

Evaluación de tipologías en toxicomanías

Juan Antonio MARCOS SIERRA

José TENORIO IGLESIAS

Ara MILLÁN JIMÉNEZ

Javier PÉREZ MOLINA

Carlos ROSA FERNÁNDEZ

*Grupo de trabajo sobre Tipologías en Toxicomanías
Colegio Oficial de Psicólogos Andalucía Occidental*

Resumen

Se presentan los resultados de una investigación sobre una clasificación basada en cuatro tipos de toxicomanías: tipo A (traumática), tipo B (a partir de neurosis actual), tipo C (de transición) y tipo D (sociopática). En este estudio se han analizado las características y recorrido terapéutico con una muestra de 110 heroinómanos que comenzaron tratamiento en cuatro centros de tratamiento ambulatorio y una comunidad terapéutica de la provincia de Sevilla. Los resultados señalan algunas variables que deben ser consideradas en el análisis de la demanda. Se concluye la importancia de establecer tipologías para articular, tanto en el ámbito preventivo como el terapéutico, programas de intervención más específicos.

Palabras claves: tipologías, toxicomanías, terapia, heroinómanos.

Abstract

The article presents the results of a study of a classification based on four types of drug abuse: Type A (traumatic), Type B (derived from present neurosis), Type C (transition) and Type D (sociopathic personality disorders). In this article, the characteristics and therapeutic evolution of a sample of 110 heroin addicts belonging to four outpatient clinics and a therapeutic community in Seville were studied. The results point to some variables that should be considered in the analysis of demand. It is concluded that the drug abuse types should be taken into account when both specific prevention and therapeutic programmes are designed and implemented.

Key words: typology, drug abuse, therapy, heroin addicts.

Dirección de los autores: Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, c/ Carlos de Cepeda, 2, 2ª planta. 41005 Sevilla. *Correo electrónico:* jmarcos@correo.cop.es
Juan Antonio Marcos trabaja en el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaira (Sevilla), Carlos Rosa en el Ayuntamiento de Marchena (Sevilla), José Tenorio y Javier Pérez, en la Diputación de Sevilla y Ara Millán en la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias.

La orientación sistémica nace a principios de los años 50 como prolongación del psicoanálisis, que como método terapéutico, había logrado por esos años el consenso general. Hasta este momento primaba el trabajo individual sobre el trabajo de contexto, tomándose éste en múltiples ocasiones como un elemento distorsionador de la evolución de la terapia.

A pesar de la importancia de la familia en el desarrollo de la personalidad del individuo, durante muchos años los terapeutas se resistieron a la idea de ver a los miembros de la familia de sus pacientes con el fin de salvaguardar la intimidad y la reserva de la relación terapéutica.

De esta manera, desde el psicoanálisis más ortodoxo se excluía a la familia real con el fin de poner al descubierto la familia inconsciente e introyectada. Desde el enfoque rogeriano, la familia era mantenida lejos para poder ofrecer a sus clientes la aceptación incondicional que consideraban necesaria para que ellos redescubrieran sus propios impulsos internos; mientras que en las instituciones psiquiátricas, la intervención se realizaba al margen de las familias que se sustituía por un ambiente sereno y protector (Coletti, 1987).

Con todo ello, se observaba frecuentemente en una mayoría de pacientes un entorno inestable y problemático. Además, este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente, hasta el extremo de que cuando las familias estaban pasando por una situación conflictiva, de crisis, sucedía que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa. Esto hizo pensar que un cambio en cualquier persona cambia todo su sistema familiar y que, al mismo tiempo se comenzara a ver a la familia

como un instrumento eficaz para cambiar al paciente.

Una vez visto el impacto recíproco que tenían los pacientes y sus familias, varios terapeutas decidieron intentar el tratamiento de toda la familia en su conjunto. Para ello, tomaron como referencia aportaciones de distintos campos teóricos (desde Freud a la teoría interpersonal, pasando por las terapias de grupo y de pareja, la investigación sobre dinámica familiar de la esquizofrenia, los consejeros matrimoniales, etc.). Todos estos pioneros tenían antecedentes claramente diferentes y orientaciones clínicas diversas, y dicha diversidad todavía caracteriza hoy el campo de la terapia familiar.

La orientación relacional-sistémica se desarrolla mediante una serie de estudios, experiencias e investigaciones surgidas inicialmente en Estados Unidos e Inglaterra y posteriormente en otros países, que toman genéricamente la denominación de *terapia familiar*.

Aunque considerada no ortodoxa, hasta la década de los años 60 esta tendencia siguió siendo intrínseca al psicoanálisis, lo que propicia que el encuentro entre la teoría de los sistemas y el análisis de los problemas familiares viene a producirse en los años 50.

La *Teoría General de Sistemas* (Bertalanffy, 1982) ofreció, gracias a su lenguaje interdisciplinario, un nuevo paradigma científico capaz de proporcionar una clave de lectura del funcionamiento familiar. Resultado de este encuentro fue la ampliación y profundización de las divergencias que llevaron a los primeros terapeutas de familia a un progresivo alejamiento del psicoanálisis y a la elaboración de nuevas categorías conceptuales que tenían su eje en las

relaciones y en el «aquí y ahora» y no en las vivencias individuales y en el pasado.

En su evolución histórica se podrían trazar distintos recorridos que llevan a la creación de escuelas o corrientes de pensamiento, de acuerdo con sus respectivas propuestas de actualización del cuadro conceptual sistémico, enriquecido y ampliado con otras aportaciones teóricas (Campanini y Luppi, 1988).

Al igual que ocurre con la orientación relacional sistémica, el trabajo desarrollado en el campo de la terapia de las toxicomanías ha registrado una constante evolución en los últimos años. La década de los años 50 supone una variación importante en la consideración de las toxicomanías. Por un lado, anteriormente a esta fecha las toxicomanías eran un problema muy reducido que afectaba principalmente a personas, especialmente sanitarios, con un fácil acceso a la heroína y a la morfina, así como a otras personas afectadas por enfermedades o heridas graves. Por otro lado, después de esos años el consumo de drogas se convierte en un fenómeno más generalizado y con una mayor incorporación de segmentos de población más joven.

En el ámbito terapéutico las adicciones eran abordadas como aspectos intrínsecos al sujeto. Glover, en la década de los años 40 emprende una sistematización conceptual, dentro de sus estudios psicopatológicos, del problema clínico de las toxicomanías. En el examen de los mecanismos inconscientes involucrados observa al mismo tiempo componentes neuróticos y psicóticos, conceptualizando la adicción como un trastorno grave de la personalidad entre la psicosis y la neurosis (Glover, 1949).

En los años posteriores el campo de la investigación hace hincapié en la adicción

como el resultado de una predisposición genética o en una especial fragilidad personal, aunque con una mayor atención a los efectos de los narcóticos que en las dificultades de los sujetos. Las intervenciones por lo tanto en esta época estaban basadas en los aspectos médicos y farmacológicos, así como en la rehabilitación pedagógica de los sujetos.

Posteriormente en los años 80, aparecen los primeros estudios de Cancrini (Cancrini, 1982; Cancrini y Barboni, 1985), donde se pone la atención en un mayor número de aspectos, tanto individuales como relacionales. Estos trabajos de investigación parten de dos premisas fundamentales:

- La consideración del uso de drogas por parte del toxicómano, desde el plano motivacional, como un intento evasivo y equivocado de *autoterapia*.
- La *heterogeneidad* en las toxicomanías permite plantear clasificaciones tipológicas. Tanto desde el punto de vista de la psicopatología individual, como desde lo sistémico interpersonal, se constata que las toxicomanías no son exclusivas de una sola categoría de personas o grupos familiares.

Con estas premisas se presenta una tipología en la que se combina lo individual y lo sistémico y que pone especial énfasis en los siguientes aspectos (Cancrini, 1996):

- a) Los modelos de organización y comunicación en las familias.
- b) La organización psicológica, los mecanismos de defensa, los rasgos característicos presentes en el comportamiento y en la personalidad,

así como los aspectos de adaptación del desarrollo individual sobre los que la droga tiene un efecto terapéutico.

- c) Las actitudes, la selectividad en el consumo de drogas, el riesgo de sobredosis y el nivel de interés/desinterés por las consecuencias físicas y/o interpersonales del consumo de drogas, así como la tendencia a dramatizar o minimizar hechos relacionados con el uso de drogas y la sensibilidad para reconocer los efectos de la sustancia.
- d) El modo en que el consumidor drogas y/o su familia tienden a establecer relaciones con los profesionales y servicios destinados a ayudarles.

Tipologías en toxicomanías

Cancrini (1987) aplica una clasificación basada en la asunción de la existencia de cuatro tipos diferentes de toxicomanías. Independientemente de la metodología adoptada y, por tanto, de la difícil compatibilidad de resultados, las investigaciones desarrolladas por este autor comprueban un importante componente psicopatológico en la génesis de la toxicomanía. Las tipologías descritas por Cancrini son: a) toxicomanías traumáticas, toxicomanías a partir de neurosis actual, toxicomanías de transición y toxicomanías sociopáticas. Veamos más detenidamente cada una de ellas.

Las toxicomanías traumáticas

Los *contextos familiares* para este tipo de adicción son variados. Se trata en algunos casos de un hijo/a considerado como «ejemplar», acostumbrado a *tragarse* sus

problemas, que se derrumba y llega a la toxico dependencia ante la experiencia de un gran trauma. En otros casos, se trata de individuos que recientemente han superado la individuación y la desvinculación, y que a esta situación de estrés se une la experiencia de un acontecimiento traumático para él.

En todo caso, lo que describe este tipo de adicción es un acontecimiento traumático que desmorona el equilibrio psíquico de la persona y, ante la imposibilidad de expresar el duelo, se produce una evolución patológica. Puede ser, por ejemplo, la pérdida de una persona querida o de la fe en unas ideas o una persona. Desde el ángulo de la *emergencia subjetiva*, el cuadro que precede y es encubierto por la toxicomanía es el de la neurosis traumática descrita por Freud.

Clínicamente, se identifican con claridad dos elementos en este tipo de toxicodependencia:

1. Desarrollo de la toxicodependencia: existe una aparición rápida del consumo y una ruptura brusca con el anterior estilo de vida.
2. Características del hábito: conducta autodestructiva y teatral del toxicómano en los casos más graves, y disimulada en otros. Se busca más el aturdimiento que el placer en la sustancia.

Las toxicomanías a partir de neurosis actual

Existe paralelismo entre estas familias y aquellas de niños con problemas psicopatológicos. La *estructura familiar* donde se desarrolla este tipo de adicción se caracteriza por:

- Gran implicación de uno de los padres (generalmente el de sexo opuesto) en la vida del hijo/a y en su enfermedad.
- Papel periférico del otro progenitor.
- Presencia de la estructura conocida como el *triángulo perverso* (Haley, 1987).
- Debilidad entre subsistemas que constituyen la jerarquía familiar.
- Desarrollo de una polarización que define al hijo adicto como el «malo» en comparación con otro hijo «bueno».
- Sistema de comunicación caracterizado por mensajes contradictorios no paradójicos y conflictos que se desarrollan rápida y violentamente.

Desde la *emergencia subjetiva*, las alteraciones que preceden y que son cubiertas por la toxicomanía se caracterizan por:

1. Larga historia de alteraciones del comportamiento, sobre todo inestabilidad.
2. Estado depresivo relacionado con las dificultades del grupo familiar.
3. Manifestaciones de un malestar inespecífico (somatizaciones, tedio, insatisfacción, nerviosismo) que se parece mucho a la psicastenia descrita por Janet.

Desde el punto de vista *clínico*, este tipo de toxicomanía se caracteriza por la connotación depresiva del estado de ánimo (falta de elemento ligados al placer que proporciona la droga) y por la actitud de exhibicionismo.

El *comportamiento toxicómano* generalmente es más bien controlado y de tendencia no muy grave. El adicto tiende a mantener cierta relación con su familia y con su entorno, incluso durante la toxicomanía.

Desde el punto de vista *terapéutico* el trabajo se tiene que centrar desde el principio en el control de los comportamientos sintomáticos, a través de la formación de un frente unido por parte de los padres o, en su caso, de otros adultos que puedan contribuir en algo.

Las toxicomanías de transición

El *contexto familiar* se caracteriza por el esfuerzo de no definir las relaciones; es mantenido por el frecuente número de mensajes paradójicos o incongruentes. Tanto dentro de la familia como en los contextos externos, existe un alto nivel de mistificaciones.

En este apartado las familias de los toxicómanos tienen mucha similitud con las de anoréxicos. Muchas de sus características son similares:

- Empeño en no definir las relaciones recurriendo con frecuencia a mensajes paradójicos e incongruentes.
- Miembros que tienden a ignorar el significado del mensaje de los demás y se sirven de la enfermedad para resolver el problema del liderazgo, con actitudes de autosacrificio.
- Padres cuya relación se caracteriza por la *hybris* simétrica de las familias psicóticas.
- La polaridad en la diversificación de los hermanos se mueve en el eje de logrado-malogrado y no en el de bueno-malo, característico de las familias de tipo B.
- En términos de ciclo vital, son familias en las que se puede ver que la toxicomanía coincide a menudo con la desvinculación inminente o ya conseguida de forma incompleta del hermano/a bueno y prestigioso.

Sin embargo, existen también diferencias entre este tipo de familias en toxicomanías y en anorexias. Destacamos:

- Tendencia a implicar a terapeutas, amigos y parientes en las cuestiones familiares.
- Tendencia a repetir dramatizaciones muy intensas pero de corta duración.

Desde el ángulo de la *emergencia subjetiva*, esta toxicomanía se corresponde con una organización personal que se situaría entre la neurosis y la psicosis. Los *cuadros clínicos* más frecuentes se corresponden con pacientes definidos como *borderline* y pacientes con molestias fásicas y graves del tono del humor con alternancia.

Con respecto a las *características del hábito*, se presentan muy diversificadas según las personas y la fase en que se encuentren. Así, se da un consumo más selectivo (heroína) y elevado en fases maníacas, mientras que el consumo es menos selectivo en las depresivas. Igualmente existe mayor control en los pacientes *borderline* y en los que están en una situación de esquizofrenia.

De todas formas se pueden señalar una serie de características comunes en ambos grupos de pacientes:

- Dificultad por parte de todos (paciente, padres y observador) de correlacionar la evolución del consumo con acontecimientos específicos de la vida de la persona (por ejemplo, el hábito empieza "en un buen momento" de su vida).
- Riesgo de recaídas a medio y largo plazo, a menudo en forma de alcoholismo, que presenta cierto número de "curados".
- Importancia del consumo de drogas en el control de la angustia por parte del

toxicómano, que se traduce en el grave riesgo de suicidio cuando se interrumpe violentamente dicho consumo.

Finalmente, desde el punto de vista *terapéutico*, las familias transicionales son mucho más complejas y difíciles que las hasta ahora descritas. El toxicómano de tipo C y su familia piden sobre todo que los protejan en su juego repetitivo. Además su tendencia a descalificar la situación terapéutica dificulta el uso de técnicas terapéuticas útiles en otras ocasiones.

El terapeuta puede tratar de oponerse resueltamente al comportamiento del toxicómano y trabajar directamente en el control del síntoma, o en otros casos, puede seguir el camino de la intervención *contraparadójica*.

Las toxicomanías sociopáticas

El *modelo familiar* de comunicación y organización es el característico de familias deterioradas, generalmente de las clases sociales más desfavorecidas, que aparecen como un grupo profundamente desorganizado ofreciendo las siguientes imágenes:

- Sus miembros observados transversalmente, en el momento de pedir ayuda, se mueven en órbitas totalmente aisladas sin interdependencia recíproca.
- Observados longitudinalmente, surgen unas historias caracterizadas por inconsistencia o falta de adecuación de las funciones parentales con respecto al hijo (padres o madres totalmente ausentes, entrega a instituciones, madres solas en situación de desventaja social y económica, progenitores con serios problemas de toxicomanías, etc.).

En lo referente a la *emergencia subjetiva*, se observa la tendencia a expresar el conflicto psíquico a través del *acting-out*. Esto implica:

- Comportamientos antisociales antes del inicio de la toxicodependencia.
- Asimilación rápida y natural de la adicción y su estilo de vida.
- Actitud desafiante del toxicómano que se muestra frío y provocador ante un ambiente que percibe como hostil.
- Desapego con el que el toxicómano se refiere a su hábito.

De todas formas, conviene señalar que en su experiencia subjetiva estos toxicómanos son invadidos a menudo por sentimientos depresivos importantes.

En cuanto a las *características del hábito*, en este tipo de adicciones pueden destacarse el descuido hacia uno mismo (riesgos y complicaciones secundarias) y la tendencia al *acting-out*, que se traduce en el uso no selectivo de fármacos y en la capacidad bastante débil de sentir emociones. Además hay que tener en cuenta que la toxicodependencia acorta la duración de estas vidas marginadas, ya sea por complicaciones físicas o por consecuencias de la vida delictiva.

Desde el punto de vista del tratamiento, estos toxicómanos suelen presentar un pronóstico grave o sombrío. Cuando piden ayuda lo hacen de forma tangencial o provocadora. No obstante, y a pesar de estas dificultades, son casos que pueden tener resultados sorprendentemente positivos si se consiguen encadenar en sus vidas una serie de *pasos terapéuticos* con una graduación de objetivos.

Esto hace que puedan responder bien ante las denominadas *cadena terapéuti-*

cas, en las que van interviniendo distintas entidades y opciones de tratamiento. Todo ello con un enfoque de intervención comunitaria, que es la que puede colmar mucho más las graves carencias sociales y familiares muchas veces presentes.

A partir del desarrollo de esta clasificación, encontramos en las dos últimas décadas amplias investigaciones orientadas a comprobar la eficacia de distintos tipos de terapia a corto y medio plazo en los diferentes tipos de toxicomanías, así como su relación con diferentes programas terapéuticos (Cancrini y cols, 1982; Cancrini, Constantin y Mazzoni, 1985; Coletti, Colacicco, y cols., 1989; Cancrini y Mazzoni, 1993).

El presente estudio tiene una finalidad puramente descriptiva. En él nos planteamos dos objetivos centrales:

1. Describir las principales características familiares de pacientes toxicómanos que demandan tratamiento en diferentes dispositivos asistenciales del Plan Andaluz sobre Drogas a partir de la clasificación anteriormente descrita.
2. Comprobar la aplicabilidad en dichos dispositivos asistenciales de la *Guía para la Evaluación de Tipologías en Toxicomanías* desarrollado por Cancrini (anexo).

Método

Sujetos

La muestra sobre la cuál se realiza la presente investigación comprende 110 sujetos que presentaban adicción a heroína, con dependencia de más de un año de evolución y que iniciaron tratamiento de

desintoxicación y deshabituación en cuatro centros de tratamiento ambulatorio y una comunidad terapéutica ubicados en la provincia de Sevilla.

Dicha muestra de pacientes se caracteriza por una distribución por sexo del 89% hombres y 11% mujeres, con una edad media de 27'7 años (el 73'3% tiene una edad comprendida entre 26 y 35 años, mientras que el 23% tiene menos de 25 años) y de los que el 80% tiene nivel de estudios primarios. La heroína es la droga motivo de consulta en todos los casos. La situación laboral predominante es «trabajos discontinuos» y entre los antecedentes familiares desatacan «problemas psicopatológicos» (76%). Más del 90% de los sujetos habían iniciado el consumo e instaurado el proceso de dependencia antes de los 25 años.

Los centros a los que acuden a tratamiento y que han participado en el estudio son los que figuran en la tabla 1.

Dado el carácter descriptivo de este estudio hemos considerado oportuno recoger información desde diversos dispositivos asistenciales. Estos centros se integran en la red asistencial del Plan Andaluz sobre Drogas y desarrollan tratamientos de desintoxicación y deshabituación, en régi-

men ambulatorio los cuatro primeros y mediante internamiento en el caso de la comunidad terapéutica, ubicándose en contextos tanto urbanos como no urbanos.

Instrumentos

Para la recogida y el análisis de los datos de la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Entrevistas semi-estructuradas de valoración en las que se recoge información sobre la toxicomanía aportada por el propio toxicómano y sus familiares, así como una valoración del operador sobre el proceso de admisión y sobre el Plan Terapéutico. En dicha entrevista se recoge información sobre las variables utilizadas en el estudio (tabla 2) además de proceder al uso de la *Guía para la Evaluación de Tipologías en Toxicomanías* (anexo).
2. Soporte informático para realizar la valoración diagnóstica, basado en el cuestionario elaborado por el Equipo de Investigación dirigido por Cancrini (Cancrini, Cingolani, Constantini y Mazzoni, 1988)

Tabla 1. Distribución de la muestra por Centros de tratamiento.

CENTRO	Participación en la muestra
Centro Provincial de Drogodependencias de Sevilla	23 %
Centro Comarcal de Drogodependencias Polígono Sur de Sevilla	11 %
Centro Comarcal de Drogodependencias de Marchena	30 %
Centro Municipal de Orientación de las Toxicomanías de Alcalá de Guadaira	16 %
Comunidad Terapéutica "Juan Gallardo" de Los Palacios	20 %

Tabla 2. Variables utilizadas en el estudio.

Características del sujeto

- Edad
- Sexo
- Nivel de estudios
- Situación laboral
- Convivencia
- Progenitores
- Antecedentes penales
- Intentos de suicidio
- Antecedentes familiares

Toxicomanía

- Edad de inicio de consumo
- Edad de inicio de dependencia
- Tratamientos anteriores
- Tipología

Admisión a tratamiento

- Petición (tipo y características)
- Resultado de la admisión
- Características de la petición de tratamiento

Procedimiento

Los sujetos que participaron en la investigación fueron seleccionados aleatoriamente. El único criterio de inclusión fue referir una dependencia a heroína de más de un año de evolución. No se utilizaron criterios de exclusión salvo la negativa inicial del paciente o su familia a participar en dicha investigación (que no se dio en ningún caso).

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas para la obtención de la información relevante, todo ello dentro del proceso terapéutico.

Las entrevistas se realizaron en la fase inicial de demanda de tratamiento, por la especial importancia que este tipo de evaluación inicial va a tener en todo el proceso terapéutico (Abeijón, 1987). Fueron conducidas por cuatro psicólogos y una psicóloga

miembros del equipo de investigación ubicados en los distintos centros, y en ellas participaron tanto los sujetos que solicitaban tratamiento como sus familiares. En las ocasiones en que no se completó toda la entrevista fue necesario realizar más de una sesión.

Una vez recogida la información, se utilizó un soporte informático para realizar la valoración diagnóstica y para crear la base de datos correspondiente para su análisis estadístico descriptivo. La recogida de datos se realizó en el segundo semestre de 1995 y el primer semestre de 1996.

Análisis de datos

El análisis estadístico comprende la descripción de las variables tenidas en cuenta en el estudio. Para ello se han utilizado estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión). La comparación de proporciones se ha realizado a través del estadístico Chi-Cuadrado, para una significación menor del 0.05%.

Los procesos de depuración de datos y análisis estadístico han sido desarrollados a través del paquete informático SPSS/PC+ versión 4.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Resultados

La distribución de los cuatro tipos de toxicomanías (figura 1) ha puesto de manifiesto una mayor frecuencia de los toxicómanos tipo B, o a partir de neurosis actual, (35.9%) y tipo A, o traumática, (29.3%). El tipo C, o de transición, está presente en el 10.2% de los casos y el tipo D, o sociopática, en un 9.4%. El 15.2% de los sujetos no pudieron ser incluidos en ninguna de estas tipologías, por cumplir los criterios de clasificación.

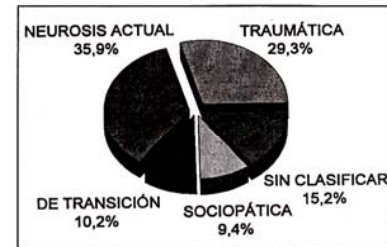


Figura 1. Frecuencia de los diferentes tipos de toxicomanías en la muestra estudiada.

La distribución de los diferentes tipos parece indicar que las intervenciones terapéuticas que necesitarán desarrollar los psicólogos en estos centros, habrán de centrarse mayoritariamente en el área de los trastornos neuróticos, así como en los trastornos de ajuste o adaptación, tanto a nivel de las relaciones familiares como de la integración personal del paciente.

Del análisis detallado de la incidencia de las características de tipo sociodemográfico de los sujetos en función de la

tipología de toxicomanía pueden destacarse las siguientes observaciones:

1. En relación al sexo (figura 2), destaca el hecho de que el tipo C sólo aparece en hombres y el que el tipo D sea a la vez la de menor incidencia relativa en hombres y la más frecuente en las mujeres.
2. No aparecen diferencias significativas en cuanto a los grupos de edades en la incidencia de una u otra tipología (figura 3).
3. Si bien la mayoría tiene estudios primarios, llama la atención que mientras que las toxicomanías sociopáticas inciden en la población sin estudios (analfabetos funcionales), los sujetos con estudios medios o superiores presentan mayor frecuencia en la traumática (figura 4).
4. Aunque predominan las situaciones laborales inestables o discontinuas, quienes disfrutan de empleo estable

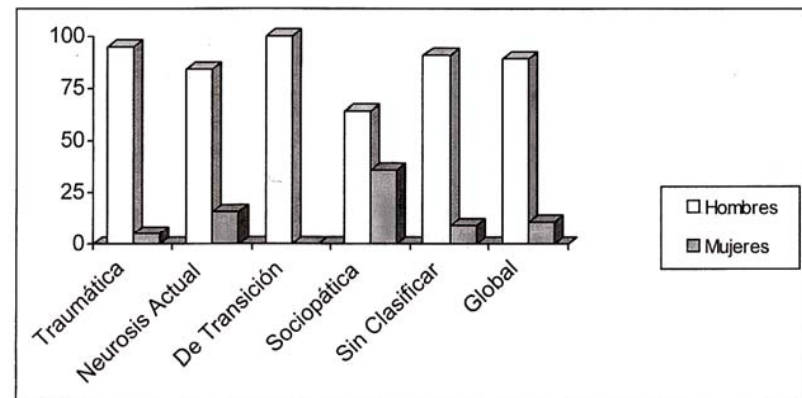


Figura 2. Distribución por sexo y tipo.

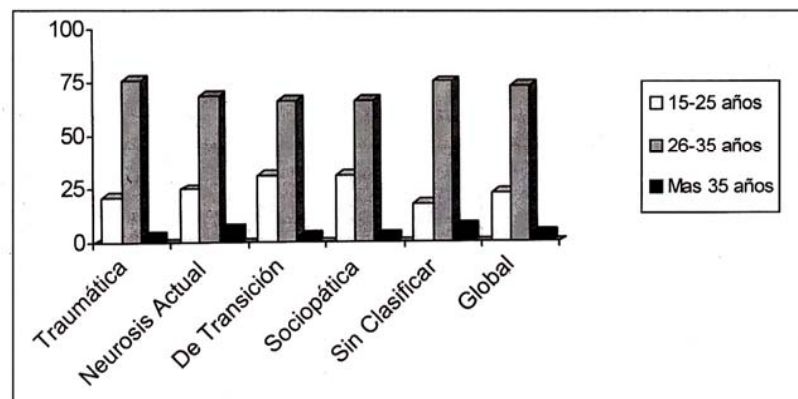


Figura 3. Distribución por edad y tipo.

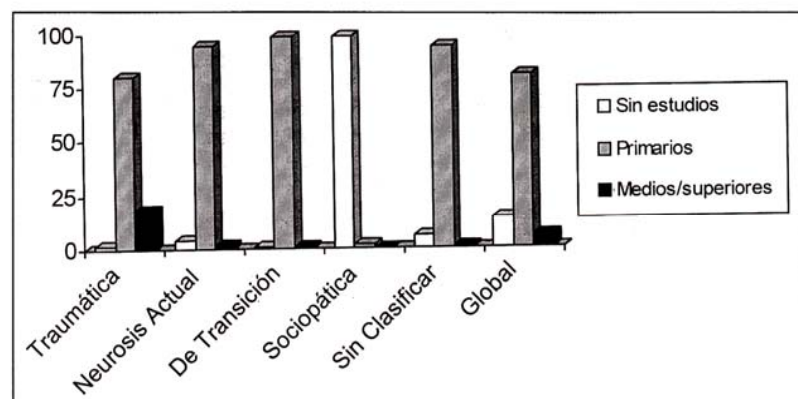


Figura 4. Distribución por nivel de estudios.

se ven afectados por toxicomanías traumáticas o de neurosis actual, mientras que las "actividades no legalizadas" predominan en los toxicómanos de tipo sociopático (64.5%) (figura 5).

5. En relación a los antecedentes familiares de problemas psicopatológicos y dependencia a drogas, lo más significativo en el análisis por tipos es la presencia de antecedentes «múltiples», es decir, de problemas

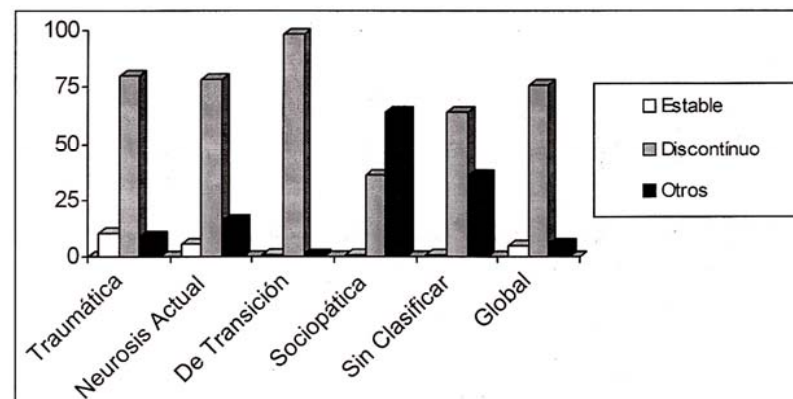


Figura 5. Distribución por situación laboral.

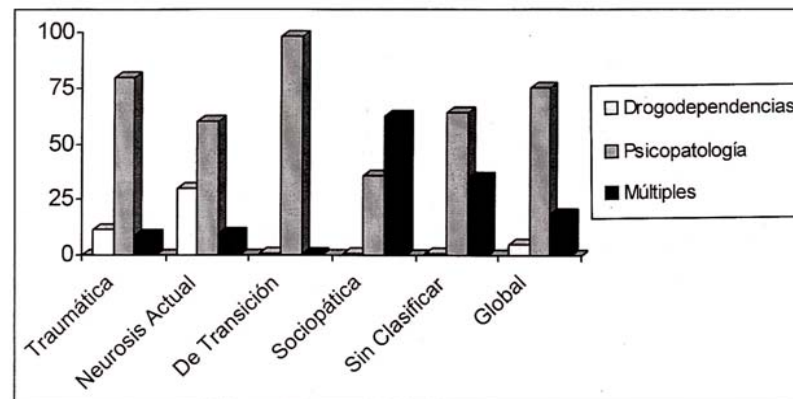


Figura 6. Distribución por antecedentes familiares.

psicopatológicos, alcoholismo y otras drogodependencias con una mayor frecuencia (63%) en las toxicomanías sociopáticas (figura 6). También es notable la existencia de antecedentes de psicopatología en las familias de más del 75% de la muestra, así como que la mayor in-

cidencia de antecedentes de drogodependencia aparezca en el grupo B (neurosis actual).

6. En relación a la edad de inicio del consumo, es significativo que el 36.7% de sujetos que se inician antes de los 18 años (figura 7). Es difícil determinar qué tipología resul-

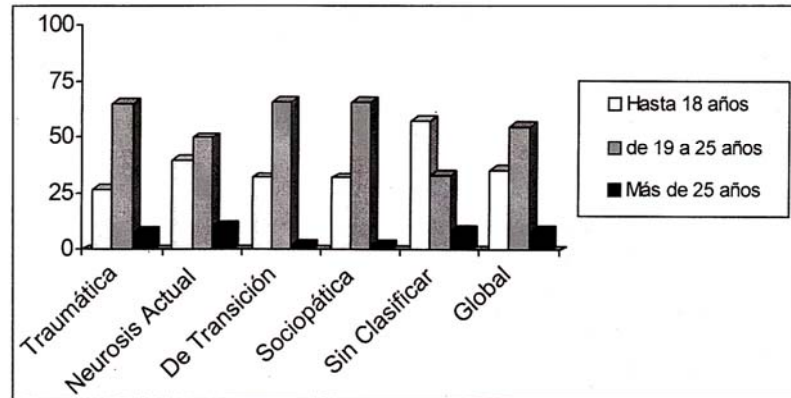


Figura 7. Distribución por edad de inicio.

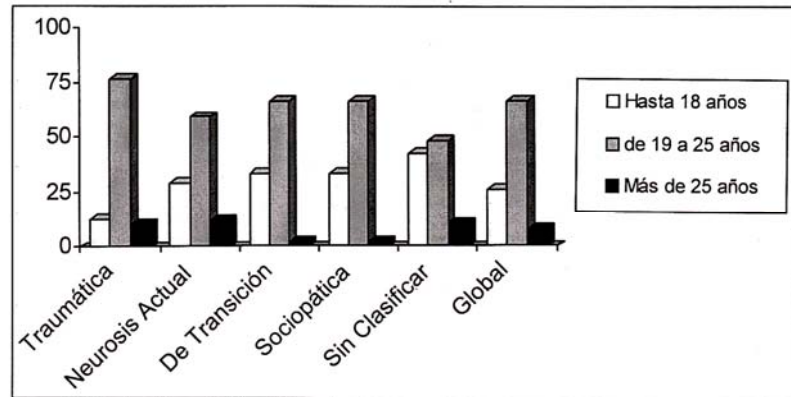


Figura 8. Distribución por inicio de dependencia.

ta más precoz, porque muchos de los sujetos sin clasificar pertenecen al grupo de los que se iniciaron antes de los 18 años.

- El 95% de los sujetos observaron su dependencia antes de los 25 años, apreciándose en el análisis por tipos, una mayor frecuencia de inicio de

dependencia entre los 19 a 25 años en los toxicómanos tipo A (figura 8).

La tabla 3 muestra los resultados de las características observadas para cada uno de los grupos de toxicómanos estudiados en nuestra muestra, clasificados de acuerdo con la tipología de Cancrini.

Tabla 3. Características observadas en cada uno de los grupos de toxicómanos, clasificados de acuerdo con la tipología de Cancrini. En la columna de la derecha aparecen los porcentajes en los que cada característica aparece en dicho grupo.

A. TRAUMÁTICA	- Suceso traumático significativo	100
	- "Hijo ejemplar"	90'1
	- Pronóstico favorable para proyecto de autonomía	90'1
	- Pronóstico favorable de inserción en la red social	89'0
	- Pronóstico favorable de inserción escolar o laboral	88'0
	- Uso de heroína para no pensar, olvidar	87'9
	- Ausencia de comportamiento antisocial antes y después de la toxicomanía	84'1
	- Toxicomanía oculta	81'0
	- Ausencia de gravedad de estructura de personalidad	78'2
	- Regularidad en los estudios	73'2
	- Integración en el grupo de iguales	72'2
	- Regularidad en el trabajo	69'4
B. NEUROSIS ACTUAL	- Un progenitor involucrado y el otro no	98'8
	- "Hijo malo, travieso"	95'5
	- Desconfiado, evasivo, manipulador	94'4
	- Peleas continuas y explícitas entre los padres	95'2
	- Toxicomanía exhibida en la familia o con los amigos	92'1
	- Selectivo en la elección del fármaco	89'3
	- Pronóstico favorable de inserción escolar o laboral	86'6
	- Pronóstico favorable de inserción en la red social	89'0
	- Ausencia de gravedad de estructura de personalidad	75'2
	- Problemas psicómicos en él o la familia	42'4
	- Separación o divorcio de los padres	28'4
	- Hasta dos episodios de sobredosis	31'1
C. DE TRANSICIÓN	- "Hijo fracasado"	97'3
	- Peleas entre los padres breves y violentas	96'3
	- Sin separación o divorcio	96'3
	- Descalificador en los espacios de terapia	91'6
	- No completamente insertado en el grupo de iguales	87'6
	- Alternancia en la elección del fármaco	87'6
	- Alternancia en los estados de ánimo provocados por las drogas	89'3
	- Desestructuración de personalidad a nivel psicológico	85'6
	- Conflictivo en su proceso escolar	82'3
	- Dificultades para desarrollar un proyecto de autonomía	78
	- Ambos progenitores involucrados y presentes	78
	- Conductas antisociales después de la toxicomanía	66'6
D. SOCIOPÁTICA	- Estudios interrumpidos o incompletos	100
	- Uso indiscriminado de fármacos	97'3
	- No integración laboral	96'6
	- Integrado en un grupo socialmente desviado	96'6
	- Confiado a otras personas o instituciones en la infancia	96'3
	- Desconfiado, provocador	91'6
	- Comportamiento antisocial antes y después de la toxicomanía	89'3
	- Más de un episodio de sobredosis	87'6
	- Pronóstico desfavorable de inserción en la red social	85'6
	- Uno o ambos progenitores ausentes	78
	- Pronóstico de integración escolar o laboral desfavorable	66'6

Conclusiones

Los datos presentados corresponden a un estudio descriptivo sobre un aspecto relativamente novedoso como es el de las tipologías en toxicomanías y, por ello, necesitado aún de un mayor número de investigaciones. En el presente trabajo, la tipología sobre la que se investiga es la basada en la clasificación de consumidores abusivos de drogas descrita por Cancrini (1992).

A pesar de tratarse de un estudio descriptivo y de la ausencia de un análisis estadístico en profundidad, los datos muestran con claridad que la población de toxicómanos no es homogénea y que, a partir de observaciones clínicas, es posible encontrar características diversas en los cuatro tipos de toxicomanías descritos. Bajo la aparente similitud de los que consumen una misma sustancia, se observa la importancia discriminativa para el diagnóstico y el tratamiento que tienen otras variables como son la dinámica personal, el sistema familiar o el sentido que la toxicomanía juega en ambas esferas.

La *Guía para la Evaluación de Tipologías en Toxicomanías* desarrollada por Cancrini, ha demostrado ser un instrumento muy interesante y aplicable en las sesiones de admisión a tratamiento de pacientes toxicómanos. En dicho cuestionario, se recogen datos que resultan complementarios, y en muchas ocasiones coincidentes, con los recogidos en las historias clínicas que se utilizan en drogodependencias. Estos aspectos, junto a las posibilidades de corrección mediante soporte informático, soslayan la posible sobrecarga asistencial, proporcionando una información de gran interés sobre la toxicomanía en relación con la dinámica individual y familiar, y aportando estrategias para su tratamiento.

En nuestro estudio encontramos que la distribución de los cuatro tipos de toxicomanías ha puesto de manifiesto una mayor frecuencia de los toxicómanos tipo B o a partir de neurosis actual (35.9%), y tipo A o traumática (29.3%). El tipo C o de transición está presente en el 10.2% de los casos y el tipo D o sociopática en un 9.4%. Esta distribución parece indicar una mayor presencia de trastornos neuróticos y también en los trastornos de ajuste o adaptación, tanto a nivel del sistema familiar como de la integración personal del paciente.

Las diferencias encontradas en los cuatro tipos de toxicomanías, tanto en características sociodemográficas como a nivel clínico y en la relación que establecen con los recursos asistenciales, sugieren la hipótesis de que no existe un «tratamiento ideal» en todas las situaciones y que, como sugiere Cancrini (1996), algunos fracasos dependan más de la inadecuación de las intervenciones, que de la «incurabilidad» del toxicómano.

En este sentido, y considerando los datos obtenidos, surge la necesidad de seguir profundizando en el estudio de las distintas situaciones en las que se producen las toxicomanías, a fin de poder avanzar en la especificidad de las intervenciones que los dispositivos asistenciales desarrollan con toxicómanos.

Referencias

- Abeijón, J.A. (1987). Los sistemas en la demanda del toxicómano. *Comunidad y Drogas, Monografía nº 1*, 21-33.
- Bertalanffy, L. (1982). *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1988). *Servicio Social y modelo sistémico: Una*

- nueva perspectiva para la práctica cotidiana. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. (1982). Una typologie de la toxicomanie. *Cahiers Critiques de Therapie Familiale et de Pratiques Reseaux*, 6.
- Cancrini, L. (1991). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cancrini, L., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1985). Toxicomanía entre los jóvenes: Un estudio de su tipología y pertenencia con los programas de tratamiento. *Boletín de estupefacientes* 37 (2-3), 133-142.
- Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. *Comunidad y Drogas, Monografía nº 1*, 45-57.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1988). *Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families. Family Process*, 27 (3), 261-271.
- Cancrini, L. y Mazzoni, S. (1993). Hacia la definición de una tipología de la toxicomanía: Una experiencia de investigación. *Estrategias de intervención en drogodependencias: Ponencias y conclusiones de las Jornadas Estatales Grup Igia*, 11-55.
- Cancrini, L. (1996). La psicopatología de la drogadicción: Una revisión. *Itaca*, 1(2), 7-38.
- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional. *Comunidad y Drogas, Monografía nº 1*, 11-19.
- Glover, E. (1949). *Psychoanalysis*. Londres: Staples Press.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Stanton, M., Todd, T y cols. (1990). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

Anexo: Guía para la Evaluación de Tipologías en Toxicomanías

(Cancrini, Cingolani, Constantini y Mazzoni, 1988)

Parte primera: DECLARACIONES DEL TOXICODEPENDIENTE**1. Nivel de integración antes de la drogodependencia****Escolar:**

- ☐ Ha seguido estudios con regularidad o casi con regularidad hasta el inicio de la drogodependencia.
- ☐ Han existido importantes dificultades escolares antes del inicio de la drogodependencia.
- ☐ No ha terminado los estudios o los ha interrumpido muy pronto.

Laboral:

- ☐ Ha buscado un trabajo activamente o ha tenido actividad laboral hasta el inicio de la drogodependencia.
- ☐ Ha vivido de manera conflictiva su experiencia laboral.
- ☐ No ha conseguido nunca integrarse en una situación laboral.

Relaciones con grupos de iguales:

- ☐ Estaba integrado en un grupo "normalizado" desde el punto de vista social y cultural antes del inicio de la drogodependencia.
- ☐ Antes del inicio de la drogodependencia no estaba integrado a ningún grupo.
- ☐ Estaba integrado a un grupo marginal antes de la drogodependencia.

2. ¿Hubo trastornos psicósomáticos (asma, anorexia, gastritis, colitis, alopecia...) antes de la drogodependencia?

- ☐ No.
- ☐ Sí (él o algún familiar próximo).

3. La toxicomanía se manifiesta después de un episodio traumático significativo

- ☐ No.
- ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué episodio?
- ☐ Pérdida de una persona significativa. ¿Qué persona? _____
- ☐ Crisis ideológica.
- ☐ Pérdida de un trabajo en el que había puesto muchas expectativas.
- ☐ Abandono de la pareja.
- ☐ Otras: _____

4. Refiere historias de peleas entre los padres

- ☐ Continuas y explícitas. ☐ Con separación o divorcio.
- ☐ Breves y violentas. ☐ Sin separación o divorcio

5. El toxicómano en su familia estaba considerado como:

- ☐ Hijo ejemplar. ☐ Hijo malo.
- ☐ Hijo fracasado. ☐ Ninguna característica relevante.

6. Situación del toxicómano en el período de desarrollo infantil:

- ☐ Ha crecido con su familia de origen.
- ☐ Ha estado siempre o por largos periodos de tiempo a cargo de instituciones, personas de servicio, etc.
- ☐ Nada relevante.

7. Tendencias a conductas de exhibición de la toxicomanía:

- ☐ Se tienen conductas de exhibición (se dejan señales evidentes para todos ante la familia, amigos).
- ☐ La conducta toxicómana no se manifiesta abiertamente y ha estado oculta durante mucho tiempo.

8. Fármacos:

- ☐ Es selectivo en la elección de fármacos. ¿Cuáles? _____
- ☐ Usa indiscriminadamente cualquier sustancia.
- ¿Qué sustancias? _____
- ☐ Tiene períodos selectivos y períodos que usa indiscriminadamente cualquier sustancia.

9. Efectos provocados por los fármacos:

- ☐ Atmósfera de bienestar y placer. ☐ Busca el aturdimiento.
- ☐ Alternancia de ambos estados de ánimo. ☐ Ningún efecto relevante.

10. Episodios de sobredosis:

- ☐ No. ☐ Sí, hasta dos episodios.
- ☐ Sí, más de dos episodios.

11. Conductas antisociales

- ☐ No ha manifestado conductas antisociales graves ni antes ni después del inicio de la drogodependencia.
- ☐ Sí, ha manifestado conductas antisociales graves sólo después del inicio de la drogodependencia.
- ☐ Sí, ha manifestado conductas antisociales graves antes y después del inicio de la drogodependencia.
- En caso afirmativo, ¿cuáles? ☐ Violación repetida de la ley: robos, estafas...
- ☐ Prostitución.
- ☐ Tráfico de drogas.

Parte segunda: OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL**1. Gravedad de la situación respecto a las posibilidades de tratamiento:***Para la integración escolar o laboral:*

- ☐ Grave.
☐ No grave.

Para la integración en las redes sociales:

- ☐ Grave.
☐ No grave.

Por su estructuración de personalidad:

- ☐ Grave.
☐ No grave.

Para la realización de un proyecto de autonomía:

- ☐ Grave.
☐ No grave.

2. El profesional percibe que existe una discrepancia entre la forma dramática en que el toxicómano y/o su familia presentan la situación y el conjunto de los aspectos relevantes del ítem anterior:

- ☐ Sí.
☐ No.

3. Actitud del toxicómano referente a la propuesta de terapia:

- ☐ Demostrando la gravedad de su situación es elusivo y manipulativo.
☐ Aceptando y continuando la demanda de ayuda demuestra al profesional que cualquier intervención es inútil.
☐ Tendencia a idealizar al terapeuta o al programa.
☐ Una vez establecida la relación inicial con el profesional mantiene un vínculo constructivo.
☐ Presenta la drogodependencia como irrelevante y busca ayuda con desconfianza y/o con provocación.

4. Actitud de la familia respecto a la drogodependencia en el momento de iniciar el contacto con el servicio:

- ☐ Un progenitor involucrado y otro no.
☐ Ambos progenitores involucrados y presentes.
☐ Ambos progenitores bastante involucrados y ausentes.
¿Por qué motivo? _____
☐ Un progenitor ausente. ¿Por qué motivo? _____
☐ Un hermano/a involucrado.