

# EVALUACIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS

*Emilio Sánchez Hervás, Noemí Molina Bou, Reyes del Olmo Gurrea y Vicente Tomás Gradolí*

**RESUMEN** La evaluación de las conductas adictivas ha seguido proceso paralelo acorde con la necesidad de contar con criterios objetivos para comprobar el modo en que consumen drogas las personas. A pesar de las dificultades que implica la evaluación (y el tratamiento) de este tipo de pacientes, se han producido importantes avances en los últimos años: novedades conceptuales, nuevas técnicas de medida y procedimientos de diagnóstico que contribuyen a mejorar el diseño de los tratamientos.

En este artículo se pretende revisar los criterios planteados por los sistemas de clasificación diagnósticos al uso, los procedimientos de evaluación más utilizados y las principales medidas que deberían incluirse en las valoraciones de los sujetos con problemas de adicción a drogas. Se señalan los procedimientos de entrevista clínica, autoinformes y análisis funcional como las herramientas fundamentales en la evaluación de este tipo de pacientes.

**PALABRAS CLAVE** Evaluación, drogas, conductas adictivas.

**ABSTRACT** The assessment of the addictive behaviors has followed agreed parallel process with the need by counting on objective criteria to prove the manner in which consume drugs the people. In spite of the difficulties that implies the assessment (and the treatment) of this type of patients, they have been produced important advances in the last years: conceptual news, new technical of measure and diagnosis procedures that contribute to improve the design of the treatments.

In this article is intended to check the criteria outlined by the diagnostic classification systems to the use, the assessment procedures more used and the principals measured than they would have to be included in the evaluations of the subjects with addiction problems drugs. They are indicated the interview procedures clinical, auto-reports and functional analysis as the fundamental tools in the assessment of this type of patients.

**KEY WORDS** Assessment, drugs, addictive behaviors.

## INTRODUCCIÓN

La eficacia de un programa de intervención en drogodependencias depende en gran medida del análisis de los factores que están presentes en la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva. Los pacientes presentan una forma de comportamiento único y específico, lo que requiere una comprensión adecuada de dicho comportamiento, las características diferenciadoras del sujeto respecto a los demás, el ambiente del sujeto, su historia familiar etc.

Puede parecer obvio, señalar la importancia de los instrumentos de evaluación en esta área. No obstante, es pertinente ya que su utilización aún es escasa y claramente insuficiente. Esto puede deberse a la limitada disponibilidad en nuestro medio de instrumentos validados, a un conocimiento parcial de los mismos y a una crítica inespecífica sobre su utilidad, unas veces

por este desconocimiento y otras por prejuicios de escuela. Los instrumentos de evaluación y diagnóstico en drogodependencias tienen diversas aplicaciones tanto en la clínica como en la evaluación de programas y en la investigación. Su utilidad surge de la necesidad de encontrar herramientas de medida puestas al servicio del método científico para el avance de los conocimientos sobre los trastornos adictivos (Gonzalez-Sáiz, 1999).

### *Sistemas de clasificación diagnóstica*

Los sistemas de clasificación al uso; DSM-IV, (APA, 1994) y CIE-10, (OMS, 1995), incluyen secciones sobre trastornos mentales y conductuales debido al uso de sustancias psicoactivas. En ambas clasificaciones se incluyen las definiciones de los distintos síndromes y un conjunto de criterios que permiten a clínicos e investigadores juzgar si un determinado caso se ajusta

a la definición. Aunque entre ambos sistemas de clasificación existen algunas diferencias en las definiciones y criterios propuestos, en ambos sistemas clasificatorios se ha adoptado un modelo dimensional para conceptualizar la dependencia, aunque de forma más clara, en la clasificación propuesta por la OMS (CIE-10) el concepto de síndrome de dependencia ocupa un lugar central.

### ***Criterios diagnósticos***

Los criterios diagnósticos correspondientes a los trastornos relacionados con sustancias se presentaran según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994), por ser éstos los que habitualmente se utilizan en el diagnóstico de estos pacientes. Se comentaran asimismo, las diferencias de dichos criterios con los que se presentan en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992).

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos partes; por un lado aquellos atribuidos al consumo (dependencia y abuso) y, aquellos inducidos por el consumo de la sustancia. Los trastornos de dependencia y abuso no poseen criterios específicos para cada sustancia y, se utilizan unos criterios generales para el consumo de sustancias.

El diagnóstico de dependencia de sustancias exige la obtención de una historia detallada del sujeto, y, siempre que sea posible, debe recogerse información adicional de diversas fuentes (informes médicos, de la pareja, los familiares y los amigos íntimos). Son útiles los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas de laboratorio.

La vía de administración de las sustancias es un factor importante para determinar sus efectos (incluyendo el tiempo requerido para que aparezca la intoxicación, la probabilidad de que su consumo produzca cambios fisiológicos asociados a la abstinencia, la probabilidad de que su consumo lleve a la dependencia o al abuso y si los patrones de consumo se caracterizaran por intoxicaciones intermitentes o uso diario). Las vías de administración que producen una absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo (vía intravenosa, fumada o inhalada) tienden a provocar una intoxicación más intensa y un aumento de la probabilidad de un patrón de consumo en escalada, lo que conduce a la dependencia. Las vías de administración que permiten una llegada rápida de una gran cantidad

de sustancia al cerebro se asocian también al consumo de grandes cantidades y aumentan la probabilidad de efectos tóxicos.

Las sustancias que actúan rápidamente es más probable que produzcan intoxicación inmediata y lleven a la dependencia o al abuso, que las sustancias de acción más lenta. La duración de los efectos asociados a una determinada sustancia también es importante en la determinación del curso de la intoxicación y de su capacidad para la dependencia o el abuso. Las sustancias de acción corta tienden a tener un mayor potencial para la creación de dependencia o abuso que las sustancias con efectos parecidos, pero con un tiempo de acción más prolongado. La vida media de las sustancias tiene cierto paralelismo con aspectos de la abstinencia: cuanto mayor es la duración de la acción, mayor es el tiempo entre el cese e inicio de los síntomas de abstinencia y mayor es la probabilidad de duración de abstinencia.

La dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia de sustancias implica con frecuencia varias de ellas utilizadas simultánea o secuencialmente. Por ejemplo, sujetos con dependencia de la cocaína beben con frecuencia alcohol o toman ansiolíticos u opiáceos para contrarrestar los síntomas de ansiedad inducidos por la cocaína. Cuando se cumplen los criterios para más de un trastorno relacionado con sustancias, deben realizarse varios diagnósticos. El diagnóstico de dependencia de varias sustancias debe realizarse en algunos casos.

### ***Dependencia de sustancias***

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella (APA, 1994). Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la "necesidad irre-

sistible” de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de doce meses. La presencia de tolerancia (necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación -o el efecto deseado- o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis) y, la abstinencia (cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia), son determinantes para establecer el diagnóstico.

### **Abuso de sustancias**

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias (APA, 1994). Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con estas clases de sustancias. Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo periodo de tiempo sin presentar signos de dependencia.

### **Relación con los criterios diagnósticos de la CIE-10**

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 difieren en algunos aspectos a los que se presentan en el DSM-IV. En el caso de la dependencia la CIE-10 condensa los

criterios en cinco puntos y añade otro para la presencia del comportamiento de anhelo (craving) por la sustancia, que no se incluye en el DSM-IV. También difiere la forma en que se establece la significación clínica, mientras que en el DSM-IV debe de existir un patrón maladaptativo de consumo de la sustancia que provoque un malestar clínicamente significativo, en el CIE-10 se requiere la presencia de al menos un mes de los síntomas, o bien una repetición de los episodios durante un período de doce meses.

Respecto a los criterios para el abuso de sustancias, los criterios en el sistema CIE-10 (en el que al trastorno se le denomina consumo nocivo), resultan menos específicos que en el DSM-IV, ya que se requieren “pruebas evidentes de que el consumo de la sustancia es responsable de daños físicos o psicológicos

### **Instrumentos de evaluación**

Todo proceso de evaluación lleva consigo la necesidad de recoger información acerca del fenómeno a estudiar. Además, todo procedimiento científico de evaluación requiere una cuantificación de la información recogida, tanto con fines de comparación entre medidas de diferentes fenómenos, como si se trata de la comparación de medidas referentes a un mismo fenómeno en diferentes momentos y contextos. Tales requisitos no pueden satisfacerse si no es por medio de técnicas sistemáticas de evaluación y medida. No obstante, la evaluación clínica trasciende a los puros aspectos de medida, dado que se trata de llevar a cabo una interpretación de los datos de la medición con el fin de tomar una decisión acerca de la mejor forma de modificarlos. La evaluación clínica, por tanto, trasciende de la mera calificación actuarial, e intenta la integración de los múltiples datos provenientes de un individuo concreto (Roa, 1995).

En la evaluación de las características de los individuos pueden distinguirse según Cone (1977) entre técnicas directas o indirectas, según su nivel respectivo de objetividad o subjetividad. Así, las técnicas indirectas incluyen la entrevista, los procedimientos de autoinforme y la evaluación realizada por otros, mientras que las técnicas directas incluyen la autoobservación, la observación y los registros psicofisiológicos. A continuación se expondrán algunos aspectos de las técnicas que consideramos más relevantes en la evaluación de aquellas personas que presentan trastornos derivados del abuso y/o dependencia a sustancias.

**Tabla 1: Modelo de Entrevista en Conductas Adictivas**

**1. Datos de admisión**

Nº historia, fecha de admisión, procedencia (derivación), centro de salud de referencia, médico, acompañante y entrevistador.

**2. Datos sociodemográficos**

Edad, sexo, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, estado civil, hijos, datos de identificación (nº SS, DNI), teléfono de contacto.

**3. Historia biográfica**

Acontecimientos relevantes en la historia de vida. Datos sobre la infancia y adolescencia. Pautas de aprendizaje familiar. Acontecimientos vitales personales y familiares.

**4. Área legal**

Edad primera detención. Numero ingresos en prisión. Tiempo de estancia en prisión. Tipo de delitos cometidos. Judiciales pendientes.

**5. Área familiar**

Situación socio-económica familiar. Convivencia actual. Miembros que componen la familia. Calidad de las relaciones familiares (aspectos favorecedores y problemas en el núcleo familiar). Datos sobre la pareja (para solteros). Tipo de vivienda. Antecedentes psicopatológicos familiares (tipo de trastornos y tratamientos)

**6. Área laboral**

Trabajo actual. Historia laboral. Formación laboral. Ingresos.

**7. Área social**

Nivel educativo. fracasos. Intereses culturales. Deportes. Recursos comunitarios disponibles en el area. Participación en colectivos. Hábitos de vida. Conductas de riesgo.

**8. Área toxicológica**

Edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas. Frecuencia de administración anterior y actual para las diversas sustancias y vías de administración. Circunstancias en torno al inicio del consumo. Situación de consumo actual (inicio de pauta, sustancias, dosis y vías de administración en los últimos 30 días y en los últimos 6 meses). Tratamientos previos (desintoxicaciones ambulatorias, hospitalarias, ingresos en UDR, intentos a nivel privado y por cuenta propia).

**9. Área salud**

Antecedentes personales. Antecedentes familiares. Anamnesis y exploración, situación orgánica actual y tratamientos.

**10. Área psicopatológica**

Evaluación de presencia de respuestas de ansiedad. Valoración estado de ánimo. Alteraciones afectivas. Alteraciones comportamentales. Alteraciones del pensamiento. Alteraciones de la percepción. Alteraciones de la atención. Alteraciones de la memoria. Habilidades sociales. Distinguir entre situación de intoxicación y abstinencia para todas las alteraciones. Antecedentes psicopatológicos personales (tipo de tratamiento y duración).

**11. Demanda**

Fundamentación de la demanda (decisión propia, presión familiar o de pareja, problemas de salud, problemas económicos, problemas legales, otros). Motivación al tratamiento.

**12. Impresión diagnóstica**

**13. Observaciones a la historia**

**La entrevista clínica**

Posee un papel central durante todo el proceso de evaluación-tratamiento, no sólo como el instrumento más flexible para la recogida amplia de información en la fase previa a la intervención, sino también el sistema básico de interacción con el sujeto a lo largo de la intervención. Su utilidad proviene de múltiples funciones. Además de su función principal de recoger

información acerca de la conducta del sujeto y de sus interacciones con el ambiente, permite valorar e incrementar la motivación de los pacientes acerca del proceso de tratamiento, seleccionar otras estrategias de evaluación-intervención, establecer una relación cordial entre el clínico y la persona o recoger información histórica y biográfica del mismo (Roa, 1995). La entrevista es el eje sobre el cual basculan las restantes técnicas de evaluación.

La evaluación en consumidores de drogas debe de ser multidimensional, dado que existen diferentes áreas en el sujeto que pueden estar afectadas. Por tanto es importante establecer cuáles son las áreas que deben evaluarse. El objetivo es desarrollar un análisis operativo y funcional del comportamiento de uso de la sustancia.

En la *tabla 1* se presenta un modelo de entrevista para obtener la información necesaria que nos permita conceptualizar la problemática de cada paciente con respecto al consumo de sustancias psicoactivas.

El abordaje del paciente con problemas derivados del consumo de sustancias es un abordaje multidisciplinar. Por tanto en el proceso de evaluación (en este caso, la entrevista) participarán todos los profesionales que van a intervenir con el paciente, cumplimentando cada uno de ellos el área específica que le corresponde.

### **Entrevistas diagnósticas**

Si se desea un nivel mayor de estructuración en la entrevista o, los resultados de ésta quieren ser utilizados en investigación, pueden utilizarse las entrevistas diagnósticas. Las entrevistas diagnósticas son instrumentos que han de ser utilizados por personal especializado y entrenado previamente. Posiblemente la mayor utilidad de estas entrevistas radique, tal y cómo hemos comentado en su utilización en investigación. Entre ellas cabría citar la Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Wing, 1992), la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) (First y col, 1997a), el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (WHQ, 1993) y la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan y col, 1992, 1994; Ferrando y col, 1997).

### **Escalas de gravedad clínica de la adicción**

La evaluación de la gravedad de la dependencia se puede realizar, desde un punto de vista clínico, a partir de la presencia o no de los síntomas descritos y de las repercusiones que estos síntomas tienen en la vida de la persona. No obstante, existen una serie de instrumentos diseñados para tal fin que pueden resultar de gran utilidad. Los más utilizados y que han sido validados en nuestro país serían los siguientes: el Addiction Severity Index (ASI) (McLellan y cols., 1980; Guerra, 1992), la versión europea de dicho instrumento, el European Addiction Severity Index (EuropASI) (Kokkevi y Hartgers, 1995; Bobes y cols., 1996), el

Opiate Treatment Index (OTI) (Darke y cols., 1991; González-Saiz y cols., 1997), el Drug Taking Evaluation Scale (DTES) (Holsten y Waal, 1980; Vilalta, 1987), la Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop y cols., 1995; González-Saiz y Salvador-Garulla, 1998) y el Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) (Raistrick y cols., 1994; González-Saiz y Salvador-Garulla, 1999).

### **Autoinformes**

Los estudios de comorbilidad en pacientes diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias ponen de manifiesto que casi las tres cuartas partes de esos pacientes cumplen criterios de al menos un trastorno psiquiátrico distinto del uso-abuso de sustancias, siendo los más prevalentes los trastornos afectivos y de la personalidad. Por tanto, un abordaje comprensivo de estos pacientes debe de incluir siempre una evaluación detallada de los mismos, tratando de descartar la presencia concomitante de estas u otras patologías (SEP, 2000). Existen una serie de instrumentos que pueden resultar de utilidad al clínico para tal fin.

Se recomienda que el clínico utilice aquellas escalas de evaluación que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptadas y validadas en nuestro país.

**Autoinformes para la evaluación del Eje I:** para los trastornos afectivos cabe señalar la Hamilton Depression Scale (HAM-D) (Hamilton, 1960), la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery y Asberg, 1979), el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck y col, 1961), la Zung Self-Rating Depression Scale (Zung-SDS) (Zung, 1965) o la Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) (Bech y Rafaelsen, 1980). Los trastornos de ansiedad podrían ser evaluados mediante la utilización de la Hamilton Anxiety Scale (HAS) (Hamilton, 1959) o el State Trait Anxiety Inventory de Spielberger (STAI) (Spielberger y col, 1970). La Symptom Checklist List (SCL-90) (Derogatis y Cleary, 1977), su versión revisada SCL-90-R (Derogatis, 1983), así como la versión abreviada de la misma Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1975) permiten evaluar diversas dimensiones y varios índices globales de psicopatología.

En el caso de los trastornos psicóticos, las escalas más utilizadas usualmente son la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay y col, 1987), las Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms (SAPS, SANS) (Andreasen 1984a, 1984b) y la Brief

Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall y Gorham, 1962). Se puede descartar la presencia de trastornos mentales orgánicos mediante la utilización de baterías neuropsicológicas que van desde las más sencillas, como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo y col, 1979), hasta muy complejas, como las baterías de Luria-Nebraska (Golden, 1981), Halstead-Reitan (Reitan y Davison, 1974) y el test de Barcelona (Peña-Casanova, 1990). El Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS) (Wechsler, 1955, 1958) ha sido frecuentemente empleado para evaluar el deterioro cognitivo en función del decalaje existente entre la puntuación verbal y la manipulativa. El Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Grant y Berg, 1948), podría ser utilizado en la evaluación de las funciones frontales o ejecutivas.

**Autoinformes para la evaluación del Eje II:** en el caso de los trastornos de la personalidad, existen diversos instrumentos que pueden resultar adecuados a la hora de identificar o descartar presencia de un trastorno específico; dos de ellos parecen especialmente útiles y son los más utilizados por clínicos e investigadores: el International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger y col, 1994; López Ibor y col, 1996) y la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) (First y col, 1997). Esta última entrevista cuenta con una versión española validada por Gómez Beneyto, que se encuentra en trámites de publicación.

**Autoinformes para la evaluación de otras variables:** se dispone asimismo de otros instrumentos que evalúan dimensiones cognitivas, actitudes, creencias, etc y que pueden ser útiles en el proceso de evaluación: Escala de Indefensión de Beck (BHS) (Beck y col, 1974), mide expectativas negativas en relación con el futuro. Escala de actitudes disfuncionales (DAS) (Weissman y Beck, 1978). Escala de creencias sobre el abuso de sustancias (Beck y col, 1993). Escala de predicción de recaídas (RPS) (Beck y col, 1993). Cuestionario de creencias sobre el craving (CBQ) (Beck y col, 1993).

Para la evaluación del craving, se dispone de instrumentos para distintas sustancias, los más conocidos son: para el craving a la cocaína el Cocaine Craving Questionnaire (Tiffany y col, 1993), el Minnesota Cocaine Craving Scale (Halikas y col, 1991) y, el Test of Cocaine Craving (Voris y col, 1991). Entre las escalas para evaluar el craving al alcohol se incluyen el Alcohol Urge Questionnaire (AUQ) (Bohn y col, 1995), the Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)

(Anton y col, 1995; 1996), the Alcohol Questionnaire-Now (ACQ-Now) (Singleton y col, 1995), and the Alcohol Craving Scale (Flannery y col, 1999).

La evaluación de la motivación al tratamiento es un aspecto importante en dependientes a drogas. Para dicha evaluación se dispone de instrumentos que utilizan el modelo teórico de procesos de cambio de Prochaska y Diclemente. Entre esos instrumentos destacamos la University of Rhode Island Change Assessment (URICA) (Prochaska y DiClemente, 1984), mide etapas generales de cambio. La Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) evalúa las etapas de cambio para el alcohol y otras drogas (Montgomery y col, 1990). En nuestro país existe una versión en castellano del Inventario de Procesos de Cambio (Tejero y Trujols, 1994).

**Autoinformes para la evaluación del uso de alcohol:** el uso-abuso de alcohol es una de las características presentes en las distintas conductas adictivas, por lo que su evaluación será también importante, además de en los casos de alcoholismo, en los demás comportamientos adictivos. Existen algunos instrumentos que pueden utilizarse como el Test de Discriminación de Alcoholismo de Michigan (MALT) (Selzer, 1971), el Cuestionario de Alcoholismo CAGE (Ewing y Rose, 1970) y el Test de Alcoholismo de Munich (MALT) (Feuerlin y col, 1976). Otra escala disponible que se ha confeccionado en nuestro país es la Escala de Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA) de Rubio y col, (1998).

### **Pruebas de laboratorio**

Los análisis de laboratorio de muestras de sangre y orina ayudan a determinar el consumo reciente de una sustancia. Los niveles sanguíneos ofrecen información adicional sobre la cantidad de sustancia todavía presente en el organismo. Hay que señalar que un análisis de sangre u orina positivo no indica por sí mismo que el sujeto tenga un patrón de consumo de sustancias merecedor del diagnóstico de trastorno relacionado con sustancia, y que un resultado negativo del análisis de sangre u orina no descarta por sí mismo el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias.

Sirven para detectar todas las sustancias de abuso y constituyen un procedimiento imprescindible tanto para la evaluación como para el tratamiento. Proporciona la medida más objetiva para detectar el consumo por parte del paciente (Graña, 1994). Su utilidad

terapéutica estriba en: proporcionar un indicador objetivo sobre la evolución del tratamiento para el paciente, el terapeuta y la familia; y en reforzar la habilidad del paciente para resistir y afrontar el deseo de consumo.

### **Otros procedimientos**

Dadas las características del abordaje del sujeto dependiente a drogas, las técnicas de evaluación indirectas que hemos comentado previamente (entrevista y autoinformes) son las más indicadas para utilizar con este tipo de pacientes. No obstante, también se utilizan las técnicas directas (observación, auto-observación y registros psicofisiológicos) aunque su uso es más restringido.

Respecto a la observación, hay que señalar que su uso se limita a los tratamientos en régimen cerrado y a los informes que puedan aportar familiares y allegados al paciente. Los registros psicofisiológicos, dado su alto coste, se utilizan fundamentalmente con fines de investigación.

Respecto a la auto-observación su uso muy amplio, no sólo en la evaluación inicial, sino en todas las fases del tratamiento. La aplicación de esta técnica conlleva el que los individuos registren la aparición u otras características relativas a sus propias conductas, tanto en forma continua como en momentos determinados. Los objetos de observación son diversos (conductas abiertas, pensamientos, estados subjetivos, interacciones conducta-ambiente, etc) y dependerán de la información que en cada momento se desee obtener.

Finalmente señalar, que resulta indispensable una completa evaluación fisiológica de los pacientes que incluya: un examen médico completo y una evaluación detallada del síndrome de abstinencia y del deseo de consumo.

### **Análisis funcional**

El Análisis Funcional se utiliza para recopilar toda la información clínicamente útil. Es considerado una aproximación fenomenológica, que no corresponde a una teoría psicológica concreta, aunque manifiesta relaciones más obvias con los modelos conductuales y cognitivos. Está basado en los principios de aprendizaje y de la secuencia comportamental descritos por Skinner, el modelo bifactorial de Mower, el modelo de Kanfer y Phillips, y los trabajos de Kantor (Segura y col, 1991).

El Análisis Funcional no permite hacer un análisis detallado del problema, determinando las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas del individuo. La meta final es aportar una descripción cuidadosa del problema, que facilite el establecimiento de planes de intervención lo más eficaces posibles, por lo que complementa a las clasificaciones diagnósticas (DSM IV, CIE 10), que son clasificaciones sindrómicas con un carácter meramente descriptivo. Las características esenciales son: mostrar específicamente las variables de las que la conducta problema es una función, y la naturaleza de la relación entre la conducta y esas variables. La conducta se considera en función de sus antecedentes y sus consecuencias. La secuencia funcional representa el comportamiento puntual del sujeto ante un ambiente o entorno estimular concreto y con unas consecuencias específicas. Por lo que, es importante conocer la topografía de la conducta de consumo.

Los elementos diferenciados, en su topografía son la función estimular y la función de respuesta. La función estimular representa la incidencia del entorno haciendo más probable un tipo de respuesta por parte del sujeto. La función de respuesta, por otra parte, nos demuestra los pensamientos, las sensaciones fisiológicas y las conductas que el sujeto realiza. También es importante destacar dentro del análisis funcional elementos como: otras respuestas problema, las relaciones sociales (familia, pareja, amigos...), sus repercusiones a nivel social, laboral y económico, la historia de aprendizaje, el estilo personal, las habilidades de afrontamiento y los tratamientos anteriores.

Mediante el Análisis Funcional se intenta demostrar al individuo la función que juega la droga en sus vidas. Se utiliza como una herramienta que facilite el trabajo con algunos de los problemas clínicos difíciles que una población de drogodependientes presenta, tales como la frecuente tendencia observada a subestimar la seriedad de sus problemas o la necesidad de un cambio de conducta. El primer objetivo es animar a los individuos a que perciban su problema no como una totalidad, sino como un grupo de problemas identificables observando los episodios de consumo de la sustancia y las características que tienen en común. Los episodios se definen como cadenas conductuales que demuestran las relaciones que existen entre los hechos o contextos ambientales, su respuesta interna a ellos, el consumo de droga y las consecuencias de esta conducta.

Si los sujetos no poseen un repertorio de comportamientos adecuados para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo que se le presenten, experimentarán un descenso de su autoeficacia acompañado de un gran sentimiento de desesperanza. Dentro del marco general de prevención de recaídas se intentará dotar a cada individuo de las estrategias y habilidades adecuadas para enfrentarse a dichas situaciones, propiciando un cambio en su "estilo de vida" y una modificación de sus actitudes hacia las expectativas positivas sobre el consumo de la sustancia.

Es fundamental que entre terapeuta e individuo se establezcan desde un principio y después de revisado el análisis funcional que se realiza, los primeros pasos de la intervención y el mecanismo que se va a seguir. El punto fundamental sobre el cual incidir será la implicación del sujeto en el acuerdo terapéutico. La intervención psicológica individual, aunque sujeta a un plan metodológico de referencia, determinado por los diferentes estadios por los que discurre el paciente, es específica y diferencial para cada sujeto, debido a que las posibles patologías psicológicas y los problemas que puedan aparecer tanto en su adaptación como posterior evolución en el programa terapéutico son específicos y, por lo tanto, deben ser tratados de manera diferenciada.

## Discusión

Ya se mencionó con anterioridad que la eficacia de un programa de intervención en conductas adictivas depende del análisis de los factores que están presentes en la adquisición y mantenimiento de dicha conducta. Por tanto, la evaluación (comprensión) de los mecanismos presentes en el comportamiento adictivo de cada individuo, resulta una tarea fundamental para planificar dicha intervención.

Además de su adecuación en la comprensión de los problemas clínicos, la evaluación es indispensable en el ámbito de la investigación. Uno de los principales focos de interés de la investigación en el campo de las conductas adictivas, es el estudio de la efectividad de las distintas alternativas de tratamiento. La evaluación de los resultados del tratamiento de los problemas relacionados con la dependencia de sustancias, requiere de la existencia de un lenguaje común y de un conjunto de medidas estandarizadas (Rounsaville, 1993). Durante mucho tiempo, y a pesar de las continuas recomendaciones para la utilización de los distintos instrumentos de evaluación, su uso ha sido escaso hasta hace pocos años.

Las ventajas de utilizar este tipo de medidas son claras. Uno de los elementos básicos del método científico es la comprobación sucesiva de hipótesis. En general, cada estudio de investigación se diseña para responder a una única pregunta, por lo que el análisis de la consistencia de los resultados debe realizarse a través de la comparación de distintos trabajos. Esta tarea será posible si los procedimientos de evaluación son comparables entre sí. El avance en los conocimientos sobre conductas adictivas depende en parte, de una mayor y más correcta utilización de las distintas estrategias de evaluación disponibles.

## Referencias Bibliográficas

- Andreassen, N. (1984a). *The scale for the assesment of positive symptops (SAPS)*. University of Iowa.
- Andreassen, N. (1984b). *The scale for the assesment of negative symptops (SANS)*. University of Iowa.
- Anton, R.; Moak, D.; Latham, P. (1995). The obsessive-compulsive drinking scale. A self rated instrument for the quantification of troughs about alcohol and drinking behavior. *Acoholism: Clinical and Experimental Research*, 19: 92-99.
- Anton, R.; Moak, D.; Latham, P. (1996). The obsessive-compulsive drinking scale. A new method of assesing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry*, 53: 225-231.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-IV*. Ed. Masson.
- Beck y col. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB. Bilbao
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press. New York.
- Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 4: 561-571.
- Beck, A.; Wright, F.; Newman, C.; Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press. New York.
- Bech, P.; Rafelsen, O. (1980). The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scan*, 62 (285): 128-131.
- Bobes, J.; Gonzalez, M.; Saiz, P.; Bousño, M. (1996). Índice Europeo de la severidad de la Adicción: EuropASI (versión española). *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*: 201-218.



- Bohn, M.; Krahn, D.; Staehler, B. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Clinical and Experimental Research*, 19: 600-606.
- Cone, J. (1977). Confounded comparisons in triple response mode assesmen research. *Ponencia presentada en el Simposium on Issues in Anxiety and Behavior Assesment*. Atlanta.
- Darke, S.; Hall W.; Wodak, A.; Heather, N.; Ward, J. (1992). Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *Br. J. Addict*; 87:733-742.
- Derogatis, L.; Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. A study in construct validation. *J. Clin. Psychology*, 33(4): 981-989.
- Derogatis, L. (1975). "Brief Symptom Inventory". Baltimore. *Clinical Psychometric Research*.
- Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionarie. *JAMA*, 252: 1905-1907.
- Ferrando, L.; Bobes, J.; Gibert, J.; Lecrubier, Y. (1997). Mini International Neuropsychiatric Interview. En: Bobes J, Bousoño M, González MP, eds.: *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria*, 2. ed. Oviedo: Gofor.
- Feuerlein, W.; Ringer, C.; Kufner, H. (1976). Diagnosis of alcoholism: The Mucnich Alcoholism Test. En M. Gallanter (ed). *Currents in alcoholism*, XXI. New York. Grunen y Straton.
- First, M.B.; Gibbon, M.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W.; Benjamin, L.S. (1997b). *User's guidefor the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-I y Axis II Disorders. (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon, M.; Williams, J.B.W. (1997a). *User guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Flannery, B.; Volpicelli, J.; Pettinati, H. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Aclohohism: Clinical and Experimental Research*, 23: 1289-1295.
- Golden, C.J. (1981). *An standardized version of Luna's neuropsychological tests*. New York: Wiley-Interscience.
- González Saiz, F. (1999). Instrumentos de evaluación y diagnóstico en drogodependencias. *Encuentro sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz.
- González Saiz, F.; Salvador-Carulla, L. (1998). Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale (SDS). *Adicciones*; 10:223-232.
- González Saiz, F.; Salvador-Carulla, L. (1999). Análisis de la fiabilidad y validez de la versión española de la escala Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) en una muestra de pacientes con dependencia de opiáceos. *Revista Española de Drogodependencias*; 24:45-60.
- González Saiz, F.M.; Salvador Camila, L.; Martínez Delgado, J.M.; López Cárdenas, A.; Ruz Franzí, I.; Guerra Díaz, D. (1997). *Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Gossop, M.; Darke, S.; Griffiths, P.; Hando, J.; Powis, B.; Hall, W. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS). psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocatne and amphetamines users. *Addiction*; 90:607-614.
- Grant, D.A.; Berg, E.A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *J. Exp. Psychol.*; 38:404-411.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Debate. Madrid.
- Guerra, D. (1992). Addiction Severity Índex (ASI). un índice de severidad de la adicción. En: Casas M, ed.: *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 59-90.
- Halikas, J.; Khun, K.; Crea, S. (1992). "Treatment of crack cocaine use with carbamezapine". *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 18(1). 45-56.
- Halikas, J.; Kuhn, K.; Crosby, R.; Carlson, G.; Crea, F. (1991). The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 32(1): 22-27.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit. J. Med. Psychol.*; 32:50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*; 23:56-62.
- Holsten, F.; Waal, H. (1980). The DTES-Drug Taking Evaluation Scale for the evaluation of drug taking behaviour. *Acta Psychiat. Scand*; 6 1:275-305.
- Holland, J. y Skinner, B. (1987). *Análisis de la conducta*. Texto programado. Trillas. México.
- Kay, S.R.; Fiszbein, A.; Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*; 13: 261-276.
- Kokkevi, A.; Hartgers, C. (1995). EuropASI: european adaptation of a multidimensional assessment instrument

- for drug and alcohol dependence. *Eur. Addict. Res*; 1:208-210.
- Lobo, A.; Ezquerro, J.; Gómez, F.B.; Sala, J.M.; Seva, A. (1979). El Mini Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en los pacientes médicos. *Actas Luso-E. sp. Neurol. Psiquiatr.*; 7:189-202.
- López-Ibor Aliño, J.J.; Pérez Urdaniz, A.; Rubio Larrosa, V. (1996): IPDE. *International Personality Disorder examination*. Madrid: Meditor.
- Loranger, A.W.; Sartorius, N.; Andreoli, A.; Berger, P.; Buchheim, P.; Channabasavanna, S.M. (1994). The International Personality Disorder Examination. *Arch. Gen. Psychiatry*; 51:215-224.
- Montgomery, S.A.; Asberg, M.A. (1979): A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry*; 134: 382-389.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10. Meditor. Madrid.
- Overall, J.E.; Gorham, D.R. (1960). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol. Rep.* 1962; 10:799-812.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica*. Test Barcelona. Toray-Masson.
- 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.
- Reitan, R.M.; Davison, L.A. (1974). *Clinical neuropsychology: current status and application*. New York: John Wiley and Sons.
- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. CEPE. Madrid.
- Rounsaville, B.J. (1993). Overview: rationale and guidelines for using comparable measures to evaluate substance abusers, en : Rounsaville, B.J.; Tims, F.M.; Horton, A.M.; Sowder, B.J. (Eds.), *Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment*, pp. 1-10 (Rockville, U.S. Department of Health and Human services; National Institute on Drug Abuse).
- Rubio, G.; Urosa, B.; Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*, vol. 15, supl. 1, pp: 44-47.
- Segura, M.; Sánchez, P.; Barbado, P. (1991). *Análisis Funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Universidad de Granada.
- Selzer, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnosis instrument. *Am. J. of Psychiatry*, 3: 176-181.
- Singleton, E.; Gorelik, D. (1998). Mechanism of alcohol craving and their clinical implications. In Gallanter I. (ed). *Recents developements in alcoholism*. New York Plenum Press.
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). (2000). *Consenso sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras drogodependencias*. Madrid.
- Spielberger, C.; Gorsuch, R.; Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto. Consulting Psychological Press. Versión española TEA Ediciones.
- Tejero, A.; Trujols, J. (1994). El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En: *Conductas Adictivas*, J. Graña (ed). Debate. Madrid.
- Tiffany, S.; Singleton, E.; Haertzen, Ch.; Henningfield, J. (1993). The development of a Cocaine Craving Questionarie. *Drug and Alcohol Dependence*, 34: 19-28.
- Vilalta, J. (1987). DTES: una escala para evaluar los trastornos por abuso de alcohol. *Anales de Psiquiatría*, 3: 129-134.
- Voris, J.; Elder, I.; Sebastian, P. (1991). A simple Test of Cocaine Craving and related responses. *J. of Cl. Psychology*, 47(2): 320-323.
- Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. New York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wing, J.K. (1991). Measuring and classifying clinical disorders: learning from the PSE. En: Bebbington PE, ed.: *Social psychiatry: theory, methodology and practice*. Londres: Transaction Publishers.
- World Health Organization-WHO. (1993). *The composite international diagnostic interview, core version 1.1*. Washington DC: APA.
- Zung, W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiat.*; 12:63-70.