

Análisis de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) en una muestra de pacientes con dependencia de opiáceos.

González-Saiz, F.*; Salvador Carulla, L.**

* Doctor en Medicina. Máster en Drogodependencias. Médico del Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Miembro del Grupo de Investigación en Medicina Psicosocial (Universidad de Cádiz).

**Profesor Titular de Psiquiatría. Director del Grupo de Investigación en Medicina Psicosocial (Universidad de Cádiz).

Resumen

El Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) es una escala breve y autoadministrada, cuyo propósito es la evaluación de la dependencia de distintas sustancias, conceptualizada como un fenómeno "puramente psicológico" que vendría explicado por la teoría del aprendizaje. El objetivo de este trabajo es analizar la consistencia interna y la fiabilidad de la versión española de esta escala, así como su validez concurrente respecto de los criterios diagnósticos DSM-IV. El estudio se realiza sobre una muestra total de 62 pacientes con dependencia de opiáceos tratados en dos centros de drogodependencias. La consistencia interna y la fiabilidad test-retest son aceptables ($\alpha = 0,69$ y $CCI = 0,66$), mientras que el análisis de los componentes principales del LDQ muestra una estructura formada por cuatro factores. La relación entre las puntuaciones de esta escala y el Índice de Definición proporcionado por el sistema CATEGO 5 (gravedad de la dependencia según criterios DSM-IV) es sólo moderada ($r=0,51$). Se discuten las diferencias con otros estudios y las posibles aplicaciones prácticas de esta escala.

Palabras Clave

Dependencia; diagnóstico; LDQ, escalas; opiáceos.

— Correspondencia a:

Francisco González-Saiz · Grupo de Investigación en Medicina Psicosocial
Universidad de Cádiz · Edificio CYCAS, 7º D. Urb. El Bosque · 11405 Jerez de la Frontera. Cádiz
(España).



Summary

The Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) is a brief, self-administered scale designed to measure dependence on a different types of drugs. In this instrument dependence is viewed as a "purely psychological" phenomenon, explained by learning theory. The aim of this paper is to analyze the internal consistency and reliability of the spanish version of the LDQ, as well as the concurrent validity on DSM-IV criteria. A sample compound by sixty two heroin users diagnosed by opioid dependence DSM-IV criteria and treated in two drug treatment centre, were evaluated. The internal consistency and test-retest reliability are acceptable ($\alpha=0,69$ and C.C.I.=0,66). The Principal Component Analyses (PCAs) revealed a four factor solution. The relationship between LDQ total score and *Index of Definition* give by CATEGO 5 system (severity of dependence in DSM-IV criteria) is only moderate ($r=0,51$). The disagreement with other validity studies and LDQ clinical application are discussed.

Key Words

Dependence; diagnosis; LDQ, scales; opiates.

Résumé

Le Leeds Dependence (LDQ) est une échelle brève et autoadministrative qui a le but d'évaluer la dépendance de plusieurs substances, conceptualisées comme un phénomène purement psychologique qui s'explique par la théorie de l'apprentissage. L'objectif de ce travail est d'analyser la consistance interne et la fiabilité de la version Espagnole de cette échelle, ainsi que sa validité concurrente quant aux critères de diagnostic DSM-IV.

Cette étude se réalise avec un échantillon de 62 dépendants aux opiacés suivis dans deux centres de drogodépendance. la consistance interne et la fiabilité test-retest sont acceptables $\alpha=069$ et par quatre facteurs. Le rapport entre les ponctuations de cette échelle et l'Index de Définition apporté par le système CATEGO 5 (degré de dépendance selon les critères DSM-IV) n'est que modéré. Les différences avec d'autres études et les possibles applications pratiques de cette échelle sont commentées.

Mots clé

Dépendance; diagnostic; LDQ; échelles; opiacés.



I. INTRODUCCIÓN

La definición diagnóstica operativa de los trastornos adictivos es una necesidad ineludible para el establecimiento de un lenguaje común, sin el cual no es posible el avance de conocimientos clínicos en toxicomanías. La descripción original del Síndrome de Dependencia del Alcohol de Edwards y Gross (1976) supuso una importante contribución al diagnóstico de estos trastornos. La principal aportación de este modelo fue la conceptualización de la dependencia como una entidad nosológica con identidad propia, definida por los síntomas que caracterizan la conducta misma del consumo y no por sus consecuencias. Con ello se pasaba de un modelo que concedía un peso excesivo a la tolerancia y al síndrome de abstinencia a otro de naturaleza bioconductual.

Este concepto se hizo extensivo a otras sustancias diferentes del alcohol y sirvió de base para la definición de los criterios diagnósticos DSM-III-R (Rounsaville, *et al.*, 1986), manteniéndose en los actuales sistemas DSM-IV y CIE-10. Se ha demostrado la unidimensionalidad de este constructo, así como su fiabilidad y validez para las distintas sustancias de abuso.

A pesar de todo ello, algunos autores mantienen discrepancias sobre la naturaleza y la definición del concepto de dependencia. Esto ha conducido a la aparición de distintos criterios y escalas de evaluación en función de la importancia concedida a los aspectos "psicológicos" de la adicción. La limitación más importante de algunos de estos conceptos es un nuevo reduccionismo, ya que implícitamente niegan o minimizan las bases neurobiológicas de la conducta adictiva. La princi-

pal consecuencia de esta diversidad es la dificultad en la comparación de los resultados de los diferentes estudios. Uno de estos instrumentos es el *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) de Raistrick, *et al.*, (1994). El objetivo de este trabajo es la estandarización y el análisis de la estructura y la fiabilidad de la versión española de la escala LDQ. Asimismo, se analiza la validez concurrente del constructo de dependencia evaluado por esta escala respecto de los criterios diagnósticos DSM-IV.

2. PACIENTES Y MÉTODOS

2.1. SUJETOS

Se realiza el estudio sobre una muestra total de 62 pacientes de ambos sexos que reunían criterios DSM-IV de Dependencia de Opiáceos. Se utilizó un muestreo consecutivo, reclutándose a los sujetos que solicitaban tratamiento para su adicción o que estaban ya en un programa de intervención, según acudían a una cita programada, a partir de la fecha del inicio del estudio. El 29% de ellos recibía atención en un centro público de carácter ambulatorio (Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, España), mientras que el 71% restante procedía de una comunidad terapéutica (Centro Regional de Rehabilitación de Drogodependientes "Monte Betis" de Tarifa). Se evaluó el estado en relación con el consumo según los criterios de Rounsaville (1992) modificados y adaptados (González-Saiz, 1997), excluyéndose a aquellos sujetos que se encontraban en "estado de abstinencia" (SAO) o en "intoxicación aguda".



2.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) (Raistrick et al., 1994) ("Cuestionario de Dependencia de Leeds") es una escala autoadministrada para la medida del grado de dependencia de diferentes tipos de sustancias (anexa). Consta de diez preguntas con respuestas tipo *Likert* de cuatro grados (0=*Nunca*; 1=*A veces*; 2=*A menudo*; 3=*Casi siempre*). Se obtiene una puntuación total de la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems, siendo la máxima de 30. El concepto de dependencia que evalúa esta escala no se ajusta a los criterios establecidos por los sistemas de clasificación diagnóstica como el DSM-IV o el CIE-10. Para los autores del LDQ, la dependencia sería un "fenómeno puramente psicológico", mientras que la tolerancia y el síndrome de abstinencia estarían considerados como "consecuencias del consumo regular".

Esta escala ha sido objeto de un análisis de consistencia interna, análisis de los componentes principales (como procedimiento de factorización), validez concurrente y discriminante, mostrando unos parámetros de calidad aceptables (Raistrick et al., 1994). Hasta el momento de iniciar nuestro trabajo, esta escala no había sido objeto de adaptación y validación en nuestro país.

Previamente a este estudio, se sometió al LDQ a un proceso de traducción, adaptación conceptual a nuestro ámbito cultural y retro-traducción (con la autorización expresa de Duncan Raistrick). En un primer paso, dos clínicos tradujeron independientemente la versión original (en lengua inglesa), consensuando una única versión española. Con posterioridad, un filólogo tradujo esta versión

española al inglés, sin conocer la original. Finalmente, estas dos últimas versiones fueron comparadas entre sí, verificándose sus equivalencias sintáctica, técnica, conceptual y de contenido.

Los conceptos que miden las definiciones operativas de cada uno de los ítems se explican brevemente a continuación (se transcriben sin modificación alguna):

"Preocupación: importancia de los pensamientos sobre la sustancia; cómo, dónde y cuándo conseguirla y consumirla. El individuo siente que estos pensamientos se introducen en su mente, de los que a veces se resiste.

Prioridad del consumo: las actividades destinadas a conseguir y consumir la sustancia llegan a tener prioridad sobre otras actividades.

Compulsión hacia el inicio del consumo: incapacidad percibida de abstenerse de consumir frente a un estímulo condicionado previo. Deseo persistente de reducir el consumo o intentos infructuosos de hacerlo.

Planificación en torno al consumo: la persona organiza las actividades diarias en torno a conseguir y consumir la sustancia. A menudo esto se manifiesta como una necesidad anticipada de "repostar" en determinados momentos del día.

Incremento del efecto: la sustancia se consume de tal forma que maximiza el efecto deseado. Esto puede darse como respuesta a la tolerancia al efecto de la sustancia o como el deseo de un rápido inicio del efecto.

Estrechamiento del repertorio: consume la misma sustancia en los mismos intervalos y de la misma manera. Esto ocurre indepen-



dientemente de las restricciones sociales sobre el consumo.

Compulsión a continuar el consumo: necesidad percibida de continuar consumiendo la sustancia para aumentar o prolongar el estado alcanzado por el consumo inicial. Hay una sensación de incapacidad de parar.

Primacía de efecto: el alcanzar cualquier efecto farmacológico está antes que consumir la sustancia preferida y en la forma habitual. Esta es una forma extrema del deseo de alcanzar un efecto psicoactivo con independencia de cuál pueda ser éste. Esto puede ser una consecuencia de la caída de los niveles plasmáticos de la sustancia o asociarse a síntomas de abstinencia.

Constancia en el estado: puede buscarse el efecto drogo-inducido para mantener un estado de intoxicación, evitar el síndrome de abstinencia o para evitar un estado libre de drogas. Los consumidores tolerantes tienen más dificultad en mantener este estado.

Inclinación cognitiva: la creencia en la necesidad de usar la sustancia para afrontar la vida diaria. El consumo de la sustancia o su pérdida ha llegado a ser algo central en la existencia de la persona”.

El sistema SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) está constituido por una batería de instrumentos desarrollados por la OMS. (Wing et al., 1990) para evaluar, medir y clasificar la psicopatología y las conductas asociadas a los principales trastornos psiquiátricos del adulto. Es una entrevista clínica semiestructurada, cuya información permite generar diagnósticos según criterios DSM-III-R y CIE-10. Este instrumento ha sido objeto de varios estudios de adaptación trans-

cultural y ya ha sido validado en nuestro medio (Vázquez-Barquero et al., 1994).

El SCAN tiene una construcción modular, y algunas secciones, como aquellas que evalúan los trastornos por consumo de sustancias, pueden ser administradas independientemente. Utilizamos las secciones 11 y 12 (“alcohol” y “otras drogas”, respectivamente) para evaluar la dependencia. La información aportada por este instrumento se revisó para poder efectuar el diagnóstico clínico según criterios DSM-IV. El Índice de Definición (ID) es una medida de la gravedad de la dependencia según criterios DSM-III-R y está determinado por el número de síntomas presentes en cada sujeto, además de los tres necesarios y suficientes para establecer el diagnóstico de aquella. Este valor viene calculado y proporcionado por el programa informático CATEGO 5, construido para la elaboración diagnóstica del sistema SCAN (Vázquez-Barquero y Gaité, 1995).

2.3. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS

En el curso de una entrevista personal, se administró a cada sujeto la escala LDQ y las secciones 11 y 12 del sistema SCAN. Previamente, el entrevistador comentó los objetivos del estudio, aportó las instrucciones de cumplimentación y aseguró la confidencialidad. Con esta información, se efectuó el diagnóstico del trastorno relacionado con el consumo de sustancias (abuso o dependencia) y se analizó la consistencia interna y la estructura del LDQ.

Para analizar la fiabilidad test-retest, se compararon entre sí las observaciones de un mismo entrevistador sobre los mismos sujetos



en dos momentos diferentes. Un grupo aleatorio ($n=50$) del total de pacientes que realizaron la primera entrevista fue citado siete días después para completar la evaluación (cumplimentar el LDQ). El número total de sujetos incluidos en este análisis fue de 46, ya que los cuatro restantes no acudieron a la segunda cita por distintas causas (uno por ingreso hospitalario y tres refirieron "olvido"). La elección de una semana como período entre ambas observaciones se adoptó para minimizar en el retest la probable influencia del recuerdo de las respuestas aportadas en el test.

La consistencia interna se analizó mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). Para la estimación de la concordancia entre ítems se empleó el porcentaje de acuerdo simple y el coeficiente $kappa$ ponderado (Cohen, 1960), interpretándose según los criterios de Feinstein (1985). Este autor establece cinco niveles de acuerdo para categorizar e interpretar los valores de los coeficientes $kappa$ ("pobre" = 0-0.20; "regular" = 0.21-0.40; "moderado" = 0.41-0.60; "fuerte" = 0.61-0.80 y "casi perfecto" = 0.81-1).

Para calcular la concordancia entre las puntuaciones totales de las escalas se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclases (fórmula ICR(1,1) de Shrout y Fleiss (1979) o fórmula E5 de Bartko y Carpenter (1976). El coeficiente de correlación intraclases deriva de la información resumida de los resultados del Análisis de la Varianza (ANOVA) aplicados a los datos "retest". Para verificar la condición de fiabilidad se parte de la hipótesis de que las diferencias observadas entre el test y el retest para cada sujeto (variabilidad o media cuadrática "intra-sujetos" o MSW) han

de ser menores que las diferencias entre las puntuaciones de los sujetos observados en un mismo momento (en el test o en el retest) (variabilidad o media cuadrática "entre sujetos" o MSB).

Para analizar la contribución de cada ítem a la puntuación total, se siguió el método de la regresión múltiple "paso a paso" (*Stepwise Multiple Regression*). Se estimaron las ecuaciones de los modelos introducidos con valores de $F\text{-TO ENTER} = 4$ y $F\text{-TO REMOVE} = 3,996$.

Finalmente, se realizó un análisis factorial del LDQ a través de un análisis exploratorio (Análisis de los Componentes Principales). Para la determinación del número de factores a extraer utilizamos el criterio de Kaiser (1965; 1970) y para la selección de ítems que saturan en cada factor, el criterio de Stevens (1992). Para la transformación de las soluciones se empleó el método de la rotación Varimax.

La homogeneidad del conjunto de ítems que constituye la escala es una condición necesaria para la interpretación adecuada de los resultados del análisis factorial, lo que comprobamos mediante un criterio matemático y otro estadístico. En el primer caso realizamos el Test de Adecuación Muestral de la Matriz" de correlaciones (TAM) (*MSA Test*). El TAM es un índice matemático que deriva algebraicamente de una combinación lineal de las correlaciones parciales y las correlaciones múltiples de cada variable (Kaiser, 1970). Desde esta formulación, la homogeneidad de una escala equivale a establecer la condición de que las correlaciones parciales entre variables tiendan a cero y las correlaciones múltiples sean razonablemente altas. Por otro lado, para verificar el criterio esta-



dístico de homogeneidad utilizamos el Test de Esfericidad de Bartlett (Bartlett, 1950, 1951), que permite estimar la significación de la matriz de saturaciones en los factores extraídos, asumiendo la no significación de la matriz residual.

3. RESULTADOS

Los sujetos de la muestra estudiada tienen una media de edad de 30.1 años (DE=7.2), el 95.1% son hombres y el 4.9% mujeres. Un 67.5% del total son solteros y el 24.4% restante, casados. Todos los entrevistados se encontraban en estado de "abstinencia prolongada" según los criterios de Rounsaville modificados ("1. El sujeto lleva un mínimo de 10 días sin consumir la sustancia principal de abuso, objeto de la demanda de tratamiento y 2. En el momento de la entrevista el sujeto no presenta síntomas de Abstinencia de sustancias "según criterios DSM-IV").

Estos pacientes habían realizado 2.3 tratamientos previos como media (DE=2.1) y en el momento de ser entrevistados llevaban 2.1 meses en el programa correspondiente (DE=5.2). El 70.9% de los pacientes (n=44) se encontraban en tratamiento en régimen de comunidad terapéutica (CRRD. "Monte Betis"), mientras que el 8.9% restante (n=18) venían siendo atendidos en un recurso ambulatorio (CPD de Cádiz). De estos últimos, 12 pacientes estaban en programa de mantenimiento con metadona, 5 en tratamiento de deshabituación sin metadona (3 con naltrexona y 2 sin este fármaco) y un sujeto fue entrevistado en su primera cita (sin tratamiento asignado).

El valor observado del coeficiente alfa de Cronbach es de 0.69 con un intervalo de confianza del 95% definido por 0.58-0.80. Este dato supone la existencia de una covariación moderada entre los ítems que componen el *Severity of Dependence Scale* (SDS) y apoya

Tabla 1. Análisis de la fiabilidad test-retest (ítem a ítem) de la escala LDQ. (% AC: porcentaje de acuerdo simple; Kp: calor del coeficiente Kappa ponderado; IC 95%: intervalo de confianza del 95% de los correspondientes valores Kappa).

Ítems LDQ	% AC	Kp	IC 95%
L1	52,17	0,26	0,14 - 0,40
L2	67,39	0,54	0,40 - 0,68
L3	54,34	0,32	0,19 - 0,45
L4	65,21	0,43	0,29 - 0,56
L5	51,11	0,42	0,28 - 0,56
L6	65,21	0,55	0,41 - 0,69
L7	50,00	0,28	0,16 - 0,40
L8	45,65	0,48	0,34 - 0,62
L9	67,39	0,29	0,13 - 0,45



la homogeneidad y la consistencia interna de este constructo teórico.

Por tratarse de un instrumento autoadministrado, evaluamos la fiabilidad a través de un análisis test-retest (ítem a ítem y para puntuaciones totales). En la Tabla 1 se exponen los porcentajes de acuerdo simples entre ambas observaciones para cada ítem, así como los coeficientes de concordancia (*kappa* ponderados) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. El rango de valores *kappa* oscila entre 0,26 y 0,58, lo que se corresponde con niveles de acuerdo "moderados" para los ítems 2, 4, 5, 6, 8 y 10 (60%) y "medios" para el 1, 3, 7 y 9 (40%), según los criterios de Feinstein.

El valor observado del coeficiente de correlación intraclass para las puntuaciones totales es de 0,66 (IC 95%: 0,53-0,79). Esto implica que el porcentaje de la varianza atribuible al desacuerdo entre las observaciones realizadas sobre los mismos sujetos en dos

momentos diferentes es del 34% (lo que se complementa con una concordancia no muy elevada). Estos datos, en conjunto, apoyan una fiabilidad test-retest moderadamente alta.

El análisis de los componentes principales de esta escala (análisis factorial) muestra una estructura formada por cuatro factores (Tabla 2). El primero de ellos, que explica el 26,4% de la varianza de la matriz de correlaciones (autovalor $\lambda=2,64$), agrupa los ítems 3, 4 y 7. Sobre el factor 2 sólo satura el ítem 5, explicando el 14% de la varianza ($\lambda=1,39$). El tercer factor agrupa los ítems 1, 2 y 8 (12,5% de la varianza $\lambda=1,24$). Finalmente, sobre el factor 4 saturan los ítems 6 y 9 (10,6% de la varianza $\lambda=1,06$). Estos factores resultan difíciles de interpretar conceptualmente por separado, ya que no se observa un patrón definido. El valor observado del Test de Adecuación Muestral de la Matriz (MSA Test) es de 0,63. La matriz de correlaciones es esta-

Tabla 2. Análisis de los componentes principales del LDQ (solución rotada Varimax).

Ítems LDQ	F1	F2	F3	F4
L1	0,132	0,256	<u>0,646</u>	-0,141
L2	0,114	0,238	<u>0,638</u>	0,178
L3	<u>0,75</u>	0,073	0,022	0,227
L4	<u>0,561</u>	0,225	0,452	-0,124
L5	0,005	<u>0,83</u>	0,081	0,164
L6	0,05	0,123	0,084	<u>0,852</u>
L7	<u>0,816</u>	0,202	0,062	0,298
L8	-0,105	0,403	<u>0,646</u>	0,151
L9	0,312	0,044	-0,015	<u>0,72</u>
L10	0,448	<u>0,601</u>	0,055	-0,145



Tabla 3. Solución al análisis de regresión múltiple «paso a paso» de la escala LDQ.

Items LDQ	R	R ²	Adj. R ²
L7	0,714	0,51	0,502
L8	0,846	0,715	0,706
L2	0,877	0,77	0,758
L5	0,918	0,843	0,832
L9	0,939	0,882	0,872
L4	0,954	0,91	0,9
L10	0,966	0,932	0,923
L3	0,975	0,951	0,944
L6	0,985	0,971	0,965
L1	0,994	0,988	0,986

dísticamente significativa, analizada por el test de Bartlett (DF=54 ; $\chi^2=108,52$; $p=0,0001$).

La Tabla 3 proporciona el resumen de la solución del análisis de regresión múltiple "paso a paso" (*Stepwise Multiple Regression*) realizado para conocer la contribución de cada ítem sobre la puntuación total del SDS. El valor de "R" corresponde al coeficiente de correlación múltiple. En el primer paso, por definición, se selecciona aquella variable que tiene una mayor correlación simple con la puntuación total (0.71 para el ítem 7). Los valores sucesivos de "R" son los coeficientes de correlación múltiple de la solución formada por los predictores extraídos hasta ese momento. Es de destacar que esta ecuación no deja fuera ningún ítem. Esto implica que todos ellos contribuyen significativamente a la puntuación total, lo que se interpreta como un indicador de la homogeneidad y la validez de contenido de este constructo.

Los valores de "R²" son los coeficientes de determinación de la ecuación de regresión para cada paso. El primer predictor, "¿Sientes que tienes que continuar tomando heroína una vez que has empezado a consumirla?" (ítem 7), explica el 51% de la varianza de la puntuación total del LDQ y es, por lo tanto, el síntoma que por sí sólo contribuye o "influye" más sobre el nivel de dependencia medida por esta escala. El segundo, "¿Llegar a conseguir un determinado efecto es para ti más importante que el tipo de sustancia que consumes?" (ítem 8), incrementa la predicción en un 20.5% por encima de lo que explicaba el primero. El tercero, "¿Consumir heroína es más importante para ti que cualquier otra cosa que puedas hacer durante el día?" (ítem 2), aumenta la capacidad predictiva en un 5% sobre los dos anteriores, y así sucesivamente. Finalmente, los valores de "Adj. R²" son los coeficientes de determinación ajustados que se corresponden con la estimación de los coeficientes de determinación de la población de referencia.



El coeficiente de correlación de Pearson observado entre las puntuaciones totales del LDQ y los valores del Índice de Definición (ID) para el diagnóstico de Trastorno por Dependencia de Opiáceos según criterios DSM-IV, tiene un valor de 0,51 (IC 95%=0,41-0,61). Esto indica que la validez concurrente del LDQ como estimador de la gravedad de la dependencia, en relación al criterio de referencia (gravedad de la dependencia según el ID) es moderada.

4. DISCUSIÓN

Los datos de este trabajo apoyan aceptablemente la fiabilidad y la validez de la escala LDQ como una medida inicial de la gravedad de la dependencia de opiáceos. Se observan discrepancias entre nuestros resultados y los proporcionados por Raistrick *et al.*, (1994), que atribuimos a diferencias muestrales y metodológicas. Así, el valor del coeficiente alfa de Cronbach referido por estos autores es más alto que el encontrado por nosotros (0,94 vs. 0,69). Estos datos no son comparables, ya que mientras el grupo británico realizó esta estimación sobre una muestra heterogénea compuesta por adictos a heroína y por dependientes del alcohol, en nuestro caso todos los pacientes son heroínómanos. Por otro lado, el valor observado de 0,63 del Coeficiente de Adecuación Muestral de la Matriz (MSA Test) también indica la homogeneidad de esta escala.

La estructura multifactorial que encontramos no apoyaría la unidimensionalidad observada por Raistrick, *et al.*, (1994), siendo difícil considerar otra explicación que las di-

ferencias muestrales o el método de extracción de factores empleado. Nosotros utilizamos el comúnmente aceptado criterio de Kaiser, por el cual se identifican aquellos factores cuyo autovalor (λ) es mayor o igual a la unidad, mientras que Raistrick y colaboradores no lo especifican en su trabajo. Por otro lado, en nuestro caso, la muestra está formada sólo por pacientes adictos a la heroína, mientras que el análisis realizado por aquellos autores se hace sobre una población diferente (dependientes de alcohol y heroína). El ítem que más influye en la puntuación total de la escala (r^2) es el 7, el cual hace referencia a la compulsión a continuar el consumo, lo que apunta a la centralidad de este atributo dentro del constructo que evalúa el LDQ.

La fiabilidad test-retest para las puntuaciones totales es aceptable (CCI=0,66), siendo moderada la concordancia ítem a ítem. No podemos comparar este dato con el valor encontrado por Raistrick *et al.*, (1994), ya que mientras que nosotros hemos calculado el coeficiente de correlación intraclases, estos autores no han precisado el procedimiento de cálculo (aunque parece que hayan podido determinar el coeficiente de correlación lineal, con un valor de $Rho=0,95$). Actualmente se considera que el coeficiente de correlación intraclases es el estimador más adecuado de la fiabilidad, ya que el coeficiente lineal tiende a sobrevalorarla (Bartko, 1996). Otra de las razones de esta discrepancia es el tiempo utilizado entre ambas evaluaciones; mientras que en nuestro trabajo éste ha sido de siete días e igual para todos los pacientes, en el estudio británico el período ha sido menor y desigual entre los sujetos. En la interpretación de los valores de los coeficientes



de fiabilidad debe tenerse en cuenta el tiempo test-retest. Si éste es demasiado corto, el recuerdo de las puntuaciones dadas en la primera valoración puede afectar al retest, y si es demasiado largo aumenta la probabilidad de que varíe la conducta objeto de estudio.

Un aspecto particularmente interesante es el de la validez de esta escala. Raistrick *et al.*, proponen al LDQ como una medida dimensional del nivel de dependencia, entendida como un fenómeno "puramente psicológico" en el que no incluyen explícitamente ni la tolerancia ni el síndrome de abstinencia, aunque sin llegar a negar totalmente su participación en él. Para ellos, los efectos farmacológicos de las drogas sobre el sistema nervioso central se manifestarían como cogniciones y/o comportamientos, que a su vez condicionarían las respuestas cognitivas y conductuales que conforman la adicción. Desde aquí niegan el carácter "psicobiológico" del síndrome de dependencia a favor de una concepción "puramente psicológica". El contenido de las preguntas del LDQ obedece a este esquema teórico. Así, por ejemplo, la pregunta 5 (*¿Consumes heroína de tal manera que aumente el efecto que produce?*) valoraría un pensamiento y una conducta que podría presentarse como una respuesta a la tolerancia ("Incremento del efecto"). La pregunta 8 (*¿Llegar a conseguir un determinado efecto es para ti más importante que el tipo de sustancia que consumes?*) evaluaría la "primacía de efecto", entendida como una cognición asociada al síndrome de abstinencia. En su trabajo, Raistrick, *et al.*, (1994) encuentran que sus pacientes tienen dificultades para entender estas dos preguntas. Nosotros hemos observado lo mismo entre los sujetos de nuestro estudio, medido por el número de

solicitudes de aclaración del significado de las mismas. Además de ello, las preguntas 8 y 5 son las que cuentan con la mayor varianza de toda la escala (1,41 y 1,40 respectivamente), lo que en parte puede explicar una disparidad de puntuaciones atribuible a una ambivalencia en el significado de las mismas. Pensamos que este intento de querer "psicologizar" los conceptos de tolerancia y síndrome de abstinencia no parece aportar nada significativo.

Por otro lado, se observa una situación paradójica. Raistrick y colaboradores afirman que el concepto de dependencia que evalúa el LDQ "mide el mismo fenómeno que los correspondientes criterios CIE-10, que son muy similares a los del DSM-III-R". Sin embargo, llama la atención que el criterio de referencia empleado para analizar la validez concurrente sea la *Severity of Opiate Dependence Scale (SODQ)* de Sutherland *et al.*, (1986, 1988) (un cuestionario que enfatiza la importancia del síndrome de abstinencia y de la tolerancia), en vez de utilizar instrumentos contruidos sobre los criterios CIE o DSM. El coeficiente de correlación observado por el grupo británico entre el LDQ y el SODQ es relativamente bajo ($r=0,33$), lo cual es lógico, ya que se trata de dos concepciones distintas de la dependencia, una más "biológica" (SODQ) y otra supuestamente más "psicológica" (LDQ). Los autores del LDQ hacen, a nuestro juicio, una interpretación muy libre de este dato al afirmar que el SODQ "es una débil medida de la dependencia", proponiendo al LDQ como la alternativa más válida.

Precisamente, uno de los objetivos de nuestro trabajo ha sido conocer la relación existente entre el LDQ y los criterios DSM-IV de dependencia de opiáceos. El valor que encontramos apoyaría moderadamente la



validez del LDQ como una medida de la gravedad de la dependencia (aceptando los criterios DSM-IV como patrón de referencia). Esto indica que el LDQ estaría evaluando un constructo teórico algo diferente del que definen los criterios DSM-IV, debido en parte a la confusa forma de evaluar el síndrome de abstinencia y la tolerancia por parte del LDQ (ítems 5 y 8). En nuestra opinión, esto refleja una vez más la división tan artificial que a veces se pretende establecer entre una supuesta dependencia física y otra psicológica. La realidad es que el síndrome de abstinencia puede verse influido por aspectos cognitivos y, alternativamente, la conducta de búsqueda, el *craving* y el control de impulsos tienen unos determinantes neurobiológicos claros. Los criterios DSM-IV definen la dependencia como un concepto bioconductual y unidimensional, que por su globalidad, permiten la valoración de ambos aspectos. Entendemos que una escala, por muy breve que sea, debe contener todos estos elementos. Coincidimos con los autores del LDQ en la necesidad de evaluar y medir operativamente algunos de los elementos específicos del síndrome de dependencia, tales como el *craving*, la compulsión hacia el consumo y el deterioro de la capacidad de control, aunque sin olvidar que son elementos particulares del síndrome y no el síndrome mismo.

Una de las limitaciones de nuestro trabajo viene dada por el tamaño muestral. Aunque éste ha sido suficiente para permitir que las estimaciones de los parámetros calculados sean estadísticamente significativas, un número superior de sujetos habría aumentado la precisión de aquéllas. Por otro lado, este estudio no aporta datos para la utilización del LDQ como un instrumento de *screening* (validez predictiva de criterio). Un análisis de este tipo

supondría acceder y evaluar a sujetos con consumos de heroína bajos, con patrones recreativos o discontinuos y que no reuniesen criterios de dependencia. Esto es particularmente difícil en la adicción a la heroína, ya que la mayoría de los pacientes tratados en los centros de toxicomanías presentan el diagnóstico de dependencia (González-Saiz, 1997) y los sujetos con consumos esporádicos de heroína forman parte de una población "oculta" o de difícil acceso. Estudios ulteriores deben considerar estos aspectos. Igualmente quedaría pendiente la evaluación de la fiabilidad y la validez de esta escala entre sujetos con dependencia de sustancias de abuso distintas de la heroína.

El LDQ puede tomarse en consideración como un instrumento alternativo para la evaluación de la gravedad de la dependencia de opiáceos. Coincidimos con sus autores en que su ámbito principal de aplicación es la investigación y no la clínica. En concreto, podría ser particularmente útil cuando el objetivo de un estudio fuese la evaluación de la efectividad de los programas asistenciales. Los sistemas de monitorización de resultados, de importancia creciente en toxicomanías, necesitan de instrumentos válidos, breves y ágiles que administrados a los pacientes en un régimen periódico, suministren información útil para la toma de decisiones y la optimización de los recursos.

BIBLIOGRAFIA

Babor, T.F.; Cooney, N.L.; Lauerman, R.J. (1987) The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behaviour: An empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts. *British Journal of Addiction*, 82: 393-405.



- Bartko, J.J.; Carpenter, W.T.** (1976) On the methods and theory of reliability. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 163(5): 307-317.
- Bartko, J.J.** (1996) Some issues for consideration in multi-site and international reliability studies, en : M. Moscarelli; A. Rupp y N. Sartorius (Eds.), *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy, Volume I, Schizophrenia*, (New York, John Wiley & Sons).
- Bartlett, M.S.** (1950) Test of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 3(2): 77.
- Bartlett, M.S.** (1951) A further note on test of significance in factor analysis, *British Journal of Psychology*, 4(1): 1.
- Cohen, J.** (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20: 37-46.
- Cronbach, L.J.** (1951) Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16: 297-334.
- Edwards, G.; Gross, M.M.** (1976) Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1: 1058-1061.
- Edwards, G.; Gross, M.M.; Keller, M.; Moser, J.; Room, R. (Eds.)** (1977) *Alcohol-related disabilities*. WHO Offset Publ. No.32 (Geneva, WHO).
- Edwards, G.** (1986) The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81: 171-183.
- Feinstein, A.R.** (1985) *Clinical Epidemiology* (Philadelphia, Saunders).
- González-Saiz, F.M.** (1997) *Estandarización de un instrumento de evaluación multidimensional en los trastornos adictivos*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- Gossop, M.; Darke, S.; Griffiths, P.; Hando, J.; Powis, B.; Hall, W.; Strang, J.** (1995) The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamines users. *Addiction*, 90:607-614.
- Gossop, M.; Best, D.; Marsden, J.; Strang, J.** (1997) Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3): 353 (Letters to the Editor).
- Kaiser, H.G.** (1965) Alpha factor analysis. *Psychometrika*, 30: 1-14.
- Kaiser, H.G.** (1970) A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35: 401.
- Raistrick, D.; Bradshaw, J.; Tober, G.; Weiner, J.; Allison, J.; Healey, C.** (1994) Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction*, 89: 563-572.
- Rounsaville, B.J.** (1992) Métodos para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en adictos a opiáceos, En: Casas, M. (Ed.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías* (Barcelona, Ediciones en Neurociencias).
- Rounsaville, B.J.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.** (1986) Proposed changes in DSM-III Substance Use Disorders: Description and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 143 (4): 463-468.
- Shrout, P.E.; Fleiss, J.L.** (1979) Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86: 420-428.
- Shrout, P.E.** (1995) Reliability, en: M.T. Tsuang; M. Tohen; G.E.P. Zhaner *Textbook in*



Psychiatric Epidemiology (New York, John Wiley & Sons).

Stevens, J. (1992) *Applied multivariate statistics for the social sciences* (Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum).

Sutherland, G.; Edwards, G.; Taylor, C.; Phillips, G.; Gossop, M.; Brady, R. (1986) The measurement of opiate dependence. *British Journal of Addiction*, 78: 145-155.

Sutherland, G.; Edwards, G.; Taylor, C.; Phillips, G.; Gossop, M. (1988) The opiate dependence syndrome: replication study using the SODQ in a New York clinic. *British Journal of Addiction*, 83: 755-760.

Topp, L.; Mattick, R.P. (1997) Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92(7): 839-845.

Vázquez-Barquero, J.I.; Gaite, L.; Artal Simon, J.; Arenal, A.; Herrera Castanedo, S.; Díez-Manrique, J.F.; Cuesta-Nuñez, M.J.; Higuera, A. (1994) Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica "Sistema SCAN" ("Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuopsiquiatría"). *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 22(3): 109-120.

Vázquez-Barquero, J.L.; Gaite, L. (1995) *CATEGO 5. Manual de los programas de introducción de datos y elaboración diagnóstica* (Universidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria, Pfizer, edición limitada).

Wing, J.K.; Babor, T.; Brugha, T.; Burke, J.; Cooper, J.E.; Giel, R.; Jablenski, A.; Regier, D.; Sartorius, N. (1990) SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47: 589-593.

Agradecimientos.

Queremos agradecer al Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (Exma. Diputación Provincial) y a la Oficina del Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía el haber posibilitado el trabajo de campo. Este estudio forma parte del proyecto de investigación PM-1170 financiado por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT). Nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Raistrick por su autorización expresa a nuestro grupo para la traducción, adaptación y validación del LDQ.



ESCALA DE DEPENDENCIA DE LEEDS

Francisco González-Saiz y Luis Salvador Carulla (1997)

Versión española del Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) de Raistricke, et al., (1994)

Preocupación

1. ¿Sueles pensar acerca de cuándo vas a consumir heroína de nuevo?.

Prioridad del consumo

2. ¿Consumir heroína es más importante para ti que cualquier otra cosa que puedas hacer durante el día?.

Compulsión hacia el inicio del consumo

3. ¿Sientes que la necesidad de consumir heroína es demasiado fuerte de controlar?.

Planificación en torno al consumo

4. ¿Planificas el día en torno a conseguir y consumir heroína?.

Incremento del efecto

5. ¿Consumes heroína de tal manera que aumente el efecto que produce?.

Estrechamiento del repertorio

6. ¿Consumes heroína por la mañana, por la tarde y por la noche?.

Compulsión a continuar el consumo

7. ¿Sientes que tienes que continuar tomando heroína una vez que has empezado a consumirla?.

Primacía de efecto

8. ¿Llegar a conseguir un determinado efecto es para ti más importante que el tipo de sustancia que consumes?.

Constancia en el estado

9. ¿Deseas consumir más cuando el efecto comienza a desaparecer?.

Inclinación cognitiva

10. ¿Encuentras difícil afrontar la vida sin consumir heroína?.

(NOTA: Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas codificadas de la siguiente forma; 0=Nunca; 1=A veces; 2=A menudo; 3=Casi siempre. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones particulares de cada ítem, y oscila en un rango de 0 a 30. Las frases en cursiva que preceden a cada pregunta corresponden a los conceptos que evalúan cada uno de los ítems, no siendo necesario que aparezcan en la versión autocumplimentada por el paciente).