
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN TRES GRUPOS DE DEPENDIENTES A DROGAS

Emilio Sánchez – Hervás, Vicente Tomás Gradolí,
Esperanza Morales Gallús, Reyes Del Olmo Gurrea,
Noemi Molina Bou

*Unidad de Conductas Adictivas Area 9. Catarroja.
Consellería de Sanitat. Valencia.*

RESUMEN

Objetivo: analizar diversos indicadores clínicos (procesos de cambio, psicopatología e historial adictivo) en tres grupos de dependientes a drogas y, comprobar si el diagnóstico de dependencia a una sustancia concreta implica diferencias en tales indicadores.

Diseño: estudio transversal

Emplazamiento: Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Area 9 de Salud de Valencia. Atención Primaria.

Pacientes: se incluyen 107 pacientes en tratamiento divididos en tres grupos en función del diagnóstico de dependencia según criterios DSM-IV: grupo de dependencia a alcohol (n=31), grupo de dependencia a heroína (n=31), grupo de dependencia a cocaína (n=45).

Medición y resultados: se analizan las características sociodemográficas y clínicas de la muestra (análisis de frecuencias y medidas de tendencia central), se comparan los tres grupos de pacientes mediante análisis de varianza y prueba de Schfeé para comprobar diferencias intra-grupo. No aparecen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de procesos de cambio y psicopatología. Si aparecen diferencias en los indicadores correspondientes al historial adictivo: años de consumo, años de abuso, tratamientos anteriores ($p=0.000$) e ingresos hospitalarios ($p=0.005$).

Conclusiones: Es posible que cuando los pacientes con diagnóstico de

dependencia a sustancias realizan demanda de tratamiento, se diferencien en el proceso de evolución de su historial de consumo y factores relacionados, pero que sean similares respecto a otras características clínicas como la psicopatología y la motivación al tratamiento. Se señala la importancia de incluir protocolos de evaluación de diversos indicadores cuando los pacientes realizan demanda de tratamiento.

ABSTRACT

Objective: to analyse various clinical indicators (change processes, psychopathology and addictive history) in three groups of employees to drugs and, to prove if the dependency diagnosis to a concrete substance implies differences in such indicative.

Design: transverse study

Setting: Addictive Behaviors Unit of Catarroja. Area 9 of Health of Valencia. Primary Care.

Patients: they are included 107 patients in treatment split into three groups in function of the diagnostic of dependence according to criteria DSM-IV: group of dependence to alcohol (n=31), group of dependence to heroine (n=31), group of dependence to cocaine (n=45).

Measurements and results: the sociodemographic and clinic characteristics of the sample analysed (frequencies and measures analysis of central trend), the three groups of patients are compared through variance and test analysis of Schféé to prove differences introgrup. There aren't differences estadisticall meaningful in the indicators of change processes and psychopathology. On the other hand, there are differences in the corresponding indicators to the addictive history: consumption years, abuse years, previous treatments ($p=0.000$) and hospital income ($p=0.005$).

Conclusions: It's possible when the patients with diagnostic of dependence to substances demand treatment, they are differentiated in the evolution process of their history of consumption and related factors, but they'll be similar with respect to other clinic characteristics as the psychopathology and the motivation to the treatment. It's indicated the importance of including evaluation protocols of various indicative when the patients demand treatment.

Key words: drug-dependence, change processes, psychopathology and addictive history.

INTRODUCCIÓN

La conceptualización de los problemas derivados del uso de drogas, ha de basarse en un amplio conjunto de factores (personales, familiares, ambientales, etc), lo que plantea la necesidad de adoptar un enfoque integrador que contemple la influencia e interrelación de distintos elementos: la persona, la conducta y el entorno. La evaluación de estos elementos será fundamental en el diagnóstico y planificación del tratamiento. No se trata sólo de acumular datos y obtener gran cantidad de información acerca de la persona, del problema y de sus características, sino que la evaluación debe de servirnos para establecer las bases del diseño de una intervención posterior ajustada al caso concreto que nos ocupe. Entendida de esta forma la evaluación no será algo meramente puntual, a realizar al comienzo de la intervención, sino que se convierte en todo un proceso antes, durante y después del tratamiento.

El trabajo que presentamos se sitúa en la primera fase evaluativa, en la que además de la fundamental aportación que nos proporcione la entrevista clínica, obtendremos diversos indicadores de la situación de nuestros pacientes a la entrada a tratamiento. Para ello se han utilizado diversos autoinformes que proporcionan información relevante del estado de los pacientes. Las variables utilizadas (psicopatología, historial adictivo, calidad de vida y procesos de cambio) han sido consideradas relevantes en diferentes estudios. Así por ejemplo, se ha mencionado la relevancia de evaluar la psicopatología (Sayette, 1993; Havassy y Arns, 1998; Sánchez-Hervás y col, 2000a), y la calidad de vida en dependientes a drogas (Foster y col, 2000; Finney y col, 2000; Sánchez-Hervás y col, 2000b). De igual forma resulta conveniente valorar los procesos de cambio (Tejero y Trujols, 1994; Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska y col, 1992, Brown y col, 2000) y el historial adictivo de nuestros pacientes (Mueser y col, 2000; Degenhart y col, 2000).

A continuación se presenta un trabajo llevado a cabo en una Unidad de Conductas Adictivas, que comprende algunos aspectos de la primera fase evaluativa y que tiene por objetivo realizar una primera aproximación a las características clínicas de los pacientes. Es pues, la primera fase de un estudio más amplio que contempla una evaluación post-tratamiento que permita establecer comparaciones entre el antes y el después de la intervención y que se encuentra en la actualidad en fase de elaboración.

MÉTODO

Objetivos

Analizar la calidad de vida, los procesos de cambio y los indicadores de psicopatología, de un grupo de pacientes que demandan tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas y, comprobar si tales variables difieren en función del diagnóstico de los pacientes.

Diseño

Se trata de un estudio transversal en el que se incluyen a 107 pacientes con diagnóstico de dependencia (según criterios DSM-IV) (APA, 1995) a alcohol (n=31), heroína (n=31) y cocaína (n=45), que demandan tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del área 9 de Valencia en el segundo semestre del año 2000. Se utilizó un sistema de muestreo consecutivo, excluyendo a aquellos pacientes con dificultad para completar las pruebas y, a aquellos que se encontraban en estado de intoxicación debido al consumo de alguna sustancia.

La información relativa a las variables sociodemográficas y las correspondientes al historial adictivo se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes. La información sobre las variables dependientes se obtuvo tras administrar a los pacientes los diferentes autoinformes, una vez cumplida la fase de desintoxicación en aquellos casos en que hubo lugar.

Instrumentos

1. Entrevista. Recoge información sobre variables sociodemográficas y toxicológicas.

2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger y col, 1970). El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque este cuestionario fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos sin alteraciones psiquiátricas, el STAI se ha mostrado útil para medir ambos conceptos de la ansiedad en pacientes de diversos grupos clínicos.

3. Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y col, 1979). Compuesto por 21 ítems o grupos de afirmaciones relacionadas con la depresión y puntuables de 0 a 3. El sujeto debe contestar cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor su situación actual. La puntuación total de la prueba corresponde a la variable "depresión" en nuestro estudio (puntuaciones por encima de 16, sugieren la presencia de depresión, si además se cumplen criterios para el trastorno afectivo; si no se cumplen dichos criterios, se sugiere la presencia de disforia).

4. Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1975): instrumento de screening; forma abreviada del SCL-90 del que también es autor Derogatis y, del que posteriormente apareció una versión revisada, el SCL-90-R (Derogatis, 1983). El BSI tiene una buena correlación con el SCL-90, por encima de 0.90 en todas las dimensiones (Derogatis y Cleary, 1983) y además es mucho más ágil en su administración. Consta de 53 ítems, que el usuario valora en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde nada=0, hasta 4=mucho). El BSI incluye (al igual que el SCL-90) nueve dimensiones sintomáticas y tres índices globales que describen la intensidad de la psicopatología del encuestado: índice de severidad global, índice de malestar y, total de síntomas positivos. Estos índices globales son los utilizados en el estudio. El índice de severidad global (GSI) proporciona un indicador sensible de la respuesta del nivel de estrés experimentado por el paciente. Combina la información del número de síntomas presentes y la intensidad del distress. El índice de malestar (PSDI) es una medida de la intensidad del nivel de distress experimentado en función del número de síntomas, informando sobre el estilo de respuesta de distress. Finalmente, el indicador total de síntomas positivos (PST) revela el número de síntomas que el paciente afirma experimentar y, se utiliza conjuntamente con los otros indicadores globales comunicando la amplitud del distress emocional del individuo.

5. Inventario de Procesos de Cambio. (Tejero y col, 1990). Autoinforme de 40 ítems (cuatro para cada una de las diez escalas correspondientes a los diez procesos de cambio) desarrollado conforme a las directrices teóricas que se desprenden del trabajo de Prochaska y DiClemente, y basado en el inventario de procesos de cambio desarrollado por estos autores para fumadores (Prochaska y Prochaska, 1993). Consta de una escala likert de cuatro puntos que mide la frecuencia con la que se utilizan las distintas estrategias cognitivo-conductuales descritas para cada uno de los ítems. Las puntuaciones en cada proceso oscila entre 0 y 12. La finalidad del instrumento es la de identificar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado paciente (y conocer por tanto es qué estadio de cambio se encuentra). De esta forma el terapeuta puede conocer que estrategias puede utilizar, para que éste desarrolle los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio, en definitiva hacia el mantenimiento de la abstinencia (Tejero y Trujols, 1994). Se ha utilizado una versión de dicho instrumento para los pacientes del grupo alcohol y del grupo cocaína, modificando las expresiones que hacían referencia a la sustancia objeto de abuso (heroína en el original) por las de alcohol y cocaína.

Variables

Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral.

Variables independientes: diagnóstico de dependencia a: alcohol, heroína o cocaína

Variables dependientes: puntuaciones en los cuestionarios STAI, BDI, índices globales del BSI (GSI, PSDI, PST) e IPC (Inventario de Procesos de Cambio).

Análisis de datos

Para la descripción de la muestra, y para la estimación de las puntuaciones en el instrumento de evaluación se han realizado análisis de frecuencias y estimación de medidas de tendencia central. Para el contraste de diferencias se realizaron análisis de varianza con comparaciones múltiples (prueba de Scheffé). Para la interpretación de resultados se eligió un nivel de significación estadística de $p < 0.05$, para un intervalo de confianza del 95%. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 8.0 para Windows.

RESULTADOS

En la tabla 1 aparecen los resultados obtenidos al analizar las características de la muestra. La muestra la componen mayoritariamente varones (alcohol 93,5%; heroína 83,9%; cocaína 92,7%). En cuanto a la situación laboral los grupos alcohol y cocaína presentan resultados similares (76,7% del grupo de alcohol y 66,7% del grupo de cocaína están activos laboralmente), mientras que el 72,4% del grupo de heroína está parado. Los estudios primarios predominan en todos los grupos: grupo alcohol (75,9%), heroína (83,3%) y cocaína (78,1%). La edad media del grupo alcohol (36,8) es mayor que la del grupo heroína (29,1) y ésta mayor que la del grupo cocaína (26,2).

En la tabla 2 aparecen los resultados del análisis de las variables procesos de cambio, psicopatología e historial adictivo. Se realiza un análisis de varianza para comprobar las diferencias entre grupos y la prueba de comparaciones múltiples de Scheffé para observar la dirección de las posibles diferencias.

En las variables psicopatológicas medidas con el STAI, BECK e índices globales del BSI, los resultados son similares en todos los grupos, no obstante el grupo alcohol obtiene puntuaciones ligeramente más altas y el

TABLA 1
Características de la muestra

		Grupo Alcohol N= 31 %	Grupo Heroína N= 31 %	Grupo Cocaína N= 45 %	Total %
Sexo	Hombre	93,5	83,9	92,7	90,3
	Mujer	6,5	16,1	7,3	9,7
Estudios	Primarios	75,9	83,3	75,7	78,1
	Secundarios	17,2	16,7	21,6	18,8
	Superiores	6,9	0	2,7	3,1
Situación Laboral	Activo	76,7	27,6	66,7	58,2
	Parado	23,3	72,4	33,3	41,8
Edad (Media-DT)		36,8 (10,7)	29,1 (4,69)	26,2 (7,7)	30,1 (9,0)

grupo cocaína las más bajas. En el BDI, STAI/E y STAI/R el grupo alcohol obtiene medias de 16,3, 26 y 30,2 frente a medias de 15,6, 22,8 y 27,6 del grupo heroína, y 12,9, 21,3 y 27,4 del grupo cocaína. En cuanto a los índices globales del BSI los resultados para el grupo alcohol son de 1, 1,9 y 26,1 frente a medias de 0,8, 1,7 y 25 del grupo heroína y de 0,8, 1,6 y 23,7 del grupo cocaína. No aparecen diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan las medias de los tres grupos en ninguna de las variables psicopatológicas

Los resultados para las variables de cambio (medidas con el IPC) muestran que los procesos con mayores puntuaciones son Reevaluación Ambiental y Autoliberación, tanto para el grupo alcohol (medias 9,1 y 9,7), como para el grupo heroína (medias 8,8 y 9,5) y para el grupo cocaína (medias (8,7 y 9,4). Los procesos con puntuaciones más bajas también coinciden en todos los grupos (Control de Contingencias y Contracondicionamiento), medias de 3,7 y 4,6 (grupo alcohol), medias de 4,3 y 5,3 (grupo heroína) y medias de 4 y 4,9 (grupo cocaína). No aparecen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los grupos para ninguno de los procesos de cambio.

Respecto a las variables de la historia adictiva, el grupo alcohol presenta mayor antigüedad en el consumo y más años de abuso (17,6 y 10,7 años), seguido del grupo heroína (10,4 y 8,3 años) y del grupo cocaína (7,4 y 4,2 años). Las diferencias en cuanto a los años de consumo son esta-

TABLA 2
Variables Clínicas

	Grupo Alcohol	Grupo Heroína N= 31	Grupo Cocaína N= 31	Total N= 45	ANOVA Significación
	<i>Media (Dt)</i>	<i>Media(Dt)</i>	<i>Media(Dt)</i>	<i>Media(Dt)</i>	<i>NS</i>
STAI/E	26(11,1)	22,8(10,6)	21,3(11,1)	23,3(11,2)	NS
STAI/R	30,2(11)	27,6(8,2)	27,4(9,2)	28,2(9,7)	NS
BECK	16,3(9,8)	15,6(8,4)	12,9(7,5)	14,5(8,8)	NS
BSI-GSI	1,08(0,7)	0,89(0,6)	0,8(0,5)	0,93(0,6)	NS
BSI-PSDI	1,9(0,9)	1,7(0,6)	1,60(,6)	1,77(0,7)	NS
BSI-PST	26,1(9,8)	25(11,7)	23,7(11)	24,7(11,5)	NS
IPC-AC	6,1(3,3)	5,7(3,2)	6,2(3)	6,0(3,1)	NS
IPC-AU	9,1(3)	8,8(2,8)	8,7(3)	8,8(3,0)	NS
IPC-LS	6,1(3,3)	6,9(2,9)	5,2(2,7)	5,9(3,0)	NS
IPC-AUT	8,3(3)	8,3(2,9)	7,7(3)	8,1(3,0)	NS
IPC-RA	9,7(2,3)	9,5(2,7)	9,4(2,9)	9,5(2,7)	NS
IPC-CO	4,6(3,8)	5,3(3,7)	4,9(3,4)	4,8(3,6)	NS
IPC-CON	3,7(3,7)	4,3(3,1)	4(2,6)	3,9(3,1)	NS
IPC-MA	7,7(3,3)	8(3,5)	7,2(3,2)	7,5(3,2)	NS
IPC-RD	8,2(3,1)	7,3(3,9)	6,7(3,4)	7,4(3,6)	NS
IPC-RA	7,5(3,1)	7,1(2,9)	8,2(3,1)	7,6(3,0)	NS
AÑ- CON	17,6(10,2)	10,4(9,1)	7,4(7,2)	11,3(9,6)	0.000 ^a
AÑ- ABU	10,7(7,6)	8,3(6,3)	4,2(4,5)	7,4(6,6)	0.000 ^b
TRA-ANT	0,8(1)	1,7(1,7)	0,8(1,1)	1(1,3)	0.000 ^c
ING-HOS	0,1(0,4)	0,4(0,8)	0,1(0,3)	0,2(0,5)	0.005 ^d

Comparación entre medias mediante ANOVA. Comparación entre grupos mediante la prueba de Scheffé. Diferencias con $p < 0.05$. NS: No significativo. ^aAlcohol con Heroína y Cocaína, ^bAlcohol con Cocaína y Heroína con Cocaína, ^cAlcohol con Heroína y Cocaína con Heroína, ^dHeroína con Alcohol y Cocaína.

BECK=Inventario Depresión de Beck, STAI/E/R=Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, BSI=Brief Symptom Inventory, GSI=Índice de Severidad Global, PSDI=Índice de malestar, PST=Total síntomas positivos, IPC=Inventario Procesos de Cambio, AC=Aumento concienciación, AU=Autoliberación, LS=Liberación Social, AUT=Autoliberación, RA=Reevaluación ambiental, CO=Contracondicionamiento, CON=Control de contingencias, MA=Manejo de estímulos, RE=Relieve dramático, RA= Relaciones de ayuda, AÑ-CON= Años de consumo, AÑ-ABU= Años de abuso, TRA-ANT=Tratamientos anteriores, ING-HOS=Ingresos Hospitalarios.

distintamente significativas entre el grupo alcohol y el grupo heroína y entre el grupo alcohol y el grupo cocaína. También aparecen diferencias significativas en la variable años de abuso entre el grupo alcohol y el grupo cocaína y entre el grupo heroína y el grupo cocaína. El grupo heroína presenta mayor número de tratamientos que los grupos alcohol y cocaína, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos heroína y alcohol y los grupos heroína y cocaína. Finalmente el grupo heroína presenta más ingresos hospitalarios que los grupos alcohol y cocaína, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Tal cómo se mencionó anteriormente la evaluación de los pacientes cuando ingresan en un recurso de atención a drogodependencias resulta una tarea fundamental. En ocasiones esta tarea no se realiza adecuadamente, en parte por la excesiva presión asistencial (lo que limita el tiempo necesario para ello) y, en parte por la escasa atención que en ocasiones (erróneamente) se ha prestado a la evaluación. No es nuestra pretensión que el trabajo que se ha presentado sirva cómo referente a la tarea evaluativa, pues son diversas las técnicas y los instrumentos que pueden utilizarse para ello. No obstante y, reseñando como ya se realizó al principio la importancia de la entrevista clínica, creemos que la utilización de diferentes instrumentos de probada valía cómo los utilizados en el trabajo, pueden servir para conocer mejor algunas de las características de nuestros pacientes, de tal manera que dicha información nos permita mejorar la toma de decisiones terapéutica.

Los resultados de nuestro estudio muestran en primer lugar que la muestra utilizada presenta características sociodemográficas representativas de los pacientes que acuden a tratamiento (PNSD, 1998, 1999). Los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos utilizados, nos animan a realizar las siguientes consideraciones:

1. Respecto a la evaluación de la psicopatología, existe un importante acuerdo en admitir la su presencia en usuarios de drogas y, en afirmar que la mayor presencia de síntomas psicopatológicos determinan un peor pronóstico. Puntuaciones elevadas en los índices globales de psicopatología tal y como aparecen en nuestro estudio, estarían indicando un nivel y una intensidad del distress psicológico experimentado por los pacientes que interferiría en su proceso de cese del uso de drogas. Se ha

señalado que estos indicadores informan del miedo que experimentan los pacientes a recaer en el consumo y las dificultades que perciben para mantenerse abstinentes (O'Connor y col, 1995). Los mismos autores señalan que los usuarios de alcohol, opiáceos y estimulantes se caracterizan por presentar puntuaciones elevadas en los indicadores globales del BSI, en especial en el indicador PST. Otros autores (Benisek y col, 1998) indican que entre los indicadores globales del BSI, es el índice de severidad global (GSI) el mejor y más sensible de los indicadores de psicopatología. La razón principal para diagnosticar y tratar la psicopatología de las adicciones es conseguir una mejora en el resultado del tratamiento.

En nuestra muestra no aparecen diferencias significativas cuando comparamos los pacientes de alcohol, heroína y cocaína, puede que estos resultados apunten a la presencia de un nivel de malestar emocional similar en todos los pacientes cuando demandan tratamiento, y que éstos se diferencien en la variedad de síntomas que presenten. El BSI podría ser un instrumento adecuado para utilizar en usuarios de drogas, ya que es un instrumento ágil y sencillo y por tanto se facilita su administración en este tipo de pacientes.

Al considerar las variables de ansiedad y depresión (medidas con el STAI y el BECK), teniendo en cuenta los resultados, el grupo de alcohol es ligeramente superior tanto en ansiedad transitoria como en propensión ansiosa y también en cuanto a sintomatología depresiva, no obstante tampoco se encuentra significación estadística al comparar los tres grupos de estudio.

2. Respecto a los resultados que evalúan la motivación al tratamiento de los pacientes, se ha utilizado el Inventario de Procesos de Cambio. Los procesos de cambio nos ayudan a comprender las decisiones que toman los pacientes en su proceso de abandono de consumo de drogas. Consisten en actividades, tanto manifiestas como encubiertas de un sujeto a la hora de modificar su hábito adictivo. Nuestros resultados muestran que en los tres grupos se obtienen mayores puntuaciones en el proceso reevaluación ambiental (valoración positiva por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales derivadas de la modificación del hábito adictivo) y, en el proceso autoliberación (compromiso personal, aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir). También coinciden en los tres grupos los procesos de cambio con menor puntuación; manejo o control de contingencias (estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio conductual ocurra, consiste en el auto y/o heteroreforzo de dicha conduc-

ta), y en el proceso de contracondicionamiento (modificar la respuesta elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas). Estos resultados indican que los procesos cognitivos son más utilizados por los pacientes que demandan tratamiento que los procesos conductuales. Estos procesos intervienen en los estadios de acción y mantenimiento y, pueden orientarnos en las estrategias a utilizar con los pacientes.

3. En cuanto a las variables de consumo, es el grupo de alcohol el que presenta mayor antigüedad en los años de consumo y en los años de abuso. El grupo de heroína es el que presenta un mayor número de tratamientos llevados a cabo. La aceptación social del alcohol en nuestro medio dificulta que las personas afectadas por su uso mantengan una mayor resistencia a aceptar los problemas provocados por éste. Las complicaciones que aparecen en los dependientes a heroína provocan una mayor utilización de los recursos asistenciales (p.ejem. desintoxicación hospitalaria). Las diferencias encontradas en los años de consumo y de abuso en los tres grupos de pacientes apuntan a un desarrollo más temprano de las complicaciones y una demanda de tratamiento más inmediata en el grupo de cocaína. En parte esta situación puede estar provocada por los efectos neurobiológicos, las complicaciones psiquiátricas y sobre el estilo de vida que provoca el uso continuado de la sustancia, y además porque el grupo de pacientes de cocaína presenta unas características sociales distintas (mayor nivel cultural) que determinarían una demanda de tratamiento más temprana. Las variables sociales asociadas al estilo de vida podrían diferenciar a este grupo de pacientes de los pacientes dependientes de heroína.

Pueden mencionarse diversas limitaciones a este trabajo. En primer lugar, aunque la muestra de pacientes utilizada creemos que es representativa, convendría utilizar un grupo de control que permitiese comparar los resultados obtenidos. En segundo lugar, hay que reseñar que los pacientes dependientes a drogas tienden en algunos casos a minimizar el uso de las sustancias que consumen, lo que podría provocar sesgos en la información referente a los años de consumo y de abuso, así como del número de tratamientos previos y de ingresos hospitalarios, que se obtiene en las historias clínicas. En tercer lugar, los pacientes con diagnóstico de dependencia a drogas suelen consumir a menudo más de una sustancia, lo que podría provocar que los indicadores de psicopatología pudieran estar alterados en base al uso de varias sustancias simultánea-

mente. No obstante, el diagnóstico de dependencia a una sustancia concreta (diagnóstico principal) asegura que el paciente consume de forma primordial dicha sustancia, y que las consecuencias que se derivan de ello se deben fundamentalmente al uso de dicha sustancia.

Para finalizar creemos que es importante la instauración de protocolos rutinarios de evaluación que incluyan como mínimo la evaluación psicopatológica, la motivación al tratamiento y el historial adictivo. Algunos de estos indicadores (historial adictivo) pueden estar incluidos en la entrevista, algunos autoinformes pueden ser útiles para evaluar otras variables. En cualquier caso, lo importante bajo nuestro punto de vista, es instaurar un “hábito” evaluativo entre los profesionales que proporcione una visión ajustada del estado de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-IV*. Ed. Masson.
- Beck, A.; Ruhs. J.; Shaw, B.; Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guildord Press, New York. (traducción en España “Terapia cognitiva de la depresión”, Ed. Desclée de Brouwer, 1983).
- Benisek, L. Hayes, C. Biescke, K. Stolffelmayer, B (1998). *Exploratory and confirmatory factor analyses of the Brief Symptom Inventory*. J Subs Abuse, 10(2): 103-114.
- Brown VB, Melchior LA, Panter AT, Slaughter R, Huba GJ.(2000). *Women’s steps of change and entry into drug abuse treatment. A multidimensional stages of change model*. Subst Abuse Treat, Apr;18(3):231-40.
- Degenhart L, Lynskey M, Hall W.(2000). *Cohort trends in the age of initiation of drug use in Australia*. Aust N Z J Public Health, Aug;24(4):421-6.
- Derogatis, L. y Cleray, P.: *Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. (1977). A study in construct validation*. J. Clin. Psychology, 33(4): 981-989.
- Derogatis, L.(1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore. Clinical Psychometric Research..
- Derogatis, L: SCL-90-R. (1983). *Administration, scoring and procedures manual*. Clinical Psychometric Research.
- Finney JW, Willenbring ML, Moos RH.(2000). *Improving the quality of VA care for patients with substance-use disorders: the Quality Enhancement Research Initiative (QUERI) substance abuse module*. Med Care, Jun;38(6 Suppl 1):1105-13.
- Foster JH, Marshall EJ, Hooper RL, Peter TJ.(2000). *Measurement of quality of life in alcohol-dependent subjects by a cancer symptoms checklist*. Alcohol, Feb;20(2):105-10.

- Havassy, B. Y Arns, P.(1998). “*Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high risk psychiatric patients*”. *Psychiatric Services*, vol 49(7): 935-940.
- Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD; Swett C, Miles KM, Hill D.(2000). *Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups*. *Schizophr Bull*; 26(1):179-92.
- O’Connor LE, Berry JW, Morrison A, Brown S.(1995). *The drug of choice phenomenon differences among drug users who preferred different drugs*. *Int J Addict*, Apr;30(5):541-55.
- Plan Nacional sobre Drogas (1998). *Observatorio español sobre drogas: Informe nº 1*.
- Plan Nacional sobre Drogas(1999). *Observatorio español sobre drogas: Informe nº 2*.
- Prochaska , J. DiClemente, C. Norcross, J: *In sarch of how people change (1992). Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska , j. y DiClemente, C.(1982). *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19: 276-278.
- Prochaska, J. y Prochaska J (19939). *Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas en: Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias. Barcelona.
- Sánchez-Hervás, E. Morales, E. Tomas, V.(2000a). *Gravedad de la psicopatología en usuarios de drogas*. *Psiquiatría biológica*, vol 7, 3: 95-99.
- Sanchez-Hervás, E. Morales, V. Tomás, V.(2000b). *Dependencia a drogas y calidad de vida*. Poster presentado a las XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Madrid.
- Sayette , M (1993). *The effect of alcohol on emotional response to a social stressor*. *J Studies on Alcohol*, vol 53 (6): 345-352
- Spielberger, C.D. Gorsuch, R. I. Lushene, R. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. STAI. Consulting Psychologists Press, Inc, California, (traducción en España, TEA Ed, 1988).
- Tejero, A y Trujols, J.(1994). “*El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas*”. En: *Conductas Adictivas*, J.L. Graña (ed). Debate.
- Tejero, A. Trujols, J y Hernandez, E.(1990). *The process of change in heroin addicts: A preliminary report*. Poster presentado al XX European Congress on Beaviour Therapy. Paris.

Correspondencia

Emilio Sánchez Hervás

Unidad de Conductas Adictivas – Centro de Salud

Avd. Rambleta, s/n. Catarroja. CP 46470 VALENCIA

e-mail: uca.catarroja@trabajo.m400.gva.es