

Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre Tipo A y Tipo B

Juan Jesús Muñoz García, Encarnación Navas Collado, José Luis Graña Gómez y Rosario Martínez Arias
Universidad Complutense de Madrid

Este estudio examina la replicabilidad y generalización de una tipología multidimensional de drogodependientes mediante la evaluación de 320 participantes en tratamiento ambulatorio por su problema adictivo. Se realiza un análisis de conglomerados en dos fases, encontrándose la existencia de dos tipologías de consumidores denominadas Tipo A y Tipo B. Los participantes clasificados como Tipo B mostraron varios indicadores de cronicidad (mayor edad media y mayor tasa de desempleo), mayor gravedad en su problemática de consumo de drogas, en problemas médicos, de empleo-soportes, con la ley, familiares/sociales y psíquicos. La principal fuente de ingresos del Tipo A era el empleo activo y tenían menos años de consumo de drogas. Además, presentaban mayor gravedad asociada al consumo de alcohol. Ante estos datos, el Tipo A es denominado drogodependiente funcional y el Tipo B crónico. Una vez delimitadas las agrupaciones de drogodependientes, se realiza una caracterización de las mismas de forma más específica en siete áreas problema: médica, empleo/soportes, alcohol, drogas, legal, familiar/social y psíquica. Como conclusión general, se aprecia una mayor gravedad psicosocial en el Tipo B frente al Tipo A. Finalmente, se discuten las implicaciones y utilidad de la agrupación de los drogodependientes en tipologías.

Subtypes of drug-addicts in treatment: empirical support for a distinction between Type A and Type B. This study examines the possibility of replicating and generalizing a multidimensional typology of drug-addicts by means of the evaluation of 320 participants who were receiving outpatient treatment for their problem of addiction. A two-stage cluster analysis was performed, revealing the existence of two typologies of consumers, called type A and Type B. The participants classified as Type B showed various indicators of chronicity (higher mean age, higher unemployment rate), more severity of their problem of drug consumption and of medical aspects, employment support, legal, family/social and psychiatric problems in comparison with Type A. Participants from the latter group reported active employment as their main source of income and they had consumed drugs for fewer years. However, they presented more severity associated with alcohol consumption. In view of these data, Type A is called functional drug-addict and Type B chronic drug-addict. Once the groups of drug-addicts were delimited, a more specific characterization was made, taking seven problem areas into account: medical, employment support, alcohol, drugs, legal, family/social, and psychiatric areas. As a general conclusion, more psychosocial severity was observed in Type B as compared with Type A. Lastly, the implications and usefulness of grouping drug-addicts into typologies is discussed.

La elaboración de tipologías en el ámbito de las drogodependencias puede ser considerada un paso previo para un mejor conocimiento de los aspectos diagnósticos y terapéuticos y para la elaboración de inferencias acerca del pronóstico de los tratamientos.

Las tipologías propuestas por Babor et al (1992) y por Cloninger (1987) presentan subtipos de consumidores caracterizados por su edad de inicio al consumo de alcohol, la heredabilidad de la adicción, factores de riesgo en la infancia, grado de severi-

dad de la dependencia a sustancias, así como nivel de desajuste psicosocial.

Cloninger (1987) distinguía dos grupos denominados Tipo I y Tipo II. El primero se caracterizaba por una edad de comienzo tardío de sus problemas con el alcohol, pérdida de control al beber y pocas conductas agresivas, mientras que el segundo tenía un comienzo anterior en sus problemas con la droga, graves dificultades para mantenerse abstinentes y presencia de abundantes complicaciones sociales. Babor et al (1992) constataron la existencia de dos tipos de consumidores de alcohol, siendo la edad de inicio al consumo una variable con importante peso clasificatorio. Los Tipo A recibieron su nombre en honor al rey griego *Apolo* y se caracterizaban por haber comenzado tardíamente sus problemas con las drogas (mayores de 30 años), presencia de pocos problemas familiares-escolares durante la adolescencia y escasa comorbilidad psiquiátrica, presentando una dependencia a sustancias psicoactivas

menos grave. Los Tipo B venían a homenajear al dios *Baco* y se caracterizaban por comenzar antes con el abuso de drogas (menos de 30 años), solían presentar trastorno antisocial de la personalidad, junto con más problemas familiares y laborales, por lo que su grado de dependencia era mayor y a más sustancias.

Ambas tipologías vienen a describir prácticamente los mismos grupos de consumidores, aunque bien es cierto que proceden de tradiciones de investigación distintas, basándose la de Cloninger en estudios epidemiológicos de adopción y la de Babor en el análisis de conglomerados. La existencia de estas tipologías fue descrita inicialmente con alcohólicos, aunque también se ha encontrado con consumidores de otras sustancias psicoactivas como cocaína y opiáceos, lo que demuestra la generalización de estos constructos a través de diferentes drogas (Ball, Carroll, Babor y Rounsaville, 1995; Ball, Kranzler, Tennen, Poling y Rounsaville, 1998).

En el presente estudio se intentan replicar y, a la vez, generalizar los resultados a muestras de drogodependientes policonsumidores del grupo de Babor (Babor, Dolinsky, Rounsaville y Jaffe, 1988; Babor et al, 1992). Los resultados obtenidos en muestras de policonsumidores supondrían una validación inicial de la tipología en una muestra de población española y, sobre todo, la confirmación de la generalización de la tipología a consumidores de otras drogas que no sea simplemente el alcohol.

Cabe esperar que el análisis de conglomerados diferencie dos subtipos de policonsumidores de drogas semejantes al Tipo A y Tipo B. Se espera que el Tipo B de consumidores muestre mayores características de cronicidad en el consumo de drogas y desajuste psicosocial, comparados con los participantes del Tipo A. En segundo lugar, las tipologías deberían presentar características diferenciales en variables indicadoras de gravedad de la adicción relacionadas con problemas médicos, empleo/soportes, alcohol, drogas, familia, situación legal y psíquica, apreciándose mayor gravedad en el Tipo B frente al Tipo A.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 320 sujetos drogodependientes españoles en tratamiento (78,1% hombres y 21,9% mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años y con una edad media de 33,93 años (DT= 6.5). Todos los participantes cumplían criterios para la dependencia a diferentes sustancias psicoactivas según el DSM-IV-TR (APA, 2002). El total de los participantes fue extraído de 28 centros diferentes de la Comunidad de Madrid: Centros de Atención a Drogodependientes (CAD), Unidades de Desintoxicación Hospitalarias (UDH) y Centros Penitenciarios (CP), si bien la mayoría provenían de los CAD. Estos centros estaban situados en distintas zonas sociodemográficas de la comunidad con el objetivo de que estuviesen representados todos los niveles socioeconómicos y culturales. El 69% estaba soltero, el 16,5% casado y el 14,5% viudo, separado o divorciado. La media del nivel educativo fue de 8,7 años (DT= 3.3). En cuanto a la fuente principal de ingresos, la mayoría obtenía dinero del empleo activo (44,2%), seguido de las prestaciones o ayudas sociales (23,7%), compañeros-familiares o amigos (22,4%) y otras fuentes (9,7%).

El alcohol fue la principal droga de consumo para el 13,9% de los participantes, la heroína para el 24,8%, la cocaína para el 26,1% y la politoxicomanía para el 35,2%. El 1,6% de los participantes estaba en tratamiento de desintoxicación, el 1,9% en centro

de día, el 5,6% no seguía un tratamiento específico, el 40% tratamiento sustitutivo, el 44,7% tratamiento libre de drogas y el 6,2% otras formas de tratamiento.

Procedimiento

Se contó con la participación voluntaria de 28 psicólogos trabajadores de los centros donde se iba a aplicar el protocolo de evaluación y especializados en el campo de las drogodependencias. Dentro de cada uno de los centros seleccionados se fue administrando el protocolo de evaluación a los drogodependientes que acudían para el tratamiento de su adicción. El proceso de evaluación se llevó a cabo en los centros mencionados en los días y horas elegidos por los psicólogos que participaron en el estudio. La aplicación del instrumento de medida se realizó siempre de forma individual. En cada evaluación sólo estaba presente un evaluador junto con el participante. El tiempo aproximado de aplicación de la entrevista semiestructurada fue de una hora.

Desde el primer momento se especificó a cada uno de los sujetos que la participación en este estudio era totalmente voluntaria, garantizando la absoluta confidencialidad de los datos.

Instrumento

Los participantes respondieron las preguntas integrantes del Índice Europeo de Severidad de la Adicción (EuropASI; Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom et al, 1992; adaptación española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996). La versión europea del ASI y la Guía-Manual de Entrenamiento y Administración del EuropASI (Bobes et al, 1996; Guerra, 1994a, 1994b) son una adaptación de la 5ª versión del Manual del ASI (Fureman, Parikh, Bragg y McLellan, 1990).

El EuropASI es un instrumento heteroaplicado que consiste en una entrevista relativamente breve, semiestructurada y realizada para proporcionar información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su drogodependencia. La entrevista consta de siete áreas que son independientes entre sí y que integran múltiples aspectos: médica, empleo/soportes, alcohol, drogas, legal, familiar/social y psíquica. Diversos estudios han mostrado la fiabilidad y validez de esta prueba (Roa, 1995; Sandi y Ávila, 1990).

Variables

Para la comprobación de la hipótesis acerca de la existencia de dos conglomerados de drogodependientes se emplearon diferentes variables procedentes del EuropASI agrupables en tres categorías: sociodemográficas, de consumo y de gravedad de la adicción (tabla 1).

El contraste de la segunda hipótesis se realiza a partir de preguntas específicas del EuropASI integrantes de las siete áreas evaluadas: problemas médicos, de empleo/soportes, relacionados con el alcohol y drogas, legales, familiares/sociales y psíquicos. Las variables seleccionadas agrupadas por las categorías de gravedad pueden verse en la tabla 2.

Resultados

Análisis de conglomerados

En la primera de las hipótesis se realiza una clasificación de los sujetos mediante un análisis de conglomerados (*cluster*) en dos fa-

ses. Esta técnica estadística es una herramienta de exploración diseñada para descubrir las agrupaciones naturales de un conjunto de datos que, de otra manera, no sería posible detectar.

Como consecuencia del análisis de conglomerados se encontraron dos grupos de drogodependientes, denominados Tipo A y Tipo B, en la línea de investigaciones previas (Babor et al, 1988; Babor et al, 1992).

Tras la agrupación de los sujetos, se realizaron diversas pruebas de *chi-cuadrado* (χ^2) de Pearson y χ^2 de la razón de verosimilitud, con el fin de establecer diferencias de proporciones entre los conglomerados en las variables categóricas que los formaban (tabla 3).

| Tabla 1 Variables usadas para la delimitación de las tipologías de consumidores | |
|--|--|
| Tipo A y Tipo B | |
| Categorías | Variables |
| SOCIODEMOGRÁFICAS | Género Edad Años de educación Principal fuente de ingresos ^A |
| CONSUMO | Sustancia principal ^B Tipo de tratamiento ^C Años de consumo a lo largo de la vida de alcohol: cualquier dosis Años de consumo a lo largo de la vida de alcohol: grandes dosis Años de consumo a lo largo de la vida de heroína Años de consumo a lo largo de la vida de metadona/LAAM (Levo-Alfa-Acetil-Metadol) Años de consumo a lo largo de la vida de otros opiáceos/analgésicos Años de consumo a lo largo de la vida de benzodiazepinas/barbitúricos/sedantes/hipnóticos Años de consumo a lo largo de la vida de cocaína Años de consumo a lo largo de la vida de anfetaminas Años de consumo a lo largo de la vida de cannabis Años de consumo a lo largo de la vida de alucinógenos Años de consumo a lo largo de la vida de inhalantes Años de consumo a lo largo de la vida de otras drogas Años de consumo a lo largo de la vida de más de una sustancia/día (policonsumo) |
| GRAVEDAD ^D | Problemas médicos Problemas con el empleo/soportes Problemas con el alcohol Problemas con las drogas Problemas legales Problemas familiares/sociales Problemas psíquicos |
| <p>^A La variable original del EuroPASI constaba de 9 categorías diferentes que han sido reagrupadas en cuatro: 1) empleo, 2) pensión, seguridad social, paro u otras ayudas sociales, 3) compañeros, familiares o amigos, y 4) otras fuentes (ilegal, prostitución, etc.).</p> <p>^B La variable original del EuroPASI constaba de 16 categorías diferentes que han sido reagrupadas en cuatro: 1) alcohol/adicción doble, 2) heroína, 3) cocaína, y 4) policonsumo.</p> <p>^C La variable original del EuroPASI constaba de 10 categorías diferentes que han sido reagrupadas en seis: 1) sin tratamiento, 2) desintoxicación, 3) sustitutivo, 4) libre de drogas, 5) centro de día, y 6) otro.</p> <p>^D Los índices de gravedad se corresponden con una escala Likert de 5 puntos: 0) no existe problema real y el tratamiento no está indicado, 1) problema leve donde probablemente no es necesario el tratamiento, 2) problema moderado que deriva en algún tipo de tratamiento, 3) problema considerable para el que el tratamiento resulte necesario, y 4) problema extremo que implica un tratamiento absolutamente necesario.</p> | |

También se llevaron a cabo diversas pruebas *t de Student* para muestras independientes con el fin de comprobar la aparición de diferencias de medias en relación con las variables continuas que habían hecho grupos. En estos contrastes se tuvo en cuenta la prueba de *Levene (F)* sobre homogeneidad o igualdad de varianzas (tabla 4). Finalmente, se realizó una tipificación (en puntuaciones *Z*) de dichas variables con el objetivo de elaborar un perfil gráfico de los conglomerados (gráfico 1).

El objetivo del análisis de conglomerados es maximizar la diferencia entre las tipologías. En cuanto a las diferencias concretas entre los grupos, el Tipo A muestra una edad media inferior y sus ingresos suelen provenir del desarrollo de un empleo, mientras que el Tipo B presenta una edad media superior, procediendo sus ingresos de fuentes heterogéneas (empleo, pensiones o ayudas sociales, compañeros/familiares/amigos, otras fuentes). Respecto al consumo, el Tipo A se caracteriza por presentar mayor porcentaje de dependientes al alcohol/adicción doble y/o cocaína, siendo el tratamiento de elección los programas libres de drogas. Sin embargo, el Tipo B suele mostrar como sustancia problema principal la heroína y/o politoxicomanía, recibiendo tratamiento sustitutivo en mayor medida. Para los años de consumo de las sustancias consideradas, el Tipo B vuelve a ser claramente superior. Por último, al valorar los índices de gravedad de la adicción, se ha encontrado que el Tipo A presenta mayor problemática asociada al consumo de alcohol. El Tipo B evidencia mayor gravedad de problemas médicos, de empleo/soportes, con la ley, familiares/sociales y psíquicos. Ante estos resultados, el Tipo A podría ser considerado un drogodependiente funcional y el Tipo B un consumidor crónico.

Caracterización de las tipologías

De la misma manera que en el apartado anterior, para la exposición de los resultados se agrupan las variables en función del tipo de medida, realizándose pruebas de *chi-cuadrado* (χ^2) de Pearson y χ^2 de la razón de verosimilitud o *t de Student* para muestras independientes según los casos. Se expondrán aquellas variables en que han aparecido diferencias significativas.

En cuanto a las variables categóricas, en la tabla 5 se reflejan las diferencias entre las agrupaciones de consumidores en las diferentes preguntas de las áreas problema que componen el EuroPASI. Existen diferencias significativas en las variables de seis de las siete áreas de problemas evaluadas. En general, los resultados informan de menores complicaciones médicas en el Tipo A frente al Tipo B, aspecto confirmado por variables como presentar infección por hepatitis [30.4 vs. 79.5; $\chi^2_{(1)}= 27.2$, p 0.001] y resultados positivos en las últimas pruebas de VIH [8.9 vs. 41.6; $\chi^2_{(1)}= 38.7$, p 0.001].

En cuanto a los problemas relacionados con el empleo/soportes, también se aprecia el mayor deterioro psicosocial del Tipo B que presenta, por ejemplo, mayor porcentaje de personas sin trabajo en la actualidad [7.4 vs. 40.2; $\chi^2_{(3)}= 53.3$, p 0.001]. También aparecen diferencias en la vía de administración de las drogas, donde la vía de administración preferente para la cocaína en el Tipo A es la nasal y en el Tipo B la fumada. Además, en el Tipo B hay un porcentaje claramente superior frente al Tipo A de participantes que se han inyectado en alguna ocasión [20.9 vs. 75.5; $\chi^2_{(1)}= 92.9$, p 0.001].

Con relación a los problemas legales, de forma general, el Tipo B tiene mayor proporción de participantes que han estado en la cárcel [11.1 vs. 50.3; $\chi^2_{(1)}= 53.5$, p 0.001] y que están pendientes

Tabla 2
Variables usadas para la caracterización de los Tipos A y Tipo B
de drogodependientes

| Problemas | Variables | |
|-----------------------|---|--|
| MÉDICOS | <ul style="list-style-type: none"> - Problema médico crónico actual que interfiere en su vida - Infección por hepatitis - Resultado positivo del último test VIH - Recibir alguna pensión por invalidez médica | <ul style="list-style-type: none"> - Haber sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos seis meses - Número de veces hospitalizado por problemas médicos |
| EMPLEO / SOPORTES | <ul style="list-style-type: none"> - Ocupación habitual o última - Patrón de empleo usual en los últimos tres años - Fuente de ingresos en el último mes | <ul style="list-style-type: none"> - Periodo más largo de desempleo en meses - Periodo más largo de empleo en meses |
| ALCOHOL | <ul style="list-style-type: none"> - Recibir algún tipo de tratamiento para el alcohol - Edad de inicio en el consumo de alcohol (cualquier dosis) - Edad de inicio al consumo de alcohol (grandes cantidades) - Días de consumo de alcohol (cualquier dosis) en el último mes | <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alcohol (grandes cantidades) en el último mes - Abstinencia por tratamiento más largo por alcohol - Veces con delirium tremens - Dinero gastado en el último mes en alcohol en euros |
| DROGAS | <ul style="list-style-type: none"> - Alguna vez se ha inyectado - Se ha inyectado en los últimos seis meses - Recibir algún tipo de tratamiento para la droga - Edad de inicio en el consumo de heroína - Edad de inicio al consumo de metadona/LAAM - Edad de inicio al consumo de otros opiáceos/analgésicos - Edad de inicio al consumo de benzodiazepinas/barbitúricos/sedantes/hipnóticos - Edad de inicio al consumo de cocaína - Edad de inicio al consumo de anfetaminas - Edad de inicio al consumo de cannabis - Edad de inicio al consumo de alucinógenos - Edad de inicio al consumo de inhalantes - Edad de inicio al consumo de otras drogas | <ul style="list-style-type: none"> - Edad de inicio al consumo de más de una sustancia - Edad en que se inyectó por primera vez en años - Inyectarse a lo largo de la vida en años - Cuántos días se inyectó en los últimos seis meses - Veces con sobredosis por drogas - Veces que ha recibido tratamiento por desintoxicación ambulatorio - Veces que ha recibido tratamiento en centro de día residencial - Veces que ha recibido tratamiento sustitutivo ambulatorio - Veces que ha recibido tratamiento libre de drogas ambulatorio - Veces que ha recibido tratamiento libre de drogas residencial - Veces que ha recibido tratamiento en centro de día - Veces que ha recibido tratamiento en hospital psiquiátrico - Abstinencia por tratamiento más larga de drogas (meses) - Dinero gastado en el último mes en drogas |
| LEGALES | <ul style="list-style-type: none"> - Causa de la condena - Pendiente de cargos, juicio o sentencia - Por qué cargos, juicio o sentencia - Número de delitos - Veces acusado de posesión y tráfico de drogas - Veces acusado de delitos contra la propiedad - Veces acusado de delitos violentos - Veces acusado de otros delitos | <ul style="list-style-type: none"> - Número de cargos que resultaron en condena - Veces acusado de alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública... - Veces acusado de prostitución - Veces acusado de conducir embriagado - Veces acusado de delitos de tráfico - Estancia en cárceles en meses |
| FAMILIARES / SOCIALES | <ul style="list-style-type: none"> - Número de amigos íntimos - Historia de problemas importantes en la madre con el alcohol - Historia de problemas importantes en la madre con las drogas - Historia de problemas importantes en la madre de tipo psíquico - Historia de problemas importantes en el padre con el alcohol - Historia de problemas importantes en el padre con las drogas - Historia de problemas importantes en el padre de tipo psíquico - Estado civil - Convivencia habitual en los últimos 3 años - Vivir con alguien con problemas actuales de alcohol - Vivir con alguien con problemas actuales de drogas psicoactivas - Personas con las que pasa la mayor parte de su tiempo libre - Relaciones próximas duraderas personales con la madre - Relaciones próximas duraderas personales con el padre - Relaciones próximas duraderas personales con hermanos/as - Relaciones próximas duraderas personales con la pareja sexual/esposo - Relaciones próximas duraderas personales con los hijos | <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones próximas duraderas personales con los amigos - períodos de problemas serios con la madre a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con el padre a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con los hermanos/as a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con la pareja sexual a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con los hijos a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con otra familiar a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con amigos íntimos a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con vecinos a lo largo de la vida - períodos de problemas serios con compañeros de trabajo a lo largo de la vida - Abuso emocional a lo largo de la vida - Abuso físico a lo largo de la vida - Abuso sexual a lo largo de la vida |
| PSÍQUICOS | <ul style="list-style-type: none"> - Pensión por incapacidad psíquica - Experimentación de depresión severa a lo largo de la vida - Experimentación de ansiedad severa a lo largo de la vida - Experimentación de problemas para comprender, concentrarse o recordar - Experimentación de alucinaciones a lo largo de la vida | <ul style="list-style-type: none"> - Experimentación de problemas para controlar conductas violentas a lo largo de la vida - Medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos a lo largo de la vida - Experimentación de ideación suicida severa a lo largo de la vida - Intentos suicidas a lo largo de la vida |

de cargos, juicio o sentencia [16.5 vs. 25.4; $\chi^2_{(1)} = 3.5$, $p < 0.05$]. Analizando los problemas familiares/sociales, se aprecia mayor deterioro en el Tipo B en variables como historia de problemas graves en el padre con el alcohol [23.3 vs. 33.0; $\chi^2_{(1)} = 3.8$, $p < 0.05$] o haber sufrido abusos sexuales [2.2 vs. 9.2; $\chi^2_{(1)} = 6.5$, $p < 0.01$].

Para finalizar, en los problemas psíquicos también el Tipo B muestra mayor gravedad en variables como haber realizado inten-

tos suicidas a lo largo de la vida [18.5 vs. 29.7; $\chi^2_{(1)} = 5.2$, $p < 0.05$] o síntomas depresivos [41.0 vs. 55.1; $\chi^2_{(1)} = 6.2$, $p < 0.01$] y de ansiedad [42.2 vs. 62.7; $\chi^2_{(1)} = 13.2$, $p < 0.001$].

Respecto a las variables continuas, en la tabla 6 se muestran las diferencias entre los dos conglomerados en las áreas problema. Nuevamente, han aparecido diferencias significativas en seis de las siete áreas problema evaluadas, siendo la única excepción los problemas psíquicos. Como puede apreciarse, las diferencias señalan

Tabla 3
Diferencias entre Tipo A y Tipo B en variables categóricas

| Variables | | Tipo A | | Tipo B | | Análisis | | |
|------------------------------|--|--------|-------|--------|-------|----------|----|-------------|
| | | n | % | n | % | χ^2 | gl | p |
| Género | Varón | 119 | 88,1% | 131 | 70,8% | 13,7 | 1 | $p < 0,001$ |
| | Mujer | 16 | 11,9% | 54 | 29,2% | | | |
| Principal fuente de ingresos | Empleo | 85 | 63% | 58 | 31,4% | 43,1 | 3 | $p < 0,001$ |
| | Pensión, seguridad social, paro u otras ayudas | 20 | 14,8% | 55 | 29,7% | | | |
| | Compañeros, familiares o amigos | 28 | 20,7% | 46 | 24,9% | | | |
| | Otras fuentes (p. e.: ilegales) | 2 | 1,5% | 26 | 14,1% | | | |
| Sustancia principal | Alcohol/adicción doble | 30 | 22,2% | 16 | 8,6% | 125,9 | 3 | $p < 0,001$ |
| | Heroína | 10 | 7,4% | 72 | 38,9% | | | |
| | Cocaína | 76 | 48,9% | 10 | 5,4% | | | |
| | Policonsumo | 29 | 21,5% | 87 | 47,6% | | | |
| Tipo de tratamiento | Ninguno | 2 | 1,5% | 16 | 8,6% | 289,7 | 5 | $p < 0,001$ |
| | Desintoxicación | 2 | 1,5% | 3 | 1,6% | | | |
| | Sustitutivo | 0 | 0% | 128 | 69,2% | | | |
| | Libre de drogas | 126 | 93,3% | 17 | 9,2% | | | |
| | Centro de día | 0 | 0% | 6 | 3,2% | | | |
| | Otro | 5 | 3,7% | 15 | 8,1% | | | |

Tabla 4
Diferencias entre Tipo A y Tipo B en variables continuas

| Características | | Tipo A (n= 135) | | Tipo B (n= 185) | | Análisis | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----|-----------------|------|----------|-------------|-------------|
| | | Media | DT | Media | DT | t | gl | p |
| Sociodemográficas | Edad | 30,2 | 6,6 | 36,65 | 6,4 | 8,8 | 318 | $p < 0,001$ |
| | Años de educación | 8,7 | 3,7 | 8,65 | 3,1 | 0,1 | 317 | ns |
| Años de consumo a lo largo de la vida | Alcohol: cualquier dosis | 9,8 | 8,2 | 8,9 | 8,9 | 0,8 | 318 | ns |
| | Alcohol: grandes dosis | 3,8 | 6,4 | 3,8 | 5,9 | 0,1 | 318 | ns |
| | Heroína | 2,5 | 4,7 | 12,6 | 7,1 | 15,3 | 315 | $p < 0,001$ |
| | Metadona/LAAM | 0,2 | 0,6 | 2,7 | 3,6 | 9,2 | 198 | $p < 0,001$ |
| | Otros opiáceos/analgésicos | 0,1 | 0,9 | 0,7 | 2,4 | 3,1 | 252 | $p < 0,05$ |
| | BZDs/barbitúricos/sedantes/hipnóticos | 0,6 | 2,1 | 4,4 | 6,6 | 7,3 | 231 | $p < 0,001$ |
| | Cocaína | 6,0 | 4,8 | 9,9 | 8,0 | 5,4 | 307 | $p < 0,001$ |
| | Anfetaminas | 0,6 | 1,6 | 1,6 | 3,7 | 3,3 | 264 | $p < 0,001$ |
| | Cannabis | 5,3 | 6,2 | 9,8 | 9,7 | 5,1 | 313 | $p < 0,001$ |
| | Alucinógenos | 0,6 | 1,7 | 1,1 | 3,3 | -1,7 | 318 | ns |
| | Inhalantes | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 1,2 | 2,2 | 187 | $p < 0,05$ |
| Otras drogas | 0,2 | 0,8 | 0,3 | 1,9 | -0,8 | 318 | ns | |
| Policonsumo | 4,1 | 5,3 | 8,9 | 8,5 | 6,3 | 312 | $p < 0,001$ | |
| Índices de gravedad | Problemas médicos | 0,6 | 0,9 | 1,4 | 1,3 | 6,5 | 317 | $p < 0,001$ |
| | Problemas con el empleo/soportes | 0,9 | 1,2 | 1,6 | 1,3 | 4,7 | 318 | $p < 0,001$ |
| | Problemas con el alcohol | 1,3 | 1,4 | 0,9 | 1,2 | 3,0 | 271 | $p < 0,05$ |
| | Problemas con las drogas | 2,2 | 1,2 | 2,1 | 1,3 | 0,4 | 318 | ns |
| | Problemas legales | 0,4 | 0,8 | 0,8 | 1,2 | 3,9 | 316 | $p < 0,001$ |
| | Problemas familiares/sociales | 1,5 | 1,2 | 1,8 | 1,2 | 2,5 | 318 | $p < 0,05$ |
| | Problemas psíquicos | 1,2 | 1,3 | 1,6 | 1,3 | 2,5 | 318 | $p < 0,05$ |

la mayor gravedad de problemas en el Tipo B. Así, por ejemplo, el Tipo B presenta mayor número de hospitalizaciones por problemas médicos [2.1 vs. 3.3; $t_{(233)} = -2.6$, $p 0.01$], períodos en meses más largos de desempleo [17.0 vs. 69.5; $t_{(246)} = -8.3$, $p 0.01$], días de consumo de alcohol (cualquier dosis) en el último mes [4.7 vs. 6.9; $t_{(263)} = -2.1$, $p 0.001$], número de tratamientos por drogas [1.5 vs. 3.1; $t_{(302)} = -6.5$, $p 0.001$] y estancia en la cárcel en meses [3.1 vs. 19.2; $t_{(251)} = -5.7$, $p 0.001$]. Sin embargo, el Tipo A sería superior en variables como número de amigos íntimos [2.3 vs. 1.1, $t_{(184)} = 4.2$, $p 0.01$], lo que denotaría su menor deterioro psicosocial.

En la tabla 7 puede verse una descripción prototípica de las tipologías A y B de drogodependientes.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos al realizar un análisis de conglomerados sobre tres grupos de variables (sociodemográficas, de consumo y de gravedad de la adicción) muestran la existencia de dos grupos/tipologías de drogodependientes. Estos resultados confirman los hallados en otros estudios que han sugerido diferentes tipologías construidas a partir de la agrupación de diversas variables para explicar el alcoholismo (Tipo 1 o A y Tipo 2 o B, respectivamente) (Cloninger, 1987; Cloninger, Bohman y Sigvardsson, 1981; Cloninger, Sigvardsson, von Knorring y Bohman, 1988) y Babor (Babor et al, 1992; Ball, Carroll y Rounsaville, 1994; Brown, Babor, Litt y Kranzler, 1994).

En esta investigación se han encontrado dos grupos, llamándose Tipo A y Tipo B, respectivamente. El Tipo A podría ser considerado un drogodependiente menos grave, por lo que es denominado *consumidor funcional*. Sin embargo, el Tipo B supondría una cronificación del estilo de vida de los drogodependientes, por lo que se ha optado por denominarlo *consumidor crónico* (tabla 7).

Como puede comprobarse, las conclusiones obtenidas en la muestra evaluada sólo registrarían diferencias con las tipologías comentadas previamente (sobre todo con la del grupo de Babor) en las variables utilizadas para su formación. La elección de los factores integrantes de los grupos estuvo determinada por la necesidad de dotar a los resultados de utilidad práctica, de ahí que se considerase imprescindible introducir aspectos como la sustancia principal de consumo, el tipo de tratamiento que se estaba realizando y la gravedad de la problemática adictiva en diversas esferas. También se decidió trabajar con años de consumo a lo largo de la vida con el fin de buscar un indicador real del posible grado de dependencia, lo que tendría claras implicaciones terapéuticas.

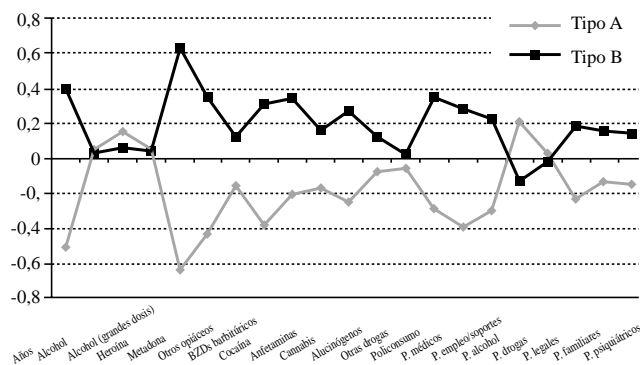


Gráfico 1. Perfil de las tipologías en puntuaciones Z

Resulta interesante apreciar cómo el Tipo A utiliza preferentemente como modalidad terapéutica los programas libres de drogas, cuyo objetivo final es la abstinencia. Estos programas consideran como básica la eliminación de la adicción, abuso o consumo de aquellas drogas que utiliza el paciente, la prevención del consumo de drogas en el medio social en que se desarrolla, la resolución de problemas personales-familiares-sociales y la consecución de un nivel de salud adecuado, mostrándose las terapias cognitivo-conductuales (por ejemplo, prevención de recaídas) como procedimientos claramente eficaces para lograr un gran número de estos objetivos (Delgado y Pérez, 2004; Graña, 1994; Onken, Blaine y Boren, 1993).

En cuanto al Tipo B, la modalidad terapéutica de elección es la reducción de riesgos y, más concretamente, los programas de mantenimiento con metadona (Ladero, Santos y Carroles, 2005), que supondrían una gran ayuda para los adictos a opiáceos al reducirse en ellos parcial o totalmente el consumo de heroína, disminuyendo así sus problemas (Becona y Vázquez, 2001).

Aunque las tipologías han contado para su formación con la variable tipo de tratamiento recibido, parece bastante claro que el objetivo en un drogodependiente menos grave, como es el que representa el Tipo A, ha de pasar necesariamente por la completa abstinencia, mientras que en el Tipo B, tras probablemente haber pasado por muchos tratamientos anteriormente, se debe intentar reducir los inconvenientes del grave consumo de sustancias.

Una vez delimitadas las tipologías se ha procedido a realizar una caracterización más específica. Para ello, se emplean variables procedentes de las siete áreas problema del EuropASI. En cuanto a las variables médicas, se observa que el Tipo A es un grupo de consumidores con un porcentaje inferior de sujetos con problemas médicos crónicos, mientras que el Tipo B requiere un mayor número de hospitalizaciones por infecciones como hepatitis y VIH. Obviamente, debido a que el Tipo B está compuesto por heroínomanos y politoxicómanos es normal que aparezca superioridad respecto al Tipo A en estas afecciones (Cabrera y Torrecilla, 2002).

Analizando la situación psicosocial de las tipologías, se encuentra un mayor deterioro en el Tipo B frente al Tipo A en aspectos como la situación laboral, donde presentarían mayor porcentaje de desempleo o de ocupaciones que no requieren formación previa. La situación de mayor empleo en el Tipo A es un aspecto de gran importancia por su alta incidencia en los resultados terapéuticos al ser un predictor de éxito (Graña, 1994).

Considerando las relaciones familiares/sociales, el Tipo A es un grupo formado por sujetos preferentemente casados, con parejas estables, mayor número de amigos íntimos, menores períodos de problemas serios con su entorno sociofamiliar y menor porcentaje de sujetos que han sido objeto de abuso sexual a lo largo de su vida. Sin embargo, los consumidores del Tipo B refieren relaciones de pareja extinguidas (divorciados o viudos), problemas graves en el padre con el alcohol y relaciones problemáticas con su entorno. El grave deterioro psicosocial producido por los opiáceos en comparación con otras drogas como, por ejemplo, la cocaína, está en la base de estos resultados.

En cuanto a los problemas con la ley, el Tipo A es un grupo con un porcentaje menor de sujetos con condena y estancia en la cárcel, siendo sus principales delitos la posesión y tráfico de drogas, es decir, contra la salud pública. Sin embargo, hay un porcentaje mayor de participantes del Tipo B que han estado en la cárcel, siendo sus delitos principales violentos o contra la propiedad. Esta distribución de los tipos de delitos puede ser entendida mejor si

Tabla 5
Caracterización del Tipo A y Tipo B en variables categóricas

| Problemas | Variables | Tipo A | | Tipo B | | Análisis | | |
|--|---|--------|-------|--------|-------|----------|---------|---------|
| | | n | % | n | % | χ^2 | gl | p |
| Médicos | Problema médico crónico actual que interfiere en su vida | 37 | 27,4% | 105 | 56,8% | 27,2 | 1 | p<0,001 |
| | Infección por hepatitis | 41 | 30,4% | 147 | 79,5% | 77,6 | 1 | p<0,001 |
| | Realización de pruebas de VIH | 21 | 84,4% | 180 | 97,3% | 17,3 | 1 | p<0,001 |
| | Resultado positivo del último test de VIH | 11 | 8,9% | 74 | 41,6% | 38,7 | 1 | p<0,001 |
| Empleo/Soportes | <i>Ocupación habitual o última</i> | | | | | | | |
| | Trabajo sin formación previa | 63 | 47,7% | 117 | 64,3% | 10,1 | 3 | p<0,05 |
| | Trabajo con formación previa | 27 | 20,5% | 20 | 11,0% | | | |
| | Miscelánea (auxiliares administrativos y pequeños empresarios) | 11 | 8,3% | 9 | 4,9% | | | |
| | Sin trabajo | 31 | 23,5% | 36 | 19,8% | | | |
| | <i>Patrón de empleo usual en los últimos tres años</i> | | | | | | | |
| | Retirado / invalidez o no haber trabajado nunca | 103 | 76,3% | 78 | 42,4% | 53,3 | 3 | p<0,001 |
| | Trabajando a tiempo parcial o completo | 18 | 13,3% | 24 | 13,0% | | | |
| Sin trabajo actualmente (estudiantes y/o desempleados) | 10 | 7,4% | 74 | 40,2% | | | | |
| En ambiente protegido | 4 | 3,0% | 8 | 4,3% | | | | |
| Drogas | <i>Vía de administración de la cocaína</i> | | | | | | | |
| | Oral | 3 | 2,3% | 3 | 1,8% | 71,1 | 4 | p<0,001 |
| | Nasal | 91 | 70,5% | 39 | 23,4% | | | |
| | Fumada | 22 | 17,1% | 68 | 40,7% | | | |
| | Inyección no intravenosa | 1 | 0,8% | 6 | 3,6% | | | |
| | Inyección intravenosa | 12 | 9,3% | 51 | 30,5% | | | |
| | <i>Vía de administración de más de una sustancia</i> | | | | | | | |
| | Oral | 10 | 29,4% | 12 | 15,2% | 14,8 | 4 | p<0,001 |
| | Nasal | 7 | 20,6% | 3 | 3,8% | | | |
| | Fumada | 13 | 38,2% | 37 | 46,8% | | | |
| Inyección no intravenosa | 0 | 0,0% | 1 | 1,3% | | | | |
| Inyección intravenosa | 4 | 11,8% | 26 | 32,9% | | | | |
| Alguna vez se ha inyectado | 28 | 20,9% | 139 | 75,5% | 92,9 | 1 | p<0,001 | |
| Legales | <i>Causa de la condena</i> | | | | | | | |
| | Estancia en la cárcel | 15 | 11,1% | 93 | 50,3% | 53,5 | 1 | p<0,001 |
| | Sin condena | 118 | 87,4% | 92 | 49,7% | 60,7 | 4 | p<0,001 |
| | Posesión y tráfico de drogas | 10 | 7,4% | 25 | 13,5% | | | |
| | Delitos contra la propiedad | 2 | 1,5% | 34 | 18,4% | | | |
| | Delitos violentos | 4 | 3,0% | 28 | 15,1% | | | |
| | Otros delitos | 1 | 0,7% | 6 | 3,2% | | | |
| | Pendiente de cargos, juicio o sentencia | 21 | 16,5% | 47 | 25,4% | 3,5 | 1 | p<0,05 |
| | <i>Por qué cargos, juicio o sentencia</i> | | | | | | | |
| | Posesión y tráfico de drogas | 8 | 44,4% | 8 | 17,8% | 10,1 | 3 | p<0,05 |
| | Delitos contra la propiedad | 4 | 22,2% | 24 | 53,3% | | | |
| | Delitos violentos | 0 | 0% | 4 | 8,9% | | | |
| Otros delitos | 6 | 33,3% | 9 | 20,0% | | | | |
| Familiares/Sociales | Historia de problemas graves en el padre con el alcohol | 31 | 23,3% | 61 | 33,0% | 3,8 | 1 | p<0,05 |
| | <i>Estado civil</i> | | | | | | | |
| | Casado | 32 | 23,7% | 22 | 11,9% | 14,2 | 2 | p<0,001 |
| | Relación extinguida | 12 | 8,9% | 39 | 21,1% | | | |
| | Soltero/a | 91 | 67,4% | 124 | 67,0% | | | |
| | <i>Períodos de problemas serios a lo largo de la vida con:</i> | | | | | | | |
| | La madre | 64 | 47,8% | 107 | 58,2% | 3,4 | 1 | p<0,05 |
| | El padre | 67 | 51,1% | 117 | 66,1% | 7,0 | 1 | p<0,01 |
| | Los hermanos/as | 52 | 40,0% | 107 | 62,2% | 14,7 | 1 | p<0,001 |
| | Los hijos | 6 | 12,5% | 28 | 29,5% | 5,1 | 1 | p<0,05 |
| | Los amigos íntimos | 29 | 23,2% | 57 | 33,9% | 3,9 | 1 | p<0,05 |
| Los vecinos | 12 | 9,1% | 44 | 24,9% | 12,7 | 1 | p<0,001 | |
| Sufrir abuso sexual a lo largo de la vida | 3 | 2,2% | 17 | 9,2% | 6,5 | 1 | p<0,01 | |
| Psíquicos | Intentos suicidas a lo largo de la vida | 25 | 18,5% | 55 | 29,7% | 5,2 | 1 | p<0,05 |
| | <i>Experimentación de sintomatología severa a lo largo de la vida</i> | | | | | | | |
| | Depresión | 55 | 41,0% | 102 | 55,1% | 6,2 | 1 | p<0,01 |
| | Ansiedad o tensión | 57 | 42,2% | 16 | 62,7% | 13,2 | 1 | p<0,001 |
| Ideación suicida a lo largo de la vida | 41 | 30,4% | 85 | 45,9% | 7,9 | 1 | p<0,01 | |

se considera la distinción de la delincuencia en las drogas establecida por Elzo, Lidón y Urquijo (1992). La delincuencia del Tipo A vinculada a la posesión y tráfico de drogas sería de tipo funcional, es decir, realizada con la finalidad de conseguir fondos para financiar el consumo. También podría considerarse la existencia de delincuencia relacional o periférica, que es la producida en torno al consumo de drogas y su facilitación. Sin embargo, los delitos violentos y contra la propiedad característicos del Tipo B serían de ca-

racterísticas claramente funcionales (Delgado, 2002; Meléndez, 1989).

Analizando la presencia de psicopatología, el Tipo B vuelve a presentar mayor deterioro, ejemplificado en su mayor presencia de ideación e intentos suicidas y experimentación de sintomatología depresiva o ansiosa frente al Tipo A.

Para finalizar con los indicadores de gravedad de la adicción, en los problemas relacionados con alcohol y drogas se registran di-

Tabla 5
Caracterización del Tipo A y Tipo B en variables categóricas

| Problemas | Variables | Tipo A | | | Tipo B | | | Análisis | | |
|---|---|-------------------|------|-----|--------|------|------|----------|------|---------|
| | | Media | DT | n | Media | DT | n | t | gl | p |
| Médicos | Número de veces hospitalizado por problemas médicos | 2,1 | 4,6 | 135 | 3,3 | 3,6 | 184 | -2,6 | 233 | p<0,01 |
| Empleo/Soportes | Período más largo de empleo en meses | 77,9 | 66,5 | 130 | 57,6 | 60,1 | 174 | 2,8 | 262 | p<0,01 |
| | Período más largo de desempleo en meses | 17,0 | 28,7 | 103 | 69,5 | 75,7 | 176 | -8,3 | 246 | p<0,01 |
| Alcohol | Días de consumo de alcohol (cualquier dosis) en el último mes | 4,7 | 7,3 | 121 | 6,9 | 10,6 | 150 | -2,1 | 263 | p<0,001 |
| Drogas | Días de consumo de metadona/LAAM en el último mes | 1,6 | 6,9 | 130 | 24,1 | 11,8 | 130 | -11,9 | 36 | p<0,001 |
| | Edad de inicio al consumo de cocaína | 21,2 | 5,7 | 130 | 19,9 | 5,3 | 169 | 2,1 | 297 | p<0,05 |
| | Edad de inicio al consumo de anfetaminas | 17,9 | 3,1 | 39 | 16,5 | 2,4 | 66 | 2,7 | 103 | p<0,05 |
| | Se inyectó a lo largo de la vida (años) | 5,6 | 4,3 | 23 | 8,6 | 6,4 | 169 | -2,2 | 141 | p<0,05 |
| | Veces con sobredosis por drogas | 0,3 | 0,9 | 135 | 1,2 | 2,4 | 185 | -4,9 | 249 | p<0,05 |
| | Número de tratamientos por drogas | 1,5 | 1,4 | 133 | 3,1 | 1,8 | 185 | -6,5 | 302 | p<0,001 |
| | Veces en tratamientos de desintoxicación ambulatoria por drogas | 0,6 | 1,6 | 135 | 1,6 | 2,9 | 185 | -4,1 | 293 | p<0,001 |
| | Veces en tratamiento de desintoxicación residencial por drogas | 0,2 | 0,6 | 134 | 0,7 | 1,4 | 185 | -4,7 | 271 | p<0,001 |
| | Veces en tratamiento sustitutivo ambulatorio por drogas | 0,1 | 0,4 | 135 | 1,0 | 1,3 | 185 | -8,9 | 219 | p<0,001 |
| | Veces en tratamiento libre de drogas residencial por drogas | 0,3 | 0,8 | 135 | 0,8 | 1,1 | 185 | -5,4 | 317 | p<0,001 |
| | Veces en tratamiento en centro de día por drogas | 0,1 | 0,2 | 134 | 0,4 | 1,7 | 185 | -3,0 | 192 | p<0,01 |
| | Abstinencia por tratamiento más larga de drogas (meses) | 9,4 | 14,2 | 135 | 21,8 | 24,6 | 185 | -5,7 | 303 | p<0,001 |
| | Legales | Número de delitos | 1,3 | 4,2 | 135 | 4,9 | 11,0 | 185 | -4,2 | 250 |
| Veces acusado de posesión y tráfico de drogas | | 0,3 | 0,8 | 135 | 0,9 | 2,8 | 185 | -2,7 | 221 | p<0,01 |
| Veces acusado de delitos contra la propiedad | | 0,8 | 3,9 | 135 | 2,9 | 9,3 | 185 | -2,8 | 263 | p<0,01 |
| Veces acusado de delitos violentos | | 0,1 | 0,7 | 135 | 0,9 | 2,4 | 185 | -3,9 | 229 | p<0,001 |
| Veces acusado de otros delitos | | 0,1 | 0,7 | 135 | 0,9 | 2,4 | 185 | -2,7 | 292 | p<0,01 |
| Número de cargos que resultaron en condena | | 0,6 | 1,9 | 135 | 2,1 | 4,2 | 185 | -4,4 | 275 | p<0,001 |
| Estancia en cárceles (meses) | | 3,1 | 14,1 | 135 | 19,2 | 36,9 | 185 | -5,7 | 251 | p<0,001 |
| Familiares/Sociales | Número de amigos íntimos | 2,3 | 3,0 | 135 | 1,1 | 1,5 | 184 | 4,2 | 184 | p<0,01 |

Tabla 7
Perfil prototípico del Tipo A y Tipo B

| Variables | | Tipo A –funcional– | Tipo B –crónico– |
|-------------------|---|-----------------------------------|-----------------------|
| Sociodemográficas | Edad | ≈30 | ≈37 |
| | Fuente principal de ingresos | Empleo | Heterogénea |
| Consumo | Sustancia principal | Alcohol, adicción doble y cocaína | Heroína y policonsumo |
| | Tipo de tratamiento | Libre de drogas | Sustitutivo |
| | Años de consumo de diferentes drogas a lo largo de la vida | Menores | Mayores |
| Gravedad | Problemas médicos, de empleo/soportes, legales, familiares/sociales y psíquicos | Menores | Mayores |
| | Problemas con el alcohol | Mayores | Menores |

ferencias en variables como la vía de administración o la edad de inicio en el consumo de drogas. Así, por ejemplo, el Tipo A utilizaría como vía de administración preferente para la cocaína la nasal, mientras que el Tipo B la fumada. Además, el porcentaje de participantes del Tipo B que se han inyectado en alguna ocasión es notablemente superior al Tipo A junto con mayor número de sobredosis. Estos datos resultan lógicos debido a la sustancia principal de consumo que caracteriza a cada tipología.

A modo de conclusión general, cabe señalar que la delimitación de estos dos conglomerados tiene un claro valor heurístico para el desarrollo de intervenciones más eficaces. Las diferencias encontradas entre los tipos de drogodependientes a nivel sociodemográfico, de consumo de drogas y de gravedad de la adicción, aconsejan el empleo de programas terapéuticos centrados en la abstinencia para el Tipo A (funcional) y la reducción de daños para el Tipo B (crónico).

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición revisada)*. Barcelona: Masson.
- Babor, T.F., Hoffman, M., DelBoca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.E., Dolinsky, Z.S. y Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics. 1: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Babor, T.F. y Rounsaville, B.J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: support for a Type A - Type B distinction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 115-124.
- Ball, S.A., Carroll, K.M. y Rounsaville, B.J. (1994). Sensation seeking, substance abuse and psychopathology in treatment-seeking and community cocaine abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1.053-1.057.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). Alternativas terapéuticas ambulatorias en drogodependencias. En J. Cabrera (ed.): *Medicina legal en drogodependencias* (pp. 241-260). Madrid: Halcourt.
- Bobes, J., González, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Brown, J., Babor, T.F., Litt, M.D. y Kranzler, H.R. (1994). The Type A/Type B distinction: subtyping alcoholics according to indicators of vulnerability and severity. En T.F. Babor, V. Hesselbrock, R. Meyer y W. Shoemaker (eds.): *Types of alcoholics: evidence from clinical, experimental and genetic research* (pp. 23-33). New York: New York Academy of Sciences.
- Cabrera, R. y Torrecilla, J.M. (2002). *Manual de drogodependencias*. Comunidad de Madrid: Agencia Antidroga.
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. y Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., von Knorring, A.L. y Bohman, M. (1988). The Swedish studies of the adopted children of alcoholics: a reply to littrell. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 500-509.
- Delgado, S. (2002). Delincuencia y drogas. En S. Delgado y J.M. Torrecilla (eds.): *Medicina legal en drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Delgado, D. y Pérez, A. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16, 632-638.
- Elzo, J., Lidón, J.M.ª y Urquijo, M.ª L. (1992). *Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y en los Juzgados de la C.A..V. Vitoria-Gasteiz*.
- Fureman, B., Parikh, G., Bragg, A. y McLellan, T. (1990). *Addiction Severity Index: a guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years (fifth edition)*. The University of Pennsylvania/Veterans Administration: Center for Studies of Addiction.
- Graña, J.L. (1994). Intervención conductual grupal en drogodependencias. En J.L. Graña (ed.): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 241-260). Madrid: Debate.
- Guerra, D. (1994a). Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (eds.): *Drogodependencias I. Introducción* (pp. 223-237). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Guerra, D. (1994b). Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción. Manual de instrucciones, 5ª edición. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (eds.): *Drogodependencias I. Introducción* (pp. 239-288). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Ladero, L., Santos, H. y Carrobes, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. y Argeriour, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Meléndez, F.L. (1989). *Consideraciones criminológicas en materia de estupefacientes*. Madrid: Dykinson.
- Onken, L.S., Blaine, J.D. y Boren, J.J. (1993). *Behavioral treatments for drug abuse and dependence*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.
- Rubio, G. y López-Muñoz, F. (1996). Nuevas tipologías en el alcoholismo. *Anales de Psiquiatría*, 12, 40-47.
- Sandi, L.E. y Ávila, K. (1990). Validity of the Addiction Severity Index (adapted version) in a Costa Rican population group. *Bulletin of PAHO*, 24, 70-76.