

EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE PERSONALIDAD DEL
FARMACODEPENDIENTE REEDUCADO EN HOGAR CREA EL PUENTE

Proyecto de trabajo de grado

Eduardo Robledo Cadavid (código 02212013)

Directora: Dra. Sandra Milena Serrano Mora

UNIVERSIDAD DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Bucaramanga, junio 12 de 2007

Dr. Jorge Enrique Chacón
Afanador

Agradecimientos:

Dra. Diana María Agudelo Vélez

PhD. Psicología Clínica y de la Salud

Universidad Pontificia Bolivariana/Bucaramanga

Tabla de Contenido

Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	3
Objetivos	4
General	4
Específicos	5

Marco de referencia	5
Antecedentes de investigación	5
Marco teórico	16
Las drogas	16
Definición de droga	16
Contextualización histórica y clases de drogas	17
Clasificación de las drogas	25
La farmacodependencia	28
Definición	28
La adicción según CREA	28
Trastornos relacionados con sustancias	28
Vías de administración	33
Polifarmacodependencia	33
Comorbilidad	33
Etiología	34
Epidemiología	39
Curso	46
Fases de la adicción según CREA	47
El tratamiento	50
Abordajes terapéuticos y objetivos	50
Tipos de intervenciones	51
Ambientes y modalidades de tratamiento	52
La comunidad terapéutica	52
La personalidad	56
Historia y definiciones	56
Estrategias: los precursores de un paradigma	57
La estrategia de las disposiciones	58
La teoría de los rasgos de Allport	64
Las teorías analítico-factoriales de los rasgos	67
La personalidad según CREA	74
Marco legal	85
Política Nacional de Reducción de la Demanda de SPA	85

Reglamentación, vigilancia y control de los CAD	85
Resolución Número 1315 de abril 25 de 2006	87
Marco contextual	88
Historia y características de Hogares CREA	88
Programa de tratamiento	89
Modalidades de terapia	91
Método	95
Participantes	95
Instrumentos	95
Procedimiento	100
Enfoque del estudio	100
Tipo de estudio	100
Diseño de investigación	101
Definición de variables y de hipótesis	101
Resultados	102
Información psico-sociodemográfica	102
Seguimiento del proceso de tratamiento	110
Aplicación de la preprueba y la posprueba del MMPI	117
Prueba de hipótesis de investigación	136
Discusión	138
Recomendaciones	150
Referencias	152
Apéndices	155
Apéndice A. Consentimiento informado	156
Apéndice B. Registro de información psico-sociodemográfica	158
Apéndice C. Seguimiento del proceso de tratamiento	162
Apéndice D. Estudio de casos de los participantes	167

Lista de Tablas

Tabla 1.	Comparativo de las medias de los grupos estudiados por Pérez et al	7
Tabla 2.	Edades de inicio de consumo de diferentes SPA en Colombia	40
Tabla 3.	Los principales factores en el análisis de la personalidad de	69

Cattell

Tabla 4.	Las capacidades del carácter según Hogares CREA	81
Tabla 5.	Coefficientes de fiabilidad test-retest del MMPI	98
Tabla 6.	Información general de los participantes	10
		2
Tabla 7.	Antecedentes de tratamiento	10
		3
Tabla 8.	Antecedentes de farmacodependencia	10
		4
Tabla 9.	Severidad del consumo de SPA	10
		5
Tabla	Antecedentes laborales	10
10.		6
Tabla	Antecedentes escolares	10
11.		6
Tabla	Antecedentes familiares	10
12.		7
Tabla	Antecedentes médicos	10
13.		8
Tabla	Antecedentes legales	10
14.		9
Tabla	Codificación del perfil clínico de personalidad	11
15.		7
Tabla	Escalas ordenadas (Código “Total” de Welsh)	11
16.		9
Tabla	Nomenclatura para la elaboración de la clave	11
17.		9
Tabla	Nomenclatura para la combinación de las escalas de validación	12
18.		1
Tabla	Prueba de hipótesis de investigación	13
19.		7

Lista de Figuras

Figura 1.	Cambios reportados por los pacientes de las CT LTR	55
Figura 2.	Estructura de prevención y tratamiento de Hogares CREA	89
Figura 3.	Comportamiento de los participantes durante el proceso	110
Figura 4.	Promedio del tiempo en tratamiento	111
Figura 5.	Promedio de terapias implementadas	112
Figura 6.	Promedio de ayudas implementadas	113
Figura 7.	Promedio de planes de trabajo implementados	114
Figura 8.	Promedio de distinciones y posiciones recibidas	115
Figura 9.	Promedio de trabajo profesional recibido	116
Figura 10.	Evolución del perfil clínico de personalidad de los participantes	118

EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE PERSONALIDAD DEL
FARMACODEPENDIENTE REEDUCADO EN HOGAR CREA EL PUENTE

Eduardo Robledo Cadavid

Universidad de Santander

Resumen

Este estudio, con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño preexperimental de tipo preprueba-posprueba con un solo grupo, enmarcado al interior de la estrategia de las disposiciones o perspectiva de los rasgos, desarrollada por G. Allport, R.B. Cattell, H.J. Eysenck, P. Costa y R. McCrae, entre otros, tuvo como objetivo describir la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que culminó el proceso de

tratamiento interno en la comunidad terapéutica Hogar CREA el Puente de Piedecuesta, Santander, por medio de la aplicación en dos tiempos del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) de S.R. Hathaway y J.C. McKinley (1945) al grupo de residentes que ingresaron en el último trimestre de 2005 (13 participantes), de los cuales se reeducaron 6 al cabo de aproximadamente 14 meses de tratamiento. De acuerdo con el análisis de cada una de las escalas por medio de la prueba *t* para grupos correlacionados, se encontró que 9 de las 14 escalas que mide el instrumento presentaron una diferencia estadísticamente significativa, con un nivel de significancia del 5%: Validez (*F*), Hipocondriasis (*Hs*), Depresión (*D*), Histeria (*Hy*), Desviación psicopática (*Pd*), Paranoia (*Pa*), Psicastenia (*Pt*), Esquizofrenia (*Sc*) e Introversión social (*Si*), lo cual permite determinar una evolución positiva del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno.

Palabras claves: Casa de Reeducción de Adictos (CREA), comunidad terapéutica, estrategia de las disposiciones, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), farmacodependiente, perfil clínico de personalidad, rasgos, reeducado, sustancias psicoactivas (SPA), tratamiento interno a largo plazo.

Introducción

El objetivo de este estudio fue describir la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que culminó el proceso de tratamiento interno en la comunidad terapéutica Hogar CREA el Puente de Piedecuesta, Santander, obteniendo finalmente su primer certificado de reeducación, proporcionando de esta manera información que permita a la institución su posterior aplicación, con el fin fortalecer el proceso de intervención y mejorar sus índices de adherencia y recuperación.

El marco conceptual se basa en la estrategia de las disposiciones fundada por G. Allport, también llamada perspectiva de los rasgos (Cloninger, 2003), constructos teóricos que describen dimensiones básicas de la personalidad, y que ponen énfasis en las diferencias individuales de las características que son más o menos estables a través del tiempo y de las situaciones, las cuales pueden ser medidas por medio de inventarios de autorreporte, dado que el instrumento seleccionado para la búsqueda de los objetivos propuestos es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), un cuestionario autodescriptivo enmarcado al interior de dicha estrategia (Liebert, 2000), el cual arroja un perfil clínico de personalidad con firmes bases empíricas, orientado a cuantificar y evaluar diferentes rasgos de personalidad que según la intensidad que presenten son patológicos, sin contemplar su etiología (Hathaway & McKinley, 1945).

Las razones para el desarrollo de esta investigación obedecen a que en el país, de acuerdo con Scoppetta (2000) es notoria la carencia de investigaciones enfocadas en aspectos clínicos de personalidad de los farmacodependientes y dado que la mayoría de los que se han efectuado indagan sobre datos de prevalencia, se crea la necesidad de fortalecer este cuerpo teórico. Además que, según Avendaño (2002) para cualquier tipo de tratamiento es necesario tener en cuenta las características de personalidad antes de utilizar una u otra estrategia terapéutica, y puesto que el tratamiento ofrecido por Hogares CREA gira en torno a la obtención de cambios en la estructura de personalidad del farmacodependiente que se somete a tratamiento, es necesario determinar estadísticamente dicha evolución, con el fin de proporcionar información que favorezca a la Institución en su proceso de implementación del proceso terapéutico.

Planteamiento del Problema

Una de las problemáticas sociales más preocupantes en la actualidad es el fenómeno de la farmacodependencia, el cual se ha venido extendiendo a nivel mundial en forma vertiginosa, constituyéndose en un serio problema de salud pública (Belloch, 2004). De acuerdo con la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE, 2004) un análisis de las tendencias de consumo de SPA entre 1990 y 2002 permite identificar cinco patrones específicos de evolución que describen de manera precisa la situación actual del tema en el país (Scoppetta, 2002).

El análisis toma en cuenta los resultados de los estudios nacionales realizados en el país (1992 y 1996, DNE y Ministerio de Salud) y los resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años (Rumbos, 2002): 1. El consumo tiende al aumento; 2. El consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas; 3. El consumo se inicia a edades cada vez más tempranas; 4. Las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres; 5. Aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias.

Para contrarrestar esta problemática se han fundado en el país diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, de modo que en nuestro medio existen diversos ambientes de tratamiento, que van desde hospitales generales y psiquiátricos hasta tratamientos internos en comunidad terapéutica, que operan bajo diversas modalidades, tales como: tratamiento ambulatorio con la tradición de los 12 pasos de Alcohólicos o Narcómanos Anónimos, tratamiento interno o externo de índole espiritual, religioso, médico, clínico, psiquiátrico, psicológico, interdisciplinario, pedagógico, reeducativo o de terapias alternativas (“Directorio Nacional C.A.D. Centros de Atención en Drogadicción”, 2005).

En el marco de lo anterior, es en 1983 que se establece en Colombia la comunidad terapéutica Hogares CREA (Casa de Reeducción de Adictos), bajo la asesoría de Hogares CREA de Puerto Rico, con los objetivos de brindar servicios de prevención de la farmacodependencia a la comunidad y tratamiento interno a toda persona con problemas de esta índole que lo solicite. Actualmente hay Hogares en Barranquilla, Cartagena, Manizales y Bucaramanga, cuya sede inició labores en 1985, trasladándose en el 2002 a Piedecuesta. El tratamiento que implementa es ecléctico, con una orientación cognitivo-conductual y fruto de una labor de más de 35 años de experiencia a nivel internacional.

Su Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento (s.f.) afirma que la farmacodependencia es el síntoma de una problemática que se genera en la personalidad debido a que ésta, por diversas razones, no se formó debidamente. Es por esto que el tratamiento gira en torno a la obtención de cambios en la estructura de personalidad del farmacodependiente, teniendo en cuenta otros factores, como los personales, biológicos, familiares, sociales y culturales durante el proceso. Para tal efecto implementa 14 modalidades de terapia, dentro de un ambiente libre de drogas, con todas las características de un hogar verdadero, con el fin de que el residente madure, crezca, cambie y logre desarrollar su potencial humano, alcanzando con su reeducación el retorno a su comunidad de origen como un ciudadano útil, así como la remisión total sostenida de su anterior condición.

A pesar de operar sobre un modelo ampliamente probado y que tiene en cuenta las diversas variables que inciden en la farmacodependencia, se ha observado que los índices de adherencia y recuperación son bajos, puesto que de la población que anualmente ingresa a tratamiento solamente lo termina un 40% y de éstos un 60% recaen (CREA, 2005) reiniciando el curso de la enfermedad, con un deterioro progresivo de sus capacidades, facultades y esferas de relación, con todas las consecuencias negativas para él, su familia y la sociedad.

Lo anterior implica la necesidad de efectuar este estudio, con el fin de describir ¿cuál es la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno?, por medio de la aplicación en dos tiempos del MMPI, y verificar si varía o no dicho perfil con respecto a los indicadores clínicos inicialmente detectados, con el fin de proporcionar esta información y propender de este modo al mejoramiento del proceso de tratamiento, de manera que repercuta favorablemente en los índices de adherencia y subsecuente recuperación.

Justificación

La farmacodependencia es una problemática compleja, de modo que aunque hay diversidad de factores causales, indudablemente la dependencia de sustancias psicoactivas (SPA) es el síntoma de una problemática que se genera en la personalidad del farmacodependiente, lo cual obliga a las instituciones que prestan servicios de tratamiento

a contemplar dicho factor, con el fin de obtener resultados satisfactorios en la recuperación de los adictos que se benefician de su modalidad de intervención.

Tal es el caso de la comunidad terapéutica Hogar CREA el Puente de Piedecuesta, que opera bajo una modalidad de tratamiento interno a largo plazo, con una metodología ampliamente probada, dentro de un ambiente terapéutico que brinda servicios adecuados e individualizados a todo aquel adicto que lo solicite y llene los requisitos, y que contempla los demás factores biopsicosociales necesarios para la recuperación integral.

De acuerdo con el Dr. Efrén Ramírez, psiquiatra cofundador de Hogares CREA (s.f.): “la inmensa mayoría de adictos, aun aquellos que cometen crímenes por causa de su adicción, son esencialmente enfermos psiquiátricos, susceptibles al tratamiento y a la reeducación si se les provee el ambiente terapéutico adecuado durante el tiempo necesario” (p. 37). El tratamiento adecuado para el adicto *reeducable* es el de participar, libre de drogas en el ambiente terapéutico de una comunidad psiquiátricamente supervisada 16 horas al día, 7 días a la semana, 52 semanas durante 2 a 3 años.

Aunque la duración del tratamiento continúa igual en Puerto Rico, en nuestro país se ha decidido acortarlo a un año, debido a que en Colombia no se cuenta con el apoyo económico gubernamental como el que tiene ese país y son las familias de los adictos las que tienen que costear el tratamiento, además de hacer eco de las tendencias actuales al respecto, consistentes en acortar la estancia (Kaplan, 1996).

Lo anterior conlleva la necesidad de determinar si este lapso de tiempo es suficiente para que se produzca una evolución positiva en el perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que culmina el proceso de tratamiento, específicamente en cuanto a diferencias estadísticamente significativas en las escalas que mide el MMPI, con el fin de que los profesionales que dirigen el proceso de tratamiento tengan en cuenta estos resultados para utilizarlos en función de fortalecer el proceso de intervención, propendiendo al mejoramiento de los índices de adherencia y recuperación de la población que solicita de su ayuda para superar su condición.

Objetivos

Objetivo General

Describir la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno mediante la aplicación en dos etapas del

MMPI, con el fin de proporcionar información para fortalecer el proceso de intervención y mejorar los índices de adherencia y recuperación.

Objetivos Específicos

Identificar el perfil psico-sociodemográfico de los farmacodependientes que ingresan a tratamiento.

Establecer el perfil clínico de personalidad en la fase inicial de tratamiento.

Efectuar un seguimiento del proceso de tratamiento implementado, con el fin de cuantificar los procedimientos terapéuticos empleados por la Institución.

Establecer el perfil clínico de personalidad una vez finalizado el tratamiento.

Determinar la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso.

Marco de Referencia

Antecedentes de Investigación

En la revisión de los antecedentes acerca del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente se encontró que el estudio efectuado por Plata (2005) comparte varias similitudes con la presente investigación, en cuanto a enfoque, tipo de estudio y población estudiada. Identificó los rasgos característicos de la personalidad del farmacodependiente, mostrando el perfil clínico de 11 participantes pertenecientes a la comunidad terapéutica Hogar CREA el Puente de Piedecuesta, Santander.

Dicho estudio, con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y con diseño no experimental transeccional, tuvo en cuenta el modelo explicativo de la adicción desarrollado por Beck y los aportes de teóricos como Millon y Ellis; aplicó el Inventario Clínico Mutiaxial de Millon (MCMI II) (1999), un cuestionario que explora dimensionalmente 13 escalas de patrones desadaptativos de personalidad y 9 síndromes del Eje I. Las puntuaciones (P) de 75 o superiores indican presencia estadísticamente significativa del rasgo contemplado por la escala; dentro del intervalo de 61 a 74 se aprecia una tendencia al rasgo dentro de los límites normales y la puntuación de 60 es la línea de corte que indica la media de la población.

En cuanto a los datos sociodemográficos, contempló las siguientes variables:

Edad: 18-21 años (55%); 24-26 años (18%); 28-30 años (18%); 35-40 años (9%).

Estado civil: solteros (82%); separados (18%).

Grado escolar: primaria (37%); bachillerato (18%); bachillerato inconcluso (27%); universitarios (18%).

Lugar de origen: Bucaramanga (55%); otras partes (45%).

Problemáticas propias: drogadicción (55%); falta de confianza (35%); soledad (9%).

Respecto al perfil, en la primera sección de las escalas básicas de personalidad encontré puntuaciones elevadas (P de 75 o superiores) en: (6A) Antisocial (90), (6B) Agresivo-Sádico (80), (8A) Pasivo-Agresivo (80), y (4) Histriónica (76), las cuales indican presencia significativa de dichos rasgos, así como P en el rango 61-74 en las escalas (5) Narcisista (65), (2) Fóbica (63) y (1) Esquizoide (62), que indican tendencias a estos rasgos. En la segunda sección de trastornos de personalidad patológica, las escalas (P) Paranoide (70), (C) Límite (67) y (S) Esquizotípica (¿57?) (P de 61 a 71 en el 68%) indican tendencia a dichos rasgos. En la tercera sección de escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada, la escala (T) Abuso de drogas (80) y (B) Abuso de alcohol (76) indican presencia del rasgo, mientras que las escalas (N) Hipomanía (65) y (A) Ansiedad (¿48?) (P de 60 a 73 en el 51%) indican tendencia a estos rasgos. En la última sección de síndromes clínicos de gravedad severa, (PP) Delirios psicóticos (64) y (SS) Pensamiento psicótico (¿56?) (P de 63 a 67 en el 53%) indican tendencia a dichos rasgos en la población. De este modo, confirmó la existencia de un perfil clínico de personalidad propio de las personas con farmacodependencia.

Asimismo, la investigación de Pérez, Muñiz y Llerena (2001) también comparte similitudes con el presente estudio en lo concerniente al método y a la utilización del MMPI para evaluar la modificación del perfil clínico de personalidad entre individuos dependientes y recuperados tratados en una misma institución. Su objetivo fue describir y comparar los rasgos de personalidad y el tipo de relación entre los mismos presentes en tres grupos: uno de personas dependientes de la cocaína y sus derivados, otro de personas recuperadas de esta adicción y el último de personas que nunca han consumido estas sustancias.

Debido a que en el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) de Medellín se observó que aproximadamente el 50% de los pacientes sometidos a tratamiento entre 1987 y 1991 se habían recuperado y que del 50% restante unos se habían recuperado por épocas y otros no habían podido recuperarse, plantearon la hipótesis de la existencia de ciertos rasgos o factores de la personalidad que podían actuar como predisponentes para la dependencia y recuperación de estos individuos. En cuanto al método, esta investigación es descriptiva y

correlacional. La población estuvo compuesta por 714 pacientes atendidos en el programa de hospitalización del Servicio de Farmacodependencia del HOMO.

Para la realización de la investigación aplicaron un total de 121 cuestionarios MMPI. Para la recolección de los datos sobre la personalidad de los individuos de la muestra utilizaron la versión colectiva del MMPI y aplicaron la forma abreviada, compuesta de 399 reactivos. Los puntajes (T) obtenidos en cada una de las escalas que evalúa el MMPI, en los tres grupos que conformaron la investigación fueron:

Tabla 1.

Comparativo de las medias de los grupos estudiados por Pérez, Muñiz y Llerena.

Escalas	?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Dependientes	42	51	81	47	65	71	61	72	64	73	76	85	68	59
Recuperados	42	55	71	48	60	62	56	62	61	64	61	76	64	58
Control	41	53	61	53	60	61	56	55	60	58	58	64	61	52
Fila DRC		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Fila DR			*		*	*	*			*	*	*		
Fila RC										*		*		
Fila DC					*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

De acuerdo con el análisis de varianza de los puntajes obtenidos en cada una de las escalas que evalúa el MMPI en los tres grupos que conforman esta investigación, se observó que 12 de las 14 escalas presentan estadísticamente una diferencia significativa, con un nivel de significación del 5%, tal como se observa en la fila DRC de la tabla. De igual modo, entre los grupos de Dependientes y Recuperados (fila DR) se encontró estadísticamente una diferencia significativa, con un 5% de nivel de significancia, entre las medias de los puntajes de 8 de las 14 escalas. Las escalas que presentaron una diferencia más significativa fueron *Pt* (valor $p=13.96$) y *Sc* (valor $p=10.86$), indicando que se presentan de manera más acentuada en el grupo de dependientes.

Al comparar el grupo de Recuperados y el grupo de Control (fila RC), las escalas *Pa* y *Sc* presentaron estadísticamente una diferencia significativa, y que se comportaron de la misma manera en el par Dependientes/Recuperados, y por tanto indican los rasgos de personalidad de los individuos con predisposición a la adicción a cocaína. Al mismo tiempo, tres escalas no presentaron estadísticamente diferencia significativa: *Hs*, *Hy* y *Pt*, a diferencia del comportamiento que reflejaron en el par Dependientes/Recuperados,

manifestando entonces los rasgos de personalidad que pueden estar al servicio o no de la recuperación. Finalmente, entre el grupo de Dependientes y el grupo de Control (fila DC) se presentó estadísticamente una diferencia significativa entre las medias de todas las escalas clínicas. A partir de los resultados obtenidos, algunas conclusiones que establecieron fueron:

1) Teniendo en cuenta las diferencias que se presentaron entre los grupos de personas Dependientes/Recuperados, puede concluirse que las personas que se han recuperado de la adicción a cocaína y/o sus derivados comparten las mismas características de las personas que aún son adictas, pero de una manera más moderada.

2) La diversidad de rasgos que evalúa el MMPI, encontrados en el par Dependientes/Recuperados, coinciden con los resultados arrojados en los estudios que señalan la dificultad para identificar y homogenizar los trastornos y tipos de personalidad de las personas que presentan problemas de adicción. Al encontrarse síntomas depresivos, paranoicos, obsesivos, compulsivos, psicopáticos, psicóticos y narcisistas, se deduce que no existe condición patológica única como necesaria y suficiente para explicar la adicción.

3) A la luz de las teorías de la personalidad que sostienen la existencia de unos rasgos que varían frente a ciertas circunstancias ambientales, la presentación menos acentuada, en promedio, de todos los rasgos de personalidad que mide el MMPI de quienes han dejado de consumir cocaína con respecto a los que aún consumen puede interpretarse como la comprobación de las mismas.

4) Los resultados coinciden en muchos aspectos con los arrojados por otras investigaciones realizadas con farmacodependientes en las que se utilizó el MMPI, en cuanto a las escalas que predominaron en la dinámica de la personalidad. Así, puede pensarse que la adicción se presenta como un fenómeno general, en el que interviene de manera menos importante el tipo de sustancia a la que se es adicto (Pérez et al., 2001).

Igualmente, a Sánchez, Guisa, Cedillo y Pascual (2002), debido a la comorbilidad psiquiátrica que se observa en adictos a cocaína en México D.F., les fue de interés clínico conocer los rasgos de personalidad que caracterizan a los consumidores de esta sustancia. De modo que efectuaron un estudio comparativo del perfil de personalidad de usuarios de cocaína y los de varias sustancias, obtenido a través del MMPI. Analizaron una muestra de 30 sujetos consumidores de cocaína y 26 consumidores de varias sustancias que solicitaron

tratamiento en una institución especializada. Los resultados muestran el mismo perfil para los dos grupos, con las escalas *Sc*, *Pd* y *D* altas, que de acuerdo con el MMPI corresponde a un trastorno antisocial de la personalidad, con rasgos depresivos y esquizoides. La interpretación del perfil de personalidad encontrado, de acuerdo con el MMPI es la siguiente: son personas emocionalmente dependientes, por lo cual buscan atención exageradamente, sin embargo les es difícil establecer relaciones cercanas por temor a involucrarse. Presentan rasgos depresivos y con frecuencia conductas de autocastigo. Sus rasgos antisociales y su dificultad para el control de impulsos, hacen que manifiesten oposición a las normas sociales. A partir de estos resultados establecieron las siguientes conclusiones:

1) El hecho de que haya un mismo perfil para los consumidores de diferentes drogas nos lleva a formular la hipótesis de que existen características de personalidad adictiva, más que rasgos específicos correspondientes al consumo de cada una de las sustancias.

2) El temor a involucrarse podría dificultar el establecimiento de un vínculo terapéutico, lo que aunado con su tendencia a la actuación de impulsos constituyen una llamada de atención sobre su probable abandono del tratamiento. Al llevar sus impulsos a la acción imponen una barrera a la palabra, esto es lo que podría llamarse una actuación (*Acting out*), un hacer en lugar de decir, lo cual se convierte en un obstáculo para el buen desarrollo del proceso terapéutico (Sánchez et al., 2002).

Por otro lado, Valencia y Pérez⁽¹⁾ (s.f.) llevaron a cabo una investigación en los Estados Unidos acerca de la efectividad de los centros de tratamiento y sus intervenciones en pacientes con abuso de SPA. En el capítulo del estado del arte en evaluaciones de programas de tratamiento postulan que los seguimientos a dichos programas buscan determinar su grado de efectividad en términos de la capacidad de reducir el uso de drogas, así como de mejorar aspectos importantes en el funcionamiento personal, familiar y social de los pacientes que ingresan a estos tratamientos. Al respecto, Leshner ⁽²⁾ (Instituto Nacional de Abuso de las Drogas, (NIDA), recuperado en 2004 por Valencia & Pérez, s.f.)

⁽¹⁾ Los autores son, respectivamente, Investigador Asociado (JEV) y Director del Equipo de Investigación (APG) de la University of Medicine and Dentistry of New Jersey que trabaja en asocio con CICAD para desarrollar un modelo de estudios aplicables en diferentes países del hemisferio.

⁽²⁾ Director del estudio DATOS en EU, último estudio a escala nacional sobre seguimiento a programas de tratamiento.

afirma que estas investigaciones sirven para examinar los resultados de los programas, realizar estudios comparativos de costo-efectividad entre diferentes modalidades, describir el progreso en los sistemas de tratamiento a través de los años, investigar relaciones entre características de los pacientes y los programas, y como mecanismo de información para la implementación de políticas sobre su efectividad.

Al respecto, los seguimientos (*Follow-ups*) surgieron en el contexto estadounidense hacia finales de la década de los años 60 con el fin de evaluar el comportamiento de los pacientes una vez finalizados los programas de tratamiento y determinar si éstos eran efectivos en el largo plazo. En esta década se hizo el primer seguimiento a centros de tratamiento a escala nacional: el Drug Abuse Reporting Program (DARP). En las décadas siguientes los estudios sobre este tema aumentaron. A finales de los años 70 e inicios de los 80 se llevó a cabo la segunda investigación a escala nacional: el Treatment Outcome Prospective Study (TOPS), y en los años 90 la tercera: el Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), (NIDA, recuperado en 2004 por Valencia & Pérez, s.f.). Los resultados de los dos primeros estudios sirvieron para alertar a las instituciones gubernamentales y a los centros de tratamiento para reconocer la dependencia a la heroína como el principal problema de quienes pedían admisión.

Asimismo, en la década de los 90 estos estudios aumentaron en número y los objetivos eran cada vez más ambiciosos, las variables tenidas en cuenta en la evaluación del éxito de los tratamientos eran más numerosas, así como la complejidad en la medición de los indicadores de éxito de los diferentes programas. De igual forma se llevaron a cabo estudios sobre los resultados de tratamiento para el consumo de sustancias específicas como el alcohol y la cocaína. En esta década, los nuevos estudios diferenciaron los clientes que solicitaron tratamiento en dos tipos de poblaciones, adolescentes y adultos, lo que permitió a investigadores y directores de centros de tratamiento comprender aspectos diferenciales que podían estar influyendo en los resultados (Valencia & Pérez, s.f.).

De este modo, la mayoría de los estudios adelantados después del 90 han sido consistentes en los aspectos que han evaluado: a) características de las diferentes modalidades de tratamiento, b) comparaciones costo-efectividad de los diferentes tipos de tratamiento, c) evaluación de variables psico-sociodemográficas de los pacientes atendidos, d) severidad del problema de consumo de drogas, e) variables predictoras del

éxito o la recaída de los pacientes, f) ahorros potenciales para el estado producto de la rehabilitación de los pacientes, g) cambios en la efectividad de los tratamientos a lo largo del tiempo, h) resultados diferenciales dependiendo las drogas de adicción, i) comparaciones entre la duración del tratamiento y los resultados del mismo (Valencia & Pérez, s.f.).

Los autores refieren que quizá el estudio más importante que se desarrolló en esta área durante los 90 fue precisamente DATOS, financiado por NIDA el cual se llevó a cabo entre 1991 y 1993, evaluando más de 10.000 pacientes en 11 de las principales ciudades de Estados Unidos, incluyendo casi 100 programas diferentes. Tuvo una metodología longitudinal, con seguimiento de resultados al año y a los cinco años después de que los clientes hubieran finalizado sus tratamientos. Finalizó sus actividades en 2002, aportando 85 publicaciones a la literatura sobre el tema.

Uno de los objetivos de DATOS fue indagar sobre las características diferenciales de los diversos tipos de tratamiento. Comparó casi 100 programas, los cuales clasificó en cuatro modalidades siguiendo el modelo de clasificación de estudios anteriores: a) pacientes externos en tratamiento con metadona, b) pacientes externos sin drogas, c) pacientes en tratamiento residencial de largo plazo y d) pacientes internos en tratamiento de corto plazo. A partir de esta clasificación se comparó el uso de drogas pre y post-tratamiento en las diferentes modalidades, así como el funcionamiento comportamental global antes y después del mismo (Simpson, Hubbard, Anglin & Fletcher, 1997 citados en Valencia & Pérez, s.f.).

El estudio identificó aspectos de las diferentes modalidades que eran bastante consistentes: los cuatro tipos de tratamiento incluyen terapias de apoyo grupal, monitoreo urinario durante el tratamiento, prevención de recaídas e involucramiento en grupos de autoayuda una vez finalizado el tratamiento. Sin embargo, los resultados del seguimiento en adultos realizado al año mostraron la necesidad de diferenciar los resultados por modalidad, pues las características del tratamiento así como las características de los pacientes podían estar moderando los resultados. Al presentarse diferencias importantes tanto en los problemas que se reportaron al momento de ingreso como en los resultados obtenidos tras el año de seguimiento en los diferentes indicadores de éxito, se corrobora la pertinencia de tener en cuenta diversas variables pre-tratamiento y características diferenciales de las modalidades que podían estar moderando los resultados de la intervención. Diferentes

interrogantes surgen a partir de estos estudios: preguntas sobre las relaciones entre los costos y los resultados, las modalidades y la efectividad, dan pie para que diferentes investigaciones sobre seguimiento a los programas inicien una aproximación a los resultados en términos de beneficios no solamente humanos, sino también sociales y económicos de los programas de tratamiento (Valencia & Pérez, s.f.).

Así, la encuesta de programas de tratamiento en 1990 de la Drug Services Research Survey (DSRS) dirigida por NIDA, evaluó la relación costo-efectividad de 120 programas. Un total de 2222 clientes fueron clasificados en cuatro grupos: pacientes internos, residenciales, pacientes externos con metadona y tratamientos externos sin medicamentos. Cinco años después, investigadores del Services Research Outcomes Study (SROS) recontactaron a los 120 centros y el seguimiento se hizo con 1.706 pacientes y con 1.341 pacientes adicionales que se sumaron al estudio. Los resultados fueron clasificados de acuerdo a dos indicadores 1) abstinencia en los cinco años y 2) cualquier reducción en el uso de sustancias en los cinco años siguientes. A partir de estos análisis se indagó sobre los costos y la efectividad de las diferentes modalidades, encontrándose que en promedio los costos más altos fueron para los programas internos y los más bajos para los programas externos y de corto plazo. Un análisis de las medidas de éxito de las cuatro modalidades mostró que en términos de costo-efectividad los programas con mejores resultados corresponden a la modalidad de atención externa, sin medicamentos y de corto plazo (Valencia & Pérez, s.f.).

Sin embargo, estos hallazgos contradicen otros estudios que han sugerido relaciones entre la duración y naturaleza de los tratamientos con respecto a la efectividad. Así, un trabajo llevado a cabo por Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson y Etheridge (1997) con información proveniente de DATOS reportó que en un grupo de 2.966 pacientes de las cuatro modalidades al que se le hizo seguimiento las reducciones más grandes en el consumo se encontraron en pacientes que fueron tratados por 3 meses o más tiempo. De otra parte, por medio de análisis multivariados confirmaron que 6 meses o más en programas de tratamientos sin medicamentos (ODF), en tratamientos a largo plazo de tipo residenciales (LTR) y en tratamiento con metadona (OMT) se asociaron con reducciones significativas en el uso de drogas, en la comisión de actividades ilegales y en el incremento del empleo de tiempo completo. (citados en Valencia & Pérez, s.f.).

Otro estudio llevado a cabo por Flynn, Kristiansen, Porto y Hubbard (1999) examinó el costo de los LTR y el de los ODF para dependientes de cocaína que participaron en el estudio DATOS. Se calcularon también los costos de las actividades criminales para la sociedad con el propósito de determinar los beneficios del tratamiento. Los resultados mostraron que los pacientes tratados tanto en LTR como en ODF tuvieron reducciones en costos de crímenes tras el tratamiento. Los pacientes de los programas LTR presentaron los costos más altos por crímenes antes de iniciar el tratamiento, y a su vez tuvieron las reducciones más significativas después del año de tratamiento (citados en Valencia & Pérez, s.f.).

Asimismo, Motjabai y Zivin (2003) hicieron un estudio comparativo de la efectividad y costo-efectividad de cuatro modalidades. Los datos para este estudio fueron suministrados por el SROS⁽³⁾; en él se compararon las diferentes modalidades y se empleó un análisis de propensión para controlar factores que influyen la selección de las diferentes modalidades, como el tipo y la severidad del desorden por abuso de drogas y la comorbilidad con desórdenes psiquiátricos. Las medidas de los efectos se basaron en un seguimiento a los cinco años de haber finalizado el tratamiento. El éxito de los resultados fue medido con dos criterios, la abstinencia y cualquier reducción en el uso de drogas. La modalidad que mostró los mejores beneficios en términos de costo-efectividad fue la de pacientes externos sin uso de drogas. Los programas residenciales fueron más costosos que los tratamientos con metadona. Los mejores resultados en cuanto a reducciones mayores del uso de drogas en la modalidad de pacientes en internados de corta duración comparados con los pacientes residenciales de largo término no se tradujeron en mayor costo-efectividad, aunque los costos más altos si los tuvo la modalidad de pacientes internos (citados en Valencia & Pérez, s.f.).

Otro reciente estudio realizado por Hubbard, Craddock y Anderson (2003), en un seguimiento de los programas de tratamiento retomado de DATOS, encontró que las reducciones en la prevalencia del uso de cocaína al año después de haber finalizado el proceso se asoció con su mayor duración (más de seis meses en tratamientos residenciales y externos sin drogas). Adicionalmente, la reducción de actividades ilegales y el incremento

⁽³⁾ Estudio financiado por el el Substance Abuse and Mental Health Services

del empleo de tiempo completo se relacionaron con tratamientos superiores a seis meses para pacientes en tratamientos residenciales (citados en Valencia & Pérez, s.f.).

En síntesis, muchos de estos estudios sugieren la pertinencia de la hipótesis que afirma que entre mayor sea el tiempo de retención de los pacientes en tratamiento los ahorros relacionados con actividad criminal y reducción del consumo de drogas serán mayores, en tanto que otra serie de estudios que hacen comparaciones de relación costo-efectividad como uno de los mencionados anteriormente desvirtúan tal afirmación (Motjabai, & Zivin, 2003 citados en Valencia & Pérez, s.f.).

Debido a estas inconsistencias, los autores reportan que se han generado una serie de estudios que buscan indagar por las características de los pacientes que ingresan a las diferentes modalidades para determinar variables pre-tratamiento y post-tratamiento que estén mediando en los resultados y por tanto en la efectividad de los tratamientos. Las principales variables que se han tenido en cuenta son: a) la severidad del problema del abuso de drogas, b) la relación con actividades criminales y c) la comorbilidad con trastornos psiquiátricos.

Por ejemplo, Grella, Hser y Hsieh (2003) se interesaron por el hecho de que muchos usuarios de drogas han repetido tratamiento y se sabe poco sobre las razones de su reingreso. Su estudio examinó predictores relacionados con el reingreso en abusadores de cocaína, quienes recaían en su uso dentro de los cinco años después de haber estado en tratamiento ($n= 347$). Cerca del 44% retornaba a tratamiento, con un promedio de 2.6 años después de haberlo terminado. Los resultados mostraron que es necesaria una perspectiva de largo plazo en los programas especialmente entre aquellos que abusaron de las drogas en forma crónica, pues factores como la frecuencia de consumo de la sustancia y el tiempo de abuso de la misma son altamente influyentes (citados en Valencia & Pérez, s.f.).

De este modo, Valencia y Pérez (s.f) concluyen que los beneficios potenciales de este tipo de estudios han mostrado ser contundentes en términos de proveer criterios para la implementación de políticas que optimicen la dirección de recursos en aquellas modalidades de tratamiento que prueben ser más efectivas, así como en la reglamentación de los diferentes servicios que se prestan a los usuarios. La mayor parte de los países de América carecen de estudios de seguimiento, por lo cual deberá darse especial prioridad a este tema, teniendo en consideración las enormes implicaciones humanas, sociales y

económicas de las decisiones que se tomen en este campo. De otra parte, los seguimientos de seis meses y un año siguen siendo los más frecuentes, lo que impide ahondar en análisis que son de gran importancia en términos de evaluar la efectividad de los tratamientos a largo plazo. Deberá intentarse realizar nuevos estudios en los cuales el tiempo transcurrido desde la terminación del tratamiento sea por lo menos de dos años, contrastándose sus resultados con nuevas investigaciones, con nuevas metodologías de aproximación, a la vez que se plantean retos importantes especialmente en áreas en las que los hallazgos diverjan de forma importante.

Es así como Avendaño (2000) bajo la dirección del programa RUMBOS de la Presidencia de la República de Colombia, llevó a cabo una investigación acerca de los tipos de tratamiento existentes en el país con el propósito de presentar y describir los principales programas de tratamiento, así como sus principales componentes, ventajas y desventajas. En ella hace la descripción de los objetivos generales de los programas de tratamiento para personas con dependencia a las drogas: programas basados en la teoría de los 12 pasos, programas de internado a largo plazo basados en la comunidad terapéutica, programas de internado a corto plazo, programas de prescripción de drogas sustitutivas, programas ofrecidos por clínicas y hospitales mentales, programas de tratamiento ambulatorio intensivos y los grupos de autoayuda. Finalmente, considera los factores determinantes del éxito de los programas de tratamiento para la dependencia a las drogas.

Utilizando como metodología la revisión teórica, informa que la mayoría de los tratamientos para la dependencia a las drogas pueden ser clasificados; sin embargo, algunos programas pueden incluir elementos de diferentes modelos y constituirse en una integración de componentes que resultan más adecuados para una población determinada. Aun cuando en líneas generales los estudios sugieren que las modalidades de tratamiento para la dependencia a las drogas descritas tienen grados variables de efectividad, dependiendo del tipo de persona y su historia de consumo, conviene tener en cuenta algunas consideraciones en el momento de decidir qué programa es más adecuado para un individuo en particular.

Postula que es necesario tener en cuenta las características de personalidad, así como la historia de cada individuo antes de utilizar una u otra estrategia de tratamiento particular. El tiempo que los pacientes permanecen en tratamiento está directamente relacionado con el éxito del mismo. De esta manera, aquellos pacientes que permanecen más de 90 días presentan una mayor probabilidad de éxito que aquellos que permanecen por menos tiempo. La historia de consumo del paciente constituye un factor importante a ser considerado antes de iniciar el tratamiento, ya que la planeación debe ser distinta dependiendo de los niveles previos de consumo. La evaluación y seguimiento de los

pacientes por al menos tres meses después de terminado el tratamiento constituye un factor importante para su éxito. Los distintos tipos de tratamiento resultan más efectivos si reúnen un conjunto de estrategias terapéuticas individuales, grupales, ocupacionales y familiares, y si se realiza una evaluación periódica de las distintas dimensiones físicas y psicológicas del paciente.

Considerando los aspectos anteriormente discutidos, afirma que es posible concluir que la dependencia a las drogas es un problema tratable, y que un conjunto de estrategias y terapias adecuadas permitirán a la mayor parte de los individuos con voluntad de cambio abandonar el consumo de drogas y continuar con su proceso de vida totalmente alejado de ellas.

Por otro lado, Fernández y Llorente (1999) efectuaron una investigación acerca de la situación de las comunidades terapéuticas en España. Utilizando como metodología la revisión teórica, informan que éstas ofrecen un modelo de rehabilitación muy útil para un sector de drogodependientes que necesita un entorno seguro y una intervención más intensiva. Los datos muestran que los usuarios de las comunidades terapéuticas presentan en muchos casos unas largas carreras adictivas y antecedentes de múltiples tratamientos seguidos de recaídas. Cronicidad y comorbilidad aparecen habitualmente asociadas a los peores resultados en los tratamientos.

Sus conclusiones fueron que en España, los programas basados en el modelo de comunidad terapéutica para drogodependientes están relativamente bien consolidados, los profesionales acumulan años de experiencia con adictos y mantienen una fuerte sensibilidad en la necesidad del cambio y adaptación de los programas de rehabilitación. Estos están representados principalmente por las comunidades terapéuticas profesionales y los programas de la red "Proyecto Hombre", y en la actualidad existen algunas comunidades terapéuticas profesionalizadas que se han ido especializando en tratamientos para los nuevos perfiles de consumidores, desintoxicaciones de Metadona, adictos con doble diagnóstico, trastornos de alimentación, adicciones mixtas (ludopatía-cocaína-alcohol) etc.

Marco Teórico

Las Drogas

Definición de droga.

De acuerdo con Kaplan (1996) la complejidad del tema se refleja en la terminología, que parece variar cada vez que los profesionales de este ámbito y los comités gubernamentales se reúnen para discutir el problema. Un ejemplo de esto hace referencia al nombre que reciben las sustancias que afectan las funciones cerebrales. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2003) las denomina simplemente sustancias, y a los trastornos asociados, como trastornos relacionados con sustancias. La palabra sustancia es preferible a la palabra droga, porque droga implica una manipulación química y muchas sustancias asociadas con abuso se dan de forma natural (opio, marihuana) o no están fabricadas para el consumo humano (gasolina, pegante). Por su parte, la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) utiliza una definición algo diferente de la del DSM-IV, empleando el término sustancias psicoactivas (SPA) en la sección titulada trastornos mentales y de comportamiento debido a su consumo. Tampoco distingue entre sustancias legales e ilegales, sino que estipula que las sustancias pueden o no haber sido prescritas médicamente.

De todos modos, Toro y Yepes (2004) afirman que droga es el término más general para designar cualquier elemento que por su uso pueda producir alteraciones mentales y si se utiliza repetidamente puede producir abuso o dependencia. Este término comprende sustancias de origen legal o ilegal, natural o sintético e incluye también medicamentos utilizados para el tratamiento de enfermedades neurológicas o psiquiátricas y otros elementos de diversos usos.

Al respecto, Kramer y Cameron (1975) afirman que “por droga se entiende toda sustancia que, introducida al organismo puede modificar una o más funciones de éste” (citado en Belloch, 2004, p. 494). De igual modo, el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f.) afirma que el término hace referencia a las SPA que ejercen su acción sobre el sistema nervioso central (SNC) y que tienen la capacidad de producir transformaciones, bien sea aumentando o disminuyendo su nivel de funcionamiento, o bien modificando los estados de conciencia.

Contextualización histórica y clases de drogas.

En el curso de la historia se hace patente el esfuerzo universal por alterar el estado de conciencia. Algunos estudiosos sugieren que ésto representa un deseo humano básico, como los requerimientos de agua, alimento y sexo. Toda cultura tiene una droga para a través de ella poder contactar con los espíritus y el más allá, servir de válvula de escape, superarse o afrontar los problemas cotidianos (Belloch, 2004). Cualquiera que sea la verdadera naturaleza de la conciencia y la razón por la que las personas buscan alterarla, es evidente que a menudo buscan los medios para modificar su experiencia cotidiana del mundo, llegando en algunos casos a ser abrumadora esta necesidad, como es el caso de la farmacodependencia.

Por ejemplo, la cannabis (*Cannabis sativa*) también conocida como cáñamo índico, planta dioica herbácea originaria de Asia Central que crece anualmente en climas tropicales y templados en países de Asia, África y América, se conocía en China hace al menos 10.000 años y en el año 2737 a.C. aparece documentado en el Herbal del Emperador Shen Nung su uso para el tratamiento de distintas enfermedades. Descubrimientos arqueológicos en Europa indican su existencia en el año 7000 a.C. (Belloch, 2004).

De acuerdo con Villalobos (1986) la historia de la cannabis como fármaco comienza en 1839 con la publicación de O'Saughnessy, médico británico que trabajaba en Calcuta, quien señalaba sus propiedades analgésicas, anticonvulsivantes y miorrelajantes. En el siglo XIX fue ampliamente usada en el tratamiento de la tos, la fatiga, el reumatismo, el asma, el delirium tremens, la migraña y los trastornos menstruales, pero posteriormente su uso terapéutico declinó. León (1990) reporta que su consumo penetró en la cultura occidental a mediados del siglo pasado, destacándose el anecdótico Club de Fumadores de Hachís fundado en París por Moreau en el Hotel Pimodan, al que acudían escritores tan importantes como Víctor Hugo, Balzac, Baudelaire, Dumas, etc. (citado en Belloch, 2004).

Movimientos como el *Beat* y el *Hippie* se identificaron con su consumo y en las culturas islámicas se encuentra muy arraigado. Es actualmente la droga ilegal de mayor consumo y en muchos casos la puerta de entrada a drogas de mayor poder adictivo, como la cocaína y la heroína (Belloch, 2004). Las preparaciones para ser fumadas (marihuana) son cigarrillos confeccionados a base de hojas, botones florales no fecundados y tallos cuya concentración del principio activo, el delta 9 tetrahidrocanabinol es variable. Sus efectos alucinógenos

varían según la dosis, vía de administración, experiencia del consumidor y su vulnerabilidad a los efectos. El hachís es la resina pura extraída de las sumidades floridas en forma de pasta para ser fumada o añadida a la miel, azúcar o confites (Toro & Yepes, 2004).

Otra de las sustancias más antiguas es el alcohol, un grupo de compuestos químicos del carbono que contienen el grupo OH. Dicha denominación se utiliza comúnmente para designar el alcohol etílico o etanol. Las bebidas alcohólicas más antiguas eran producto de una fermentación simple que aproximadamente produce un contenido alcohólico del 12%. Desde la antigüedad casi todas las culturas han recurrido al alcohol para producir alteraciones de conciencia. Hay registros de la embriaguez a causa del vino en el Antiguo Testamento y por cerveza en el Antiguo Egipto.

El alcohol es la sustancia depresora del SNC de uso más común, lo mismo que es el tipo más frecuente de adicción o dependencia. Durante mucho tiempo el alcoholismo fue considerado como un vicio, pero ahora ha sido definido oficialmente como una enfermedad o síntoma de una enfermedad debida a múltiples factores. Aunque existen varias definiciones, las más aceptadas son las de la OMS, de Keller, Jellinek y la del Consejo Nacional de Alcoholismo; todas están de acuerdo en que se trata de un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud y con el funcionamiento social y económico del individuo (Toro & Yepes, 2004). El alcohol produce problemas de todo tipo: adicción física y psicológica, tolerancia, síndrome de abstinencia, enfermedades agudas y cambios radicales en el organismo y la muerte por diferentes enfermedades asociadas al consumo.

Por otro lado, uno de los grupos de drogas más importantes son los opiáceos, sustancias que contienen opio o derivados de éste, el cual se obtiene del exudado lechoso por una incisión hecha en las cápsulas inmaduras de la adormidera o amapola (*Papaver somniferum*), planta originaria del Asia Menor, que contiene unos 25 alcaloides, de los que sólo unos pocos tienen utilidad clínica, actuando como poderosos depresores del SNC y potentes analgésicos, con efectos euforizantes. Su consumo está documentado en el año 4000 a.C. en la ciudad sumeria de Uruk, en la Baja Mesopotamia, y en el año 1500 a.C. en Egipto se hacían hasta 500 remedios con el mismo (León, 1990 citado en Belloch, 2004).

Villalobos (1986) señala que la palabra opio proviene del griego que significa jugo. Los médicos árabes conocían sus usos y los mercaderes árabes llevaron la droga al Oriente y a China, donde se empleó principalmente para atacar la disentería. A mediados del siglo XVI sus utilidades se conocían bien en Europa. En el siglo XVIII se volvió común fumar opio en Oriente y su uso era mucho más aceptado que en la actualidad. Las guerras del opio entre los ingleses que lo cultivaban y manufacturaban en la India y lo introducían y vendían en China es un ejemplo remoto de los enormes intereses comerciales que subyacen al tráfico de drogas, no únicamente a nivel ilegal, sino también a veces legal. (Escotado, 1989 citado en Belloch, 2004).

Un derivado del opio, la morfina, es el principal alcaloide del opio. El nombre de morfina se puso en honor del dios del sueño, Morfeo, dado que es capaz de provocarlo. Poco después se descubrieron otros alcaloides, como la codeína y la papaverina. La morfina tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor, siendo el mejor analgésico natural que se conoce. Los primeros morfínómanos eran médicos; con las guerras y la aparición de la jeringa hipodérmica su poder analgésico se difundió ampliamente. Su control actual hace que no sea una droga de abuso importante (Belloch, 2004). Otro opiáceo es la codeína (metil morfina), que también tiene acción antitusiva y por eso se utiliza en jarabes para la tos. El Percodán, Fenegrán, Paracodeína, Icomine son algunas presentaciones para diversos usos.

También están los opioides, que nos son derivados del opio, pues son sustancias de origen sintético y semisintético con efectos similares a los opiáceos (de origen natural). Dentro de este grupo se encuentra la heroína (diacilmorfina), de origen semisintético, producto de un descubrimiento de la empresa farmacéutica Bayer en 1874, realizado por el Dr. Heinrich Dresser. Cuando se comercializó a finales del siglo pasado se decía que era una sustancia que no producía hábito y que era la única capaz de curar con rapidez a los morfínómanos. Los diez años que estuvo en el mercado fueron suficientes para demostrar sus verdaderos efectos, siendo la sustancia opioide de la que más se abusa en la actualidad (Belloch, 2004). Dentro de los opioides de origen sintético se encuentran sustancias como la metadona, el fentanil y la meperidina. La metadona se utiliza como sustitutiva de la heroína en muchos programas de tratamiento, por medio de la transferencia hasta abolir los síntomas de supresión.

Belloch (2004) comenta que otra droga estimulante del SNC con profundo sentido cultural se deriva del arbusto de la coca (*Erythroxylum coca*), originario del Perú y Bolivia y del cual se conocen 16 variedades ricas en alcaloides. Se puede tomar en forma de hojas de coca masticadas a nivel tradicional (*mambeo*), y en su estado manufacturado su alcaloide (cocaína), o el subproducto (basuco y crack). En toda América del Sur el mambeo se pierde en la noche de los tiempos. Según Villalobos (1986) en el Imperio Inca su consumo estaba reservado inicialmente a la familia real; era considerada como un regalo de los dioses, porque quitaba el hambre, daba felicidad y vigor y permitía olvidar las miserias. Sus propiedades fueron utilizadas por los conquistadores españoles para el control de los indios. Nicolás Monardes, médico español del siglo XVI, fue quien por primera vez describió científicamente las propiedades de la coca en su libro de Historia Medicinal. (Belloch, 2004).

En 1890 Niemann y Wolter aislaron el alcaloide cocaína y en 1902 Willstater estableció su estructura y la sintetizó. Fue empleada por Koller como analgésico local en cirugía oftalmológica y posteriormente utilizada para el tratamiento de los morfinómanos, con resultados nefastos. Vale la pena destacar los estudios de Freud sobre la cocaína publicados en 1885, donde afirma que su uso moderado no perjudica el cuerpo y destaca su uso terapéutico como estimulante, afrodisíaco, anestésico local y como medicina para tratar el asma, los trastornos digestivos, la histeria y la sífilis. Recomendó la cocaína para el manejo de estados depresivos y la prescribió para el manejo de los síntomas de supresión en la adicción al alcohol y la morfina. En el año de 1891 aparecieron reportes de intoxicación y muertes por cocaína y a principios de este siglo se produjo una epidemia de cocaína en Europa que empezó a remitir a partir de la Convención del Opio en 1925 (Belloch, 2004). En los años setenta de este siglo nuevamente se popularizó su uso tanto en la forma fumada como inhalada.

Un derivado reciente de la coca es el *crack*, pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico, que recibe su nombre del ruido que producen sus cristales al romperse bajo el calor (Belloch, 2004). En los países de América del Sur recibe el nombre de basuco, y es utilizado ampliamente en forma de polvillo para ser mezclado con picadura de cigarrillo o marihuana. Villalobos (1986) afirma que su nombre proviene de la derivación de la palabra base, aunque por sus efectos psicofísicos parece más aplicable la derivación

inglesa de *bazooka*, arma destructora semi manual usada a partir de la Segunda Guerra Mundial. En cambio, la cocaína propiamente dicha es el clorhidrato de cocaína, el cual exige un proceso químico más complejo y más caro, con la utilización de percursores como el éter, la acetona, el ácido sulfúrico, el amoniaco y el permanganato de potasio.

Otros estimulantes del SNC son las anfetaminas, sintetizadas por primera vez en 1887. Sin embargo, no fue sino hasta 1923 cuando fueron introducidas en la medicina, utilizándose inicialmente en el tratamiento de adelgazamiento. En 1930 Piness las introdujo en la práctica clínica como vasoconstrictoras. Posteriormente se demostraron sus propiedades broncodilatadoras y estimulantes de la respiración, por lo que el inhalador de Benzadrina se puso de venta libre al público. Cuando se conoció su efecto estimulante los gobiernos empezaron a suministrarlas a los pilotos durante la Segunda Guerra Mundial, pero los errores cometidos obligaron a suspender su utilización. Desafortunadamente, ya la adicción se había incubado y las cantidades inmensas que quedaron invadieron los mercados de Norteamérica, Europa y Asia, incrementándose su consumo en los años 70, conocidas popularmente como aceleradores, tales como la Benzadrina y la Dexedrina (Villalobos, 1986).

Tal vez una de las drogas más potentes en su efecto psicoactivo es el ácido lisérgico. El descubrimiento del LSD por Hofmann y Stoll en 1938 tendría una enorme importancia en la aparición de distintos movimientos culturales contestatarios, así como la aparición del abuso de esta sustancia en décadas posteriores (Weiss & Millman, 1991 citado en Belloch, 2004). El nombre químico de este alucinógeno es dietilamida del ácido lisérgico -LSD como iniciales y 25 por ser el compuesto número 25 sintetizado por el Laboratorio Sandoz-.

Belloch (2004) refiere que el denominado movimiento psicodélico llegó a ser relevante en Estados Unidos en la década de los cincuenta y sesenta, al tiempo que se hicieron muchas investigaciones para estudiar sus propiedades terapéuticas, pero debido a los riesgos sobre el SNC lo apartaron de su uso en pruebas posteriores. A mediados de los años sesenta fue prohibido en distintos estados norteamericanos y en 1971, en la Convención para el Control de Sustancias Psicótropas, realizada en Viena y auspiciada por la ONU. En los últimos años se ha incrementado su tráfico clandestino debido a la demanda de muchos toxicómanos crónicos que buscan nuevas experiencias, dados sus potentes efectos psíquicos.

Villalobos (1986) señala que dentro de los alucinógenos naturales se encuentra la mezcalina, uno de los alcaloides que contiene un cactus denominado peyote o mezcal. Sus botones son más ricos en alcaloides que la planta misma, los cuales son recolectados, secados y preparados para ser consumidos de diferentes formas. El uso del peyote se originó en las tribus indígenas del Norte de México, quienes lo fueron propagando entre las tribus del suroeste norteamericano, utilizándose básicamente en ceremonias de carácter religioso y mágico. En 1899 el Dr. Langry, de Indiana, fue el primero en utilizarlo con un fin terapéutico, como tónico cardíaco. Cinco años más tarde el Dr. Hefter aisló su principal alcaloide, la mezcalina.

En este grupo también se encuentra la psilocibina, extraída de un hongo llamado *Psilocibe*, el cual tiene carácter sagrado y mágico en los mexicanos, que crece en estado silvestre. En 1958 el Dr. Hofmann aisló la psilocibina, el compuesto químico activo. Otro alucinógeno natural es el *Yagé*, proveniente de un bejuco que puede alcanzar 1.5 metros de altura. Sus tallos se hierven y mastican o se trituran y beben. Produce un efecto alucinógeno similar al del LSD. Esta planta se encuentra en el Alto Amazonas principalmente, y las tribus que habitan esa zona la utilizan con fines mágicos en sus ceremonias religiosas (Villalobos, 1986).

Otras sustancias depresoras del SNC con efectos semejantes a los producidos por los alucinógenos son los inhalantes, productos sintéticos que se obtienen casi todos de derivados del petróleo. Estas sustancias volátiles están contenidas en algunos productos (removedor de esmalte, disolventes, quitamanchas, pinturas, pegantes, gasolina, queroseno, barnices, cementos plásticos y aerosoles), se caracterizan por contener sustancias químicas como acetona, alcohol butírico, tetracloruro de carbono, tolueno o bencina. Es otra droga de los pobres, que tiene una enorme relevancia en los barrios marginales de Latinoamérica. En nuestro medio son sustancias utilizadas preferencialmente por niños y adolescentes, casi siempre indigentes (Belloch, 2004).

Villalobos (1986) refiere que los barbitúricos son otros depresores del SNC, los cuales fueron descubiertos por el químico alemán A. Von Baeyer en 1863 el día de Santa Bárbara, de donde deriva su nombre. Son fármacos sintéticos que se derivan del ácido barbitúrico. Se considera que en el mercado puede haber unos 2500 productos barbitúricos, de los cuales unos 50 son para uso clínico, cuyos nombres terminan en “al”. El primero en

sintetizarse fue el Barbital, introducido en medicina por Fischer en 1903, con el nombre de Veronal. Luego le siguió el Fenobarbital en 1912, introducido por Loewe. Fueron los sedantes e hipnóticos de mayor uso hasta la década de 1950, utilizándose como anticonvulsivantes, en la ansiedad muy intensa, como hipnóticos y anestésicos, pero finalmente fueron descartados debido a sus propiedades adictivas.

También se encuentran drogas de abuso en los hipnóticos no barbitúricos. El hidrato de cloral fue el primer hipnótico sintetizado por Liebig en 1832, e introducido en la medicina por Liebreich en 1896, en el tiempo en que el alcohol y el opio eran los principales depresores. En 1867 ya Usdin y Efrom habían sintetizado más de 700 sustancias con actividades sedantes e hipnóticas y desde entonces han surgido muchos más. Son productos sintetizados de diferentes grupos químicos, que tienen en común la acción depresora sobre el SNC, con efectos sedantes e hipnóticos, tales como el Paracetaldehído (Paraldehído), la Glutetimida (Doriden), el Metripilón (Noludar) y la Metacualona (Mandrax, Mequelón, Qualude) (Villalobos, 1986).

Otro grupo de drogas de abuso está constituido por las fenciclidinas o sustancias de acción similar. Incluyen la fenciclidina (PCP, Sernylan) y compuestos menos potentes pero de acción similar, como la ketamina (Ketalar, Ketaject), la ciclohexamina y la dizocilpina. Se desarrollaron inicialmente como anestésicos en los años 50, convirtiéndose en drogas fácilmente accesibles en la calle en los años 60. Se pueden tomar por vía oral o intravenosa o bien se fuman. La fenciclidina (vendida ilegalmente bajo una serie de nombres como PCP, polvo de ángel y píldora de la paz) es la de mayor consumo de este grupo (APA, 2003).

Por otro lado están los tranquilizantes menores, sustancias de uso legal que se han vuelto drogas de abuso. Se les ha dado este nombre a un grupo de fármacos que tienen propiedades sedantes e hipnóticas y que tienen como acción farmacológica común el control de la ansiedad, de ahí el nombre de ansiolíticos. De acuerdo con Villalobos (1986) el primer ansiolítico que surgió fue el Meprobamato en 1950, por Ludwing y Piech. Luego las benzodiazepinas, las cuales fueron introducidas clínicamente por Sternbach en 1960 como nuevas estructuras con propiedades ansiolíticas.

Toro y Yepes (2004) afirman que la primera fue el Clordiazepóxido (Librium), que marcó un avance notorio por su mayor seguridad y efectividad ansiolítica sin producir

adicción, por lo cual desplazó rápidamente a los barbitúricos y a los hipnóticos no barbitúricos. Son productos sintéticos que se han clasificado según su estructura química, efectos farmacológicos, modo de acción y aplicación clínica. Algunos son el Diazepam (Valium), Lorazepam (Ativán), Alprazolam (Xanax), Clonazepam (Rivotril). Se usan principalmente en el control y tratamiento de la ansiedad y de otros síntomas psicosomáticos. Algunos tienen efecto de relajación muscular y cualidades anticonvulsivas. En dosis menores disminuyen la tensión sin producir sueño, el cual se logra con dosis mayores.

Dentro de las drogas legales destaca el tabaco, un producto originario de América que ha sido consumido por sus habitantes desde hace miles de años, utilizándose inicialmente por motivos religiosos y de placer, el cual fue introducido en Europa al regreso de Cristóbal Colón. Su consumo se ha ido popularizando, con un gran incremento a principios de siglo y un gran empuje a partir de la Segunda Guerra Mundial, llegando en la actualidad a ser una epidemia, dado el gran número de personas que fuman en cada país (Becoña et al, 1987 citado en Belloch, 2004). Se extrae de la *Nicotiana tabacum*, planta de la familia de las solanáceas, cuyas hojas se procesan para fumarse habitualmente en forma de cigarrillos, cigarros y pipa, aunque también se puede tomar en forma de polvo esnifado (rapé) o mascado. La nicotina es el elemento activo del tabaco, alcaloide que una vez ingerido se esparce por todo el organismo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático, generando un nivel de dependencia física y psíquica muy elevado (Belloch, 2004).

Otra droga socialmente aceptada es la cafeína, contenida en distintas sustancias, entre las que se destaca el café, la teobromina en el chocolate y la teofilina en el té negro, sustancias agrupadas bajo el nombre genérico de xantinas, estimulantes menores que quitan el sueño, aumentan el estado de alerta y tienen discretos efectos sobre la presión arterial. El café proviene del procesamiento de las semillas del arbusto *Coffea arabica*, planta originaria de Arabia, puede beberse en casi cualquier parte. La cafeína, que se encuentra básicamente en el café, también se encuentra en otros productos, como el té, la cola, el chocolate y el coco, constituye un componente de muchos medicamentos (Belloch, 2004).

En la actualidad, y de cara al inmediato futuro, destacan las nuevas drogas de diseño o de síntesis. Son las metanfetaminas y sus derivados (Cami, 1988 citado en Belloch, 2004). Estas drogas se pueden obtener fácilmente en un sencillo laboratorio químico. Entre éstas la

más conocida es el éxtasis o MDMA. Su uso comenzó a conocerse en los años setenta cuando algunos terapeutas la utilizaban para facilitar la comunicación. En los años ochenta comenzó a ser usada por adolescentes y adultos jóvenes y en 1985 la Drug Enforcement Agency (DEA) declaró la MDMA como una sustancia de potencial abuso, por lo cual dejó de ser comercializada en Estados Unidos en dicho año (Belloch, 2004).

Clasificación de las drogas.

De acuerdo con Villalobos (1986) la ciencia médica ha clasificado las sustancias de abuso de diversas maneras. Por ejemplo, en 1924 el Dr. L. Lewin propuso la siguiente clasificación clínica de las drogas:

Las eufóricas: representan los calmantes de la vida afectiva o sedantes del espíritu, tales como el opio y sus derivados.

Las fantásticas: son los alucinógenos o venenos de los sentidos. Entre éstas están la marihuana, la mezcalina, los hongos y el LSD.

Las inebriantes: son las sustancias embriagantes como el alcohol y los inhalantes.

Las hipnóticas: son las productoras de sueño o somníferos, como el hidrato de cloral, el seconal, fenobarbital, paraldehído y los bromuros.

Las excitantes: estimulantes psíquicos, como las anfetaminas, la nicotina, la cafeína, el cacao y el té.

Posteriormente, en el Tercer Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en 1961 se adoptó la siguiente clasificación, según el modo como actúan en el organismo:

Los psicolépticos: los que actúan sobre la vigilancia, como los hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos; los que actúan sobre el humor, como los neurolépticos mayores (fenotiazinas) y los neurolépticos menores (ansiolíticos).

Los psicoanalépticos: estimulantes de la vigilancia, anfetaminas y derivados, estimulantes del humor y antidepresivos.

Los psicodislépticos: éstos son los alucinógenos (LSD, hongos, psilocibina y mezcalina) (Villalobos, 1986).

Paralelamente, Varela (1987) afirma que las drogas se han clasificado dependiendo de distintos criterios: “por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio sociocultural (legales-ilegales,

institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizando en este caso clasificaciones clínicas” (citado en Belloch, 2004, p. 501).

Villalobos (1986) también presenta una clasificación en dos grandes grupos: estimulantes y depresores del SNC, según el efecto de las drogas de abuso en dicho sistema. Los estimulantes aumentan el estado de alerta y la sensación de bienestar y reducen la sensación de hambre. Sus efectos a corto plazo son: euforia, alegría, bienestar, sensación de lucidez, hiperactividad, sensación de excitación muscular, disminución de las sensaciones de fatiga y excitación del músculo cardíaco. En este grupo se encuentran las anfetaminas, la cocaína y sus derivados (basuco y crack), los alucinógenos (LSD, cannabis y sus derivados (marihuana y hachís), la mezcalina, la psilocibina), la cafeína y la nicotina.

En contraste con los estimulantes, los depresores entorpecen o disminuyen el ritmo de funcionamiento del SNC al provocar que las neuronas se activen con más lentitud. Dosis pequeñas provocan sentimientos temporales de intoxicación, con una sensación de euforia y gozo. Cuando se consumen en grandes cantidades el lenguaje se vuelve confuso y se desarticula el control muscular, llegando incluso a perderse por completo la conciencia. Dentro de este grupo se encuentran los opiáceos y opioides, los barbitúricos, los hipnóticos no barbitúricos, el alcohol, los ansiolíticos y los inhalantes.

Otra clasificación muy similar es la de Escámez et al, (1993): “estimulantes (cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina) y depresores del SNC (alcohol, opiáceos, ansiolíticos), junto con los perturbadores de la visión del mundo y de los objetos (marihuana, LSD)”. (citado en Belloch, 2004, p. 501).

El libro de Schuckit (1989) en su tercera edición, clasifica las drogas en ocho apartados, que son:

Depresores del SNC (alcohol, hipnóticos y ansiolíticos); estimulantes o simpaticomiméticos del SNC (anfetaminas, metilfenidato, cocaína, productos para perder peso); opioides (heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas); cannabinoides (marihuana, hachís); alucinógenos o psicodélicos (LSD, mezcalina, psilocibina); solventes (gasolina, tolueno, acetona); drogas para contrarrestar otros efectos (atropina, escopolamina, estimulantes menores,

antihistamínicos, analgésicos menores) y otras (fenciclidina) (citado en Belloch, 2004, p. 501).

Por su parte, la segunda edición del *American Handbook of Psychiatry* clasifica las drogas en once grupos farmacológicos:

Opiáceos (heroína, morfina, meperidina, metadona, opio, codeína); psicoestimulantes (cocaína y anfetaminas); fenciclidina y otras arilciclohexilaminas; inhalantes; anticolinérgicos que producen desorientación, incoherencia, alucinaciones y a veces delirios (atropina, estramonio, trihexifenidil); alucinógenos clásicos (LSD y mezcalina); anfetaminas metiladas (DOM, MDS o droga del amor, MDMA o éxtasis, MDEA o anfetamina Palma de Mallorca, PMA o droga de la muerte); cannabis (marihuana, hachís); tranquilizantes (barbitúricos y benzodiazepinas); tabaco y cafeína y por último alcohol (citado en Belloch, 2004, p. 501).

Las clasificaciones del DSM-IV-TR y de la CIE-10, equivalentes entre sí, son las más aceptadas. En el DSM-IV-TR el concepto de sustancias puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico, por lo tanto no es posible diferenciar las sustancias legales de las ilegales. En la sección de trastornos relacionados con sustancias las agrupa en 11 clases: alcohol; alucinógenos; anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; cannabis; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, además de otra agrupación para sustancias no mencionadas, o desconocidas (APA, 2003).

Por su parte, la CIE-10 utiliza una definición algo diferente de la del DSM-IV. En la sección titulada trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de SPA el término se refiere a alcohol, opiáceos, cannabis, sedantes e hipnóticos, cocaína y otros estimulantes como la cafeína, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas. Tampoco distingue entre sustancias legales e ilegales, sino que estipula que las sustancias pueden o no haber sido prescritas médicamente (OMS, 1992).

La Farmacodependencia

Definición.

La OMS define la farmacodependencia como:

Un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones de comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de tomar un fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar causado por la privación (citado en Villalobos, 1986, p. 63).

La adicción según CREA.

Al respecto, en el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f.) se postula que:

La adicción es un concepto utilizado en salud mental como sinónimo de dependencia. Se manifiesta en un estado físico y/o mental de dependencia continua hacia un determinado tipo de droga para poder funcionar. La adicción se caracteriza por una conducta anormal en los procesos mentales. En sí es una manifestación o señal de problemas subyacentes en la mente del adicto, como consecuencia de una inmadurez a la que no ha podido sobreponerse. A la vez es una forma de vida que el adicto utiliza erróneamente para satisfacer sus necesidades psicológicas, buscando reconocimiento negativo, aceptación o status dentro de un grupo con sus mismas características (pp.110-111).

Trastornos relacionados con sustancias.

Belloch (2004) sostiene que el término genérico de trastornos por uso de SPA se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo alteran el estado de ánimo y la conducta, acarreando trastornos incapacitantes en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y a padecer síntomas característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y abstinencia.

Kaplan (1996) sostiene que es muy difícil calcular los efectos del consumo de sustancias ilegales, pues son variados y extensos y tardan décadas en manifestarse. Por ejemplo, hijos de padres consumidores tienen muchas posibilidades de desarrollar problemas tanto físicos como psicológicos que tendrán impacto en la estructura social, la educación, el empleo y el nivel socioeconómico de la población. También tiene muchas implicaciones en la investigación cerebral y en la psiquiatría clínica, puesto que algunas sustancias pueden

afectar indistintamente la percepción de estados mentales internos (como el ánimo) y actividades observables desde el exterior (como la conducta). Además, pueden causar síntomas neuropsiquiátricos indistinguibles de trastornos psiquiátricos comunes sin causa conocida, de modo que trastornos psiquiátricos primarios y trastornos secundarios al consumo de SPA están posiblemente relacionados.

Según el DSM-IV-TR los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Aunque las 11 clases descritas se citan en orden alfabético, algunas clases comparten propiedades: el alcohol con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; la cocaína con las anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar y los alucinógenos y fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias, y trastorno del sueño inducido por sustancias). (APA, 2003).

Trastornos por consumo de sustancias.

Dependencia de sustancias.

Kaplan (1996) refiere que en 1964 la OMS “llegó a la conclusión de que el término adicción no era demasiado científico, y recomendó su sustitución por dependencia de sustancias” (p. 429). De igual modo, la palabra adicto ha adquirido una connotación peyorativa que no refleja el concepto de abuso de sustancia como trastorno médico. El haber sido trivializada en el lenguaje popular, como en las frases adicto a la televisión y al dinero ha llevado a eliminarla de la nomenclatura oficial. Sin embargo, afirma que pueden existir sustratos neuroquímicos y neuroanatómicos comunes en todas las adicciones.

El DSM-IV-TR postula que la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida

autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a todas estas sustancias, a excepción de la cafeína y los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias. De este modo, la dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses:

1. Tolerancia: es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

2. Abstinencia: es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia para eliminarlos o aliviarlos.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de ésta o en la recuperación de sus efectos.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que aparecen causados por el consumo de la sustancia (APA, 2003, pp.218-221, 224).

Al respecto el DSM-IV-TR dispone de seis especificaciones de curso para la dependencia de sustancias. Las cuatro especificaciones de remisión son aplicables únicamente cuando no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso de sustancias durante un mes como mínimo:

1. La remisión total temprana, si no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.

2. La remisión parcial temprana, si se han cumplido entre 1 y 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso.
3. La remisión parcial sostenida, si no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un periodo de 12 meses o más, cumpliéndose uno o más criterios de dependencia o abuso.
4. La remisión total sostenida, si no se cumplen ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un periodo de 12 meses o más.
5. En terapéutica con agonistas, cuando el individuo está bajo medicación con agonistas/antagonistas prescrita, sin que cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o abuso de ese medicamento durante un mes.
6. En entorno controlado, si el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso a las sustancias sea restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante un mes (APA, 2003, pp. 221-223).

Abuso de sustancias.

De acuerdo con el DSM-IV-TR el criterio para el diagnóstico de abuso de sustancias es que se presente un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes ítems durante un periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por sus efectos.

Aquí es necesario tener en cuenta que los síntomas no hayan cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias (APA, 2003, pp. 225, 226).

Trastornos inducidos por sustancias.

Intoxicación por sustancias.

Los criterios diagnósticos, de acuerdo con el DSM-IV-TR son los siguientes:

1. La presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición).
2. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el SNC, que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (APA, 2003, p. 228).

Abstinencia de sustancias.

Asimismo, los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias, de acuerdo con el DSM-IV-TR son los siguientes:

1. La presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (APA, 2003, p. 229).

Vías de administración.

Según Belloch (2004) “cuando se habla de consumo de sustancias cobra gran importancia la vía de administración, ya que según sea una u otra, así va a ser más rápido el efecto a nivel fisiológico y con mayor o menor rapidez se producirá la intoxicación” (p 505). Además, el potencial de adicción de las SPA es mayor cuando se consumen por vías que producen efectos placenteros inmediatos. También, dependiendo de la vía de administración, el grado de peligrosidad de la sustancia varía. Existen seis vías de administración: oral, en forma de ingestión, mascada o sublingual; pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal, esnifada; intravenosa; intramuscular o subcutánea y rectal. La vía pulmonar

es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al SNC, en menos de diez segundos en la mayoría de las SPA (Belloch, 2004).

Polifarmacodependencia.

Un concepto asociado al uso, abuso y dependencia de las distintas SPA es el conocido con el nombre de politoxicomanía, poliadicción, uso de múltiples sustancias o polifarmacodependencia, que hace referencia al abuso y dependencia que suelen darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia de una SPA, al mismo tiempo están consumiendo otra. En la actualidad este fenómeno es normal cuando el consumo principal es una droga ilegal estando presentes consumos de otras sustancias, bien por escasear la sustancia o para contrarrestar o incrementar sus efectos (Belloch, 2004).

Comorbilidad.

De acuerdo con Kaplan (1996) “la comorbilidad (también conocida como diagnóstico dual) es el diagnóstico de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo paciente” (p. 438). La más frecuente es la dependencia o abuso de dos o más sustancias, normalmente el alcohol y otra sustancia (cocaína, basuco, benzodiazepinas, marihuana, etc.). Otros diagnósticos psiquiátricos asociados frecuentemente son los trastornos de personalidad, sobre todo el antisocial, las fobias y otros trastornos de ansiedad, los episodios depresivos mayores y la distimia. En general, las sustancias más potentes y peligrosas tienen la tasa mayor de comorbilidad. Por ejemplo, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es más frecuente entre los consumidores de opioides y cocaína.

Al considerar la etiología de la comorbilidad, Toro y Yepes (2004) señalan tres situaciones que pueden ocurrir:

- 1) Existe inicialmente el trastorno por uso de sustancias y secundariamente aparece el trastorno psiquiátrico;
- 2) Existe inicialmente el trastorno psiquiátrico y secundario a éste aparece el abuso o dependencia a sustancias;
- 3) El abuso o dependencia a la sustancia y el trastorno psiquiátrico tienen una vía común de origen y coinciden en su expresión tanto el trastorno por uso de sustancia como el trastorno psiquiátrico (p. 103).

Etiología.

Acerca de las causas de la farmacodependencia, Toro y Yepes (2004) afirman que:

La posibilidad de que un individuo se haga abusador o dependiente a una o más sustancias depende de la interrelación entre la sustancia consumida, el consumidor y el ambiente en que vive. La disponibilidad, el costo, la pureza y potencia, el modo de administración, la rapidez de inicio y terminación de los efectos y los efectos reforzadores son variables propias de la sustancia. En el consumidor y su ambiente, varios factores explican el abuso o dependencia a sustancias, siendo de tipo psicogénico, biológico, genético, familiar y sociocultural (p. 103).

Factores personales.

Básicamente hay dos razones por las cuales un individuo consume sustancias: para experimentar sensaciones nuevas o placenteras que no se tienen en situaciones de sobriedad, o para aliviar desde síntomas puntuales originados por factores perturbadores externos hasta trastornos psiquiátricos específicos (Toro & Yepes, 2004).

Factores familiares.

Toro y Yepes (2004) señalan que el ambiente familiar es factor causal y perpetuador para el consumo de SPA por las siguientes razones:

Si un individuo desde temprana edad vive en una familia en la cual el consumo de alcohol u otras sustancias es ingrediente primordial para socializar, divertirse y enfrentar dificultades, muy probablemente aprenderá tal conducta y la repetirá. La familia también puede contribuir al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias cuando el ambiente en que se vive carece de adecuada comunicación y está en permanente conflicto. Tal situación aumenta más la posibilidad de que un integrante de ésta recurra al uso de sustancias como alternativa para evadirse de este ambiente poco propicio (p. 104).

La coadición o codependencia.

Es el conjunto de actitudes o conductas asumidas por una o más personas cercanas al consumidor que contribuyen al mantenimiento del trastorno, como resolverle dificultades

económicas generadas por el consumo, no delegarle ninguna responsabilidad familiar, encubrirle ausencias no justificadas a sus actividades laborales o académicas y no sancionarlo cuando acude a su sitio de labor o estudio bajo el efecto de SPA (Toro & Yepes, 2004).

Factores sociales y culturales.

Toro y Yepes (2004) plantean que el medio social también influye fuertemente sobre la conducta de consumo. Similar a lo que ocurre en la familia, el entorno social o cultural le enseña al individuo a consumirlas como alternativa de diversión o para afrontar dificultades. Constantemente la sociedad y la cultura ejercen presiones que inducen a iniciar y mantener el consumo. De manera que condiciones económicas difíciles, ambientes altamente estresantes, situaciones de violencia y conflicto pueden contribuir a quienes las padezcan a optar por iniciar o incrementar su consumo.

Asimismo, respecto a la etiología Kaplan (1996) afirma que:

En cierto modo el abuso y la dependencia de sustancias se deben al consumo abusivo de una determinada sustancia, pero tal simplificación no contesta a la pregunta de por qué sólo algunas personas, y no todas, presentan estos trastornos. Como en todos los trastornos psiquiátricos, las teorías causales iniciales se construyeron desde modelos psicodinámicos; modelos posteriores ofrecieron explicaciones conductuales, genéticas o neuroquímicas (p. 439).

Factores psicodinámicos.

Las teorías clásicas afirman que el abuso es un equivalente de la masturbación, una defensa frente a los impulsos homosexuales o una manifestación de regresión al estadio oral del desarrollo psicosexual. Las formulaciones psicodinámicas recientes relacionan el consumo con la depresión o como un reflejo de funciones alteradas del ego, prevaleciendo los aspectos defensivos y adaptativos sobre los regresivos, que pueden ser resueltos utilizando determinadas sustancias porque éstas refuerzan las defensas debilitadas ante los afectos intensos como la vergüenza o la ira. Es más, estas personas tienden a tener déficit importante en su cuidado personal como resultado de alteraciones tempranas del desarrollo que contribuyeron a una internalización anómala de las figuras paternas. Como

consecuencia, les resulta difícil autocontrolarse, regular sus impulsos y su autoestima. En contraste con los pacientes alcohólicos, es más probable que los polifarmacodependientes hayan vivido infancias inestables, que se automediquen con estas sustancias y que se beneficien de la psicoterapia. Numerosas investigaciones vinculan los trastornos de personalidad con el desarrollo de dependencia de SPA (Kaplan, 1996).

Factores genéticos.

Existen datos procedentes de estudios con gemelos adoptados y hermanos criados en diferentes ambientes sobre el peso del componente genético en el alcoholismo, de modo que existen pruebas de que las diferencias en cuanto a las dosis que se requieren para producir intoxicación alcohólica están determinadas genéticamente. Aunque menos datos concluyentes muestran que otros tipos de abuso o dependencia de sustancias presentan un componente genético en su desarrollo, se ha encontrado que también estos factores tienen importancia en pacientes con abuso o dependencia a opioides y tabaco (Kaplan, 1996).

Factores neuroquímicos.

Receptores y sistemas de receptores.

Kaplan (1996) señala que para la mayoría de las sustancias, excepto para el alcohol:

Se han identificado neurotransmisores o receptores específicos sobre los cuales hacen efectos las sustancias utilizadas. Los opiáceos, por ejemplo, actúan en los receptores opiáceos. Incluso en personas con una función del receptor endógeno y una concentración del neurotransmisor completamente normales, el consumo prolongado de una sustancia particular puede modificar, eventualmente, los sistemas de receptores cerebrales, que entonces requieren sustancias exógenas para mantener su homeostasis. Este proceso en el receptor puede ser el mecanismo responsable del desarrollo de la tolerancia en el SNC. Sin embargo, la modulación de la liberación de neurotransmisores y la función de los receptores es difícil de demostrar e investigaciones recientes se centran en los efectos de las sustancias sobre el sistema de segundos mensajeros y sobre la regulación genética (p. 440).

Vías y neurotransmisores.

Kaplan (1996) postula que los neurotransmisores más implicados en el desarrollo de abuso o dependencia a sustancias:

Son los opioides, las catecolaminas (principalmente la dopamina) y el sistema del ácido gamma-aminobutírico (GABA). De particular importancia son las neuronas dopaminérgicas en el área tegmental ventral que se proyectan a regiones corticales y límbicas, especialmente al núcleo acumbens. Esta vía en particular está implicada en la sensación de recompensa que se cree es el mayor mediador de los efectos de sustancias como las anfetaminas y la cocaína. El locus coeruleus, el mayor grupo de neuronas adrenérgicas está implicado en la mediación de los efectos de los opiáceos y los opioides (p. 441).

Factores conductuales.

Algunos modelos conductistas sobre el abuso de sustancias se han centrado en la conducta de búsqueda más que en los síntomas de dependencia física. Algunos investigadores teorizan que cuatro principios conductuales básicos son los que rigen la conducta de búsqueda de sustancias. Los dos primeros principios son las capacidades de refuerzo positivo y de provocar efectos adversos de algunas sustancias. La mayoría de las sustancias de abuso producen una experiencia positiva después de su primer consumo y de esta manera la sustancia actúa como un reforzador positivo para la conducta de búsqueda. Otras sustancias también llevan asociados efectos adversos, que tienen como consecuencia la disminución de la búsqueda. De acuerdo con los principios tres y cuatro, la persona debe poder discriminar la sustancia de la que abusa de entre las demás y casi todas las conductas de búsqueda van asociadas a otras señales que se irán relacionando con la experiencia del consumo (estímulos condicionados a los efectos de las drogas) (Kaplan, 1996).

Factores cognitivos.

De acuerdo con Beck, Wright, Newman y Liese (1999) se han desarrollado y evaluado gran variedad de modelos cognitivos relativos a la adicción y la tendencia dominante es hacia el desarrollo de modelos exhaustivos que expliquen todas las adicciones. En general, el proceso de la adicción queda explicado por medio de un pequeño número de fórmulas simple y bastante obvias. La razón básica para empezar con las drogas o el alcohol es conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse “colocado” y compartir la

excitación con la compañía de alguien que también la(s) esté utilizando. Partiendo del uso meramente recreacional o casual, con el paso del tiempo, una constelación de factores contribuyen a que la persona llegue a ser dependiente de las drogas. La red de problemas internos y externos que conducen y que posteriormente hacen que se mantenga la utilización compulsiva de una droga es una característica definitoria de la adicción.

Beck presenta un modelo simple de círculo vicioso en el que presenta la secuencia de utilización de una droga o de la bebida: un individuo adicto que se siente ansioso o con humor deprimido decide fumar, aspirar, inyectarse o beber. Al alivio a corto plazo le siguen las consecuencias negativas a largo plazo: problemas con la ley, problemas financieros importantes, dificultades familiares y posibles problemas médicos, que conducen a miedos reales de poder ser detenido, de llegar a arruinarse, de perder el empleo, de dificultar las relaciones personales íntimas y de llegar a enfermar. Estos miedos generan más ansiedad y conducirán al fuerte deseo e impulso de consumir y utilizar las drogas o la bebida para neutralizar la ansiedad. Así, se acaba estableciendo un círculo vicioso.

A medida que los problemas crecen, muchos de los consumidores llegan a ser más ambivalentes y empiezan a vacilar en su decisión de utilizar droga. Uno de los factores en el mantenimiento de la droga es la creencia habitual de que acabar con el consumo de la droga producirá una serie de efectos secundarios intolerables. Los pacientes suelen tener un conjunto de creencias que parece que llegan a ser más intensas cuando justamente deciden dejar de utilizar la droga. Otro conjunto de creencias se centra alrededor de la sensación de indefensión con respecto a la capacidad de controlar el impulso y deseo intenso de consumir (Beck et al., 1999).

Epidemiología.

Tendencias en el consumo de drogas en Colombia. Resultados de estudios realizados.

De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social (DNE, 2004) un análisis de las tendencias de consumo de SPA entre 1990 y 2002 permite identificar cinco patrones específicos de evolución que describen de manera precisa la situación actual del tema en el país (Scoppetta, 2002). El análisis toma en cuenta los resultados de los estudios nacionales

realizados en el país (1992 y 1996, DNE y Ministerio de Salud) y los resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años (Rumbos, 2002):

1. El consumo tiende al aumento.

El estudio de la DNE de 1996 muestra que desde 1992 el número de consumidores activos de sustancias ilegales en Colombia aumentó en un 0.8%. Según los investigadores, el incremento fue producto de un mayor consumo entre jóvenes, una mayor proporción de mujeres y un mayor reporte de consumo de marihuana. Un incremento de 0.8% parecería leve pero si se considera que los estudios arrojan resultados representativos a los grupos de edad entre los 12 y 60 años, dicho aumento compromete a miles de personas. Todos los indicios apuntan a que cada vez hay más personas consumidoras en el país y que hay más usuarios de marihuana, más gente joven involucrada, más mujeres que usan SPA y más usuarios de sustancias nuevas en el país. El estudio de Rumbos de 2001 (publicado en 2002) mostró que el consumo de alguna sustancia ilegal en la población joven de las capitales de Colombia, fue de 11.7%; es decir que por cada cien jóvenes entre 10 y 24 años, 12 habrían probado marihuana, cocaína, heroína o éxtasis, mientras casi 9 serían usuarios actuales.

2. El consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas.

Los datos muestran que las cifras de consumo en jóvenes son más altas que en población general. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los datos de los estudios de la DNE y del Ministerio de Salud se refieren a población de 10 a 60 años o más, con cobertura nacional; mientras que los de Rumbos cubre a jóvenes estudiantes entre 10 y 24 años de las capitales del país. En ese sentido, las condiciones de vida de las ciudades y la alta densidad demográfica hacen que la oferta de SPA ilícitas se concentre en ellas, por tanto, un estudio en capitales arrojará mayores cifras de consumo frente a un estudio que también incluya ciudades pequeñas o áreas rurales, como fue el caso de los estudios de 1992 y 1996.

3. El consumo se inicia a edades cada vez más tempranas.

Los datos disponibles muestran que cada vez hay más niños y niñas que experimentan con SPA. Mientras el estudio de 1996 mostraba un promedio de inicio con el alcohol de 15.9 años, el estudio de Rumbos en el año 2001 mostró un inicio a los 12.9 años, aunque el 15.2% inició antes de los 10 años. En la Tabla 2 se presentan las edades de inicio de consumo para diferentes SPA y se observa que los jóvenes en Colombia tienden a iniciar el consumo de alcohol a edades tempranas (alrededor de los 13 años) y que el consumo de marihuana y cocaína se inicia en general a los 15 años.

Tabla 2.

Edades de inicio de consumo de diferentes SPA en Colombia.

Sustancias	Edad de inicio	Inicio antes de los 10 años (%)
Alcohol	12.9	15.2
Cigarrillo	13.7	6.8
Marihuana	14.8	2.5
Cocaína	14.8	2.2

Fuente: Rumbos (2002). Encuesta Nacional sobre Consumo de SPA en Jóvenes de 10 a 24 años.

Rumbos (2002) mostró que el porcentaje de consumo de SPA es muy alto en las universidades; allí, el 19% de los estudiantes han usado alguna vez en la vida alguna sustancia ilegal, mientras el 11% mostró haberla consumido en el último mes; y al igual que los resultados nacionales, casi el 100% de los universitarios ha probado el alcohol. A pesar de lo anterior, no puede afirmarse que el consumo de SPA se geste en la educación superior. Las edades de inicio indican que el consumo de SPA comienza en la época de educación media o antes, lo que quiere decir que el trabajo en prevención debe iniciarse desde etapas tempranas de desarrollo y realizar un trabajo específico en educación superior pues, al parecer, es allí donde se intensifica el consumo.

4. Las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres.

El Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1992 (publicado en 1993) encontró que 15.4 hombres y 1.2 mujeres por cada 1.000 habitantes entre los 12 y los 60 años, habían consumido cocaína alguna vez en la vida. El segundo Estudio Nacional sobre consumo de Sustancias Psicoactivas de la DNE (1996) calculó que 27 hombres y 5 mujeres de cada 1.000 habían consumido cocaína alguna vez en la vida. Es decir que en 1993 12.8 hombres consumían cocaína por cada mujer que lo hacía, mientras que en 1996 la relación evolucionaba a 5.4 hombres por cada mujer.

Rumbos indicó que para el 2001, 63 de cada 1.000 jóvenes de género masculino habían consumido cocaína alguna vez por 29 mujeres de cada mil. Es decir que según ese estudio en la actualidad, hay aproximadamente dos hombres consumidores de cocaína por cada mujer. Por mencionar el caso de una sustancia legal, el consumo de alcohol fue reportado por 79.5% de los hombres frente al 77.5% de las mujeres participantes, lo que muestra una diferencia casi insignificante en el consumo para hombres y mujeres. Por los datos, puede entonces decirse que la conocida y esperada diferencia en las tasas de consumo entre hombres y mujeres tiende a disminuir en el país.

5. Aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias.

La oferta de sustancias ilícitas en el país ha mostrado variaciones desde la segunda mitad de la década de los noventa, cuando se advierten serios indicios de aumento en el consumo de sustancias sintéticas o de diseño, en su mayoría, provenientes de países europeos, tanto como de derivados del opio (especialmente heroína) procesados en el país.

Así mismo, se ha observado un incremento en la comercialización y el uso urbano de alucinógenos de origen natural como el yagé (especialmente en Bogotá y municipios aledaños) por parte de grupos de población en búsqueda de experiencias trascendentales y espirituales comúnmente asociadas al uso tradicional (indígena) de estas sustancias.

Sustancias consumidas.

Alcohol y tabaco.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en el país. Su uso por parte de menores de edad, el consumo hasta la embriaguez y su vinculación con situaciones de riesgo, accidentalidad y violencia, son sólo algunos de los aspectos más problemáticos de esta práctica. Asimismo, estudios recientes confirman que la inyección de alcohol (incluido el antiséptico) no es tan infrecuente en nuestro medio y se encuentra instalada como práctica en grupos de jóvenes que buscan alcanzar el estado de embriaguez de manera más rápida, económica y "efectiva" (Mejía & Pérez, 2003). Otra práctica que compromete seriamente la salud de los consumidores es el uso de metanol, con alta mortalidad asociada y lesiones producidas tanto por el uso recreativo como accidental de origen delincuencial por adulteración del etanol.

En 1992 el estudio de la DNE calculó en 90% la población colombiana que había consumido alcohol alguna vez en su vida, a la vez que el 89% de los hombres eran consumidores actuales de alcohol y el 68% de las mujeres. La replicación del estudio en 1996 mostró una reducción aparente del consumo, pues el 72.5% de los hombres y el 51.4% de las mujeres reportaron haber consumido alcohol en los períodos evaluados. La encuesta de Rumbos (2002) arrojó que el 83% de los jóvenes estudiantes ya habían probado alguna bebida alcohólica y que el 78.3% lo habían hecho en el último mes. Los porcentajes entre universitarios fueron mayores en tanto que el 94.6% dijo haber probado el alcohol alguna vez en su vida y el 89.7% eran consumidores actuales.

A juzgar por las cifras de los estudios, el consumo de tabaco o cigarrillo en Colombia parece mostrar una tendencia al descenso. Mientras en 1992 el porcentaje de consumidores activos era del 25.8, en 1996 el porcentaje fue de 21.4. Aunque el estudio de Rumbos (2002) indicó que el 30.3% de los jóvenes entre 10 y 24 años serían fumadores, los datos no podrían interpretarse como un reflejo de incremento, dadas las diferencias de los grupos poblacionales y étnicos involucrados. Sin embargo, se revela que a pesar de la disminución evidenciada en los estudios de la DNE, el uso de tabaco entre jóvenes sigue siendo considerable.

Marihuana.

La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo y su inicio tiende a ocurrir a temprana edad (14.8 años). Datos originados en los centros de tratamiento en el país, permiten concluir que en la mayoría de los casos, los consumidores en tratamiento pasaron del consumo de alcohol al de marihuana. El estudio de 1992 de la DNE calculó que el 5.3% de las personas entre los 12 y los 60 años en el país habían consumido marihuana alguna vez en la vida. La misma entidad indicó en 1996 que 5.4% la habían usado. El estudio de Rumbos (2002) mostró que el 8.9% de los jóvenes entre los 10 y los 24 años habían consumido esta sustancia durante el mes previo a la aplicación de la encuesta.

Cocaína.

El estudio de Rumbos (2002) muestra un cambio en los patrones de consumo que resultan de gran relevancia, pues contrario a lo que se piensa, el inicio con cocaína puede ocurrir de manera simultánea al inicio con marihuana; sin embargo, resulta importante hacer la distinción entre dos patrones de consumo, aquel de quien resuelve consumir alguna de las dos sustancias (por sus efectos antagónicos) y aquel que consume ambas sustancias indistintamente e incluso llega a mezclarlas. El estudio del Ministerio de Salud en 1993 mostró que 8.1 personas entre 12 y 60 años de cada mil, habían consumido cocaína; en 1996 la DNE encontró que en ese grupo el 1.6% lo había hecho. Rumbos (2002) arrojó un porcentaje de 4.5 de jóvenes entre los 10 y 24 años habría consumido cocaína alguna vez en la vida, mientras que el 3.0% eran consumidores actuales al momento de la aplicación.

Basuco.

Para 1992 y 1996 la proporción de consumidores de basuco en el país se estimó en 1.5%. El estudio de Rumbos (2002) mostró un 1.2% de jóvenes que reportó haber consumido basuco, por lo que su uso sigue siendo aún limitado por parte de los jóvenes.

Heroína.

El consumo de heroína es un evento relativamente nuevo en el país. Mientras en 1996 los investigadores del estudio de la DNE prefirieron abstenerse de estimar el número de consumidores por las bajas frecuencias encontradas, las dinámicas de producción interna alertaban sobre el potencial incremento en la oferta local de esta sustancia, tal como había ocurrido en la década de los ochenta con la cocaína, con un claro impacto en la demanda interna de la sustancia. El primer estudio oficial de alta cobertura que muestra un dato, aunque aún incipiente, un poco más robusto, sobre consumo de heroína en jóvenes es la encuesta de Rumbos en el 2001. En ella se muestra que el 1.1% de la población estudiada ha entrado en contacto con esta sustancia alguna vez en su vida, porcentaje nada lejano al referido para el consumo de basuco.

Por otra parte, el desarrollo en Bogotá del Estudio Mundial sobre Uso de Drogas Inyectadas y Consecuencias para la Salud de la OMS realizado en dos fases entre 2001 y 2002, logró contactar en un total de 10 meses de trabajo de campo (las dos fases combinadas) cerca de 530 inyectores de diversas sustancias en Bogotá, de los cuales participaron en el estudio 382. De ellos en la primera fase el 71.8% ($N=51$) reportó inyección de heroína frente al 20.3% de la segunda fase ($N=301$). No obstante, la segunda fase mostró que existe una mayor preferencia a inyectarse cocaína (42.6%) y alcohol (30.8%) antes que heroína. Las razones referidas son las de un acceso aún restringido y las de un costo aun elevado para ciertos consumidores. Sin embargo, también se encontró que se están llevando a cabo estrategias de mercadeo en la calle para facilitar el acceso a la heroína, ofreciéndola en dosis que oscilan entre los \$5.000 y los \$10.000.

Estos datos muestran que cada vez hay un mayor número de personas experimentando con la inyección, lo que resulta en un mayor número de consumidores familiarizados con la práctica y con las "ventajas" percibidas en términos de potencia en los efectos y mayor rendimiento de la dosis. Esta realidad tiene serias implicaciones para los patrones de transición de métodos tradicionales de consumo hacia la inyección, en cada vez más amplios y diversos grupos de población; así como implicaciones en las consecuencias ampliamente identificadas para la salud pública, en términos de infecciones transmisibles por vía sanguínea (VIH y Hepatitis B/C), sobredosis, daños físicos ocasionados por la venopunción, comportamientos sexuales de riesgo con parejas no inyectoras, entre otras.

Inhalables.

Los estudios de la DNE en 1992 y 1996 mostraron que el 3.8% y el 7.6% de la población entre los 12 y los 60 años habían consumido inhalables. El aparente aumento en los registros de un estudio a otro, puede deberse a que en el segundo se preguntó por exposición de sujetos en gasolineras, que podría ser completamente accidental y no corresponder a un consumo deliberado. El estudio de Rumbos en el 2001 mostró un consumo en estudiantes de capitales del país del 2.2%, siendo del 2.4% en jóvenes de sexo masculino en educación media.

Éxtasis.

Hasta ahora hay pocos datos de cobertura significativos sobre el consumo de éxtasis en Colombia. En el 2001 se calculó que un 2.2% de los estudiantes de las capitales había consumido éxtasis alguna vez en su vida, siendo más alto el porcentaje en hombres universitarios (4.4%) (Rumbos, 2002).

Psicofármacos.

El estudio de 1992 de la DNE estimó que el 1.3% de la población usaba algún psicofármaco sin indicación médica y en 1996 el porcentaje fue de 0.7. En esta investigación se estableció que el consumo era más alto en población de 45 a 60 años dedicada a labores domésticas y de sexo femenino. La encuesta de Rumbos (2002) indagó por el consumo de tranquilizantes y de anfetaminas, lo que arrojó que el 2.4% había consumido los primeros y el 1.1% las segundas. Al igual que en los estudios de la DNE, el consumo de tranquilizantes tiende a ser mayor entre las mujeres que entre los hombres.

En Colombia hay disponibilidad de medicamentos que contienen psicofármacos de reconocido efecto depresor o estimulante sobre el SNC, conocidos como medicamentos de control especial y que por su alto potencial adictivo son restringidos en su comercialización y venta, pudiéndose acceder a ellos solo a través de prescripción médica. Las benzodiacepinas hacen parte de estos medicamentos y su consumo por motivos no médicos muestra una fuerte asociación con problemas delictivos. El Centro de Referencia Nacional para la Violencia, del Instituto de Medicina Legal (CRNV) encontró que en el 16% de las

solicitudes para el análisis toxicológico, el resultado fue positivo para benzodiazepinas. En el 53.7% hubo asociación con hurtos, en el 34.7% con violaciones y en el 14% con otros delitos (Riveros, 2001).

Ácidos y hongos alucinógenos.

La encuesta de Rumbos (2002) mostró que el 3.3% de los hombres universitarios de las capitales de Colombia había probado hongos alucinógenos, mientras el indicador para todos los estudiantes fue de 1.3%. En cuanto a los ácidos, se estableció que ese mismo grupo era el de mayor consumo (2.0%) frente al total de jóvenes estudiantes de las capitales del país (0.7%) (DNE, 2004).

Curso.

De acuerdo con Toro y Yepes (2004) “los trastornos por consumo de sustancias son de carácter crónico y recurrente. Usualmente son de curso lento, progresivo y sus consecuencias negativas se presentan después de varios años de estar usando la(s) sustancia(s). Muchos casos tienen su inicio en la adolescencia o en la adultez temprana” (p. 104). En Colombia, las sustancias de inicio son el alcohol, el cigarrillo y la marihuana. Muy frecuente es el uso concomitante de dos o más sustancias (polifarmacodependencia). Durante estas etapas muchos consumidores son abusadores o dependientes de sustancias como marihuana, cocaína o benzodiazepinas y con el paso de los años terminan siendo consumidores solamente de alcohol. El inicio del consumo de sustancias luego de estas etapas no es lo más frecuente y si ocurre, obliga a investigar la presencia de un trastorno psiquiátrico coexistente (comorbilidad). Indicios a muy temprana edad del consumo de sustancias y el abuso o dependencia de varias sustancias son indicadores de la severidad del trastorno.

Es así como el consumo se inicia con el uso de la sustancia de manera experimental, motivado frecuentemente por la curiosidad o la presión de los amigos. Si los efectos experimentados son desagradables, probablemente no se usará la sustancia nuevamente. Si no lo son, su uso se repetirá y gradualmente aumentará la frecuencia y cantidad de consumo. Durante varios años puede no ser evidente ninguna consecuencia negativa y no hay introspección alguna sobre la problemática que genera el consumo. Posteriormente, el

consumidor empieza a percatarse de los efectos negativos en sus diferentes áreas de funcionamiento y contempla la posibilidad de hacer algo para evitarlos, intentando por sus propios medios disminuirlo o suspenderlo con el convencimiento de saber manejarlo, pero estos intentos son fallidos la mayoría de las veces. Al igual que la etapa anterior, ésta tiene varios años de duración (Toro & Yepes, 2004).

Finalmente, en una tercera etapa, se acepta el trastorno, no existe resistencia al tratamiento y por consiguiente tienen más éxito las intervenciones. No todos los consumidores recorren estas etapas, pues existen muchos pacientes que ni siquiera llegan a superar la primera etapa y mueren convencidos de no tener dificultades al respecto. Aunque no toda persona que use sustancias termina abusando o dependiendo, es imposible establecer de manera prematura quiénes terminarán en tal condición (Toro & Yepes, 2004).

Fases de la adicción según CREA.

En el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f.) se afirma que son cinco las fases o etapas que determinan el progresivo deterioro físico, mental y espiritual del farmacodependiente:

1. Fase de experimentador.

Uno de los caminos que más frecuentemente introduce a una persona a penetrar en el mundo de la adicción resulta de la curiosidad. Lo es también el deseo de sentirse apoyado y reconocido dentro de un grupo. También el deseo de llamar la atención frente a la familia o a la sociedad misma. La persona que experimenta con este tipo de sustancias no tiene en cuenta por lo general la creación de una serie de reacciones que, cuando pasa el efecto, despertarán un deseo muy marcado de seguir recurriendo a ellas.

Existen dos tipos de reacciones que suceden en los experimentadores. En algunos, los efectos adversos dominan la experiencia como por ejemplo: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, etc. Este tipo de vivencias generalmente conllevan a un rechazo inmediato determinando no volver a utilizar dicha sustancia. Por lo contrario, hay personas en que la primera experiencia se da de una manera hasta cierto modo agradable y relajante, que puede favorecer un consumo posterior. Si la persona que experimenta vive en un medio poco adecuado para el crecimiento emocional, se favorecerá en consumo de la droga, dado

que la persona buscará en ella un escape de su realidad. El consumo y promoción de licores identifica otro factor en el cual las posibilidades de pasar a la utilización de otro tipo de sustancia más fuerte se favorece. La fase de experimentador se caracteriza por un contacto inocente con la sustancia de abuso.

2. Fase de usador social u ocasional.

Es en esta fase donde la persona no le ve ningún problema aparente al modo de utilizar la droga. La utiliza en los sitios de reunión social, tales como clubes, discotecas, parques y, en general, en todas partes donde se aglomere gente. Su uso es esporádico y no se presentan muestras de deterioro físico ni mental. El individuo en esta fase todavía no ha desarrollado la dependencia física ni psicológica y por esto se dice a sí mismo que la controla y que no le hace daño. Se tiene dentro de la categoría de usador ocasional a todas aquellas personas que acostumbran de manera frecuente automedicarse, sustancias tranquilizantes especialmente. De igual forma, es posible contar entre los usuarios ocasionales a todos aquellos adolescentes que utilicen la droga una o dos veces al mes y aquellos ejecutivos y personas adultas que acostumbran consumir sustancias en reuniones sociales o de negocios.

3. Fase de buscador.

Como su nombre lo indica, ya se necesita buscar la sustancia, saber dónde la expenden y quién la distribuye. Es en esta fase donde ya se crea la dependencia física y psíquica por la sustancia. En otras palabras, ya se es un adicto. Esta fase, dependiendo del tipo de droga que se use y de las características psicológicas de la persona, puede llegar a ser muy corta o muy larga. Es en esta fase donde comienzan a presentarse las primeras variaciones de carácter en el individuo. Una persona que se catalogaba como calmada, de un momento a otro se torna agresiva o viceversa. En esta fase se requiere provisión de droga permanentemente, sin la cual la persona entra en total síndrome de abstinencia, que solamente se calma cuando consume nuevamente. En la etapa de buscador, la persona comienza en cierto sentido a volverse más aislada con su medio y pierde el sentido e interés por las actividades productivas.

4. Fase disfuncional o de usador crónico.

Como su nombre lo indica, en esta fase la enfermedad toma visos prácticamente alarmantes. El descontrol de la personalidad del individuo es inminente. Analicemos los tres medios en los que se puede observar la disfuncionalidad del adicto:

1. Familiar: en esta área se observa que las fricciones y tensiones interpersonales aumentan, porque la persona se torna altamente agresiva. Coloca todos los mecanismos de defensa contra aquéllos que tengan relación con la solución de su problema. No se le puede mencionar ni siquiera la palabra drogadicto porque estalla en agresividad. En esta fase reside la neurosis familiar, que se desata en todo el sentido de la palabra. Los padres generalmente entran en conflicto mutuo, porque el padre casi siempre ataca al individuo que padece el problema de la drogadicción, mientras que la madre su muestra permisiva y sobreprotectora. Por este mismo problema, los demás componentes de la familia son dejados a un lado, por el simple motivo que el drogadicto se constituye en el centro de atracción. Los continuos actos que ejecuta con el fin de conseguir la droga hacen que la familia se convierta en un verdadero campo de batalla, donde la tranquilidad se pierde para siempre si no se soluciona el problema adecuadamente.

2. Laboral y Escolar: en el trabajo y en el estudio la persona farmacodependiente tiende a disminuir de manera notable su funcionamiento, su rendimiento, y se observa un descenso en su asistencia. Todo esto genera conflictos que dan como resultado el despido del trabajo o la expulsión del colegio o la universidad, dejando de esta forma de cumplir sus roles o funciones en estas áreas importantes.

3. Social: en este ámbito, la persona adicta comienza por abandonar sus antiguas amistades, por el hecho de ser “sanas”, las considera inadecuadas y entorpecedoras de sus actividades. Empieza a juntarse con una serie de elementos poco recomendables, que generalmente son los compañeros de fechorías y consumo. En otros casos, la persona suele entrar en un total encuadre asocial, donde busca sobremanera permanecer solitario. Presenta también cambios bruscos de temperamento, pasando de una euforia descontrolada a un estado altamente depresivo, hasta el punto de no soportarse ni él mismo. En esta fase disfuncional, comienzan a aparecer robos esporádicos, con el fin de obtener dinero para el consumo.

5. Fase autodestructiva.

Como se deriva de su nombre, determina el deterioro físico, mental y moral del adicto. Su nivel de conciencia queda totalmente anulado; de ahí que ya no le interesa en absoluto su apariencia personal, lo mismo que la posibilidad de llevar buenas relaciones con sus semejantes. En esta fase el adicto se convierte no sólo en un individuo de características que lo apartan de la sociedad, sino que ingresa en un verdadero cuadro antisocial, teniendo problemas permanentes con la policía. Las detenciones se convierten en algo rutinario. Las entradas en instituciones de carácter psiquiátrico comienzan a marcar su procesión hasta su total destrucción. Es en esta fase donde el individuo se convierte en un polifarmacodependiente, es decir, que ya una sola droga no le hace efecto, sino que necesita recurrir a un sinnúmero de sustancias. Las patologías psiquiátricas se desarrollan de una manera marcada, dando visos de locura permanente a sus actuaciones. En la fase autodestructiva no le queda más remedio al adicto que recuperarse mediante un tratamiento o terminar en una tumba, en la cárcel o en una clínica de reposo de por vida (Hogares CREA, s.f.).

El Tratamiento

Abordajes terapéuticos y objetivos.

De acuerdo con Kaplan (1996) los procedimientos terapéuticos para tratar el abuso de sustancias varían en función de cada una de ellas, del patrón de consumo, de la posibilidad de disponer de un sistema de apoyo psicosocial y de las características individuales de cada paciente. En líneas generales, los programas de tratamiento persiguen dos objetivos principales: a) lograr la abstinencia de la sustancia: aunque algunos han sido capaces de cambiar un patrón de abuso por un patrón de consumo más moderado, son la excepción, dado que para la mayoría la abstinencia total es la única manera de controlar el problema, b) lograr el bienestar físico y psicosocial del paciente: teniendo en cuenta que durante los largos periodos de abuso a menudo se produce un importante deterioro de sus sistemas de apoyo psicosocial, volver a obtener este tipo de apoyo es de gran utilidad para facilitar los complejos cambios conductuales necesarios para que abandone el abuso.

La terapia inicial puede llevarse a cabo tanto ambulatoriamente como en régimen de hospitalización, indicado este último cuando existen patologías médicas o psiquiátricas graves, antecedentes de fracasos con tratamientos ambulatorios, desestructuración de los sistemas de apoyo psicosocial básicos o historia de abuso particularmente grave. Luego de un periodo inicial de desintoxicación, necesita un programa de rehabilitación prolongado. Durante el tratamiento son útiles las terapias individuales, familiares, de grupo y ocupacionales. La educación sobre el abuso de SPA y el refuerzo de sus logros son aspectos fundamentales del proceso (Kaplan, 1996).

De igual modo, Toro y Yepes (2004) afirman que “son metas del tratamiento mantener una abstinencia o reducción en el uso y efecto de las sustancias, reducir la frecuencia y severidad de las recaídas y mejorar el funcionamiento psicológico, social y adaptativo del paciente” (p. 105). Contrario a lo que creen las personas acerca de la efectividad de los tratamientos para estos trastornos, varios estudios han demostrado que son tan exitosos como el tratamiento de otras enfermedades crónicas, porque reducen el uso de sustancias en un 40 a 60%, disminuyen la actividad criminal durante y después del tratamiento, reducen el riesgo de infección por VIH y mejoran las perspectivas de empleo. Un bajo nivel socioeconómico, la presencia de comorbilidad psiquiátrica y un soporte familiar

inadecuado son los mayores factores causales de una mala adherencia al tratamiento (Toro & Yepes, 2004).

Tipos de intervenciones.

Toro y Yepes (2004) señalan que las intervenciones que se realizan en los programas de tratamiento con enfoque biopsicosocial son de tipo farmacológico y psicosocial, determinando su implementación la situación particular del paciente:

Intervenciones farmacológicas.

Las intervenciones farmacológicas se utilizan para diversos fines: a) tratar estados de intoxicación o supresión, como el uso de metadona en la abstinencia de heroína y el uso de benzodiazepinas en el síndrome de abstinencia de alcohol; b) disminuir los efectos reforzadores de las sustancias, como es el uso de naltrexona en dependientes de heroína; c) terapias para desestimular el uso de sustancias, como es el uso de disulfiram en pacientes alcohólicos; d) como terapia de sustitución, siendo ejemplo el uso de metadona en adictos a heroína en quienes ha sido imposible mantener una abstinencia sostenida a esta sustancia, y e) para tratar los trastornos psiquiátricos o médicos asociados al trastorno relacionado con sustancias, como es el uso de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos (Toro & Yepes, 2004).

Intervenciones psicosociales.

Pueden ser dirigidas al paciente, su familia o a ambos. Es esencial en el proceso de tratamiento realizar actividades educativas con pacientes y familiares sobre los trastornos relacionados con sustancias porque contribuyen significativamente a modificar sus prejuicios. Las terapias de corte cognitivo-conductual, psicodinámico e interpersonales son las que más se han estudiado como alternativas de tratamiento a nivel individual. La terapia de grupo es una experiencia educacional, terapéutica y de soporte que motiva y estimula a los pacientes a manejar las situaciones estresantes de la vida y el deseo de consumo. La terapia de familia permite identificar y modificar factores causales de la conducta adictiva en el paciente y proporciona los medios para que el grupo familiar contribuya a mantener la abstinencia. Los grupos de autoayuda son importantes y pueden ser usados en cualquier momento, inclusive cuando aún el paciente está consumiendo (Toro & Yepes, 2004).

Ambientes y modalidades de tratamiento.

Al respecto, Toro y Yepes (2004) comentan que en nuestro medio existen los siguientes ambientes para tratamiento:

Hospitales generales, utilizados para tratar estados de intoxicación, síndromes de abstinencia y patologías que requieran un manejo prioritario.

Hospitales psiquiátricos, para el tratamiento de patologías asociadas y trastornos inducidos por sustancias que pongan en peligro la vida e integridad del paciente o quienes le rodean.

Tratamientos ambulatorios, ideales para pacientes abusadores o dependientes, cuya condición clínica o las circunstancias ambientales no requieren un nivel de cuidado más intensivo, idóneos para pacientes que trabajan o estudian.

Hospitales de día, para pacientes que no requieren hospitalización pero que necesitan intervenciones más intensivas que las ofrecidas en tratamientos ambulatorios, las cuales son útiles para pacientes con alto riesgo de recaída o que viven en sitios con fácil acceso a sustancias.

Comunidades terapéuticas (CT), indicadas en pacientes que no han respondido a tratamientos menos intensivos y con severos trastornos de personalidad, que proporcionan un ambiente libre de drogas y condiciones para una adecuada rehabilitación.

La comunidad terapéutica.

Definición.

El término comunidad hace referencia a un conjunto de personas que se unen para poder alcanzar uno o varios objetivos que, por sí solos no podrían o les sería muy difícil poder hacerlo. La palabra terapéutica proviene del griego *terapéuticos*, que a su vez nace del término *therapeia*, que significa curar.

NIDA (2005) afirma que las CT para el tratamiento del abuso y adicción a las drogas han existido por alrededor de 40 años. En general, son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros,

mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

Historia y características.

Pozas (2000) afirma respecto a la historia y evolución de la CT que aparentemente algo tan novedoso como el tratamiento comunitario, implantado desde hace no más de cuatro décadas, es en el fondo una realidad tan tradicional como la de los antiguos Cenobios, que daban hospitalización a los antiguos enfermos intentando evitar el posible “contagio” de los afectados, apartándolos del medio y del entorno. Posteriormente, en Europa lo religioso se fue sustituyendo por lo científico en todos los sectores sanitarios y lo mismo sucedió en América hasta la Segunda Guerra Mundial, donde habían comenzado a aparecer en la década de los años 30 sectores que estudiaban lo religioso, llegando a la conclusión de que lo científico debía ir acompañado de lo religioso, intentando así “hacer renacer la humanidad en sentido espiritual.” De este modo, los del Oxford Group empezaron a hablar de “nueva era, compañerismo, fraternidad, rearme moral,...” de donde surgió el germen de los grupos de autoayuda, siendo dicho grupo el antecedente de Alcohólicos Anónimos, y luego de Synanon.

Alcohólicos Anónimos (AA) surgió en 1935 cuando Bill W., un agente de bolsa y el cirujano Bob S. entablaron amistad en Akron, Ohio, y decidieron ayudarse para dejar de beber. Este programa, de carácter ambulatorio, tiene vigencia internacional y ha demostrado ser exitoso en gran medida. Destacan los famosos “12 pasos” en torno a los que gira su tratamiento, resaltando la fuerza del grupo de pares en el tratamiento y la voluntariedad en querer dejar la bebida.

Maxwell Jones con su clásica obra en 1952 “Psiquiatría Social, un Estudio sobre las Comunidades Terapéuticas” revoluciona las expectativas del tratamiento psiquiátrico y médico en general. Analiza la convivencia, la atmósfera y la organización terapéutica, el *role-playing* y la confrontación cotidiana de los problemas. En su tipo de CT destaca el *staff* compuesto por técnicos socio sanitarios, donde pacientes y empleados están emocionalmente implicados, no sólo en la curación, sino también en la administración del recinto, siendo para ello imprescindible una libertad en la comunicación entre ambos; una flexibilidad que contrasta con los manicomios clásicos, construyendo así una cultura

terapéutica que idealmente transformará el antiguo tratamiento coercitivo en un proceso educativo y de reaprendizaje social. Este sistema originario de Gran Bretaña llegó a convertirse en el modelo europeo, denominándose también modelo democrático, en contraposición al norteamericano llamado jerárquico, como Synanon (Pozas, 2000).

Synanon fue fundado por Charles Dederich en 1958, quien se inspiró por experiencia propia en AA, pues él era un ex-alcohólico. Inicia el tratamiento de heroinómanos, sustituyendo lo religioso de AA por ideologías más seculares, aunque muy basadas aún en el carisma del personaje fundador. A diferencia del modelo europeo de M. Jones, este modelo americano es un sistema muy jerarquizado, con una pirámide de autoridad que suele recibir muchas críticas democratizantes, si bien es cierto que Synanon se fundó con ex-delinquentes y heroinómanos y se trataba de "domesticar" a individuos incluidos en los psiquiátricos. En Synanon se ofrece a los internos una escala de ascenso en la pirámide jerárquica, pudiendo llegar incluso a directivo debido a la ausencia de técnicos, quedando esta figura del técnico apartada, igual que ocurre en AA. A partir de esta experiencia surgen otras CT como Daytop, Phenix House, Le Patriarche, Satori, Portage, y S. Patrigiano (Pozas, 2000).

David Deitch, procedente de Synanon, fundó en 1963 Daytop. Esta organización ha sido la más imitada en América y Europa cuando se pretendía crear una CT, dado que incorpora técnicos, ideología psicopedagógica y predominio del conductismo, con premios y castigos como base del tratamiento, aunque utilizando otras modalidades en menor medida (dinámica grupal, psicoterapia individual, psicodrama, etc.). El aspirante va ascendiendo hasta "graduarse" y los que finalizan son el modelo a imitar (Pozas, 2000).

Otra modalidad de trabajo es la de Proyecto Hombre, creada en España en la década de los 60. Este modelo busca formar operadores calificados para desempeñar la labor de terapeutas especialistas en este tipo de comunidad. En la actualidad es muy usado en Europa, América y Asia. En Colombia, lideran el sistema de CT tres vertientes muy definidas: los Hogares CREA, originarios de Puerto Rico, que provienen de la experiencia americana de Daytop; la Comunidad Terapéutica Colombiana (COTECOL), a cargo de la Congregación Religiosa de los Terciarios Capuchinos, que adopta los lineamientos de Proyecto Hombre, y la Fundación Claret, que proviene de la experiencia de Hogares CREA en República Dominicana y le introduce algunas modificaciones.

Asimismo, NIDA (2005) afirma que las CT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. Este enfoque a menudo se conoce como “la comunidad como método”. Sus miembros interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas. Muchas de las personas admitidas en las CT tienen una historia de funcionamiento social, habilidades educativas, vocacionales y lazos comunitarios y familiares positivos que han sido debilitados por la problemática. Para ellos la recuperación involucra la rehabilitación, es decir, volver a aprender o reestablecer un funcionamiento, habilidades y valores saludables, así como rescatar la salud física y emocional. Otros residentes nunca tuvieron estilos de vida funcionales y la CT generalmente constituye la primera vez que son expuestos a una vida ordenada. En su caso, la recuperación involucra la habilitación, es decir, aprender por primera vez las habilidades conductuales, actitudes y valores asociados a convivir en sociedad. Además de la importancia de la comunidad como el agente primario del cambio, un segundo principio fundamental de las CT es la “auto-ayuda”, que implica que las personas en tratamiento son los principales artífices del proceso de cambio. La “auto-ayuda mutua” significa que las personas también asumen una responsabilidad colectiva en la recuperación de sus compañeros, un aspecto importante del propio tratamiento de la persona.

Acerca de cuán benéficas son las CT en tratar la adicción a drogas se han realizado estudios extensos tanto en los estados Unidos como en países de Europa, los cuales han encontrado que la participación en una CT está asociada con varios resultados positivos. Por ejemplo, DATOS (2002) demostró que aquellos que completaban exitosamente el tratamiento en una CT tenían niveles más bajos de uso de cocaína, heroína y alcohol y de comportamiento criminal, desempleo e indicadores de depresión que antes del tratamiento (NIDA, 2005).

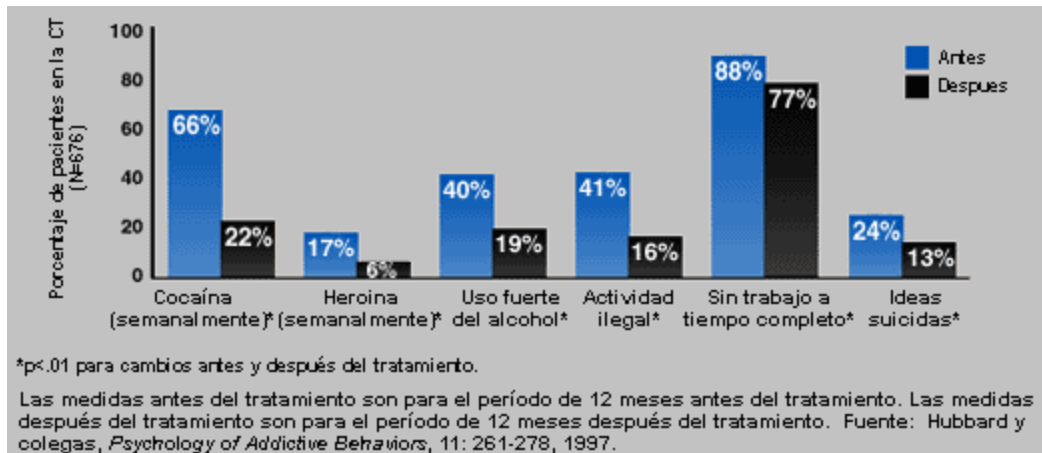


Figura 1. Cambios antes y después del tratamiento reportados por los propios pacientes de las CT residenciales de largo plazo.

La Personalidad

Historia y definiciones.

Respecto al origen de la palabra, Burnham (1968) afirma que:

Hay que remontarse a las actuaciones en el teatro de la antigua Roma, en donde el actor no usaba maquillaje, sino una máscara (*persona*, en latín) que le indicaba al auditorio un conjunto particular de actitudes, conductas y características de la personalidad del papel que representaba, de modo que las diversas personas acabaron por referirse no sólo a las máscaras sino a los papeles que implicaban (citado en Liebert, 2000, p. 4).

Aunque “persona” es la fuente de la palabra personalidad, el concepto, tal como lo utilizamos hoy en día, no surgió sino hasta el siglo XVIII. Sampson (1989) rastrea el término hasta la idea moderna de una persona real, llegando a la conclusión de que “fue sólo con el surgimiento del moderno concepto de personalidad, hará unos 200 años, que tratar de entender al individuo se convirtió en un muy anhelado proyecto cultural” (citado en Liebert 2000, p.4).

Di Caprio (1989) señala que desde el punto de vista científico todas las personas tienen una personalidad. Simplemente es su naturaleza psicológica individual. Para simplificar, se puede pensar en la personalidad como la identidad personal del individuo, la cual es estable y no cambia fácilmente.

Los psicólogos de la personalidad emplean muchas definiciones y la definición que eligen depende en parte de su orientación teórica:

Allport dice que “la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus adaptaciones únicas a su ambiente” (Sanford, 1963, p. 494).

Cattell postula que “la personalidad es lo que permite la predicción de lo que hará una persona en una situación determinada. Se relaciona con toda la conducta del individuo, tanto manifiesta, como la que no sale de su piel” (p. 496).

Eysenck señala que “la personalidad es la organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única a su entorno” (p. 496).

Sullivan sostiene que “la personalidad es el patrón relativamente perdurable de situaciones interpersonales que caracterizan a la vida humana” (p. 497, citados en Liebert, 2000, p. 5).

El DSM-IV-TR indica que “la personalidad es el conjunto de patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo” (APA, 2003, p. 920).

Liebert (2000) respecto al término dice que:

La personalidad es la organización única y dinámica de las características de una persona particular, físicas y psicológicas, que influyen en la conducta y las respuestas al ambiente social y físico. Algunas de estas características serán únicas de la persona específica (recuerdos, hábitos) y otras las compartirá con unas cuantas, con muchas o con todas las demás personas (p. 6).

Estrategias: los precursores de un paradigma.

Dado que el objetivo último de la ciencia según Kuhn (1970) “es la elaboración de teorías, y a un campo científico se le considera maduro, en general, cuando la mayoría de sus practicantes acepta y trabaja dentro del mismo marco teórico o paradigma” (citado en Liebert, 2000, p. 6), la psicología del presente continúa en estado preparadigmático, pues en el campo no hay consenso aún sobre un sólo marco teórico unificador, como corrobora Di Caprio (1989) al señalar que no ha sido formulada aún la teoría psicológica que lo abarque todo.

De acuerdo con Liebert (2000) las orientaciones teóricas importantes para la psicología de la personalidad se denominan estrategias (modelos o perspectivas), las cuales sirven

como punto de partida para abordar científicamente la personalidad. Cada uno de los puntos de vista específicos de cualquiera de las cuatro estrategias principales comparte con las otras teorías un supuesto básico en su aproximación al estudio de la personalidad. Estos supuestos contrastan con los de las otras tres. Las cuatro estrategias fundamentales son la psicoanalítica, la de las disposiciones, la ambiental y la de las representaciones. Cada una tiene que abordar los mismos cuatro temas fundamentales:

1. Una teoría de la personalidad.
2. Un método de evaluación (o medición) de la misma.
3. Procedimientos de investigación, para poner a prueba las hipótesis o implicaciones derivadas de la teoría.
4. Aplicaciones derivadas de la teoría, incluidos los métodos de modificación de la personalidad (psicoterapia). De este modo, las estrategias difieren en la forma y la medida en que abordan estos temas.

La estrategia psicoanalítica.

Esta es probablemente la más conocida. Su supuesto guía es que la personalidad es impulsada por una o más fuerzas subyacentes dentro de la persona. Los teóricos han dividido sus puntos de vista sobre cuestiones particulares (por ej. el número y la naturaleza de los impulsos específicos), pero todos se concentran en la idea de fuerzas impulsoras que motivan toda la conducta humana. Las bases de esta estrategia las fincó inicialmente Sigmund Freud a finales del siglo XIX y principios del XX. Actualmente cuenta con varios enfoques y numerosos autores, entre los cuales se pueden citar a Alfred Adler, Carl Gustav Jung, Melanie Klein y Jacques Lacan, entre otros (Liebert, 2000).

La estrategia ambiental.

Supone que la personalidad es moldeada por un enorme conjunto de condiciones y circunstancias externas que inciden en el individuo, y se ocupa de cómo y qué aprende éste mediante sus interacciones con el ambiente. Los dos procesos por los que se moldean las personalidades (el condicionamiento y la observación de los otros) y el contenido de lo que se aprende (lenguaje, prácticas, creencias, etc.) interesan a sus seguidores. Las bases fueron postuladas por autores como John B. Watson, Edward Lee Thorndike, Burrhus. F. Skinner y Albert Bandura (Liebert, 2000).

La estrategia de las representaciones.

Su supuesto básico es que la personalidad es un reflejo de las formas en que los individuos se representan mentalmente a sí mismos y a las personas, objetos y acontecimientos que experimentan. Sus bases las fincaron en los años 50 los escritos de Carl Rogers, George Kelly, Walter Mischel y Julian Rotter. Esta línea ha ganado popularidad, al grado de que los psicólogos reconocen ahora que una revolución cognoscitiva conmocionó a la psicología en la década de los 70. Se distingue asimismo porque ahora la secundan muchos psicólogos que en otro tiempo eran de orientación ambiental (Liebert, 2000).

La estrategia de las disposiciones.

Esta estrategia tiene raíces que se remontan por lo menos a la filosofía de la antigua Grecia. Su supuesto fundamental es que la personalidad es un conjunto de características estables y duraderas en el que los individuos difieren en la cantidad que poseen de cada una. Esta suposición la comparte un despliegue de puntos de vista biológicos específicos y forma la base de avanzados estudios matemáticos, encaminados a la identificación y medición de las diferencias individuales entre las personas (Liebert, 2000).

La estrategia de las disposiciones también recibe el nombre de perspectiva de los rasgos, de acuerdo con Cloninger (2003), quien afirma que desde antes que hubiere registro de la historia las personas han hablado unas de otras, calificándose entre sí. Un rasgo es un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad. Por su lado, el DSM-IV-TR (2003) postula que los rasgos de la personalidad “son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (p. 766). Aunque difieren más ampliamente de lo que en general se reconoce, las teorías de los rasgos coinciden en algunas suposiciones básicas: a) hacen hincapié en las diferencias individuales de las características que son más o menos estables a través del tiempo y de las situaciones b) enfatizan su medición por medio de tests, a menudo cuestionarios de autorreporte (Cloninger, 2003).

Historia.

Liebert (2000) afirma que por milenios se han empleado los conceptos de disposiciones para organizar y explicar las acciones de los otros. Las primeras opiniones suponían que la gente podía dividirse, conforme a su personalidad, en un número relativamente pequeño de tipos. Al conocer el tipo de un individuo se podía predecir su comportamiento en diversas circunstancias. Los antiguos hebreos se sirvieron de esta perspectiva y aplicaron la que puede haber sido la primera evaluación formal de la personalidad, como se puede observar en el libro de Jueces 7: 2-7 del Antiguo Testamento, cuando Jehová da directrices a Gedeón acerca de la forma de identificar dos tipos de personas, las que deberían luchar y las que no.

Una segunda concepción histórica, la teoría de los cuatro temperamentos, se basa en la antigua idea helénica de que el Universo puede describirse en términos de cuatro elementos básicos: aire, tierra, fuego y agua. El médico griego Hipócrates, padre de la Medicina, amplió este argumento y propuso que el cuerpo contiene cuatro humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, que correspondían a los cuatro elementos. Después, el médico romano Galeno sugirió que un exceso de cualquiera de estos humores conduce a un temperamento característico o tipo de personalidad: sanguíneo (optimista), melancólico (triste), colérico (irascible) o flemático (apático) (Liebert, 2000).

Se pueden distinguir con claridad varios tipos de personas. El hecho era patente aun para los antiguos, surgiendo amplios catálogos tipológicos. Salvo por unas cuantas modificaciones, identificar los tipos de gente continuó siendo una práctica común por milenios. Tal vez la idea más sorprendente fuera que la apariencia física indicaba la personalidad. Muchas personas creen que se puede identificar a un tipo criminal por la apariencia física. De igual modo, los individuos asocian un físico delicado y lentes gruesos con características como la inteligencia y la erudición (Liebert, 2000).

De este modo, Liebert (2000) concluye que el concepto de disposición no es nuevo, ha estado ahí por cientos de años. Una disposición es una característica de la personalidad permanente y relativamente estable a lo largo del tiempo. Las disposiciones son constructos teóricos, no estructuras reales. Por esta razón, no sorprende que abunden las diferencias de opinión. De todos modos, la perspectiva de las disposiciones se esfuerza por identificar los

“componentes” que forman la personalidad y determinar de qué manera se combinan e interactúan unos con otros y con el medio.

Terminología.

Al respecto, Liebert (2000) afirma que la estrategia se encuentra plagada de problemas de lenguaje, pues no hay un consenso entre los teóricos y los investigadores sobre la definición exacta de varias voces técnicas, si bien esta dificultad aislada no es la que caracteriza a la aproximación, puesto que la falta de definiciones claras fue una de las críticas a la estrategia psicoanalítica. Sus teóricos a menudo aplican diferentes términos a los mismos conceptos (rasgo y disposición se utilizan de manera indistinta). Por ejemplo, tipos, rasgos, conjuntos de rasgos y factores es posible que algunos los empleen de diferentes maneras, en tanto que otros autores quizá no hagan distinción entre ellos.

Esta falta de definiciones compartidas crea confusión entre las teorías y los estudiosos de la estrategia. La aplicación de un instrumento matemático, el análisis factorial a esta área de investigación ha servido también para introducir un número de nuevos términos para fenómenos similares a los observados con anterioridad. Por razones de claridad y de comunicación eficaz, Liebert (2000) ha decidido adoptar algunas definiciones explícitas, basadas en la mejor comprensión del uso más común de los términos en la bibliografía más reciente:

Disposición: característica permanente en la que difieren los individuos. Término a menudo utilizado como sinónimo de rasgo.

Dominio: factor general de la personalidad, a veces llamado superrasgo. Cada uno de los dominios abarca un número de rasgos o facetas más limitados.

Faceta: peculiaridad elemental y limitada de la personalidad de la que se componen las características (disposiciones o rasgos) de la personalidad.

Factor: amplio dominio o superrasgo, que por lo regular se identifica por medio del análisis factorial.

Temperamento: dimensión general de la personalidad que puede observarse, medirse y utilizarse para clasificar a los individuos desde la infancia temprana. Los tipos de temperamento son la sociabilidad, la emocionalidad y el nivel de actividad.

Rasgo: término sinónimo de disposición, pero a menudo utilizado en combinación con otros para expresar ideas algo distintas, o para transmitir la naturaleza permanente de una característica que pudiese figurar en otra persona como un estado pasajero.

Tipo: conjunto de características (disposiciones o rasgos) que tienden a darse juntas en ciertas personas, desde un pequeño número de características a grandes grupos de patrones distinguibles de peculiaridades a los que con frecuencia se alude como superrasgos o factores.

Suposiciones teóricas.

De acuerdo con Liebert (2000) “el supuesto que determina la estrategia de las disposiciones es que la personalidad es el conjunto de características permanentes e innatas de la persona que influyen en las interacciones de la gente con los demás y con su medio” (p. 184). Siendo estas disposiciones más o menos permanentes y estables se genera cierto grado de congruencia en la conducta a lo largo del tiempo y de una circunstancia a otra.

Estabilidad relativa de las disposiciones.

La mayoría de los psicólogos de la estrategia conceptúan las disposiciones como elementos permanentes e inherentes de la personalidad y las distinguen de las condiciones temporales o estados. Señalan que una disposición es un modo general de desempeño que puede adquirir distintas formas conductuales concretas a medida que un individuo madura. Dado que estas características se forman como constantes y perdurables, muchos investigadores han empezado a buscar en los atributos físicos y hereditarios las raíces de las disposiciones. La aproximación biológica aborda las bases orgánicas subyacentes de la conducta, además de la búsqueda de pruebas que sustenten la función de la herencia en los comportamientos complejos como reflejo de las disposiciones (Liebert, 2000).

Consistencia y generalidad de las disposiciones.

Liebert (2000) postula que la segunda suposición hace referencia a que las disposiciones poseen cierta consistencia y generalidad en las personas. Por ejemplo, un hombre ambicioso en su trabajo probablemente también lo sea en otras áreas. No se espera que aparezca una disposición en todo momento o en cada situación porque la persona cuenta

con muchas. Diferentes exigencias y circunstancias pueden hacer que entre en juego un conjunto distinto de disposiciones. No obstante, ciertos aspectos de la conducta son consistentes de una situación a otra y a lo largo del tiempo. Por ejemplo Woodruffe (1985) “descubrió un alto grado de consistencia a lo largo de las situaciones en la tendencia a ser sociables o reservados”. Conley (1984) “mostró que la introversión-extraversión y la emocionalidad permanecen moderadamente consistentes por un periodo de 45 años” (citados en Liebert, 2000, p. 186).

Diferencias individuales.

La tercera suposición importante afirma que las diferencias individuales surgen de desigualdades en la fuerza o penetración de disposiciones particulares. Casi todas las disposiciones importantes se forman como dimensiones bipolares distribuidas de manera normal. Esto significa que la gente cae en cualquier parte a lo largo de un continuo, de un extremo a otro, y es en su ubicación específica a lo largo de estas múltiples dimensiones en lo que difiere la gente. (Liebert, 2000).

Investigación de las disposiciones.

Esta asume varias formas, pero la que más le concierne es la búsqueda de las principales dimensiones en las que la gente difiere. Se supone que las disposiciones son perdurables, de manera que el punto focal está en las características de la personalidad que pueden evaluarse con el tiempo y demostrar estabilidad intraindividual, además de variabilidad entre individuos. Algunos investigadores tratan de identificar el origen de estas características concentrándose en los factores genéticos o los procesos evolutivos que pudieran influir en la conducta humana. Otros intentan definir lo que se conoce de las características amplias y permanentes de la personalidad, concentrándose en los rasgos y las disposiciones conforme van surgiendo en el curso del desarrollo y van ejerciendo influencia en el comportamiento (Liebert, 2000).

Identificación de las disposiciones.

La conducta humana puede ordenarse y dividirse en un número casi infinito de dimensiones, de modo que el número total de rasgos, tipos, motivos y necesidades

sugeridos como disposiciones humanas se eleva a 30.000, de acuerdo con los últimos recuentos. Por tanto, los psicólogos de las disposiciones están buscando activamente un conjunto de dimensiones subyacentes de la personalidad que capte todas las otras características esenciales parecidas a los rasgos. Muchos piensan que la personalidad puede formularse en un pequeño conjunto de dimensiones primarias subyacentes, de las que pueden derivarse todas las demás. Para hacerlo, deben existir ciertos indicadores bastante claros, que prueben si será útil una dimensión determinada. Uno de estos indicadores implica reunir las suposiciones de consistencia y generalidad. Pero no basta con éstas, pues la dimensión debe distinguir claramente a una persona de otra (Liebert, 2000).

Evaluación de las disposiciones.

La estrategia de las disposiciones utiliza casi todas las técnicas de evaluación de la personalidad. Para identificar diversas características se utilizan las entrevistas, además de las pruebas proyectivas y situacionales. También se utilizan una amplia gama de pruebas de autorreporte de lápiz y papel. Las disposiciones se distribuyen normalmente, como una curva en forma de campana. Por lo tanto, la personalidad la constituye la posición en cada una de las dimensiones de los rasgos, de manera que cada individuo tiene un “perfil” de personalidad. Los psicólogos de las disposiciones han tratado de identificar con tres métodos generales los rasgos y los tipos fundamentales:

1. La aproximación lexicológica: se basa en la premisa de que mientras más importante sea una disposición, con mayor frecuencia aparecerá en el lenguaje ordinario.
2. La aproximación teórica: recurre a la teoría para indicar qué disposiciones humanas son más importantes.
3. La aproximación estadística: analiza grandes conjuntos de datos acerca de muchas personas para identificar los factores básicos que subyacen a ese conjunto de datos. El análisis factorial es el instrumento favorito de los investigadores que se sirven de esta aproximación (Liebert, 2000).

Aplicaciones de la estrategia de las disposiciones.

De acuerdo con Liebert (2000):

La mayoría de las suposiciones subyacentes de la estrategia (que éstas son elementos inherentes y constantes de la persona) dan razones contrarias de la maleabilidad de la personalidad. No obstante, la aproximación biológica ha generado un gran número de posibilidades de cambio. La psicofarmacología está en constante expansión y puede aliviar varios trastornos psicológicos que posiblemente provengan en parte de disposiciones o tendencias heredadas. La ingeniería genética ofrece esperanzas para el futuro de la gente aquejada de trastornos genéticos. Pero a excepción de la terapia de genes, las aplicaciones de la estrategia apuntan principalmente al alivio de los síntomas más que a la modificación permanente de la personalidad (p. 190).

La teoría de los rasgos de Allport.

El fundador de la estrategia de las disposiciones Gordon Allport (1897-1967) describe su postura como realismo *heurístico*, voz que procede del griego y significa hallar, inventar. Quería que el término transmitiera que “la persona que tenemos enfrente posee bajo la piel tendencias generalizadas de acción (o rasgos) y el trabajo científico consiste en descubrir cuáles son.” (citado en Liebert, 2000, p. 194). No pensaba que los rasgos fueran entidades físicas, pero creía que los rasgos psicológicos son atributos reales de la gente que sirven para explicar la conducta y no sólo para describirla.

Allport dedicó casi toda su carrera a comprender la personalidad humana. Después de una revisión de otras 49 definiciones de personalidad en psicología, teología, filosofía, derecho, sociología y el uso común, propuso en su libro “Personalidad” (1937) la que se convirtió en una definición clásica del término: “es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente” (citado en Cloninger, 2003, p. 48). De acuerdo con Allport, si la unidad primaria de la personalidad es el rasgo, hacer una lista de los rasgos de una persona proporciona una descripción de su personalidad.

Definió un rasgo como “un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado (peculiar al individuo), con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente equivalentes y para iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva” (citado en Cloninger, 2003, p. 295). Los rasgos se desarrollan con la experiencia a lo largo del tiempo y cambian a medida que el individuo aprende nuevas formas de adaptarse al

mundo. Identificó varios tipos de rasgos, bosquejando de esta manera para otros teóricos e investigadores las diferentes perspectivas desde las cuales puede estudiarse la personalidad.

Sus ocho enunciados básicos acerca de los rasgos son los siguientes:

1. Los rasgos tienen más que una existencia nominal.
2. Los rasgos están más generalizados que los hábitos.
3. Los rasgos son dinámicos y determinan la conducta.
4. Es posible establecer los rasgos empíricamente.
5. Los rasgos sólo son relativamente independientes unos de otros.
6. Los rasgos no son sinónimos de los juicios morales o sociales.
7. Es posible contemplar los rasgos, o bien a la luz de la personalidad que los contiene (de forma *idiográfica*) o por su distribución en la población (de manera *nomotética*).
8. Los actos, e incluso los hábitos que son inconsistentes con un rasgo, no prueban que éste no exista (Liebert, 2000).

Afirmaba que los rasgos difieren en cuanto al grado en que penetran la personalidad y llamaba a los más penetrantes disposiciones cardinales, de las cuales una domina al individuo, mientras que las disposiciones centrales son un número pequeño de rasgos (entre tres y diez) que tienden a ser peculiares de la persona y la caracterizan. Las disposiciones secundarias son características que funcionan sólo en entornos limitados, como las preferencias y ciertas actitudes determinadas por las situaciones. Señalaba dos puntos de vista para la consideración de los rasgos: “uno consiste en contemplarlos como características que permiten las comparaciones entre personas. El otro estriba en pensar en los rasgos como características de las personas que no invitan ni toleran los parangones. Es en esencia la distinción nomotética-idiográfica” (citado en Liebert, 2000, p. 196).

La comparación de los rasgos entre las personas supone que hay rasgos comunes. Cuando se grafican para el grueso de la población, siguen una distribución normal; esto es, que al trazar en una gráfica las puntuaciones de una muestra grande se genera una curva en forma de campana. La mayoría de los casos se agrupan en el centro como puntuación promedio; las puntuaciones altas y bajas se alargan en las posiciones más extremas. Estas distribuciones se aprecian, más o menos, en todos los rasgos (Liebert, 2000).

Para Allport, esos diversos rasgos existen en un espectro más amplio de aspectos de la personalidad, el cual incluye influencias mucho menos penetrantes (reflejos y hábitos) y

niveles de integración de orden superior (sí mismos). La personalidad está arreglada en una estructura jerárquica con un orden ascendente conformado de la siguiente manera: reflejos, hábitos, actitudes, rasgos, sí mismos y filosofía unificadora de la vida. La integración emerge en la personalidad debido a la forma en que se desarrollan los rasgos y las unidades de orden superior como estrategias adaptativas. Los rasgos ayudan a satisfacer los anhelos orgánicos que son el único motivo original que da fuerza a la actividad (Cloninger, 2003).

En esta aproximación biológica a la motivación, Allport dice: “se cree que el sistema nervioso vegetativo, donde se originan esos anhelos, es más primitivo y más esencial que el SNC, el cual es principalmente un medio de ajuste. El sistema vegetativo es el maestro, el cerebro espinal es el sirviente, el primero impele al ajuste, el último realiza el ajuste” (citado en Cloninger, 2003, p. 212). A pesar de las críticas de Allport al psicoanálisis, esta descripción resulta notablemente parecida al modelo de personalidad de Freud, en el cual el *yo* sirve al *ello*. Sin embargo, el concepto de Allport de una personalidad jerárquicamente organizada es muy diferente del concepto estructural de Freud, donde el *ello*, el *yo* y el *superyó* están en un conflicto permanente (Cloninger, 2003).

También suscitó serias preocupaciones acerca de la metodología en la medición de los rasgos y no se mostraba entusiasta respecto de las computadoras y la metodología, aunque reconocía la importancia del “empirismo correctivo” como una contribución de la psicología (Allport, 1937). Sin embargo, desconfiaba de los procedimientos estadísticos complicados, como el análisis factorial como una forma de descubrir rasgos. Afirmaba que el análisis factorial pierde al individuo en el promedio. Esta objeción al exceso metodológico es un aspecto de su interés por la unicidad del individuo, que se pierde en el enfoque nomotético orientado a la medición (citado en Cloninger, 2003, p. 210).

Las teorías analítico-factoriales de los rasgos.

De acuerdo con Cloninger (2003) “estas teorías han adquirido gran popularidad en el campo de la personalidad a medida que se dispone de tecnología de computadoras y de métodos de análisis de datos. En esencia, esos enfoques utilizan el poder de las computadoras para examinar y organizar sistemáticamente los datos en una forma más simple” (p. 229).

El énfasis de Cattell en los métodos de investigación aumentó considerablemente las bases construidas por los primeros teóricos. Otros modelos analítico-factoriales

posteriores, como el Modelo de los Cinco Grandes Factores se edifican sobre su intento por medir las dimensiones básicas de la personalidad y algunos especificaron además las dimensiones biológicas subyacentes de algunos aspectos de la personalidad (por ej., H. Eysenck y R.C. Cloninger). Sin embargo, ninguno ofreció una teoría con el amplio alcance de Cattell, quien “permanece sin par en su creación de una teoría unificada de las diferencias individuales que integra los dominios intelectual, temperamental y dinámico de la personalidad en el contexto de las influencias ambientales y hereditarias” (APA, 1997, p. 797 citado en Cloninger, 2003, p. 229).

La teoría de los rasgos de Cattell.

El psicólogo británico Raymond B. Cattell (1905-) afirmaba que las primeras teorías eran ricas en palabras y comprensión, pero escasas en las predicciones específicas que se esperaba para hacer ciencia. Por tal razón, hacía hincapié en los temas metodológicos que Allport consideraba relativamente menos importantes. La definición de personalidad de Cattell (1950) resume perfectamente su enfoque teórico y empírico: “personalidad es lo que permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación dada”, mientras que el rasgo es la unidad de personalidad que tiene valor predictivo, describiéndolo como “lo que define lo que hará una persona cuando se enfrente con una situación determinada” (citado en Cloninger, 2003, p. 234). A diferencia de Allport, Cattell no creía que fuera necesario definir los rasgos en términos psicofísicos, siendo para él conceptos abstractos, herramientas conceptuales útiles para propósitos predictivos, pero que no necesariamente correspondían a una realidad física específica. No obstante, creía que los rasgos no eran fenómenos puramente estadísticos. Aunque su método era correlacional, más que experimental, “la sofisticación de sus estudios y los patrones que surgieron de tantos de ellos, lo llevaron a creer que los rasgos existen como determinantes de la conducta” (citado en Cloninger, 2003, p. 234).

Liebert (2000) afirma que Cattell es famoso por una ocurrencia: “el problema de medir los rasgos es que hay demasiados.” (p. 201). Para resolverlo, introdujo el análisis factorial, un instrumento estadístico que aplica a la evaluación de la personalidad un método matemático complejo, explicando su fundamento racional mediante la siguiente analogía: “el problema que desconcertó a los psicólogos durante muchos años fue el de encontrar un

método que sacara estas influencias funcionalmente unitarias de la jungla caótica del comportamiento humano. Entonces, si se mueven juntas, se infiere que es una sola estructura” (p. 201). Sin embargo, en la “jungla” del comportamiento humano es rara la covariación perfecta porque las variables psicológicas no siempre “marchan juntas.” Entonces, la manera de solucionar esto radica en el coeficiente de correlación, el cual permite la evaluación de grados de relación lineal menos que perfectos, mientras que la otra parte de la solución es el análisis factorial, que permite el examen de numerosos coeficientes de correlación en la búsqueda de elementos comunes.

Charles Spearman, un estadístico inglés, fue quien presentó en 1904 el análisis factorial. Su popularidad actual se debe a la disponibilidad de computadoras de gran velocidad que hacen posible los cálculos. Dicho análisis consta de cinco etapas:

1. Recopilación de datos, por medio de la aplicación de pruebas de personalidad, en donde se detectan numerosas variables y se miden.
2. Generación de una matriz de correlación, con el fin de encontrar relaciones positivas elevadas entre las diversas mediciones de las variables.
3. Extracción de factores: con base a las correlaciones, los datos se reducen a cifras pequeñas de dimensiones relativamente homogéneas llamadas factores, que son los denominadores comunes de todas las relaciones entre las variables.
4. Determinación de cargas factoriales: esta etapa consiste en encontrar la relación entre cada una de las mediciones y cada uno de los factores. La correlación de una medición con un factor es la carga factorial. Así, se dice que cierta variable “carga” determinado factor en la medida en que se relaciona con éste.
5. Denominación de factores: es la última etapa del análisis factorial, en donde se nombran dichos factores. En este punto es donde la inferencia y el juicio subjetivo se hacen notar más en el proceso (Liebert, 2000).

En muchos estudios Cattell identificó algunos agrupamientos de correlación que son bastante sólidos, es decir, que reaparecen una y otra vez. Emergen a pesar de diferencias en la población, las situaciones de prueba, etc. Argüía que dicho patrón sólido debía tener una sola fuente de varianza. Debe corresponder a una “causa” dentro de la personalidad, un rasgo fundamental de personalidad. Buscó esos rasgos sólidos usando el análisis factorial y los denominó rasgos de origen (Cloninger, 2003). Avanzó un paso más y desarrolló

cuestionarios para medir rasgos de origen, De este modo, informó en 1965 que había extraído científicamente 16 rasgos de la personalidad mediante el análisis factorial. Pensaba que estos factores representaban las principales dimensiones o diferencias en la personalidad humana. Así surgió su famoso Cuestionario de Personalidad de 16 Factores (16 PF):

Tabla 3.

Los principales factores en el análisis de la personalidad de Cattell.

Puntuación baja	Letra	Factor	Puntuación alta
Sizia (reservado)	A	Sociabilidad	Afectia (sociable)
Menos inteligente	B	Inteligencia	Más inteligente
Emocional	C	Fortaleza del yo	Estable
Sumisión (complaciente)	E	Dominancia	Dominio (competitivo)
Desurgencia (moderado)	F	Impulsividad	Surgencia (despreocupado)
Autoindulgente	G	Fortaleza del superyó	Moralista
Threctia (tímido)	H	Atrevimiento	Parmia (audaz)
Harria (Realista)	I	Sensibilidad emocional	Premsia (Idealista)
Alaxia (confiado)	L	Suspiciacia	Protensión (suspica)
Praxernia (práctico)	M	Visión de la realidad	Autia (Imaginativo)
Ingenuidad (franco)	N	Astucia	Astucia (astuto)
Adecuación sin problemas	O	Tendencia a la culpabilidad	Propensión a la culpa
Conservadurismo (tradicional)	Q ₁	Rebeldía	Radicalismo (liberal)
Adherencia al grupo	Q ₂	Autosuficiencia	Autosuficiencia
Indisciplinado y autoconflictivo	Q ₃	Autocontrol	Controlado y compulsivo
Relajado	Q ₄	Tensión érgica	Tenso

Fuente: Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad.

El modelo P-E-N de Eysenck.

El consenso general entre los investigadores actuales de esta rama es que los rasgos de la personalidad tienen una organización jerárquica, en la que las dimensiones más amplias o dominios se encuentran en la parte superior y abarcan los rasgos más reducidos, pero más específicos, que se encuentran debajo de ellos. De manera que casi desde que se publicó por primera vez, el modelo de Cattell fue criticado por tener demasiados rasgos y por carecer de una estructura jerárquica (Matthews, 1989 citado en Liebert, 2000).

Por tal motivo, el psicólogo británico Hans Jurgen Eysenck (1916-1997) se concentró en un número bastante más pequeño de tipos de personalidad. En su esquema, los tipos no son categorías en las que cabe poca gente, sino dimensiones en las que todas las personas difieren. Los tipos, como los rasgos, tienden a seguir una distribución normal, lo que

significa que son dimensiones continuas y que la mayoría de la gente se encuentra alrededor de la mitad del rango de distribución. El modelo de personalidad de Eysenck es jerárquico. Los tipos se encuentran en la cima de la estructura de la personalidad y por lo tanto, ejercen una influencia más poderosa. Están compuestos de rasgos y éstos de respuestas habituales. En el nivel más específico, las respuestas concretas, son los elementos a partir de los cuales los individuos forman hábitos (Liebert, 2000).

Mediante el análisis factorial, Eysenck y sus colaboradores realizaron docenas de estudios por más de 50 años, concluyendo que es posible entender la personalidad según tres factores básicos: psicoticismo, extraversión y neuroticismo. También reconocía la importancia del factor de estilo de respuesta de deseabilidad social, que formuló como escala de validez o de mentira en su propio inventario de personalidad. Cuando se miden con el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ) (1985) estos mismos factores surgen de los datos recogidos en muchos medios y culturas, por lo cual aseguraba que representan dimensiones universales de la personalidad (Eysenck y Eysenck, 1985; Eysenck y Haapasalo, 1989). Incluso la versión infantil (EPQ-R junior para niños de edad escolar) reveló la misma estructura de factores que se encuentra en el EPQ de adultos y el EPQ-R de otros países (De Bruyn, Delsing y Welter, 1995 citados en Liebert, 2000).

La extraversión (*E*) y el neuroticismo (*N*) han recibido mucha atención de Eysenck y otros investigadores (Stelmack, 1991). Estos factores representan un rango continuo de distribución normal entre polos opuestos. En esencia, cada persona puede colocarse en algún punto sobre la línea entre la extraversión y la introversión extremas y entre la estabilidad emocional perfecta y el completo caos emocional. (citado en Liebert, 2000).

El psicoticismo (*P*) es algo más polémico. Comprende una disposición a la psicosis, así como algún grado de sociopatía. Quienes tienen *P* elevado también suelen ser bastante impulsivos (Rogers y Morris, 1991). Como caracterización general, *P* ha sido llamado el opuesto de la fuerza del *superyó* freudiana (McKenzie, 1988). Habitualmente es mayor en los varones, al parecer es hereditario, más frecuente entre los presos que entre los libres y menor en los pacientes psiquiátricos que mejoran con el tratamiento que en los que no progresan. Entre más elevada sea su puntuación más negativas son las actitudes y las conductas hacia la autoridad (Rigby y Slee, 1987 citados en Liebert, 2000).

En cuanto a la extraversión (*E*), Eysenck caracteriza a la gente de acuerdo con su orientación hacia las fuentes externas de estímulos del ambiente (sociales y físicas) frente a la orientación interior del extremo opuesto (introversión). Describía al extravertido como activo, sociable, amigable, optimista e impulsivo, mientras que el introvertido es sobrio, reservado, pasivo, reflexivo y controlado, menos sociable y más apacible. Esta distinción ha superado la prueba del tiempo y aún despierta mucho interés entre los psicólogos actuales (Liebert, 2000).

El neuroticismo (*N*) es una medida básica de la estabilidad o inestabilidad emocional. Quienes tienen una puntuación elevada se caracterizan por una mayor inestabilidad. Eysenck describía el polo neurótico como caracterizado por ansiedad, mal humor, inquietud, irritabilidad y agresividad. El extremo emocional estable (bajo) está marcado por la calma, la ecuanimidad, la confianza y el control emocional. Al igual que la extraversión, el neuroticismo ha llegado a ser muy aceptado como uno de los principales dominios de la personalidad por los teóricos contemporáneos (Liebert, 2000).

El modelo de los cinco factores de Costa y McCrae.

Hace más de 30 años, el psicólogo Warren Norman aplicó el análisis factorial a numerosas puntuaciones de denominación de personalidad de adultos coetáneos y extrajo cinco factores principales: surgencia (neologismo equivalente a extraversión), conformidad, concordancia, estabilidad emocional (que coincide con el polo inferior del neuroticismo de Eysenck) y cultura. (citado en Liebert, 2000, p. 210). La diferencia más importante entre la denominación de factores del modelo de McCrae y Costa del esquema anterior concierne a la dimensión que éste llamaba cultura. Dado que este factor tiene pocas cargas factoriales en los puntos que se refieren a la inteligencia o la educación, pero muchas en las puntuaciones de originalidad, creatividad, independencia y osadía, por lo tanto, lo llamaron apertura (*A*). (Liebert, 2000).

De este modo los psicólogos norteamericanos Robert McCrae y Paul Costa ampliaron la importancia del Modelo de los Cinco Factores (MCF) al demostrar que la misma estructura se aplica también a los cuestionarios, las puntuaciones personales y los informes de personalidad del observador. Que el mismo conjunto de cinco factores surja de todas estas diferentes fuentes confirma que son dimensiones importantes y subyacentes a través de las

cuales es posible comprender las diferencias individuales de la personalidad (McCrae y Costa, 1987). Se ha demostrado que aparecen no sólo entre los adultos sino también en niños y adolescentes de 7 a 17 años (Digman, 1989). Por tal motivo el MCF sostiene que las divergencias comunes entre casi todos los constructos de los rasgos pueden resumirse en términos de cinco factores: neuroticismo, extraversión, apertura, conformidad y concordancia, ofreciendo una herramienta conceptual poderosa para distinguir entre constructos de nombres similares y reconocer las semejanzas de constructos en apariencia distintos (McCrae, 1986 citados en Liebert, 2000).

Para su construcción tuvieron en cuenta que cuando se sigue un sistema ascendente, que empieza con los rasgos limitados o especializados (por ejemplo trastornos mentales específicos que sirvieron para la codificación empírica del MMPI) es posible que ocurran omisiones significativas en cuanto a la capacidad del instrumento para detectar dominios y rasgos no representados que tal vez sean importantes. Por tal motivo Costa y McCrae (1995) adoptaron el sistema opuesto, descendente, considerando primero los dominios principales y luego las facetas más específicas: “tomamos los dominios como conjuntos multifacéticos de tendencias concretas cognitivas, afectivas y conductuales que podrían agruparse de muchas formas y usamos el término faceta para designar los rasgos de nivel inferior correspondientes a tales agrupamientos (citado en Liebert, 2000, p. 213).

Liebert (2000) señala que el Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI) y sus sucesores NEO-PI-R y NEO-FFI se están convirtiendo en los inventarios de personalidad más socorridos para la investigación y el uso clínico. El NEO-PI original fue publicado en 1985. Las versiones actuales, el NEO-PI-R y el NEO-FFI se publicaron en 1992. En ellos hay cinco dominios principales de la personalidad y fueron desarrollados con el propósito de evaluar estos factores y los rasgos más limitados (facetas) que los comprenden:

Neuroticismo (*N*): quienes califican alto suelen tener pensamientos y recuerdos menos felices y a recordar el pasado negativo.

Extraversión (*E*): así como la sociabilidad es uno de los tres temperamentos estables y hereditarios de la personalidad, presente desde la infancia, Costa y McCrae también hallaron un factor principal que denominaron extraversión. Hay pocas dudas de que ésta sea una disposición mayor y bien confirmada (es decir, uno de los superrasgos).

Apertura (*A*): los individuos que califican alto en apertura (a las experiencias) tienden a ser originales, imaginativos y osados, abiertos, interesados en las experiencias por ellas mismas, ansiosos de variedad, tolerantes con la incertidumbre y que llevan una vida más rica y descomplicada. En cambio, las personas cerradas muestran una pobre fantasía, son insensibles al arte y la belleza, de afectos restringidos, conducta rígida e ideología dogmática.

Conformidad (*C*): la persona conforme tiende a sentir compasión, a ser cooperadora y confiada y a brindar apoyo a los demás. En su forma extrema se vuelve poco atractiva y suele manifestarse en una manera dependiente y retraída de tratar con los demás.

Concordancia (*Co*): los individuos concordantes son trabajadores, ambiciosos y enérgicos, perseveran frente a las dificultades y se inclinan a ser cautelosos y reflexivos. El polo opuesto es el “sin dirección,” no tanto dominado por los impulsos, sino simplemente indolente.

Superrasgos: pruebas convergentes.

Los principales objetivos de la estrategia de las disposiciones son identificar y caracterizar las disposiciones importantes que subyacen a la personalidad. En los últimos 20 años ha comenzado a surgir un verdadero consenso entre los psicólogos de la especialidad respecto a que hay un número reducido de “superrasgos” y las investigaciones giran en torno a ellos con rapidez (Digman e Inouye, 1986; Funder, 1991; McCrae y Costa, 1991; Noller, Law y Comrey, 1987 citados en Liebert, 2000). El número de superrasgos reconocidos dependerá en parte de las definiciones elegidas y de los tipos de datos en que se basen. Liebert (2000), afirma que “nuestra interpretación de los datos, tomados en conjunto, es que seis disposiciones parecen ser buenos candidatos para superrasgos: la extraversión, el neuroticismo, la apertura, la conformidad, la concordancia y la inteligencia” (p. 220).

La personalidad según CREA.

De acuerdo con el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de CREA (s.f) la personalidad es el conjunto de características que distinguen

a un individuo de otro en su forma de pensar, sentir y actuar. En otras palabras, es la manera de ser de cada individuo. La herencia y el ambiente son los factores que influyen su desarrollo. La herencia comprende todo lo que el individuo trae de sus padres y antepasados al nacer, incluyendo las características físicas. El ambiente es el medio en el cual vive la persona desde su nacimiento, es la realidad externa.

La parte innata de la personalidad incluye el temperamento y los talentos. Este componente es la realidad interna del ser humano y está condicionada por factores hereditarios. El carácter es la parte adquirida de la personalidad a través de la experiencia personal, familiar, social y espiritual. Este componente de la personalidad está condicionado por el ambiente o realidad externa que rodea a la persona desde que nace. El carácter bien desarrollado sirve para modificar u controlar los aspectos problemáticos del temperamento, permitiendo que se desarrolle en el individuo una madurez psicológica y social.

Los talentos son los aspectos de la personalidad, que sirven de aliados al carácter para controlar el temperamento. Cuando el carácter no está bien desarrollado y los talentos se usan en forma negativa y la persona tiene serios problemas temperamentales que dificultan su funcionamiento, tanto a nivel personal como en grupo. Por esto el programa de tratamiento de Hogares CREA está dirigido a desarrollar las capacidades del carácter.

Componentes de la personalidad.

El temperamento.

Está compuesto por ocho aspectos temperamentales:

1. Agresividad: “tendencia innata a la acción correctiva.” Cuando no se canaliza adecuadamente puede surgir la violencia.

Caso extremo: psicosis

Capacidades para contrarrestarla: autonomía e iniciativa

Terapias: de grupo y ocupacional

Talentos: artístico, atlético y manual.

2. Callosidad: “tendencia innata a la indiferencia afectiva.” Es la persona que se describe como que “no siente ni padece”.

Caso extremo: psicopatía

Capacidades para contrarrestarla: compromiso y generatividad

Terapias: confrontación, maratón y familiar

Talentos: intelectual y sensorial.

3. Impulsividad: “tendencia innata a actuar sin pensar.” La persona tiende a actuar sin pensar en las consecuencias de sus actos, habla sin reflexión ni cautela, llevada por la impresión del momento; no analiza, actúa y luego piensa.

Caso extremo: neurosis obsesivo compulsiva

Capacidades para contrarrestarla: autonomía e iniciativa

Terapias: de grupo y ocupacional

Talentos: intelectual.

4. Irritabilidad: “tendencia innata a la reacción intolerante.” La persona con problemas de irritabilidad tiene un bajo nivel de tolerancia, se molesta por cualquier cosa. El adicto es intolerante al dolor, a la frustración.

Caso extremo: paranoia

Capacidades para contrarrestarla: autonomía e iniciativa

Terapias: grupal y ocupacional

Talentos: atlético, manual y social.

5. Melancolía: “tendencia innata a “rumiar” o vivir en el pasado y no aceptar la realidad presente”. La persona revive el pasado, se “coge pena”; tiende a deprimirse, le da nostalgia.

Caso extremo: depresión

Capacidades para contrarrestarla: iniciativa y trascendencia

Terapias: ocupacional, espiritual y de meditación

Talentos: manual y artístico.

6. Sensibilidad: “tendencia innata a la reacción o hiperreacción sentimental.” La persona reacciona a los sentimientos, se afecta por cualquier cosa, hay que tratarla con sumo cuidado para que no se sienta mal. Lo positivo de esta cualidad temperamental es que

ayuda a tener empatía con los demás, pero si la persona se sobreidentifica pierde objetividad.

Caso extremo: pérdida de objetividad

Capacidades para contrarrestarla: autonomía y trascendencia

Terapias: grupal, espiritual y de meditación

Talentos: verbal, artístico y social.

7. Sexualidad: “tendencia innata a la procreación y a la reacción erótica.” Los problemas severos en esta cualidad temperamental pueden producir o llevar a la persona a la depravación sexual. La masturbación es una manifestación sexual sobre la cual hay prejuicios. Esta es una práctica sexual natural para descargar energía sexual. Se convierte en problema cuando es compulsiva y/o exhibicionista. Si se abusa de la masturbación se pueden producir daños psicológicos.

Caso extremo: depravación sexual

Capacidad para contrarrestarla: identidad

Terapias: representación y ventas, recreativa y deportes y urbanidad

Talentos: atlético.

8. Timidez: “tendencia innata a inhibirse en vez de actuar.” La persona con fallas en esta área le es difícil manejar la realidad, se inhibe, no actúa.

Puede producir: catatonía

Capacidades para contrarrestarla: iniciativa e industriosisdad.

Terapias: educativa y ocupacional.

Talentos: verbal, social y artístico.

Los talentos.

Son aquellas partes innatas de la personalidad aliados del carácter para controlar y encauzar el temperamento, a la vez que sirven para desarrollarlo. Los talentos pueden ser problemáticos también si no se utilizan o encauzan positivamente. Estos también son ocho:

1. Artístico: habilidad innata para la expresión en las artes.

Ayuda a encauzar: agresividad, timidez y sensibilidad.

Desarrolla: confianza e iniciativa.

2. Atlético: habilidad innata para los deportes.

Ayuda a encauzar: agresividad y timidez.

Desarrolla: identidad.

3. Intelectual: habilidad innata para pensar lógicamente.

Ayuda a encauzar: impulsividad.

Desarrolla: industriiosidad y compromiso.

4. Intuitivo: habilidad innata para la percepción extrasensorial. Es la habilidad para percibir las cosas inmediatamente o directamente sin la ayuda de otros conocimientos.

Desarrolla: industriiosidad.

5. Manual: habilidad innata para el uso coordinado de las manos.

Ayuda a encauzar: agresividad y melancolía.

Desarrolla: iniciativa e industriiosidad.

6. Sensorial: habilidad innata para la percepción con los sentidos.

Ayuda a encauzar: callosidad.

Desarrolla: confianza e iniciativa.

7. Social: habilidad innata para las relaciones interpersonales.

Ayuda a encauzar: sensibilidad y timidez.

Desarrolla: confianza e industriiosidad.

8. Verbal: habilidad innata para la expresión oral.

Ayuda a encauzar: timidez.

Desarrolla: confianza e industriiosidad.

El carácter.

Está constituido por todas aquellas capacidades que se adquieren y se desarrollan a través de la experiencia personal, familiar, social y espiritual (vivencias) de la persona desde su nacimiento. Las capacidades del carácter son cualidades de la personalidad que se reflejan en las actitudes demostradas (disposiciones de la persona). Cada capacidad del carácter tiene su actitud negativa y su actitud positiva. Las actitudes negativas describen al adicto que viene a tratamiento y las positivas describen al ex adicto reeducado. La estructura programática de Hogar CREA fue diseñada para el desarrollo continuo del carácter, no sólo de los adictos, sino también de todas las personas que de una u otra forma se envuelven en las actividades de tratamiento y prevención. Las capacidades del carácter han sido fundamentadas de acuerdo al modelo egosocial de Erik Erikson, por lo que el orden sigue la secuencia normal del desarrollo desde la niñez temprana hasta la madurez, y se definen de la siguiente manera:

1. Confianza: capacidad de confiar en sus propios recursos y en los demás. Esta capacidad se desarrolla inicialmente en la infancia, en el regazo materno o de figuras maternas sustitutas que le brindan sostén y seguridad al individuo; luego se sigue desarrollando a través de logros obtenidos, reconocidos por personas significativas. La confianza en la expresión máxima de la fe cristiana. La falla en esta capacidad se manifiesta en una tendencia hacia el pesimismo. El adicto tiene muy poca confianza en sí mismo y mucho menos en los demás. Una persona con capacidad de confianza tiende a ser optimista y segura de sí misma, capaz de confiar en los demás.

Falla: pesimismo.

Terapia: individual.

Actitud positiva: optimista y seguro de sí mismo.

2. Autonomía: capacidad para tener autocontrol, poder valerse por sí mismo y ser autosuficiente. Esta capacidad se comienza a adquirir bajo circunstancias normales en la infancia y la figura del padre es esencial. El adicto demuestra grandes dificultades en el control de sus impulsos y en su capacidad de valerse por sí mismo. Como resultado de esto, desarrolla una actitud de dependencia en la droga, la familia, los bienes del prójimo y en la sociedad, para no bregar con su realidad.

Falla: dependencia.

Terapia: de grupo.

Actitud positiva: autocontrol y autosuficiencia.

3. Iniciativa: capacidad de encauzar las energías naturales en forma productiva. La iniciativa se comienza a desarrollar normalmente en el hogar, durante la época del juego y la curiosidad infantil. Las fallas en esta capacidad resultan en apatía o en actitudes destructivas hacia sí mismo o hacia los demás y el ambiente. El estilo de vida del adicto se caracteriza por un patrón de iniciativas negativas. Este despliega gran actividad en torno a conseguir la droga y el dinero para financiarla. La buena iniciativa se caracteriza por una disposición positiva para hacer las cosas.

Falla: apatía.

Terapia: ocupacional.

Actitud positiva: disposición.

4. Industriosidad: capacidad para hacer las cosas bien hechas. Esta capacidad se desarrolla esencialmente a través de una buena educación; de saber cómo hacer bien las cosas; de terminar lo que se empieza; de cuidar de sí mismo; de expresarse bien; de presupuestar el tiempo, las energías y el dinero. Por eso, la experiencia escolar es de suma importancia para el desarrollo de esta capacidad. El adicto desarrolla grandes destrezas en el área del robo, el engaño, la manipulación y la racionalización, pero demuestra limitaciones en las destrezas básicas de convivencia, comunicación, uso del tiempo y para manejar la realidad diaria.

Falla: ineptitud, torpeza.

Terapia: educativa.

Actitud positiva: destreza, confiabilidad.

5. Identidad: capacidad de ser uno consistentemente, saber lo que se desea y hacia dónde se va en la vida. La identidad se desarrolla normalmente en la época de la adolescencia y la adultez temprana, al definirse la persona en términos de sexualidad, vocacionalmente y como persona consistente. El adicto vive una identidad doble, a veces múltiple, presentando

diferentes caras ante diferentes situaciones con las que se confronta. Las fallas en la identidad resultan en la fragmentación, la duplicidad y la hipocresía, frecuentes en el adicto. La persona con una identidad saludable se caracteriza por una actitud de entereza.

Falla: duplicidad, hipocresía y fragmentación.

Terapias: urbanidad, recreativa y deportes, y representación y ventas.

Actitud positiva: entereza e integridad.

6. Compromiso: capacidad de cumplir con lo que se promete. El desarrollo de esta capacidad se define principalmente en la adultez temprana a través del trabajo y las relaciones interpersonales. También se ve manifestada en las obligaciones escolares y en los quehaceres del hogar. El adicto tiene gran dificultad en comprometerse con un trabajo, vocación, relaciones personales o causas ciudadanas. Cuando se compromete rara vez cumple.

Falla: irresponsabilidad.

Terapias: confrontación y maratón.

Actitud positiva: responsabilidad.

7. Generatividad: capacidad de enseñar con el buen ejemplo. La generatividad se desarrolla normalmente en la adultez media, asimilando y organizando las experiencias de la vida y utilizándolas como ejemplo para la enseñanza y ayuda a los demás. El adicto rara vez se preocupa genuinamente por el ejemplo que da a los demás, especialmente a los jóvenes. Por el contrario, si se le presenta la oportunidad de involucrarlos en conductas adictivas para su propio beneficio, lo hace.

Falla: egoísmo.

Terapia: capacitación de líderes y familiar.

Actitud positiva: altruismo, consideración por los demás.

8. Trascendencia: capacidad para superar obstáculos, limitaciones y contratiempos. Esta capacidad se adquiere gradualmente a través de la vida. La trascendencia está prácticamente ausente en el adicto. Este es intolerante, se frustra con facilidad y reacciona negativamente ante cualquier obstáculo. Las fallas en la trascendencia se manifiestan en

actitudes y conductas regresivas cuando en vez de bregar con los contratiempos, asume una conducta propia de un adolescente o hasta de un niño. La persona que trasciende supera sus contratiempos y cuando no puede superarlos, sabe sobrellevarlos y aceptarlos siempre con una actitud de profunda y sincera espiritualidad. Para desarrollar esta capacidad, la persona tiene que haber desarrollado bien las capacidades anteriores, dado que la trascendencia es la suma de todas las capacidades del carácter.

Falla: actitudes y conductas regresivas.

Terapias: espiritual y de meditación.

Actitud positiva: superación.

Tabla 4.

Las capacidades del carácter según Hogares CREA.

Actitud Negativa	Capacidad	Actitud Positiva
Pesimismo	Confianza	Optimismo
Dependencia	Autonomía	Autosuficiencia
Apatía	Iniciativa	Disposición
Torpeza	Industriosidad	Destreza
Duplicidad	Identidad	Integridad
Irresponsabilidad	Compromiso	Responsabilidad
Egoísmo	Generatividad	Altruismo
Regresión	Trascendencia	Superación

Fuente: Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento (Hogares CREA, s.f.).

Qué es un adicto según CREA.

En el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f.) se plantea que un adicto:

Es aquella persona que presenta una dependencia física o mental continua hacia uno o varios tipos de drogas, con el fin de tener una experiencia psicológica para evadir la realidad. Es una persona que no ha crecido emocionalmente, que tiene todas las características de un niño, que a pesar de haber crecido cronológicamente, su edad emocional ha quedado estancada. El adicto es envidioso, irresponsable, falto de iniciativa, sus sentimientos son superficiales, no siente cariño por nadie, no es

tolerante, no es paciente, quiere las cosas al momento y tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto. El adicto sabe distinguir entre el bien y el mal, no es un paciente común y corriente que posee una enfermedad orgánica y que haya que recluirlo en un hospital. Es una persona desajustada y con múltiples problemas psicológicos, que no se ha podido ajustar a las normas de esta sociedad. Es egoísta, no respeta la autoridad, carece de afecto hacia las demás personas y tiene poca capacidad para bregar con las frustraciones existentes en la vida. En otras palabras, es un niño; esto quiere decir que el adicto es un niño emocionalmente, que por cualquier razón, la educación que recibió en su hogar no fue efectiva. Por eso hay que proporcionarle un entorno que le permita reeducarse en un ambiente familiar, donde situaciones parecidas se reproduzcan a diario para que pueda ir conociéndolas y aprendiendo a bregar con ellas (p. 127).

Perfil psicológico del adicto según CREA.

Miller y Rollnick (1999) sostienen que no existe ni ha existido nunca una base científica para la afirmación de que las personas adictas a cualquier SPA manifiesten un patrón de personalidad común y coherente caracterizado por excesivo uso de mecanismos de defensa del ego concretos. Echeburúa (1994) afirma que es prematuro en la actualidad definir el perfil psicológico de los drogodependientes, porque ninguno de los estudios ha conducido a una identificación predictiva de los drogodependientes (citados en Plata, 2005). Al respecto el Dr. Ramírez, asesor científico de CREA postula que el perfil psicológico del adicto identifica uno de los más difíciles de comprender, debido a la multifacetedad que lo compone, dado que son seres altamente contradictorios, con altibajos en los ciclos emocional y afectivo, y que dentro de sus rasgos más notables se pueden citar los siguientes:

1. Hipersensibilidad emocional.

El adicto por cualquier suceso se afecta de manera exagerada. Por ejemplo, las respuestas emocionales aumentadas pueden convertirlo en un momento dado en una persona que no mide las consecuencias de los actos que puede llegar a cometer en contra de sí mismo o de los demás. Por otra parte, padece de baja

tolerancia a las frustraciones, lo que hace de él una persona que se derrota antes de actuar. Esto le impide manejar la realidad adecuadamente, lo cual proporciona un terreno favorable para seguir consumiendo droga.

2. Intolerancia.

El adicto espera siempre que las demás personas piensen y actúen como él quiere y que las cosas deben salir de acuerdo a su manera de pensar o de sentir, o si no ésto origina una conducta agresiva frente a todo aquél que se lo oponga. Su intolerancia es sin lugar a dudas el factor que lo enmarca en un gran número de problemas, no sólo consigo mismo sino también con las demás personas, especialmente con su familia.

3. Impulsividad.

El adicto espera tener resultados cuando quiere y todo tiene que ser en el acto. Si inicia una labor, cualquiera que sea, al comienzo le imprime gran entusiasmo y energía; pero al corto tiempo pierde el impulso inicial, llegando como es su costumbre a dejarla inconclusa. Comete actos tan impulsivos que posteriormente entra en cuadros de depresión y desesperación por no haber pensado antes de actuar. Le cuesta trabajo tomar las cosas con calma y paciencia.

4. Mitomanía.

En el adicto las mentiras forman parte de su manera de ser. Para todo busca una disculpa o pretexto que justifique sus acciones. La deformación de la realidad se convierte en un arte necesario para su supervivencia.

5. Dependencia emocional.

La mayoría de los adictos han tenido en su crianza una figura materna y/o paterna sobreprotectora que hace de ellos personas inseguras que no saben

tomar una decisión por sí mismos, delegando la responsabilidad en los mayores, pues resulta más fácil cumplir órdenes que tomar decisiones por sí mismos. Es muy común observar un “cordón umbilical” en el adicto, ligado siempre a alguien. Le causa pavor ponerse al frente de una empresa que requiera cierto grado de responsabilidad, recurriendo a muletas químicas que compensen su estado de ineptitud, creando una dependencia no sólo física sino también psíquica.

6. Ciclotimia emocional.

La ley de los ciclos se cumple también en el adicto, pero tiene la particularidad de manifestarse de manera extremista y exagerada. De un periodo de muy alta actividad y dinamismo pasa al completo desaliento y pesimismo, sin ninguna causa aparente. Sufre además de grandes contradicciones emocionales y afectivas, al extremo que en menos de un minuto puede pasar de un estado de gran afectividad y cariño al total desprecio y rechazo de la persona que se encuentra en su compañía.

7. Idealismo.

Todo adicto conlleva por naturaleza una imaginación exagerada y desproporcionada. Hace castillos en el aire, lo mismo que promesas que nunca lleva a cabo. Cuando se encuentra bajo los efectos de la droga la persona pierde una noción real y objetiva de la realidad, favoreciendo una sensación de seguridad interior que lo capacita para enfrentarse a lo que sea sin temor, sin darse cuenta que cuando el efecto de la sustancia disminuya retorna inmediatamente a la realidad. Esta es la causa fundamental de su frustración frente a la realidad, la cual trata de subsanar utilizando nuevamente la droga. De todo plan o proyecto propuesto obtiene como resultado el fracaso y la desilusión. Otra forma de exteriorizar su idealismo corresponde a la manera como se ve y se considera a sí mismo. Piensa que es una persona maravillosa, sin defectos, casi perfecta, a quien los demás están en la obligación de rendirle pleitesía. A los otros los

considera imperfectos y sin ninguna valía, analizando siempre lo peor de su personalidad.

8. Manipulación.

Una de las características más importantes en el perfil psicológico del adicto es la manipulación, que se puede describir como la capacidad para controlar y manejar a sus semejantes por medio de actitudes que van en contra de la voluntad y principios del individuo manipulado. Un ejemplo clásico es crear en otros sentimientos de culpa con el fin de doblegarlos. Es muy común ver cómo imprime sentimientos de culpa en los padres, a los que responsabiliza de su drogadicción, argumentando que ellos nunca lo han comprendido y que por lo tanto lo traumatizaron desde la infancia. La manipulación hace que el adicto maneje tan sutilmente a las personas y en especial a los seres que más quiere, que logra siempre lo que desea (Hogares CREA, s.f.).

Marco Legal

Política Nacional de Reducción de la Demanda de Sustancias Psicoactivas

El Ministerio de la Protección Social tiene a su cargo la responsabilidad en cuanto a la política nacional de reducción de la demanda de SPA y acompañar la coordinación interinstitucional en la materia. La ejecución de la política corresponde a los diferentes niveles territoriales, con el acompañamiento de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas en diferentes programas comprendidos en el ámbito de los lineamientos (DNE, 2004).

Esta política cuenta con cuatro líneas de acción básicas:

1. Investigación y vigilancia.
2. Educación para la promoción de salud y prevención.
3. Tratamiento.
4. Rehabilitación y reincorporación social.

Reglamentación, Vigilancia y Control de los Centros de Atención en Drogadicción (CAD).

Con objeto de definir una reglamentación que permita la vigilancia y el control a las instituciones que prestan servicios de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas de adicción a drogas, el Ministerio de la Protección Social suscribió con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) un convenio de cooperación técnica, que culminó labores en el 2004. Los principales productos obtenidos fueron:

1. Mecanismo para la evaluación de centros de tratamiento de drogadictos.
2. Marco normativo que establece los requisitos mínimos para la constitución y funcionamiento de los centros de tratamiento.
3. Registro nacional de los centros de tratamiento que cumplen con requisitos mínimos para su actualización permanente.
4. Fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral a las Conductas Adictivas (UAICAS) a través de la cofinanciación de proyectos presentados por éstas y encaminados hacia su fortalecimiento institucional, con objeto de mejorar la red pública que presta los servicios de prevención, atención, rehabilitación y reincorporación social de las conductas adictivas.
5. Protocolo para la atención integral de las personas con problemas de adicción a drogas, para su implementación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (DNE, 2004).

Por esta razón, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica No Reembolsable ATN/JF-7325-CO celebrado entre el Ministerio, en calidad de ejecutor, el BID, en calidad de administrador del Fondo Especial de Japón y la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, en calidad de interventor, se llevó a cabo el Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Drogadictos en el país, entre los meses de marzo y septiembre del año 2004, publicando el Directorio Nacional C.A.D. Centros de Atención en Drogadicción, en el cual se incluyen la totalidad de las instituciones visitadas durante el diagnóstico situacional (“Ministerio de la Protección Social”, 2005).

En él se encuentra información correspondiente a 282 organizaciones y 357 programas que ofrecen servicios de desintoxicación, deshabituación, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social y laboral a población consumidora de SPA en 23 de los 32 departamentos del país, pues en 7 de los 9 departamentos restantes no se logró establecer la existencia de ninguna organización que ofreciera servicios de esta naturaleza a dicha población. El directorio se encuentra organizado en tres niveles de información y por orden alfabético: nivel departamental, nivel municipal y nivel tipo de institución, encontrándose en éste las siguientes: instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), empresas sociales del estado (ESE), fundaciones sin ánimo de lucro (Fundación sin A de L),

organizaciones no gubernamentales (ONG) organizaciones gubernamentales (OG), sociedades limitadas (LTDA), instituciones dependientes de alguna entidad académica (Entidad Académica) y empresas unipersonales (“Ministerio de la Protección Social”, 2005).

En cuanto a los modelos de tratamiento, se definieron categorías amplias, las cuales pueden ser excluyentes, dentro de las cuales están: comunidad terapéutica (CT), Alcohólicos Anónimos (AA)/Narcómanos Anónimos (NA), espiritual-religioso-teoterapia, médico-clínico-psiquiátrico, psicológico-interdisciplinario, pedagógico-educativo y terapias alternativas-otros. Por ejemplo, una entidad con modalidad de tratamiento médico-clínico-psiquiátrico puede tener sólo un enfoque médico o clínico y no psiquiátrico, o sólo psiquiátrico y no médico-clínico. En todos los casos se recomienda mirar la totalidad de la información complementaria para tener mayor claridad acerca del tipo de tratamiento (“Ministerio de la Protección Social”, 2005).

De este modo se encuentran registradas en el departamento de Santander 10 CAD, distribuidas en el Área Metropolitana de Bucaramanga: ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo-UAICA, Fundación Renovación por Colombia OBAT, Fundación el Camino, Asociación Shalom Casa de Paz, Comité de lucha contra las drogas alucinógenas, Fundación Casa de Caridad Santa Rita de Casia, Fundación Hogares Claret, Asociación Hacia un Mejor Futuro Elogios, Asociación Niños de Papel y Corporación Hogares CREA. De éstas operan como CT Santa Rita de Casia, Elogios, Claret, Niños de Papel y CREA. Se reitera que la información del CAD corresponde exclusivamente al reporte dado por las fuentes durante las visitas institucionales, así como la naturaleza independiente de estas entidades. Sólo las IPS y las ESE se encuentran actualmente registradas y habilitadas ante dicho Ministerio (“Ministerio de la Protección Social”, 2005).

Resolución Número 1315 de abril 25 de 2006

Posteriormente se definieron en esta resolución las condiciones de habilitación para los CAD y servicios de farmacodependencia, y se dictaron otras disposiciones, al considerar:

1. Que es función del Ministerio de la Protección Social dictar las normas científicas y administrativas que regulen la calidad de los servicios de salud.

2. Que la salud es un bien y un servicio de interés público y general y, en consecuencia, se hace necesario adoptar las normas técnicas, administrativas y científicas que garanticen a los usuarios calidad en la atención y regulen las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las conductas adictivas.
3. Que las condiciones de habilitación, normas de calidad y, en general, la reglamentación necesaria para la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) son de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud, incluidos los CAD y los servicios de farmacodependencia (“Ministerio de la Protección Social”, 2006).

Marco Contextual

Historia y Características de Hogares CREA

Juan José García Ríos (Chejuán) estableció en Puerto Rico el movimiento Hogar CREA Inc. (Casa de Reeducción de Adictos) el 20 de mayo de 1.968, como una alternativa para la prevención y tratamiento de la adicción a drogas en todas sus manifestaciones. Este programa ha venido extendiendo con éxito a Estados Unidos, República Dominicana, Panamá, El Salvador, Costa Rica, Venezuela y Colombia, en donde se abrió el primer hogar en Barranquilla en 1983, extendiéndose posteriormente a Manizales, Cartagena y Bucaramanga, que inició labores en 1985. Está constituida jurídicamente como una corporación de carácter privado sin ánimo de lucro, catalogada como Organización No Gubernamental (ONG).

CREA se establece como una CT para la reeducación y crecimiento del carácter, cuya filosofía está basada el principio existencial de responsabilidad individual y colectiva, ayuda mutua y esfuerzo personal. Sostiene que es responsabilidad del individuo hacer el mejor uso posible del tratamiento que se le ofrece a pesar de sus limitaciones físicas, sociales, económicas o educativas. Dado que la adicción a drogas es la tendencia al uso compulsivo de una sustancia que afecta el estado de conciencia del usuario, causada por un desorden de la personalidad, es necesario reeducar el carácter mediante la implantación de un ambiente terapéutico interno y del sostén comunitario.

El ambiente terapéutico interno lo componen los residentes, a quienes se les ofrecen las terapias para desarrollar su carácter, un equipo terapéutico bien adiestrado y en proceso continuo de crecimiento que ofrece el tratamiento y una planta física con todas aquellas facilidades y equipos que facilita ofrecer dicho tratamiento al residente, haciendo posible su reeducación.

El sostén comunitario trabaja en estrecha relación con el equipo terapéutico complementando el tratamiento en el proceso de crecimiento de los residentes. Lo componen: el Comité Timón, Comité de Familiares y los Miembros Cooperadores. Hogar CREA ejerce, por consiguiente, las funciones básicas de una familia: modela y reeduca el carácter cambiando valores y actitudes, fomentando la madurez en el residente, fortaleciendo la fe y las actitudes cristianas, propiciando el crecimiento del ser humano hasta convertirlo en un hombre nuevo, útil a la sociedad.

Programa de Tratamiento

De acuerdo con el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f) el proceso de tratamiento consta de cuatro fases, las cuales se subdividen en etapas:

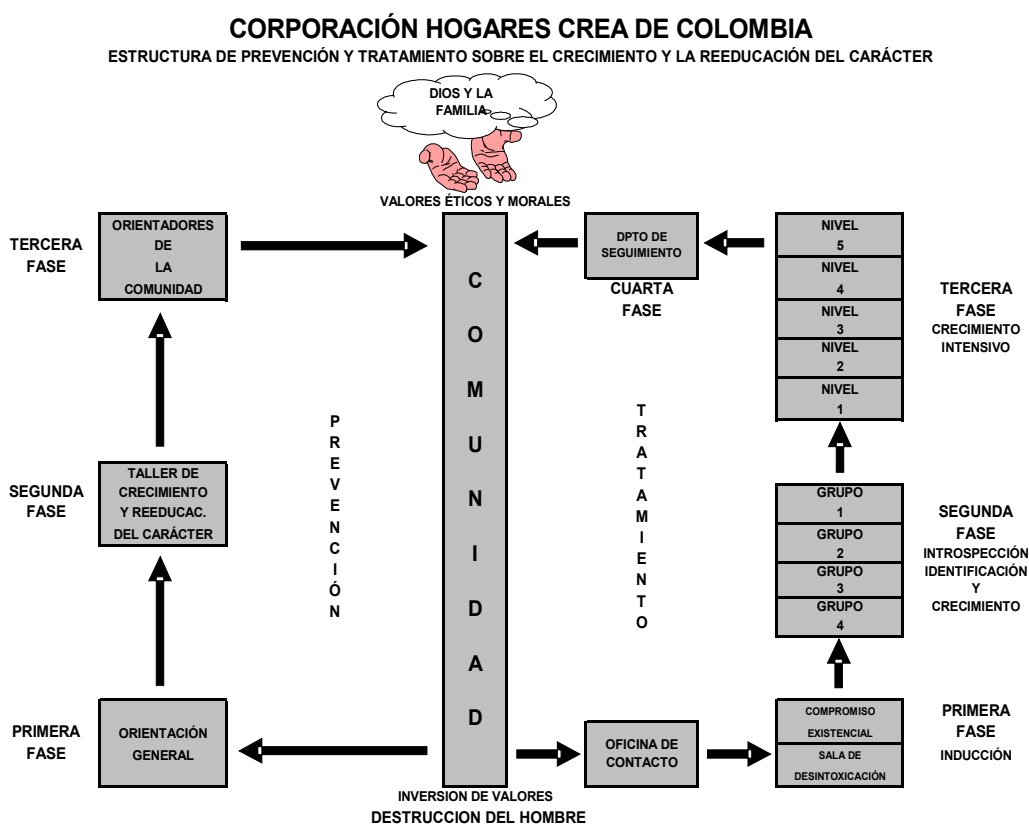


Figura 2. Estructura de prevención y tratamiento de la Corporación Hogares CREA.

Primera fase (Inducción).

Esta primera fase consta de tres etapas: Oficina de Contacto, Sala de Desintoxicación y Compromiso Existencial. Su propósito es hacer al adicto consciente de que está enfermo, en qué consiste la enfermedad y motivarlo a que se someta al tratamiento.

Oficina de contacto.

Es en esta oficina donde el adicto tiene el primer contacto con Hogar CREA, recibiendo orientación del programa, nociones elementales acerca de su problemática y la necesidad de someterse a tratamiento.

Sala de desintoxicación.

Si es necesario someter al pre-residente a un proceso de desintoxicación para dejar la dependencia física, se remite a una entidad que cuente con el servicio y una vez termine este proceso ingresa al Hogar.

Compromiso existencial.

En esta tercera etapa el residente se prepara para continuar el tratamiento que se le ofrece haciendo un compromiso o convenio a nivel intelectual de continuar el proceso. Se ofrece orientación sobre las normas, filosofía, fases del tratamiento, capacidades del carácter, etc.

Segunda fase (Introspección, identificación y crecimiento).

La segunda fase consta de cuatro etapas en orden descendente: Grupo 4, Grupo 3, Grupo 2 y Grupo 1. Al residente se le provee la oportunidad de buscar internamente las causas que lo llevaron a escapar de su realidad haciendo uso de las drogas. Una vez identifique su problemática y haga uso del ambiente terapéutico del Hogar, está en condiciones de buscar alternativas que lo lleven a crecer hasta lograr los cambios en su carácter. Al ir derribando su vieja estructura va construyendo una nueva imagen que le permite pasar a la próxima fase.

Tercera fase (Crecimiento intensivo).

Consta de cinco etapas en orden ascendente del I al V, llamadas Niveles. El Nivel lleva a la práctica lo aprendido en las etapas anteriores, lo cual le da la oportunidad de cimentar dicho aprendizaje al transmitirlo a los residentes. Esto hace que tenga un crecimiento más intensivo, dado que la mejor forma de aprender para crecer es ser ejemplo. El Nivel al ayudar a sus compañeros va descubriendo las fallas en las cuales incurrió en etapas anteriores y puede corregirlas, lo cual hace que se intensifique su crecimiento psicosocial.

Cuarta fase (Departamento de seguimiento).

El residente obtiene su primer certificado de reeducación luego de haber completado las tres primeras fases de tratamiento interno y recibe los servicios de seguimiento que ofrece el programa. Debe cumplir con las normas y filosofía y estar en contacto con el Hogar para poder renovar anualmente su certificado, por un lapso de cinco años. (Hogares CREA, s.f.).

Modalidades de Terapia

De acuerdo con el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f) se implementan 14 modalidades de terapia durante el proceso:

1. Terapia individual.

Es la consejería de persona a persona por tiempo limitado (mín 20 min. máx 40 min.).
Propósito: desarrollar y fortalecer la confianza.

El adicto activo es desconfiado, pesimista, negativo. No acepta que necesita ayuda. Tiene una baja estima personal, por lo tanto no tiene fe en sí mismo ni en los demás. Por esto tiene que desarrollar optimismo para reconocer, fortalecer y desarrollar sus propios recursos.

2. Terapia de grupo.

Es una dinámica grupal donde el residente expone sus problemas y busca alternativas para poderlos solucionar.

Propósito: desarrollar y fortalecer la autonomía.

Mediante esta terapia se manejan las fallas que el residente tiene en esta capacidad, como es la dependencia que ha desarrollado en su vida negativa. Le ofrece la oportunidad de lidiar con sus propios problemas y con los de los demás haciendo un plan para resolverlos.

3. Terapia ocupacional.

Es la participación supervisada del residente en todas las labores del Hogar en las distintas brigadas de trabajo.

Propósito: fortalecer la iniciativa.

El estilo de vida del adicto se caracteriza por un patrón de iniciativas negativas. Asume una actitud derrotista ante la vida y no lucha por superarse. Esta terapia devuelve y refuerza en el adicto su disposición al trabajo y a encauzar sus energías en dirección positiva, no sólo para sí mismo sino también para la comunidad.

4. Terapia educativa.

Es la terapia que incluye todas las actividades didácticas para enseñarle al residente todo lo necesario para su reeducación.

Propósito: desarrollar la industriosisidad.

La experiencia escolar incompleta o deficiente priva al adicto del desarrollo de su industriosisidad. El adicto demuestra torpeza en las destrezas básicas de convivencia, comunicación, uso del tiempo, del dinero y para bregar con la realidad diaria. Esta terapia lo capacita para hacer bien las cosas y se lleva todos los días de la semana.

5. Terapia de representación y ventas.

Implica todas las actividades dirigidas hacia la proyección de la nueva imagen del ex adicto en su proceso de reeducación.

Propósito: fortalecer la identidad.

Debido a fallas en la identidad, el adicto no se preocupa por su apariencia personal, no es genuino ni confiable, no reconoce el valor al trabajo y el sacrificio como medio de ganarse la vida. No asume sus roles adecuadamente, tiene un concepto erróneo de lo que es ser hombre y prevalece en él el concepto machista. Esta terapia va dirigida a que la persona sea él mismo, deje la duplicidad, desarrolle entereza y se vaya convirtiendo en una nueva persona.

6. Terapia recreativa y deportiva.

Es la práctica del deportivismo y de la recreación.

Propósito: desarrollar la identidad.

Esta terapia provee al residente la oportunidad de aprender a ganar o perder y a ser un buen deportista. Debido a sus fallas en la identidad, el adicto no es sincero en sus relaciones, no demuestra integridad en sus actuaciones, le preocupa poco la convivencia social, la práctica de los buenos modales, la recreación y los deportes.

7. Terapia de urbanidad.

Es la práctica de los buenos modales.

Propósito: desarrollar la identidad.

El residente que participa conscientemente en su tratamiento practicando los buenos modales se acostumbra y anticipa a la nueva persona que será cuando logre su reeducación. Esta terapia se utiliza o lleva a cabo durante todo el día y todos los días en los Hogares CREA, desde el amanecer al decir “buenos días” hasta la hora de dormir con las “buenas noches”.

8. Terapia de confrontación.

Es el señalamiento y recordatorio de las fallas en las cuales incurre el residente cuando no cumple con las normas del Hogar.

Propósito: desarrollar la capacidad del compromiso. Se utiliza esta terapia también para controlar la callosidad en el residente.

Al adicto no le preocupa el bienestar de los demás, con tal de satisfacerse a sí mismo y le es indiferente hacer las cosas bien o mal (callosidad). Su conciencia está enferma y necesita

de algo externo para mejorar. Mediante esta terapia se le señalan las fallas en las que ha incurrido durante el proceso de desarrollo de su carácter, especialmente en su compromiso, al no cumplir con las normas y procedimientos del Hogar mostrando una conducta irresponsable.

9. Terapia de maratón.

Son confrontaciones extendidas mensuales que se llevan a cabo el tercer fin de semana de cada mes durante tres días consecutivos.

Propósito: desarrollar la capacidad del compromiso, así como contrarrestar la callosidad.

Al combinar las diferentes terapias se revisan todas las posibilidades terapéuticas necesarias para eliminar los obstáculos en el crecimiento personal. Esta terapia también tiene como objetivo bajar las defensas del residente para que éste se sienta obligado a exponer sus verdaderos problemas y pueda internalizar más el tratamiento.

10. Terapia familiar.

Es una dinámica enfocada a lograr la reconciliación familiar mediante el diálogo terapéutico de todos sus miembros, para que el familiar reconozca en sí mismo los aspectos problemáticos del temperamento que el residente ha heredado y asuma una mayor responsabilidad en el tratamiento.

Propósito: desarrollar la capacidad de la generatividad tanto en el residente como en el familiar.

11. Terapia de capacitación.

Es la preparación de los líderes ex adictos en su funcionamiento integral.

Propósito: fortalecer en los niveles la generatividad para que así éstos puedan utilizar sus experiencias en la adicción y el tratamiento recibido para ayudar a los residentes.

En CREA el tratamiento es ofrecido mayormente por ex adictos, por lo tanto es necesario capacitar continuamente a estas personas para que el tratamiento que se ofrezca sea de calidad. Se espera que el nivel, además de estar bien orientado acerca del programa, haya internalizado valores tales como: respeto, autoestima, bondad, responsabilidad, servicio, etc.

12. Terapia espiritual.

Son todas las actividades de oración y ejercicios ecuménicos que se celebran en los Hogares.

Propósito: fortalecer la trascendencia.

Mediante esta terapia se le ofrece ayuda al residente para que reconozca que existen problemas, dificultades y contratiempos que sólo pueden resolverse con una aceptación genuina y sincera, trascendiendo a una relación espiritual con Dios para poder comprender y superar las situaciones difíciles que se presentan en la vida.

13. Terapia de meditación.

Es la terapia que incluye todos aquellos ejercicios mentales dirigidos a tranquilizar y sosegar al individuo.

Propósito: fortalecer la trascendencia.

El adicto es impulsivo por naturaleza, actúa y luego piensa; no razona; su nivel de tolerancia a las frustraciones es bajo; tiende a escapar de los problemas y situaciones difíciles haciendo uso de las drogas, por lo tanto, la meditación lo ayuda a que reflexione y analice sus ideas y actuaciones cuando se le presenten situaciones difíciles.

14. Terapia de movilización.

Es la terapia que expone al residente a su comunidad de origen por un periodo de tiempo determinado.

Propósito: fortalecer todas las capacidades del carácter.

El pase a la comunidad es un privilegio que se gana el residente con su buen comportamiento en el Hogar. Se utiliza por lo tanto para compensar los logros alcanzados por el residente dentro del proceso de tratamiento (Hogares CREA, s.f.).

Método

Participantes

Debido a que la población del Hogar CREA el Puente es pequeña, (a noviembre 17 de 2005 eran 26 residentes) y se efectuó la medición del perfil clínico de personalidad de los farmacodependientes que ingresaron al programa, fue procedente efectuar un muestreo no probabilístico, es decir, “un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (Hernández,

Fernández y Baptista, 2003, p.306). Dado que se empleó una metodología particular, en la cual se amplió por varios meses el proceso de aplicación inicial del instrumento a todos los que ingresaron durante los meses de noviembre de 2005 a enero de 2006 y que voluntariamente aceptaron participar en el estudio (13 residentes, 6 culminaron el proceso), corresponde a una muestra de sujetos voluntarios (Hernández et al., 2003) (ver Apéndice A).

También se interactuó con los diferentes componentes del Hogar, tanto del Ambiente Interno como del Sostén Comunitario: equipo terapéutico, psicóloga, trabajadora social, demás residentes, familiares, comité timón, personal administrativo y reeducados, para obtener cualquier información que se consideró necesaria.

Instrumentos

Para la recolección de los datos referentes al perfil clínico de personalidad se utilizó la forma colectiva del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hathaway y McKinley (1945) en su adaptación española, publicada por TEA Ediciones S.A. (1988), basada simultáneamente en las dos últimas revisiones (1951, 1967), dado que es una prueba objetiva de personalidad de índole clínica enmarcada dentro de la estrategia de las disposiciones (Liebert, 2000) fácilmente accesible y de amplia confiabilidad y validez.

El MMPI se publicó en 1945 por la Psychological Corporation. Los autores de la prueba, Starke Hathaway, PhD y Jovian McKinley MD se encontraban trabajando en los hospitales de la Universidad de Minnesota y esperaban que el MMPI fuera útil para la evaluación diagnóstica de rutina. Creían que un inventario de la personalidad de lápiz y papel, administrado en grupo proporcionaría una forma más eficiente de llegar a una evaluación psicodiagnóstica más apropiada (Graham, 1987).

De acuerdo con Phares y Trull (2000) “por largo tiempo, el MMPI ha sido el mejor ejemplo del enfoque de codificación empírica para la construcción de pruebas. Más de 50 años después de su publicación, se le sigue considerando como el inventario de autoinforme más sobresaliente” (p.206).

Compas y Gotlib (2003) señalan que se convirtió en el instrumento objetivo de personalidad más utilizado e investigado en el mundo, con más de 10.000 referencias de investigación publicadas, utilizándose con pacientes psiquiátricos en ambientes de hospitalización y de servicio externo, pacientes en contextos médicos generales, adolescentes en las escuelas, internos en prisiones, individuos en unidades para el tratamiento por consumo de alcohol y drogas, personal militar y solicitantes de trabajo en escenarios industriales; también se ha traducido a más de 50 idiomas extranjeros.

Hathaway y McKinley (1945) sostienen que su propósito es:

Proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las más importantes dimensiones de la personalidad relacionadas con la adaptación personal y social del sujeto. El punto de referencia que determina la importancia de un rasgo es el del profesional

que desea investigar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de una incapacidad psicológica anormal. Las escalas, cuidadosamente construidas y revalidadas, permiten diagnosticar ciertos aspectos de la personalidad de adolescentes y adultos no analfabetos. Permiten asimismo estimar el grado de validez y precisión de los resultados obtenidos. Originalmente se construyeron nueve escalas para el uso clínico del Cuestionario, y fueron denominadas según las categorías de anormalidad que sirvieron de base para su construcción. (p. 6).

Dado que el MMPI fue especialmente diseñado para permitir una estimación de los síndromes comúnmente reconocidos en los sujetos con problemas clínicos y las escalas clínicas se inspiraron, al menos en parte, en la terminología kraepeliana tal como fue modificada y utilizada en las aplicaciones prácticas de Norteamérica, por tanto, no se espera que las escalas aprecien rasgos puros ni representen entidades etiológicas discretas o de pronóstico. (Hathaway & McKinley, 1945).

Phares y Trull (2000) encontraron que las escalas son aplicables también a casos normales, y se ha convenido en designarlas por medio de sus abreviaturas: *Hs*-Hipocondriasis (preocupación excesiva por las funciones corporales), *D*-Depresión (pesimismo, desesperanza, lentitud de acción y pensamiento), *Hy*-Histeria (utilización inconsciente de problemas físicos y mentales para evitar conflictos y responsabilidad), *Pd*-Desviación psicopática (indiferencia hacia las costumbres sociales, emociones superficiales, incapacidad para beneficiarse de la experiencia), *Mf*-Masculinidad-feminidad (los reactivos diferencian entre los roles sexuales tradicionales), *Pa*-Paranoia (susplicacia anormal, delirios de grandeza o de persecución), *Pt*-Psicastenia (fobias, obsesiones, compulsividad, temores, culpa, indecisión), *Sc*-Esquizofrenia (pensamientos o conductas extraños, poco comunes, retraimiento, alucinaciones, delirios), y *Ma*-Hipomanía (excitabilidad emocional, fuga de ideas, hiperactividad).

Hathaway y McKinley (1945) también incluyen cuatro escalas de validación de las respuestas: *?*-Interrogante (todos aquellos elementos clasificados por el sujeto como “no sé” o “no puedo decir”), *L*-Sinceridad (evaluación del grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando siempre aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable), *F*-Validez (estimación de la garantía que merece el conjunto de las respuestas), y *K*-Factor corrector (variable de corrección para aumentar el poder

discriminativo de algunas escalas y para identificar la defensividad clínica). Posteriormente y a partir de los mismos elementos se han desarrollado otras escalas: *Si*-Introversión social (timidez, desinterés en otros, inseguridad), Dominancia, Responsabilidad, Neuroticismo, Control y Dependencia, etc.

El cuestionario consta de 550 frases que cubren un amplio campo de materias: salud, sistema nervioso, sensibilidad, familia, hábitos, ocupaciones, educación, actitudes, afectos, fobias, estados de ánimo, etc. del sujeto examinado a quien se le pide que las clasifique en tres grupos: verdadero, falso y no sé. En su edición americana la prueba se presenta actualmente en tres formatos: las formas individual, colectiva, que contiene 566 elementos y la forma R, que permite obtener puntuaciones en catorce escalas a partir de los primeros 399. Puede aplicarse sin dificultad a todos los sujetos de 16 o más años de edad, siempre que tengan al menos una cultura equivalente a seis años de escolaridad. Los resultados se presentan en forma de perfil, y la interpretación se basa en las puntuaciones típicas obtenidas en cada una de las escalas, y en la configuración general del perfil. (Hathaway & McKinley, 1945).

En cuanto a la fiabilidad, Hathaway y McKinley (1942) y McKinley y Hathaway (1942, 1944) aplicaron la forma individual a un grupo de 47 sujetos normales no seleccionados y presentaron coeficientes de fiabilidad en seis de las variables básicas; utilizaron el procedimiento de test-retest con un tiempo de intervalo entre tres días y más de un año. Cottle (1950) obtuvo coeficientes de fiabilidad test-retest aplicando la forma individual y la forma colectiva, con una semana de intervalo, a un grupo de 100 sujetos normales no seleccionados. Holzberg y Alessi (1949) también con el procedimiento test-retest, pero sobre un grupo de 30 enfermos psiquiátricos no seleccionados obtuvieron coeficientes de fiabilidad mediante la aplicación de la forma individual completa y una versión reducida de la misma (citados en Hathaway & McKinley, 1945).

Tabla 5.

Coefficientes de fiabilidad test-retest del MMPI.

	Escalas	Hathaway		Holzberg
		McKinley	Cottle	Alessi
?	Interrogante	-	-	0.75
L	Sinceridad	-	0.46	0.85

<i>F</i>	Validez	-	0.75	0.93
<i>K</i>	Corrector	-	0.76	-
<i>Hs</i>	Hipocondriasis	0.80	0.81	0.67
<i>D</i>	Depresión	0.77	0.66	0.80
<i>Hy</i>	Histeria	0.52	0.72	0.87
<i>Pd</i>	Desviación psicopática	0.71	0.80	0.52
<i>Mf</i>	Masculinidad-feminidad	-	0.91	0.76
<i>Pa</i>	Paranoia	-	0.56	0.78
<i>Pt</i>	Psicastenia	0.74	0.90	0.72
<i>Sc</i>	Esquizofrenia	-	0.86	0.89
<i>Ma</i>	Hipomanía	0.83	0.76	0.59

Fuente: Cuestionario de Personalidad MMPI. TEA Ediciones S.A. (1988).

Hathaway y McKinley (1945) señalan que más que en resultados estadísticos, el criterio de validez:

Se obtuvo principalmente en la predicción de casos clínicos; el valor de pronóstico del MMPI se halló comparando sus resultados con el diagnóstico final elaborado por profesionales neuropsiquiátricos de los centros clínicos. En este sentido, se ha observado que una puntuación alta en una escala predice positivamente el diagnóstico clínico final del profesional, y discrimina en más de un 60% las nuevas admisiones de enfermos psiquiátricos. Este porcentaje ha sido obtenido en la diferenciación entre varios tipos de casos clínicos, lo cual es considerablemente más difícil que la simple discriminación entre sujetos normales y sujetos no-normales. Incluso en los casos en que a una puntuación alta no ha seguido el correspondiente diagnóstico clínico, en el síndrome de estos sujetos se ha observado casi siempre la presencia de dicho rasgo de personalidad en un grado anormal (p.47).

Igualmente, Parker, Hanson y Hunsley (1988) informan que “una revisión completa de más de cuarenta años de investigación indican que en conjunto el MMPI es un instrumento adecuado en cuanto a confiabilidad y validez” (citado por Liebert, 2000, p. 48).

Por otro lado, dado que en el proceso de investigación se encontró que hay numerosas variables que inciden en el proceso de tratamiento, como la modalidad y duración del

proceso, el tipo de tratamiento implementado, el comportamiento del paciente durante el proceso, sus características biopsicosociales, la comorbilidad con trastornos psiquiátricos, la relación con actividades delictivas y criminales y la severidad en el abuso, medida por medio del tipo de droga, la frecuencia de consumo y el tiempo de abuso, fue indispensable tenerlas en cuenta, para contrastarlas con las reportadas en la literatura. Esto se efectuó por medio de una entrevista inicial estructurada, a través de un cuestionario restringido de registro de la información psico-sociodemográfica, describiéndose y analizándose los resultados a través de los programas SPSS, 12.0 (Programa Estadístico para las Ciencias Sociales) y Excel (ver Apéndice B).

Además, fue necesario efectuar un seguimiento del proceso de tratamiento, en cuanto al comportamiento de los participantes, tiempo en tratamiento, trabajo profesional recibido, planes de trabajo, terapias y ayudas implementadas, así como las distinciones otorgadas a lo largo del tratamiento, describiéndose y analizándose los resultados por medio del programa de Excel (ver Apéndice C).

Procedimiento

Para el desarrollo del presente estudio se efectuaron los siguientes pasos: a) definición del tema, el problema de investigación y la estructura metodológica, b) obtención de la autorización por parte de Hogares CREA, c) obtención de los antecedentes de investigación y del marco teórico, d) obtención de la muestra y el consentimiento informado, e) aplicación de la Prueba del MMPI y la entrevista inicial estructurada, f) seguimiento del proceso de tratamiento, g) aplicación de la Posprueba de MMPI, h) análisis de los resultados, i) entrega del trabajo y sustentación de la investigación.

Enfoque del Estudio

De acuerdo con Hernández et al. (2003) esta investigación está basada en el enfoque cuantitativo, por cuanto “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (p. 5). En este tipo de estudio se elige una idea que se transforma en una o varias preguntas de investigación relevantes, luego de éstas deriva hipótesis y variables, desarrolla un plan para probarlas, mide las variables en un determinado contexto, analiza las mediciones obtenidas (con frecuencia

utilizando métodos estadísticos) y establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis.

De esta manera, planteada la hipótesis de trabajo de una evolución positiva del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno, se procedió a medir dicha variación por medio de la aplicación sucesiva del MMPI, analizándose las medias obtenidas en cada una de las escalas por medio de la prueba *t* para grupos correlacionados, con el fin de verificar estadísticamente dicha evolución. Para tal efecto se utilizó el programa de Excel.

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque el propósito del investigador consiste en describir cómo se manifiesta determinado fenómeno, tal como postula Dankhe (1989): “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (citado en Hernández et al., 2003, p. 117). Estos estudios pueden integrar las mediciones o información de cada una de dichas variables o conceptos para decir cómo es o cómo se manifiesta el fenómeno de interés, pero su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas (Hernández et al., 2003).

Esto fue precisamente lo que se efectuó: determinar la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que culminó el proceso de tratamiento interno de Hogares CREA, describiéndolo sin establecer relación causal entre las variables.

Diseño de la Investigación

De acuerdo con Hernández et al., (2003) el diseño de esta investigación es preexperimental, de tipo preprueba posprueba con un solo grupo, dado que “a un grupo se le aplica una prueba previa al tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento” (p. 220). Este diseño se diagrama de la siguiente manera:

$$G \quad O_1 \quad X \quad O_2$$

Lo anterior concuerda con el planteamiento de la investigación, puesto que se efectuó una medición inicial del perfil clínico de personalidad a un grupo específico, un

seguimiento del tratamiento implementado y una medición final al mismo grupo al culminar el proceso, aproximadamente 14 meses después.

Definición de Variables y de Hipótesis

La hipótesis de trabajo postula la evolución positiva del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno, en lo que respecta a la normalización de los indicadores clínicos inicialmente detectados.

La variable independiente es el tratamiento implementado por la comunidad terapéutica Hogar CREA el Puente y la variable dependiente es el perfil clínico de personalidad del farmacodependiente interno.

Resultados

A continuación se presentan los resultados del proceso de investigación, iniciando con la información psico-sociodemográfica. Posteriormente se presenta la información referente al seguimiento del proceso de tratamiento, y por último los resultados obtenidos en la Preprueba y la Posprueba del MMPI.

Información Psico-Sociodemográfica

Dicha información contempla los siguientes aspectos: a) información general de los participantes, b) antecedentes de tratamiento, c) antecedentes de farmacodependencia, d) severidad del consumo de SPA, e) antecedentes laborales, f) antecedentes escolares, g) antecedentes familiares, h) antecedentes médicos, i) antecedentes legales.

Tabla 6.

Información general de los participantes.

Variable	Magnitud
Edad	x : 24.3 años; σ : 5.6; Mín: 18 años; Máx: 32 años;
Procedencia	Santander: 50%; Otros Departamentos: 50%
Estado civil	Soltero: 83.3%; Separado: 16.7%
Religión	Católica: 66.7%; Protestante: 16.7%; Ninguna: 16.7%
Práctica de deportes	100%
Presencia de hobbies	100%

Nota. x = Media; σ = Desviación Típica; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

Se puede observar en la tabla 6 que los participantes se encontraban en la adultez temprana (Mín: 18 años; Máx: 32 años), el 83.3% eran solteros, el 66.7% profesaba la religión católica y el 50% provenían de Santander en el momento de ingresar a tratamiento.

Tabla 7.

Antecedentes de tratamiento.

Variable	Magnitud
Motivo de ingreso al tratamiento	Voluntario: 83.3%; Otro: 16.7%
Nivel de motivación para el tratamiento	Alto: 83.3%; Medio: 16.7%
Historia de tratamientos previos	16.7%
Número de tratamientos previos	1 tratamiento
Institución donde recibió tratamiento previo	UAICA- San Camilo, Bucaramanga
Tiempo en tratamiento previo	1 mes

Nota. UAICA= Unidad de Atención Integral a las Conductas Adictivas.

Como se puede apreciar en la tabla 7, el 83.3% ingresó a tratamiento en forma voluntaria y estaba altamente motivado para someterse al proceso. Sólo el 16.7% había buscado ayuda de este tipo (UAICA- San Camilo, Bucaramanga) para superar su condición, en una ocasión y por un mes.

Tabla 8.

Antecedentes de farmacodependencia.

Variable	Magnitud
Primera SPA usada	Alcohol: 66.7%; Nicotina: 33.3%
Edad de inicio del consumo de SPA	x : 14.7 años; σ : 3.8; Mo: 13 años; Mín: 9 años; Máx: 20 años
Edad de inicio del consumo regular	x : 18.5 años; σ : 2.8; Mín: 15 años; Máx: 22 años
Tiempo en el consumo de SPA	x : 9.6 años; σ : 6.8; Mo: 5 años; Mín: 5 años; Máx: 23 años
Periodos de abstinencia por su cuenta	100%
Nº de veces en abstinencia por su cuenta	x : 3 veces; σ : 1.1; Mo: 2 veces; Mín: 2 veces; Máx: 5 veces
Tiempo en abstinencia por su cuenta	x : 9 meses; σ : 8.5; Mín: 1 mes; Máx: 24 meses
Fase de la adicción en la que quedó	Buscador: 16.7%; Disfuncional: 66.7%; Autodestructiva: 16.7%
Droga primaria de abuso	Basuco: 50%; Alcohol: 16.7%; Marihuana: 16.7%; Heroína: 16.7%

Nota. x = Media; σ = Desviación Típica; Mo= Moda; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

La tabla 8 indica que la problemática comenzó en la adolescencia (x : 14.7 años; σ : 3.8) y se consolidó en dicha etapa (x : 18.5 años; σ : 2.8), iniciándose con las drogas de entrada (Alcohol: 66.7%; Nicotina: 33.3%) -salvo la marihuana-, ampliándose con el tiempo a varias SPA (Basuco: 50%; Alcohol: 16.7%; Marihuana: 16.7%; Heroína: 16.7%), siendo el lapso más frecuente en el consumo de cinco años.

Este patrón conllevó al 83% a las últimas fases de la adicción (Disfuncional: 66.7%; Autodestructiva: 16.7%) y a no poder superar la problemática por sí mismos, a pesar que el 100% se esforzó por abstenerse del consumo como mínimo en dos oportunidades, por espacios de tiempo variables (Mín: 1 mes; Máx: 24 meses).

Tabla 9.

Severidad del consumo de SPA.

Consumo de SPA (de mayor a menor)	Frecuencia de consumo			Nivel de consumo			Tiempo de consumo	
	D	S	Q	M	A	M		B
Alcohol	100%	67%	33%		33%	33%	33%	x : 8.9 años; σ : 7.3; Mo: 5 años; Mín: 2.5 años; Máx: 23 años
Marihuana	83%	80%		20%	60%		40%	x : 7.2 años; σ : 7.5; Mo: 3 años; Mín: 2 años; Máx: 20 años
Nicotina	83%	100%			60%	20%	20%	x : 8.2 años; σ : 6.9; Mín: 3 años; Máx: 20 años
Basuco	67%	75%		25%	75%		25%	x : 2.3 años; σ : 1.6; Mín: 2 años; Máx: 4 años
Cocaína	33%	100%			50%		50%	x : 3.2 años; σ : 1; Mín: 2.1 años; Máx: 4 años
Heroína	17%	100%					100%	x : 2 años
Psicofármacos				100%			100%	x : 1 año
Inhalantes	17%	100%			100%			x : 0.1 año

Nota. D= Diaria; S= Semanal; Q= Quincenal; A= Alto; M= Medio; B= Bajo; x = Media; σ = Desviación Típica; Mo= Moda; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

En la tabla 9 se puede advertir consumo de alcohol en el 100% de los participantes, marihuana y nicotina en el 83% y basuco en el 67%, con frecuencias diaria [nicotina (100%); marihuana (80%); basuco (75%)] y semanal [alcohol (67%)], niveles alto [basuco (75%); marihuana y nicotina (60%); alcohol (33%)], por dos años como mínimo.

Desciende el consumo de cocaína al 33% y heroína al 17% de los participantes, con frecuencias diaria [heroína (100%)] y semanal [cocaína (100%)], niveles alto [cocaína (50%),] y bajo [heroína (100%)], por mínimo dos años.

También baja el consumo de psicofármacos e inhalantes al 17% de los participantes, con frecuencias diaria [inhalantes (100%)] y mensual [psicofármacos (100%)], niveles alto [inhalantes (100%)] y bajo [psicofármacos (100%)] por un año de consumo para los psicofármacos y un mes para los inhalantes.

Tabla 10.

Antecedentes laborales.

Variable	Magnitud
Presencia de actividad laboral	100%
Profesión u ocupación	Vigilancia, Publicidad, Recreación, Construcción y Guarnición; Mo: Vigilancia
Nivel promedio de ingresos	Bajo: 50%; Medio: 50%
Nivel general de desempeño laboral	Bueno: 100%
Tiempo laborado	x : 8.2 años; σ : 7.1; Mín: 0,5 años; Máx: 20 años
Trabajaba antes de ingresar a tratamiento	50%
Consecuencias laborales por la adicción	Ninguna: 33.3%; Abandono: 50%; Pérdida: 16.7%

Nota. x = Media; σ = Desviación Típica; Mo= Moda; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

La tabla 10 indica que el 100% ha trabajado, el 66.7% tiene escasa calificación laboral (vigilancia, construcción, guarnición) y el 50% tiene niveles bajos de ingresos, pero laboraron por periodos variables de tiempo (Mín: 0.5; Máx: 20 años). Aunque el 100% consideró bueno su nivel general de desempeño, al 66.7% el consumo le ocasionó consecuencias laborales negativas (Abandono: 50%; Pérdida: 16.7%) y el 50% no estaba trabajando antes de ingresar.

Tabla 11.

Antecedentes escolares.

Variable	Magnitud
Escolaridad	Primaria: 17%; Secundaria: 50%; Superior: 33%;
Grado en el que dejó de estudiar	2º: 17%; 8º: 33%; 11º: 17%; 1ºU: 17%; 7º U: 17%;
Nivel de desempeño académico	Bueno: 50%; Regular: 50%
Abandonó el estudio por el consumo	33%
Estudiaba antes de ingresar a tratamiento	17%

Nota. U= Universidad.

Se puede observar en la tabla 11 que el 100% no terminó su proceso educativo, aunque el 83% ha adelantado parte de sus estudios (Secundaria: 50%; Superior: 33%), el 33% lo abandonó por causa del consumo y sólo el 17% estaba estudiando en el momento de ingresar.

Tabla 12.

Antecedentes familiares.

Variable	Magnitud
Personas encargadas de la crianza	Padres: 83.3%; Familiares: 16.7%
Calidad de la crianza	Buena: 66.7%; Regular: 33.3%
Presencia de hermanos	100%
Nº de hermanos	x : 4.5 hermanos; σ : 3.4; Mo: 3 hermanos; Mín: 1 hermano; Máx 11 hermanos
Calidad de la relación con los hermanos	Buena: 100%
Presencia de matrimonio/unión libre	50%
Número de veces casado/unión libre	1 vez
Calidad de la relación de pareja	Buena: 33.3%; Regular: 33.3%; Mala: 33.3%
Presencia de hijos	16.7%
Número de hijos	2 hijos
Calidad de la relación con los hijos	Buena: 100%
Con quién vive	Padres: 66.7%; Familiares: 33.3%
Nivel económico familiar	Medio: 50%; Bajo: 50%
Adicción en la familia	33.3%

Nota. x = Media; σ = Desviación Típica; Mo= Moda; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

Como se puede advertir en la tabla 12, el 100% de los participantes consideró como buenas las relaciones con sus hermanos, el 83.3% fue criado por sus progenitores y el 66.7% consideró como buena la calidad de la crianza y vivía en su grupo familiar de origen en el momento de ingresar a tratamiento, presentándose coadicción en el 33.3% de los hogares.

Sólo el 50% conformó un grupo familiar propio, estableciendo dicha unión en una sola ocasión, aunque la calidad de las relaciones no tiende a ser buena (Regular: 33.3%; Mala: 33.3%) y sólo hay presencia de hijos en el 16.7% producto de dicha relación (2 hijos), pero en este caso la calidad de la relación sí es buena (100%).

Tabla 13.

Antecedentes médicos.

Tipo de antecedente	%	Especificación
Patológico	83%	Varicela, Sarampión, Hepatitis, Úlcera gástrica
Quirúrgico	67%	Apendicitis, Disparo en pierna-en tórax, Biopsia
Traumático	67%	Abuso físico/emocional, Violencia contra la familia
Alérgico	33%	Dermatológico, Alergia crónica
ETS	-	-

Psiquiátricos/Psicológicos	17%	Depresión
Cáncer en la familia	33%	-
Cardiovasculares en la familia	33%	-
Diabetes en la familia	33%	-
Convulsiones en la familia	17%	-
Retardo mental en la familia	-	-
Enfermedad mental en la familia	17%	-
Suicidio en la familia	-	-
Prescripción de medicamentos	33%	Loratadina, Antiácidos

Nota. ETS= enfermedades de transmisión sexual.

En la tabla 13 se puede distinguir que el 83% ha tenido antecedentes patológicos y el 67% antecedentes quirúrgicos y traumáticos. Respecto a los demás antecedentes médicos personales o familiares, en el 17% de los participantes hay diagnóstico dual de depresión, así como antecedentes de enfermedad mental en el grupo familiar.

Tabla 14.

Antecedentes legales.

Variable	Magnitud
Presencia de comisión de delitos	83.3%
Número de delitos cometidos	$x: 263; \sigma : 226; Mo: 500$ delitos Mín: 25 delitos; Máx: 500 delitos
Delitos más frecuentes	Hurto: 40%; Estafa: 40%; Expendio de SPA: 20%
Presencia de arrestos	83.3%
Número de arrestos	$x: 11; \sigma : 13.2; Mo: 1$ arresto; Mín: 1 arresto; Máx: 30 arrestos
Causa más frecuente del arresto	Agresión: 40%; Hurto: 40%; Posesión de SPA: 20%
Presencia de condenas	16.7%
Número de condenas recibidas	1
Causa de la condena	Hurto calificado
Beneficio de libertad condicional (L/C)	16.7%

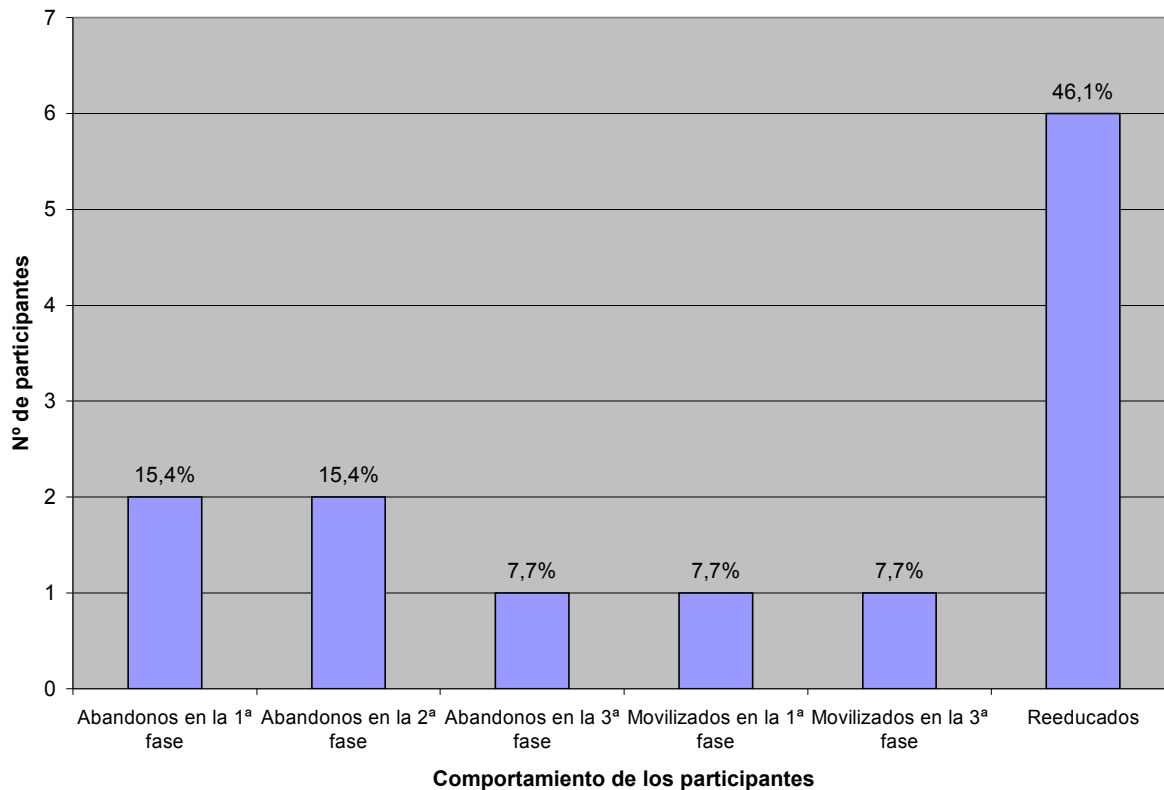
Nº de veces beneficiado con L/C	1 vez
Causal de libertad condicional	Extorsión
Reclusión en instituciones penales	16.7%
Número de reclusiones	1 vez
Tiempo recluido	3 meses
Casos pendientes en juzgados/fiscalías	-

Nota. x = Media; σ = Desviación Típica; Mo= Moda; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

Se puede observar en la tabla 14 que el 83.3% de los participantes cometió delitos y fue arrestado. Aunque los rangos son bastante amplios: [delitos (Mín: 25; Máx: 500); arrestos (Mín: 1; Máx: 30)], algunos delitos son semejantes: (hurto, posesión o expendio de SPA). Sólo el 16.7% presentó otros antecedentes legales como condenas, libertad condicional y reclusiones.

Seguimiento del Proceso de Tratamiento

La siguiente es una síntesis de la información obtenida a lo largo del tratamiento, referente a los siguientes aspectos: a) comportamiento de los participantes durante el proceso, b) tiempo en tratamiento, c) terapias implementadas, d) ayudas implementadas, e) planes de trabajo implementados, f) distinciones y posiciones recibidas, y g) trabajo profesional recibido.

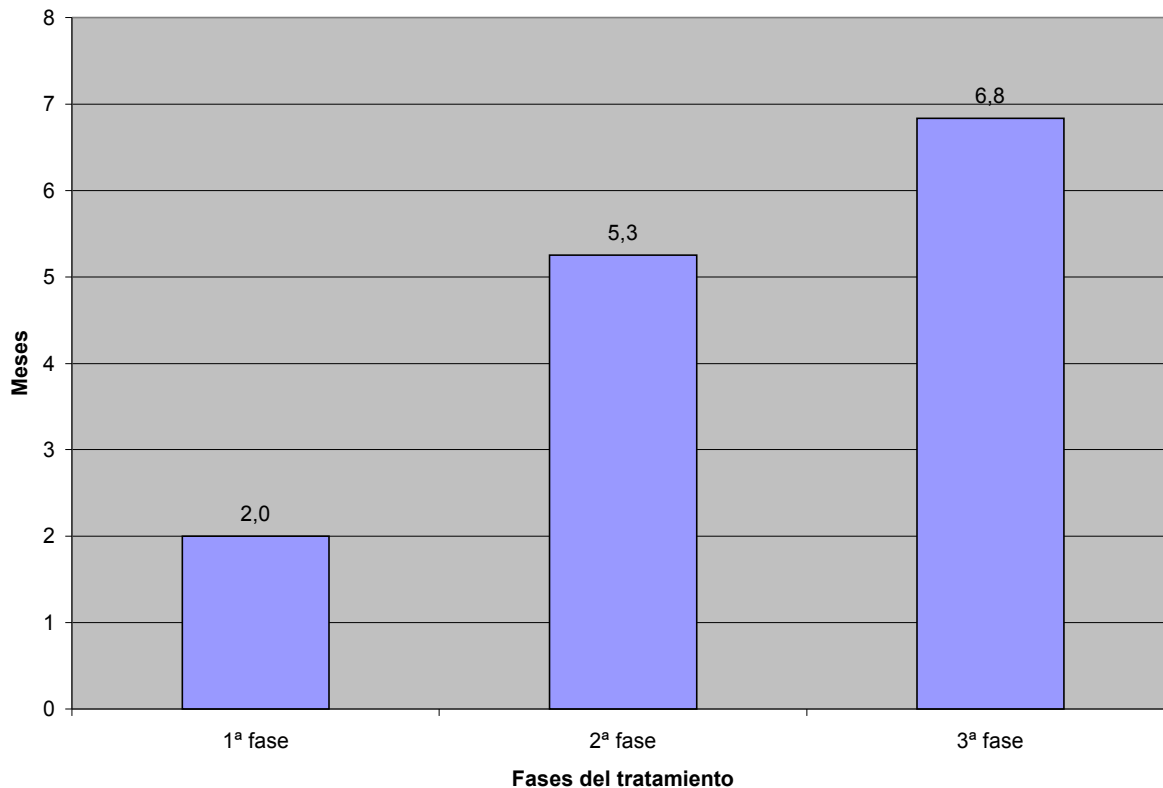


Nota. Abandono: decide no terminar tratamiento; Movilizado: devuelto a la familia por conductas antagónicas; Reeducado: culminó el tratamiento.

Figura 3. Comportamiento de los participantes durante el proceso.

Se puede observar en la figura 3 que el 15.4% de los participantes abandonó el tratamiento tanto en la primera como en la segunda fase, descendiendo al 7.7% en la tercera fase del tratamiento.

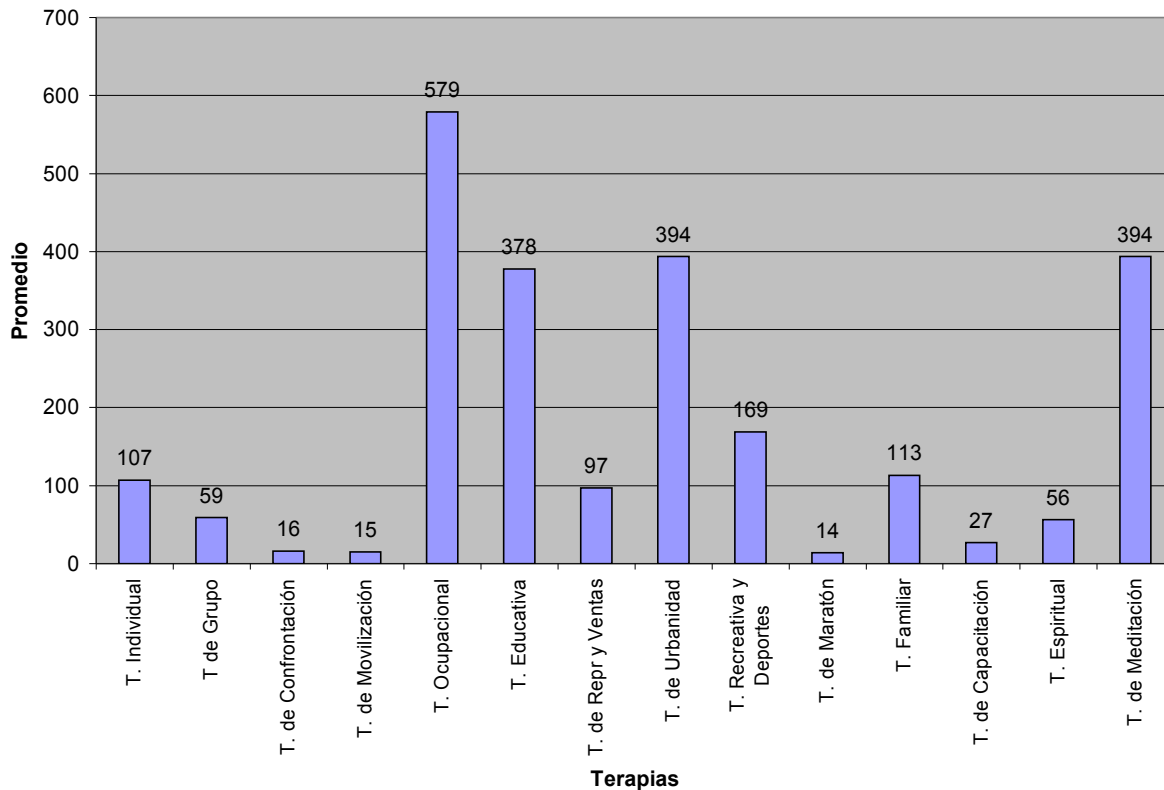
Se movilizó el 7.7% de los participantes tanto en la primera como en la tercera fase de tratamiento y el 46.1% culminó el proceso y obtuvo su primer certificado de reeducación.



Nota. El tiempo mínimo en tratamiento interno es de 12 meses: convencionalmente dos meses en la etapa de compromiso existencial de la 1ª fase; cuatro meses para la 2ª fase (de Grupo 4 a Grupo 1, un mes por etapa); seis meses para la 3ª fase (un mes para Nivel 1-4, dos meses para Nivel 5).

Figura 4. Promedio del tiempo en tratamiento.

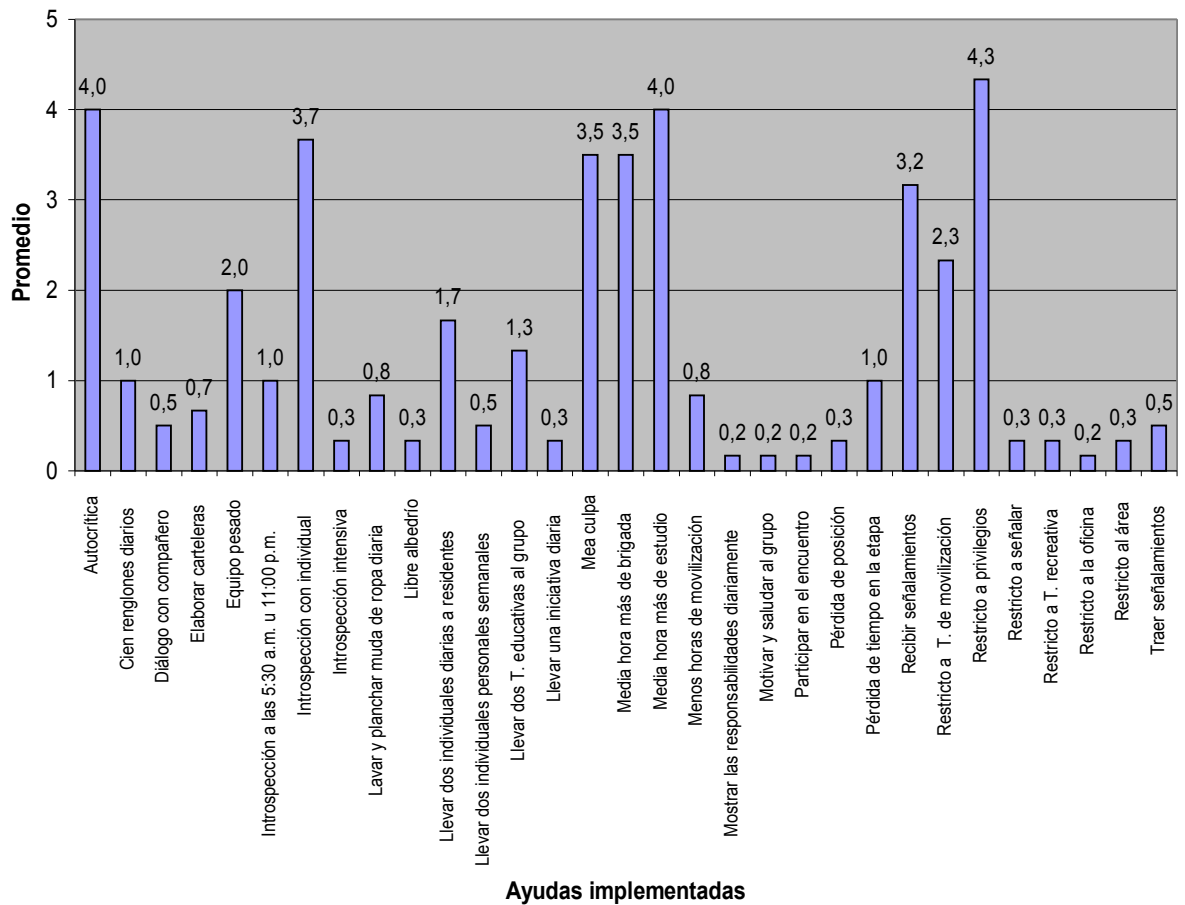
La figura 4 indica que los participantes efectuaron la primera fase en los dos meses convencionalmente estipulados, pero necesitó 5.3 meses para completar la segunda fase (1.3 meses más de los 4 meses requeridos) y 6.8 meses para concluir la tercera fase (0.8 meses más de los 6 meses requeridos), por lo que el tratamiento se efectuó en 14.1 meses en promedio, (2.1 meses más del tiempo mínimo establecido).



Nota. El número de terapias implementadas está estipulado en el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f) de la siguiente manera: T. Individual: $\pm 1-2$ veces x semana; T. de Grupo: ± 1 vez x semana; T. de Confrontación: ± 1 vez por mes; T. de Movilización: ± 1 vez por mes; T. Ocupacional: 1ª fase: 12 veces x semana, 2ª y 3ª fase: 10 veces x semana; T. Educativa: 1ª fase: 11 veces x semana, 2ª y 3ª fase: 6 veces x semana; T. de Representación y Ventas: 2ª y 3ª fase: 2 veces x semana; T. de Urbanidad: 7 veces x semana; T. Recreativa y Deportes: 3 veces x semana; T. de Maratón: 1 vez x mes; T. Familiar: 2 veces x semana; T. de Capacitación: 3º fase: 1 vez x semana; T. Espiritual: 1 vez x semana; T. de Meditación: 7 veces x semana.

Figura 5. Promedio de terapias implementadas.

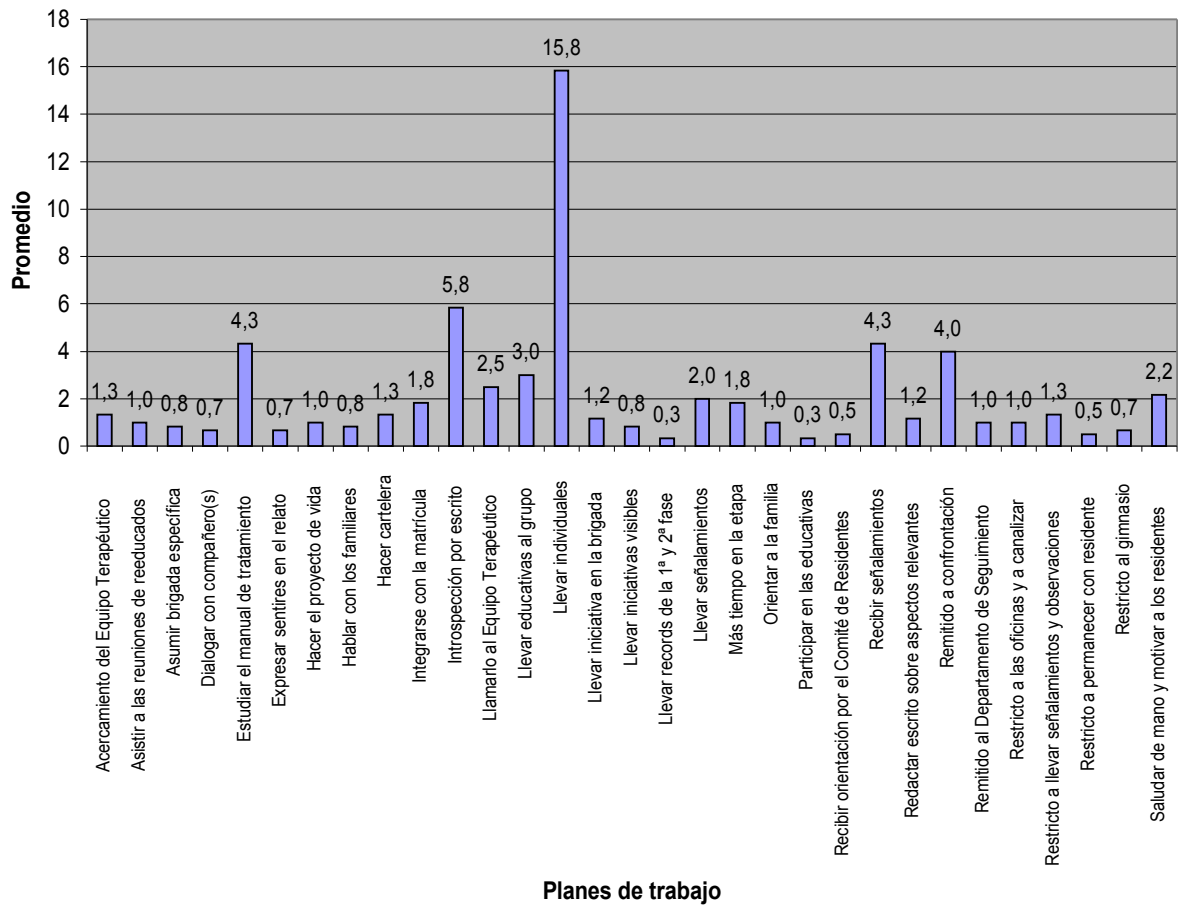
Como se puede apreciar en la figura 5, los participantes se beneficiaron de las 14 modalidades de terapia, recibiendo: 107 individuales, 59 de grupo, 16 confrontaciones, 15 de movilización, 579 ocupacionales, 378 educativas, 97 de representación y ventas, 394 de urbanidad, 169 recreativas y deportivas, 14 de maratón, 113 familiares, 27 de capacitación, 56 espirituales y 394 de meditación, para un total de 2418 terapias. Estos promedios concordaron con los parámetros estipulados por el Manual de Instrucción para la Primera y Segunda Fase de Tratamiento de Hogares CREA (s.f) en cuanto al número de terapias que se deben implementar durante el proceso (ver Nota).



Nota. Autocrítica: juicio crítico que se realiza sobre actitudes o comportamientos propios, enfrente del grupo; Cien renglones diarios: sobre un aspecto en el que se debe mejorar; Diálogo con compañero: conversación con un residente con el que ha presentado algún conflicto; Elaborar carteleras: sobre un tema relevante acorde con su problemática; Equipo pesado: lavar las ollas utilizadas diariamente; Introspección 5:30 a.m. u 11:00 p.m.: observación interior de los propios actos, estados de ánimo o de conciencia, que se realiza sentado aparte del grupo; Introspección con individual: debe llevar una terapia individual después de realizar la introspección; Libre albedrío: no puede participar en ninguna actividad; Mea culpa: exponer ante el grupo una actitud negativa que está asumiendo; Media hora más de brigada: trabajo adicional de terapia ocupacional; Media hora más de estudio: estudio adicional sobre todo del Manual; Participar en el encuentro: activar al residente a expresarse en esta actividad; Pérdida de posición: pérdida de cualquier cargo jerárquico de manejo del Hogar; Recibir señalamientos: el grupo le señala las fallas en las que ha incurrido; Restricto a privilegios: no puede ver televisión, juegos, gimnasio, etc.; Restricto al área: no puede salir del Hogar; Traer señalamientos: señalarle las fallas en que incurren los residentes.

Figura 6. Promedio de ayudas implementadas.

En la figura 6 se puede advertir que las ayudas más implementadas a los participantes durante el tratamiento fueron: restricto a privilegios (4.3), autocrítica (4), media hora más de estudio (4), introspección con individual (3.7), mea culpa (3.5), media hora más de brigada (3.5) y recibir señalamientos (3.2).

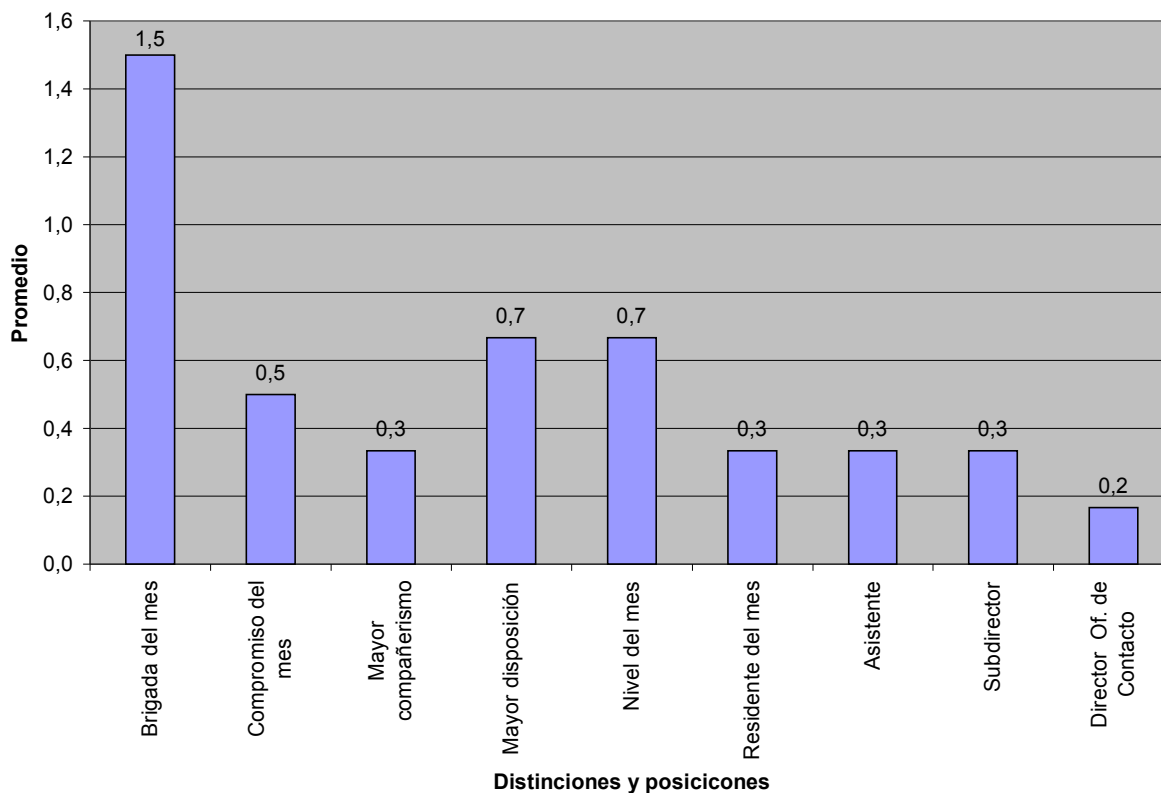


Nota. Acercamiento del Equipo Terapéutico; el equipo establece vínculos con el residente; Asistir a las reuniones de reeducados: cumplir con este requisito de la 4ª fase; Asumir brigada específica: ejecutar una labor particular durante la terapia ocupacional; Dialogar con compañeros: acercarse a otro residente con quien tiene conflictos; Expresar sentires en el relato: el residente comunica su estado de ánimo al grupo en el encuentro matinal; Integrarse con la matrícula: el residente debe vincularse y permanecer con el grupo; Introspección por escrito: entrega un resumen de la introspección al equipo terapéutico; Llevar records de la 1ª y 2ª fase: mantener al día los registros del tratamiento; Llevar educativas al grupo: exponer un tema relevante a los residentes; Llevar señalamientos: señalarle a los residentes las fallas en las que están incurriendo; Más tiempo en la etapa: por su comportamiento ameritó mayor duración en la etapa; Recibir señalamientos. Se le dicen las fallas en las que está incurriendo; Remitido al Departamento de Seguimiento: al terminar su tratamiento interno, pasa a la 4ª fase; Restringido a las oficinas y a canalizar: el nivel no puede entrar a la oficina ni acceder a peticiones de residentes; Restringido a permanecer con residente: no puede relacionarse con un compañero determinado; Saludar de mano y motivar a los residentes: como forma de integrarse con los compañeros y desarrollar habilidades sociales.

Figura 7. Promedio de planes de trabajo implementados.

Se puede observar en la figura 7 que los planes de trabajo más implementados a los participantes durante el tratamiento fueron: llevar individuales (15.8), introspección por

escrito (5.8), estudiar el manual de tratamiento (4.3), recibir señalamientos (4.3), remitido a confrontación (4) y llevar educativas al grupo (3).



Nota. Brigada del mes: equipo de residentes que mejor desempeñó la labor asignada en la terapia ocupacional; Compromiso del mes: residente de la primera fase con mejor desempeño; Mayor compañerismo: residente de la segunda fase con mejor actitud hacia los demás; Mayor disposición: residente de la segunda fase con mayor exigencia en las terapias; Nivel del mes: residente de la tercera fase con mejor desempeño; Residente del mes: residente de la segunda fase con mejor desempeño; Asistente: tercera jerarquía de dirección del Hogar; Subdirector: segunda jerarquía de dirección del Hogar; Director de la Oficina de Contacto: nivel que se encarga de la inducción de aquellas personas con problemas de farmacodependencia que quieren ingresar a tratamiento.

Figura 8. Promedio de distinciones y posiciones recibidas.

Se puede apreciar en la figura 8 que las distinciones más recibidas por los participantes durante el tratamiento fueron: brigada del mes (1.5), mayor disposición (0.7), nivel del mes (0.7) y compromiso del mes (0,5). Asimismo, asumieron diferentes posiciones jerárquicas de manejo del Hogar al interior del equipo terapéutico: Asistente, Subdirector y Director de la Oficina de Contacto.

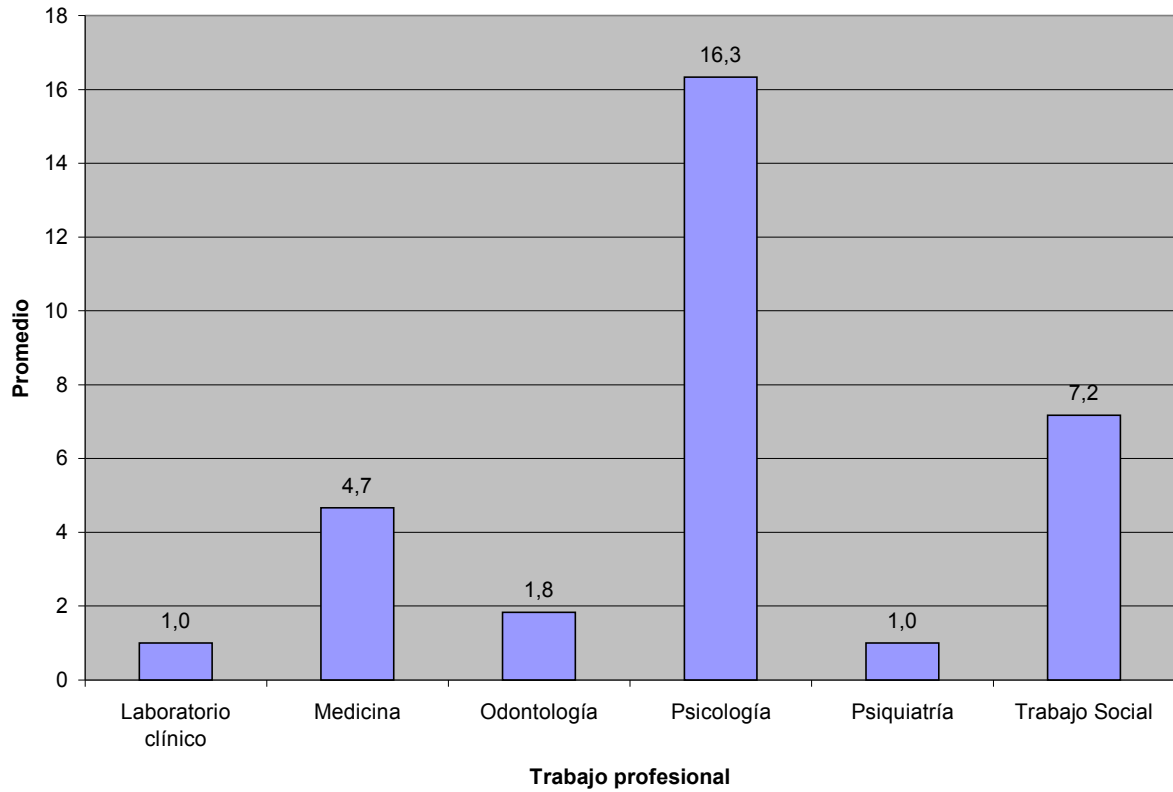


Figura 9. Promedio de trabajo profesional recibido.

Se puede advertir en la figura 9 que los participantes recibieron 32 intervenciones de 6 áreas diferentes de trabajo profesional, destacándose los promedios de psicología (16.3), trabajo social (7.2) y medicina (4.7).

Aplicación de la Preprueba y la Posprueba del MMPI

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la Preprueba y la Posprueba del MMPI, referente a los siguientes aspectos: a) análisis cuantitativo de las escalas de validación y clínicas, b) análisis cualitativo de las escalas de validación, c) interpretación de las escalas de validación y su combinación, d) interpretación de las escalas controladoras y activadoras, e) interpretación de las escalas clínicas a través de patrones, f) interpretación de las escalas clínicas a través del contenido, y g) interpretación de las combinaciones de las escalas clínicas.

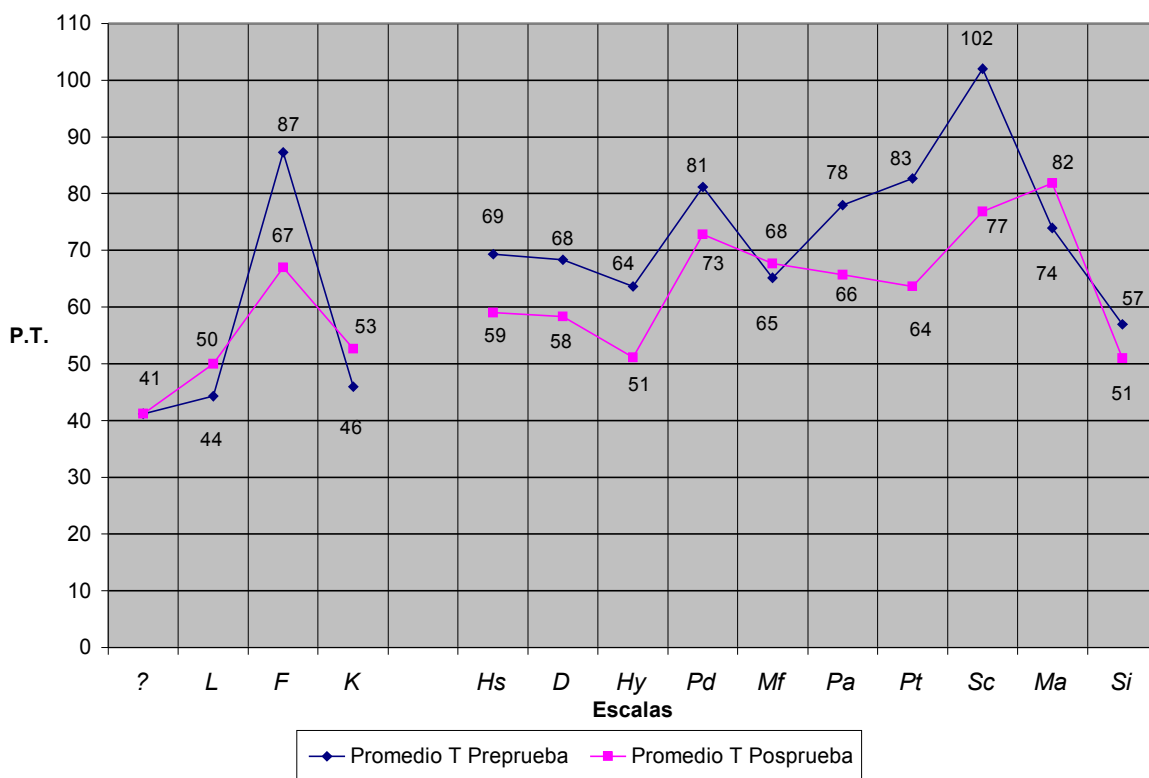
Análisis Cuantitativo de las Escalas de Validación y Clínicas

Tabla 15.

Codificación del perfil.

Escalas	E. de validación				Escalas clínicas									
	?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Números	-	-	-	-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
P.D. Preprueba	1	2	20	10	13	24	24	28	28	18	29	39	24	31
P.D. Posprueba	1	4	10	14	8	20	17	23	29	13	16	23	27	26
K Preprueba					5			4			10	10	2	
K Posprueba					7			6			14	14	3	
P.D. corregida Preprueba					18			32			39	49	26	
P.D. corregida Posprueba					15			29			30	37	30	
T Preprueba	41	44	87	46	69	68	64	81	65	78	83	102	74	57
T Posprueba	41	50	67	53	59	58	51	73	68	66	64	77	82	51

Nota. P.D= Puntuación Directa (promedio); T= Puntuación Típica (promedio); K= Factor corrector.
Fuente: Cuestionario de Personalidad MMPI. Adaptación española. TEA Ediciones S.A., 1988, pp.18-20.



Nota.?-Interrogante: todos aquellos elementos clasificados por el sujeto como “no sé” o “no puedo decir”; *L*-Sinceridad: evaluación del grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando siempre aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable; *F*-Validez: estimación de la garantía que merece el conjunto de las respuestas; *K*-Factor corrector: variable de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas y para identificar la defensividad clínica; *Hs*-Hipocondriasis: preocupación excesiva por las funciones corporales; *D*-Depresión: pesimismo, desesperanza, lentitud de acción y pensamiento; *Hy*-Histeria: utilización inconsciente de problemas físicos y mentales para evitar conflictos y responsabilidad; *Pd*-Desviación psicopática: desconsideración hacia las normas sociales, emociones superficiales, incapacidad para beneficiarse de la experiencia; *Mf*-Masculinidad-feminidad: los reactivos diferencian entre los roles sexuales tradicionales: *Pa*-Paranoia: suspicacia anormal, delirios de grandeza o de persecución; *Pt*-Psicastenia: fobias, obsesiones, compulsividad, temores, culpa, indecisión; *Sc*-Esquizofrenia: pensamientos o conductas extraños, poco comunes, retraimiento, alucinaciones, delirios; *Ma*-Hipomanía: excitabilidad emocional, fuga de ideas, hiperactividad, y *Si*-Introversión social: timidez, desinterés en otros, inseguridad

Figura 10. Evolución del perfil clínico de personalidad de los participantes.

Teniendo en cuenta que una P.T. entre 40 y 59 indica normalidad; entre 60 y 70 indica conducta normal exagerada de tendencias que pueden mostrarse incontroladas cuando se rompa el equilibrio del individuo en situaciones de tensión, y mayor de 70 es indicador clínico, se puede observar en la figura 10 que en promedio hubo una evolución positiva en casi todas las escalas, salvo *L*, *Mf* y *Ma*, dado que el incremento en *K* es positivo.

Ordenamiento de las escalas de validación y clínicas.

Tabla 16.

Escalas ordenadas (Código "Total" de Welsh).

Escalas	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>L</i>	?	8	7	4	6	9	1	2	5	3	0
T Preprueba	87	46	44	41	102	83	81	78	74	69	68	65	64	57
Escalas	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>L</i>	?	9	8	4	5	6	7	1	2	3	0
T Posprueba	67	53	50	41	82	77	73	68	66	64	59	58	51	51

Fuente: Cuestionario de Personalidad MMPI. Adaptación española. TEA Ediciones S.A., 1988, pp. 21-22.

Elaboración de la clave.

Tabla 17.

Nomenclatura para la elaboración de la clave.

120 o más	!!	60 a 69	-
110 a 119	!	50 a 59	/
100 a 109	**	40 a 49	:
90 a 99	*	30 a 39	#
80 a 89	`	29 0 menos	# a la derecha
70 a 79	`		

Fuente: Cuestionario de Personalidad MMPI. Adaptación española. TEA Ediciones S.A., 1988, pp. 21-22.

Clave de la Preprueba: 8** 74` 69` 12 53- 0/ *F` KL*?:

Clave de la Posprueba: 9` 84` 567- 12 30/ *F- KL*/ ?:

Análisis Cualitativo de las Escalas de Validación y Clínicas

Validez del perfil.

De acuerdo con Rivera (1991) si coinciden las siguientes tres reglas, se debe suponer que las respuestas del sujeto no son válidas y el perfil se considera invalidado.

1. El puntaje directo de la escala *F* debe ser igual o superior a 20:

P.D. Preprueba $F=20$ Cumple esta regla.

P.D. Posprueba $F=10$ No cumple esta regla.

2. El índice de Gough ($F-K$) debe ser igual o superior a +9, utilizando la PD:

$F-K$ Preprueba: $20-10=10$ Cumple esta regla.

$F-K$ Posprueba: $10-14=-4$ No cumple esta regla.

3. Ninguna de las diez escalas clínicas se debe encontrar dentro de la zona de normalidad estadística (T 55 a T 45):

Escalas Preprueba: no hay ninguna en esta zona. Cumple esta regla.

Escalas Posprueba: las escalas 3 y 0 se encuentran en esta zona. No cumple esta regla.

Conclusión: el perfil de la Preprueba está invalidado y la interpretación debe hacerse con reservas. El de la Posprueba es válido y la interpretación puede hacerse sin reservas.

Interpretación de las escalas de validación.

(?) Interrogante: comprende todos aquellos elementos clasificados por el sujeto como “no sé” o “no puedo decir” (Hathaway y McKinley, 1945).

T Preprueba: 41

T Posprueba: 41

Dado que en las dos aplicaciones se respondieron casi todos los reactivos, el valor fue bajo, no afectó el significado de las demás escalas y validó los perfiles.

(L) Sinceridad: evalúa el grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando siempre aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable (Hathaway y McKinley, 1945).

T Preprueba: 44

T Posprueba: 50

Inicialmente su actitud al responder al inventario fue espontánea, tendiendo a ser muy sinceros en su autocrítica. Posteriormente continuó la tendencia a ser bastante autocríticos, aunque trataron de ofrecer una imagen favorable de sí mismos, intentando ajustarse a lo que socialmente se esperaba de ellos.

(F) Validez: se utiliza para estimar la garantía que merece el conjunto de las respuestas (Hathaway y McKinley, 1945). Además, sus reactivos se refieren a elementos severos de alteraciones psicológicas. Es por esto que al observarse elevada, por lo general indica fuerte tensión interna y la tendencia a la exageración de la propia problemática, frecuentemente ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí mismos. Se considera adecuada alrededor de T 60 (Rivera, 1991).

T Preprueba: 87

T Posprueba: 67

Al contestar inicialmente el cuestionario trataron de mostrarse espontáneos para comunicar sus problemas, tendiendo a exagerarlos porque los vivían con mucha intensidad

y fuerte tensión interna. Posteriormente, aunque sentían tener problemas, no consiguieron expresarlos en forma abierta, ya que esto distorsionaría su imagen y reduciría la consecuente aceptación social que necesitaban.

(K) Factor corrector: se refiere a la tendencia a no reconocer la propia problemática. Además, contribuye como factor de corrección de cinco escalas. Si los puntajes no sobrepasan el nivel de T 70, se relacionan con la posibilidad de encontrar una adecuada capacidad de *insight* (Rivera, 1991).

T Preprueba: 46

T Posprueba: 53

Hubo un ligero incremento en la sensación que los participantes tuvieron de poder enfrentar y resolver sus problemas por sí mismos.

Elaboración de la combinación de las escalas de validación.

Tabla 18.

Nomenclatura para la elaboración de la combinación de las escalas de validación.

-	Puntajes de T 44 o menos
+ -	Puntajes de T 45 a T 69
+	Puntajes de T 70 o más

Fuente: Rivera, 1991, p. 27.

Combinación de la Preprueba: $-L +F \pm K$

Combinación de la Posprueba: $\pm L \pm F \pm K$

Interpretación de la combinación de las escalas de validación.

De acuerdo con las normas para la interpretación postuladas por Rivera (1991), inicialmente los participantes asumieron una actitud de espontaneidad al responder al inventario y comunicar sus problemas, viviéndolos con fuerte tensión interna ($+F$) y tratando de mostrar una severa autocrítica ($-L$). No obstante, tuvieron la sensación de poder enfrentar y resolver la mayoría de sus conflictos ($\pm K$).

Posteriormente trataron de ofrecer una imagen favorable de sí mismos ($\pm L$), con una reducida capacidad de autocrítica que les impidió un adecuado reconocimiento de sus

problemas, distorsionándolos ($\pm F$), sintiendo que poseían buena capacidad para enfrentarlos por sí mismos ($\pm K$).

Interpretación cualitativa a través de las escalas controladoras y activadoras.

Escalas controladoras.

K. Factor corrector: ya que ofrece datos acerca de la idea que tiene el sujeto sobre su capacidad para resolver por sí mismo sus problemas (Rivera, 1991).

T Preprueba: 46

T Posprueba: 53

Dado que están en un rango intermedio, indica que los participantes tuvieron la sensación de poder resolver la mayoría de sus problemas por sí mismos.

2. Depresión (*D*): expresa lo que podría tomarse como un control interno, fundamentado en sentimientos de inseguridad y culpa que tienden a frenar las descargas impulsivas (Rivera, 1991).

T Preprueba: 68

T Posprueba: 58

Aunque inicialmente hubo pretensión de mantener todo bajo control para evitar de esta manera la vivencia de situaciones nuevas y críticas, ante las cuales probablemente se descarguen sus impulsos y se generen sentimientos de culpa, estas actitudes disminuyeron a lo largo del proceso.

3. Histeria (*Hy*): presenta las características de un control de tipo externo que se ejerce a través de la necesidad de aceptación social de la persona (Rivera, 1991).

T Preprueba: 64

T Posprueba: 51

Inicialmente intentaron lograr la aceptación social expresando sus demandas afectivas en forma infantil, lo cual tendió a disminuir durante el proceso.

7. Psicastenia (*Pt*): indica lo intenso de la ansiedad que vive el sujeto. Este aspecto también puede verse como un elemento de control de las descargas impulsivas (Rivera, 1991).

T Preprueba: 83

T Posprueba: 64

Dado que inicialmente fue elevada, indica que los participantes experimentaban una intensa tensión emocional como producto del alto nivel de ansiedad que les producían sus problemas y la sensación que tenían de no poderlos manejar. Posteriormente, dado que no sobrepasó la puntuación T de 70, indica un adecuado nivel de angustia, que con frecuencia es el resultado de una actitud crítica frente a la vida, que les permitió ser conscientes de sus fallas, sus problemas y sus posibles causas, haciendo que trataran de modificarlos.

Escalas activadoras.

Incremento en la escala 4 (*Pd*): implica falla en el control de los impulsos (Rivera, 1991).

T Preprueba: 81

T Posprueba: 73

El puntaje inicial elevado indica que tenían grandes dificultades para controlar sus impulsos y para postergar la satisfacción de sus necesidades, aspectos que mejoraron un poco con el tratamiento, aunque siguieron siendo problemáticos.

Incremento en la escala 6 (*Pa*): debido a las descargas agresivas que indica (Rivera, 1991).

T Preprueba: 78

T Posprueba: 66

El puntaje inicial elevado indica que cuando se frustraban muy probablemente explotaban de manera agresiva y sin consideración de las normas sociales. Sus conflictos psíquicos eran proyectados, y en esta medida desconfiaban, se sentían amenazados y rechazados por los demás, y ante esta sensación a veces se defendían realizando anticipadamente descargas agresivas. Estos aspectos tendieron a disminuir, pero ante situaciones estresantes pueden reaparecer.

Incremento en la escala 8 (*Sc*): por las características de reducción en el contacto con la realidad, lo que puede favorecer la expresión de conductas caóticas (Rivera, 1991).

T Preprueba: 102

T Posprueba: 77

El puntaje inicial elevado indica que ante este cúmulo de dificultades y ansiedad se defendían a través de mecanismos de defensa como aislarse, perder el contacto con la realidad y fugarse a la fantasía, principalmente ante situaciones frustrantes y como compensación al rechazo que sentían de los demás, hasta el punto de que la personalidad podría desintegrarse y en esta medida derivar en una psicosis. El puntaje final indica una disminución de dichas tendencias, aunque todavía son características.

Incremento en la escala 9 (*Ma*): por la energía que indica, ya que esto destaca la importancia de algunas escalas que señalan la falla en el control de impulsos (Rivera, 1991).

T Preprueba: 74

T Posprueba: 82

El puntaje inicial elevado y final incrementado indica comportamiento impulsivo y falta de organización de la energía, pues al encontrarse dispersa en una gran cantidad de actividades se obtienen logros reducidos en la realidad.

Interpretación de las escalas clínicas a través de patrones.

De acuerdo con Graham (2000) “la interpretación de perfiles basada en las dos o tres escalas más altas es la aproximación de mayor uso” (citado en Compas y Gotlib, 2003, p. 231), lo cual es corroborado por Phares y Trull (2000), quienes afirman que “las interpretaciones simples basadas en la elevación de las escalas ha virado hacia un examen de los patrones o perfiles de puntuaciones” (p.210). Al respecto, Hathaway y McKinley (1945) afirman que:

En un sentido amplio, los perfiles tanto de las personas normales como de las anormales tienen alguna similitud con los tres patrones generalizados: el neurótico (dominados por la tríada *Hs*, *D*, *Hy*, con la escala *Pt* considerada también en esta

línea), el inadaptado (dominados por la tríada *Pd*, *Mf* y *Ma*, y menos claramente por la escala *Pa*) y el psicótico (dominados por la tríada *Pa*, *Pt*, *Sc*, con *D* y *Ma* para apoyar este patrón) (p. 37).

Es así como los resultados obtenidos en la Preprueba corresponden al perfil psicótico, en combinación con el inadaptado, mientras que con los resultados de la Posprueba se invierte la relación, dado que corresponden al perfil inadaptado, en combinación con el psicótico. De acuerdo con lo postulado por Hathaway y McKinley (1945):

Por lo general las personas inadaptadas son más propensas a estar en conflictos con la sociedad, y los psicóticos están más obvia y profundamente afectados, pero estas generalizaciones están sujetas a muchas excepciones. Dentro de ciertos límites, cuanto mayor sea el número de puntuaciones elevadas, y cuanto más altas sean éstas, tanto más probable es que la persona se encuentre seriamente perturbada o afectada, aunque la interpretación de los perfiles nunca debe ser considerada como un diagnóstico definitivo. La realidad es que los individuos mejoran o empeoran clínicamente; o bien, si no existen problemas clínicos en los sujetos, éstos cambian con relación a varios factores significativos de su personalidad (p. 37).

De acuerdo con las reglas para la clasificación de perfiles en grados de psicopatología postuladas por Rivera (1991) tanto el perfil de la Preprueba como el de la Posprueba se encuentran en el Grado 1, que indica psicopatología severa, porque cumplen con la Regla a: cualquier escala, con excepción de la 5, esté localizada en T 80 o por arriba.

Interpretación de las escalas clínicas a través del contenido.

De acuerdo con las normas para la interpretación postuladas por Rivera (1991) y teniendo en cuenta el orden de la clave de la Posprueba (9` 84` 567- 12 30):

9. Hipomanía (*Ma*) mide el rasgo de personalidad característico de personas que presentan una marcada superproductividad de pensamiento y acción, aunque hay dificultad en diferenciar clínicamente pacientes hipomaniacos de personas normales y llenas de energía. Con frecuencia el hipomaniaco se pone en dificultades al tratar de realizar muchas cosas; es activo y entusiasta; sus actividades pueden estorbar otros debido a sus intentos de lograr reformas sociales, a su entusiasmo para promover proyectos en los que después

pierde interés, o a su poca atención a principios sociales establecidos. Por esto último puede ponerse en contradicción o dificultades con la ley. El paciente, aún en los casos más extremos, tiende a mejorar con el tiempo, pero este factor básico es muy probable que reaparezca periódicamente (Hathaway y McKinley, 1945).

T Preprueba: 74. Indicador clínico.

T Posprueba: 82. Indicador clínico.

Dado el puntaje inicial elevado y final incrementado, se puede describir a estas personas como dinámicas, emprendedoras, ambiciosas y con gran energía para tratar de realizar muchas actividades, en ocasiones en forma simultánea. Sus relaciones interpersonales pueden considerarse bien integradas, aunque superficiales, lo que refleja cierta imposibilidad para establecer compromisos afectivos profundos. Tal vez esto se deba a la falta de constancia en la motivación que los lleva a realizar cambios frecuentes en sus actividades, en ocasiones sin concluir lo que han iniciado, al sentirse más atraídos por iniciar algo nuevo. Uno de los principales problemas conductuales es la falta de organización de la energía, pues al encontrarse dispersa en una gran cantidad de actividades se obtienen logros reducidos en la realidad.

8. Esquizofrenia (*Sc*) evalúa el grado de similitud con los pacientes que se caracterizan por pensamientos y conductas inusitadas y extrañas, existiendo una separación entre la vida subjetiva y la realidad (Hathaway y McKinley, 1945). Sin embargo, Rivera (1991) afirma que su utilidad para detectar esta alteración resulta bastante frágil porque es uno de los síndromes más complejos, por lo cual la elevación de los puntajes puede interpretarse, en la mayoría de los casos, como una tendencia importante hacia el aislamiento y la fantasía.

T Preprueba: 102. Indicador clínico.

T Posprueba: 77. Indicador clínico.

Dado el puntaje inicial elevado, quizá presenten problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales, empleando con exageración el mecanismo de fuga a la fantasía como forma de compensación ante dicha incapacidad, así como confusiones ocasionales entre la fantasía y la realidad, lo que puede representar un riesgo de desintegración para la estructura de la personalidad. Estos rasgos disminuyeron notablemente durante el proceso, pero siguen estando en un rango clínico.

4. Desviación psicopática (*Pd*) evalúa la ausencia de una respuesta emocional profunda, la incapacidad de beneficiarse de las experiencias y la desconsideración hacia normas sociales. Aunque a veces es peligrosa para sí misma y para otras, generalmente es agradable e inteligente y su tendencia hacia lo anormal no se descubre hasta que se encuentra en serias dificultades. Sus más frecuentes desviaciones de las normas sociales son el mentir, el robar, la afición al alcohol o a las drogas y a la perversión sexual. Cuando existen puntuaciones altas, no hay una terapia efectiva para mejorar estas personas, pero con el paso del tiempo y con una orientación cuidadosa e inteligente, puede conseguirse una adaptación adecuada. (Hathaway y McKinley, 1945). Rivera (1991) afirma que los elementos de esta escala se interpretan como una medida muy general de la posibilidad de que el individuo manifieste sus descargas impulsivas en forma abierta y sin control. Desde el punto de vista psicodinámico puede reflejar la manifestación de las características del *ello* en la personalidad.

T Preprueba: 81. Indicador clínico.

T Posprueba: 73. Indicador clínico.

El puntaje inicial elevado sugiere que el individuo es egocéntrico, narcisista, con dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas y tendencia a evitar responsabilidades y compromisos. Puede que trate de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos y sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades. Esto se relaciona con problemas para establecer vínculos con figuras que representan autoridad, dificultades para someterse a imposiciones y manifestaciones conductuales que van desde la inconformidad encubierta hasta la rebelión más franca. Aunque estos rasgos disminuyeron durante el proceso, siguen estando en un rango clínico.

5. Masculinidad-Feminidad (*Mf*) Rivera (1991) señala que esta escala no tiene una denominación clínica y se refiere a las características masculinas y femeninas que el grupo social asigna convencionalmente a los respectivos papeles del hombre y de la mujer. De modo que debe considerarse como una medida de las actitudes de ajuste ante diversas situaciones sociales, así como de los intentos por ofrecer una apariencia determinada en

relación con la vivencia de un papel psicosexual. De ninguna forma puede tomarse como instrumento de detección de algún tipo de alteración de la sexualidad. En general, la elevación en los puntajes de esta escala indica qué tan alejado se siente una persona de estar cubriendo el papel psicosexual socialmente asignado.

T Preprueba: 65. Indicador de conducta normal exagerada

T Posprueba: 68. Indicador de conducta normal exagerada

El puntaje inicial y final incrementado dentro de este rango indica que se presentó un alejamiento del papel psicosexual socialmente asignado.

6. Paranoia (*Pa*) contrasta personas normales con pacientes caracterizados por delirios de persecución, susceptibilidad o sospecha, hipersensibilidad, con o sin egotismo expansivo. Aunque unas puntuaciones válidas de T 80 o superiores son siempre significativas de perturbaciones de la normalidad, deben considerarse clínicamente también las que se encuentren entre 70 y 80 (Hathaway y McKinley, 1945).

T Preprueba: 78. Indicador clínico.

T Posprueba: 66. Indicador de conducta normal exagerada.

De acuerdo al puntaje inicial elevado, se ponen de manifiesto actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencias a interpretar los estímulos inadecuadamente. Además se reflejan frecuentes descargas de agresividad que pueden considerarse como defensas anticipadas ante posibles situaciones de ataque que el individuo percibe como amenazantes para su seguridad. Estas características generan dificultad para establecer relaciones interpersonales, ante la percepción y el sentimiento de estar limitado por el ambiente. El mecanismo de defensa generalmente utilizado es la proyección, a través de la cual el individuo percibe a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, de sus problemas y de sus propias fallas. El puntaje final disminuido es indicativo de mejoría, pues pasó al rango de conducta normal exagerada de tendencias paranoicas que pueden mostrarse incontroladas cuando se rompa el equilibrio del individuo en situaciones de tensión.

7. Psicastenia (*Pt*) evalúa la semejanza entre los examinados y los pacientes psiquiátricos aquejados por fobias o conducta compulsiva. Este patrón de personalidad es

relativamente difícil de modificar, pero la comprensión de los problemas propios y el alivio de la tensión general pueden conducir a una buena adaptación del sujeto. Las puntuaciones T de 80 o más representan un grado anormal de perturbación (Hathaway y McKinley, 1945). Según Rivera (1991) la escala también se refiere, cuando es elevada, a la angustia con que el individuo enfrenta diversas situaciones de la vida. Desde el punto de vista psicodinámico, puede indicar algunas de las características *superyoicas* de la personalidad.

T Preprueba: 83. Indicador clínico.

T Posprueba: 64. Indicador de conducta normal exagerada.

De acuerdo con el puntaje inicial elevado, la angustia se exagera notablemente, apareciendo mecanismos conductuales que acompañan al pensamiento obsesivo, principalmente el uso exagerado de la intelectualización. Es probable que se sienta bastante inconforme con sus características y asuma una actitud de competencia hacia los demás, con el fin de alcanzar los rasgos de un *yo ideal* que se ha fijado como la pauta de su autoconcepto. Las relaciones interpersonales pueden ser bastante problemáticas, ya que por su exigencia y falta de tolerancia, con frecuencia rechazan a los demás y son también poco tolerados, por lo que experimentan sentimientos de soledad. Otras características son: incapacidad para tomar decisiones rápidas, exigencia hacia sí mismo y en ocasiones hacia los demás, reducción en la tolerancia hacia las propias fallas o las de los otros, búsqueda de patrones de comportamiento preestructurados, delimitación precisa y clara de las situaciones que se tiene que enfrentar, meticulosidad, tendencia al perfeccionismo y a reaccionar con respuestas generalizadas e inadecuadas ante fragmentos de estímulos. Teniendo en cuenta el indicador clínico inicial, el puntaje final obtenido es indicativo de mejoría, pues pasó al rango de conducta normal exagerada de tendencias psicasténicas que pueden mostrarse incontroladas cuando se rompa el equilibrio del sujeto en situaciones de tensión.

1. Hipocondriasis (*Hs*) evalúa el grado de preocupación anormal por las propias funciones corporales. Se preocupan demasiado por su estado de salud, quejándose frecuentemente de dolores y malestares que son difíciles de identificar y para los que no se encuentra causa orgánica clara. Es característico del hipocondríaco ser inmaduro en la forma de enfrentarse a sus problemas como adulto, tendiendo a fracasar en la resolución

adecuada de los mismos. Con una intervención psicoterapéutica se puede modificar una puntuación alta, pero es muy probable que su personalidad no cambie radicalmente (Hathaway y McKinley, 1945).

T Preprueba: 69. Indicador de conducta normal exagerada.

T Posprueba: 59. Rango normal.

Para la interpretación de los puntajes obtenidos en la escala se tienen en cuenta las desviaciones comprendidas entre 60 y 70, puesto que son indicativas de una conducta normal exagerada de tendencias hipocondríacas que pueden mostrarse incontroladas cuando se rompa el equilibrio del individuo en situaciones de tensión. Dado que el puntaje final está en el rango normal, indica que los participantes disminuyeron dichas tendencias a lo largo del proceso.

2. Depresión (*D*) evalúa la profundidad de este síndrome clínico, que puede ser la perturbación principal del paciente, o estar acompañada o ser el resultado de otros problemas de personalidad. Una puntuación alta indica decaimiento de la moral, con ciertos sentimientos de inutilidad e incapacitación para mostrar optimismo normal en relación con el futuro. Sugiere además un fondo personal caracterizado por falta de confianza en sí mismo, tendencia a preocuparse, estrechez de intereses e introversión cuando se enfrenta a una situación crítica (Hathaway y McKinley, 1945). De igual modo, Rivera (1991) afirma que describe el conjunto de características relacionadas con los sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa, que pueden ser parte de un gran número de síndromes psicopatológicos.

T Preprueba: 68. Indicador de conducta normal exagerada.

T Posprueba: 58. Rango normal.

Aunque el puntaje inicial está en el rango indicador de conducta normal exagerada, su disminución final y el hecho de ser uno de los menores del perfil no es indicativo de presencia significativa de dicho rasgo en los participantes.

3. Histeria (*Hy*) mide el grado en que el examinado es similar a los pacientes con el síndrome de histeria de conversión. Los síntomas pueden ser malestares generales y sistemáticos, o más específicos, tales como parálisis, contracciones musculares, dolores

gástricos o intestinales o deficiencias cardíacas. Aquellos con una puntuación alta son propensos a episódicos ataques de debilidad, desmayos o incluso convulsiones epileptoides. Es posible que nunca aparezcan estos síntomas en una persona que ha obtenido una puntuación alta, pero en una situación de tensión probablemente se comportará abiertamente de forma histérica y resolverá los problemas que le perturban desencadenando los síntomas indicados. Estos individuos son más inmaduros psicológicamente que los de cualquier otro grupo (Hathaway y McKinley, 1945). Al respecto, Rivera (1991) postula que se refiere a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda los demás. Conforme la escala se eleva, la expresión de esta necesidad adquiere las características de una conducta infantil en la que se exagera la petición de afecto, apareciendo manifestaciones de exhibicionismo e histrionismo. Además, muestran muy poca tolerancia a la frustración y al rechazo. Es difícil que acepten que la base de su problema es de tipo psicológico y la represión es uno de sus principales mecanismos de defensa.

T Preprueba: 64. Indicador de conducta normal exagerada.

T Posprueba: 51. Rango normal

Aunque el puntaje inicial obtenido es indicativo de conducta normal exagerada de tendencias histéricas que pueden mostrarse incontroladas cuando se rompa el equilibrio del sujeto en situaciones de tensión, por el hecho de ser uno de los más bajos del perfil y haberse normalizado al final, dicho rasgo no es característico de los participantes.

0. Introversión social (*Si*) evalúa la tendencia del individuo a aislarse del contacto social con otras personas. Las puntuaciones altas apuntan a tendencias (latentes o manifiestas) hacia la introversión y las puntuaciones bajas hacia la extroversión (Hathaway y McKinley, 1945). Al respecto, Rivera (1991) afirma que cuando es elevada indica los rasgos que definen la introversión; esto es, describe al individuo como alguien retraído, con tendencia a reflexionar acerca de sí mismo y, en consecuencia, con la posibilidad de lograr buen insight, pero de ninguna manera se puede inferir que existan tendencias al asilamiento o problemas de importancia para establecer relaciones interpersonales.

T Preprueba: 57.

T Posprueba: 51

Los puntajes obtenidos indican una disminución de la tendencia hacia la introversión, con alguna posibilidad de que el individuo conozca su problemática y las causas que la pueden estar produciendo, característica a favor de un buen pronóstico en un proceso psicoterapéutico.

Interpretación de las combinaciones de las escalas clínicas.

De acuerdo con las normas para la interpretación postuladas por Rivera (1991) para la clave de la Preprueba (8** 74` 69` 12 53- 0/), se pueden interpretar las siguientes combinaciones:

8 7

Esta combinación es muy semejante a la 7 8, la cual describe elementos de ansiedad que se manifiestan a través de una conducta rígida, exigente y perfeccionista, sobresaliendo las tendencias a la meticulosidad. En el pensamiento son frecuentes los contenidos fijos. Desde el punto de vista psicodinámico, se observa la fuerza de los elementos *superyoicos* introyectados y su función en el control de los impulsos. Las relaciones interpersonales se fundamentan en la exigencia hacia los demás para que ajusten su comportamiento a patrones preestructurados que por lo general no expresa verbalmente y hacen que se sienta constantemente desilusionada, tendiendo entonces a aislarse.

En la mayoría de los casos funcionan adecuadamente en situaciones rígidas en las que no tienen que enfrentar imprevistos. Sin embargo cuando estas pautas tienen que alterarse aparece una ansiedad apenas controlable. Es por esto que las descargas impulsivas son mantenidas bajo un fuerte control, evitando propiciar el enfrentamiento con situaciones críticas. Las frustraciones, fallas y fracasos sólo pueden ser asimilados a través de una conducta perfeccionista en la que establece un alto grado de competencia con el grupo (la cual, por lo general, tampoco es verbalizada), comparando constantemente sus logros con los de los demás. Es frecuente encontrar este perfeccionismo relacionado con la búsqueda de un *yo ideal*, apareciendo entonces la tendencia a fijarse metas muy alejadas de las capacidades y de la realidad, quien con ésto trata de sustentar su autoconcepto, el cual puede estar frágilmente estructurado.

Es así que la combinación 8 7 es muy semejante a la anterior, incluso en su organización psicodinámica. Las principales diferencias estriban en el aumento de la

fantasía al fijar metas y en una tendencia más acentuada al aislamiento al enfrentar situaciones de crisis, todo lo cual genera ansiedad. Es decir, el contacto con la realidad es menor al intentar manejar la angustia. Las ideas fijas pueden tener contenidos intrascendentes o algo absurdos y es posible también la tendencia de actos ritualistas y mágicos. Por lo general, las dos alternativas indican el manejo de la ansiedad a través de actos compulsivos.

7 4

Teniendo en cuenta que en la combinación 4 7 es posible que el sujeto descargue sus impulsos agresivos, destructivos y antisociales y que posteriormente o paralelamente surja una fuerte sensación de angustia, en el caso de la combinación 7 4 la angustia funciona como un control más eficaz sobre las descargas impulsivas, que quizá aparezcan sólo como rasgos de inconformidad y resentimiento hacia lo establecido y el individuo las experimente como fuentes de angustia. No se atreve a manifestar esos rasgos abiertamente porque el nivel de su angustia aumentaría y causaría el desequilibrio de los mecanismos de defensa.

Desde el punto de vista psicodinámico existe alguna forma de conflicto entre las instancias del *ello* y del *superyó*. Es probable que haya sido sumamente crítico al valorarse, ya que su estructura *superyoica* lo lleva a ser muy rígido y exigente consigo mismo, por lo que exagera sus fallas o cualquier mínima manifestación de rebeldía o de respuesta antisocial que llegara a tener. Las relaciones se caracterizan por la falta de capacidad de compromiso, el intenso temor a involucrarse en forma profunda y las constantes dudas acerca de las elecciones de objeto.

6 9

Las características fundamentales que reúne la combinación son resultado, por un lado, de la interacción entre elementos de desconfianza, cautela y suspicacia, con respuestas hostiles y agresivas anticipadas al estímulo (escala 6); y, por otro lado, de intensa energía, actividad y ambición dirigida a metas muy lejanas (escala 9). Exagera sus reacciones agresivas y hostiles hacia el ambiente y quizá manifieste conductas destructivas a causa de su inadecuada interpretación de la realidad. Las relaciones interpersonales son bastante problemáticas, ya que desconfían mucho de los que les rodean y continuamente tienen explosivas reacciones de enojo. La capacidad de control es reducida y con frecuencia es

posible observar ideas de grandeza, acompañadas de la sensación amenazante de estar limitado por alguien.

1 2

Esta combinación señala la presencia de inseguridad como rasgo principal, acompañada por la sensación de constante fracaso, pesimismo acerca de las propias capacidades y la tendencia a exagerar los errores cometidos. Todo esto se presenta encubierto por problemas aparentes y preocupaciones por la salud física.

De acuerdo con las normas para la interpretación postuladas por Rivera (1991) para la clave de la Posprueba (9` 84` 567- 12 30/), se pueden interpretar las siguientes combinaciones:

9 8

Aunque en la combinación 8 9 es posible que tiendan a fijarse metas muy ambiciosas, con frecuencia alejadas de la realidad y de sus capacidades, y a mostrar un exceso de actividad, sin embargo, en la combinación 9 8 es posible que conserven más el contacto con la realidad. De esta forma la persona da la imagen de ser sumamente activa, con objetivos más delimitados y realistas, aunque también oscila de una tarea a otra y existen dificultades para concentrarse y terminar lo que se ha iniciado. También se encuentran las características de un tono afectivo eufórico, pero parecen coincidir en una forma más adecuada con las actividades que se realizan y con los estímulos que se enfrentan, aunque sigue siendo notable la energía con que se llevan a cabo las actividades.

8 4

Refleja características que ponen de manifiesto una exagerada tendencia a la fantasía, por la que, ocasionalmente, se pueden confundir los límites entre ésta y la realidad. La fantasía se nutre de impulsos destructivos y agresivos que casi siempre están dirigidos contra lo socialmente establecido. Con frecuencia, es posible que fantasee con llevar a cabo algunas manifestaciones destructivas sin que pueda hacerlo en forma inmediata. En general, puede describirse al individuo como egocéntrico, individualista, resentido y con fuertes tendencias al aislamiento, observándosele hosco y hostil. La estructura de la personalidad

se puede ver seriamente amenazada, ya que la capacidad para establecer límites entre la fantasía y la realidad disminuye y el sujeto corre el riesgo de llevar a la acción, sin ningún control, sus descargas destructivas contra el ambiente. La capacidad de control sobre los impulsos es muy débil y la capacidad de *insight* se encuentra también bastante reducida. Las relaciones interpersonales se caracterizan por una actitud de aislamiento que se intenta compensar con fantasías narcisistas, en las que el sujeto se siente fuerte y omnipotente para llevar a cabo sus ideas.

5 6

Indica la insatisfacción que siente la persona con respecto a la vivencia del papel psicosexual socialmente asignado. En este aspecto, el individuo se siente mal adaptado y percibe acusatoria y recriminatoria la actitud de los demás, lo que puede dar lugar a que se produzcan reacciones agresivas hacia el ambiente. En estos casos, se muestra muy suspicaz, desconfiado y cauteloso en sus relaciones, buscando encubrir las expresiones de su conducta que puedan interpretarse como desajustes psicosexuales. Esto lo hace como un intento de protección ante posibles rechazos del ambiente.

6 7

Al parecer, la vivencia de la descarga de los impulsos agresivos y destructivos ocasiona ansiedad por el temor a la crítica y el rechazo abiertos. Pueden aparecer ideas de referencia basadas en la inadecuada interpretación de los estímulos; tales ideas llegan a funcionar como estructuras fijas del pensamiento, y propician el aumento de la ansiedad. La capacidad para controlar los impulsos es menos eficaz, ya que surge después de la descarga de los mismos, por lo cual puede llegar a expresar su agresión en una forma muy abierta. Las relaciones interpersonales se caracterizan por un tinte más acentuado de cautela, desconfianza y suspicacia, en donde el temor al rechazo y la ansiedad que esto produce se manifiestan como conductas que van desde la hostilidad, hasta la agresión franca, todas como forma de defensa anticipada contra cualquier amenaza de ataque del exterior.

1 2

Esta combinación señala la presencia de inseguridad como rasgo principal, acompañada por la sensación de constante fracaso, pesimismo acerca de las propias capacidades y la tendencia a exagerar los errores cometidos. Todo esto se presenta encubierto por problemas aparentes y preocupaciones por la salud física.

3 0

Aunque la combinación 0 3 indica tendencia a reflexionar acerca de sí mismo, con la posibilidad un autoconcepto más objetivo, una autocrítica más justa y una interacción social más adecuada, la escala 3 0 hace pensar en actitudes más infantiles y algo exhibicionistas, como un intento de conseguir un autoconcepto más firme. Sin embargo, la escala 0 es un elemento importante para que logre un reconocimiento más objetivo de sí mismo. En este caso, el establecimiento de las relaciones interpersonales tiende a ser algo más dependiente y con algunas características infantiles.

Prueba de Hipótesis de Investigación

Para la comprobación estadística de la hipótesis de investigación (la evolución positiva del el perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno, en lo que respecta a la normalización de los indicadores clínicos inicialmente detectados) se ha seleccionado la prueba t para grupos correlacionados con $n < 30$.

Esta prueba estadística es utilizada para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa, con hipótesis de diferencia entre dos grupos. La hipótesis de investigación (H_1) propone que los grupos difieren significativamente entre sí y la hipótesis nula (H_0) propone que los grupos no difieren significativamente. Si hay diferentes variables, se efectúan varias pruebas t , una por cada variable (Hernández et al., 2003).

La estadística de prueba utilizada está enmarcada dentro del enfoque del valor probabilidad (valor p), con cinco grados de libertad ($gl = 5$) y un nivel de significancia ($\alpha = .05$).

Teniendo en cuenta una prueba unilateral derecha, para una diferencia de medias, dadas:

$$(H_1: \mu_1 > \mu_2)$$

$$(H_0: \mu_1 = \mu_2)$$

La decisión sería:

Si el valor p correspondiente a $t_{exp} < .05$, rechazar H_0

Si el valor p correspondiente a $t_{exp} > .05$, aceptar H_0

Interpretando finalmente los resultados con base en H_1 :

Valor $p < .05$: existe evidencia estadística, dentro de un $\alpha = .05$, de evolución positiva de la escala del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el tratamiento interno.

Valor $p > .05$: no existe evidencia estadística, dentro de un $\alpha = .05$, de evolución positiva de la escala del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el tratamiento interno.

Tabla 19.

Prueba de hipótesis de investigación.

Escalas	Media P.D.	Varianza	Media P.D.	Varianza	Estadístico t	P(T≤t) una cola
	Preprueba	Preprueba	Posprueba	Posprueba	(t_{exp})	(Valor p)
(?)	1.3	2.2	1.1	0.16	0.25	.4
(L)	2.3	1.4	4.1	5.3	-1.7	.07
(F)	19.6	33	10.3	11.4	2.76	.01*
(K)	10.1	24.5	13.6	15.4	-1.05	.1
(Hs)	13.5	5.5	7.6	10.2	3.38	.009*
(D)	24.3	37.4	20.1	58.1	3.66	.007*
(Hy)	24	22	17.1	27.7	5.35	.001*
(Pd)	28	23.2	23	2.8	2.68	.02*
(Mf)	28.1	14.9	29.5	47.5	-0.53	.3
(Pa)	17.6	4.2	13.3	14.6	2.66	.02*
(Pt)	28.8	53.3	16	43.6	3.09	.01*
(Sc)	39	123.2	22.6	72.6	2.47	.02*
(Ma)	24.5	7.5	27	29.2	-1.57	.08
(Si)	31.5	38.7	25.6	55	2.17	.04*

Nota. *valor $p < .05$; $gl = 5$; $\alpha = .05$; P.D.= Puntuación Directa.

Se puede observar en la tabla 19 la existencia de evidencia estadística, dentro de un $\alpha = .05$, de evolución positiva de las escalas F , Hs , D , Hy , Pd , Pa , Pt , Sc y Si del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el tratamiento interno, respecto a la normalización de los indicadores clínicos inicialmente detectados.

Discusión

La presente investigación ha tenido como finalidad describir la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno en la comunidad terapéutica Hogar CREA el Puente de Piedecuesta, Santander, teniendo en cuenta la necesidad de fortalecer este cuerpo teórico, dado que en el país, de acuerdo con (Scoppetta, 2000), es notoria la carencia de investigaciones enfocadas en aspectos clínicos de personalidad de los farmacodependientes, porque la mayoría de los que se han efectuado indagan sobre datos de prevalencia.

Además, siendo necesario para cualquier tipo de tratamiento tener en cuenta las características de personalidad antes de utilizar una u otra estrategia terapéutica (Avendaño, 2002) y puesto que el tratamiento ofrecido por CREA gira en torno a la obtención de cambios en la estructura de personalidad del farmacodependiente, se proporciona dicha información a la Institución para favorecer su proceso de implementación del proceso terapéutico, de manera que repercuta favorablemente en sus índices de adherencia y recuperación.

Otro aspecto importante tenido en cuenta es que CREA Internacional postula que la duración del tratamiento para el adicto reeducable es de dos a tres años, pero como en el país se ha decidido acortarlo a un año debido a que no se cuenta con apoyo económico gubernamental, además de hacer eco de las tendencias actuales, consistentes en acortar la estancia (Kaplan, 1996), conlleva la necesidad de determinar si este lapso de tiempo es suficiente para que se produzca una evolución positiva en el perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso.

De modo que, de acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba de hipótesis de investigación, se ha encontrado que 9 de las 14 escalas presentan una evolución positiva estadísticamente significativa, con un nivel de significancia del 5%: *F*, *Hs*, *D*, *Hy*, *Pd Pa*, *Pt*, *Sc* y *Si*. La escala *K* también evoluciona positivamente, pero sin la significancia estadística estipulada. Las únicas con evolución negativa son *L*, *Mf* y *Ma*, aunque no presentan la diferencia estadísticamente significativa estipulada. Esto permite confirmar la hipótesis de trabajo referente a la evolución positiva del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno en lo que respecta a la normalización de los indicadores clínicos inicialmente detectados, pero sin establecer relación causal entre las variables y dentro de las limitaciones del tamaño de la muestra. Es así como el incremento en las escalas:

L: aunque no alcanza la significancia estadística estipulada, este incremento es negativo, pues indica que los participantes pasaron de una actitud sincera, espontánea y autocrítica, a intentar ofrecer una imagen favorable al responder al inventario.

K: aunque no alcanza la significancia estadística estipulada, este incremento es positivo, pues indica un aumento en la sensación en los participantes de poder enfrentar y resolver sus problemas por sí mismos.

Mf: aunque no alcanza la significancia estadística estipulada, este incremento es negativo, pues indica cierto alejamiento e insatisfacción respecto a la vivencia del papel psicosexual socialmente asignado. De acuerdo a la combinación 5 6 de la Posprueba es posible que el individuo se siente mal adaptado y perciba acusatoria y recriminatoria la actitud de los demás, lo que puede dar lugar a que se produzcan reacciones agresivas.

Ma: aunque no alcanza la significancia estadística estipulada, este incremento es negativo, pues indica un mayor comportamiento impulsivo y falta de organización de la energía. Dada la combinación 9 8 de la Posprueba, es posible que estos individuos tiendan a fijarse metas muy ambiciosas, con frecuencia alejadas de la realidad y de sus capacidades, y a mostrar un exceso de actividad, pero al oscilar de una tarea a otra, existen dificultades para concentrarse y terminar lo que se ha iniciado. Además, de acuerdo con la clasificación en grados de psicopatología (Rivera, 1991) este incremento por encima de T 80 impide que el perfil clínico de personalidad pase de la Preprueba a la Posprueba del Grado 1 (psicopatología severa) al Grado 2 (presencia de algunos elementos psicopatológicos de menor importancia).

Por otro lado, la disminución en las escalas:

F: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, porque se mejora la garantía que merece el conjunto de respuestas. Además indica reducción de la vivencia de sus problemas con mucha intensidad, tensión y tendencia a la exageración.

Hs: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica disminución de la necesidad de elaborar una defensa contra sus fallas, intentando justificarlas por medio de molestias físicas.

D: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica disminución de sentimientos de pesimismo, desesperanza, inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa.

Hy: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica disminución de demanda de aceptación, cariño y tolerancia de los demás por medio de conductas infantiles, exageradas exhibicionistas e histriónicas.

Pd: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica disminución del egocentrismo y el narcisismo, de la dificultad para establecer relaciones interpersonales, de la necesidad de obtener de inmediato lo que desean sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos, de la incapacidad de

postergar la satisfacción de sus necesidades y de la manifestación de las descargas impulsivas en forma abierta y sin control.

Pa: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica disminución de las actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia, interpretación de estímulos de manera inadecuada y frecuentes descargas de agresividad como defensa anticipada ante amenazas percibidas.

Pt: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica disminución del nivel de angustia, del pensamiento obsesivo y la conducta compulsiva.

Sc: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica disminución de la tendencia al aislamiento, la fantasía y las conductas inusitadas y extrañas.

Si: alcanza la significancia estadística estipulada; esta disminución es positiva, pues indica una menor tendencia hacia la introversión.

Aunque en la etiología de la comorbilidad, de acuerdo con Toro y Yepes (2004) puede ocurrir que: 1) exista inicialmente el trastorno por uso de sustancias y secundariamente aparezca el trastorno psiquiátrico; 2) exista inicialmente el trastorno psiquiátrico y secundario a éste aparezca el abuso o dependencia a sustancias; 3) el abuso o dependencia a la sustancia y el trastorno psiquiátrico tengan una vía común de origen y coincidan en su expresión tanto el trastorno por uso de sustancias como el trastorno psiquiátrico, en este caso es más factible que la farmacodependencia pueda causar síntomas neuropsiquiátricos indistinguibles de trastornos psiquiátricos comunes (Kaplan, 1996), dada la evolución positiva del perfil clínico de personalidad en casi todos los indicadores clínicos inicialmente detectados, lo cual implica la escasa existencia de comorbilidad en los participantes diferente de la polifarmacodependencia (Belloch, 2004), máxime que el tratamiento de CREA está diseñado específicamente para el adicto reeducable, para lo cual se practican revisiones de psiquiatría y psicología previas al ingreso, con el fin de detectar otras patologías que impidan al farmacodependiente beneficiarse del tipo de tratamiento implementado por la Institución, e incluso que éste pueda perjudicarlo.

Por otro lado, de la diversidad de rasgos evaluados en el presente estudio, propios de diversos trastornos tanto del Eje I como del Eje II del DSM-IV-TR (2003), se encontraron semejanzas y diferencias con los resultados encontrados en los siguientes estudios: 1) Perfil de personalidad del farmacodependiente de la CT Hogares CREA, sede Piedecuesta, Plata (2005); 2) Perfil de personalidad en usuarios de cocaína y otras sustancias utilizando el MMPI, Sánchez, Guisa, Cedilla y Pascual (2002); 3) Rasgos de la personalidad de pacientes dependientes de la cocaína y sus derivados, Pérez, Muñiz y Llerena (2001), 4) Perfil psicológico del adicto (CREA, s.f.) de la siguiente manera:

Al comparar los resultados encontrados en el estudio de Plata (2005) por medio del MCMI II, con los obtenidos en la Preprueba en la presente investigación a través del MMPI, existen semejanzas entre los indicadores de rasgos de personalidad del Eje II y los indicadores clínicos, respectivamente, en: Antisocial (6 A) con *Pd*; Agresivo-sádico (6 B)

con *Pd* y *Pa*; Pasivo-agresivo (8 *A*) con *Pd* y *Pa*, e Histriónico (4) con *Hy*, pero hay diferencias entre las tendencias a los rasgos y los indicadores clínicos en: Paranoide (*P*) con *Pa*; Límite (*C*) con *Pd*, *Pa* y *Sc*; Narcisista (5) con *Pd*; Fóbico (2) con *Pt*; Esquizoide (1) con *Sc*; Esquizotípica (*S*) con *Sc*. También hay diferencias al no encontrar indicadores ni tendencias a los rasgos en: Autodestructiva (8 *B*) con *D*; Dependiente (3) con *Hs* y *Hy*; Compulsiva (7) con *Pt*, porque en la presente investigación se encontraron indicadores de conducta normal exagerada e indicadores clínicos en estas escalas.

Igualmente, existen semejanzas entre los indicadores de rasgos de síndromes clínicos del Eje I y la severidad del consumo en: Abuso de drogas (*T*); Abuso de alcohol (*B*), pero hay diferencias entre las tendencias a los rasgos y los indicadores clínicos en: Hipomanía (*N*) con *Ma*; Delirios psicóticos (*PP*) con *Sc*; Pensamiento psicótico (*SS*) con *Sc*, y Ansiedad (*A*) con *Pt*. También hay diferencias al no encontrar indicadores ni tendencias a los rasgos en: Depresión mayor (*CC*) con *D*; Histeriforme (*H*) con *Hy* y Distimia (*D*) con *D*, porque en la presente investigación se encontraron indicadores de conducta normal exagerada en estas escalas.

Al comparar los resultados obtenidos en el estudio de Sánchez et al., (2002) con los de la Preprueba de la presente investigación, se encontraron semejanzas en los indicadores clínicos en *Sc* y *Pd*, pero diferencias en *D*, porque en el primero se encuentra en el rango de indicador clínico, mientras en el segundo está en el rango de conducta normal exagerada. De acuerdo con el MMPI corresponde a un trastorno antisocial de la personalidad, con rasgos depresivos y esquizoides, cuya interpretación contiene elementos de dependencia emocional, búsqueda de atención, dificultad para establecer relaciones cercanas por temor a involucrarse, conductas de autocastigo, dificultad para el control de impulsos y oposición a las normas sociales.

Respecto al estudio de Pérez et al., (2001) es significativa la similitud entre el perfil clínico de personalidad de los Dependientes del HOMO y el de la Preprueba de la presente investigación, pues 11 de las 14 escalas están en el mismo rango o presentan una diferencia menor o igual a cinco puntuaciones T en el promedio de sus mediciones: *?*, *F*, *K*, *Hs*, *D*, *Hy*, *Mf*, *Pa*, *Pt*, *Sc* y *Si*. Asimismo, es notoria la similitud entre el perfil de los Recuperados de HOMO y el de la Posprueba de este estudio, pues 11 de las 14 escalas están en el

mismo rango o presentan una diferencia menor o igual a cinco puntuaciones T en el promedio de sus mediciones: *?, L, K, Hs, D, Hy, Mf, Pa, Pt, Sc* y *Si*.

Finalmente, al comparar el perfil clínico de personalidad obtenido en la Preprueba con el perfil psicológico del adicto postulado por Ramírez (CREA, s.f.) se encontraron semejanzas en los siguientes aspectos: *Hs*: corresponde a manipulación, mitomanía y dependencia emocional; *D*: corresponde a dependencia, hipersensibilidad y ciclotimia emocional; *Hy*: corresponde a mitomanía, manipulación, dependencia y ciclotimia emocional; *Pd*: corresponde a hipersensibilidad emocional, intolerancia, impulsividad y manipulación; *Pa*: corresponde a hipersensibilidad emocional, intolerancia e impulsividad; *Pt*: corresponde a impulsividad, idealismo, intolerancia e hipersensibilidad emocional; *Sc*: corresponde a idealismo y ciclotimia emocional, y *Ma*: corresponde a impulsividad, intolerancia, manipulación y mitomanía. De modo que las comparaciones efectuadas con estos estudios permiten corroborar las siguientes conclusiones:

La diversidad de rasgos evaluados, propios de trastornos tanto del Eje I como del Eje II del DSM-IV coinciden con los resultados arrojados en otros estudios (Miller y Rollnick, 1999; Echeburúa, 1994 citados en Plata, 2005), que señalan la dificultad para definir un patrón de personalidad común en las personas que presentan problemas de adicción.

Al señalar la dificultad para identificar y unificar los trastornos que presentan los farmacodependientes, dado que se encontraron síntomas depresivos, psicóticos, obsesivos, compulsivos, psicopáticos, paranoicos, hipomaniacos, histriónicos, narcisistas y antisociales, se deduce que no existe una condición patológica única como necesaria y suficiente para explicar la farmacodependencia; más bien es producto de la interacción entre rasgos individuales con aspectos culturales, sociales, laborales y familiares.

El hecho que haya perfiles similares para los consumidores de diferentes drogas también permite deducir que existen características de personalidad adictiva más que rasgos específicos correspondientes al consumo de cada una de las sustancias, por lo cual se puede plantear que la adicción se presenta como un fenómeno general en el que interviene de manera menos importante el tipo de sustancia de la que se abusa.

Por otro lado, dado que en la investigación se ha encontrado que hay numerosas variables que inciden en el tratamiento, como el ambiente, la modalidad y duración del

proceso, el tipo de tratamiento implementado, el comportamiento del paciente, sus características biopsicosociales, la comorbilidad con desordenes psiquiátricos, la severidad en el abuso medida por medio del tipo de droga, la frecuencia y el tiempo de consumo, así como la relación con actividades delincuenciales y criminales, ha sido necesario tenerlas en cuenta para su análisis.

De modo que respecto al ambiente para tratamiento, Toro y Yepes (2004) afirman que la comunidad terapéutica está indicada para pacientes que no han respondido a tratamientos menos intensivos y con severos trastornos de personalidad, que proporcionan un ambiente libre de drogas y condiciones para una adecuada resocialización. Las CT ofrecen un modelo de rehabilitación muy útil para un sector de drogodependientes que necesita un entorno seguro y una intervención más intensiva, porque presentan en muchos casos unas largas carreras adictivas y antecedentes de múltiples tratamientos seguidos de recaídas (Fernández y Llorente, 1999). Se han realizado estudios extensos acerca de cuán benéficas son las CT, los cuales han encontrado que la participación en ellas está asociada con varios resultados positivos; por ejemplo, DATOS (2002) ha demostrado que aquellos que completan exitosamente el tratamiento en una CT tienen niveles más bajos de uso de cocaína, heroína y alcohol y de comportamiento criminal, desempleo e indicadores de depresión que antes del tratamiento.

Es por estas razones que Hogares CREA se ha establecido desde sus inicios en 1968 como una comunidad terapéutica para la reeducación y crecimiento del carácter, entendiendo que la educación que el adicto tuvo en su hogar no le permitió o no le ayudó a crecer emocionalmente y convertirse en una persona madura y responsable. Por lo tanto hay que reeducarlo, es decir, volver a educarlo en un ambiente de hogar, pero con todas las características de un hogar verdadero, de una familia extendida tradicional, por medio de un tratamiento intensivo al interior de un ambiente terapéutico libre de drogas que le permita el desarrollo integral de su personalidad y la subsecuente superación de la problemática.

En cuanto a la modalidad y duración, el tratamiento interno de CREA, de aproximadamente 14 meses (ver figura 4), es acorde con la modalidad de tratamiento residencial de largo plazo (LTR) (DATOS, 2002). Respecto a los resultados Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson y Etheridge (1997) reportaron que 6 meses o más en tratamientos LTR se asociaron con reducciones significativas en el uso de drogas, en la

comisión de actividades ilegales y en el incremento del empleo de tiempo completo. Flynn, Kristiansen, Porto y Hubbard (1999) mostraron que los pacientes tratados en LTR tuvieron reducciones en costos de crímenes tras el tratamiento. Hubbard, Craddock y Anderson (2003) encontraron que las reducciones en la prevalencia del uso de cocaína al año después de haber finalizado el tratamiento se asoció con más de seis meses en tratamientos residenciales, y que la reducción de actividades ilegales y el incremento del empleo de tiempo completo se relacionaron con tratamientos LTR superiores a 6 meses. Grella, Hser y Hsieh (2003) mostraron que es necesaria una perspectiva de largo plazo en los programas de tratamiento, especialmente entre aquellos que abusaron de las drogas en forma crónica, pues factores como la frecuencia de consumo de la sustancia y el tiempo de abuso de la misma son altamente influyentes.

Es así como CREA, partiendo del hecho que la farmacodependencia es el síntoma de una problemática que se genera en la personalidad, debido a que ésta, por diversas razones, no se formó debidamente, ha comprobado que la forma idónea de erradicar esta condición es por medio de un proceso de tratamiento interno a largo plazo, con una duración mínima de un año, que permita el desarrollo integral de la personalidad a través de la reestructuración del carácter, lográndose de esta manera la remisión de la problemática, la reducción de actividades ilegales y el retorno a las actividades académicas y/o laborales.

Acerca del tipo de tratamiento implementado, Avendaño (2000) postula que los tratamientos son más efectivos si reúnen un conjunto de estrategias terapéuticas individuales, grupales, ocupacionales y familiares, así como evaluaciones periódicas de las dimensiones físicas y psicológicas de los pacientes, lo cual es corroborado por Kaplan (1996) al afirmar que durante el tratamiento suelen ser de gran utilidad las terapias individuales, familiares, de grupo y educativas. Al respecto, el tratamiento de CREA cumple sobradamente con estos requisitos, dado que a lo largo del proceso implementa, además de éstas, otras nueve modalidades terapéuticas, de modo que cada participante se beneficia en promedio de 2418 terapias durante el proceso (figura 5). También efectúa evaluaciones periódicas de las dimensiones físicas y psicológicas de los residentes, dado que brinda servicios especializados de medicina, psiquiatría, laboratorio clínico, psicología, odontología, y trabajo social, de acuerdo a las necesidades individuales, con el fin de cubrir los factores biopsicosociales indicados para la recuperación integral, de manera que cada

participante recibe en promedio 32 intervenciones de trabajo profesional a lo largo del tratamiento (figura 9).

Otro aspecto importante del proceso son las ayudas, medidas terapéuticas implementadas para recordarle al residente sus fallas al no cumplir con las normas del Hogar, dirigidas a promover cambios positivos en el residente, como complemento de la terapia de confrontación. Se cuenta con aproximadamente 30 tipos de ayudas, y de acuerdo a las fallas incurridas a lo largo del proceso, a cada participante se le implementan en promedio 43 ayudas durante el tratamiento (apéndice C).

De igual modo, teniendo en cuenta que se ha acortado la duración del tratamiento, se ha visto la necesidad de reforzarlo intensificando la implementación de planes de trabajo individualizados, diseñados quincenalmente en las reuniones semanales de estudio de casos, de acuerdo a las necesidades de cada residente, a la problemática expuesta, y la evolución de su comportamiento a lo largo del proceso, los cuales debe llevar a cabalidad para ser promovido de etapa. Se han delineado aproximadamente 50 planes de trabajo, encontrándose que a cada participante se le implementan en promedio 71 de ellos durante el tratamiento (apéndice C).

También es necesario mencionar que el tratamiento tiene en cuenta el esfuerzo, la dedicación y el buen comportamiento de los residentes, otorgando distinciones y estímulos mensuales, dentro de las cuales está la posibilidad de ocupar posiciones de Asistente, Subdirector, Director de la Oficina de Contacto e incluso Director del Hogar. Es así que los participantes obtuvieron en promedio cinco distinciones durante su proceso de tratamiento, ocupando todas las jerarquías mencionadas, salvo esta última (apéndice C).

En cuanto al comportamiento del paciente durante el proceso, hay que tener en cuenta que de los 13 participantes iniciales finalmente se reeducaron 6, lo cual corresponde al 46.1% (figura 3). Este resultado mejora el índice histórico de recuperación de CREA del 40%, concordando más con el 50% de pacientes recuperados que se sometieron a tratamiento entre 1987 y 1991 en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) de Medellín, reportado en la investigación de Pérez et al., (2001).

Por otro lado, respecto a las características biopsicosociales, vale la pena destacar los siguientes aspectos:

Antecedentes escolares: teniendo en cuenta que tanto en este estudio como en el de Plata (2005) sólo el 33% y el 18% de los participantes estuvieran adelantando estudios universitarios concuerdan con el análisis de la DNE (2004) en lo referente a que las edades de inicio indican que el consumo de SPA comienza en la época de educación media o antes, lo que quiere decir que el trabajo en prevención debe iniciarse desde etapas tempranas de desarrollo y realizar un trabajo específico en la educación superior pues, al parecer, es allí donde se intensifica el consumo. Que el 50% no terminara la educación media, que el 33.3% abandonara el estudio por causa del consumo y que sólo el 17% estuviera estudiando antes de ingresar a tratamiento (tabla 11) probablemente obedece a la problemática, porque se ha encontrado que las tasas de consumo de sustancias ilegales presentan una alta correlación con la educación, en lo referente a que los adultos jóvenes que no han terminado el bachillerato tienen el mayor porcentaje de consumo (Kaplan, 1996).

Antecedentes laborales: aunque el 100% ha tenido experiencia laboral, la escasa calificación laboral y el abandono o la pérdida del empleo por causa de la adicción en el 66.7%, el bajo nivel de ingresos y no estar trabajando en el momento de ingresar a tratamiento en el 50%, (tabla 10) probablemente son consecuencias directas de la farmacodependencia, dado que se ha encontrado que la situación laboral está correlacionada directamente con los porcentajes de consumo de drogas, en cuanto a que es mayor el porcentaje de consumo habitual en desempleados comparados con los empleados (Kaplan, 1996).

Antecedentes familiares: que el 67% de los participantes viviera con sus padres al momento de ingresar a tratamiento, que el 50% hubiera conformado matrimonio o unión libre y en el 67% de los casos la calidad de las relaciones de pareja no sea buena y que sólo el 17% tenga hijos (tabla 12) es indicativo de la problemática y de la dependencia emocional como característica del perfil psicológico del adicto (Hogar CREA, s.f.). También hay presencia de coadición en la tercera parte de la muestra, lo cual contribuye al mantenimiento del trastorno adictivo (Toro y Yepes, 2004).

Antecedentes médicos: la presencia de antecedentes traumáticos como el abuso físico/emocional y la violencia contra la familia en el 67% de los participantes, probablemente son factores causales de la aparición del problema. Antecedentes patológicos como úlcera gástrica y hepatitis en el 83%, y quirúrgicos como cirugías en tórax y en pierna por disparos

en el 67% (tabla 13), probablemente son consecuencias de las mayores situaciones de riesgo a que se exponen por la farmacodependencia.

Por otro lado, las largas carreras adictivas de muchos farmacodependientes así como los antecedentes de múltiples tratamientos, seguidos de recaídas, indican que la comorbilidad y la cronicidad estén habitualmente asociadas a los peores resultados en los tratamientos (Fernández y Llorente, 1999). Respecto a la comorbilidad, Toro y Yepes (2004) afirman que en la población de abusadores o dependientes a sustancias es alto el porcentaje, oscilando entre 30 a 80% y que la más frecuente es la dependencia o abuso de dos o más sustancias. Los trastornos psiquiátricos coexistentes más frecuentes son los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, y de personalidad. De igual modo, Kaplan (1996) indica que el 75% de los hombres y el 65% de las mujeres con un diagnóstico de dependencia o abuso de sustancias presentan otro diagnóstico psiquiátrico, siendo la comorbilidad más frecuente la dependencia o abuso a dos o más sustancias. Otros diagnósticos psiquiátricos asociados son los trastornos de personalidad antisocial, las fobias y otros trastornos de ansiedad, los episodios depresivos mayores y la distimia y que generalmente las sustancias más potentes y peligrosas tienen la tasa mayor de comorbilidad.

Respecto a la comorbilidad, hay indicadores clínicos en *Pd* y *Pt* en la Preprueba (figura 10), diagnóstico dual de depresión en el 17% (tabla 13) y polifarmacodependencia en el 100% de los participantes, dado que presentan un promedio de cuatro trastornos relacionados con sustancias, siendo las más frecuentes alcohol, cocaína, cannabis (marihuana) y nicotina (cigarrillo) (tabla 9). También se encontró que presentan historia de trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso), así como trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia) (APA, 2003) de las siguientes SPA: alcohol en el 100% dependencia, abuso e intoxicación; cocaína (basuco el 67% y cocaína el 33%) dependencia, abuso e intoxicación; cannabis en el 83% dependencia, abuso e intoxicación; nicotina en el 83% dependencia y abstinencia; opiáceos (heroína) en el 17% dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos en el 17% abuso e intoxicación; inhalantes en el 17% abuso e intoxicación (tabla 9).

En cuanto a la cronicidad, vale la pena resaltar los siguientes datos (tablas 8 y 9): las primeras SPA usadas por los participantes: alcohol (67%) y nicotina (33%) concuerdan con las drogas de entrada reportadas por la DNE (2004), salvo la marihuana, cuyos

consumos tienden a llevar al uso de drogas más adictivas; el inicio del consumo a los 14.7 en promedio concuerda con el análisis de las tendencias de consumo de SPA efectuado por Rumbos (2002), respecto a que el consumo se inicia a edades cada vez más tempranas, con un promedio de 14 años de cuatro SPA: alcohol, cigarrillo, marihuana y cocaína (tabla 2); la edad de inicio del consumo regular de 18,5 años en promedio concuerda con las tasas de mayor porcentaje de consumo en jóvenes entre los 18 y los 20 años reportadas por Kaplan (1996); la presencia de trastornos relacionados con opiáceos (heroína) en el 17% de los participantes concuerda con el análisis efectuado por la DNE (2004) que aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias, específicamente la heroína, dependencia que no se había tratado anteriormente en el Hogar CREA el Puente;

Asimismo, el consumo de alcohol, marihuana, cocaína, basuco, nicotina, heroína y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos en los participantes concuerda con el análisis de la DNE (2004) respecto a las sustancias consumidas en el país; el consumo de alcohol en el 100% concuerda con el análisis efectuado por la DNE (2004) respecto a que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en el país; el consumo de marihuana en el 83% concuerda con el análisis efectuado por la DNE (2004) respecto a que la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo; el consumo de nicotina en el 83% es mucho más alto, dado que el estudio de Rumbos (2002) indicó que el 30.3% de los jóvenes entre 10 y 24 años serían fumadores, y probablemente obedece a la condición de polifarmacodependencia de los participantes; el consumo de basuco en el 67% es superior, porque el estudio de Rumbos (2002) mostró que un 1.2% de jóvenes reportó haber consumido basuco; el consumo de cocaína en el 33% es superior, porque Rumbos (2002) mostró que un 3% de jóvenes entre los 10 y 24 años eran consumidores actuales al momento de la aplicación; el consumo de heroína en el 17% también es superior, dado que Rumbos (2002) muestra que el 1.1% de la población estudiada ha entrado en contacto con esta sustancia alguna vez en su vida; el consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos en el 17% también es superior, porque Rumbos (2002) arrojó que el 2.4% los había consumido.

Por otro lado, que el 100% de los participantes haya tenido un promedio de tres periodos de abstinencia por su cuenta durante nueve meses en promedio, seguidos de recaídas (tabla 8) concuerda con lo postulado por Toro y Yepes (2004) y CREA (s.f.) referente a que al empezar a percatarse de los efectos negativos generados por la conducta de consumo en sus

diferentes áreas de funcionamiento e intentar por sus propios medios disminuir o suspender el consumo, con el convencimiento de saber manejarlo, estos intentos son fallidos la mayoría de las veces; que el 67% de los participantes se encontrara en la fase disfuncional de la adicción y el 17% en la autodestructiva (tabla 8) y que su nivel de motivación inicial para el tratamiento fuera alta en el 83% de los casos (tabla 7) concuerda con lo postulado por Toro y Yepes (2004) y Hogares CREA (s.f.) respecto a que en las fases finales se acepta el trastorno, no existe resistencia al tratamiento y por consiguiente tienen más éxito las intervenciones de manejo que se determinen.

Respecto a la severidad de actividades delincuenciales y criminales de los participantes, que el 83% haya cometido un mínimo de 25 delitos y haya sido arrestado 11 veces en promedio, que el 17% haya sido condenado, beneficiado con libertad condicional y recluido en una ocasión en una institución penal por tres meses (tabla 14) concuerda con la alta puntuación inicial del MMPI en *Pd* y con el primer principio psiquiátrico que fundamenta la posición de Hogares CREA (s.f.) el cual postula que la inmensa mayoría de adictos, aun aquellos que cometen crímenes por causa de su adicción, son esencialmente enfermos psiquiátricos susceptibles al tratamiento y a la reeducación si se les provee el ambiente terapéutico adecuado durante el tiempo necesario.

Recomendaciones

Aunque se amplió por tres meses el proceso de selección de la muestra, que 13 personas ingresaran a tratamiento y 6 lo culminaran constituye un tamaño reducido para poder hacer generalizaciones a partir de evidencias muestrales. Por tal motivo es recomendable replicar el estudio a nivel nacional, con el fin de ampliar la muestra seleccionándola de todos los Hogares CREA, de modo que con base en los resultados se puedan hacer inferencias de mayor confiabilidad acerca de la población.

También es un hecho que el nivel de manipulación y las condiciones del estudio preexperimental limitan las posibilidades de generar relaciones causales, pero sí constituye una aproximación. Para mejorar el estudio se podría efectuar un estudio con diseño cuasiexperimental, de tipo prueba-posprueba y grupos intactos (uno de ellos de control) que

no pase por la condición experimental del programa para ver si en ellos también se modifica el perfil clínico de personalidad; ésto haría que se aportasen evidencias a la validez interna del estudio y por tanto, de la intervención.

Respecto al tratamiento, teniendo en cuenta que un porcentaje significativo del 15.4% abandona el proceso en la etapa de compromiso existencial, dada su duración, que convencionalmente es de dos meses, es prioritario mejorar el índice de adherencia al tratamiento en la primera fase por medio del refuerzo del residente y sus familiares a través de intervenciones intensivas de psicología y trabajo social. Además es muy importante no descuidar la exposición de la problemática de los residentes a lo largo del proceso, dado que se ha encontrado un promedio muy bajo de terapias de grupo en la tercera fase de tratamiento. De igual modo, se ha observado traslape entre las ayudas y los planes de trabajo implementados a los participantes, por lo cual es recomendable tener en cuenta estos listados para hacer la distinción a la hora de formularlos (ver apéndice C).

Por otro lado, de las escalas del MMPI que tuvieron una evolución negativa hay que atender el incremento en la Posprueba de la escala *Ma*, pues indica un mayor comportamiento impulsivo y falta de organización de la energía. Su combinación con la escala *Sc*, indica gran energía, actividad y dinamismo, que le dan a la conducta de las personas un importante matiz de desorganización, siendo posible que tiendan a fijarse metas muy ambiciosas, con frecuencia alejadas de la realidad y de sus capacidades, y a mostrar un exceso de actividad, pero al oscilar de una tarea a otra existen dificultades para concentrarse y terminar lo que se ha iniciado. Para contrarrestar estas tendencias es aconsejable capacitar a los residentes en las técnicas de meditación, reforzar su talento intelectual y su industriiosidad por medio del énfasis en la terapia educativa e incrementar su autonomía mejorando los indicadores de terapia de grupo, mencionados anteriormente.

También es necesario buscar los medios de disminuir el porcentaje de la población que recae, que de acuerdo con CREA es del 60%. Aunque el residente que finaliza su tratamiento y se reeduca pasa al Departamento de Seguimiento por un lapso de cinco años, donde debe cumplir con las normas y filosofía del programa y estar en contacto con el Hogar para poder renovar anualmente su certificado de reeducación, el alto índice de recaídas probablemente obedece a que no se le enfatiza lo suficiente al residente a lo largo del proceso acerca del extremo cuidado que debe tener sobre todo el primer año después de

finalizado el tratamiento, de la importancia de continuar con la cuarta fase de tratamiento, asistir activamente a las reuniones y en caso de ser necesario a las de otros grupos de autoayuda o a trabajo profesional, de la necesidad de crear y mantener adecuados apoyos familiares, sociales académicos y laborales, y sobre todo abstenerse por completo del consumo de alcohol, con el fin de permanecer sobrio en la comunidad y alcanzar la remisión total sostenida de su anterior condición, dado que para la mayoría la abstinencia total es la única manera de controlar el problema.

Asimismo, es importante que el Departamento de Seguimiento sistematice el comportamiento de los reeducados, sobre todo en lo referente a la remisión de la problemática, la reducción en el consumo o la reincidencia, la reducción de actividades ilegales, el empleo, la continuación de los estudios y la participación en actividades de cuidados, con el fin de tener mayor claridad de dichas estadísticas y poderlas comparar con las reportadas en los estudios que miden la efectividad de los centros de tratamiento.

Finalmente, dado que el Comité Timón en conjunto con el Equipo Administrativo y profesional ha iniciado el cumplimiento de las condiciones de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) dictadas por la Resolución 1315 de 2006, se presenta la oportunidad de obtener la acreditación de la Comunidad Terapéutica por parte del Ministerio de la Protección Social, para lo cual es indispensable cumplir con los requisitos y estándares estipulados en dicho documento, de modo que se incremente la calidad de los servicios de prevención y tratamiento prestados por la Institución.

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Avendaño, M. (2000). *Los programas de tratamiento para la dependencia a las drogas*. (Abstract). Dirección Nacional de estupeficientes. Recuperado el 12 de septiembre de 2005, de <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Belloch, A. (2004). *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. 3ª edición. México: Pearson.
- Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw-Hill.
- De León, G., Wexler, H., & Jainchill, N. (1982). The therapeutic community: Success and improvement rates 5 years after treatment. En: *International Journal of the Addictions*. Vol 17(4) 703-747. Recuperado el 6 de mayo de 2004, de la base de datos PsycINFO.
- Di Caprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill.

- Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE) (2004). *Observatorio de drogas de Colombia. Acciones y resultados 2003*. Bogotá: DNE. Recuperado el 5 de septiembre de 2005, de www.dne.gov.co
- Fernández, C. y Llorente, J. (1999). *Resúmenes analíticos de investigaciones. Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro*. Recuperado el 12 de septiembre de 2005, de <http://200.13.194.15aplicacionesdefault.htm>
- Flynn, P. M., Kristiansen, P. L., Porto, J. V., & Hubbard, R. L. (1999). Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 167-174. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web de DATOS: www.datos.org
- Flynn, P. M., Porto, J. V., Rounds-Bryant, J. L., & Kristiansen, P. L. (2003). Costs and benefits of methadone treatment in DATOS--part 1: Discharged versus continuing patients. *Journal of Maintenance in the 33 Addictions*, 2(1/2), 129-150. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: www.datos.org
- Graham, J. (1987). *MMPI. Guía práctica*. México: Manual Moderno.
- Grella, C. E., Hser, Y., & Hsieh, S. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 145-154. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS www.datos.org
- Hathaway y McKinley (1945). *Cuestionario de personalidad MMPI*. Adaptación española del MMPI. 6ª edición. Madrid: TEA Ediciones S.A. (1988).
- Hernández S., R., Fernández C., Carlos & Baptista L., P. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ª edición. México: McGraw-Hill.
- Hogares CREA. (s.f.). *Manual de instrucción para la primera y segunda fase de tratamiento*. Puerto Rico: CREA.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G, Flynn, P.M., Anderson, J.& Etheridge, R.M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261-278. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: www.datos.org
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance*

- Abuse Treatment*, 25(3), 125-134. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: www.datos.org
- Kaplan, H. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. 7ª edición. Bogotá: Médica Panamericana.
- Liebert, R. (2000). *Personalidad: estrategias y temas*. 8ª edición. México: Thomson.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Directorio Nacional Centros de Atención en Drogadicción (CAD)*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social, (2006). *Resolución 1315 de abril 25*. Recuperado el 22 de junio de 2006, de <http://web.minjusticia.gov.co/normas/2006/r013152006mps.htm>
- Motjabai, R. & Zivin, J. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. En: *Health Services Research*, Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web de Health Services Research: http://www.findarticles.com/cf_0/m4149/1_38/99290669/p2/article.jhtml?term
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2005). *La comunidad terapéutica*. Recuperado el 25 de septiembre de 2005, de <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica2.html>
- Pérez, M., Muñiz, O. y Llerena, R. (2001). Rasgos de la personalidad de pacientes dependientes de la cocaína y sus derivados. *Informe Psicológico, Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana*, (3), 75-82.
- Phares, E. J. Y Trull, T. J. (2000) *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. 2ª edición. México: Manual Moderno.
- Plata, J. (2005). *Perfil de personalidad del farmacodependiente de la comunidad terapéutica Hogares CREA, sede Piedecuesta*. Manuscrito no publicado; Universidad de Santander en Bucaramanga, Colombia.
- Pozas, J.M. (2000). Historia y evolución de las comunidades terapéuticas. Recuperado el 25 de septiembre de 2005, de http://www.erit.org/articles/historyCCTT_esp.htm
- Rivera, O. (1991). *Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa*. México: Manual Moderno.
- Sánchez H., R., Guisa C., V. M., Cedillo G., A., & Pascual B., Y. (2002). Perfil de personalidad en usuarios de cocaína utilizando el MMPI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, México. Vol. 30 (2) Mar-Abr 91-98. Recuperado el 19 de diciembre de 2006, de <http://psicodoc.copmadrid.org/psicodoc.htm>

- Scoppetta, O. (2002). *Consideraciones sobre las investigaciones de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Dirección Nacional de Estupefacientes. Recuperado el 25 de septiembre de 2005, de www.dne.gov.co
- Simpson, C., Hubbard, R., Anglin, D. & Fletcher, B. (1997). *Overview of National Treatment Outcome Studies*. NIDA. Recuperado el 6 de mayo de 2004, del sitio web del estudio DATOS: www.datos.org
- Toro, R. y Yepes, L. (2004). *Fundamentos de medicina. Psiquiatría*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Valencia Z., J. E. y Pérez G., A. (s.f.). *Evaluación de la efectividad de los centros de tratamiento y sus intervenciones en pacientes con abuso de sustancias psicoactivas*. Recuperado el 12 de septiembre de 2005, de www.cicad.oas.org/oid/MainPage/ Costs/PeerReview/Tratamiento
- Villalobos, E. (1986). *Yo prefiero vivir*. Bogotá: Marandúa.

Apéndices

Apéndice A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Objetivo del estudio: describir la evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente que ha culminado el proceso de tratamiento interno, mediante la aplicación en dos etapas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), con el fin de proporcionar información para fortalecer el proceso de intervención y mejorar los índices de adherencia y recuperación.

Metodología empleada: al ingreso se efectúa una primera aplicación del MMPI, seguida de una entrevista inicial estructurada. Posteriormente se hace un seguimiento del tratamiento de cada participante y al finalizar el proceso se efectúa una segunda aplicación del MMPI.

Beneficios derivados del estudio: conocer si se presentó o no una evolución positiva en el perfil clínico de personalidad de cada participante una vez culminado el tratamiento.

Incomodidades derivadas del estudio: necesidad de destinar tiempo a lo largo del proceso de tratamiento para responder los cuestionarios y preguntas del investigador.

Carácter voluntario de la participación, así como posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el investigador, con la institución, ni se produzca ningún perjuicio.

Compromiso del investigador de informar a cada participante de todo lo relacionado con el estudio, así como proporcionar la información que se obtenga de éste y contestar todas las dudas y preguntas.

Seguridad de que no habrá posibilidad de ser identificado en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.

Título del Estudio

Evolución del perfil clínico de personalidad del farmacodependiente reeducado en Hogar CREA el Puente

Yo: _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con el Sr. Eduardo Robledo Cadavid, quien adelanta el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mi tratamiento

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Lugar y Fecha: Hogar CREA el Puente, Piedecuesta, Santander, enero de 2006.

Firma del participante: _____
C.C.

Apéndice B.

CUESTIONARIO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN PSICO-SOCIODEMOGRÁFICA

Información General

- Fecha de elaboración del registro: _____
- Nombre: _____
- Edad: _____
- Procedencia: () Santander () Otros departamentos () Extranjero
- Estado civil: () Soltero () Casado () Unión Libre () Divorciado () Separado
- Religión: () Católica () Protestante () Otra () Ninguna
- ¿Practica algún deporte? : () Si () No
- ¿Tiene algún hobby? : () Si () No

Antecedentes Laborales

- Profesión u Ocupación: _____
- ¿Ha trabajado? : () Si () No
- a) Nivel promedio de ingresos: () Alto () Medio () Bajo
- b) Nivel general de desempeño laboral: () Bueno () Regular () Deficiente
- c) Tiempo total laborado: _____
- ¿Estaba trabajando antes de ingresar a tratamiento? : () Si () No
- Por causa de la adicción: () No ha tenido empleos () Abandonó empleos
() Perdió empleos () No ha tenido dificultades con los empleos

Antecedentes Escolares

- Escolaridad: () Primaria () Secundaria () No formal () Tecnológica
() Universitaria
- Grado en el que dejó o terminó de estudiar: _____
- Nivel general de desempeño académico: () Bueno () Regular () Deficiente
- ¿Ha abandonado el estudio por causa del consumo? : () Si () No
- ¿Estaba estudiando antes de ingresar a tratamiento? : () Si () No

Antecedentes Familiares

- ¿Quién fue el encargado de su crianza? : () Padres () Familiares () Terceros
() Institución () Otros
- ¿Cómo fue la calidad de su crianza? : () Buena () Regular () Deficiente
- ¿Tiene hermanos? : () Si () No
- a) ¿Cuántos hermanos? : _____
- b) Calidad de la relación: () Buena () Regular () Deficiente
- Si está o ha estado casado o en unión libre:
- a) ¿Cuántas veces? : _____
- b) Calidad de la relación: () Buena () Regular () Deficiente
- ¿Tiene hijos? : () Si () No
- a) ¿Cuántos hijos? : _____

- b) Calidad de la relación: () Buena () Regular () Deficiente
- ¿Con quién vive? : () Padres () Familiares () Familia propia
() Solo () Otros
- Nivel económico familiar: () Alto () Medio () Bajo
- ¿Hay problemática de farmacodependencia en su familia? : () Si () No

Antecedentes Médicos:

- Patológicos: () Si () No
- a) Especifique: _____
- Quirúrgicos: () Si () No
- a) Especifique: _____
- Traumáticos: () Si () No
- a) Especifique: _____
- Alérgicos: () Si () No
- a) Especifique: _____
- ETS: () Si () No
- a) Especifique: _____
- Psiquiátricos y/o psicológicos: () Si () No
- a) Especifique: _____
- Familiares :
- a) Cáncer () Si () No
- b) Cardiovasculares () Si () No
- c) Diabetes () Si () No
- d) Convulsiones () Si () No
- e) Retardo mental () Si () No
- f) Enfermedad mental () Si () No
- g) Suicidios () Si () No
- ¿Toma algún medicamento? : () Si () No
- a) Especifique: _____

Antecedentes Legales:

- ¿Ha cometido delitos? : () Si () No
- a) ¿Cuántas veces? : _____
- b) Delito más frecuente: _____
- ¿Ha sido arrestado? () Si () No
- a) ¿Cuántas veces? : _____
- b) Causa más frecuente: _____
- ¿Ha sido condenado? : () Si () No
- a) ¿Cuántas veces? : _____
- b) ¿Por qué delitos? : _____
- ¿Ha sido beneficiado con libertad condicional? : () Si () No
- a) ¿Cuántas veces? : _____
- b) ¿Por qué delitos? : _____
- ¿Ha estado recluso en una institución penal? : () Si () No
- a) ¿Cuántas veces? : _____
- b) ¿Por cuánto tiempo? : _____
- ¿Tiene casos pendientes en juzgados y/o fiscalías? : () Si () No

Apéndice C.

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE TRATAMIENTO

Comportamiento de los participantes

Comportamiento	Cantidad	Porcentaje
Abandonos en la 1ª fase	2	15,4
Abandonos en la 2ª fase	2	15,4
Abandonos en la 3ª fase	1	7,7
Movilizados en la 1ª fase	1	7,7
Movilizados en la 3ª fase	1	7,7
Reeducados	6	46,2
Total de participantes	13	100,0

Tiempo en tratamiento (meses)

Participantes	1ª fase	2ª fase	3ª fase	Total
Nº 1	2	5,5	6,5	14

Nº 2	2	5	7,5	14,5
Nº 3	2	5,5	7	14,5
Nº 4	2	5,5	6,5	14
Nº 5	2	5	7	14
Nº 6	2	5	6,5	13,5
Promedio	2,0	5,3	6,8	14,1

		Terapias Implementadas								
		Participantes								
Terapias	Fases	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6	Totales	Promedio	
Terapias Individualizadas	Terapia Individual	1ª	31	29	20	27	26	29	162	27
		2ª	66	58	37	35	69	60	325	54
		3ª	25	20	19	33	30	28	155	26
		Total	122	107	76	95	125	117	642	107
	Terapia de Grupo	1ª	14	16	14	16	14	12	86	14
		2ª	44	46	42	39	42	38	251	42
		3ª	4	3	2	2	3	2	16	3
		Total	62	65	58	57	59	52	353	59
	Terapia de Confrontación	1ª				1			1	0
		2ª	9	12	9	14	6	6	56	9
		3ª	5	7	9	6	8	4	39	7
		Total	14	19	18	21	14	10	96	16
Terapia de Movilización	1ª								0	
	2ª	8	9	8	8	9	8	50	8	
	3ª	5	6	8	6	7	5	37	6	
	Total	13	15	16	14	16	13	87	15	
Terapias Conjuntas	Terapia Ocupacional	1ª	96	96	96	96	96	96	576	96
		2ª	220	200	220	220	200	200	1260	210
		3ª	260	300	280	260	280	260	1640	273
		Total	576	596	596	576	576	556	3476	579
	Terapia Educativa	1ª	88	88	88	88	88	88	528	88
		2ª	132	120	132	132	120	120	756	126
		3ª	156	180	168	156	168	156	984	164
		Total	376	388	388	376	376	364	2268	378
	Terapia de Representación y Ventas	1ª								0
		2ª	44	40	44	44	40	40	252	42
		3ª	52	60	56	52	56	52	328	55
		Total	96	100	100	96	96	92	580	97
Terapia de Urbanidad	1ª	56	56	56	56	56	56	336	56	
	2ª	154	140	154	154	140	140	882	147	
	3ª	182	210	196	182	196	182	1148	191	
	Total	392	406	406	392	392	378	2366	394	
Terapia	1ª	24	24	24	24	24	24	144	24	

Recreativa y Deportes	2ª	66	60	66	66	60	60	378	63
	3ª	78	90	84	78	84	78	492	82
	Total	168	174	174	168	168	162	1014	169
Terapia de Maratón	1ª	2	2	2	2	2	2	12	2
	2ª	5	5	5	5	5	5	30	5
	3ª	7	7	7	7	7	7	42	7
	Total	14	14	14	14	14	14	84	14
Terapia Familiar	1ª	16	16	16	16	16	16	96	16
	2ª	44	40	44	44	40	40	252	42
	3ª	52	60	56	52	56	52	328	55
	Total	112	116	116	112	112	108	676	113
Terapia de Capacitación	1ª								0
	2ª								0
	3ª	26	30	28	26	28	26	164	27
	Total	26	30	28	26	28	26	164	27
Terapia Espiritual	1ª	8	8	8	8	8	8	48	8
	2ª	22	20	22	22	20	20	126	21
	3ª	26	30	28	26	28	26	164	27
	Total	56	58	58	56	56	54	338	56
Terapia de Meditación	1ª	56	56	56	56	56	56	336	56
	2ª	154	140	154	154	140	140	882	147
	3ª	182	210	196	182	196	182	1148	191
	Total	392	406	406	392	392	378	2366	394
Totales y Promedio		2419	2494	2454	2395	2424	2324	14510	2418

Ayudas Implementadas

Tipo de Ayuda	Participantes						Total	Promedio
	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6		
Autocrítica	5	6	2	3	4	4	24	4,0
Cien renglones diarios	1	2		1	1	1	6	1,0
Diálogo con compañero		2				1	3	0,5
Elaborar carteleras	1	1	1			1	4	0,7
Equipo pesado	2	4	1	2	2	1	12	2,0
Introspección 5:30 am. u 11:00 pm.	1	2	2		1		6	1,0
Introspección con individual	2	5	2	5	3	5	22	3,7
Introspección intensiva	1	1					2	0,3
Lavar y planchar muda ropa diaria			4		1		5	0,8
Libre albedrío	1			1			2	0,3
Llevar 2 T. indiv diarias a r/dentes	1	1	2	3	2	1	10	1,7
Llevar 2 T. indiv p/nales semanales	1					2	3	0,5
Llevar dos T. educativas al grupo	2		2	4			8	1,3
Llevar una iniciativa diaria			1	1			2	0,3

Hablar con los familiares	2	1	1		1		5	0.8
Hacer cartelera	1	1	2	3		1	8	1.3
Integrarse con la matrícula		1	1	3	5	1	11	1.8
Introspección por escrito	6	3	7	9	5	5	35	5.8
Liderar al grupo			1				1	0.2
Llamarlo al Equipo Terapéutico	3	1	4	2	2	3	15	2.5
Llenar cuestionario ¿soy un adicto?	1				1		2	0.3
Llevar dinámica al grupo			1	1			2	0.3
Llevar educativas al grupo	3	4	1	4	5	1	18	3.0
Llevar individuales	13	18	17	20	13	14	95	15.8
Llevar iniciativa en la brigada		2	4		1		7	1.2
Llevar iniciativas con los compromisos			1		1		2	0.3
Llevar iniciativas visibles		1	2	1	1		5	0.8
Llevar la motivación en el relato						1	1	0.2
Llevar records de la 1ª y 2ª fase		1		1			2	0.3
Llevar señalamientos	1		3	3	1	4	12	2.0
Más tiempo en la etapa	2	1	3	2	2	1	11	1.8
Orientar a compromisos	1						1	0.2
Orientar a la familia	1	1	1	1	1	1	6	1.0
Participar en el encuentro				1	1		2	0.3
Participar en las educativas						2	2	0.3
Participar en las recreativas					2		2	0.3
Participar en la reunión del equipo		1	1				2	0.3
Pasar la movilización en el Hogar				1			1	0.2
Pedir orientación de la 3ª fase		1					1	0.2
Pertenecer al Comité de Residentes			1	1			2	0.3
Presentarse cambiado/gavetera ordenada			1	1			2	0.3
Recibir orientación del Comité	2					1	3	0.5
Recibir señalamientos	4	4	4	4	4	6	26	4.3
Redactar escrito de aspectos relevantes	1	1		1	1	3	7	1.2
Registro diario de emociones		2					2	0.3
Remitido a confrontación	4	6	5	3	2	4	24	4.0
Remitido al Departamento de Seguimiento	1	1	1	1	1	1	6	1.0
Restringido a la comunidad	1						1	0.2
Restringido a la guitarra				1			1	0.2
Restringido a las oficinas y a canalizar	2	1	1	1	1		6	1.0
Restringido a señalar/hacer observaciones	1	5		2			8	1.3
Restringido a permanecer con residente	1	1				1	3	0.5
Restringido al gimnasio					4		4	0.7
Saludar de mano y motivar a los residentes	2	3	1	2	2	3	13	2.2
Totales y Promedio	62	70	72	87	69	64	424	70.7

Participantes								
Distinción o Posición	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6	Total	Promedio
Brigada del mes	2	1	1	2	1	2	9	1,5
Compromiso del mes		1		1		1	3	0,5
Mayor compañerismo	2						2	0,3
Mayor disposición	1	1		1		1	4	0,7
Nivel del mes		4					4	0,7
Residente del mes		1	1				2	0,3
Asistente			1		1		2	0,3
Subdirector	1	1					2	0,3
Director Of. de Contacto			1				1	0,2
Totales y Promedio	6	9	4	4	2	4	29	4,8

Trabajo Profesional Recibido								
Participantes								
Tipo de Atención	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6	Total	Promedio
Laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	6	1,0
Medicina	3	2	15	1	5	2	28	4,7
Psicología	15	17	16	15	20	15	98	16,3
Psiquiatría	1	1	1	1	1	1	6	1,0
Trabajo Social	7	7	8	6	9	6	43	7,2
Odontología	6		5				11	1,8
Totales y Promedio	33	28	46	24	36	25	192	32,0

Apéndice D. Estudio de Casos

RESULTADOS DE LAS APLICACIONES DEL MMPI DEL PARTICIPANTE Nº 1

Datos Generales

Edad: 26 años al ingreso

Escolaridad: primer semestre de universidad

Profesión: vigilancia

Tiempo en tratamiento: 14 meses

Aplicaciones Preprueba y Posprueba del MMPI

Tabla 1.

Resultados de las aplicaciones del MMPI.

Participante	Aplicación	E. de Validación					Escala Clínica						
		?	L	F	K	H	D	H	P	Mf	P	Pt	S

Nº 1		s		y		d		a		c					
		Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba				
	Preprueba	41	40	76	51	65	48	60	90	61	70	62	73	78	47
	Posprueba	41	44	70	55	65	39	51	79	63	56	58	80	103	46

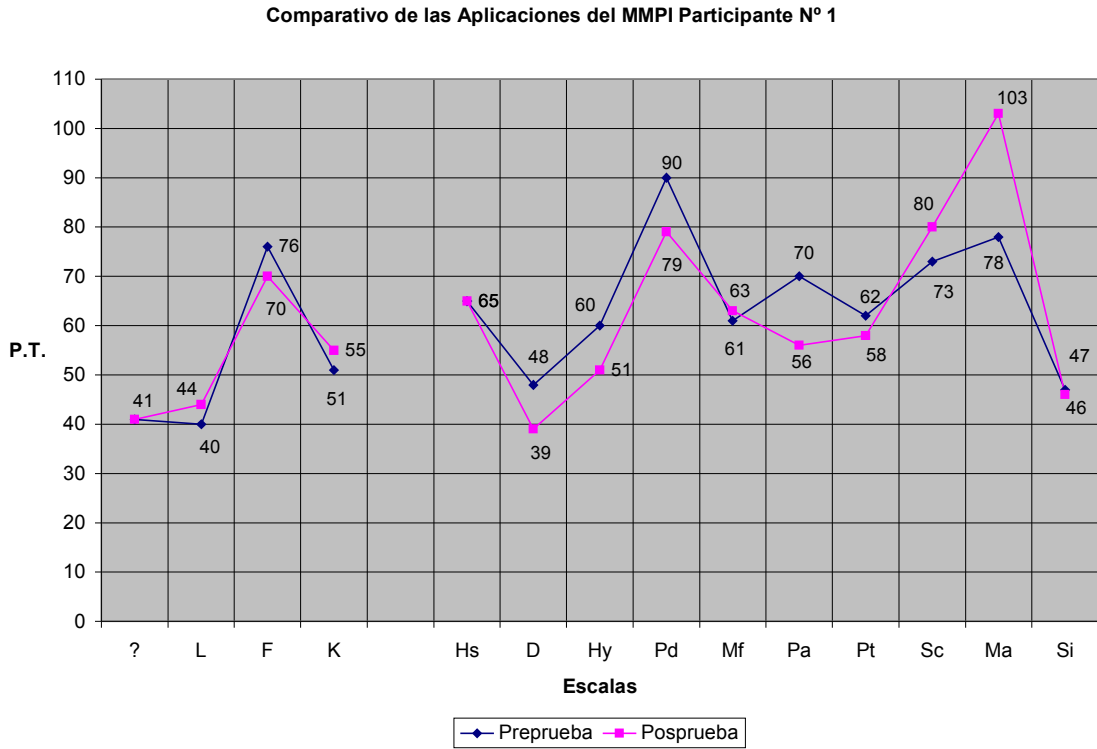


Figura 1. Resultados de las aplicaciones del MMPI.

RESULTADOS DE LAS APLICACIONES DEL MMPI DEL PARTICIPANTE Nº 2

Datos Generales

Edad: 29 años al ingreso
 Escolaridad: bachillerato
 Profesión: publicista
 Tiempo en tratamiento: 14.5 meses

Aplicaciones Preprueba y Posprueba del MMPI

Tabla 1.

Resultados de las aplicaciones del MMPI.

Participante	Aplicación	E. de Validación				Escalas Clínicas									
		?	L	F	K	H	D	H	P	Mf	P	Pt	Sc	Ma	Si
	Preprueba	41	40	76	51	65	48	60	90	61	70	62	73	78	47
	Posprueba	41	44	70	55	65	39	51	79	63	56	58	80	103	46

						<i>s</i>		<i>y d</i>		<i>a</i>					
N° 2	T Preprueba	41	40	84	36	70	65	75	83	71	85	81	101	83	53
	T Posprueba	42	63	62	59	65	60	69	74	82	65	66	76	93	41

Comparativo de las Aplicaciones del MMPI Participante N° 2

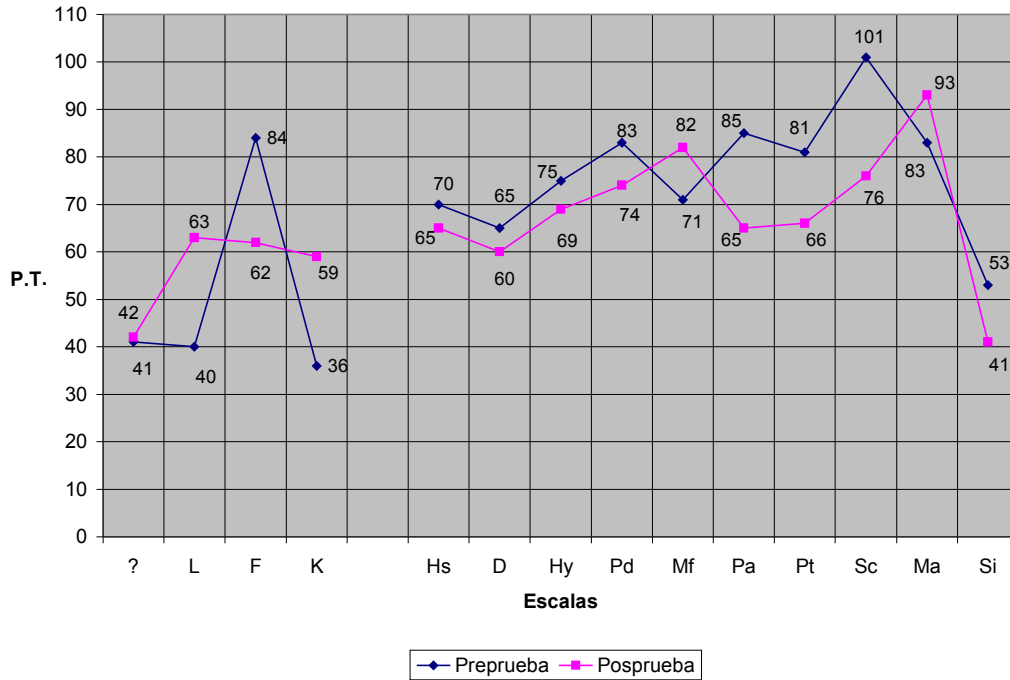


Figura 1. Resultados de las aplicaciones del MMPI.

RESULTADOS DE LAS APLICACIONES DEL MMPI DEL PARTICIPANTE N° 3

Datos Generales

Edad: 22 años al ingreso

Escolaridad: 7° semestre de Economía

Profesión: recreacionista

Tiempo en tratamiento: 14.5 meses

Aplicaciones Preprueba y Posprueba del MMPI

Tabla 1.

Resultados de las aplicaciones del MMPI.

E.de Validación	Escalas Clínicas
-----------------	------------------

Participantes	Aplicación	?	L	F	K	H		P		P		Sc	Ma	Si	
						s	D	Hy	d	Mf	a				Pt
N° 3	Preprueba	42	44	76	49	72	70	60	67	76	73	77	96	70	54
	Posprueba	41	44	76	40	65	60	47	62	67	56	69	78	73	56

Comparativo de las Aplicaciones del MMPI Participante N° 3

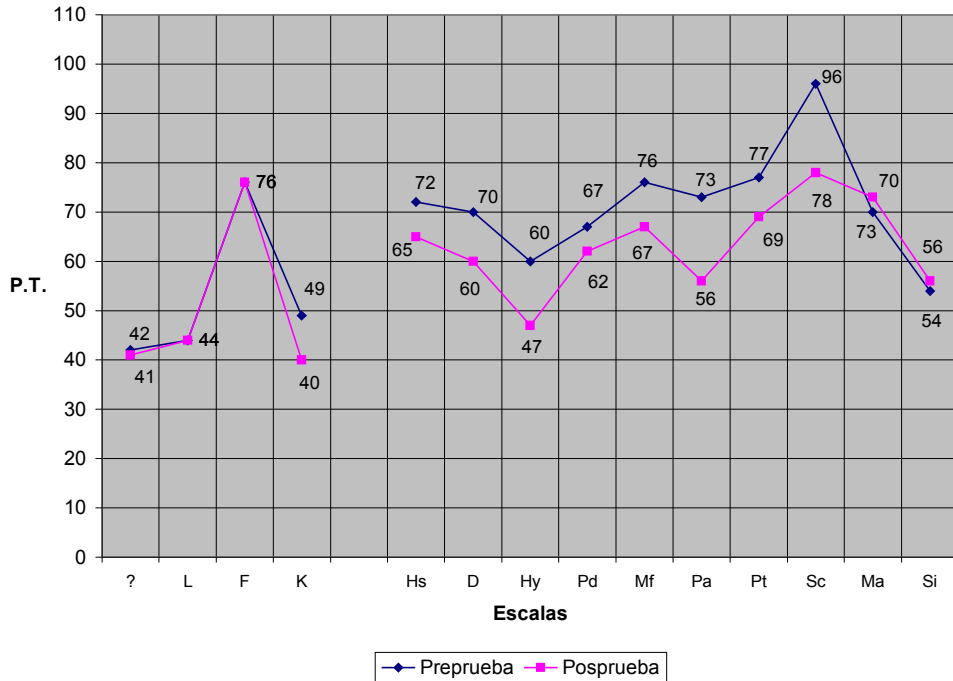


Figura 1. Resultados de las aplicaciones del MMPI.

RESULTADOS DE LAS APLICACIONES DEL MMPI DEL PARTICIPANTE N° 4

Datos Generales

Edad: 18 años al ingreso

Escolaridad: 8°

Profesión: construcción

Tiempo en tratamiento: 14 meses

Aplicaciones Preprueba y Posprueba del MMPI

Tabla 1.

Resultados de las aplicaciones del MMPI.

Participantes	Aplicación	E.de Validación				Escalas Clínicas									
		?	L	F	K	H	D	Hy	P	Mf	P	Pt	Sc	Ma	Si

Nº 4						s		d		a					
		41	46	104	46	75	65	65	74	57	76	92	132	78	62
	Preprueba	41	46	104	46	75	65	65	74	57	76	92	132	78	62
	Posprueba	41	53	66	55	54	53	45	79	69	76	62	74	86	50

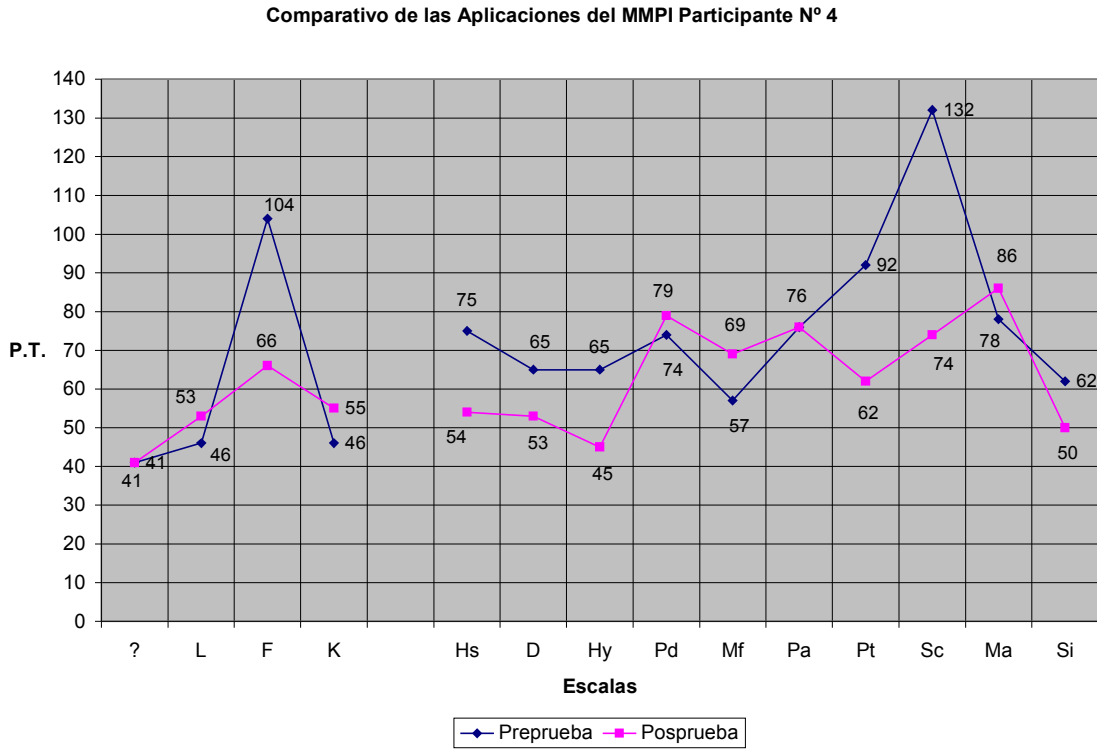


Figura 1. Resultados de las aplicaciones del MMPI.

RESULTADOS DE LAS APLICACIONES DEL MMPI DEL PARTICIPANTE Nº 5

Datos Generales

Edad: 19 años al ingreso

Escolaridad: 8º

Profesión: guarnición

Tiempo en tratamiento: 14 meses

Aplicaciones Preprueba y Posprueba del MMPI

Tabla 1.

Resultados de las aplicaciones del MMPI.

Participantes	Aplicación	?	L	F	K	H		H		P					
						s	D	y	Pd	Mf	a	Pt	Sc	Ma	Si
N° 5	Preprueba	41	50	86	59	75	94	71	102	67	79	105	113	70	65
	Posprueba	41	53	73	48	54	92	53	69	80	82	73	94	68	64

Comparativo de las Aplicaciones del MMPI Participante N° 5

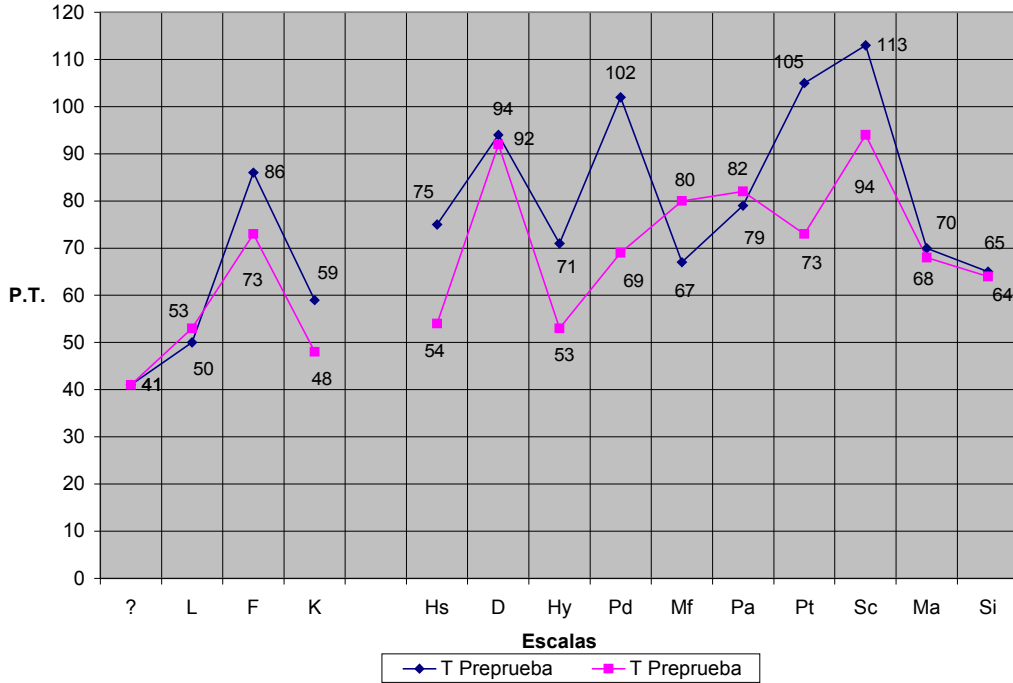


Figura 1. Resultados de las aplicaciones del MMPI.

RESULTADOS DE LAS APLICACIONES DEL MMPI DEL PARTICIPANTE N° 6

Datos Generales

Edad: 32 años al ingreso

Escolaridad: 2°

Profesión: vigilancia

Tiempo en tratamiento: 13.5 meses

Tabla 1.

Resultados de las aplicaciones del MMPI.

E.de Validación	Escalas Clínicas
-----------------	------------------

Participantes	Aplicación	?	L	F	K	H		H		P					
						s	D	y	Pd	Mf	a	Pt	Sc	Ma	Si
Nº 6	Preprueba	41	46	98	35	59	68	51	71	59	85	79	97	65	64
	Posprueba	41	46	55	59	54	46	42	74	45	59	54	59	68	49

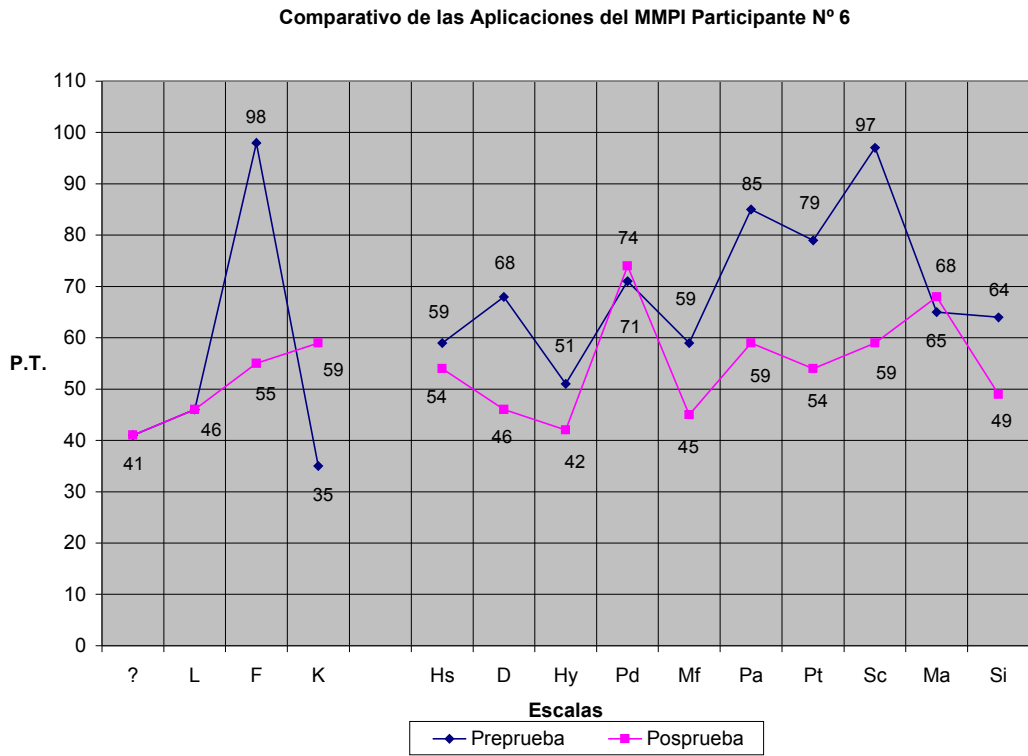


Figura 1. Resultados de las aplicaciones del MMPI.