cannabis

**MODALIDAD DE TRATAMIENTO**

1 = Residencial de larga estancia      4 = Mantenimiento con metadona  
    (más de 6 meses)                      5 = Solo desintoxicación  
2 = Residencial de corta estancia      6 = Desintoxicación previa a ratamiento  
    (de 4 a 6 meses)                      7 = Sin tratamiento  
3 = Tratamiento residencial breve      8 = Otra  
    (0-3 meses)

FECHA DE ADMINISTRACIÓN.....(\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

---

VERSIÓN DEL INSTRUMENTO.....( )

NÚMERO DE PROGRAMA.....(\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Versión de 9 de noviembre de 1998

---

DeLeon, G. y Melnick, G (1999): Circumstances, Motivation and Readiness Scales for Substance Abuse Treatment. CMR Program Intake Versión. Center for Therapeutic Community Research at NDRI: New York

Cómo te sientes puede tener un efecto muy poderoso sobre el tratamiento. Estos sentimientos incluyen tus circunstancias, los problemas de tu vida, los sentimientos sobre ti mismo y los sentimientos sobre el tratamiento. Considera cuidadosamente cada una de las siguientes frases e indica en que medida describen tus propios sentimientos y pensamientos.

Haz un círculo sobre el número que mejor describe tu respuesta.

**1 = Totalmente en desacuerdo**

**4 = De acuerdo**

**2 = En desacuerdo**

**5 = Totalmente de acuerdo**

**3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo**

**9 = No se aplica**

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1. Estoy seguro de que pasaría más tiempo en prisión si no entrara en el tratamiento.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 2. Estoy seguro de que hubiera venido a tratamiento igualmente sin la presión del sistema penitenciario.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 3. Estoy seguro que mi familia no me dejara volver a casa si no hago el tratamiento.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 4. Creo que las circunstancias que me rodean (tales como la cultura de la prisión) me harán dejar el tratamiento en pocos meses.                                 | 1---2---3---4---5---9 |
| 5. Me preocupa el hecho de que estar en tratamiento me supondrá tener menos dinero.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 6. Básicamente, tengo demasiados problemas personales (como que perderé el control si se me aprieta demasiado) los cuales me impedirán finalizar el tratamiento. | 1---2---3---4---5---9 |
| 7. Básicamente, siento que mi consumo de drogas es un problema muy serio en mi vida.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 8. Con frecuencia no me gusto a mí mismo a causa de mi consumo de drogas.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 9. Últimamente, siento que si no cambio mi vida seguirá empeorando.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 10. Realmente me hace sentir mal que mi consumo de drogas y la forma en que he estado viviendo ha hecho daño a mucha gente.                                      | 1---2---3---4---5---9 |
| 11. Para mí es más importante que cualquier otra cosa que deje de consumir drogas.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 12. Realmente no creo que tenga que estar en tratamiento para dejar de consumir drogas. Puedo dejarlo cuando quiera.   | 1---2---3---4---5---9 |

**1 = Totalmente en desacuerdo**  
**2 = En desacuerdo**  
**3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo**

**4 = De acuerdo**  
**5 = Totalmente de acuerdo**  
**9 = No se aplica**

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1. Quiero tratamiento porque realmente me siento preparado para tratar conmigo mismo.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 2. Haré cualquier cosa que tenga que hacer para conseguir enderezar mi vida.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 3. Básicamente no veo ninguna otra posibilidad de ayuda que no sea algún tipo de tratamiento.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 4. No creo que pueda dejar de consumir con la ayuda de los amigos, de la familia o de la religión. Realmente necesito algún tipo de tratamiento. | 1---2---3---4---5---9 |
| 5. Estoy realmente cansado de consumir drogas y quiero cambiar, pero sé que no puedo hacerlo yo solo.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 6. Estoy desando entrar en el tratamiento lo antes posible.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 7. Entrar en la comunidad terapéutica me ayudará a estar cerca de mi familia.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 8. Creo que mi cumplimiento de condena me será más fácil en la comunidad terapéutica.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 9. Estar en la comunidad terapéutica me ayudará para cuando tengan que valorar la concesión de mi libertad condicional.                          | 1---2---3---4---5---9 |
| 10. Es más fácil evitarse problemas si estoy en la comunidad terapéutica.  | 1---2---3---4---5---9 |
| 11. Mis posibilidades de estar fuera de la prisión son mayores si estoy en la comunidad terapéutica.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 12. Pienso que la gente se trata mejor unos a otros en la comunidad terapéutica.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 13. Pienso que los profesionales en la comunidad terapéutica te dan más apoyo que en otros lugares de la prisión.                                | 1---2---3---4---5---9 |
| 14. Pienso que la gente en el programa de la comunidad terapéutica da más apoyo.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 15. Si entro en el programa de la comunidad terapéutica me ayudarán a encontrar un trabajo cuando salga.   | 1---2---3---4---5---9 |
| 16. Pienso que las condiciones de vida en general son mejores en la comunidad terapéutica.   | 1---2---3---4---5---9 |

## SOBRE LA VERSIÓ PER A PRESÓ DE LA CMR I L'ESCALA DE RAONS NO RELACIONADES AMB LA RECUPERACIÓ PER INICIAR TRACTAMENT

La CMR està composta per quatre escales: Circumstàncies 1 (pressió per iniciar tractament), Circumstàncies 2 (pressió per deixar el tractament), Motivació (motivació interna per deixar les drogues), Preparació (acceptació del tractament com l'única opció viable de canvi) i l'escala de Raons per al Tractament No Relacionades amb la Recuperació (pressions externes per iniciar i romandre en tractament relacionades específicament amb la situació penal, però no amb el procés de recuperació).

Les escales de Motivació i Preparació són les escales normals utilitzades en altres versions del CMR i proporcionen informació directament comparables. Les escales de Circumstàncies han estat modificades per reflectir les pressions externes a la presó comparables a aquelles pressions externes relacionades amb la recuperació que mesura el CMR original. S'espera que unes puntuacions altes en la CMR prediguin la continuació en l'atenció posttractament una vegada finalitzat el tractament realitzat a la presó.

L'escala de Raons per al Tractament No Relacionades amb la Recuperació per a mesura les influències addicionals que afecten a la decisió de participar en el tractament de la presó, però pot ser que realment no influeixin sobre el procés de recuperació. Aquesta escala està separada del CMR que mesura la motivació relacionada amb la recuperació. Creiem que l'escala tindrà implicacions importants per als programes realitzats a presó en la descripció de la seva població, el desenvolupament de plans de tractament i en la selecció dels participants, encara que encara no té una validació psicomètrica tan àmplia com les escales C, M i R.



L'escala Circumstàncies 1 es compon dels ítems 1-3, Circumstàncies 2 dels ítems 4-6, Motivació dels ítems 7-11 i la de Preparació dels ítems 12-18. L'escala de Raons No Relacionades amb la Recuperació per a Iniciar Tractament es compon dels ítems 19-28. Per obtenir la puntuació de la CMR cal invertir les puntuacions dels ítems 4, 5, 6 i 12 (5 passa a ser 1, 1 passa a ser 5, etc.). Una vegada fet això els ítems se sumen per donar lloc a les puntuacions de cada escala i a la puntuació total. Únicament si es marca un ítem per escala com a no aplicable o no es respon, es pot substituir per la mitjana dels altres ítems de la mateixa persona en la mateixa escala. Per a puntuació de l'escala de Raons per al Tractament No Relacionades amb la Recuperació se sumen tots els seus ítems. En aquest cas, la mitjana de l'escala pot substituir fins dos ítems marcats com a no aplicables o no respostos. L'escala es valora separatament i no s'ha de sumar a les altres per obtenir una puntuació CMR total. Es preveu que aquesta escala correlacioni negativament amb la probabilitat d'iniciar el posttractament.

# ASI - CRIMINAL

<p><b>ASI – Criminal</b></p> <p><b>ACA</b> NIS:</p> <p><b>ACB</b> Nom:.....</p> <p><b>ACC</b> Data de l'entrevista <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (AAAA - MM - DD)</p> <p><b>ACD</b> Codi del Client:.....</p> <p><b>ACE</b> Edat <input type="text"/><input type="text"/></p> <p><b>ACF</b> Genere <input type="text"/> (home=1, dona=2)</p> <p><b>ACG</b> País de Naixement:.....</p> <p><b>ACH</b> Identificació de l'entrevistador: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p><b>AC1 Història</b></p> <p>1. Quantes vegades, si ha passat, has fet els següent (0=mai, 1= 1 vegada, 2=2-5, 3=6-25, 4=26-100, 5=101-1000, 6=més de 1000 vegades)</p> <p>2. Quin any va ser el primer cop? (aaaa)</p> <p>3. Quan va ser el darrer cop que vas fer el següent? (aaaa//mm)</p> <p>Motivació del darrer delicte</p> <p>4. 1=impulsiu 2=Intencionat 3=Planificat</p> <p>5. 1= Necessitats urgents 2= Seguretat 3=Acceptació 4=Status 5=Autorealització</p>
--	---

CODI	TIPUS DE DELICTE	Núm. de vegades	Any d' inici	Última vegada	Motivació
A	Aldarulls				
B	Conduir sota efectes de drogues				
C	Violacions major de conducció				
D	Possessió de drogues				
E	Tràfic de drogues				
F	Prostitució				
G	Falsificació				
H	Delictes econòmics				
I	Furts en botigues				
J	Robatori i altres crims contra la propietat				
K	Violència domèstica				
L	Delictes Sexuals				
M	Incendi				
N	Possessió d'armes				
O	Delictes contra la propietat amb violència				
P	Delictes violents amb mort				
Q	Altres violències contra les persones				
R	Delictes informàtics				
S	Delictes mediambientals				
T	Violació llibertat condicional				
U	Atemptat contra l'autoritat				

**AC2**

- a. Quin consideres que es el problema principal  
(En el cas de dubte, pregunta al client)

*Considerant aquest delicte: (0=No, 1=Si)*

- b. Et sents ara personalment responsable del que has fet?  
c. Creus ara que tenies el dret a fer el que vas fer?  
d. Si avui et trobessis en la mateixa situació, faries el mateix delicte?  
e. Sents que la condemna per aquest delicte es correcta?

**AC3****0=No 1=Si**

Vius amb algú que:

- A** Consum drogues il·legals  
**B** Realitza activitats il·legals

**AC4**

Dels 5 amics íntims quants (no família):

- A** Consumeixen drogues   
**B** Realitzen activitats il·legals   
**C** No consumeixen drogues i tampoc fan activitats il·legals   
**D** En el cas de menys de 5 persones, quantes persones considera que son amics íntims?

**AC5**

Quan de preocupats i angoixats estan els teus familiars per les teves activitats il·legals (0=gens, 1=poc, 2=moderat, 3=Molt, 4=extrem)

**AC6**

Quan important es pels teus parents que estiguis en tractament (0=gens, 1=poc, 2=moderat, 3=Molt, 4=extrem)

**AC7**

Quants dies en els darrers 30 has comes alguna activitat il·legal

**AC8**

Quants dies en els darrers 30 has experimentat problemes causats per les activitats il·legals

**AC9**

Quantes setmanes en l'any passat has estat embolicat en activitats il·legals

**AC10**

Quantes setmanes en l'any passat has experimentat problemes causats per les activitats il·legals

**AC11**

En quina mesura has estat preocupat i angoixat per aquests problemes amb activitats il·legals en els darrers 30 dies

**AC12**

Quan d'important es ara per tu el tractament o counselling d'aquests problemes relacionats amb les activitats il·legals (0=gens, 1=poc, 2=moderat, 3=Molt, 4=extrem)

**PUNTUACIÓ DE L'ENTREVISTADOR DE LA SEVERITAT****AC13**

Com valoraria les necessitats de tractament del pacient en relació a les activitats criminals o il·legals

**PUNTUACIÓ DE CONFIANÇA****AC14**

La informació recollida està significativament distorsionada per:

- A** Interpretacions errònies del pacient   
**B** Incapacitat del pacient per comprendre

---

COMENTARIS