

---

---

# Instrumentos de evaluación de la dependencia de heroína

**PILAR ALEJANDRA SÁIZ MARTÍNEZ <sup>(1)</sup>, M<sup>a</sup> PAZ GARCÍA-PORTILLA GONZÁLEZ <sup>(1)</sup>,  
M<sup>a</sup> TERESA BASCARÁN FERNÁNDEZ <sup>(2)</sup>, M<sup>a</sup> BEGOÑA PAREDES OJANGUREN <sup>(2)</sup>,  
SARA MARTÍNEZ BARRONDO <sup>(3)</sup>, LUIS JIMÉNEZ TREVIÑO <sup>(3)</sup>, JULIO BOBES GARCÍA <sup>(4)</sup>**

1. Profesor Titular de Psicología Médica

2. Doctorando Area Psiquiatría

3. Especialista en Psiquiatría. Servicios de Salud del Principado de Asturias

4. Catedrático de Psiquiatría.

Lugar de Trabajo: Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo

Enviar correspondencia a: Julio Bobes García. Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Julián Clavería 6 – 3º. 33006 Oviedo (Asturias)  
Tfno/FAX: +34 985 10 3553. E-mail: bobes@uniovi.es

---

---

## RESUMEN

En el momento actual no existen pruebas específicas para el diagnóstico de la dependencia de heroína, de modo que una correcta anamnesis y la exploración clínica adecuada constituyen el pilar básico del mismo. No obstante existen una serie de instrumentos que abordan aspectos relevantes de esta patología, tales como la gravedad de la dependencia y la gravedad del síndrome de abstinencia, que pueden resultar de gran ayuda, al clínico, a la hora de establecer estrategias terapéuticas.

La elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (sobre todo trastornos de la personalidad) detectada en estos pacientes hace necesario un abordaje comprensivo de los mismos, siendo recomendable una evaluación detallada para descartar éstas u otras patologías psiquiátricas. Recordar, por último, que la dependencia de heroína se acompaña de gran discapacidad, siendo conveniente la valoración de su impacto.

En líneas generales, se recomienda la utilización de instrumentos que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptados y validados en castellano.

**Palabras clave:** *dependencia de heroína, evaluación, comorbilidad.*

## ABSTRACT

No specific tests currently exist for the diagnosis of heroin dependence. Thus, diagnosis has to be based on an anamnesis and complete clinical examination. However, several questionnaires which embrace relevant aspects of this pathology exist. Assessment of the severity of addiction and the withdrawal syndrome can be a great help for the clinician at the time of establishing therapeutic approaches.

The high prevalence of psychiatric comorbidity (personality disorders above all) detected in these patients makes necessary a comprehensive approach, and a careful evaluation is recommended to rule out these or other psychiatric disorders. Finally, as heroin dependence brings considerable disability, the evaluation of the impact of it is highly necessary.

The employment of instruments with well known psychometric properties, and which have been validated and adapted for use in Spain, is recommended.

**Key words:** *heroin dependence, evaluation, comorbidity.*

## INTRODUCCIÓN

**E**xisten diversos instrumentos que han demostrado utilidad en la evaluación del paciente dependiente de opiáceos. No obstante, cabe reseñar que ninguno de ellos puede sustituir a una adecuada anamnesis y exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de dependencia, pero pueden complementarlas o bien ser utilizados con finalidades diversas, dependiendo de los objetivos establecidos (epidemiológicos, de clasificación o clínicos).

### 1. ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS GENERALES Y/O DE SCREENING

Se trata de entrevistas estructuradas o semiestructuradas de exploración psiquiátrica que también incluyen ítems específicos de evaluación de adicciones, incluido el alcoholismo. Dentro de los instrumentos existentes que se han considerado idóneos, nos hemos decantado o por los más usuales en la práctica clínica, o por los que han alcanzado mayor carácter universal. Así para la evaluación del eje I (CIE 10) hemos considerado de más interés clínico las siguientes entrevistas de ayuda diagnóstica. Estos instrumentos han de ser utilizados por personal especializado y entrenado previamente.

#### 1. A. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

El CIDI es una entrevista comprehensiva, altamente estructurada, diseñada como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en las clasificaciones CIE-10 y DSM-III-R.

La versión más reciente del CIDI, la Core Version 1.1<sup>1</sup>, que está disponible en nuestro idioma, incluye 15 secciones entre las que se encuentra trastornos relacionados con el consumo de alcohol y trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas<sup>2</sup>.

Por otra parte existe una versión reducida, el CIDI substance abuse module (CIDI-SAM)<sup>3</sup>, diseñada para realizar diagnóstico de abuso o dependencia, según criterios DSM-III-R o CIE-10, de las siguientes sustancias: alcohol, tabaco, cannabinoides, cocaína, estimulantes, barbitúricos, sedantes, hipnóticos, alucinógenos, fenciclidina, inhalantes y opiodes<sup>2</sup>. Por otra parte, evalúa los síntomas típicos de abstinencia de cada sustancia y las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de su uso, amén de preguntar por la cantidad y frecuencia de uso de cada droga, con el fin de determinar la severidad del síndrome de dependencia<sup>2</sup>.

Esta versión puede ser utilizada de modo aislado como complemento del CIDI y, su fiabilidad es excelente<sup>4</sup>. No obstante, hay que señalar que no existe versión en nuestro idioma de este módulo.

#### 1. B. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)

El sistema SCAN<sup>5</sup> tiene como objetivo medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a los principales trastornos psiquiátricos. Para ello, se sirve, entre otros, del Present State Examination, décima revisión (PSE-10)<sup>6</sup>, instrumento que permite realizar diagnósticos mediante un programa de ordenador (CATEGO-5), de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10.

El sistema SCAN incorpora la ventaja de ser un sistema de diagnóstico estandarizado y computarizado, lo que se traduce en un aumento de la fiabilidad diagnóstica.

El PSE-10 consiste en una entrevista clínica estructurada, de carácter internacional y de conocidas características psicométricas. Respecto a este último aspecto, Bowling<sup>7</sup>, basándose en una exhaustiva revisión que comprende desde el año 1967 al 1991, señala que su fiabilidad y validez son excelentes excepto en la sección correspondiente a ansiedad.

La evaluación del consumo de bebidas alcohólicas se realiza en la sección 11 del SCAN, mientras que la sección 12 es la dedicada a la evaluación de sustancias psicoactivas diferentes del alcohol, incluido el tabaco.

### 1. C. Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I)

La SCID-I<sup>8</sup> es una entrevista semiestructurada que permite hacer diagnósticos del eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La versión del médico de la SCID-I consta de 6 módulos (A a F) que hacen referencia a distintos trastornos. El módulo E se ocupa específicamente de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol (ítems E1 a E16) y otras sustancias (ítems E17 a E32).

### 1. D. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

La MINI<sup>9</sup> es un instrumento diseñado como herramienta de ayuda para realizar diagnósticos de acuerdo a los sistemas DSM o CIE

tanto en la práctica clínica cotidiana como en el campo de la investigación.

En realidad, más que un instrumento debe de considerarse una familia de instrumentos diseñados para satisfacer las necesidades de los distintos usuarios y ámbitos de aplicación (atención primaria, atención psiquiátrica especializada, investigación)<sup>10</sup>.

La versión actual, MINI 4.6, explora de forma estandarizada los criterios necesarios para realizar diagnósticos de acuerdo al DSM-IV o a la CIE-10. Se trata de una entrevista diagnóstica altamente estructurada, relativamente breve y de fácil utilización, que está disponible en distintos idiomas, entre ellos el castellano<sup>11</sup>.

La entrevista está dividida en 14 secciones diagnósticas, entre las que se encuentra una sección correspondiente al consumo excesivo de alcohol (sección L) y otra correspondiente a trastornos asociados al consumo de drogas (sección M). Al inicio de cada sección existe un pequeño apartado de screening que permite, en caso de no cumplir los criterios, pasar a la sección diagnóstica siguiente.

**Tabla 1: Entrevistas diagnósticas generales**

Instrumento	Autor, año	Adaptación española	Tipo entrevista
CIDI Composite International Diagnostic Interview	OMS, 1993		Estructurada
CIDI-SAM Composite International Diagnostic Interview – Substance Abuse Module	Robins et al, 1990		Estructurada
SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	Wing, 1992	Vázquez-Barquero (1993)	Semiestructurada
SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders	First et al, 1997		Semiestructurada
MINI Mini-International Neuropsychiatric Interview	Sheehan et al, 1992	Ferrando et al, 1997	Semiestructurado

## 2. ESCALAS DE GRAVEDAD CLÍNICA DE LA ADICCIÓN (DIAGNÓSTICAS)

La evaluación de la gravedad de la dependencia se puede realizar desde un punto de vista clínico, a partir de la presencia o no de los síntomas descritos y de las repercusiones que estos síntomas tienen en la vida de la persona. No obstante, existen una serie de instrumentos diseñados para tal fin que puede resultar de gran utilidad.

### 2. A. Addiction Severity Index (ASI)

El ASI es una entrevista semiestructurada creada en el año 1980 por un equipo de la Universidad de Pensilvania<sup>12</sup> y fue diseñado expresamente para ser utilizado en pacientes drogodependientes (incluidos los alcohólicos). El instrumento fue desarrollado especialmente para conseguir información relevante para la evaluación clínica inicial del paciente drogodependiente y planificar de ese modo su tratamiento y / o tomar decisiones de derivación, así como con fines de investigación<sup>13</sup>.

La evaluación de la gravedad del problema del paciente se realiza en base a las siguientes áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales y estado psicológico.

En cada una de las áreas se hacen preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. Además el paciente aporta información subjetiva sobre los últimos 30 días, relativa a la severidad e importancia de los problemas de cada área en un escala de 5 puntos (0-4).

Se obtienen dos medidas de los datos recogidos en cada área: la puntuación de severidad (una valoración de la gravedad del problema dada por el entrevistador, con un rango de 0 -no problema- a 9 -problema extremo- puntos) y la puntuación compuesta (se obtiene matemáticamente y consiste en interrelaciones de grupos de ítems dentro de cada área, esta puntuación ofrece una evalua-

ción empírica del cambio del paciente y de la eficacia del tratamiento -14-).

En el contexto del ASI se define severidad como la necesidad de tratamiento en el caso de que éste no exista o como la implementación de tratamiento adicional.

Se trata de un instrumento muy potente, válido y fiable<sup>15</sup>, si bien el tiempo de administración (45 a 60 minutos) limita su uso. Este instrumento ha sido traducido para su uso en nuestro país<sup>16</sup>.

### 2. B. European Addiction Severity Index (EuropASI)

El EuropASI<sup>17</sup>, es la versión europea de la quinta versión americana del ASI<sup>18</sup>, su desarrollo fue auspiciado por la Dirección General 12 (COST-A6) de la Comunidad Económica Europea que desde el año 1993 ha venido estimulando y promoviendo el desarrollo de un instrumento de evaluación multidimensional estandarizado que pueda ser aplicado en los diferentes países europeos, permitiendo así la comparación de datos entre los mismos<sup>19</sup>. Cabe señalar que en la actualidad existen versiones del EuropASI en casi todos los países europeos, incluido España<sup>20</sup>.

Al igual que el ASI se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias. Por otra parte, su estructura y tiempo de aplicación es similar al del ASI<sup>19</sup>.

Desde un punto de vista clínico, la información obtenida a través del EuropASI es de utilidad para: describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones<sup>17</sup>.

Para poder evaluar los resultados de las intervenciones, parece lógica la necesidad de readministrar el instrumento a los pacientes una vez que se haya intervenido sobre ellos. Con tal fin, el EuropASI establece una serie de instrucciones específicas para las entrevistas de seguimiento<sup>19</sup>.

## 2.C. Opiate Treatment Index (OTI)

Se trata de una entrevista semiestructurada desarrollada por Darke et al<sup>21</sup> cuya utilidad fundamental es la evaluación de los resultados del tratamiento de la adicción, permitiendo valorar el progreso individual del estado de los pacientes dentro de un determinado programa, así como comparar los resultados entre distintos programas<sup>22</sup>. El OTI tiene una estructura multidimensional con escalas que miden seis dominios independientes: consumo de drogas, conductas de riesgo de contagio del VIH, funcionamiento social, deterioro legal, salud general y ajuste psicológico.

Las escalas siguen un modelo dimensional de puntuación. Cada una de ellas proporciona una medida de la gravedad o del grado de deterioro en el área de funcionamiento correspondiente. En todas ellas, una mayor puntuación supone una mayor disfunción. El período de evaluación retrospectivo es de un mes para todas las escalas, excepto para la de "funcionamiento social", que es de 6 meses. Todas ellas son administradas salvo la de "ajuste psicológico" que es cumplimentada por el propio paciente. El tiempo de administración de la entrevista es de aproximadamente 20-30 minutos<sup>22</sup>. Esta entrevista ha sido validada en nuestro país por González-Sáiz et al<sup>23</sup>.

## 2. D. Drug Taking Evaluation Scale (DTES)

La DTES es un instrumento heteroaplicado desarrollado por Holsten y Waal<sup>24</sup> con el fin de medir actitudes derivadas del consumo de drogas. Está compuesto por cuatro subescalas (consumo de drogas, funcionamiento social, relaciones familiares y sociales y estado mental), intentando de esta forma abarcar la multidimensionalidad de la conducta adictiva.

La medida de cada dimensión se realiza a través de una escala gradativa de 1 a 9, en la que cada grado representa y se ilustra con un cuadro clínico. Además todos los grados de la escala están definidos por una palabra clave. Cada dimensión está clínicamente descrita entre la polaridad de estar completamente

libre de enfermedad hasta el máximo grado del trastorno definido por la escala. Los tres primeros grados están considerados como área de normalidad, los tres siguientes como área sintomática, mientras que los tres últimos como enfermedad. La puntuación total es la suma de las puntuaciones obtenidas en cada subescala<sup>25</sup>.

La DTES ha sido utilizada para caracterizar a poblaciones toxicómanas en estudios de seguimiento y en investigaciones para valorar la eficacia de un tratamiento de deshabituación<sup>24</sup>. Esta escala ha sido validada en nuestro país por Vilalta<sup>25</sup>.

## 2. E. Severity of Dependence Scale (SDS)

La SDS es una escala autoadministrada desarrollada por Gossop et al<sup>26</sup> para la medida del grado de dependencia de diferentes tipos de sustancias. Consta de cinco preguntas con respuestas tipo likert (cuatro grados), obteniéndose una puntuación total que consiste en la suma de las puntuaciones de cada ítem. Esta escala ha sido traducida y validada para su uso en nuestro país<sup>27</sup>.

El concepto de dependencia que evalúa esta escala no se ajusta a los criterios establecidos por los sistemas de clasificación diagnóstica como el DSM-IV o el CIE-10. El SDS evalúa un constructo teórico que, en palabras de los autores, "hace referencia a los componentes psicológicos de la dependencia", tales como el "deterioro del control sobre el consumo de drogas y la preocupación y la ansiedad por consumirla"<sup>27</sup>.

## 2. F. Leeds Dependence Questionnaire (LDQ)

El LDQ es una escala breve autoadministrada desarrollada por Raistrick et al<sup>28</sup>, cuyo objetivo es la medida del grado de dependencia de diferentes tipos de sustancias. Consta de 10 preguntas con respuestas tipo likert de cuatro grados (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo, 3 = casi siempre). El concepto de dependencia que evalúa esta escala no se ajusta a los criterios establecidos por los sistemas de clasificación diagnóstica DSM-IV

o CIE-10, sino que para los autores del LDQ la dependencia sería un fenómeno puramente psicológico, mientras que la tolerancia y el síndrome de abstinencia estarían considerados como consecuencias del consumo regular.

Esta escala ha sido recientemente validada en nuestro idioma por González-Sáiz y Salvador-Carulla<sup>29</sup>.

## 2.G. Maudsley Addiction Profile (MAP)

El MAP es una entrevista clínica semiestructurada desarrollada por Marsden et al<sup>30</sup>, diseñada para ser utilizada como instrumento de monitorización y seguimiento de los resultados de los tratamientos en las toxicomanías, que consta de 64 ítems, en su versión española, que pueden ser administrados en un tiempo aproximado de 15-20 minutos. El MAP recoge información autoadministrada acerca de los problemas que experimentan los usuarios de alcohol o drogas en cuatro áreas del funcionamiento vital: uso de sustancias, conductas de riesgo para la salud, problemas de salud físicos o psicológicos, contexto vital y funcionamiento social (problemas sociales y familiares y conducta delictiva). El

objeto básico del MAP es recoger información estandarizada sobre aspectos básicos de la conducta y problemática del paciente, durante las diferentes fases del tratamiento (admisión, tratamiento, finalización y seguimiento). El MAP ha sido diseñado explícitamente como instrumento de monitorización de resultados y cada ítem está diseñado para ser repetido a lo largo del tiempo para evaluar el cambio. Existe una adaptación española de este instrumento realizada por Fernández y Torres<sup>31</sup>.

## 3. DIAGNÓSTICO DE COMORBILIDAD (PATOLOGÍA DUAL)

Los estudios de comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias ponen de manifiesto que casi las tres cuartas partes de esos pacientes cumplen criterios de al menos un trastorno psiquiátrico distinto del uso-abuso de sustancias, siendo los más prevalentes los trastornos afectivos y de la personalidad. Por tanto, un abordaje comprehensivo de

**Tabla 2: Escalas de gravedad clínica de la adicción**

Instrumento	Autor, año	Adaptación española	Drogas
ASI Addiction Severity Index	McLellan et al, 1980	Guerra, 1992	Alcohol / Drogas
EuropASI European Addiction Severity Index	Kokkevi y Hartgers, 1995	Bobes et al, 1996	Alcohol / Drogas
OTI Opiate Treatment Index	Darke et al, 1992	González-Sáiz et al, 1997	Opiáceos
DTES Drug Taking Evaluation Scale	Holsten y Waal, 1980	Vilalta, 1987	Alcohol / Drogas
SDS Severity of Dependence Scale	Gossop et al, 1995	González-Sáiz y Salvador-Carulla, 1998	Drogas
LDQ Leeds Dependence Questionnaire	Raistrick et al, 1994	González-Sáiz y Salvador-Carulla, 1999	Alcohol Drogas
MAP Maudsley Addiction Profile	Marsden et al, 1996	Fernández y Torres, 2002	Alcohol / Drogas

estos pacientes debe de incluir siempre una evaluación detallada de los mismos tratando de descartar la presencia concomitante de éstas u otras patologías psiquiátricas (para revisión<sup>32-34</sup>).

### **3. A. Instrumentos de intensidad o gravedad psicopatológica (Eje I)**

En líneas generales, recomendamos que el clínico utilice aquellas escalas de evaluación psiquiátrica que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptadas y validadas en nuestro país.

Amén de las entrevistas diagnósticas generales comentadas al comienzo de este apartado existen una serie de escalas específicas que podrían ser de gran utilidad a la hora de descartar patología del eje I. Así, en el caso de los trastornos afectivos cabe señalar la Hamilton Depression Scale (HAM-D)<sup>35</sup>, la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)<sup>36</sup>, el Beck Depression Inventory (BDI)<sup>37</sup>, la Zung Self-Rating Depresión Scale (Zung-SDS)<sup>38</sup> o la Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES)<sup>39</sup>. Los trastornos de ansiedad podrían ser evaluados mediante la utilización de la Hamilton Anxiety Scale (HAS)<sup>40</sup> o el State Trait Anxiety Inventory de Spielberger (STAI)<sup>41</sup>. En el caso de los trastornos esquizofrénicos las escalas más utilizadas usualmente son la Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS)<sup>42</sup>, las Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms (SAPS, SANS)<sup>43-44</sup> y la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)<sup>45</sup>. De igual modo, se puede descartar la presencia de trastornos mentales orgánicos mediante la utilización de baterías neuropsicológicas que van desde las más sencillas como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC)<sup>46</sup> hasta las más complejas como las baterías de Luria-Nebraska<sup>47</sup>, Halstead-Reitan<sup>48</sup> y el test de Barcelona<sup>49</sup>. De igual modo, el Wechler Adult Intelligence Scale (WAIS) ha sido frecuentemente empleado para evaluar el deterioro cognitivo en función del decalaje existente entre la puntuación verbal y la manipulativa. Otros tests como es el caso del Wisconsin Card Sorting Test (WCST) podría

ser utilizado en la evaluación de las funciones frontales o ejecutivas.

### **3. B. Instrumentos de evaluación de personalidad (Eje II)**

En el caso de los trastornos de la personalidad existen numerosos instrumentos que pueden resultar adecuados a la hora de identificar o descartar presencia de un trastorno específico, no obstante vamos a hacer especial hincapié en tres de ellos que nos parecen especialmente útiles.

#### **3. B. 1. International Personality Disorder Examination (IPDE)**

La IPDE<sup>50</sup> es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10. Este instrumento cuenta con una versión española<sup>51</sup>, oficialmente presentada en nuestro país en enero de 1997.

Se trata de un instrumento heteroevaluado que ha de ser utilizado por un entrevistador experto y previamente entrenado en su manejo. Si bien las versiones para DSM-IV y CIE-10 no son exactamente idénticas, la estructura es común en ambas, de modo que los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a seis áreas de la vida del paciente: trabajo, Yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos.

El IPDE cuenta con un breve Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado, de screening, en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero - falso) el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este breve cuestionario de screening proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué trastorno(s) de la personalidad es probable que esté(n) presente(s) y, a continuación la administración del módulo completo del IPDE

permitiría confirmar o descartar el diagnóstico de *screening*.

Si el tiempo de administración sobrepasa la hora u hora y media es conveniente fraccionar la entrevista en dos o más sesiones.

### 3. B. 2. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)

La SCID-II<sup>52</sup> es una entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para la evaluación de los 10 trastornos de personalidad contemplados en el eje II del DSM-IV, así como de los dos trastornos incluidos en el apéndice B de dicho manual.

Se trata de un instrumento heteroevaluado que ha de ser administrado por un entrevistador experto y entrenado en su manejo, siendo el juicio del médico el que, en base a la información obtenida, determina si el criterio se cumple o no.

En cada criterio se empieza con una pregunta amplia dirigida a saber si está presente o no, y después se le pide confirmación con ejemplos, o con razones que justifiquen esos comportamientos.

Cada uno de los criterios puede estar ausente o ser falso (1), estar por debajo del umbral (2) o ser positivo o por encima del umbral (3). Si al menos tres de los criterios puntúan 3, se considera que el trastorno de la personalidad está presente.

En la actualidad se dispone de una versión española validada por Gómez Beneyto, que se encuentra en trámites de publicación incluyendo las propiedades psicométricas.

### 3.B.3. Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad

Recientemente desarrollado en nuestro país por Pérez Urdaniz et al<sup>53</sup>, como herramienta de despistaje de 11 trastornos de la personalidad (según nomenclatura DSM-IV-TR: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista y dependiente; según nomenclatura CIE-10: trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo,

trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, anancástico y ansioso). Cada trastorno es evaluado por medio de 2 preguntas con cuatro posibilidades de respuesta (falso= 0 puntos, verdadero a veces= 1 punto, verdadero con frecuencia= 2 puntos, verdadero siempre= 3 puntos). El punto de corte establecido para cada trastorno es de 2/3. Dicho instrumento está disponible en la siguiente dirección: <http://www.seetp.com/>.

## 4. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE IMPACTO

El consumo de heroína genera, en líneas generales, importante estigma social y se acompaña de gran discapacidad, por lo que consideramos conveniente su evaluación.

### 4. A. Discapacidad

#### 4. A.1. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule – II (WHO-DAS-II)

La WHO-DAS-II es un instrumento autoadministrado y sencillo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud –OMS<sup>54</sup> para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves. Consta de 36 ítems y proporciona un perfil del funcionamiento del paciente a través de 6 dominios (comprensión y comunicación con el mundo que le rodea, capacidad para manejarse en el entorno, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad), así como, una puntuación general de discapacidad.

### 4. B. Percepción subjetiva de salud

#### 4. B.1. The MOS Short-Form Healthy-Survey (SF-36)

Se trata de un instrumento autoadministrado desarrollado por Ware y Sherbourne<sup>55</sup> con el fin de evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud y, se basa, conceptualmente, en un modelo bidimensional de

salud: física y mental. Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas (funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental). Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental.

#### 4. B.2. World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100)

Es un instrumento autoadministrado diseñado por la OMS<sup>56</sup> para la evaluación de la calidad de vida. Este instrumento determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Esta medida se realiza basándose en la percepción del sujeto y en su valoración sobre diversos aspectos de su vida.

El WHOQOL-100 está estructurado de forma jerárquica y cuenta con una evaluación global de la calidad de vida en 6 dominios (físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad). La OMS ha desarrollado una versión abreviada, el WHOQOL-BREF formado por 26 ítems. Esta versión sólo proporciona información sobre 4 de las 6 dimensiones del WHOQOL-100 (física, psicológica, relaciones sociales y entorno).

## 5. VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS

Existen diversos cuestionarios útiles para la valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos (tabla 3). Todas ellas tienen una construcción similar y valoran una serie mayor o menor de signos y síntomas propios del síndrome de abstinencia, en un rango variable de gravedad. En general, valoran los síntomas físicos sobre los psicológicos, si bien incluyen alguno de ellos<sup>57</sup>. No obstante, es preciso señalar que la monitorización del síndrome de abstinencia debería ser realizada desde una perspectiva clínica (objetiva de los signos y subjetiva de los síntomas) y las escalas de valoración constituirían un instrumento de guía terapéutica y de monitorización del progreso de los síntomas.

### 5.1. Opiate Withdrawal Scale (OWS)

La OWS es una entrevista semiestructurada que consta de 32 ítems, mediante los cuales, de modo heteroaplicado, se evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia a opiáceos<sup>58</sup>. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de 4 puntos (ausente, 0; leve, 1; moderado, 2; grave, 3). Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 32 signos y síntomas explorados. No existen puntos de corte establecidos: a mayor

**Tabla 3: Síndrome de abstinencia a opiáceos**

Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
<p>Aparece a las 8 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bostezos</li> <li>• Lagrimeo</li> <li>• Sudación</li> <li>• Rinorrea</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>	<p>Aparece a las 12 horas. Incluye síntomas de grado I incrementados en intensidad más:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Midriasis</li> <li>• Piloerección</li> <li>• Espasmos musculares</li> <li>• Flases frío/calor</li> <li>• Artralgias</li> <li>• Anorexia</li> </ul>	<p>Aparece entre 18-24 horas. Incluye síntomas de grado II incrementados en intensidad más:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Hipertermia</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Náuseas</li> </ul>	<p>Aparece entre 24-36 horas. Incluye síntomas de grado III incrementados en intensidad más:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facies febril</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Diarreas</li> <li>• Eyaculación espontánea</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Orgasmo</li> </ul>

Modificado de Jiménez-Lerma et al<sup>57</sup>

puntuación, mayor gravedad del síndrome de abstinencia. No existe una validación española de este instrumento.

### 5.2. Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)

Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 10 ítems, que de modo heteroaplicado, evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia a opiáceos<sup>59</sup>. En realidad, es una escala derivada de la OWS que elimina los ítems redundantes y difíciles de entender, así como aquellos que presentan una baja correlación con la puntuación total de la escala. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de 4 puntos (ausente, 0; leve, 1; moderado, 2; grave, 3). Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 signos y síntomas explorados. No existen puntos de corte establecidos: a mayor puntuación, mayor gravedad del síndrome de abstinencia. No existe validación española de este instrumento.

### 5.3. Opioid Withdrawal Syndrome Observation Chart (OWSOC)

Es una escala desarrollada en Australia<sup>60</sup>, que consta de 9 ítems correspondientes a signos objetivos, 4 correspondientes a signos subjetivos y otros 2 correspondientes a medicación. De cada signo evaluado se

describe su ausencia (0 puntos) o su presencia (1 punto). Por otra parte, se recoge un apartado de observaciones (tensión arterial, pulso, temperatura axilar, respiración y tamaño pupilar).

### 5.4. Escala de Gold para valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos

Se trata de una escala heteroaplicada que consta de 22 ítems con los que se evalúan aspectos propios de este estado de un modo objetivo<sup>61</sup>. En dicha escala se recogen aspectos tales como el deseo de droga, nivel de ansiedad, bostezos, sudación, lagrimeo, rino- rrea, midriasis, piloerección, temblores, escalofríos, dolores óseos musculares, insomnio, hipertensión, aumento de la temperatura, disminución de la profundidad respiratoria, intranquilidad, agitación, taquicardia, náuseas, vómitos, diarrea y eyaculación espontánea. Los ítems se puntúan del siguiente modo: cero, ausente; uno, leve; dos, moderado y tres, intenso.

### 5.5. Detoxification Fear Survey Schedule (DFSS-14)

Desarrollado por Milby et al<sup>62</sup>, se trata de un autoinforme capaz de discriminar a aquellos pacientes adictos que presentan un temor desmesurado a la desintoxicación de aquellos que no lo presentan. Existe una versión posterior denominada DFSS-27<sup>63</sup>.

**Tabla 4: Escalas de valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos**

Instrumento	Autor, año	Nº ítems	Tipo entrevista
OWS Opiate Withdrawal Scale	Bradley et al, 1987	32	Semiestructurada
SOWS Short Opiate Withdrawal Scale	Gossop, 1990	10	Semiestructurada
OWSOC Opioid Withdrawal Syndrome Observation Chart	Wistaria Centre, 1993	15	Semiestructurada
Escala de Gold para Valoración del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos	Gold et al, 1984	22	Semiestructurada

## 6. OTROS INSTRUMENTOS

### 6.1. Drug Taking Confidence Questionnaire-Heroína (DTCQ-H)

Se trata de un instrumento autoadministrado diseñado por Annis y Martín<sup>64</sup>, que consta de 50 preguntas tipo likert. El DTCQ fue diseñado para evaluar la autoeficacia o confianza en uno mismo para resistir al deseo de consumir drogas en una serie de situaciones particulares "de riesgo" tanto de modo basal, como a lo largo del proceso terapéutico<sup>65</sup>.

Se evalúa autoeficacia para resistir el consumo ante ocho situaciones de riesgo descritas por Marlatt y Gordon<sup>66-67</sup>. En el DTCQ-H, se obtienen ocho puntuaciones correspondientes a ocho subescalas, cinco de las cuales hacen referencia a estados interpersonales y otras tres a situaciones interpersonales. En la situaciones relativas a estados interpersonales, el consumo de heroína implica una respuesta a una situación de naturaleza física o psicológica: emociones desagradables (10 ítems), malestar físico (5 ítems), emociones agradables (5 ítems), probando el control personal (5 ítems) y tentaciones y urgencias de consumo (5 ítems). En las subescalas relativas a situaciones interpersonales se evalúan situaciones de riesgo para el consumo de heroína en las cuales están implicadas influencias de otras personas: conflicto con otros (10 ítems), presión social hacia el consumo (5 ítems) y momentos agradables con otros (5 ítems). Las puntuaciones en esas ocho subescalas constituyen un perfil de confianza para cada paciente. Existe una validación española de este instrumento realizada por Llorente<sup>68</sup>.

## CONCLUSIONES

No existen pruebas específicas para el diagnóstico de la dependencia de heroína, de modo que una correcta anamnesis y la exploración clínica adecuada constituyen el pilar básico del mismo.

Desde un punto de vista clínico, pueden ser de gran utilidad para la elección de la estrategia terapéutica más adecuada, la utilización de instrumentos que evalúan la gravedad de la dependencia la gravedad del síndrome de abstinencia.

Un abordaje comprehensivo del paciente con dependencia de heroína debe incluir siempre una evaluación detallada del mismo tratando de descartar otras patologías psiquiátricas.

En líneas generales, se recomienda que el clínico utilice en la evaluación de sus pacientes aquellas escalas que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptadas y validadas en castellano.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. The composite international diagnostic interview, core version 1.1. Washington, DC: APA, 1993.
2. Janca A, Üstün TB, Sartorius N. New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 73-83.
3. Robins LN, Cottler LB, Babor T. CIDI substance abuse module. St Louis, MO: Washington University School of Medicine. Department of Psychiatry, 1990.
4. Cottler LB, Robins LN, Helzer JE. The reliability of CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *Br J Addict* 1989; 84: 801-814.
5. Wing JK. SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. Geneva: WHO; 1992.
6. Wing JK. Measuring and classifying clinical disorders: learning from the PSE. En: Bebbington PE, editor. *Social psychiatry: theory, methodology and practice*. London: Transaction Publishers; 1991.
7. Bowling A. *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press; 1995.
8. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *User's guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis I*

- Disorders (SCID-I). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
9. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23, 34-57.
  10. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Iglesias C, Bascarán MT et al. La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): una familia de entrevistas de ayuda diagnóstica en Psiquiatría y Atención Primaria. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, González A, Pichot P, editores. *Psiquiatría y otras especialidades médicas*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 401-419.
  11. Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview. En: Bobes J, Bousoño M, González MP, editores. *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria*. 2ª ed. Oviedo: Gofer; 1997.
  12. McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE. An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 26-33.
  13. McLellan AT, Luborsky, Woody GE, Druley KA, O'Brien CP. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 620-625.
  14. McLellan AT, Woody GE, Luborsky L, O'Brien CP, Druley KA. Is treatment for substance abuse affective? *JAMA* 1982; 247: 1423-1427.
  15. Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1985; 171: 606-610.
  16. Guerra D. Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción. En: Casas M, editor. *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1992. p. 59-90.
  17. Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: european adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res* 1995; 1: 208-210.
  18. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith JE. New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centres. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 412-423.
  19. González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Evaluación de la gravedad de la conducta alcohólica. *Psiquiatría Biológica* 1998; 5 (Supl 1): 40-43.
  20. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M. Índice europeo de la severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 1996; 201-218.
  21. Darke S, Hall W, Wodak A, Heather N, Ward J. Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *Br J Addict* 1992; 87: 733-742.
  22. González Sáiz F, Salvador Carulla L, Martínez Delgado JM, López Cárdenas A, Ruz Franzi I. Estudio de validez y fiabilidad de la versión española de la entrevista clínica Opiate Treatment Index (OTI). En: Iraurgi Castillo I, González Sáiz F, editores. *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 309-359.
  23. González Sáiz FM, Salvador Carulla L, Martínez Delgado JM, López Cárdenas A, Ruz Franzi I, Guerra Díaz D. Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1997.
  24. Holsten F, Waal H. The DTES -Drug Taking Evaluation Scale for the evaluation of drug taking behaviour. *Acta Psychiat Scand* 1980; 61: 275-305.
  25. Vilalta J. DTES: Una escala para evaluar los trastornos por uso de alcohol. *Anales de Psiquiatría* 1987; 3: 129-134.
  26. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamines users. *Addiction* 1995; 90: 607-614.
  27. González-Sáiz F, Salvador-Carulla L. Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale (SDS). *Adicciones* 1998; 10: 223-232.
  28. Raistrick D, Bradshaw J, Tober G, Weiner J, Allison J, Healey C. Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment

- evaluation package. *Addiction* 1994; 89: 563-572.
29. González-Sáiz F, Salvador-Carulla L. Análisis de la fiabilidad y validez de la versión española de la escala Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) en una muestra de pacientes con dependencia de opiáceos. *Revista Española de Drogodependencias* 1999; 24: 45-60.
  30. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrel M, Lehmann P et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 1998; 93: 1857-1867.
  31. Fernández Gómez C, Torres Hernández MA. Evaluación de los resultados del tratamiento: El Maudsley Addiction Profile (MAP). En: Iraurgi Castillo I, González Sáiz F, editores. *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 387-402.
  32. Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, SA; 2000.
  33. Iraurgi Castillo I, González Sáiz F. *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica; 2002.
  34. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bascarán MT, Bousoño M. *Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 3ª edición. Barcelona: Psiquiatría Editores, SL; 2004.
  35. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
  36. Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-389.
  37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 1961; 4: 561-571.
  38. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12: 63-70.
  39. Bech P, Rafaelsen OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62 (Suppl 285): 128-131.
  40. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32: 50-55.
  41. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press; 1970.
  42. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276.
  43. Andreasen NC. *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa; 1984.
  44. Andreasen NC. *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa; 1984.
  45. Overall JE, Gorham DR. *Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychol Rep* 1962; 10: 799-812.
  46. Lobo A, Ezquerro J, Gómez FB, Sala JM, Seva A. El Mini Exámen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en los pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7: 189-202.
  47. Golden CJ. *An standardized version of Luria's neuropsychological tests*. New York: Wiley-Interscience; 1981.
  48. Reitan RM, Davison LA. *Clinical neuropsychology: current status and application*. New York: John Wiley and Sons; 1974.
  49. Peña-Casanova J. Programa integrado de exploración neuropsicológica. "Test Barcelona". Barcelona: Toray-Masson; 1990.
  50. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The International Personality Disorder Examination. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 215-224.
  51. López-Ibor Aliño JJ, Pérez Urdaniz A, Rubio Larrosa V. IPDE. International Personality Disorder examination. Madrid: Meditor, 1996.
  52. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *User's guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
  53. Pérez Urdaniz A, Rubio Larrosa V, Gómez Gazol E. Cuestionario Salamanca de trastornos de la personalidad. <http://www.seetp.com/>.
  54. World Health Organization. *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule II (WHO/DAS II)*. Geneva: WHO; 2001.
  55. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health-Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.

56. World Health Organization. Measuring quality of life. The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100). Geneva: WHO; 1993.
57. Jiménez-Lerma JM, Ariño J, Iraurgi I, Landabaso M, Ramírez MJ, Herrera A et al. Instrumentos e indicadores para la evaluación de los procesos de desintoxicación/abstinencia supervisada a sustancias. En: Iraurgi Castillo I, González Sáiz F, editores. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 149-185.
58. Bradley BP, Gossop M, Phillips GT, Legarda JJ. The development of an opiate withdrawal scale (OWS). *Br J Addict* 1987; 82: 1139-1142.
59. Gossop M. The development of a short opiate withdrawal scale (SOWS). *Addict Behav* 1990; 15: 487-490.
60. Wistaria Centre Cumberland Hospital. Opioid withdrawal síndrome observation chart. Sydney: Cumberland Hospital; 1993.
61. Gold MS, Dackis CA, Washton AM. The sequential use of clonidine and naltrexone in the treatment of opiate addicts. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1984; 3: 19-39.
62. Milby JB, Gurwitch RH, Hohmann AA, Wiebe DJ, Ling W, McLellan AT et al. Assessing pathological detoxification fear among methadone maintenance patients: the DFSS. *J Clin Psychol* 1987; 43: 528-538.
63. Gentile MA, Milby JB. Methadone maintenance detoxification fear: a study of its components. *J Clin Psychol* 1992; 48: 797-807.
64. Annis HM, Martin G. Drug-taking confidence questionnaire. Toronto: Addiction Research Foundation; 1985.
65. Llorente del Pozo JM, Fernández Gómez C, Vallejo Pareja MA. Validación del cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de drogas-heroína (DTCQ-H) en población española. En: Iraurgi Castillo I, González Sáiz F, editores. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 435-479.
66. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse. En: Davidson PO, Davidson SM, editores. Behavioral medicine: changing health life styles. New York: Brunnel-Mazel; 1980.
67. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
68. Llorente JM. Validación del DTCQ-H en población española. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1997.