

# **El diagnóstico como elemento crucial en las nuevas perspectivas de tratamiento para toxicómanos: un modelo integrador**

IGNACIO APODACA GOROSTIDI  
Investigador en el Centro EZBAI I+D

(Gizakia Helburu/Proyecto Hombre. EZBAI. Investigación y Desarrollo. Bilbao. España)

## **RESUMEN**

*Se analizan las nuevas perspectivas para el tratamiento de toxicómanos desde al paradigma de la individuación, esto es, la consideración de que cada sujeto con problemas de dependencia tiene sus propios rasgos distintivos que le caracterizan, así como necesidades de tratamiento diferenciales. De cara a analizar estos rasgos y asignar cada cliente a aquel tratamiento del que más vaya a beneficiarse, se propone un modelo diagnóstico integrador así como una batería de instrumentos para realizarlo.*

**Palabras Clave:** Tratamiento de toxicómanos. Paradigma de la individuación. Diagnóstico.

## **SUMMARY**

*New perspectives on drug abuse treatment from the individuality paradigm, that is, to consider that the drug abuser has some distinctive traits which characterize him anyway differential treatment needs, are analyse. In order to explore those traits and to match each client to the treatment in which he is going to take advantage of, an integrated diagnosis model anyway a battery of instruments to perform it, is proposed.*

**Key Words:** Treatment of drug addicts. Individuality paradigm. Diagnosis.

## **RÉSUMÉ**

*On analyse les perspectives nouvelles pour le traitement des toxicomanes, du point de vue de l'individualité, c'est à dire la vision que chaque malade dépendant de drogues a personnellement des caractéristiques particulières qui le caractérisent, ainsi que des besoins de traitement différenciés. Dans le but d'analyser ces caractéristiques et d'adapter à chaque malade le traitement plus approprié, on propose un modèle de diagnostic qui s'intègre ainsi que les divers instruments qui serviront à sa réalisation.*

**Mots Clé:** Traitement de toxicomanes. Paradigme de l'individualité. Diagnostic.

CORRESPONDENCIA A:  
Ignacio Apodaca Gorostidi  
Centro EZBAI I+D.  
GIZAKIA. Avda. Madariaga, 63 - 48014 BILBAO

## INTRODUCCION: Nuevas perspectivas en el tratamiento de toxicómanos.

A lo largo ya de varias décadas, la investigación en el campo de las toxicodependencias ha logrado establecer como axiomáticos algunos principios. Para nuestro propósito basta con entresacar el siguiente: no podemos hablar ya de *población adicta* como un conjunto de sujetos homogéneo, con las mismas características, sino que se ha de asumir la existencia, dentro del mismo, de subgrupos bien diferenciados (McLELLAN et al., 1980, 1983, 1984; JAFFE, 1984); es decir, dentro del total de individuos con problemas de dependencia se podrían establecer diferentes grupos, cada uno de los cuales con su/s particular/es rasgos distintivo/s y su problemática común en relación a otros. De esta forma, las ya caducas categorizaciones de los toxicómanos con tales rasgos distintivos han de dar paso a una mayor precisión diagnóstica y a un mayor rigor descriptivo. Además, y dejando aparte la variación intragrupo, factores como la propagación del SIDA, el consumo compulsivo de fin de semana, el adelanto en la edad del consumo que alcanza de llenos edades pre-adolescentes, el consumo de alcohol mezclado con otras drogas, etc. están ayudando, sin duda, al establecimiento de un mapa bien complejo.

Por otro lado, la pregunta acerca de cuál es el tratamiento que mejores resultados ofrece con toxicodependientes ha estado en el aire durante mucho tiempo, y aún sigue estando; de hecho, aunque se pueden establecer algunos indicadores de eficacia en los estudios de evaluación de tratamientos (SANCHEZ-CARBONELL, 1986), todavía no están estrictamente delimitados. Además, la formulación de la cuestión en dichos términos es poco operativa ya que presupone bien que la implicación de los individuos en su proceso de recuperación es lineal y uniforme, sin la existencia de diferencias interindividuales, o bien que el rol que adoptan es pasivo. En este sentido, se ignoran el conjunto de variables del toxicómano (psicológicas, socio-demográficas, etc.) así como las provenientes de su contacto con otras variables del tratamiento (otros clientes -en el caso de abordajes grupales-, el profesional

-en el caso de terapia individual-, tipo de estructura, etc.).

En definitiva, el planteamiento anterior supone camuflar la enorme dificultad que entraña evaluar la efectividad de los diversos servicios asistenciales, así como desviar la atención hacia cuestiones como ¿es el tratamiento efectivo? o ¿qué tratamiento es el mejor?, que "se reconocen ahora como preguntas simplistas y en gran medida sin fruto" (MILLER, 1992); con todo, el gran perjudicado en todo este tipo de disquisiciones sigue siendo el cliente porque mientras la problemática no se adecue al paradigma de la individuación seguiremos sin atender a las necesidades psicológicas de cada individuo (HAYNES y AYLIFFE, 1991), sin tener en cuenta su grado de dependencia y las implicaciones clínicas que ello tiene (MILLER, 1980), el grado de apoyo familiar del que puede disponer, la etiología de sus problemas, el grado de deterioro que presenta tanto en lo físico como en lo psicológico como en lo social, etc.

El punto crítico, por tanto, está en la asignación de un tratamiento concreto al toxicodependiente en función de sus necesidades, de manera que el contenido específico de dicho abordaje sea lo más efectivo para ese cliente. Así, la pregunta central se torna en ¿cuál es el tratamiento que provoca mayor impacto para un sujeto con tales características, bajo qué tipo de entorno y con qué cualidades específicas del/los terapeuta/s?.

Desde esta perspectiva, algunos estudios bien recientes (RAWSON y LING, 1991) han tratado de establecer una especie de retrato-robot de qué tipo de pacientes serían los más beneficiados por los distintos modelos de tratamiento; en este sentido, señalan que una Comunidad Terapéutica debiera ser utilizada por "adictos que tengan claras contingencias que les desalienten para abandonar. Adictos que estén admitidos como una alternativa a la encarcelación y como una condición de libertad condicional (...) adictos cuyas familias o esposas ejerzan tal control sobre sus vidas que su influencia les desaliente para abandonar (...) finalmente, adictos que ya han intentado sin éxito otro tipo de alternativas". Sin embargo, y pese a lo loable del intento, se debe señalar que el rigor

y concreción operativa de tales criterios es bien escasa mientras que algunas variables, como por ejemplo las psicológicas, quedan absolutamente desatendidas.

### **EL DIAGNÓSTICO COMO ELEMENTO CRUCIAL: UN MODELO INTEGRADOR**

Llegamos pues al elemento crucial de toda esta cuestión que es el diagnóstico.

Conviene recordar que éste ha sido uno de los verdaderos talones de aquiles dentro de este campo durante mucho tiempo (JAFJE, 1984). Hasta la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) en 1980 el terreno estaba prácticamente virgen; en el caso de las Comunidades Terapéuticas históricamente el movimiento ha tenido un cierto aire de recelo contra todo lo que pudiese sonar a elementos académicos y científicos, por lo que no es extraño que todo lo referente a este tema haya quedado desatendido.

El DSM-III, en el capítulo que dedica a trastornos por uso de sustancias psicoactivas, ofrece una serie de criterios para el diagnóstico de dependencia a ciertas sustancias y del abuso de las mismas, así como una descripción de los síntomas debidos a trastornos por el uso de elementos psicoactivos. En general, este tipo de diagnósticos parten de una visión de la adicción considerándola como un "problema de tratamiento unitario manifestado por una dependencia psicofisiológica de una particular sustancia química, por lo que el problema es adecuadamente descrito por la cantidad de síntomas, duración y frecuencia del uso" (McLELLAN et al., 1980), y tienden a establecer grupos homogéneos de pacientes con sintomatología concreta y similar sin afinar demasiado en los rasgos diferenciales. En definitiva, poseen un carácter limitado y están demasiado encorsetados por el modelo médico.

Con esta situación apostar por un modelo integrador que combine multidisciplinariamente datos de diversas fuentes y que logre un diagnóstico amplio y contrastado por los múltiples instrumentos, se impone. Así, se evitan, al menos, dos sesgos importantes: el primero referido a la limitación que supone aplicar una escala, o una entrevista que parte de un determinado marco teórico de referen-

cia y, por tanto, está contaminada por él, y el segundo que guarda relación con otra cortapisa inherente a cualquier instrumento de medida que es que no mide todo, sino que se centra en algunos aspectos muy determinados y para nuestro propósito se queda corto. Además, y desde un punto de vista metodológico, este enfoque nos permite, la utilización de diseños multivariados que son los que, dada la complejidad de las preguntas a responder, mejor resultados pueden ofrecer.

Llegado este punto, vamos a describir algunos instrumentos que pudieran integrarse en una batería conjunta para elaborar el diagnóstico de cada sujeto. Es conveniente remarcar que ésta es tan sólo una primera aproximación a lo que pudiera constituirse como un elenco de instrumentos encaminados a establecer un diagnóstico lo más completo posible del individuo para poder asignarlo a aquella estrategia terapéutica que mejor respuesta vaya a dar a sus necesidades (GLASER et al., 1984); por tanto, bien puede complementarse añadiendo o quitando alguna prueba.

Se presentan: un instrumento para determinar la necesidad de tratamiento en siete áreas de la vida del individuo (Addiction Severity Index), un Inventario de personalidad (el MCMI-II de MILLON), la Escala de Autoestima de ROSENBERG, el Cuestionario de Esferas de Control de PAULUS y CHRISTIE, y una Escala de Clima Social de la familia (MOOS et al.).

#### **1. El Addiction Severity Index (A. S. I.)**

Entre finales de los años 70 y en el comienzo de la década de los 80, McLELLAN y sus colaboradores en Philadelphia van a crear el Addiction Severity Index (A. S. I.) que es uno de los instrumentos más conocidos y valorados en este momento dentro del ámbito diagnóstico.

El A. S. I. es una entrevista estructurada y su diseño está sostenido en la premisa de que la adicción debe ser evaluada en el contexto de aquellos problemas de tratamiento que puedan haber contribuido y/o resultado del abuso de drogas; el objetivo último es elaborar un perfil acerca de la severidad del problema de cada paciente en siete áreas distin-

tas (condición médica, empleo, uso de drogas, uso de alcohol, actividades ilegales, relaciones familiares/sociales y condición psiquiátrica). En cada una de éstas se combina la información objetiva (número, duración, intensidad de los síntomas) con la subjetiva (el paciente valora la intensidad subjetiva de los síntomas y su necesidad de tratamiento a través de una escala de cinco puntos). Los datos provenientes de la información objetiva y subjetiva son integrados por el entrevistador en las puntuaciones de severidad en cada área y, así, se establece un diagnóstico y un resumen evaluativo de las necesidades de tratamiento del cliente.

Por otro lado, la severidad es definida como la necesidad de tratamiento adicional y no como la desviación de la función óptima; así, la definición está directamente relacionada con la asignación, o no, de tratamiento. En cuanto a la validez y fiabilidad del instrumento, los datos aportados por McLELLAN et al. (1980, 1985) son satisfactorios.

## **2. El Inventario Multiaxial Clínico de Th. MILLON (MCMI-II)**

Desde hace ya varios años que el famoso Cuestionario de personalidad MMPI está siendo reemplazado por el Inventario Multiaxial Clínico de MILLON (1992).

El principal objetivo del mismo es aportar información en tareas de evaluación y decisiones de tratamiento con personas que presentan dificultades emocionales e interpersonales; ahora bien, los datos normativos y las transformaciones de las puntuaciones del Inventario están basados sobre muestras clínicas por lo que son aplicables solamente a aquellos sujetos con evidentes síntomas psicológicos o que se encuentren en tratamiento.

Se trata de un autoinforme de 175 ítems integrando 20 escalas de interés clínico (11 correspondientes a los trastornos de personalidad descritos en el eje II del DSM-III, y 9 síndromes clínicos con mayor índice de prevalencia en el eje I). Vamos a realizar una breve descripción de las escalas que incluye:

1. Escalas de validez y fiabilidad: contempla una escala de validez (se incluyen cuatro ítems de contenido inverosímil que constituyen el índice de validez), una escala

de sinceridad, una de deseabilidad y otra de alteración.

2. Patrones básicos de personalidad: se presentan diez escalas: personalidad esquizoide, personalidad fóbica (evitativa), personalidad dependiente, personalidad histriónica, personalidad narcisista, personalidad antisocial, personalidad agresivo/sádica, personalidad compulsiva, personalidad pasivo agresiva y personalidad autodestructiva (masoquista).

3. Trastornos de personalidad patológicos: tres escalas se consideran: personalidad o estilo esquizotípico (escala S), personalidad límite (escala C) y personalidad paranoide (escala P).

4. Síndromes clínicos: tenemos nueve escalas, a saber: ansiedad, histriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y delirios psicóticos.

## **3. Escala de auto-estima de ROSENBERG**

Es una escala que ofrece una puntuación global sobre la auto-estima del sujeto (WYLIE, 1984); está formada por 10 ítems, cinco formulados positivamente ("creo que tengo varias cualidades buenas", "en general, estoy satisfecho conmigo mismo"), y los otros cinco de forma negativa ("me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado", "a veces pienso que no sirvo para nada"). Su calificación se realiza a través de una escala de cuatro puntos que va desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo", pasando por los intermedios "de acuerdo" y "en desacuerdo".

La fiabilidad y validez de esta prueba han quedado reflejadas de forma satisfactoria en el trabajo de BURNS (1990).

## **4. Cuestionario de Esferas de Control de PAULUS y CHRISTIE**

Es un cuestionario que sirve para recoger información sobre el locus de control (interno/externo) en tres áreas: la eficacia personal, el control interpersonal y el control sociopolítico.

El locus de control es un constructo que se relaciona con la capacidad que tiene el sujeto para controlar el medio de forma que cuando

aquél establece una relación estrecha entre su conducta y la consecución de un objetivo decimos que su locus de control es interno; por el contrario, el locus de control interno tiende a situar la causa de la consecución de logros en factores como el azar, el destino, la suerte, etc. En general, el locus de control interno suele relacionarse con un buen estado psicológico (PHARES, 1976).

La validez y fiabilidad del cuestionario han sido puestas de relieve satisfactoriamente en el trabajo de PAEZ (1986).

### 5. Escala de Clima Social Familiar de MOOS et al. (FES)

Esta escala aprecia lo que perciben los individuos respecto a las características socio-ambientales de su familia; evalúa y describe las relaciones personales entre sus miembros, su estructura básica y aquellos aspectos de su desarrollo que tienen mayor importancia.

Se contemplan 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales: relaciones (valora el grado de comunicación, libre expresión e interacción conflictiva que caracteriza a la familia; incluye la subescala de cohesión, expresividad y conflicto), desarrollo (evalúa la importancia de determinados

procesos de desarrollo personal y si son fomentados, o no; en este caso tenemos cinco subescalas: autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo y moralidad-religiosidad) y estabilidad (incluye la organización y el grado de control).

La justificación estadística queda explicitada en el propio manual de la escala.

### CONCLUSIONES

Estamos pues en el umbral de paso hacia el paradigma de la individuación, esto es, la consideración de que cada persona que pide tratamiento lo hace desde unas coordenadas concretas y específicas que habremos de analizar para encontrar la mejor de las respuestas posibles. Ya no es posible, por tanto, encasillar en el mismo conjunto a todos los toxicodependientes, sino que es necesario establecer un mayor rigor descriptivo.

Desde estas perspectivas, se impone una estrategia integradora de los distintos resultados que nos ofrecen los instrumentos y, al mismo tiempo, una revisión de los distintos servicios asistenciales encaminada a establecer perfiles de individuos que mejores resultados pudieran obtener según se trate de un modelo de tratamiento o de otro.

### BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1992, versión española). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). Barcelona: Masson.

BAER, J. S.; MARLATT, G. A.; and McMAHON, R. J. (1993). Addictive behaviors across the life span. London: Sage.

BURNS, R. B. (1979). The self concept: theory, measurement, development and behaviour. London: Longman. Versión española, PANTOJA, Luis (1990). El autoconcepto: teoría, medición, desarrollo y comportamiento. Bilbao: Ega.

GLASER, F. B.; ANNIS, H. M.; SKINNER, H. A.; PEARLMAN, S.; SEGAL, R. L.; SISSON, B.; OGBORNE, A. C.; BOHNEN, E.; GAXDA, P.; y ZIMMERMAN, T. (1984). A system of health care delivery (3 vols.). Toronto: Addiction Research Foundation.

HAYNES, P. y AYLIFFE, G. (1991). Locus of control of behaviour: is high externality associated

with substance misuse? British Journal of the Addiction 86:1111-1117.

JAFFE, J. H. (1984). Evaluating drug abuse treatment, en: F. J. TIMS y J. P. LUDFORD (Eds). Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects, pp. 13-28 (Washington, D. C., National Institute of Drug Abuse).

McLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; O'BRIEN, C. P.; and WOODY, G. E. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease 168:26-33.

McLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; WOODY, G. E.; and O'BRIEN, C. P. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment. Role of psychiatric severity. Archives of General Psychiatry 40:620-625.

McLELLAN, A. T.; CHILDRESS, A. R.; GRIFFITH, J.; and WOODY, G. E. (1984). The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone Maintenance or Therapeutic

Community? **American Journal of Drug and Alcohol Abuse** 10(1): 77-95.

McLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; CACCIOLA, J.; GRIFFITH, J.; McCAHAN, P.; and O'BRIEN, C. P. (1985). **Guide to the Addiction Severity Index Background, administration, and field testing results. Treatment Research Report**, pp. 1-51. (Washington, D. C., National Institute of Drug Abuse).

MILLER, P. M. Theoretical and practical issues in substance abuse assessment and treatment. En: MILLER, W. R. (1980). **The addictive behaviors**. New York: Pergamon Press.

MILLER, W. R. (1992). The effectiveness of treatment for substance abuse: reasons for optimism. **Journal of Substance Abuse Treatment** 9:93-102.

MILLON, T. (1983). **Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual**. Minneapolis: NCS. Versión española: AVILA-ESPADA, A. y JIMENEZ-GOMEZ, F. (1992). **Inventario Multiaxial Clínico-II. Manual para el MCMI-II**. Laboratorio de psicología Clínica y Psicodiagnóstico. Universidad de Salamanca.

MOOS, R. H.; MOOS, B. S.; y TRICKETT, E. J. (1974). **A Social Climate Scale**. Versión española

en: Ediciones TEA (1989). **Escala de Clima Social**. Madrid: Tea.

PAEZ, D. (1986). **Salud mental y factores psicosociales**. Madrid: Editorial Fundamentos.

PAULUS, D. y CHRISTIE, R. (1981). **Spheres of Control: an interactionist approach to assessment of perceived control. Research with the Locus of Control Construct**. New York: Academic Press.

PHARES, E. J. (1976). **Locus of Control in Personality**. New York: Houghton Mifflin.

RAWSON, R. A. & LING, W. (1991). Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use. **Journal of Psychoactive Drugs**, 23(2): 151-163.

SANCHEZ-CARBONELL, J. (1986). **La evaluación del tratamiento de toxicómanos**. Ponencias y comunicaciones de las XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías. Palma de Mallorca; 167-179.

WYLIE, R. C. (1984). **Measures of self-concept**. Lincoln: University of Nebraska Press.