



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológicos.

Facultad de Psicología.

Programa de doctorado: Psicología Clínica y de la Salud

TESIS DOCTORAL

Título:

***EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA
PERSONALIDAD DEL DROGODEPENDIENTE
A TRAVÉS DEL MMPI-2***

Autor:

Pablo González Romero.

Directores:

Fernando Jiménez Gómez y Guadalupe Sánchez Crespo

Salamanca, 2015

INFORME DE LOS DIRECTORES

Los profesores de la Universidad de Salamanca de la Facultad de Psicología y del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, **FERNANDO JIMÉNEZ GÓMEZ** y **GUADALUPE SÁNCHEZ CRESPO**, como directores del trabajo de investigación propuesto para la obtención del grado de Doctor,

DESEAN HACER CONSTAR que,

El trabajo de investigación denominado “*Evaluación clínica de la personalidad del drogodependiente a través del MMPI-2*”, realizado por D. **PABLO GONZÁLEZ ROMERO**, contiene los elementos de originalidad y aportación científica, suficientemente demostrados por el tipo de diseño y metodología empleada en la obtención, análisis y tratamiento estadístico de sus datos, para que pueda ser expuesto y defendido ante un tribunal que juzgue dicha investigación.

Y para que conste firmamos el presente informe en Salamanca a veintiséis de Octubre de dos mil quince.

LOS DIRECTORES

Fdo. **Fernando Jiménez Gómez** Fdo. **Guadalupe Sánchez Crespo**

A Beatriz, por compartir su vida conmigo y dejarme crecer con ella.

A mis padres, Arsenio y M^a Teresa, y mi hermana Berta, por ser los “culpables”
de que sea la persona que hoy soy.

AGRADECIMIENTOS

Soy consciente de que este trabajo habría sido imposible sin la ayuda, tanto directa como indirecta, de multitud de personas e instituciones que, de manera desinteresada, han colaborado en su elaboración. Así pues, es apropiado en este momento agradecer la colaboración de todos y todas aquellas que han hecho posible, de una u otra manera, la realización de la presente tesis doctoral.

En primer lugar mi especial gratitud a mis directores, el Dr. Fernando Jiménez Gómez y la Dra. Guadalupe Sánchez Crespo, quienes aceptaron ser mis tutores, siendo, en no pocas ocasiones, consejeros más que profesores: animándome, aconsejándome y apoyándome en muchos momentos, demostrando que las relaciones humanas van más allá de las relaciones académicas. Sin ellos, y en especial al Dr. Jiménez, esta investigación no habría sido posible.

Deben figurar también en este apartado mis agradecimientos a todos aquellos compañeros y compañeras del centro de atención a drogodependientes ACLAD-Alborada de Vigo, quienes, con su colaboración y apoyo desinteresado, hicieron posible la realización de esta investigación. Me gustaría agradecer de manera especial la desinteresada ayuda y soporte prestado por Manuel Lloves.

No podría, al hilo de esto último, ignorar la ayuda prestada por los 113 pacientes de dicho centro que, de manera anónima, han sido los verdaderos artífices de esta tesis; los que han permitido, gracias a su colaboración, que ésta sea realidad.

En el plano personal, agradezco el apoyo brindado por Beatriz; la presente tesis tampoco habría sido posible sin su incansable paciencia, dedicación y cariño.

A mis padres, Arsenio y M^a Teresa, y mi hermana Berta, por ser ejemplos de trabajo, sensibilidad y superación.

A todos aquellos amigos que me han acompañado a lo largo del camino. Gracias por permitirme avanzar con vosotros.

INDICE

| | |
|---|----|
| I.- MARCO TEÓRICO | 13 |
| I.1.- CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS..... | 17 |
| I.1.1. Conceptualizando la “droga” | 17 |
| I.1.2.- Otros conceptos y constructos del ámbito de las drogas | 20 |
| I.1.2.1. Conceptos complementarios a la conceptualización de droga | 20 |
| I.1.2.2. Vías de administración | 26 |
| I.1.2.3. Tipos de consumo de drogas | 29 |
| I.1.2.3.1. Según la forma de consumo..... | 29 |
| I.1.2.3.2 Según las motivaciones para el consumo | 30 |
| I.1.2.4. Las sustancias psicoactivas. Clasificación de las drogas..... | 32 |
| I.1.2.4.1. Los estimulantes. Características y efectos. | 34 |
| I.1.2.4.2. Los depresores. Características y efectos. | 38 |
| I.1.2.4.3. Alucinógenos o psiquedélicos. Características generales..... | 48 |
| I.1.3. Situación actual del consumo de drogas y problemática asociada en España. | 49 |
| I.1.3.1. Consumo de drogas por parte de la población española..... | 49 |
| I.1.3.2. Problemas relacionados con las drogas en España..... | 51 |
| I.2. DROGODEPENDENCIA | 52 |
| I.2.1. Factores que pueden predisponer a la drogodependencia (DD)..... | 52 |
| I.2.1.1. Factores hereditario-genéticos..... | 53 |
| I.2.1.2. Factores sociales..... | 54 |
| I.2.1.3. Rasgos y trastornos de la personalidad como etiología de DD | 57 |
| I.2.1.4. Teorías del aprendizaje..... | 59 |
| I.2.1.5. Teorías psicoanalíticas | 61 |
| I.2.1.6. Teorías constructivistas | 63 |

| | |
|---|-----|
| I.2.1.7. Teoría biopsicosocial..... | 65 |
| I.2.1.8. Otras teorías..... | 66 |
| I.2.2. Evaluación de la drogodependencia..... | 68 |
| I.2.2.1. Evaluación psicológica de la drogodependencia..... | 69 |
| I.2.2.2. Evaluación de la personalidad..... | 72 |
| I.2.2.3. Otros instrumentos de evaluación utilizados..... | 75 |
| I.2.3. Modelos de intervención y tratamiento psicológico de las adicciones..... | 77 |
| I.2.3.3. Modelos Psicológicos de Tratamiento de las Drogodependencias..... | 81 |
| I.2.3.3.1. Orientación Sistémica..... | 82 |
| I.2.3.3.2. Orientación Psicodinámica..... | 84 |
| I.2.3.3.3. Orientación Cognitivo-Conductual..... | 88 |
| I.2.3.3.4. Estadios de cambio y entrevista motivacional..... | 90 |
| I.2.3.3.5. Propuesta de intervención desde las neurociencias..... | 92 |
| I.2.4. Dispositivos profesionales de atención al drogodependiente..... | 94 |
| I.2.4.1. Centros ambulatorios de asistencia..... | 94 |
| I.2.4.2. Unidades de desintoxicación hospitalaria..... | 94 |
| I.2.4.3. Centros que realizan Programas de Mantenimiento con Metadona..... | 95 |
| I.2.4.4. Ensayos clínicos con heroína..... | 95 |
| I.2.4.5. Programas de reducción del daño..... | 95 |
| I.2.4.6. Comunidades terapéuticas..... | 97 |
| I.2.4.6.1. Breve historia y situación actual..... | 97 |
| I.2.4.6.2. Metodología de las CTD..... | 99 |
| I.2.5. Conclusiones y revisión de evidencias científicas..... | 102 |
| I.3. LOS PERFILES DE LA PERSONALIDAD (<i>Profiling</i>)..... | 108 |
| II. MARCO EMPÍRICO..... | 113 |
| II.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 113 |

| | |
|---|-----|
| II.1.1. Hipótesis | 113 |
| II.1.2. Procedimiento | 114 |
| II.1.3. Participantes..... | 115 |
| II.1.3.1. Perfil general sociodemográfico de la persona drogodependiente que solicita rehabilitación..... | 127 |
| II.1.3.2. Perfil sociodemográfico, diferenciado por Género, de las personas drogodependiente que solicitan rehabilitación. | 129 |
| II.1.4. Descripción de los instrumentos utilizados | 130 |
| II.3 RESULTADOS..... | 139 |
| II.3.1.- Resultados correspondientes a la Hipótesis 1ª. | 139 |
| II.3.1.1.- Perfil clínico, basado en el MMPI-2, de la persona con drogodependencia:..... | 145 |
| 1.- Perfil clínico de la mujer drogodependiente:..... | 145 |
| 2.- Perfil Clínico del varón drogodependiente:..... | 146 |
| II.3.2.- Resultados correspondientes a la Hipótesis 2ª. | 146 |
| II.3.3.- Resultados correspondientes a la Hipótesis 3ª. | 151 |
| II.3.3.1.- Análisis entre grupos Normal/Clínico/Drogodependiente..... | 151 |
| II.3.3.1.1.- Análisis de las Escalas Clínicas | 152 |
| II.3.3.1.2.- Análisis de las Escalas PSY-5..... | 154 |
| II.3.3.2.-Análisis estadísticos entre los grupos Clínico/Drogodependiente..... | 155 |
| II.3.3.2.1.- Las Escalas Clínicas..... | 156 |
| II.3.3.2.2.- Las escalas de Contenido. | 157 |
| II.3.3.2.1.- Las escalas Suplementarias..... | 158 |
| II.3.3.3.- Análisis de la precisión diagnóstica a través de la curva ROC (Receiver Operating Characteritic) | 159 |
| II.3.3.3.1.- Comparando los grupos Normal/Drogodependiente..... | 161 |
| II.3.3.3.2.- Comparando los grupos Clínico/Drogodependiente. | 166 |

| | |
|--|-----|
| II.4.- CONCLUSIONES | 170 |
| II.4.1.- Contrastación de la Hipótesis 1ª..... | 170 |
| II.4.2.- Contrastación de la Hipótesis 2ª..... | 172 |
| II.4.3.- Contrastación de la Hipótesis 3ª..... | 172 |
| II. 5. DISCUSIÓN | 174 |
| Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación..... | 181 |
| Bibliografía..... | 183 |
| ANEXO 1. Abreviaturas y siglas utilizadas | 191 |
| ANEXO 2: Cuestionario Ítems de Jellinek. | 192 |
| ANEXO 3: Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) | 194 |
| ANEXO 4: Cuestionario CAGE..... | 195 |
| ANEXO 5: Münchner Alcoholismus Test (Subjetivo) MALT-S..... | 196 |
| ANEXO 6. Münchner Alcoholismus Test (Objetivo) MALT-O | 197 |
| ANEXO 7. Cuestionario de Alcoholismo AUDIT | 198 |
| ANEXO 8. Escala de Implicación con el Alcohol para Adolescentes (AAIS) | 199 |
| ANEXO 9: Items del MMPI-2 | 201 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| TABLAS | Página |
|---|--------|
| Tabla 1 Consumos de diversas drogas atendiendo a su prevalencia en España | 49 |
| Tabla 2 Sustancias más consumidas entre la población española | 50 |
| Tabla 3 Principios para el tratamiento efectivo NIDA | 78 |
| Tabla 4 Criterios para el diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas | 80 |
| Tabla 5 Descripción de los estadios motivacionales del Modelo Transteórico | 91 |
| Tabla 6 Estrategias de intervención según los objetivos planteados | 103 |
| Tabla 7 Fuente de referencia (derivación) | 128 |
| Tabla 8 Historial delictivo | 128 |
| Tabla 9 Presencia de patologías concomitantes | 129 |
| Tabla 10 Perfil sociodemográfico, por género | 129 |
| Tabla 11 Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas Clínicas del MMPI-2 | 139 |
| Tabla 12 Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas de Contenido | 141 |
| Tabla 13 Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas Suplementarias | 142 |
| Tabla 14 Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas PSY-5 | 142 |
| Tabla 15 Correlaciones entre las variables de las Escalas Clínicas (comparación de género) | 144 |
| Tabla 16 Correlaciones entre las variables PSY-5 (comparación de género) | 144 |
| Tabla 17 Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre las distintas drogas que motivan el tratamiento en las Escalas Clínicas Básicas | 147 |
| Tabla 18 Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre las distintas drogas que motivan de tratamiento en las Escalas de Contenido | 148 |
| Tabla 19 Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre las drogas que motivan el tratamiento en las Escalas Suplementarias | 150 |

| | | |
|----------|--|-----|
| Tabla 20 | Diferencias entre medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas Clínicas | 153 |
| Tabla 21 | Correlaciones entre las Escalas Clínicas Básicas en personas con drogodependencia | 154 |
| Tabla 22 | Diferencias de medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas PSY-5 | 154 |
| Tabla 23 | Correlaciones entre las Variables PSY-5 entre personas con drogodependencia | 155 |
| Tabla 24 | Diferencias de medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas Clínicas | 156 |
| Tabla 25 | Diferencias de medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas de Contenido | 157 |
| Tabla 26 | Diferencias de medias entre grupos (Clínico y drogodependiente) y "d" de Cohen en las Escalas Suplementarias | 158 |
| Tabla 27 | Áreas bajo la curva en las Escalas Clínicas. Grupos: Normal/Drogodependiente | 162 |
| Tabla 28 | Áreas bajo la curva en las Escalas PSY-5. Grupos: Normal/Drogodependiente | 163 |
| Tabla 29 | Áreas bajo la curva en las Escalas de Contenido. Grupos: Normal/Drogodependiente | 164 |
| Tabla 30 | Áreas bajo la curva en las Escalas Suplementarias. Grupos: Normal/Drogodependiente | 165 |
| Tabla 31 | Área bajo la curva en las Escalas Clínicas. Grupos: Clínico/Drogodependiente | 167 |
| Tabla 32 | Área bajo la curva en las Escalas de Contenido. Grupos Clínico / Drogodependiente | 168 |
| Tabla 33 | Área bajo la curva en las Escalas Suplementarias. Grupos Clínico/Drogodependiente | 168 |

| FIGURAS | Página | |
|-----------|--|-----|
| Figura 1 | Esquema de funcionamiento interactivo del consumo de drogas | 19 |
| Figura 2 | Vías de administración de las drogas | 28 |
| Figura 3 | Consumo, riesgo y dependencia del alcohol en España en el año 2013 | 44 |
| Figura 4 | Modelo biopsicosocial del consumo y/o dependencia | 68 |
| Figura 5 | Criterios para la derivación del paciente drogodependiente | 104 |
| Figura 6 | Tipos de demanda del paciente al ingresar en la institución | 117 |
| Figura 7 | Estado civil de los pacientes | 117 |
| Figura 8 | Nivel de estudios realizados | 118 |
| Figura 9 | Continuación de los estudios por parte del paciente | 118 |
| Figura 10 | Fuente de ingresos económicos de la muestra | 119 |
| Figura 11 | Situación laboral actual | 119 |
| Figura 12 | Convivencia antes del ingreso en tratamiento | 120 |
| Figura 13 | Lugar de residencia antes del ingreso en tratamiento | 120 |
| Figura 14 | Edad del primer delito | 121 |
| Figura 15 | Problemas legales en la infancia/adolescencia | 121 |
| Figura 16 | Presencia de VIH | 122 |
| Figura 17 | Presencia de Hepatitis B | 122 |
| Figura 18 | Presencia de Hepatitis C | 123 |
| Figura 19 | Existencia de tratamiento psiquiátrico previo | 123 |
| Figura 20 | Droga que motiva el tratamiento | 124 |
| Figura 21 | Vía de administración de la droga que motiva el tratamiento | 124 |
| Figura 22 | Años de consumo (por rango de años) | 125 |
| Figura 23 | Droga secundaria consumida habitualmente | 126 |
| Figura 24 | Frecuencia de consumo de la droga principal | 126 |
| Figura 25 | Perfil medio, en puntuaciones "T", de las Escalas Clínicas Básicas | 140 |
| Figura 26 | Perfil medio en puntuaciones "T" de las Escalas de Contenido | 141 |
| Figura 27 | Perfil medio en puntuaciones "T" de las Escalas | 143 |

Suplementarias

| | | |
|-----------|---|-----|
| Figura 28 | Perfil de puntuaciones medias (Directas) de las Escalas PSY-5 | 144 |
| Figura 29 | Puntuaciones medias en las Escalas Clínicas Básicas de las diferentes drogas que motivaron el tratamiento | 147 |
| Figura 30 | Puntuaciones medias en las Escalas de Contenido de las diferentes drogas que motivaron el tratamiento | 149 |
| Figura 31 | Puntuaciones medias en las Escalas Suplementarias de las diferentes drogas que motivaron el tratamiento | 151 |
| Figura 32 | Puntuaciones medias de las Escalas Clínicas en los tres grupos | 153 |
| Figura 33 | Puntuaciones medias de las Escalas PSY-5 en los tres grupos | 155 |
| Figura 34 | Puntuaciones medias de las Escalas Clínicas (Clínico/Drogodependiente) | 156 |
| Figura 35 | Puntuaciones medias de las Escalas de Contenido (Clínico/Drogodependiente) | 158 |
| Figura 36 | Puntuaciones medias directas de las Escalas Suplementarias (Clínico/Drogodependiente) | 159 |
| Figura 37 | Comparación de los grupos Normal/Drogodependiente en las Escalas Clínicas Básicas | 162 |
| Figura 38 | Comparación de los grupos Normal/Drogodependiente en las Escalas PSY-5 | 163 |
| Figura 39 | Comparación de los grupos Normal/Drogodependiente en las Escalas de Contenido | 164 |
| Figura 40 | Comparación de los grupos Normal/Drogodependiente en las Escalas Suplementarias | 165 |
| Figura 41 | Comparando las escalas Clínicas Básicas entre grupos (Clínico/Drogodependiente) | 166 |
| Figura 42 | Comparando las escalas de Contenido entre grupos (Clínico/Drogodependiente) | 167 |
| Figura 43 | Comparando las escalas Suplementarias entre grupos (Clínico/Drogodependiente) | 168 |

I.- MARCO TEÓRICO

I.- MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

El campo de las adicciones a drogas, en su acepción general es, dentro de la psicología clínica, uno de los menos desarrollados en cuanto a investigación, formación y tratamiento. Como ejemplo baste decir que en nuestro país, hasta el año 1985 no se constituyó el Plan Nacional Sobre Drogas, entidad gracias a la cual se empezaron a coordinar las distintas acciones comenzadas a lo largo del estado español en lo referente a investigación, formación y tratamiento, ya que éstas, hasta dicho momento, carecían del mínimo rigor científico y adolecían, en su mayoría, la presencia de personal poco o nada cualificado con fuerte componente ideológico-religioso.

Del mismo modo, no fue hasta finales de la década de los años 80 del siglo pasado cuando el psicólogo (COP, 1998) empezó a consolidar su función, dentro de un equipo interdisciplinar, como profesional de las drogodependencias con perfil propio, ya que antes de esta fecha no existía formación específica para ningún profesional en el ámbito de las dependencias a las sustancias.

Debido a esto, el tratamiento y evaluación de los drogodependientes estaban estructurados en base a experiencias aisladas de los pocos profesionales que trabajaban con este grupo de pacientes, siendo, en la inmensa mayoría de las ocasiones, los médicos psiquiatras los encargados de llevar a cabo el proceso, el cual carecía de psicoterapia y se basaba, casi en su totalidad, en el tratamiento con psicofármacos, los cuales, además, no habían sido diseñados de modo específico para el tratamiento de las drogodependencias.

De igual manera y debido quizá al tradicional atraso en este campo particular, las ideas preconcebidas que existen hoy día sobre la fenomenología de las diversas sustancias psicoactivas y su modo de tratamiento, carecen, en muchos casos, de la suficiente objetividad que se presupone debe acompañar a los profesionales del ámbito, produciéndose, en no pocas ocasiones, un encuadre terapéutico carente de base teórica que lo sustente y guiado por opiniones o juicios de valor que se apartan de la finalidad del tratamiento.

Así pues, no es hasta mediados de los años 90 del siglo pasado cuando el psicólogo, y por extensión el campo relativo al tratamiento de las drogodependencias, consolida su función dentro los recursos existentes, diversificando sus funciones y asumiendo tareas que vienen a sumarse a las ya desempeñadas. Además de los programas libres de drogas aparecen otros encaminados a disminuir los riesgos y a prevenir recaídas, con lo que se abren nuevos campos de intervención del profesional en lo que respecta al tratamiento.

En lo que respecta a la evaluación psicológica del paciente drogodependiente, y más en concreto a la valoración de la personalidad de éste mediante el MMPI, son multitud los estudios realizados con población drogodependiente desde mediados del siglo pasado (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2003), aunque los resultados varían tanto de una investigación a otra que no se puede establecer, a día de hoy, un perfil de personalidad basado en el MMPI propio y característico del adicto a las sustancias psicoactivas, tan sólo se reconoce (Donovan, Soldz, Kelle y Penk, 1998; Polimeni, Moore y Gruenert, 2010b) que los sujetos drogodependientes puntúan por encima de la media en todas las escalas clínicas básicas, presentando un perfil característico 4-2 (Desviación Psicopática/Depresión) o 4-8 (Desviación Psicopática/Esquizofrenia), en las cuales las puntuaciones se hayan por encima de los niveles considerados como psicopatológicos.

No hay que olvidarse de que el MMPI-2 y, en concreto, las escalas de abuso de sustancias: MAC-R de alcoholismo, APS o de potencial de adicción y AAS o de reconocimiento de adicción, se han utilizado ampliamente, debido a su precisión diagnóstica (en concreto la escala AAS), a la hora de evaluar a sujetos y orientar al profesional sobre la presencia de rasgos de personalidad o tendencias en los sujetos que, en algún modo, indiquen una alta probabilidad de abuso de sustancias psicoactivas en los evaluados (Clements y Heintz, 2002; Weed, Butcher, McKenna y Ben-Porath, 1992; Young y Weed, 2006).

De todos modos, y tal y como señalaba Nathan en 1988, no se ha identificado un rasgo particular que se pueda definir como determinante de la drogodependencia, rasgo mediante el cual el profesional pudiera predecir con cierta garantía un futuro problema de consumo abusivo de drogas, tal y como sucede con otros rasgos y su relación con posibles trastornos de la personalidad o psicopatologías futuras. Se han realizado algunos estudios longitudinales con la intención de descubrir rasgos comunes a sujetos

evaluados en su etapa escolar que con posterioridad fueron tratados de algún tipo de drogodependencia y éstos sólo concluyen que los sujetos adictos coinciden en alto grado de personalidad antisocial y antecedentes familiares de abuso-dependencia de drogas, aunque, tal y como se han encargado de señalar otros autores en una revisión (Zucker y Gomberg, 1986), se había sobrevalorado el factor antisocial frente a otros ambientales, del mismo modo que no se había establecido si la conducta antisocial es consecuencia o causa del consumo de drogas.

Finalidad de la presente investigación

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, lo cierto es que es de capital importancia conocer cómo son los sujetos drogodependientes desde una perspectiva holística, ya que la calidad (y por lo tanto el éxito) de la intervención y el tratamiento dependen en gran medida de una correcta evaluación integral del paciente por parte del profesional. Los diferentes modelos de tratamiento de sujetos adictos muestran la gran importancia de una correcta evaluación inicial del espectro de la personalidad para que el proceso sea más eficaz.

Algunos instrumentos utilizados en la actualidad para la evaluación de la personalidad, como el MMPI-2 y el MCMI-III, no obvian esta realidad, y ambos poseen escalas o subescalas que evalúan o identifican la vulnerabilidad del evaluado hacia consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Partiendo de algunos de los conceptos citados con anterioridad, el presente trabajo se propone investigar, mediante el test MMPI-2, los rasgos de personalidad de una muestra de población drogodependiente en tratamiento y su comparación con otras muestras, en este caso normal y clínica.

Ya se ha señalado que existen multitud de estudios referidos a la evaluación de grupos de drogodependientes y/o alcohólicos mediante el MMPI-2. La mayoría de estos estudios, sin embargo, obvian las diferencias que puedan existir entre los rasgos de personalidad de los pacientes dependiendo de la droga consumida y sólo comparan, a lo sumo, dos tipos de sustancia si es que lo hacen; en la presente investigación también se analizarán las diferencias que puedan existir a este respecto. Sin embargo, una de las novedades de la presente investigación radica en que se analizarán posibles diferencias en los diversos rasgos de personalidad evaluados mediante el MMPI-2 de los sujetos

atendiendo a su inclusión a uno de estos tres diferentes grupos de estudio: grupo normal, grupo clínico y grupo de drogodependientes.

Para ello, la presente tesis se ha dividido en dos partes bien diferenciadas, el marco teórico y el marco empírico.

En el marco teórico se expone todo lo relacionado con el ámbito de las drogas en base a tres descriptores fundamentales, drogodependencia, personalidad y evaluación, que atañe al profesional de la psicología, es decir, se tratan las drogas desde los conceptos básicos en drogodependencias hasta conceptualizarlas en lo fenomenológico, detallándose los efectos y características de todas las sustancias con especial hincapié en las drogas propuestas en este estudio (alcohol, heroína y cocaína).

También se describen las diferentes teorías que, con mayores evidencias científicas, explican la etiología de la drogodependencia, así como los diferentes factores que pueden favorecer o predisponer al consumo.

A continuación de lo anterior, se describen los tipos de psicoterapia propuestos por los diferentes paradigmas orientados al paciente drogodependiente, así como los dispositivos existentes en nuestro país para el tratamiento, haciendo especial énfasis en la comunidad terapéutica, ya que la muestra del estudio procede de una ellas. Para finalizar la parte teórica, se conceptualiza el perfil de personalidad del drogodependiente y sus características principales.

La segunda parte de este trabajo se centra en la propuesta del diseño y metodología empleada para este estudio con sus diferentes análisis estadísticos referidos por las variables tanto dependientes como independientes.

Tendrá especial relevancia el análisis de la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para poder apreciar las diferencias aportaciones de predicción diagnóstica de las variables MMPI-2 mediante el "Área bajo la curva" (ABC).

I.1.- CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

Las drogas siempre aparecen en las encuestas y sondeos de población general como uno de los problemas que más preocupan a la gente; de hecho, hay muchas noticias en los medios de información relacionadas con el consumo de drogas que hace la juventud, con los problemas sociosanitarios que el consumo de las drogas produce, del importante aumento de consumo que año tras año se da en todas las clases de drogas, de la aparición de nuevas drogas...

Con todo, cuando a la gente se le pregunta sobre alguna cuestión más o menos técnica relacionada con las sustancias psicoactivas, el desconocimiento, en la mayoría de los casos, es lo que prima, siendo la carga moral o los prejuicios previamente establecidos lo que en la mayoría de las opiniones se refleja.

Puesto que existe terminología específica en lo que respecta al campo de las sustancias psicoactivas, se describen a continuación los conceptos más relevantes, gracias a los cuales la comprensión global del texto resultará más asequible.

I.1.1. Conceptualizando la “droga”

Sin duda, el primer concepto a definir merece ser el de droga, concepto sobre el cual orbita una significativa parte del contenido de la presente investigación.

Aunque desde que las drogas existen sin duda han tenido múltiples acepciones, la primera definición conceptualizada al ámbito universal de droga fue propuesta por el Comité de Expertos sobre Drogas Adictivas de la OMS; es la siguiente “Droga es cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (OMS, 1952, p.: 5). Se puede observar que esta definición sigue un criterio clínico, incluyendo cualquier tipo de fármaco o cualquier producto que se derive de algún tipo de manipulación química, incluso los alimentos estarían incluidos en una interpretación literal de dicha definición. La equivalencia entre droga y fármaco se observa de manera evidente en el idioma inglés, donde la palabra *drug* engloba ambas acepciones; esto ocurre también en el castellano hablado en algunos países del continente americano. Para subsanar este problema de conceptualización, Kramer y Cameron elaboraron para la OMS en 1975 una serie de definiciones que sirven como referencia para enmarcar las sustancias psicoactivas; se diferencia como droga de abuso aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir efectos en la

percepción, estado de ánimo, conciencia y comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada. Así pues, en la actualidad, la concepción más aceptada de droga es la siguiente: “Droga es toda sustancia que introducida en nuestro organismo por alguna vía de administración produce una alteración, de algún modo, en el normal funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea física, psicológica o ambas” (Kramer y Cameron, 1975, p.: 17)

Desde entonces, en el ámbito clínico, los profesionales de la salud, generalmente utilizan el término droga para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Kramer y Cameron, 1975):

- ✓ Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
- ✓ Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
- ✓ El cese en su consumo puede dar lugar a un malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
- ✓ No tienen ninguna aplicación médica¹ y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Es por tanto que, en la presente investigación, cuando se habla de droga se hace referencia a las drogas de abuso, también llamadas sustancias psicoactivas, tóxicos, etc.

Al ser sustancias que afectan al cerebro, sus efectos pueden variar, y mucho, según las características de la propia sustancia (dosis, calidad, características de cada droga...), de la persona que las consume (estado tanto físico como psicológico) y del contexto en el que se consume (compañía, lugar del consumo...), se puede decir que en el ámbito de las drogas y drogodependencias, cada persona es un mundo, y es un mundo que varía, que es dinámico y no estático y que está influenciado tanto por lo que ocurre a su alrededor como en su interior.

¹ N. del A.: Debido a los estrictos controles internacionales y a su clasificación como sustancias que no poseen interés médico en los EE.UU, algunas sustancias como la heroína, el cannabis y la MDMA, incluidas en la llamada Planificación 1 (esto es, que no hay seguridad para el uso terapéutico) del Acta de Sustancias Controladas, están consideradas como sustancias sin interés médico alguno, y toda investigación con dichas sustancias está prohibida a nivel internacional, a pesar de contar con numerosas evidencias históricas y empíricas de su efectividad terapéutica en otras culturas y otros paradigmas médicos.

Sólo teniendo en cuenta la totalidad de los factores comentados con anterioridad y su mutua interrelación, se podrá realizar una correcta evaluación a nivel biopsicosocial, evaluación que podrá guiarnos hasta la correcta selección de tratamiento de la persona drogodependiente.

De este modo, todo lo comentado en la página anterior se podría resumir en el siguiente esquema de la Figura 1 (Adaptado de Stockley, 2002 y Weil, 2002):

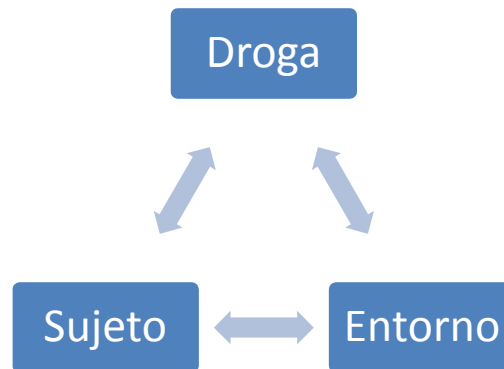


Figura 1. Esquema de funcionamiento interactivo del consumo de droga

Droga: Todas las drogas son sustancias tóxicas, así como la inmensa mayoría de las sustancias que atraviesan la frontera de nuestro cuerpo. Cualquier verdura es tóxica, así como la carne, el pescado y los cereales. Lo que ocurre es que el nivel de toxicidad de una patata, por ejemplo, es tolerada por la inmensa mayoría de la gente sin problemas; pero si alguien se comiera tres kilos de patatas de una sentada tendría, muy probablemente, una intoxicación y su cuerpo reaccionaría con vómitos, indigestión, dolor...

Con las drogas y medicamentos ocurre de igual manera, la diferencia radica en las proporciones (dosis por kilo de peso) y en la dosis terapéutica (cantidad mínima de la sustancia para que produzca el efecto buscado) que marcan unos efectos u otros; por ejemplo, una aspirina con un contenido de 500 mg de ácido acetilsalicílico es muy probable que nos quite el dolor de cabeza, pero un cuarto de dicha cantidad no nos hace efecto; del mismo modo, un miligramo de metilendioximetanfetamina (MDMA) por kilo de peso nos produce unos determinados efectos a nivel psicológico y fisiológico, mientras que dosis menores no provocarán efecto subjetivo alguno en nuestro organismo.

Sujeto: Sabemos que todos y cada uno de nosotros somos distintos, únicos y particulares. También lo serán las experiencias que cada una de las personas tenga con una misma sustancia y una misma dosis. Cada persona es un cúmulo de diferencias biológicas, psicológicas y sociales y como tal las experiencias que cada uno tenga con las drogas serán diferentes. También influye, y mucho, el estado anímico de la persona que consuma una droga.

Contexto o entorno: Es otra de las variables que influyen de una manera determinante en la experiencia que se pueda tener con las drogas, de modo que cada sustancia tiene unas potencialidades que se ven muy modificadas por la situación en la que se consuma: si se consume sólo o con más gente, en un espacio cerrado o al aire libre, en un bar con ruido en exceso o en una vivienda particular...

En lo que respecta al contexto, y debido al estatus ilegal de la mayoría de las sustancias psicoactivas, este tipo de condicionante situacional propicia la aparición de espacios de consumo en ambientes marginales donde se agrupan numerosos drogodependientes (y en ocasiones también los consumidores ocasionales), con los problemas a todos los niveles que ello conlleva.

I.1.2.- Otros conceptos y constructos del ámbito de las drogas

Una vez conceptualizado el término droga, existen multitud de conceptos asociados al ámbito de las drogodependencias que conviene ser definidos para una correcta comprensión de los capítulos venideros.

I.1.2.1. Conceptos complementarios a la conceptualización de droga

Existen una serie de conceptos de importancia relevante a la hora de conceptualizar el término droga y sus efectos sobre el consumidor, dichos conceptos, definidos por la OMS en 1975, son los que se utilizan en la actualidad (Adaptado de Kramer, 1975 y Weil, 2002):

Tolerancia: Es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga, es decir, que una persona que consume de modo habitual una droga, cada vez necesita más cantidad de dicha sustancia para conseguir los mismos efectos.

La tolerancia es un fenómeno que afecta de manera muy diversa a las distintas sustancias; por ejemplo, el LSD presenta una tolerancia muy rápida (después de 3 tomas consecutivas ya no afecta al organismo) mientras que el alcohol presenta una tolerancia relativamente lenta.

Síndrome de abstinencia: conjunto de síntomas y signos que aparecen cuando se interrumpe la administración de la droga. Los signos y síntomas que el síndrome representa pueden ser muy variados, normalmente van acompañados de ansiedad y puede derivarse en un cuadro clínico de gravedad. Se puede hablar de dos subtipos:

El **síndrome de abstinencia tardío** puede aparecer a los pocos días o semanas de haber abandonado el consumo de la droga, bien después del síndrome de abstinencia agudo o bien, a veces, en su lugar, siendo un suceso relacionado con la dependencia psicológica. Las manifestaciones de este síndrome pueden durar meses, incluso años.

Síndrome de abstinencia condicionado: Aparición de una sintomatología típica del síndrome de abstinencia en un drogodependiente que lleva meses o años sin consumir. El cuadro se puede desencadenar cuando la persona es reexpuesta a los estímulos ambientales donde tenía lugar su consumo o bien los estímulos del entorno en que se encuentra son similares a aquellos. La presencia de elementos vinculados al consumo de la droga “inician” toda una serie de anhelos, deseos y necesidades (*craving*) de droga junto con las manifestaciones psicofisiológicas de su ausencia o retirada cuyo origen neurobiológico no se encuentra determinado. Este síndrome va seguido de un periodo de gran ansiedad y miedo pues la persona se ve a sí misma como en el momento inicial del abandono de su dependencia, de manera que estas manifestaciones desagradables que se presentan sin razón aparente, pueden propiciar una recaída.

Dependencia: Cuando una droga se consume de manera reiterada puede llegar a desarrollarse una necesidad ineludible de seguir tomándola. Este proceso se conoce como *dependencia*, y puede ser psicológica, física o ambas (Graña, 1998).

La **dependencia psicológica** ocurre cuando la persona tiene un gran deseo, ineludible o casi, de obtener las sensaciones que le provoca la droga, hasta preferir el estado modificado por la sustancia a la normalidad. Para poder mantener esos efectos, el consumidor tiene que hacer un consumo regular y cada vez mayor de la sustancia (debido al fenómeno de la tolerancia) y cuando el consumo cesa sobrevienen estados

depresivos o ansiosos de mayor o menor intensidad, los cuales pueden requerir atención especializada.

La dependencia física no es indispensable para la instauración de la dependencia. Sí lo son los efectos reforzadores positivos y negativos que abocan directamente a cambios comportamentales en la persona, es decir, la acción irrefrenable de búsqueda, obtención y consumo de la sustancia. Esto constituye lo que también se denomina *dependencia conductual*.

Los efectos inmediatos de las drogas actúan como reforzadores positivos ya que son un premio o recompensa para el consumidor, pudiéndose producir una o varias de las siguientes situaciones: una vivencia placentera, una vivencia de evasión, una vivencia de aprobación de los amigos (refuerzo positivo). Por otra parte, con la retirada de la droga la persona sufre un cuadro clínico muy desagradable y éste pasa a ser, también, un elemento reforzador, pero en este caso negativo porque se busca y consume la droga para suprimir los efectos aversivos debidos a su falta (refuerzo negativo). En ambos casos se responde ingiriendo más droga.

En definitiva, se puede entrar en un consumo de sustancia psicoactiva buscando el placer y continuar en dicho consumo por esta causa y/o para evitar el malestar que supone su falta. Cuando se emplean drogas de acción breve, como la heroína, cocaína o nicotina, el refuerzo ocurre varias veces al día y crea, por tanto, un vínculo muy poderoso a nivel psicológico.

Un subtipo de dependencia psicológica con especial relevancia en nuestro medio es la llamada *dependencia social o funcional*. Este tipo particular de dependencia psicológica se caracteriza por buscar la persona estados alterados de conciencia en las ocasiones de ocio o diversión, hasta tal punto de no ser capaz de no consumir cuando este tipo de situaciones se le presentan.

Cuando el consumo de alguna droga causa cambios reales en el organismo, de modo que si no se consume, este puede dejar de funcionar con normalidad y la persona sufre los síntomas de la abstinencia, hablamos de *dependencia física*. Es un tipo de dependencia que se da, sobre todo, con las drogas depresoras (alcohol, opiáceos y barbitúricos y benzodiazepinas) y su síndrome de abstinencia, al estar implicada la funcionalidad de algunos órganos, es más complicado de superar que el síndrome de

abstinencia psicológico; incluso el *delirium tremens* (fase más aguda del síndrome de abstinencia al alcohol) puede llegar a matar al adicto.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) llama *Trastorno por uso de múltiples sustancias psicoactivas* al consumo repetido, durante un periodo de 6 meses, de un mínimo de tres tipos de sustancias (exceptuando la nicotina y la cafeína) sin predominio de ninguna sobre las demás. Se habla de polidependencia o politoxicomanía para describir el uso simultáneo de más de una droga, ya sea con el fin de aumentar o contrarrestar los efectos de las demás o como forma de consumo caótico, indiscriminado y masivo. De hecho, cada vez se presentan en la clínica con más frecuencia los consumidores de múltiples sustancias (alcohol, cocaína, psicofármacos, anfetaminas, cannabis). La Organización Mundial de la Salud también incluye dentro de sus criterios diagnósticos los *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas*.

En los nuevos criterios de clasificación del DSM-5 (APA, 2014) ha desaparecido este trastorno, indicándose que ante el consumo de varias sustancias: “la intoxicación y la abstinencia suelen acontecer tras el consumo de diferentes sustancias de manera simultánea o secuencial. En estos casos debe establecerse el diagnóstico por separado” (p. 486).

Patología dual. Con este término se describe a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias. No es un término reconocido oficialmente por los sistemas de clasificación DSM o CIE, aunque en pacientes drogodependientes la existencia de alguna psicopatología concomitante se presenta con una frecuencia muy superior a la población normal. En un estudio epidemiológico de Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd y Goodwin (1990) sobre una población de adictos norteamericanos se puede comprobar que el porcentaje de comorbilidad psiquiátrica en pacientes alcohólicos es del 37%, aumentando hasta el 53% en pacientes adictos a otras drogas (sin especificar a cuál). En otros estudios más actuales aunque con muestras de sujetos más limitadas (Casas y Gual, 2002; Flynn y Brown, 2008) se establece que la concurrencia de trastornos psiquiátricos con consumo de drogas se sitúa entre el 15 y el 80%. La cuestión se complica por el hecho de que hay trastornos mentales que incluyen entre sus síntomas el abuso de sustancias, como el trastorno antisocial o el trastorno límite de la personalidad. Además, algunos de los efectos característicos del consumo de las sustancias pueden confundirse con síntomas de

algunas psicopatologías como por ejemplo el insomnio, siendo difícil distinguir el provocado por estados de depresión o ansiedad del de consumo de estimulantes.

Los pacientes con Trastorno dual presentan una mayor dificultad de tratamiento y un peor pronóstico que los que presentan cualquiera de estos dos trastornos por separado (Vallejo-Ruiloba, 1998). Normalmente, con escasas excepciones, lo primero que hay que tratar es el trastorno por sustancias y luego abordar el trastorno mental, todo ello en un centro integrado. En España y la mayoría de países (Torrens, 2008) los problemas surgen desde el principio, ya que las redes asistenciales se hayan diferenciadas entre la red de atención a drogodependientes y la red de salud mental, constituyendo un reto tanto para el terapeuta como para el mismo sistema sanitario.

Después de establecer cuál es el diagnóstico psicopatológico y la sustancia (o sustancias) objeto de abuso, hay que establecer la relación etiológica entre ambos trastornos. Es posible la existencia de tres tipos de relaciones (Lehman, Myers, Dixon y Johnson, 1994):

- ✓ Tipo I: Un trastorno psiquiátrico primario ocasiona un trastorno por uso de sustancias secundario.
 - El uso de sustancias se considera consecuencia del trastorno mental: los sujetos abusan de determinadas drogas para aliviar la sintomatología de su trastorno mental.
 - La característica fundamental es que el trastorno psicopatológico tiene lugar en un momento de la vida del paciente en que no consume sustancia alguna.
 - En la mayoría de las ocasiones el éxito en el tratamiento del trastorno psiquiátrico provoca la remisión del trastorno por abuso de sustancias, sobre todo si éste último es leve.
- ✓ Tipo II: Un trastorno por uso de sustancias primario ocasiona una sintomatología psiquiátrica de forma secundaria.
 - Los síntomas psiquiátricos aparecen como consecuencia del consumo de sustancias, manifestándose en tres contextos diferentes:
 - Asociadas a las manifestaciones agudas de la intoxicación.
 - Asociadas a las manifestaciones agudas de la abstinencia.
 - Asociadas a un consumo prolongado de la sustancia.

- Los criterios diagnósticos de la intoxicación o de la abstinencia de sustancias incluyen diversos síntomas psiquiátricos. Se deben a los efectos de la sustancia sobre los sistemas de neurotransmisores ya que, en realidad, un trastorno inducido por sustancias sólo es posible si una cantidad suficiente de sustancia ha llegado al SNC y ha interactuado con un número significativo de receptores. Una vez que desaparecen estos efectos, los síntomas deben remitir de forma espontánea.
- La persistencia de la sintomatología psiquiátrica durante un periodo significativo, fuera del contexto de una intoxicación o abstinencia, sugiera la presencia de un trastorno psiquiátrico primario. Sin embargo, el consumo prolongado o puntualmente abusivo de algunas sustancias puede ocasionar una alteración permanente del SNC, dando como resultado un síndrome que persiste mucho tiempo después de haber dejado de consumir la sustancia psicoactiva.
- ✓ Tipo III: Tanto la sintomatología psiquiátrica como el abuso de sustancias constituyen trastornos primarios.
 - En este caso ambos trastornos son independientes y no se relacionan inicialmente. Sin embargo ambos pueden interactuar, potenciándose entre ellos y produciendo mayor vulnerabilidad a las recaídas en las fases agudas de los trastornos.
 - Esta dualidad primaria se aplica a sujetos en los que los síntomas psiquiátricos y por uso de sustancias presentan un curso independiente.
 - El tratamiento debe dirigirse a ambos trastornos por igual.

Drogodependencia. Este término hace referencia tanto a la dependencia física como a la psíquica o a las dos conjuntamente. Es un sustituto reciente del término “adicción”, el cual está considerado bastante cargado emotivamente, de este modo, tanto esta palabra como “drogadicto”, se tienden a sustituir por los términos “drogodependencia” y “drogodependiente”. En algunas ocasiones sólo se puede resolver la drogodependencia mediante un tratamiento largo y especializado. Se emplean para ello diversos programas y dispositivos en una tentativa de individualizar al máximo a intervención terapéutica. (Confrontar capítulo 2).

Otros conceptos a tener en cuenta

A continuación se definen de manera breve otros conceptos a tener en cuenta sobre los efectos que se pueden producir al consumir de manera simultánea dos o más sustancias psicoactivas (Graña, 1998; Stockley, 2002).

Potenciación: La potenciación es un concepto que nos informa del incremento del efecto característico de una sustancia por la interacción de dos drogas diferentes. Existen combinaciones potenciadoras cuando los efectos de dos drogas administradas conjuntamente superan al que tendrían administradas de forma individual. Ejemplo: cocaína y anfetaminas.

Antagonismo: Es un concepto contrario al anterior y nos informa de la acción disminuida por la interacción de dos drogas diferentes. Cuando dos drogas del mismo o diferente tipo se toman conjuntamente, el efecto es menor que cuando se administran individualmente. Ejemplo: naltrexona y heroína.

Tolerancia cruzada: Es un fenómeno por el que, al consumir una droga, aparece tolerancia no sólo con respecto a esa droga sino a otras del mismo tipo. Ejemplos: alcohol y benzodiazepinas o heroína y morfina.

Dependencia cruzada: Es un concepto paralelo al anterior. Se refiere a la capacidad de una droga para suprimir los síntomas de abstinencia producidos por otra. Es decir, al consumir una sustancia, esta actúa en nuestro organismo como si consumiéramos otra, eliminando el síndrome de abstinencia. Ejemplos: metadona y heroína o tranquilizantes y alcohol.

1.1.2.2. Vías de administración

Las drogas se pueden ingerir, fumar, inyectar, esnifar (o inspirar), inhalar o absorberse a través de las membranas mucosas del ano, órganos sexuales y boca. Dependiendo de la vía de administración se van a conseguir unos efectos u otros.

Al ser administrada, la droga entra en el torrente sanguíneo, bien directamente bien a través del estómago, pulmones u otras vías, dependiendo de la vía de administración. Algunas actúan de forma local, pero la mayoría llegan al cerebro, en donde alteran la transmisión de mensajes a través del sistema nervioso y desde allí a las distintas partes del organismo y viceversa. Los cambios tanto fisiológicos como psicológicos son resultado de la influencia de lo que el sujeto ve, oye, huele y toca y,

sobre todo, de la interpretación que el propio individuo realiza de ello, de su estado de ánimo, de sus expectativas y sus experiencias previas, sin olvidarnos de las características propias de cada sustancia, es decir, de la manera en que éstas actúen en el Sistema Nervioso Central SNC; más adelante se explicará de manera más detallada este punto.

Las características de las diferentes vías de administración se resumen a continuación (Rowland, 1972; Stockley, 2002):

- ✓ Vía oral: En forma de ingestión, mascada o sublingual. La ingestión es la vía más lenta y la que supone menor riesgo de intoxicación y dependencia. Por el mascado se obtiene un efecto mayor que por la ingestión, ya que la sustancia se absorbe por la mucosa de la boca. La vía oral es la más utilizada para el consumo de anfetaminas legales, LSD y demás alucinógenos, barbitúricos y drogas de síntesis. Es la única vía del alcohol.
- ✓ Vía pulmonar: Inhalada o fumada. La inhalación permite que la sustancia llegue al cerebro desde los pulmones en 7-10 segundos. Característica del tabaco, cannabis, crack (base libre del clorhidrato cocaína) y crack (forma fumable de anfetamina).
- ✓ Vía nasal: Requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada). La más utilizada para la cocaína y anfetaminas ilegales.
- ✓ Vía rectal o genital: aplicación de la sustancia sobre la mucosa anal o genital.
- ✓ Vía parenteral: Significa tener que utilizar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Suele existir todo un ritual en la preparación de la dosis que se convierte, en sí mismo, en elemento fundamental para el enganche. Mediante esta vía se requiere menos cantidad de droga para obtener igual gratificación, consiguiéndose de forma casi instantánea al utilizar la vía intravenosa. Ésta, junto a la intramuscular y la subcutánea, son las tres formas de administración parenteral. La vía subcutánea, conocida como la “vía de los novatos” es una suerte de paso intermedio entre esnifar o fumar y la intravenosa. La intramuscular es la “vía de los veteranos”, utilizada como alternativa a la intravenosa cuando ésta se hace difícil por el deterioro de las venas por las frecuentes inyecciones realizadas. La intravenosa se suele realizar a través de una de las venas del antebrazo, aunque todas las venas accesibles

pueden ser utilizadas. Es la vía utilizada sobre todo por consumidores de heroína.

Ocurre sin embargo que, dependiendo de la vía de administración (ver Figura 2), una misma sustancia pueda tener efectos diferentes en el organismo del sujeto que las consume. Aunque no es una regla aplicable a la totalidad de las drogas, los efectos de éstas pueden tener una mayor intensidad dependiendo de la vía de administración; así mismo, hay vías de administración que incluyen más riesgos que otras, todo esto se podría esquematizar de la siguiente manera:

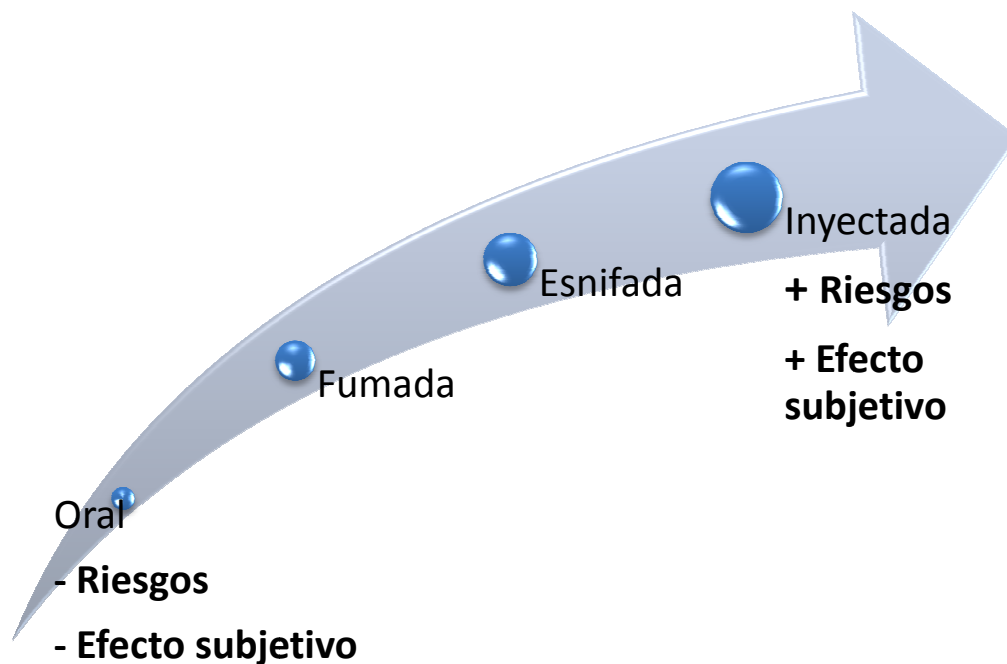


Figura 2. Diferentes vías de administración de las drogas.

En general, se considera que una droga producirá una menor intensidad de los efectos, y los riesgos asociados al consumo, serán menores si se consume por vía oral que por cualquier otra vía, debido a la degradación que las drogas sufren en el hígado. Es muy importante tener esto en cuenta a la hora de abordar al paciente drogodependiente, ya que la vía de administración suele dar información indirecta acerca de la gravedad de la adicción (un paciente heroinómano que se inyecte la sustancia es más probable que presente un historial clínico más problemático que uno que fume o inhale dicha droga).

El cambio de vía de administración suele contemplarse en aquellos consumidores problemáticos que no quieren abandonar el consumo como una estrategia de reducción de daños a aplicar (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2003).

1.1.2.3. Tipos de consumo de drogas

Es incuestionable, aunque mucha gente sigue pensándolo, que consumir una droga no hace a nadie dependiente a esa droga desde el primer consumo, ni siquiera un consumo prolongado en el tiempo puede asegurarnos que una persona sea dependiente a una droga. Hay muchas maneras de relacionarse con las drogas: unas con mayor intensidad que otras, unas con más riesgos que otras,...; es por ello por lo que los tipos de consumo se suelen clasificar en dos clases, dependiendo de la forma de consumo y de la motivación para este.

1.1.2.3.1. Según la forma de consumo

Uso: Es aquella relación con las drogas en las que, tanto por el tipo de sustancia consumida, por su cantidad o su frecuencia y por la propia situación física, psíquica e social del sujeto, no se producen consecuencias negativas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

Esta es la situación más habitual entre la gente que experimenta con drogas por curiosidad, por diversión o para imitar a los demás. En la mayoría de las ocasiones su consumo no llega más lejos, ni presentan riesgo de un posible interés por sustancias o formas de consumo con mayor peligro. Se trata de consumos ocasionales y moderados, como los realizados por una gran mayoría de consumidores de alcohol. Evidentemente, consumos esporádicos pueden ocasionar reacciones de intoxicación aguda grave, aunque no sea lo más frecuente.

Hábito: Costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Hay un deseo del producto, pero no se vive de forma imperiosa. No hay tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. Es como si tuviéramos el hábito de comernos un pastel a media mañana. Deseamos, nos gustaría comer el pastel y echamos de menos el no poder comérselo, pero no se derivan alteraciones de ningún tipo por esa falta. Siguiendo a Kramer y Cameron (1975), se caracteriza por:

- ✓ Deseo. Deseo, pero no compulsión, de seguir tomando la droga a causa de la sensación de bienestar que produce.
- ✓ No tolerancia: Tendencia escasa o nula a aumentar las dosis.
- ✓ Una cierta dependencia psíquica respecto a los efectos de la droga, con ausencia de dependencia física y en consecuencia sin síndrome de abstinencia.
- ✓ Los efectos perjudiciales, caso que existan, se refieren ante todo al individuo.

Abuso: Es la relación con las drogas en las que se producen algunas consecuencias negativas para el consumidor y/o para su entorno. Sería un tipo de consumo mediante el cual la persona puede comprometer psíquica, física y/o socialmente su evolución como persona.

La norma para evaluar cuándo se presenta un consumo tipo uso o habitual y un consumo abusivo no es igual para todas las personas, de modo que una persona que consume, por ejemplo, derivados del cannabis con una frecuencia de, pongamos por caso, 2-3 veces al día, presenta, por sus características biopsicosociales, uso de la droga en comparación con un sujeto que consuma de manera esporádica pero en situaciones de riesgo o un sujeto que consuma muy esporádicamente pero esas veces realizase un consumo compulsivo y muy elevado.

Sólo analizando las pautas de consumo y el contexto personal y social de cada caso podremos evaluar si nos encontramos ante un uso o un abuso de sustancias psicoactivas.

Dependencia: Sería el tipo de consumo en el que se prioriza la utilización de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El sujeto dedica la mayor parte de su tiempo a pensar en consumir, buscar la sustancia, obtener dinero para comprar la droga, consumirla, etc.

1.1.2.3.2 Según las motivaciones para el consumo

La adicción a sustancias psicoactivas comienza siendo un uso o consumo simple de drogas (incluso un buen uso donde se obtengan consecuencias o resultados positivos). En la segunda etapa, la cual no necesariamente se tiene que producir, se podría instaurar un consumo abusivo el cual podría convertirse en dependencia. Como

siempre en este campo particular de las drogas, hay que tener en cuenta que influyen factores personales, del entorno social y familiares.

Se trata de un continuo con límites claros entre etapas, y es aquí donde se encuentra la defensa que algunos autores (Escohotado, 2002; Szasz, 2001) realizan sobre la posibilidad de utilizar adecuadamente las drogas para fines recreativos o placenteros y la posibilidad del consumo responsable dentro de un escenario mundial de libre mercado de sustancias psicoactivas.

Otros autores (Graña, 1994) contemplan la existencia de otra serie de etapas más concretas, aunque también con dificultad para su delimitación exacta. Cada etapa requiere de la anterior, pero no es necesario el paso de una etapa a la siguiente.

Aproximación: se refiere a la percepción y acercamiento cognitivo a las drogas. Esta etapa la hemos pasado todos, en cuanto hemos escuchado hablar de las drogas desde la infancia y la adolescencia. Este acercamiento puede ser afectivo en casos de niños que han vivido la experiencia de las drogas a través de personas con las que han convivido de forma cercana.

El *inicio o experimentación* se refiere a la decisión de consumir drogas. Esto puede explicarse por la teoría de búsqueda de sensaciones o por la teoría de la reactancia. La primera se basa en que algunas personas se encuentran siempre con un nivel de excitación del SNC por encima del normal, lo que supone una búsqueda de sensaciones y tareas arriesgadas, lo que se encuentra con frecuencia en el consumo de drogas. La segunda teoría supone que la transgresión y realización de lo prohibido sería la principal causa del consumo. En esta etapa influyen de forma especial la presión social hacia el éxito y el consumismo, la publicidad, el sentido de pertenencia a un grupo, así como la disponibilidad de las drogas y la exposición al consumo.

La *escalada* surge cuando se ha probado algún tipo de droga y aumenta la cantidad y variedad en el consumo. Intervienen factores personales como búsqueda de placer, que a veces no se satisface con otras actividades socialmente aceptadas. Se puede producir también un desplazamiento del autocontrol, ya que al principio el sujeto tiene un control sobre el consumo para pasar posteriormente a que este control sea externo, social o normativo.

En la *fase de mantenimiento o de consumo compulsivo* la droga pasa a ser el centro de la vida de la persona adicta. En esta fase las variables personales más

características son la falta de motivaciones y alternativas, la baja autoestima del adicto y el miedo al malestar o al síndrome de abstinencia (en esta fase el sujeto consume la sustancia para evitar estar mal, no para obtener placer). Adquieren gran importancia las variables del contexto interpersonal.

Progresivamente la persona puede ir perdiendo el control sobre el consumo, a la vez que éste va desplazando otras actividades que resultan incompatibles con la adicción, como el trabajo, estudios, relaciones familiares e interpersonales u otras actividades e interés. Normalmente las personas adictas cuentan cómo al comienzo del consumo podían compatibilizar una vida normal (trabajo, familia, amigos) con la adicción, sin que nadie se diese cuenta de su problema, que quizá entonces no suponía un problema. Con el paso del tiempo, llevar una doble vida resultó imposible por los trastornos que la drogodependencia produce en el estilo de vida: llegar tarde al trabajo, extraer pequeñas (o grandes) cantidades de dinero en casa o en el trabajo, llegar tarde a las citas... agravándose hasta producirse una desconexión total con su mundo anterior. En otros casos, la mayoría, los sujetos no han estado nunca insertos en la sociedad normal, ya que siempre han pertenecido a un sector socialmente marginado.

El *abandono de la adicción* suele estar inducido, al principio, por el contexto de la persona adicta más que por propia voluntad. Entre las motivaciones personales se encuentran el cansancio que supone ese estilo de vida, que empieza a estar lleno de factores adversos: problemas judiciales, policiales, económicos, discusiones familiares, falta de relaciones sociales, problemas de salud.

La *recaída* suele considerarse como una etapa más del proceso de adicción, lo que supone desdramatizarla y seguir el proceso de deshabituación que se hubiese comenzado. Se piensa que las recaídas son inevitables y que el intento de las intervenciones debe basarse en que estas recaídas estén más alejadas en el tiempo, a la vez que los periodos de abstinencia sean mayores.

1.1.2.4. Las sustancias psicoactivas. Clasificación de las drogas.

A lo largo de los últimos tiempos, las drogas fueron clasificadas (Escohotado, 2002) de diversas maneras: duras y blandas; naturales y sintéticas; legales e ilegales y muy peligrosas o poco peligrosas.

Estas distintas clasificaciones llevan implícitas una interpretación sesgada y que varía de una cultura a otra, por eso en la actualidad las sustancias psicoactivas se

clasifican en el ámbito clínico atendiendo con exclusividad a los efectos que tienen sobre el SNC (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003). De este modo, podemos dividir las drogas de la siguiente manera:

Estimulantes del SNC: sustancias que activan el funcionamiento del cerebro:

✓ Estimulantes mayores:

- Anfetaminas
- Cocaína.

✓ Estimulantes menores:

- Nicotina.
- Metilxantinas (cafeína, teobromina, teofilina).
- Khat.

Depresores del SNC: Sustancias que bloquean el funcionamiento del cerebro provocando reacciones que van desde la desinhibición hasta el coma:

- ✓ Alcohol.
- ✓ Opiáceos (heroína, morfina, opio, etc.).
- ✓ Tranquilizantes.
- ✓ Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos).
- ✓ GHB (Gammahidroxitirato).

Perturbadores del SNC o alucinógenos: Sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro, dando lugar a alteraciones perceptivas y, en algunos casos, a verdaderas alucinaciones. También se conocen como psiquedélicos o drogas enteógenas.

- ✓ Alucinógenos (LSD, plantas “mágicas”, etc.).
- ✓ Setas psilocibias.
- ✓ Derivados del cannabis.
- ✓ Inhalantes (acetonas, bencenos, pegamentos, etc.).

Otras drogas: Sustancias que afectan al SNC de dos maneras simultáneas dependiendo de factores como dosificación, ambiente, expectativas, etc. Se tratan de drogas a las que a su efecto perturbador o psiquedélico se le suma el efecto estimulante o depresor.

- ✓ Drogas de síntesis y otras triptaminas.
- ✓ Ketamina.
- ✓ Esteroides anabolizantes.
- ✓ Nitritos de alquilo o *poppers*.

No es la intención de este estudio realizar una descripción detallada de las sustancias psicoactivas que se conocen en la actualidad así que al finalizar la descripción de las características generales de los estimulantes, depresores y perturbadores se explicarán de manera más detallada las 3 sustancias demandadas de tratamiento por los sujetos pertenecientes a la muestra del estudio: cocaína, heroína y alcohol.

1.1.2.4.1. Los estimulantes. Características y efectos.

Los estimulantes son aquellas sustancias psicoactivas que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central. Se tratarían de drogas que fomentan el entusiasmo y despejan la somnolencia (Escohotado, 2002).

Fueron utilizados tradicionalmente en casi todas las culturas para combatir la fatiga, el desánimo y el hambre, sobre todo los más suaves como el café, el mate, el té y las hojas de coca. En la actualidad son el tipo de drogas más consumidas en la llamada sociedad occidental (Kruger, 2000) ya que se ajustan a la perfección al estilo de vida estresado de estas zonas; de hecho, hay muchos estimulantes suaves socialmente aceptados que no son considerados drogas por sectores muy amplios de la sociedad; como ejemplos más conocidos de esta afirmación están la cafeína, la teofilina y la teobromina.

Producen, en general, un rápido proceso de tolerancia natural en el organismo de quien los consume con regularidad y, aunque está aceptado de manera universal (OMS, 1975) que producen un síndrome de abstinencia e incluso dependencia psíquica (sobre todo en el caso de la cocaína), no existen evidencias de que produzcan dependencia física. El consumo continuado de grandes dosis de estimulantes “mayores”, puede dar lugar a estados alterados de conciencia y paranoias, facilitados por el elevado aumento de flujo de información a nivel neuronal consecuencia del incremento en la actividad dopaminérgica y noradrenérgica (Lorenzo et al, 2003).

- La cocaína

Es el alcaloide principal de la planta de coca (*Erythroxylum Coca*), la cual se da de manera abundante en las regiones montañosas de Sudamérica. El clorhidrato de cocaína (forma más consumida en nuestro medio) es un polvo blanco cristalino con sabor amargo y un brillo característico.

Un poco de historia

Es mascada desde hace siglos para obtener el poco principio activo que tienen las hojas (<1%) y así obtener efectos estimulantes y aliviar el hambre y el cansancio, o bien en ceremonias. Esta forma de consumo nunca produjo problemas serios de salud pública en los países productores (Escohotado, 2002). Fue a partir del aislamiento de su principio activo en 1859 por Albert Niemann cuando se puede hablar de cocaína tal y como la conocemos hoy en día. En 1962 Lossen estableció la fórmula química definitiva de la cocaína.

Popularizada como ingrediente del “Vino tónico de Angelo Mariani” y consumida por personas de todos los estratos sociales. Entre sus defensores figuraban Dumas, Verne, Zola, Thomas Edison y el papa León XIII. Fue defendida y recomendada por Freud para el tratamiento de la depresión y la morfinomanía, hasta que advirtió sus potenciales peligros. Figuró en otros productos comerciales como medicinas caseras, goma de mascar, cigarros y en la Coca-Cola hasta su eliminación y sustitución por la cafeína en 1903.

En 1912 se prohíbe su uso extramédico, quedando relegada al mercado “negro” con la consecuencia ineludible de tener que recurrir a la ilegalidad para conseguirla y pasando su comercio a manos de mafias y grupos financieros, generando beneficios de miles de millones de euros para los traficantes. El uso médico en la actualidad se restringe a utilización como anestésico local en intervenciones puntuales de oftalmología y otorrinolaringología, aunque su uso está muy controlado.

El clorhidrato de cocaína es un polvo blanco cristalino de sabor amargo que reluce a la luz. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y la Drogodependencia (EMCDDA, 2010), llega a Europa con una pureza media del 85%, aunque, cuando le llega al consumidor, esta pureza suele disminuir a la mitad. Sus rangos de pureza en la calle pueden oscilar entre el 5% o menos, y el 90% en algunas ocasiones. Se suele cortar

con manitol y lactosa (azúcares) como cortes inactivos, mientras que como cortes activos se utilizan sobre todo procaína, lidocaína y benzocaína (anestésicos locales), también a veces anfetaminas o cafeína (estimulantes) y novocaína (un derivado poco activo de la cocaína).

Vías de administración posibles del clorhidrato de cocaína.

- ✓ Fumada en los llamados “nevaditos” (cigarrillo de tabaco impregnado de cocaína), esta modalidad de consumo resulta poco efectiva a nivel de efectos, ya que el 75% del principio activo se destruye con las altas temperaturas de la combustión.
- ✓ Se puede fumar sin destruir el principio activo si se mezcla con otros componentes (haciendo base), aunque los riesgos son mayores al ser los efectos mucho más potentes y desaparecer a los pocos minutos, con lo cual el consumidor puede precisar mayor cantidad de la sustancia. Consumir cocaína de esta manera aumenta su capacidad adictiva (EMCDDA, 2010).
- ✓ La vía inyectada es la menos utilizada, ya que, aparte de ser la que presenta mayores riesgos, la cocaína destruye tejido cutáneo rápidamente, además causa ulceración y heridas internas en las venas con relativa facilidad. Además de los riesgos asociados al uso de jeringuillas, los efectos son muy intensos pero de muy corta duración con lo cual la necesidad de consumir también se puede producir con mayor frecuencia.
- ✓ La forma más común de consumir la cocaína en nuestro medio es la esnifada por las fosas nasales mediante un rollo de papel o un billete enrollado, o en su defecto cualquier objeto que pueda ser utilizado como tal. De esta manera se absorbe por el flujo sanguíneo a través de las membranas mucosas de la nariz, llegando de manera muy rápida al cerebro. La dosis de cocaína consumida de esta manera se puede establecer en rayas de entre 30 y 50 mgs. Pasar de dosis de 100 mgs., puede ser indicativo de factores como alta tolerancia, abuso o dependencia.
- ✓ La vía oral (diluida en líquidos) no suele ser utilizada ya que al llegar al estómago, los ácidos en él presentes descomponen la cocaína con mucha facilidad y los efectos son muy lentos y poco intensos.

Efectos positivos o buscados por los consumidores.

Aunque ya vimos los efectos de los estimulantes en general, resulta conveniente precisar los de la cocaína:

Es el estimulante más potente que se conoce; produce (VV.AA, 2011), a los pocos segundos de su consumo, un *rush* o *subida* muy intensa, con un período de intenso bienestar, euforia y júbilo. La sensación es de mayor energía y capacidad de trabajo, insomnio, disminución de la percepción de cansancio, mayor rendimiento laboral, hiperactividad motora y verbal y aumento de la capacidad de ideación y de imaginación.

Parece estar relacionado con un aumento del interés sexual por su efecto sobre la dopamina.

Efectos negativos y riesgos asociados a su consumo.

Debido a sus tan intensos efectos positivos, cuando estos finalizan (a los 30 minutos aprox.), sobreviene una reacción de *bajada* o *crash* que a muchas personas les incita a consumir más, con la finalidad de que el estado de ansiedad o depresión desaparezca.

Al remitir los efectos, pueden producirse (VV.AA, 2011) estados de inquietud, excitabilidad, temblores, confusión, cefalea, taquicardia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, síntomas psicóticos y alucinaciones, aumento de la temperatura y fiebre, escalofríos y sudoración profusa. Hay cierto tipo de consumidores a los que les puede producir agresividad, paranoias, y, en algunas personas, puede provocar rigidez muscular. En consumidores habituales de grandes cantidades puede darse insuficiencia cardiorrespiratoria, taquicardia e hipertensión severas. En casos extremos puede darse hipertermia, insuficiencia cardiocirculatoria, edema de pulmón, coma e incluso muerte.

Sujetos con predisposición pueden llegar a presentar un cuadro psicótico con pseudoalucinaciones de tipo táctil (formicación) y visual (efectos visuales lumínicos). Estados depresivos pueden llegar a darse también en sujetos con uso prolongado debido al cambio tanto cualitativo como cuantitativo en neuronas dopaminérgicas y serotoninérgicas (Terán, 2008). También pueden darse casos de accidente cerebrovascular (infartos y hemorragias cerebrales), sobre todo en grandes consumidores.

La cocaína, al tener efecto de vasoconstricción a nivel general, puede hacer que, a veces, la nariz sangre, porque las pequeñas venas y arterias sufren ese proceso y estallan, produciendo el sangrado; de ahí que inyectarse cocaína tenga un efecto tan destructor en todos los tejidos del cuerpo.

La cocaína genera alta tolerancia de manera muy rápida, y tiene también una fuerte capacidad adictiva a nivel psicológico; esta adicción, en muchas ocasiones, no es percibida como tal por el consumidor ya que no suele haber tanto deterioro a nivel físico como es más común que ocurra con los dependientes a sustancias como el alcohol o la heroína.

1.1.2.4.2. Los depresores. Características y efectos.

Son aquellas drogas que, por sus efectos sobre el SNC, disminuyen la actividad de éste, produciendo estados de menor actividad tanto psíquica como física. Han sido utilizados desde tiempos remotos como remedios naturales tanto para dolores leves como fuertes, así como en operaciones quirúrgicas (Escohotado, 2002).

Puesto que existen diferentes tipos de dolores y sufrimientos, la ciencia médica y farmacéutica ha ido desarrollando diferentes depresores, analgésicos o fármacos de paz para la paliación o remedio de las diferentes patologías. Ante dolores que vienen de dentro o dolores que vienen de fuera se utilizan distintos fármacos.

Aunque el término está contaminado en la actualidad y se usa de manera indistinta para llamar a cualquier sustancia psicoactiva, este tipo de drogas serían los llamados narcóticos (del griego: cosa capaz de adormecer o sedar), ya que mientras no podamos poner remedio a la causa de la patología, una solución que permite recobrar fuerzas es mantenerse dormido o sedado.

Lo que tienen en común este tipo de drogas (Fernández-Miranda, 2008), además de los efectos narcóticos, es que es innegable su poder adictivo, ya que inducen a un cambio metabólico en nuestro organismo. El dejar de consumir estas drogas desencadena una serie de reacciones que producen el síndrome de abstinencia. Hay que tener en cuenta que cada una de estas drogas requiere dosis distintas durante períodos distintos para producir dicho síndrome de abstinencia. Son drogas que producen, en general, un proceso de tolerancia no muy rápido.

Los usuarios pueden llegar a ser tan dependientes física y psicológicamente de este tipo de drogas, que su vida entera gire alrededor de cómo, cuándo y dónde obtendrán la siguiente dosis. Saben que si no la consiguen, la experiencia traumática que produce el síndrome de abstinencia comenzará.

En la profesión médica se utilizan los opiáceos y opioides² para aliviar el dolor extremo de las lesiones severas, dolencias y enfermedades terminales. Además de este efecto analgésico, el efecto depresor de estas drogas sobre el SNC causa sopor y puede producir el sueño.

También se encuentran derivados opiáceos en los preparados utilizados para tratar molestias menores, como dolores de cabeza, tos y desórdenes estomacales. Muchos de estos preparados pueden comprarse libremente en las farmacias y quedan exentos, en la mayoría de los casos, de casi todas las previsiones legales previstas para los psicofármacos, debido a su escasa potencia y dosificación.

A.- La heroína

Es un alcaloide de la planta *Papaver Somniferum*, originaria del sur de Europa y oeste de Asia y ampliamente distribuida en la actualidad. La diacilmorfina (heroína) es un polvo fino de textura terrosa que puede presentarse en diferentes gamas de colores dependiendo del proceso de elaboración.

Un poco de historia

Al descubrirse la morfina, se impulsó la investigación farmacéutica y la búsqueda de una nueva sustancia, con similares cualidades calmantes, pero sin su potencial adictivo. Se pensó que la heroína era esa droga. Fue producida por primera vez por la compañía alemana Bayer a finales del siglo XIX (Escohotado, 2002), y su nombre deriva del alemán *heroisch* que significa poderoso o heroico. En un principio se pensó que la heroína no era adictiva y que se podía utilizar para aliviar los síntomas de abstinencia de la morfina, aunque quedó pronto muy claro que era mucho más adictiva.

² Compuestos sintéticos con cualidades muy similares a los opiáceos.

Efectos

Inicialmente, el usuario experimenta una euforia placentera con un alivio total de todas las tensiones y ansiedades. La sensación de estremecimiento gozoso, conocida como *flash*, consiste en una abrumadora oleada de placer que crece a medida que la droga va entrando en el organismo.

Los experimentadores no se convierten en dependientes con una sola toma. Con un uso regular, el organismo se adapta y aumenta la tolerancia hasta que apenas se experimentan sensaciones placenteras. De este modo, el organismo necesita la droga para mantener su funcionamiento habitual y para evitar los dolores y molestias del síndrome de abstinencia.

Vía de administración

Las vías de administración más corrientes son la inyectada y la fumada (Weil, 2002). Para consumirla inyectada, se mezcla la heroína con agua y ácido cítrico (normalmente zumo de limón, aunque en algunos dispositivos de reducción de daños se dispensan disoluciones de ácido cítrico) y se calienta para que se disuelva.

La otra modalidad, la fumada, llamada comúnmente “hacerse un chino”, es calentar la heroína en papel de estaño y aspirar los vapores y humo con una pajita o tubo. También puede fumarse mezclada con tabaco o marihuana en cigarrillos liados. Prácticas más en desuso son la esnifada y la rectal, aunque los experimentadores noveles la utilizan.

Uso médico

En la actualidad está restringido, aunque en ensayos clínicos puede llegar a autorizarse. En Gran Bretaña, Holanda y Suiza se emplea de forma médica con cierta extensión ya que ningún otro analgésico es tan fuerte o tan efectivo: alivia el dolor más rápido que la morfina con dosis menores, aunque el efecto dura menos (Lorenzo et al, 2003). Se emplea como alivio para el dolor de enfermedades como el cáncer, patologías cardíacas y lesiones graves en accidentes. La administración lleva a los enfermos a un alivio instantáneo, pero problemas debidos a la tolerancia son habituales y pueden conducir a dependencia.

Uso ilegal

Las principales fuentes de heroína ilegal son Pakistán, Afganistán, la India, el Extremo Oriente, los países del triángulo de oro (Tailandia, Laos y Birmania), Irán y Turquía, recientemente los países del área andina han empezado a producirla por sus grandes beneficios. La mayor parte de la heroína decomisada procede de Pakistán y Afganistán (Stockley, 2002).

La heroína china nº 3 o *brown sugar*, de color marrón o gris sucio, procede del triángulo de oro y se distribuye a través de Singapur y Hong-Kong. Se presenta en forma de gránulos y es producida sobre todo para fumar. Es causa de problemas para usuarios que utilizan la vía intravenosa.

Una forma de heroína más refinada, la nº 4, es un polvo cristalino y esponjoso que puede ser blanco, blanco sucio y rosa.

Decomisada de manera abundante en los 70 y 80, en la actualidad la heroína china, en cualquiera de sus variantes, se decomisa poco en los países europeos. Sin embargo, la heroína producida en los países andinos está extendiéndose rápidamente en los mercados “negros” europeo y estadounidense. Su presencia es mayor debido al aumento de los cultivos de amapola, los cuales tienen una rentabilidad muy superior a la cocaína.

La heroína ilegal está normalmente muy cortada. Algunas de las sustancias de corte proceden del proceso de fabricación y otras del opio. También se suelen añadir sustancias como fenobarbital, metacualona (un hipnótico), paracetamol y cafeína.

Esta heroína ya adulterada antes de la importación, suele ser cortada también en el país de origen a nivel de calle para conseguir más beneficios. Esto suele realizarse con diversos elementos tales como: glucosa, sacarosa, lactosa, manitol, polvo de curry, polvos para salsas y sopas, harina, levadura en polvo, efedrina e incluso polvos de limpieza, talcos, polvo de ladrillo y yeso; en definitiva cualquier sustancia que se pueda mezclar con la droga (Hidalgo, 2007).

Efectos secundarios

Como efecto secundario se observa que inhibe el apetito y el organismo se deshidrata. Como resultado, los consumidores tienden a perder sus hábitos alimenticios

o despreocuparse de todo cuidado. Los heroinómanos rara vez piensan en los posibles problemas que puede acarrear el consumo sin higiene, y utilizan jeringuillas sucias y agua sucia. Este uso conlleva la aparición de llagas y úlceras, infecciones y son más vulnerables a padecer enfermedades infecciosas como neumonía, hepatitis, etc.

Las septicemias (infección de la sangre) son, junto con las sobredosis, la causa más común de muerte. Un peligro especial es el riesgo de contraer la infección por VIH al compartir jeringas infectadas o por relaciones sexuales sin protección adecuada entre adictos. En la actualidad se está produciendo un rebrote de la tuberculosis como consecuencia de la inmunosupresión asociada al SIDA (Fernández-Miranda, 2008). Existe un peligro extremo al consumir heroína comprada en la calle, ya que no hay manera de conocer *in situ* el nivel de pureza de la droga o las sustancias de corte añadidas. El estilo de vida de algunos heroinómanos puede producir también otro tipo de complicaciones a nivel sociosanitario, de este modo también pueden haber: malnutrición, desnutrición, sarna, parasitosis, etc.

Curso de la adicción y abstinencia

La heroína puede generar dependencia tanto física como psíquica. Cualquier persona que utilice heroína corre un riesgo elevado de desarrollar hábito (Weil, 2002). Tan pronto como la heroína cae en el organismo por debajo de un cierto nivel, comienza el síndrome de abstinencia.

Se caracteriza, al principio, por inquietud e intranquilidad, y si no se dispone de heroína, se recurre a jarabes o medicamentos con opiáceos. También se recurre al alcohol, los barbitúricos y benzodiazepinas e incluso a las anfetaminas, a veces en policonsumo. Si no se consigue una dosis de heroína, el sujeto comienza a sentirse débil e irritable, segrega abundante moquillo y lágrimas, acompañados de bostezos, temblores, sudores y estornudos incontrolados. Las extremidades duelen. Mientras sube la tensión sanguínea, la temperatura y las frecuencias cardíaca y respiratoria, se siente un escalofrío intenso y carne de gallina, el *pavo frío* que llaman en la jerga al *mono* o síndrome de abstinencia (Hidalgo, 2007).

A medida que el síndrome de abstinencia progresa, aparecen fiebre, calambres y dolores violentos en las extremidades. El cuerpo se sacude violentamente de manera involuntaria y aparecen diarrea y vómitos. El síndrome de abstinencia varía de acuerdo

con el individuo y el grado de dependencia. Mientras a algunas personas no les supone más que un ligero malestar, otras experimentan sus efectos más devastadores (Escohotado, 2002). En una semana suelen desaparecer sus síntomas más molestos, estando el pico entre las 48 y las 72 horas tras el último consumo. Aunque desaparezcan los síntomas físicos, los psicológicos pueden permanecer durante incluso años, y el usuario podría tener una propensión duradera a volver a consumir la droga. Aunque es duro, puede superarse sin demasiadas dificultades, dependiendo de la motivación y fuerza de voluntad, así como de su entorno y apoyos.

Sobredosis

Son muy peligrosas para los consumidores noveles ya que suelen ser iniciados por consumidores habituales con mucha tolerancia. Por ejemplo, una dosis de 30 mgs. puede ser mortal para una persona que consuma heroína por primera vez, mientras que dosis de 200 mgs. son consumidas de manera habitual por los consumidores experimentados. Después de un periodo de desintoxicación, es habitual que se produzcan sobredosis al volver a consumir la misma dosis que la última vez. Suministros con un alto grado de pureza pueden causar sobredosis a sujetos tanto experimentados como noveles. De todos modos, el término sobredosis se aplica con mucha ligereza, ya que suelen ser shocks anafilácticos u otros fenómenos (Hidalgo, 2007).

B.- El alcohol

Es la droga más consumida en España (PNSD, 2011), de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa: accidentes de tráfico y laborales, malos tratos, problemas de salud, muertes directas e indirectas, etc. Aún así es legal e incluso se promociona su consumo en ciertos eventos. Algunos datos extraídos de la última encuesta domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 2015) son:

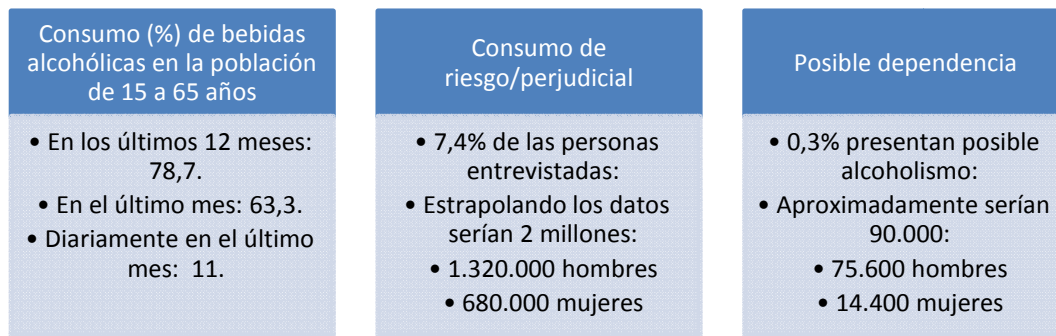


Figura 3. Consumo, riesgo y dependencia del alcohol en España en el año 2013

Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional.

Algunos apuntes históricos

La elaboración y consumo de bebidas que contienen alcohol han estado presentes desde épocas remotas en distintas regiones del mundo, donde se han encontrado evidencias de su consumo, por lo que es de suponerse que los seres humanos beben alcohol desde hace por lo menos 5000 años. Las condiciones básicas para elaborar bebidas fermentadas ya existían desde entonces: almidones (azúcar de frutas silvestres), agua, bacterias y la temperatura adecuada. Probablemente las primeras bebidas fermentadas se produjeron de forma accidental (Escohotado, 2002; Weil, 2002), quizás con unas frutas abandonadas en el interior de una cueva, que se fermentaron y de las que el hombre primitivo probó el líquido resultante y apreció sus efectos relajantes, placenteros y también intoxicantes.

Las poblaciones nómadas que, con el tiempo se establecieron en asentamientos, dieron lugar a la agricultura. De este modo se presentaron las condiciones para que se pudiera iniciar el cultivo de la vid y la cebada y la elaboración regular de productos fermentados. Los estudios antropológicos sugieren que los pueblos de Mesopotamia fueron los primeros en elaborar bebidas con alcohol de modo sistemático. En Egipto comenzaron a elaborarse a partir del año 3000 a.C, y los médicos egipcios las recetaban desde entonces como medicamento; en China, la producción de bebidas con alcohol se inició mil años después.

Cuando los primeros exploradores vikingos llegaron a América del Norte ya existían vides silvestres, y éstas eran tan abundantes que dieron al lugar el nombre de Vinland o Wineland (tierra del vino). Sin embargo, esas uvas no eran aptas para producir jugo que se fermentara, y por ello el vino no se conoció en América sino hasta que llegaron los españoles. En Mesoamérica, América del Sur, Europa, Asia y África, el alcohol etílico se obtenía a través de la fermentación de frutos, cereales, raíces y savia de árboles.

Desde su aparición, y seguramente por sus efectos, las bebidas con alcohol se vincularon con lo divino y se les relacionó con los dioses y los rituales religiosos. Los egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permitido conocer el vino y la adopción de normas de convivencia benévola y tolerante. Los hebreos atribuyeron a Noé el haberse dedicado a la labranza y a plantar la vid; en la Biblia se menciona que “bebió vino para celebrar el final del diluvio universal y que se embriagó”. Los griegos veneraban a Dionisio (cuyo equivalente romano es Baco) como un dios liberador, del frenesí, de la danza y de la embriaguez, características de las fiestas bacanales.

Los fenicios llevaron la vid a Grecia 600 años a.C. Platón, Sócrates y Aristóteles hablaron o escribieron sobre sus propiedades místicas. Los romanos, con las conquistas del César, introdujeron la vid en la Europa Mediterránea. Francia, Italia, España y Portugal, convirtiéndose en países que desde entonces practican la vitivinicultura. A través de la conquista de nuevos territorios y de las colonias se fue difundiendo la actividad vitivinícola. Tal fue el caso de América con la llegada de los españoles.

A partir del año 800 d.C. se expande en Europa el proceso de destilación, cuyo perfeccionamiento se atribuye a los árabes. Este procedimiento era conocido en China, siglos antes del nacimiento de Cristo; se cree que la primera bebida destilada se elaboró a partir de un fermentado de arroz, 800 años a.c, pero éste permaneció oculto hasta el primer siglo de nuestra era cuando pasó a los árabes, quienes construyeron el primer alambique eficaz, y de allí la destilación se difundió por el mundo.

Tipos de bebidas alcohólicas

- ✓ Bebidas fermentadas.
 - Proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diversas frutas (uvas, manzanas, etc.).

- Son características de este grupo la cerveza, la sidra y el vino.
- Su graduación se encuentra comprendida entre los 4° y los 12°.
- ✓ Bebidas destiladas.
 - Resultan de la depuración de las bebidas fermentadas para obtener mayores concentraciones de alcohol.
 - Se trata de bebidas como la ginebra, el vodka, el ron o el whisky, cuya graduación oscila entre los 40° y los 50°.

Efectos del alcohol en el organismo

El alcohol va a afectar de manera muy significativa a casi todas los órganos y funciones de nuestro cuerpo, aunque esto, al igual que ocurre con el resto de las sustancias psicoactivas, va a depender de diversos factores dependientes del entorno, de la persona y de la propia sustancia consumida. Algunos de los factores que pueden modificar el efecto del alcohol en nuestro organismo son (adaptado de Weil, 2002):

- ✓ La edad: beber alcohol mientras el organismo se encuentra madurando es más perjudicial.
- ✓ El peso: afecta de modo más severo a persona con menos masa corporal.
- ✓ El sexo: la tolerancia femenina es, por lo general, menor que la masculina.
- ✓ La cantidad y rapidez de la ingesta.
- ✓ La ingestión simultanea de alimentos grasos o no.
- ✓ La combinación con bebidas carbónicas.

Las funciones a nivel psicofisiológico, modificadas por la ingesta de alcohol, pueden ser las siguientes (Alonso-Fernández, 1992; Vallejo-Ruiloba, 1999; Weil, 2002):

- ✓ Efectos en el SNC:
 - Lejos de ser un estimulante, tal y como se pensaba antiguamente, el alcohol es un potente depresor del SNC. La aparente estimulación se debe a la supresión de los mecanismos inhibitorios del cerebro, acompañada de perturbaciones sensoriales y motoras.
 - Los efectos del etanol son proporcionales a su concentración en la sangre, y su ingestión continua y excesiva está asociada a patologías neurológicas como daño cerebral irreversible, amnesia, perturbaciones del sueño, psicosis y convulsiones.

- Al disminuir la fase R.E.M. del sueño, el consumidor de alcohol no descansa ya que se benefician las fases más profundas del sueño.
- ✓ En la temperatura corporal: Aunque al principio parezca que el alcohol provoca una sensación de aumento de calor, esto es debido a la vasodilatación que aporta más sangre a la piel, lo cual origina mayor sudoración. Al sumarse estos dos fenómenos, se va a producir una pérdida de calor más rápida con el consiguiente descenso de la temperatura corporal.
- ✓ En el hígado: La ingesta continuada de etanol, incluso en dosis no elevadas, ocasiona una acumulación grasa en éste órgano derivada de su metabolismo.
- ✓ Sobre el sistema cardio-circulatorio.
 - Se aprecia un aumento de la actividad cardiaca y de las pulsaciones.
 - En intoxicaciones agudas se puede dar depresión cardiovascular.
- ✓ Efectos psicológicos.
 - Desinhibición.
 - Euforia.
 - Relajación.
 - Amnesia.
 - Aumento de la sociabilidad.
 - Dificultades para hablar
 - Dificultad para asociar ideas.
 - Descoordinación motora.
 - En algunas personas, irritabilidad y agresividad.
 - Puede facilitar el deseo sexual o la relación con desconocidos, esto se podría explicar algunos efectos anteriores.
- ✓ Efectos fisiológicos dependientes de cantidades (expresado en gramos de alcohol por litro de sangre):
 - Con 0,5 g/l de alcohol: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos.
 - Con 1 g/l de alcohol en sangre: desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos.

- 1,5 g/l: embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores.
- Con 2 g/l: descoordinación del habla y de la marcha y visión doble.
- 3 g/l sumen a la persona en un estado de apatía y somnolencia.
- 4g/l: coma etílico.
- 5 g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

Para calcular la alcoholemia se utiliza la Unidad de Bebida Estándar (UBE), que es el contenido de alcohol puro de cada consumición de vino o cerveza, siendo en nuestro medio el valor de cada UBE de 10 gramos. Las consumiciones de bebidas destiladas tienen unos 20 gramos de alcohol puro. A nivel internacional (OMS, 1992) se considera que el consumo que entraña un daño potencial o “consumo de riesgo” está comprendido entre 4 y 6 UBE para varones y entre 2 y 4 UBE para mujeres. Un consumo superior a estas cantidades se denomina “consumo perjudicial”, ya que causa indefectiblemente algún tipo de daño.

1.1.2.4.3. Alucinógenos o psikedélicos. Características generales.

Los alucinógenos son drogas que se caracterizan por producir, a dosis subtóxicas, alteraciones de las funciones psíquicas básicas, de la sensopercepción y de los procesos cognitivos, es decir, distorsionan la percepción del mundo por parte del que las consume. Son conocidos también como *psikedélicos*, ya que supuestamente permitirían trascender las estructuras de nuestro psiquismo y como *enteógenos*, ya que permitirían nuestro contacto con algún ser supremo o deidad, dependiendo de las creencias del consumidor (Weil, 2002).

Algunas de estas sustancias se obtienen directamente a partir de diversas plantas y otras son sintetizadas en laboratorio. Sus efectos varían ampliamente y pueden ser impredecibles, ya que sus efectos dependen, y mucho, del estado de ánimo y la actitud mental del consumidor (*set*) así como de las circunstancias que rodean al consumo (*setting*).

En cuanto a los efectos que producen, los psikedélicos suelen producir ilusiones, distorsionando o intensificando la percepción sensorial, de manera que los consumidores a veces refieren que los sonidos se ven y los colores se oyen; este fenómeno es conocido como *sinestesia*. Pueden causar incapacidad para juzgar la

velocidad, la dirección o la distancia y consumidos en grandes dosis si pueden causar verdaderas alucinaciones.

No se conoce ningún alucinógeno que cause dependencia física ni psíquica, aunque sí pueden causar trastornos psicopatológicos dependiendo de la predisposición del sujeto. Tampoco existe dosis letal en humanos y su tolerancia puede ser extrema dependiendo del tipo de alucinógeno consumido (Escohotado, 2002).

Los alucinógenos llevan utilizándose cientos de años por distintas culturas con fines religiosos y médicos, mientras que el consumo recreativo de esta sustancia comenzó en la década de 1960 con el movimiento hippie en EEUU y Europa, sobre todo con el LSD y el cannabis.

I.1.3. Situación actual del consumo de drogas y problemática asociada en España.

En una investigación como la presente resulta de interés conocer cuál es la situación del consumo de las diversas sustancias en nuestro medio, por lo que a continuación se exponen, de manera resumida, los datos relativos al consumo de drogas en la población general española y los que se refieren a los problemas relacionados con éstas.

I.1.3.1. Consumo de drogas por parte de la población española

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, departamento del Plan Nacional sobre Drogas, lleva publicando desde el año 1995 y con periodicidad bianual la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España; en ella se expone información sobre el consumo de sustancias psicoactivas de la población española comprendida entre los 15 y 64 años.

Tomaremos pues la información contenida en el último informe publicado por este departamento, el cual data del año 2013 (publicado en el año 2015), para conocer la realidad del consumo de drogas en nuestro país.

En la siguiente Tabla 1 se pueden observar los consumos en porcentajes de diversas drogas atendiendo a la prevalencia de consumo, dividida ésta en consumo al menos una vez en la vida, en los últimos 12 meses y en el último mes:

Tabla 1. Consumos en porcentajes de diversas drogas atendiendo a su prevalencia en España (Adaptado de PNSD (2015))

| Sustancia | Alguna vez en la vida | Últimos 12 meses | Últimos 30 días |
|----------------|-----------------------|------------------|-----------------|
| Tabaco | 75,0 | 42,8 | 39,4 |
| Alcohol | 94,2 | 78,7 | 63,3 |
| Cannabis | 32,1 | 10,6 | 7,6 |
| Éxtasis | 4,9 | 0,8 | 0,4 |
| Alucinógenos | 3,7 | 0,5 | 0,2 |
| Anfetaminas | 3,7 | 0,6 | 0,3 |
| Cocaína | 10,2 | 2,7 | 1,3 |
| Heroína | 0,6 | 0,1 | 0,1 |
| Hipnosedantes* | 13,4 | 7,1 | 5,2 |

* Tranquilizantes y/o somníferos

En 2013, y atendiendo a los resultados, las sustancias más consumidas en el último año entre la población española de 15 a 64 años fueron, por este orden, el alcohol y el tabaco. Entre las sustancias psicoactivas de carácter ilegal, nos encontramos con que hay dos, el cannabis y la cocaína, que han sido consumidas por más del 2,5% de la población general; en concreto, el 10,6% declara haber consumido cannabis y el 2,7% cocaína en el último año al menos en una ocasión. Es de destacar que el 7,1% declara haber consumido tranquilizantes y/o hipnóticos, aunque no se especifica si de manera pautada por algún profesional.

Puesto que en dicho estudio también se muestran los resultados en función del sexo del sujeto consumidor en los últimos 12 meses y últimos 30 días, se exponen a continuación dichos resultados, con la intención de ayudar a comprender mejor la realidad de los consumos de drogas (ver Tabla 2):

Tabla 2. Sustancias más consumidas entre la población española. Adaptado de PNSD (2015)

| Sustancia | Últimos 12 meses | | Últimos 30 días | |
|----------------|------------------|-------|-----------------|-------|
| | Varón | Mujer | Varón | Mujer |
| Tabaco | 48,4 | 37,0 | 44,7 | 34,0 |
| Alcohol | 84,4 | 72,7 | 74,0 | 52,2 |
| Cannabis | 14,8 | 6,2 | 11,0 | 4,0 |
| Éxtasis | 1,4 | 0,3 | 0,5 | 0,2 |
| Alucinógenos | 0,7 | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Anfetaminas | 1,0 | 0,3 | 0,4 | 0,2 |
| Cocaína | 4,2 | 1,0 | 2,0 | 0,4 |
| Heroína | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Hipnosedantes* | 4,6 | 9,3 | 3,2 | 7,0 |

* Tranquilizantes y/o somníferos

A la vista de los datos expuestos en la Tabla 2, se puede comprobar que, con la excepción de los hipnosedantes, el consumo general de sustancias psicoactivas es mayoritario en los hombres, con grandes diferencias porcentuales en lo que respecta a las sustancias legales (alcohol y tabaco) y con prevalencias varias veces más elevadas en lo que respecta a las drogas ilegales. Podríamos reseñar los consumos realizados en los últimos 30 días de cannabis (11,0% frente a 4,0%) y cocaína (2,0% frente a 0,4%) dado el elevado porcentaje de consumidores en la población general, aunque en todas

las sustancias de carácter ilegal existe una clara diferencia en el consumo realizado por hombres frente a mujeres.

1.1.3.2. Problemas relacionados con las drogas en España

En otro estudio del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 2013) se indican las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas realizadas a lo largo del año 2011 en todo el Estado español y con carácter ambulatorio.

Por concretar un poco más, los autores definen tratamiento como “cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad” (PNSD, 2011; pp. 132); mientras que consideran ambulatorios aquellos tratamientos en los que el paciente no pernocta en el centro o los que se realizan en servicios de tratamiento de drogodependencias de centros penitenciarios.

También existen 4 criterios necesarios para que los diferentes centros de tratamiento de drogodependencias notifiquen al PNSD como episodio de admisión a tratamiento, son los siguientes:

- ✓ La admisión a tratamiento en un centro por primera vez, considerando que se produce esta situación la primera vez que se atiende a un paciente en un centro notificador determinado y se le abre historia clínica en presencia de un técnico cualificado con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, aunque ese tratamiento no sea el primero que realiza ese consumidor en la red de centros que notifican al indicador.
- ✓ La readmisión a tratamiento en el mismo centro, considerando ésta como una admisión a tratamiento de un sujeto el cual ya había realizado con anterioridad uno o más tratamientos en el mismo centro y los había finalizado por alta terapéutica, expulsión o abandono.
- ✓ La continuación de un tratamiento iniciado en servicios que no notifican al PNSD, tales como hospitales, centros de salud o centros de servicios sociales.
- ✓ La admisión a tratamiento de personas afectadas por una situación judicial o administrativa.

A estos criterios se les podría achacar que no tienen en cuenta los sujetos tratados en otros centros como pueden ser hospitales, clínicas privadas, centros de atención primaria o comunidades terapéuticas, y que si incluyen, por ejemplo, unidades móviles que realizan tratamientos con sustitutivos opioides. Aún así, la mayor crítica que se le puede realizar a este estudio es que, de modo inexplicable, no incluye a las personas que se encuentran en tratamiento por alcoholismo en España y que, según la Federación Española de Alcohólicos Rehabilitados, ascendía en el año 2009 a unos 125.000.

Pues bien, teniendo en cuenta lo citado con anterioridad, se registraron en el año 2011 en España 50.281 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo, tal y como ya se ha comentado, al alcohol) notificadas por 507 centros de todas las comunidades autónomas así como de Ceuta y Melilla, arrojando una tasa de 203 admisiones por cada 100.000 habitantes.

Del total de admisiones, un total de 42.143 (83,8%) fue de varones mientras que el 16,2% restante (7.887 casos) fue de mujeres. En lo que respecta a la sustancia que motiva el tratamiento, la cocaína ocupó el primer lugar con un 40,4% (20.313) del total de admisiones a tratamiento, seguida de los opioides con un 29,7% (14.933) y del cannabis con el 25,6% (12.871). El 4,3% de admisiones a tratamiento restante fue cubierto por el resto de drogas, destacando el informe un 1,5% atribuido a otros estimulantes como las anfetaminas y el MDMA.

I.2. DROGODEPENDENCIA

Los puntos que están expuestos a continuación son un resumen de teorías etiológicas, datos, tratamientos, modelos de prevención e intervención y demás instrumentos que existen en la actualidad para comprender mejor el fenómeno del consumo de drogas así como la posible drogodependencia derivada de un mal uso de las sustancias psicoactivas.

I.2.1. Factores que pueden predisponer a la drogodependencia (DD)

Hay muchos factores que pueden tener importancia como causas o, por lo menos como predisponentes para la adicción a drogas. Las diversas teorías etiológicas tratan de responder a cuestiones referentes a la adquisición del hábito, a la continuación de dicho hábito, a la existencia o no de factores predisponentes, etc. Hay que tener en cuenta que

las diversas teorías etiológicas no son, ni mucho menos, excluyentes entre sí, sino que se pueden complementar unas a otras; de hecho, la teoría biopsicosocial trata de sintetizar lo más característico de las diversas teorías adscritas a paradigmas clásicos dentro de la psicología. A partir de ahora vamos a ver lo más característico de cada una de esas teorías.

1.2.1.1. Factores hereditario-genéticos

También llamados “factores biológicos”, se refieren a las teorías que afirman que la DD tiene una cierta etiología genética y/o hereditaria. Los estudios que sustentan esta teoría se han centrado en la posible herencia de un sustrato alcohólico, quedando sin estudiarse poblaciones adictas a otro tipo de sustancias psicoactivas.

Los experimentos que respaldan estas hipótesis (Casas, Gutiérrez y San, 1994; Frances, Timm y Bucky, 1980; Schuckit, 1983) demuestran que entre las personas que tienen un familiar de primer grado alcohólico existe un riesgo 3 ó 4 veces mayor de padecer alcoholismo que entre los sujetos sin antecedentes de este tipo.

Para respaldar los resultados de que realmente el antecedente familiar tiene mucho peso específico a la hora de predecir futuros sujetos alcohólicos, se han realizado experimentos desde dos líneas de investigación, el estudio de gemelos y el estudio de hijos adoptados.

En el caso de los gemelos, se ha contrastado en un estudio epidemiológico de los EE.UU. (Pickens y Svikis, 1989) la presencia de alcoholismo entre hermanos gemelos dicigóticos y hermanos gemelos monocigóticos, dando el supuesto de una situación ambiental común. En dicho estudio se ha confirmado la heredabilidad del alcoholismo, constatando que la tasa de concordancia de alcoholismo entre gemelos monocigóticos es mayor que la de los dicigóticos. De todos modos, y probablemente, estos resultados no sean del todo válidos debido a las limitaciones en el control de las influencias ambientales, aun así, los resultados son orientativos.

En el caso de los estudios realizados con hijos adoptados, los cuales fueron separados de sus padres biológicos después del nacimiento, se observa que el alcoholismo depende en mayor medida del alcoholismo de sus padres biológicos que del alcoholismo de los padres que criaron al sujeto. Es decir, los hijos de alcohólicos que fueron adoptados tienen mayor probabilidad de convertirse en alcohólicos, de manera independiente a que los padres no biológicos sean o no alcohólicos, con lo cual

se sugiere la presencia de un factor genético o hereditario. Asimismo, las dosis que estos sujetos necesitan para presentar un cuadro de intoxicación, durante las primeras ingestas, son más elevadas (Casas et al., 1994; Cloninger, Bohman y Sigvardsson, 1981).

Como conclusiones a este tipo de estudios, me gustaría nombrar las que Bombin, Martínez y Rodríguez (1991), por poner como ejemplo una investigación realizada en nuestro país, obtuvieron después de realizar un estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid con sujetos alcohólicos:

- ✓ El 38,5% del total de sujetos tenían un padre alcohólico, 39,39% de los varones y 31,74% de las mujeres, un porcentaje mucho más alto que en la población general.
- ✓ En general se describen pocos casos en comparación con la población general, que no presentan ningún antecedente familiar de enfermedad alcohólica - lo cual no significa que todos los miembros de la familia sean abstemios - sin que haya en este aspecto diferencias entre varones y mujeres: 41,43% en varones y 39,68% en mujeres, lo que equivale a que un 58,57% de varones y un 60,32% de mujeres presentaban al menos un antecedente de alcoholismo en algún miembro cercano de su familia (en este estudio consideran a padre, madre, padre y madre, hermanos y/o hijos, cónyuge y otros familiares).

1.2.1.2. Factores sociales

Desde el punto de vista social, existen dos tipos de situaciones que influyen en el comienzo y el curso de la DD: los factores macrosituacionales y los factores microsituacionales.

Los *factores macrosituacionales* vendrían determinados por los condicionantes geográficos, legales, económicos y culturales que se encuentran poco relacionados con el acto de consumir, pero que influyen de manera decisiva en él. Toda cultura incluye una serie de normas que, de una manera u otra, incluyen un repertorio de indicaciones y sanciones para el uso de determinadas sustancias. Ni que decir tiene que, en los diferentes países, este tipo de factores están íntimamente relacionados con la legislación vigente en cada uno ellos, siendo en nuestro ámbito occidental aplicables de manera exclusiva a las drogas legales (alcohol y tabaco, básicamente).

Las medidas legales de mayor importancia son el control de los precios mediante impuestos y la represión en el suministro. Se ha estudiado (Elzo, 1994), por ejemplo, el efecto que tiene el descenso del precio de la bebida sobre el consumo, durante determinadas horas del día en un determinado bar, en las llamadas *happy hours* (horas felices), durante las cuales el precio de las consumiciones se ve reducido de manera considerable, o en las ofertas de dos consumiciones por el precio de una; se ha observado que durante estas ofertas el número medio de alcohol por persona aumenta de manera considerable.

Otras medidas gubernamentales, como la regulación de la edad mínima de consumo, la limitación de ventas a determinadas horas, días o locales, no han logrado disminuir el consumo de alcohol, aunque la limitación de edad ha sido, en algunos casos, un factor asociado al descenso de problemas relacionados con el alcohol, como la cirrosis hepática y accidentes de tráfico (Secades, 1998). Aún están por ver los resultados que se pueden obtener mediante la aprobación de la denominada “ley antibotellón”.

Toda cultura que consume colectivamente una droga, véase el alcohol en los países latinos o el haschish en los países árabes, tiende a ensalzar sus efectos positivos y a infravalorar sus efectos nocivos, debido a la mentalidad de usuario que es fruto de los intereses económicos que giran en torno a la producción, venta y distribución de dicha sustancia (Echeburúa, 1996). No deja de ser llamativo que exista un acuerdo unánime en lo que se refiere a las actuaciones para la disminución de la oferta de drogas ilegales, mientras que cuando se trata de bebidas alcohólicas, en nuestro caso, se pretenda que estén sujetas a excepción. En la mayoría de los contextos, el alcohol sigue sin considerarse una droga, nada extraño teniendo en cuenta que los países latinos son los mayores productores de bebidas alcohólicas del mundo.

Nuestra sociedad actual presenta un cierto grado de alcoholización debido a la gran difusión de las bebidas alcohólicas. Varios estudios en todo el mundo han demostrado una relación positiva entre el consumo *per cápita* de una población, la proporción de consumo excesivo y el aumento de la incidencia de problemas relacionados con el alcohol. Desde la infancia, los condicionamientos sociales hacen del alcohol una sustancia de fácil acceso que propician el uso y abuso de éste, de hecho, un estudio de Bogani realizado en Valencia en 1993 revela que el 30% de los niños encuestados ya habían probado el alcohol, siendo los padres los principales inductores;

de hecho es común que la embriaguez en la infancia no sea interpretada de manera negativa en una celebración como una boda, un bautizo, una comunión o en las fiestas del pueblo.

La influencia del entorno sociocultural sobre el consumo de alcohol se traduce en tres vertientes: 1) actitudes sociales hacia la bebida, 2) modo en que la cultura opera para producir necesidades agudas de ajuste y tensiones internas entre sus miembros, según esto, la incidencia del alcoholismo es, en parte, función del grado en el cual se pueden reducir las tensiones producidas por las condiciones de vida de una sociedad particular y 3), que estaría relacionado con los mecanismos de satisfacción alternativos a la bebida puestos a disposición del sujeto, es decir, el abuso del alcohol estaría relacionado con la insatisfacción o frustración causada por la carencia o insuficiencia de otras formas diferentes de gratificación (Echeburúa, 1996; Gradillas, 2001; Secades, 1998).

En lo que respecta a las drogas ilegales, ese estatus no le impide ser consumidas por quien desee hacerlo. La disponibilidad en la calle suele ser elevada para drogas de uso recreativo como el cannabis, la cocaína o la MDMA y su consumo, al menos en el estado español (PNSD, 2008), no ha disminuido de manera significativa en los últimos 10 años.

Los *factores microsituacionales* abarcarían las condiciones ambientales y psicosociales más cercanas al consumo. El contexto concreto dentro del cual se utilizan las drogas influye en la aparición de problemas derivados con su abuso. Acontecimientos sociales concretos favorecen el consumo excesivo de alcohol. Frente a esto, los grupos sociales en los que el alcohol se sigue utilizando dentro de celebraciones religiosas, tienden a abusar menos de la sustancia. Este ejemplo se observa de manera muy clara en los judíos, quienes tienen una incidencia muy baja de alcoholismo debido a que el consumo de vino se produce en un contexto muy restringido y delimitado, el de la celebración religiosa (Alonso-Fernández, 1992).

En nuestra sociedad, la forma de consumo típica se produce en compañía de los amigos, en lugares públicos y durante fines de semana. Durante esta edad la influencia que el grupo de compañeros ejerce, junto con el modelado, el reconocimiento y la atención de las personas significativas, sirven a menudo para precipitar, e incluso mantener, el consumo abusivo de alcohol u otras drogas. Los adolescentes son muy susceptibles a los efectos del refuerzo social que su grupo ejerce sobre ellos. De hecho,

en los grupos de adolescentes jóvenes, la influencia que un miembro de este grupo que sea capaz de consumir grandes cantidades de alcohol ejerce sobre el resto del grupo queda patente a la hora de observar la cantidad de alcohol que todos los miembros del grupo desean consumir, puesto que esperan alcanzar cotas de consumo muy altas, tal y como el líder consigue. Algunas investigaciones realizadas en centros de formación preuniversitaria en Zamora (Merino, Jiménez y Sánchez, 1995) así como universitaria en Salamanca (González, 2002), vienen a corroborar las anteriores afirmaciones, ya que coinciden en que el perfil del consumidor novel es el siguiente: varón; de entre 13 y 16 años; que consume alcohol fuera del ambiente familiar; que no consume a diario, sino los fines de semana y fiestas especiales; que consume con los amigos y/o compañeros de clase y que realiza un elevado y rápido consumo con el fin de alcanzar el estado de embriaguez.

1.2.1.3. Rasgos y trastornos de la personalidad como etiología de DD

En este apartado vamos a ver la visión que se tiene sobre los rasgos de personalidad como factores etiológicos propios de una persona dependiente a las sustancias psicoactivas.

Hay que tener en cuenta los problemas metodológicos que dificultan la interpretación de los resultados de la mayoría de dichos estudios. En particular, hay que tener en cuenta que la metodología utilizada es retrospectiva y correlacional con lo que los resultados no permiten diferenciar hasta qué punto los rasgos o factores de personalidad son previos al consumo, concomitantes o consecuencia del mismo (o incluso independientes). Otra crítica a considerar es que muchos de los estudios no miden rasgos o factores de personalidad, sino otra serie de variables como actitudes, trastornos psicopatológicos o habilidades sociales.

Dentro de las investigaciones destaca la de Hoffman, Loper y Kammeier (1974), en el que, utilizando el MMPI, compara la personalidad de 25 sujetos a los que se les administró el test en época de estudios y 13 años después, mientras estaban en tratamiento de alcoholismo. Los resultados, comparados con un grupo control de 148 compañeros de clase de la misma promoción, mostraron que el grupo de alcohólicos puntuaba más alto en depresión, preocupación por la salud, culpabilidad y baja autoestima. Las puntuaciones en la escala de alcoholismo del MMPI mostraron

diferencias entre los prealcohólicos y sus compañeros en la primera administración del inventario.

Otro estudio como el de Vaillant y Milofsky (1982) concluye que la personalidad antisocial y la existencia de familiares alcohólicos contribuyen a la aparición de alcoholdependencia. De todos modos reconocen en el propio estudio que “la relación entre conducta antisocial y alcoholismo es bidireccional y que los síntomas antisociales son, a menudo, el resultado más que la causa del abuso del alcohol”. De hecho, Zucker y Gomberg en una revisión (1986), llegan a la conclusión de que la relación entre alcoholismo y personalidad antisocial había sido sobrevalorada mientras que los factores ambientales habían sido infravalorados, desmontando la teoría de los rasgos antisociales como determinantes de un futuro problema de dependencia a las drogas.

Aunque la mayoría de estos estudios no han obtenido resultados que permitan concluir que los drogodependientes tengan unos rasgos de personalidad propios, es posible, sin embargo, identificar ciertas características que con mayor prevalencia afectan a los sujetos adictos. Aunque no sean concluyentes ni expliquen por sí mismas la causa de la DD, las teorías más actuales y aceptadas dentro de la posible explicación de la etiología de la DD como son el Modelo motivacional de Cox y Klinger (1988), que se centra en las expectativas positivas de los efectos de la sustancia para explicar el consumo de drogas y la Teoría de la elección conductual (o economía conductual) de Vuchinich y Tucker (1988), la cual, resumiendo, dice que, en el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, “la razón de las conductas emitidas es igual a la razón de los reforzamientos recibidos por esa actividad” (pp. 190); también tienen en cuenta, dentro de los múltiples factores etiológicos de la DD, determinados factores de personalidad como son los siguientes:

- ✓ *Esquizoidismo*: la mayoría de los adictos a sustancias son personas esencialmente solitarias, incapaces de establecer relaciones profundas, o de experimentar placer en la interacción con otras personas; son individuos aislados, cuyos compromisos emocionales tienden a ser superficiales y de poca duración.
- ✓ *Depresión*: los drogodependientes experimentan, con frecuencia, sentimientos de futilidad y tienden a ver la vida con pesimismo. Son incapaces de gozar sin estar intoxicados y las ideas y tentativas de suicidio son frecuentes entre ellos.

- ✓ *Dependencia*: este rasgo se manifiesta a veces sólo de forma pasiva. Es decir, el drogodependiente no expresa un deseo consciente de depender de otros pero, por su actitud, se coloca en situación de necesitar ayuda, otros deben hacerse cargo de sus responsabilidades y tomar decisiones en su lugar. En otros casos, la actitud dependiente se observa el apoyo constante que el DD demanda de instituciones, grupos de apoyo u otras personas.
- ✓ *Trastorno Antisocial de la Personalidad*: son, en muchos casos, personas con un alto grado de agresividad, manifestando violencia física y/o psíquica en sus contactos interpersonales, sobre todo en el momento de la intoxicación.
- ✓ *Dificultades sexuales*: un gran número de personas drogodependientes han sufrido y/o sufren diferentes grados de incapacidad sexual; estas dificultades se manifiestan en estados de impotencia, en forma de celos o en conflictos homosexuales.

A pesar de todos los estudios realizados, los intentos por encontrar una personalidad adictiva entre las personas diagnosticadas con este trastorno han resultado poco fructíferos. Los estudios sobre rasgos o características específicas de la personalidad que pudieran discriminar entre drogodependientes y no drogodependientes antes del desarrollo de la adicción han obtenido resultados inconsistentes y, en ocasiones, incluso contradictorios; es por ello por lo que la investigación actual se ha orientado hacia la búsqueda de otros factores más específicos.

Se podría concluir (Nathan, 1988) que la personalidad adictiva es la conducta del adicto y que la utilidad de la personalidad para predecir la DD y la respuesta al tratamiento no ha sido establecida. Este autor propone que este tipo de investigaciones requieren los siguientes requisitos formales: a) el rasgo o factor de personalidad debe preceder los signos iniciales de la adicción, b) el rasgo o factor de personalidad debe ser específico de la adicción, más que un antecedente, consecuente o coincidente de otros trastornos que pueden acompañar a la dependencia a sustancias, c) el rasgo o factor de personalidad debe ser discriminativo, es decir, producir pocos falsos positivos y negativos, de forma que permita predicciones aceptables y diagnósticos precisos, d) el rasgo o factor de personalidad ha de contar con unas bases empíricas suficientemente confirmadas, más que con la evidencia proveniente de las observaciones clínicas.

1.2.1.4. Teorías del aprendizaje

Las teorías del aprendizaje o teorías conductuales ayudan a comprender los procesos de adquisición y mantenimiento del hábito de consumo de drogas. Hoy en día no puede negarse el hecho de que en la DD interviene un considerable componente aprendido (Echeburúa, 1996). Desde el punto de vista conductual, se mantiene que la conducta de consumo de drogas se rige por las mismas leyes fundamentales del aprendizaje que explican la adquisición y el mantenimiento de otras pautas de conducta. Aún así, desde este punto de vista se enfatiza también que no es suficiente la teoría conductual para explicar la dependencia a las sustancias psicoactivas, sino que existen también otros factores determinantes como son las variables personales y ambientales, con lo que podríamos hablar de una teoría cognitivo-conductual.

La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta (en este caso la de consumir una droga), está determinada por sus consecuencias. Cualquier estímulo que incremente la probabilidad de una conducta se denomina reforzador (Domjan, 1995). En este caso, la droga estimularía de manera directa el denominado “sistema de recompensa cerebral”, sistema que es estimulado por otras sustancias y conductas que tienen un valor de supervivencia para el individuo. Por tanto, el condicionamiento operante explica la conducta de consumir una droga como resultado de obtener bien una recompensa o estado afectivo positivo producido por dicha droga bien la evitación o reducción de un estado afectivo y/o físico negativo provocado por la ausencia de la misma. La conducta de consumir drogas estaría, según esta teoría, mantenida por sus consecuencias.

Las teorías más clásicas del aprendizaje consideran que la conducta de consumir drogas se adquiere mediante reforzamiento positivo y se mantiene por reducción de reforzamiento negativo, así Dollard y Miller señalan (citado en Freedman, 1982) que

“El alcohol produce una disminución temporal del temor y el conflicto. El intento de adaptarse al temor y al conflicto por medio del alcohol, seguido de un estado de catástrofe cuando deja de tomarse, produce el estado de la adicción” (p.1490).

Por su parte Skinner (citado en Freedman, 1982) cree que:

“la disminución de la ansiedad es el método por el cual actúan los principios del refuerzo en el alcohólico. Puesto que la disminución de la ansiedad es rápida en contraste con lo que ocurre en otras pautas aprendidas, beber se convierte en algo preeminente y con el tiempo perpetúa la ansiedad a la cual era originariamente una respuesta” (p. 1491).

Los estímulos asociados a las drogas juegan un papel importante en el mantenimiento de la adicción. En efecto, los estímulos ambientales asociados

habitualmente al consumo de drogas actúan como estímulos discriminativos sobre dicha conducta, de modo que en su presencia se llega a desencadenar el deseo de consumir y la conducta de la búsqueda de drogas, mientras que su ausencia inhibe dicha conducta. Así pues, determinados estímulos ambientales del entorno de la persona, en donde el sujeto ha tenido contacto con la droga, explican, en muchos casos, la dependencia psicológica (Cánovas, 1994; González de Rivera, 1980; Graña, 1998).

También la teoría del aprendizaje social de Bandura (1976) ha sido aplicada de manera específica al alcoholismo y resulta útil para explicar la etiología del mismo. Según esta teoría, el consumo de bebidas alcohólicas es adquirido y mantenido mediante el modelado, el refuerzo social y la anticipación que las personas hacen de los efectos del alcohol. El abuso del alcohol no se explica únicamente por los mecanismos del refuerzo directo, sino también por el aprendizaje imitativo. Las actitudes, las costumbres y el modo en que una familia utiliza el alcohol sirven como modelo y se reflejan en los hijos, pudiendo influir de forma importante en el comportamiento posterior de éstos con respecto al alcohol (Echeburúa, 1996).

Los factores cognitivos pueden ser también variables críticas de reforzamiento del consumo de drogas. Las creencias y expectativas que tienen las personas acerca de lo que las drogas les va a producir puede hacer que las personas aprendan y mantengan pautas de consumo problemáticas. Las expectativas de una persona sobre los efectos de las drogas se elaboran a través de tres procesos fundamentales: 1) la exposición directa a modelos (padres y compañeros), 2) la influencia de la cultura, sobre todo a través de los medios de comunicación y, 3) la propia experiencia personal con la droga (Sánchez-Turet, 1993).

1.2.1.5. Teorías psicoanalíticas

Desde el psicoanálisis no se le prestó demasiada atención a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, únicamente el alcoholismo goza de una teoría etiológica más elaborada.

Las formulaciones psicoanalíticas sobre el alcoholismo, a pesar de que no dedicó ningún trabajo al específico al alcoholismo, fueron realizadas desde un primer momento por Freud; a lo largo de su obra se encuentran muchas referencias a esta patología. Fue el primero que creyó que el alcoholismo era el resultado de poderosas influencias orales de la infancia. El alcohol promueve una alteración anímica con la consiguiente

reorientación de los procesos mentales, que alcanzan niveles regresivos y persiguen gratificaciones derivadas de un pensamiento no relacionado con la lógica. El alcohol proporciona así una huida de la realidad (Coderch, 1975).

Otros autores psicoanalíticos clásicos como Abraham y Ferenczi, propusieron interpretaciones del alcoholismo basadas en la teoría de la libido, con dos aspectos principales:

- ✓ La existencia de una fijación, o una regresión, a pautas de gratificación propias del estadio de dependencia oral.
- ✓ Los alcohólicos y otros individuos con estructura de personalidad similar de tipo paranoide, sufren trastornos de identidad sexual y conflictos homosexuales latentes.

Para estos individuos, el alcohol jugaría un papel de gratificante oral, de fácil obtención y efecto placentero inmediato, al mismo tiempo que el de un tranquilizante para controlar las angustias homosexuales (González de Rivera, 1980).

Para Yates (1976), *“en lo que concierne a las formulaciones psicoanalíticas, el alcoholismo ha quedado en la misma categoría de las neurosis obsesivas en cuanto a la resistencia, a la interpretación y al tratamiento”*, aunque afirma que *“en comparación con otras anormalidades neuróticas, no se ha escrito mucho sobre el tema”* (p. 356).

Continuando con las interpretaciones psicoanalíticas, Menninger (1952) considera que el principal factor en la etiología del alcohólico es un impulso autodestructivo:

“En este sentido, la adicción al alcohol es el medio utilizado por aquellos individuos que poseen un fuerte e inconsciente impulso a destruirse a sí mismos como consecuencia de los sentimientos infantiles de haber sido traicionados por sus padres. El conflicto involucra, por un lado, la intensa rabia del niño que desea destruir a sus padres y, por otro, el miedo a perderlos. Más tarde, en la vida adulta, el alcohol se convierte en el medio para obtener gratificación y venganza, expresando la hostilidad a través del comportamiento antisocial desplegado bajo la influencia de la intoxicación etílica, a la vez que, por los efectos destructivos, tanto psíquicos como físicos, que la misma produce en la personalidad, son aliviados los sentimientos de culpa” (citado en Coderch, 1975; p.304).

Menninger considera el alcoholismo como una forma de suicidio lento, inconscientemente empleado para expresar la agresividad contra los padres y contra sí mismo.

Por su parte Adler (citado en Freedman, 1977) atribuyó la causa de la adicción a sentimientos poderosos de inferioridad relacionados con un estado perpetuo de inseguridad y un deseo de huir de la responsabilidad. Incrimina la excesiva indulgencia

y el mimo excesivo, que conducen a una incapacidad para enfrentarse con las frustraciones de la edad adulta y al uso subsiguiente del alcohol para oponerse a las exigencias de la sociedad.

Aún así, y según Alonso-Fernández (1992), por encima de todas las hipótesis psicoanalíticas que intentan explicar la etiología del alcoholismo sobresalen las cuatro siguientes:

1.- Los alcohólicos tienen una fijación oral que les estimula a beber y, en general, a usar la boca como la principal fuente de gratificaciones. El alcohólico, por mediación de la bebida, trata de volver al estado de bienaventuranza del que disfrutaba en el pecho materno. La personalidad del alcohólico se adscribe, por tanto, al tipo oral.

2.- Los alcohólicos se sirven de la bebida para sedar la angustia de castración.

3.- La entrega del alcohólico a la bebida entraña una protesta hostil contra la sociedad al proyectarse sobre ésta el odio que el alcohólico profesa a su padre. La agresividad sádica y las urgencias autodestructivas han sido interpretadas de distintos modos por aquellos psicoanalistas que centran sus hipótesis en la agresividad.

4.- El alcoholismo es una enfermedad suscitada por homosexualidad latente a fin de satisfacer estas tendencias ocultas de la personalidad en el curso de las embriagueces y de establecer vínculos de camaradería con otros bebedores. Es la fijación anal la que conduce con relativa frecuencia a una inclinación homosexual, en tanto que la fijación oral suele originar una personalidad pasiva y dependiente (pp. 148-149).

I.2.1.6. Teorías constructivistas

Desde la teoría constructivista el *sí mismo* constituye una unidad de significado organizada, y los acontecimientos que señalan cambios profundos en dicho sistema son amenazadores (Kelly, 1955).

Desde esta óptica el drogodependiente pudo sufrir uno o varios acontecimientos de invalidación que afectan a su identidad; con la droga tiene la opción de una identidad más inadecuada pero que le provoca menor sufrimiento porque no tiene en cuenta dicho/s acontecimiento/s.

El adicto, primero se siente amenazado porque anticipa el cambio de un constructo nuclear (identidad, el sí mismo), lo que tiene implicaciones de largo alcance; se siente amenazado durante un periodo de transición de su vida, los años de la adolescencia ofrecen los ejemplos más comunes de amenaza transicional. Para buscar una salida a la amenaza consume la sustancia psicoactiva, con la que crea la ilusión de que el constructo es validado, y después de consumir se siente culpable porque percibe una dislocación de su estructura del rol nuclear y siente ansiedad porque se da cuenta que sus construcciones no son útiles para el mundo que le rodea, ya que ha hecho algo

que percibe que está en directa contradicción con sus construcciones centrales en la vida (Landfield y Leitner, 1987).

Por otro lado, el DD no suele compartir ningún aspecto significativo con su entorno personal y carece de bases para establecer y mantener una relación interpersonal (aislamiento del *self* real). Además se identifica más por lo que no desea ser que por lo que desea ser (aislamiento del *self* ideal). Por último se representa a sí mismo no sólo como diferente sino como idealizando dicha diferencia (aislamiento social).

Cuando el acontecimiento evaluado es el propio *self*, como ocurre con frecuencia con el DD, las emociones producidas son de carácter autoevaluativo como: culpabilidad, vergüenza y orgullo (Botella, 1993). Cuando empieza a percibir los efectos de la droga comienza a emerger un subsistema de constructos que puede ser considerado como una nueva construcción de un yo intoxicado.

De modo que el sujeto elige un yo intoxicado porque le ofrece mayores posibilidades para la extensión y definición de un sistema de constructos que el encontrarse abstinente, y porque el cambio hacía la abstinencia le conduciría a un mundo relativamente sin sentido (Botella, 1993).

Si el individuo utiliza la droga para construir acontecimientos que no ha desarrollado dentro de un sistema libre de drogas, una vez elaborado el nuevo subsistema patológico, su habilidad para actuar sin drogas ante situaciones problemáticas estará disminuida y en último extremo se podría preguntar por qué intentar afrontar algo difícil sin tóxicos cuando ha descubierto un nuevo y fácil método de manejo de situaciones conflictivas (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992).

La perspectiva constructivista parte de la idea que la posición que ocupa alguien respecto a su vida cuando va a consulta es la más coherente con su visión de sí mismo y del mundo, a pesar de que le ocasione problemas y sufrimiento. De acuerdo con el corolario de elección de Kelly, la persona elige para sí misma aquellas alternativas de sus constructos que le aportan mayor significado en coherencia con su sistema de construcción, y mayor predicción, entendida como validación de identidad, tal como ésta esté estructurada como red de constructos nucleares (Botella, 1993).

1.2.1.7. Teoría biopsicosocial

Las diferentes teorías etiológicas para la DD explicadas con anterioridad son las más significativas y las que más apoyo han tenido dependiendo de la orientación de cada uno de sus más representativos autores.

De hecho, todas y cada una de estas diferentes teorías etiológicas podrían agruparse, a grandes rasgos, en tres grupos diferenciados entre sí: 1) las teorías biológicas, que comprenderían los factores constitucionales del sujeto como los aspectos genéticos, neurobiológicos y neuroconductuales, 2) las teorías sociales, las cuales comprenderían factores como la disponibilidad a las drogas, a los diferentes sistemas, aspectos antropológicos y aspectos sociales y 3) las teorías psicológicas harían referencia a los aspectos psicológicos propiamente dichos. Algunos de estos factores actuarían como protectores frente a la DD (altos precios, baja disponibilidad, educación adecuada) y otros actuarían como factores de riesgo o facilitadores (historia familiar previa de alcoholismo, situaciones de tensión).

La teoría biopsicosocial de Pomerleau y Pomerleau (1987) es un intento de aglutinar las diferentes teorías etiológicas que existen. Desde esta teoría se trataría de incorporar a un modelo multifactorial las tres dimensiones básicas que concurren en un sujeto, es decir, integrar en un mismo modelo teórico las dimensiones biológica, social y psicológica.

Este modelo o teoría mantiene que los posibles factores precipitantes del consumo de drogas han de considerarse de forma independiente de los que con posterioridad determinan el mantenimiento y desarrollo de un problema de dependencia. La importancia de las diferentes variables no es la misma en cada grupo o individuo particular e incluso varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un consumidor. Con esto se quiere decir que la contribución de los diferentes factores también depende de la fase en la que la persona se encuentre dentro del proceso de dependencia. Es decir, puede ser que sean los factores sociales quienes ejerzan mayor influencia en la decisión inicial de experimentar con la droga, o sean factores genéticos los que contribuyan a las diferencias en la sensibilidad y tolerancia a las mismas y que, al final, sean los psicológicos los que sean críticos en la determinación del cese o perpetuación de la DD.

Aunque este puede ser perfectamente el caso de un drogodependiente, no excluye cualquier otro tipo de orden en cuanto a factores precipitantes, mantenedores o

conservadores de la adicción, para este modelo todo sujeto es diferente y no existen normas escritas sobre la etiología de la drogodependencia que afecten a todos los individuos por igual.

1.2.1.8. Otras teorías

Hasta aquí han sido explicadas las diversas teorías sobre la etiología del consumo de drogas desde los paradigmas más importantes dentro de la psicología actual. De todos modos, hay otras muchas teorías que también han aportado su propia visión sobre la etiología de la DD, algunas de ellas ya obsoletas y otras de ellas originales y novedosas pero con poca investigación y escasos resultados a sus espaldas, estas son:

- ✓ **Teoría de la reducción de tensión:** Según esta teoría (Conger, 1956), las personas consumen drogas con el fin de reducir los estados de estrés y ansiedad a que se ven sometidos. Sin embargo, varios estudios han demostrado que el efecto que produce el consumo de sustancias psicoactivas sobre el estrés y otros estados emocionales no parece consistente. De este modo hay resultados dispares, mientras unos encuentran un aumento de emociones positivas, otros encuentran aumento de los estados emocionales negativos o, simplemente, no encuentran ningún efecto. Estos resultados se podrían explicar porque son varios los factores que pueden influir a la hora de determinar los efectos de la sustancia sobre los estados emocionales, tales como la cantidad consumida, el tiempo transcurrido desde el consumo, expectativas del sujeto sobre los efectos, etc.
- ✓ **Teorías fisiológicas:** Según estas teorías, la DD sería el producto de una perturbación básica de la química del cuerpo humano, la cual lleva a un estado de deficiencia que se alivia temporalmente mediante la ingestión de drogas. Éste puede aumentar el estado de deficiencia, estableciéndose de este modo un círculo vicioso: deficiencia-ingestión de la sustancia-incremento de la deficiencia-ingestión de la sustancia, etc. La formulación más importante de esta teoría fue la propuesta por Mardones (1960). En ella afirmaba que algunos individuos tienen una marcada deficiencia de elementos nutricionales básicos, la cual solucionaban o paliaban gracias a la ingesta de drogas y alcohol. Como es de suponer, esta teoría no ha tenido mucho apoyo por parte de la investigación experimental.

- ✓ ***El papel de la publicidad:*** aunque no puede considerarse un factor etiológico, la publicidad juega un papel fundamental a la hora de consumir algún tipo de droga legal y es en el grupo de los adolescentes en donde más efecto causa (Merino et al., 1995). Se ha producido un desplazamiento en el consumo del vino hacia otras bebidas que gozan de mayor protagonismo mediático como son la cerveza y las bebidas destiladas de alta graduación (ron, vodka, whisky) mezcladas, en la mayoría de los casos, con bebidas que también gozan de una gran campaña publicitaria a sus espaldas. Estas normas de consumo vienen dadas por los modelos de triunfo como actores, empresarios o gente con éxito social difundidos por los distintos medios de comunicación y con los que muchos jóvenes se identifican y tienden a imitar de forma más o menos consciente.
- ✓ ***Teoría desde el modelo moral:*** tiene escaso apoyo en la literatura actual sobre DD, ya que considera la adicción como señal de un carácter débil, por lo que a los adictos se les anima para que ejerciten una mayor fuerza de voluntad con el fin de superar sus pecados (Graña, 1998).
- ✓ ***Teoría desde el modelo iluminativo:*** este modelo trata de que el sujeto descubra la verdadera naturaleza de su adicción. El cambio es posible si el control personal se deja en manos de un poder superior o colectivo. En esta categoría se podrían colocar a los grupos de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos.
- ✓ ***Teoría desde el modelo médico:*** los más recientes defensores de este modelo aducen que existe un tipo de enfermedad subyacente, dando gran importancia a la dependencia física, a la predisposición genética y a la asunción de que la enfermedad es progresiva, por lo que al DD no se le exige responsabilidad para cambiar su adicción (Graña, 1998).
- ✓ ***Teoría desde el modelo compensatorio:*** parte de la premisa de que el sujeto no es responsable de haber desarrollado una adicción, teniendo en cuenta que la etiología de este problema implica factores biológicos y de aprendizaje que están fuera del control personal; aún así, el individuo puede compensar su adicción tomando parte activa y responsable en el proceso de cambio. Para este modelo es fundamental la idea de que la adicción puede entenderse mucho mejor como una conducta adaptativa que ha sido aprendida en un contexto que incluye factores personales y ambientales (Brickman, Ravinowitz, Karuza, Coates y Cohn. 1982).

El modelo biopsicosocial del consumo y/o dependencia podría quedar resumido en la siguiente figura 4:

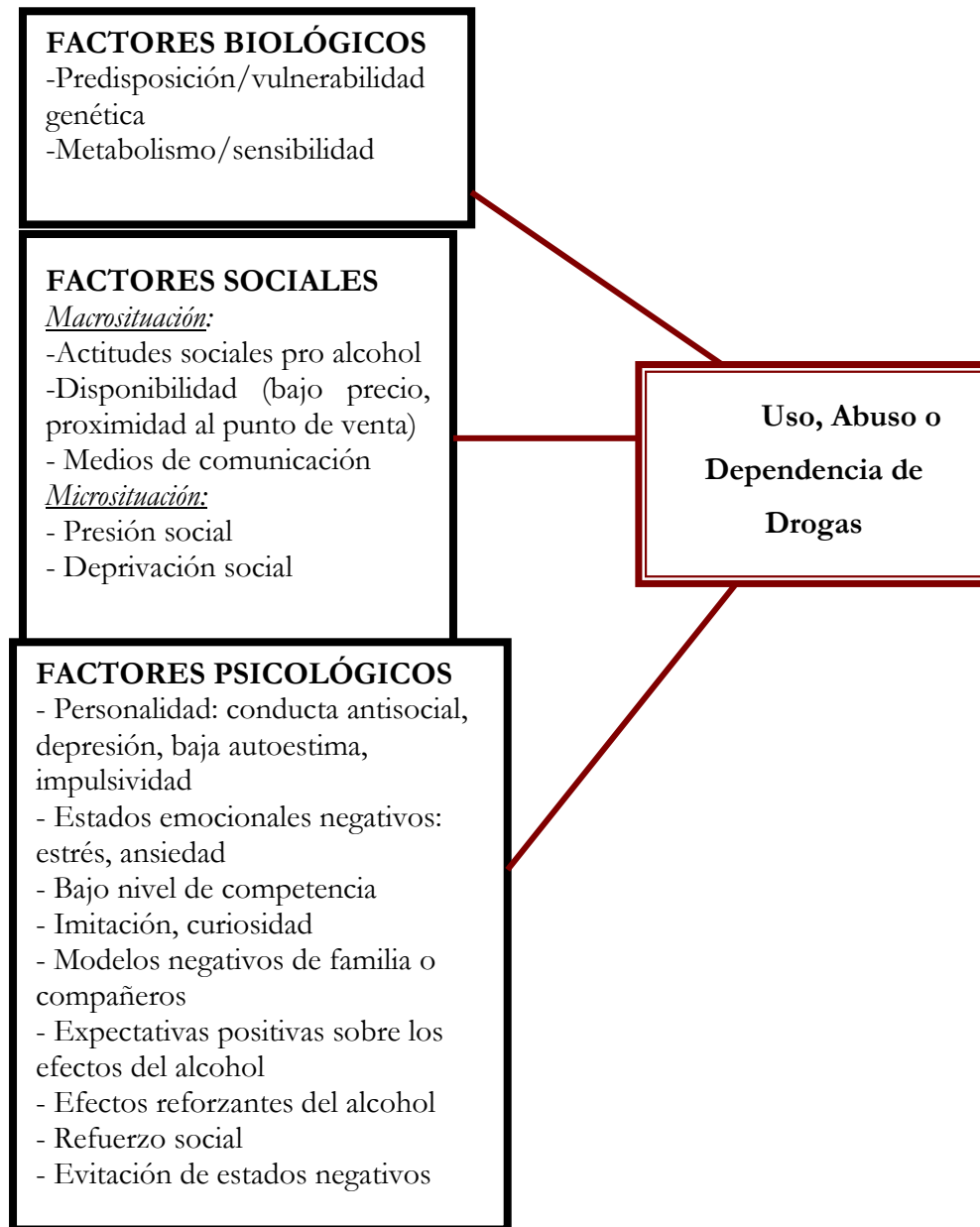


Figura 4. Modelo biopsicosocial del consumo y/o dependencia

I.2.2. Evaluación de la drogodependencia

Los instrumentos diagnósticos más utilizados son las entrevistas y los cuestionarios. Las entrevistas pueden ser semiestructuradas o no estructuradas. Los cuestionarios pueden ser: cerrados, autoinforme o con entrevistador.

Los instrumentos de evaluación a sustancias específicas aquí nombrados están orientados, en su mayoría, a la evaluación de los aspectos fisiológicos y psicológicos del

paciente alcohólico. Han sido pocos los test que han sido diseñados como instrumentos estandarizados de evaluación de dependencia a otras sustancias como la heroína o la cocaína no siendo adaptados ni validados en nuestro país.

El empleo rutinario de métodos de cribaje entre población sometida a atención primaria debido a episodios producidos por un uso abusivo de sustancias debería permitir descubrir el problema y aplicar medidas terapéuticas en etapas tempranas de la enfermedad, con lo que el tratamiento podría ser más eficaz y el pronóstico más favorable.

Aunque existen pruebas diseñadas específicamente para la detección y evaluación de la gravedad de la adicción o del síndrome de abstinencia, la aplicación de éstas debe realizarse a lo largo de un proceso de evaluación psicológica completo. Esta evaluación se basa en la administración de entrevistas estructuradas para el diagnóstico de la gravedad de la dependencia y de los trastornos de personalidad asociados a la adicción así como en la exploración de las funciones intelectuales de los pacientes y de los posibles déficits neuropsicológicos secundarios asociados a la dependencia.

1.2.2.1. Evaluación psicológica de la drogodependencia

Evaluación de la intensidad de la adicción

La prueba más ampliamente utilizada para valorar la intensidad de la adicción es el *Índice de Severidad de la Adicción* (Addiction Severity Index, ASI), una prueba semiestructurada diseñada por McLellan et al. (1980) que en la actualidad va ya por la sexta versión y se encuentra validado y adaptado (Guerra, 1992) para nuestro país.

Puede utilizarse tanto como instrumento de evaluación inicial, con el fin de planificar el tipo de tratamiento más adecuado, como en el seguimiento a la hora de evaluar los efectos de los programas de intervención así como de la evolución después de la finalización del tratamiento.

Las dimensiones que esta prueba evalúa son las siguientes: a) estado médico general, b) situación laboral y financiera, c) consumo de alcohol, d) consumo de drogas, e) problemas legales, f) familia y relaciones social y g) estado psicológico.

La información obtenida con este instrumento aporta dos tipos de valoraciones a modo de índices de gravedad. Por un lado, la valoración de la gravedad por el

entrevistador, basada en puntuaciones de carácter subjetivo derivadas de la valoración clínica global que realiza el entrevistador para cada una de las áreas evaluadas. Por otro lado, las puntuaciones compuestas, derivadas de una determinada ponderación de ítems objetivos, oscilan entre 0 y 1, asociándose mayor gravedad a mayor puntuación.

Alcoholismo

Los principales cuestionarios para el diagnóstico y evaluación de la gravedad del alcoholismo son descritos a continuación:

Ítems de Jellinek: se trata de un cuestionario de 43 ítems, de respuesta cerrada, que debe ser administrado por un entrevistador al paciente y a un familiar. Este cuestionario permite investigar retrospectivamente la evolución en el tiempo de la enfermedad alcohólica. Los ítems originales fueron modificados, en relación a su orden de presentación y adaptándolos a la mayor frecuencia de aparición en nuestro medio, por Freixa y Bach (1975, ver Anexo 2). Del ítem 1 al 7 comprende una fase prodrómica o de aparición de síntomas generales y son indicativos de un proceso de vinculación de dependencia. Los ítems del 8 al 30 comprenden una fase inicial y de profundización del síndrome de dependencia-adicción y los ítems del 31 al 43 comprende la fase de alcoholización en la cual pueden aparecer manifestaciones de encefalopatía, organicidad y riesgo de deriva a la marginación.

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): diseñado por Selzer (1971) consta de 25 preguntas autoadministrables, de respuesta cerrada, como verdadero o falso, sobre el consumo de alcohol y las consecuencias de su uso. Las preguntas tienen un peso distinto y, al final, la suma total de las puntuaciones oscila de 0 a 50. A pesar de que se han recomendado distintos puntos de corte, generalmente se considera el situado entre el 5 (punto de corte original) y 7, siendo las puntuaciones más altas un reflejo de mayor deterioro y de mayor probabilidad de encontrarnos ante un caso de alcoholismo grave. Las estimaciones de la fiabilidad del MAST se sitúan entre el 85-95%. La sensibilidad de este instrumento en poblaciones de alcohólicos oscila del 86 al 99%, con un punto de corte de 5. En una población de pacientes alcohólicos americanos hospitalizados se observó una sensibilidad del 98%, con una baja tasa de falsos positivos. El test MAST está reproducido en el Anexo 3. En población general, se ha observado que era más fiable en casos graves de alcoholismo.

Short-MAST: diseñado por Selzer y cols. (1975), este cuestionario es una versión reducida del MAST, al cual le extraen las 10 preguntas más discriminativas. También se ha utilizado en población psiquiátrica ambulatoria para identificar el abuso de alcohol. Si se utilizaba una puntuación de 1 o más se obtenía una sensibilidad del 78%, una especificidad del 76% y un valor predictivo positivo del 64%, mientras que si el punto de corte se establecía en 2 o más, se reducía la sensibilidad al 63% y aumentaba la especificidad al 88% y el valor predictivo positivo al 74%.

CAGE: su nombre se deriva de un acróstico (en su versión inglesa) derivado de las cuatro preguntas realizadas a los pacientes (Anexo 4). El CAGE fue desarrollado por Swing y Rouse (1970) y validado por Mayfield (1974) en EEUU. Consta de 4 ítems y cada respuesta afirmativa obtiene un punto. Los resultados se agrupan en tres categorías: si se obtienen cero puntos se considera negativo; si un punto, sospecha de alcoholismo y si dos o más puntos se considera positivo o alcoholismo confirmado. El tiempo de cumplimiento es inferior a un minuto. Aunque los autores de este cuestionario consideran que una respuesta positiva es altamente sospechosa de trastorno relacionado con el alcohol, la mayoría de los investigadores y clínicos consideran que dos o más respuestas positivas aumentan la especificidad y el valor predictivo. Se le otorga un valor predictivo cercano al 93% cuando la prevalencia es alta. Uno de los inconvenientes del CAGE es el tipo de preguntas que se realizan y, en consecuencia, la forma de abordar a un paciente que acude a un centro de atención primaria por otro motivo distinto al consumo de alcohol. Para obviar este problema, se aconseja utilizar el cuestionario en la práctica clínica de un modo no tan estructurado, siempre que se incluyan las ideas fundamentales de cada pregunta.

Münchener Alkoholismus Test (MALT): es un test que en su origen (Feuerlein, 1977) fue valorado como un instrumento altamente sensible y específico. El cuestionario es de respuestas cerradas y consta de dos partes: el MALT subjetivo (MALT-S) y el objetivo (MALT-O). El MALT-S está diseñado para ser autoadministrado y está constituido por 27 ítems en su versión española, de respuesta afirmativa o negativa, y pretende la autovaloración del propio paciente respecto a su “problema alcohólico”. El MALT-O consta de 7 preguntas valoradas por el especialista mediante la anamnesis y exploración física; estos ítems están relacionados con alteraciones físicas y psíquicas derivadas de un consumo excesivo de alcohol (Anexos 5 y 6). Cada respuesta afirmativa del MALT-S representa un punto,

mientras que cada ítem positivo en el MALT-O contabiliza cuatro puntos. La puntuación total del test se obtiene sumando las puntuaciones de los dos test, pudiendo oscilar entre 0 y 54 puntos. Si la puntuación oscila entre 0 y 5 se considera al individuo como “no alcohólico”, entre 8 y 10 como “riesgo o sospecha de alcoholismo” y si es superior a 10 se etiqueta de “alcoholismo confirmado”.

Cuestionario AUDIT: este cuestionario (test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol) ha sido elaborado por la OMS para ayudar a los médicos de familia en la identificación temprana de los problemas de abuso de bebidas alcohólicas. Ha sido validado en España y traducido al castellano (Contel, Gual y Colom, 1999)

Consta de diez preguntas, que se puntúan según la frecuencia de cero (nunca) a cuatro (diariamente) en las ocho primeras, y de cero a dos en las dos últimas. La puntuación de la escala oscila de 0 a 36. Una calificación de ocho, o más, revela la existencia de problemas relacionados con el alcohol. Una puntuación elevada en las preguntas cuatro, cinco y seis suele darse en los casos ya manifiestos de dependencia alcohólica (ver Anexo 7).

Cuestionario AAIS: es la Escala de Implicación con el Alcohol para Adolescentes, elaborada por Mayer y Filstead (1979). Es un breve autoinforme de 14 ítems que mide el uso y el abuso del alcohol a través de siete categorías: la cantidad de alcohol que se consumía habitualmente, la frecuencia de consumo, la edad a la que se comenzó a beber, las situaciones habituales en las que se bebía y los motivos para beber. En el Anexo 8 se presenta la versión del AAIS traducida.

El AAIS conceptualiza el abuso del alcohol de los jóvenes, según el grado de interferencia en una o en cualquier combinación de tres áreas diferentes: estado psicológico, relaciones sociales y vida familiar. La puntuación final se sitúa en un continuo desde 0 (abstemio) hasta 42-79 (bebedor excesivo).

1.2.2.2. Evaluación de la personalidad

La exploración de los rasgos de personalidad en pacientes adictos a sustancias es uno de los ámbitos de evaluación más relevantes dentro del contexto clínico. No hay duda alguna en la importante relación tanto de los rasgos como de los trastornos de personalidad en el pronóstico de la evolución de la drogodependencia, con lo que es indispensable una evaluación exhaustiva en este ámbito.

En los últimos tiempos se constata el avance en la implementación de pruebas basadas en criterios DSM y/o OMS a la hora de evaluar la personalidad, así la SCID II y la IPDE que evalúan los trastornos de personalidad según los sistemas clasificatorios internacionales han extendido su aplicación clínica en detrimento de otras pruebas tradicionalmente más utilizadas y con más apoyo empírico como el MMPI-2 y el MCMI (versiones II y III). A pesar de ser instrumentos ampliamente utilizados en la evaluación de personas adictas a sustancias, no existe estandarización de ninguna de estas pruebas para el ámbito de las drogodependencias.

La *Structured Clinical Interview (SCID II)* para el DSM-IV (First, Gibbon y Spitzer, 1999) es una entrevista clínica general que permite la evaluación de los 10 trastornos de personalidad del eje II así como el trastorno depresivo y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad; de este modo se puede obtener la información apropiada para realizar un diagnóstico de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Diseñada como una entrevista clínica diagnóstica, el Eje I del SCID II precisa aproximadamente una hora para ser administrado y empieza con una revisión de la enfermedad actual y de episodios psicopatológicos previos.

En la actualidad se encuentra en investigación y desarrollo la versión adaptada al DSM 5, esperándose su salida a finales del año 2015.

El *Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)* (Loranger, Jarka y Sartorius, 1997) es una entrevista clínica semiestructurada diseñada para evaluar los trastornos de personalidad según los sistemas clasificatorios DSM-IV y CIE-10. La principal característica de esta entrevista es que intenta proporcionar un instrumento que combine la entrevista clínica con los requisitos de estandarización y objetividad necesarios. Se evalúan seis criterios globales en distintos módulos: trabajo, “yo”, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. Cada módulo del IPDE está diseñado para la evaluación de la totalidad de los trastornos de personalidad, por lo que se recomienda la administración completa de la entrevista aunque es posible administrar los ítems relativos a determinados trastornos.

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II-III)* (Millon, 2000) es una técnica de evaluación de personalidad y psicopatología que se enmarca dentro de la teoría del aprendizaje biosocial de la personalidad de Theodore Millon. Adaptado y validado en España (Ávila, 1998), el MCMI-II es un cuestionario autoinformado de 175 ítems de respuesta dicotómica verdadero-falso.

Millon (1997) plantea que cualquier tratado que intente realizar una clasificación de la personalidad debe estar respaldado teóricamente. La experiencia clínica y el consenso en las opiniones no son criterios suficientes. Su modelo evolucionista de la personalidad intenta explicar la estructura y los estilos de personalidad haciendo referencia a la adaptación ecológica y las estrategias que derivan en estilos de personalidad.

En la actualidad se utiliza la versión MCMI-III publicada en 1997 y adaptada y validada por Cardenal y Sánchez-López a población española en 2007. Incluye algunas diferencias con respecto a la versión anterior que hacen que los resultados se ajusten con mayor precisión a los criterios DSM, en particular a los ejes I y II.

Permite la evaluación de 24 trastornos de personalidad y síndromes clínicos diferentes. En lo que respecta a los trastornos de personalidad, se obtienen 11 estilos básicos de personalidad y tres de personalidad patológica. Referente a los síndromes clínicos se obtienen 7 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada y tres de gravedad extrema. Hay también cuatro escalas de control: validez, sinceridad, deseabilidad y alteración.

- ✓ Patrones clínicos de personalidad: Esquizoide, fóbica, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva (rígida), pasivo/agresiva y autodestructiva (masoquista).
- ✓ Patología grave de personalidad: Esquizotípica, límite y paranoide.
- ✓ Síndromes clínicos de gravedad moderada: Ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, abuso de alcohol, abuso de drogas y trastorno de estrés postraumático.
- ✓ Síndromes clínicos de gravedad extrema: Pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante.

En el año 2011 se ha adaptado a la población española el *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)* (Morey, 2007), cuestionario de personalidad diseñado para proporcionar una evaluación global de la psicopatología en adultos. Está formado por 344 ítems, en formato de respuesta graduada en 4 puntos, y distribuidos en 22 escalas. De éstas, 4 son de control, 11 son clínicas, 5 son de tratamiento y 2 de relaciones interpersonales. Las escalas de control, de utilidad en contextos forenses, incluyen 4 escalas para detectar inconsistencia y falseamiento en las dos direcciones. Las escalas clínicas se centran en los trastornos sobre los que hay más acuerdo y que

son más relevantes en la práctica clínica: quejas somáticas, ansiedad y trastornos relacionados, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, y problemas de alcohol y drogas. Varias escalas clínicas incluyen 3 subescalas cada una, lo que permite una mejor descripción del rasgo o trastorno analizado. Las escalas de consideraciones para el tratamiento están diseñadas para proporcionar información adicional sobre posibles complicaciones en el tratamiento más allá del diagnóstico clínico: agresión, ideación suicida, falta de apoyo social, estrés y rechazo al tratamiento. Finalmente, las dos escalas interpersonales pretenden evaluar los componentes de interacción social supuestamente más relevantes para la evaluación de los trastornos de personalidad: dominancia y afabilidad.

El *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2 / MMPI-2-RF)* es una versión revisada y modernizada (1999) del primer MMPI de Hathaway y McKinley, publicado en 1943. Puesto que la presente investigación está sustentada por este instrumento evaluador, se ofrece una descripción más detallada del MMPI en el Marco Teórico de la presente investigación. Para rematar esta pequeña revisión de instrumentos de evaluación de la personalidad, es importante no olvidar que en España, desde el año 2009, se encuentra disponible una versión revisada del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2, el MMPI-2-RF, publicado originalmente por Ben-Porath y Tellegen en el año 2008.

El MMPI-2-RF proporciona, en 50 escalas, una evaluación eficiente y actualizada de las variables clínicamente relevantes que subyacen al conjunto de ítems del MMPI, reduciendo considerablemente el número de ítems, ya que consta de 338, y el tiempo de aplicación (35-50 minutos), respecto al MMPI-2. El objetivo perseguido en la reestructuración del MMPI-2 ha sido un conjunto más reducido de escalas independientes entre sí, no redundantes, que evalúen los constructos subyacentes al MMPI-2 de una manera más eficiente, centrada en el contenido y más coherente en su estructura y organización.

1.2.2.3. Otros instrumentos de evaluación utilizados

Es importante tener en cuenta las características de la población drogodependiente a la hora de hacer una evaluación completa, tanto a nivel de situación o valoración de la adicción como a nivel biopsicosocial. Es por ello por lo que, aparte de las pruebas

mencionadas con anterioridad, se les unen otros instrumentos que evalúan otros aspectos a tener en muy cuenta a la hora de aplicar un determinado tratamiento.

El estudio del rendimiento neuropsicológico en pacientes adictos a sustancias ha proliferado en los últimos años (SET, 2009), encontrándose numerosos trabajos que utilizan la neuropsicología como paradigma de trabajo. El efecto de las sustancias psicótropas en el SNC hace que la evaluación de las posibles alteraciones cognitivas que presenten los pacientes con consumo problemático de drogas sea de gran importancia.

Debido a la gran variedad de pruebas existentes, se nombraran aquellas que se utilizan en mayor medida en los centros de tratamiento de drogodependientes³:

1. La Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-IV) es una prueba utilizada para la evaluación de la inteligencia general y el daño cerebral. Se obtienen puntajes para el cociente intelectual general, verbal y manipulativo.
2. La Escala de Memoria de Wechsler Revisada (WMS-R) mediante el que se evalúan cinco índices generales: índice de memoria verbal, índice de memoria visual, índice de memoria general, índice de atención – concentración e índice de recuerdo demorado.
3. El Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST) evalúa tareas conceptuales de formación de conceptos y categorías, pensamiento abstracto y mantenimiento de estrategias.
4. La Batería Neuropsicológica Sevilla evalúa los procesos y mecanismos que componen el funcionamiento ejecutivo asociado al lóbulo frontal: atención, razonamiento, resolución de problemas, mecanismos de control.

Otra prueba que puede ser utilizada es el *Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo (IDTS)*, se trata de un autoinforme dirigido a la evaluación de las situaciones que para cada sujeto particular son de mayor riesgo de consumo.

Estas situaciones evaluadas se corresponden con dos grupos de situaciones de riesgo: las de carácter intrapersonal y las de carácter interpersonal. Dentro de las

³ N. del A.: No se puede decir que estas pruebas mencionadas puedan estar catalogadas como estándar a la hora de evaluar el rendimiento neuropsicológico del paciente drogodependiente en nuestro medio. Cada terapeuta elige, por la razón objetiva o subjetiva que sea, la prueba o pruebas a utilizar.

primeras se reúnen las siguientes dimensiones: estados emocionales negativos, estados emocionales positivos, malestar físico, control de la conducta adictiva y experiencia de urgencia de consumo o *craving* desencadenado por estímulos ambientales. Entre las interpersonales se encuentran: situaciones de conflictividad interpersonal, presiones por parte de los demás para consumir y momentos agradables con los demás.

Dependiendo de los resultados obtenidos, es posible elaborar y establecer un tipo de intervención individualizada de prevención de recaídas que resulte más adecuada al tipo de paciente.

Ya para terminar el apartado relativo a la evaluación del drogodependiente, se describe de manera breve un cuestionario con el que se puede evaluar el estado de salud general: el *Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud* (Ware y Sherbourne, 1992).

Mediante este cuestionario de autoaplicación breve (5 – 10 minutos) se realiza una exploración a través del punto de vista subjetivo de la persona evaluada relativo a la patología a través de 8 conceptos de salud. Estos conceptos son los siguientes: a) funcionamiento físico, b) limitaciones en el rol por problemas físicos, c) funcionamiento social, d) dolor corporal, e) salud mental, f) limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales, g) vitalidad y h) salud general.

I.2.3. Modelos de intervención y tratamiento psicológico de las adicciones

Al igual que a la hora de abordar, desde la óptica de la psicología clínica, las diferentes psicopatologías y estados psicológicos desde varios y diversos paradigmas, también se han adaptado o creado para el ámbito de las drogodependencias multitud de modelos o paradigmas, tanto generales como específicos.

Introducción

En 1999 el *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) publicó 13 principios (Tabla 3), derivados de la investigación empírica de los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (NIDA, 1999). Estos principios continúan plenamente vigentes en la actualidad, no siendo cuestionados por la investigación.

Tabla 3. Principios para el tratamiento efectivo (NIDA, 1999; 2001)

| | |
|----|--|
| 1 | No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos. |
| 2 | El tratamiento necesita estar disponible fácilmente. |
| 3 | El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su dependencia a las drogas. |
| 4 | Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado, cuando se considere necesario, para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona. |
| 5 | Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento. |
| 6 | El <i>counseling</i> (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción. |
| 7 | La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el <i>counseling</i> y otras terapias conductuales. |
| 8 | Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada. |
| 9 | La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo. |
| 10 | El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo. |
| 11 | El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado de manera continua. |
| 12 | Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como <i>counseling</i> que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección |
| 13 | La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo que frecuentemente requiera múltiples episodios de tratamiento |

Analizando estos trece principios se puede observar que la implicación del tratamiento psicológico es crítica a la hora de abordar las intervenciones terapéuticas en drogodependencias.

Así pues, y según Becoña y Cortés (2008), se puede resumir en 4 ideas principales la relación indivisible que existiría entre los principios y los tratamientos psicológicos:

- ✓ El carácter central de los tratamientos psicológicos, que vendría explicado por los principios 6, 7, 9 y 12, en los que el *counseling* posee especial protagonismo. Estos principios también señalan la subordinación del tratamiento social, muy general para que resulte efectivo en el tratamiento individual y farmacológico, el cual es insuficiente de manera individual ya que, en la actualidad, no existe ningún tratamiento biológico que, sin apoyo del psicológico, resulte efectivo en el tratamiento de adicción a sustancias psicoactivas.
- ✓ El carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación del paciente, entendiendo motivación no sólo como razón para entrar y seguir en el tratamiento, sino como motivación para el cambio, concepto que sólo puede ser entendido desde una perspectiva psicológica. Los principios 1, 3 y 4 explicarían esta idea.
- ✓ La conexión fundamental existente entre la variabilidad psicológica y el tratamiento de las adicciones. De este modo, el tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación e intervención sobre

las variables psicológicas individuales que podrían condicionar el resultado terapéutico. Los principios 1 y 8 explicarían esta idea.

- ✓ La importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de recaídas, que vendría explicado por los principios 11 y 13. Del mismo modo, el fenómeno de la recaída se explica mediante modelos explicativos de naturaleza psicológica; de este modo, en una revisión (Brandon et al., 2007) se concluye que los 4 modelos de recaídas aceptados en la actualidad ofrecen, a la hora de explicar la etiología de este fenómeno, una misma explicación: que las recaídas son el resultado de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos cognitivo-afectivos, ambientales, conductuales y fisiológicos.

El modelo biopsicosocial de Pomerleau y Pomerlau (1987), el cual constituye hoy día el modelo predominante del análisis y la intervención en conductas adictivas en nuestro país (Secades, Fernández, García y Carballo, 2007), da especial relevancia a los siguientes procesos encargados del inicio, mantenimiento y extinción de la conducta adictiva: la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias. Tales procesos, o componentes, representan a variables psicológicas o psicosociales, con la excepción de la vulnerabilidad biológica o los efectos fisiológicos del consumo de la droga, muy condicionados éstos últimos por la interpretación psicológica del propio consumidor. El contexto y las consecuencias, además de modelar la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, tales como el aprendizaje o los patrones de comunicación e interacción.

Del mismo modo, si se relacionan éstos trece principios con los criterios DSM de dependencia a sustancias psicoactivas (Tabla 4), podemos observar que también en este sistema clasificatorio poseen especial relevancia los factores psicológicos ya que, de los 7 criterios DSM para establecer diagnóstico de dependencia a drogas, tan sólo el criterio 1 (tolerancia) y, en menor medida el 2 (síndrome de abstinencia) tienen que ver con aspectos fisiológicos, mientras que los criterios 3, 4 y 5 se refieren al patrón conductual compulsivo de consumo de drogas, caracterizado por el *craving* (deseo subjetivo de desear o necesitar consumir drogas) y por el *priming* (la falta de control sobre el *craving* o conducta impulsiva), mientras que los criterios 6 y 7 se centran en los efectos adversos a nivel biopsicosocial provocados por la drogodependencia.

Tabla 4: Criterios para el diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas (Adaptado de APA, 1994)

| | Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce meses |
|----------|--|
| 1 | Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. |
| 2 | Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. |
| 3 | La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía. |
| 4 | Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. |
| 5 | Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos. |
| 6 | Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia. |
| 7 | Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote) |

Con la entrada del DSM-5, se han producido algunos cambios en lo que respecta a la evaluación y, consecuentemente, al abordaje terapéutico de los sujetos con trastornos relacionados con sustancias, de este modo, los principales cambios que el DSM-5 introduce al respecto son los siguientes (American Psychiatric Association, 2002, 2014; Becoña, 2014; Compton, Dawson, Goldstein y Grant, 2013):

1. El trastorno relacionado con sustancias queda como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV, realizándose el diagnóstico cuando el sujeto tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de 12 meses.
2. Aparecen distintos niveles de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) dependiendo del número de criterios diagnósticos.
3. Los 11 criterios proceden de la unión de los criterios DSM-IV de abuso y dependencia, eliminando el ítem referido a problemas legales y añadiendo el ítem de *craving*.
4. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias y b) trastornos inducidos por

sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por sustancia o medicación).

5. Se pasa, por reordenación de las mismas, de 11 sustancias en el DSM-IV a 10 en el DSM-5, quedando las siguientes: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (incluyendo: anfetaminas, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).
6. Se introduce el síndrome de abstinencia del cannabis y el síndrome de abstinencia a la cafeína aparece en apartado C del manual.

1.2.3.3. Modelos Psicológicos de Tratamiento de las Drogodependencias

A continuación se exponen, de manera resumida, las distintas aportaciones que desde distintos paradigmas psicológicos se han hecho en el campo del tratamiento de las drogodependencias o psicoterapia para drogodependientes. Ante la gran cantidad de métodos e intervenciones existentes, se revisan los modelos terapéuticos utilizados con más frecuencia en la actualidad y que son los que mayores evidencias científicas poseen acerca de su efectividad (Becoña y Cortés, 2008; Dowd y Rugle, 1999; García, 2008).

Para finalizar se exponen de manera breve dos modelos, uno de motivación para el tratamiento y el cambio basado en los postulados del Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982) así como en la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999) y un nuevo modelo de abordaje integral de las drogodependencias desde la neuropsicología.

1.2.3.3.1. Orientación Sistémica

Este modelo está basado en los postulados de las teorías de Sistemas y de la Gestalt de Maslow, Rogers y Lewin, de modo que parte de la premisa de que si un sujeto tiene a la familia como núcleo relacional principal y ésta es disfuncional, se pueden producir desajustes que podrían propiciar en alguno de sus miembros la dependencia a sustancias psicoactivas (Sirvent, 1997).

La intervención a través de esta orientación psicológica tiene como objetivo la resolución de la adicción por medio de la terapia de familia potenciando el reordenamiento particular de la estructura de las relaciones familiares (Stanton y Todd, 2006).

Dentro de la Terapia de Familia existiría un proceso paulatino de sistematización de las diferentes fases del tratamiento para alcanzar los objetivos. Las Fases y Técnicas de Intervención serían las siguientes:

Primer contacto y entrevista inicial (Fase 1). Es significativo reseñar quién solicita la petición de atención, si el propio paciente o algún familiar, y cual. En este momento el terapeuta ya señalará la importancia de la presencia familiar en el proceso terapéutico. Llegamos así al proceso de entrevista inicial, está vendría marcada por la posición del terapeuta frente al paciente, la diversidad a la hora de conseguir información y su tendencia a favorecer las interacciones de los miembros de la familia, situándose este en el lugar del observador.

Los diferentes momentos que debería cubrir la entrevista son los siguientes:

1. Inclusión de la familia como complemento esencial en colaboración con el terapeuta.
2. Definición del problema por cada miembro de la familia.
3. Se refunde la información y se elabora una hipótesis explicativa de la situación, incluyendo los cambios concretos que se pretenden.
4. Se finalizaría con las conclusiones de la entrevista, donde se reseñaría la importancia de una intervención familiar.

La intervención en la entrevista por parte del terapeuta estaría sujeta a la obtención de ciertos objetivos:

1. La entrevista estaría utilizada como elemento de cambio, permitiría al terapeuta introducir información en el sistema familiar modificando y cambiando estructuras existentes.
2. El terapeuta utilizaría diversas tareas orientadas a potenciar o suprimir ciertas relaciones familiares, así como establecer alianzas con algunos miembros del sistema familiar para reorganizar el funcionamiento sistémico
3. Diferentes técnicas cognitivas utilizadas en la entrevista buscando la connotación positiva a la tendencia al equilibrio familiar para asumir el camino hacia el cambio.
4. Redefinición: dentro de la entrevista se usaría como técnica para modificar la manera en que la familia percibe el problema.
5. Comentarios orientados como expresión de la morfostasis del sistema o bien de la tendencia a la transformación.
6. Técnicas conductuales utilizadas entre sesiones como un ensayo de conductas distintas a las habituales, darían respuesta a situaciones problemáticas que plantea el paciente.

Elaboración de los Objetivos del Tratamiento (Fase 2)

1. Es preciso definir los objetivos en términos de conductas concretas y observables, así evitaremos confusiones o posibles negociaciones una vez avanzado el tratamiento. Es un criterio objetivo que ayuda a la consecución del tratamiento y le da un matiz de logro a la terapia.
2. Se establecerán en orden de prioridades reseñando las competencias del paciente y de la familia.
3. Los objetivos se elaborarán con la familia ofreciéndole la oportunidad de marcar el rumbo que seguirá la terapia, estando en todo momento en contacto directo con lo que está sucediendo.
4. Los objetivos se estructurarán sobre tres ejes fundamentales: el abandono de la droga, logro de abstinencia y mantenimiento, planificación de actividades sencillas y cotidianas.
5. La superación del consumo será un criterio básico de éxito y le da sentido al tratamiento.

6. Los objetivos, conseguida esta fase, se concretarían en conductas sencillas a nivel cotidiano, nuevas situaciones de relación, comunicación con la familia, fomento de nuevas actividades profesionales, etc.
7. Se pretende conseguir una situación de vida estable, y en la medida de lo posible autónoma, siempre en función de las características del paciente y su entorno.
8. El terapeuta ha de estar preparado para atender y resolver la aparición de conflictos escondidos, mediante el reparto de responsabilidades encaminado a potenciar otras pautas de relación familiar, fomentando que el paciente adquiera cierta autonomía personal de la dinámica familiar.
9. El terapeuta ha de ser capaz de afrontar y reconducir la defensividad manifestada por la familia y el paciente evitando técnicas de confrontación. Será necesaria la utilización de la connotación positiva y de la redefinición que nos permitirán establecer alianzas sólidas para la consecución de los objetivos.
10. El terapeuta marcará un tipo de intervención más directa o estructural o bien una línea indirecta o paradójica en función de la defensividad o resistencia al cambio que se observa en la familia y el drogodependiente.

Finalización de la Terapia. Evaluación de los Resultados (Fase 3)

1. Una vez se han alcanzado los objetivos marcados al inicio del tratamiento, el contexto terapéutico se disuelve.
2. Sería necesario retomar toda la información con la que contamos y hacer un breve repaso de los logros alcanzados, recordar algunos temas que quizás quedan pendientes de solución, plantear situaciones conflictivas futuras y recomendar el interés de realizar una entrevista de seguimiento.
3. Sería conveniente hacer una evaluación y seguimiento de los resultados conseguidos a la finalización de la terapia.

1.2.3.3.2. Orientación Psicodinámica

Este modelo parte de la explicación de los fenómenos inconscientes que están directamente ligados a la relación dinámica que se establece entre cada una de las instancias psíquicas de los sujetos adictos: a) el Yo (o *ego*), denominado principio de la realidad, expresión de lo psíquico por la interacción con el medio; b) el Ello (o *id*),

principio del placer asociado al instinto y c) el Super-yo (o *superego*), principios morales y éticos.

Desde esta perspectiva se persigue un objetivo fundamental: aumentar la capacidad de la persona para tener conciencia de la enfermedad, que le llevará a discriminar los estímulos internos y externos, percibir objetivamente la realidad, prevenir riesgos, anticipar consecuencias, aceptar normas y límites, pensar antes de actuar, poseer mayor tolerancia a la frustración y relacionarse sin que medie la droga; así como crear una nueva identidad diferente a la del drogodependiente, mantener hábitos y habilidades complejas, mejorar el nivel de competencia, etc.

Desde el momento inicial se va a pretender objetivar la problemática y llegar a la toma de conciencia de la enfermedad por parte del paciente, produciendo una disociación útil en el Yo del paciente, y tener así una parte del mismo con la cual trabajar. Se pondrá como ejemplo el modelo de Psicoterapia Psicodinámica Breve (adaptado de Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2001) por su mayor indicación y especificidad en el tratamiento con pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

Fases de Intervención.

Sería necesario distinguir las siguientes fases de intervención dentro del tratamiento:

FASE 1: Psicodiagnóstico: El diagnóstico del paciente es necesario para determinar el mejor enfoque terapéutico, para evaluar su motivación hacia el tratamiento, su capacidad de cambio y la fuerza y debilidad de su personalidad. Este punto incluirá diversos postulados sobre la psicodinámica y mecanismos defensivos implicados, las causas del trastorno emocional del paciente, y las metas que se desean alcanzar. Comprender las características del consumo y su repercusión sobre el individuo.

FASE 2: Tratamiento: Un primer paso sería la planificación del mismo, determinando el tipo de psicoterapia a usar, la priorización de conflictos que se abordarán, marcar la actitud del terapeuta ante mecanismos defensivos, prever posibles dificultades y formas de abordaje. Respecto al tratamiento en sí, se hará referencia a su frecuencia que sería de 1 a 2 veces por semana. El paciente será visto cara a cara. Estará encaminado a enfatizar la solución del problema, el incremento de la adaptación y el

apoyo a funciones del Yo. Se utilizarán técnicas interpretativas, educativas y de apoyo en las distintas intervenciones. Se realizará una planificación del tratamiento, se mirarán aspectos caracterológicos del paciente junto con el momento evolutivo y los determinantes del contexto social.

Técnicas Generales

- ✓ Instrumentos para recabar información:
 - *Interrogación*: Se utilizaría en la etapa diagnóstica y también durante el tratamiento, cuando se desean conocer datos sobre asociaciones o significados que el paciente da a lo que dice.
 - *Señalamiento*: Llamar la atención sobre un área con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca más información.
 - *Confrontación*: Mostrar al paciente dos cuestiones contrapuestas para que advierta una contradicción, pudiendo afrontar ambivalencias de sus deseos sobre el consumo y el mantenimiento de la abstinencia.
- ✓ Instrumentos para informar:
 - *Información*: Dar a conocer al paciente datos extrínsecos de la realidad, no del paciente que éste desconoce y debería conocer.
 - *Esclarecimiento*: Aclarar algo que el individuo sabe pero no acaba de percibir por sí mismo, buscando el reordenamiento de la información.
 - *Comentarios*: Con el propósito de fomentar el intercambio verbal.
 - *Interpretación*: Es el instrumento fundamental del psicoanálisis, mostrando al paciente el significado profundo de lo que está diciendo para que el paciente vaya tomando conciencia de sus resistencias.

Tipos de interpretaciones:

- ✓ *Transferenciales*: El adicto demanda ayuda por problemas vitales actuales, por lo que se deberían usar de manera limitada estas interpretaciones, para no generar resistencias. De todos modos, es esperable que el paciente transfiera el objeto droga sobre el analista en una "adición de transferencia", y se deba usar la interpretación haciendo frente a una transferencia hostil o idealizante. Para controlar la intensidad de la regresión transferencial se pueden presentar modificaciones técnicas en lo verbal y paraverbal como: incluir dos aspectos opuestos y coexistentes del paciente, presentar las interpretaciones en forma de

preguntas o sugerencias para contrarrestar la idealización de la figura del terapeuta... se podrían también abarcar conflictos infantiles, cuando sea terapéuticamente eficaz.

- ✓ *Extratransferenciales*: Este tipo de interpretación sería necesaria para que el paciente tenga insight de las transferencias desarrolladas con las personas con las que se relaciona en su vida diaria. Se establece un enlace constante entre lo que sucede con el terapeuta y en las relaciones con los objetos transferenciales del "afuera".
- ✓ *Técnicas Específicas*. Se nombran tanto técnicas aplicables a la psicoterapia de inspiración psicoanalítica como al psicoanálisis.
 - *Constancia del Encuadre*. El encuadre es necesario para garantizar unas condiciones necesarias para la eficacia del tratamiento. Se traduce en reglas que han de ser explicitadas y contratadas con el paciente. Su función consiste en generar el campo de la transferencia y proteger dicho campo para que los estímulos externos se reduzcan a un mínimo. Todo esto se materializa en una serie de acuerdos referidos al tiempo, frecuencia y duración de las sesiones y a la parte específica que toca al paciente y al terapeuta.
 - *Establecimiento de una Alianza Terapéutica*. La alianza es un concepto que se refiere al compromiso de colaboración para un trabajo psicoterapéutico común. Esta se forma entre el yo racional del paciente y el yo racional del terapeuta, a partir de un proceso de identificación con la actitud y el trabajo del terapeuta en las sesiones.
 - *Desarrollo de un Vínculo Terapéutico*. En el proceso psicoterapéutico el vínculo establece una relación menos asimétrica que el psicoanálisis, con una función activa y más directiva que recurre en mayor medida a intervenciones no interpretativas y que evita los silencios prolongados para no alterar la regresión en el adicto. Se necesita una mayor proximidad afectiva para confrontar y estimular su gran observador, donde el terapeuta se muestra moderadamente cálido, con un interés claro hacia el paciente pudiendo soportar la ambivalencia entre sus intenciones de abandonar la droga para siempre y el secreto deseo de librarse sólo sobre el descontrol de la ingesta.
- ✓ *Transferencia*. En la psicoterapia con drogodependientes conviene mantener una relación transferencial sublimada. Se deben, por tanto, disolver los sentimientos de idealización, erotismo u hostilidad con la labor interpretativa.
 - Tipos de Transferencia
 - Transferencia Negativa Inicial.
 - Transferencia Idealizada.
 - Transferencia Especular.
 - Contratransferencia.

1.2.3.3.3. Orientación Cognitivo-Conductual

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma.

El inicio de toda intervención y la puesta en marcha de su posterior desarrollo han de estar guiadas por la evaluación inicial. Ésta nos dará suficiente información para planificar nuestra acción y nos va a determinar el tipo de técnicas a utilizar en cada momento del proceso.

Se sondearán y evaluarán todos aquellos aspectos biológicos, psicológicos y sociales de aquellos usuarios que sean susceptibles de recibir tratamiento: estado de salud, consumo de sustancias adictivas, estilo de vida, hábitos y conductas de riesgo, situación social. Dentro de este último aspecto es importante conocer con qué predisposición familiar se cuenta, de cara a elaborar la estrategia de intervención, donde estos pueden favorecer o entorpecer el proceso evolutivo del tratamiento.

La intervención terapéutica se estructura en varias etapas que giran sobre el eje de la abstinencia. La intervención familiar puede resultar de gran ayuda para la preparación a la desintoxicación, manejando el síndrome de abstinencia y posibles situaciones críticas. Una vez superado este primer momento se empieza a afrontar la deshabitación hacia una abstinencia y mantenimiento de la misma, para alcanzar en una etapa final la consolidación. Las técnicas que nos servirán de soporte para la consecución de las diferentes etapas se utilizan tanto a nivel individual como a nivel grupal.

El terapeuta trabaja con el usuario y la familia paralelamente y estos van evolucionando de forma paulatina a través de los logros. Se pretende que el usuario haga un aprendizaje de nuevos comportamientos y de nuevas formas de resolver sus propios conflictos planificando y controlando de manera autónoma su propia vida. Se describe a continuación el modelo de intervención propuesto por Beck, Wright, Newman y Liese (1999).

En una primera etapa el individuo necesita, para empezar la deshabitación, un control externo (familia o institución).

Sería apropiado en esta primera etapa utilizar técnicas que le ayuden al individuo a controlar la ansiedad que le genera su propia situación: técnicas fisiológicas (respiración diafragmática, relajación muscular, relajación profunda) técnicas cognitivas de enfrentamiento a la ansiedad (ideas irracionales, parada de pensamiento, autoinstrucciones, técnicas motoras de enfrentamiento a la ansiedad (organización, hábitos saludables, conductas socialmente habilidosas, control del ritmo de actividad, control de conductas inadecuadas). Técnicas operantes tales como: manejo del refuerzo, costo de respuesta, extinción y control de estímulos estarán también presentes para ayudar a la abstinencia.

En una segunda etapa se empieza a disminuir el control externo para que sea el propio sujeto el que se haga cargo de la situación trabajando especialmente técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, preparando al individuo para la prevención de recaídas.

En esta etapa se pretende enseñar a discriminar las señales antecedentes de una recaída y comportamientos ante estas situaciones. Es también conveniente entrenar a los familiares responsables en las pautas de actuación para apoyar la abstinencia del usuario (técnicas de comunicación y reestructuración cognitiva). Desde el punto de vista cognitivo hay también que preparar al individuo para no desmoronarse ante las posibles recaídas.

La intervención en **prevención de recaídas (PR)** es la aproximación más reciente de la terapia cognitivo-conductual en el ámbito de las DD. La prevención de recaídas es un programa de autocontrol basado en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura (1976), en el que las expectativas juegan un papel principal como determinantes de la recaída.

Una diferencia importante con respecto a los otros enfoques es que, en la PR, un episodio de consumo esporádico o aislado (desliz) no se entiende como un fracaso del tratamiento, sino que se aborda como una oportunidad para aprender y entender los factores que determinan las recaídas de los pacientes adictos a sustancias.

El programa de PR contiene tres elementos fundamentales:

- ✓ Estrategias de entrenamiento en habilidades, que incluyen tanto las respuestas conductuales como las cognitivas para afrontar las situaciones de alto riesgo.

- ✓ Procedimientos de reestructuración cognitiva, que están diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a aquellos que le empujan a consumir alcohol, de forma que el proceso de cambio se entiende como un aprendizaje.
- ✓ Estrategias de reequilibrio del estilo de vida para incrementar las actividades alternativas a la bebida.

En una tercera etapa, una vez superado un periodo determinado de abstinencia, se planea la incorporación abierta del usuario a su medio, preparándolo en la asunción de la responsabilidad de sus propios comportamientos. Es pues necesario que aspectos como resolución de problemas, toma de decisiones, manejo de críticas, organización y planificación del tiempo, estén suficientemente trabajados para que el individuo sea capaz de mantener y consolidar el cambio. Ha de ser capaz de autorregular su comportamiento y su propio estilo de vida.

Se podrían utilizar también, dentro de esta área de crecimiento personal, técnicas de auto recompensa, técnicas de motivación, técnicas de mejora de autoestima y reformulaciones positivas.

El terapeuta, en cada una de las etapas anteriormente descritas, verá la manera más conveniente de intervenir y siempre se pueden ver reforzadas las adquisiciones a nivel individual por la intervención en grupos, ya que son un poderoso instrumento de cambio.

Será interesante diferenciar la intervención en grupos terapéuticos y grupos de autoayuda. El objetivo primordial que se perseguiría con los mismos sería el de integrar y amplificar beneficios terapéuticos de los programas específicos del tratamiento de rehabilitación.

1.2.3.3.4. Estadios de cambio y entrevista motivacional

Diversos estudios han señalado (Miller, 1985; Prochaska y DiClemente, 1982; Secades, Fernández y Arnáez, 2004) la falta de motivación como uno de los factores que obstaculizan tanto el inicio como la continuidad del tratamiento.

A lo largo del tiempo, se ha ido observando que no todo paciente que comienza un tratamiento está preparado para el cambio; de este modo, no se parte de una

predisposición adecuada que garantice el inicio y mantenimiento de cambios en su conducta adictiva.

1.2.3.3.4.1. El Modelo Transteórico

El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982) permite identificar diversos niveles de predisposición (estadios de cambio) que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva, en la siguiente tabla se describen los diferentes estadios(ver Tabla 5).

Tabla 5: Descripción de los estadios motivacionales del Modelo Transteórico

| | |
|--------------------------|--|
| Precontemplación | Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los <i>pros</i> de consumir superan a los <i>contras</i> . |
| Contemplación | Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los <i>pros</i> de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado. |
| Preparación | En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los <i>pros</i> de dejar el consumo superan a los <i>contras</i> . |
| Actuación o acción | La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses |
| Mantenimiento del cambio | Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al analizar esta etapa (tras 6 meses de cambio efectivo). Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas. |

Tal y como se puede observar, el estadio de precontemplación se corresponde con el nivel mínimo de motivación para el cambio ya que el sujeto no tiene conciencia del problema y, por consiguiente, no existe voluntad para modificar la conducta adictiva. De manera progresiva puede incrementarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia de la adicción, desarrollando estrategias necesarias para superarla.

La oscilación entre los diferentes estadios motivacionales advierte al terapeuta sobre la posibilidad de que en cualquier momento puede darse un descenso del nivel de compromiso hacia el cambio. Cuando esto sucede se habla de recaída, y se reubica al paciente en un estadio inferior. Aún así, el sujeto ya posee experiencia previa que puede ayudarle a incrementar su motivación para la estabilidad del cambio; es por esto por lo que no regresa al mismo estadio, sino a uno con características similares.

Si bien el Modelo Transteórico no es *per se* un modelo de tratamiento, sí es una herramienta que puede ser utilizada por el terapeuta a la hora de delimitar el momento en el que un paciente está preparado para cambiar. También posibilita la comprensión de cómo va incrementándose (o disminuyendo) el nivel de predisposición de los pacientes, mostrando el tipo de actividades que suele realizar para modificar o consolidar su adicción

La Entrevista motivacional

Miller y Rollnick (1999) desarrollaron la entrevista motivacional para personas con problemas con el consumo de alcohol, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención.

Este enfoque terapéutico incluye aspectos de la “terapia centrada en el cliente” propuesta por Rogers con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio propuestos por el Modelo Transteórico.

La entrevista motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos más sanos, enfatizando su punto de vista y su libertad de escoger, lo cual no implica la abstinencia como meta final en todos los casos, sino un cambio en las pautas de consumo que vayan desde la adicción o abuso hasta el uso de sustancias psicoactivas.

Se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el paciente en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia y la asunción de los puntos de vista del paciente, el respeto por las opiniones y decisiones del paciente, y un curso lento y progresivo al hilo del ritmo de cambio del propio paciente.

Son 2 los principios básicos que centran este planteamiento: a) evitar la confrontación con el paciente y b) facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta. Del mismo modo, el terapeuta debe saber identificar los estadios de cambio en que se encuentra cada paciente para seleccionar las estrategias más adecuadas en función de dicho estadio.

1.2.3.3.5. Propuesta de intervención desde las neurociencias

Desde los modelos neurocientíficos de las adicciones se afirma que un abordaje transdisciplinar de las adicciones se hace necesario. La drogodependencia es entendida como una alteración del funcionamiento cerebral que impediría a los pacientes beneficiarse de otros modelos de tratamiento de adicciones debido a que dichos deterioros cognitivos impiden la asimilación de los conceptos, deterioran la adherencia y favorecen las recaídas. Al considerarse esta premisa, el tratamiento de la drogadicción podría favorecerse del conocimiento acumulado de diversas disciplinas tradicionalmente

no asociadas al campo de las drogodependencias. De este modo, la utilización de los modelos de rehabilitación cognitiva, utilizados en pacientes con daño cerebral severo o grave así como el ensayo de técnicas neuropsicológicas de estimulación cognitiva junto con técnicas de intervención psicoeducativa orientadas a reestructurar de manera general los procesos cognitivos y mejorar el potencial de aprendizaje por medio de un correcto aprendizaje mediado, se han revelado como eficaces en el ámbito de la rehabilitación y tratamiento de la disfunción ejecutiva de adictos a sustancias psicoactivas, si bien la documentación e investigaciones al respecto son, por el momento, escasas y poco concluyentes, así como especulativas en sus postulados (Cicerone, Dahlberg, Kalmar, Langebahn, Malec y Bergquist, 2000; Feuerstein, Falik, Feuerstein y Rand, 2004; Lorea, Tirapu, Landa y López-Goñi, 2005; Rojo, Pedrero, Ruiz Sánchez de León, Llanero, Olivar y Puerta, 2009).

Desde una perspectiva socioeducativa los autores citados con anterioridad proponen que la intervención esté encaminada a promover una adecuada socialización a dos vías que se retroalimentan de manera mutua; por un lado mejorar las relaciones sociales con el entorno próximo de modo que permitan al paciente contar con apoyo social que participe de manera activa en el proceso de rehabilitación y por otro, facilitar el proceso de incorporación social del paciente a actividades lúdicas, laborales y formativas.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, dichos autores plantean que los fármacos a utilizar sean los que favorezcan las funciones que se pretenden rehabilitar, sin caer en tratamientos biologicistas que se centren en los factores causales que están detrás de los síntomas y no en éstos propiamente dichos.

Por último, este afrontamiento de las conductas adictivas desde las neurociencias no implica que se desdeñen otros tratamientos psicológicos que han demostrado su eficacia y efectividad, de tal modo que existen propuestas de integración de tratamientos psicológicos que han demostrado su efectividad a cada una de las funciones neurocognitivas alteradas por la adicción.

Para resumir lo anteriormente tratado y, según los autores del “Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones desde las Neurociencias” (Sociedad Española de Toxicomanías, 2009)

“el modelo de trabajo que se plantea parte de una concepción transdisciplinar del problema a tratar, y su diana es el órgano en el que se producen los procesos que facilitan, promueven, establecen, cronifican y sustentan la adicción, pero también aquellos otros procesos que favorecen la recuperación, la rehabilitación de las funciones y estructuras dañadas e, incluso, permiten mejorar las condiciones de línea base sobre las que se estableció la adicción”.

I.2.4. Dispositivos profesionales de atención al drogodependiente

Son aquellos que tienen entre sus principales objetivos la corrección terapéutica específica de los problemas de drogodependencia y la minimización del daño asociado al consumo de drogas.

Dentro de estos dispositivos, tan sólo los centros ambulatorios y las comunidades terapéuticas ofrecen un tratamiento integral e interdisciplinar de la adicción a las sustancias psicoactivas, el resto ofrece apoyo sanitario, social o farmacológico. En el estado español funcionaban en el año 2008 estos tipos de dispositivos (adaptado de PNSD, 2008):

I.2.4.1. Centros ambulatorios de asistencia

Desempeñan de modo semirresidencial tareas entre las que se encuentran la evaluación, desintoxicación y deshabituación del drogodependiente y otras encaminadas a posibilitar su normalización e integración social. Estos recursos pueden mantener objetivos de abstinencia u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención, teniendo, en general, una configuración de los equipos profesionales de corte multidisciplinar.

I.2.4.2. Unidades de desintoxicación hospitalaria

Se entiende por desintoxicación el proceso, o procesos, por los cuales el paciente adicto deja de consumir la sustancia motivo de dependencia, sin experimentar los síntomas del síndrome de abstinencia. Teniendo en cuenta esta definición, los programas de desintoxicación más aplicados en la actualidad son los llamados cortos o ultracortos, los cuales se realizan en medio ambulatorio o de internamiento hospitalario (dependiendo de la situación particular de cada paciente), tienen una duración de entre 24 horas y cinco días y resultan más efectivos que las desintoxicaciones clásicas que pueden llegar a 21 días, con el aumento de riesgo de recaída en el consumo o abandono del tratamiento (Carreño, Bobes, Álvarez, San Narciso, Bascarán y Cerceda, 2003).

1.2.4.3. Centros que realizan Programas de Mantenimiento con Metadona

Estos centros tienen como objetivo la realización de tratamientos de sustitución del síndrome de abstinencia a opiáceos a través de la utilización terapéutica de clorhidrato de metadona, un agonista de semivida más larga que la heroína que permite al paciente desenvolverse con relativa normalidad. Esta sustancia se utiliza de acuerdo a prescripciones realizadas de manera individualizada a cada persona atendida en función de la evaluación y diagnóstico multidisciplinar realizado dentro de un programa protocolizado preestablecido.

1.2.4.4. Ensayos clínicos con heroína

Desde la década de 1920 se utiliza en Gran Bretaña la dispensación de opiáceos como tratamiento de mantenimiento de heroinómanos sin que existan ensayos clínicos controlados de relevancia sobre su efectividad. En España se han venido realizando ensayos clínicos de dispensación de diacetilmorfina en Cataluña y Andalucía desde el año 2000, sin que, de momento, existan resultados acerca de su eficacia.

1.2.4.5. Programas de reducción del daño

Se denominan así a aquellos programas que se realizan con drogodependientes activos, esto es, que continúan consumiendo y por tanto no están abstinentes.

Se fundamentan en estrategias encaminadas a contactar y atender a una población afectada por problemas sociales y sanitarios vinculados al consumo de drogas que no acude, o no lo hace de manera regular, a los centros de tratamiento de drogodependencias.

Tienen una finalidad sociosanitaria encaminada a minimizar los daños a nivel del estado de salud (transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, de las hepatitis B y C, etc.) asociados al consumo de drogas pero también realizan intervenciones de carácter social y psicológico. Se incluyen en estos programas:

Los “Centros de Emergencia Social”, también llamados de “encuentro y acogida”, son espacios de descanso y encuentro asociables a los programas sociosanitarios. Dirigidos a los sectores más marginales, atienden a las carencias inmediatas: limpieza de la ropa, ducha, comida y bebida caliente, descanso, etc. Ofrecen información sanitaria, orientación de recursos sociales, asesoría jurídica o laboral, cura de afecciones

menores o derivación sanitaria, y en ocasiones suministran preservativos o material de inyección.

Las “Unidades Móviles” (autobuses, furgonetas, coches), pretenden actuar sobre poblaciones que no acuden a los centros de tratamiento y que tienen condiciones de muy alta marginalidad. Forman parte de las denominadas "estrategias de acercamiento" y están dotadas de equipos profesionales adecuados para tal fin.

Las “Oficinas de Farmacia” son las principales vías de distribución de jeringuillas, constituyen el primer centro sanitario con el que contacta el usuario de drogas por vía parenteral (UDVP), son fácilmente accesibles y tienen una gran cobertura territorial. Ello, unido a la condición sanitaria del personal que trabaja en ellas, sitúa a los farmacéuticos y a los auxiliares de farmacia en un lugar privilegiado para acceder a los UDVPs y participar activamente en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, contribuyendo a reducir la diseminación del VIH y otros gérmenes patógenos de transmisión sanguínea.

Los “Programas de Intercambio de Jeringuillas (*PIJS*)”. Estos programas tienen una especial importancia dentro de las estrategias encaminadas a la reducción del daño asociado al consumo de drogas por vía parenteral. Algunas de sus principales características son: Los *PIJ* disminuyen la vida media de las jeringuillas, son efectivos para prevenir la diseminación del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), VHB (virus de la hepatitis B) y VHC (virus de la hepatitis C) y ocasionan efectos positivos en la prevención de consecuencias dañinas para la salud asociadas al uso de drogas inyectadas, además, no incrementan el uso de drogas.

Las “Salas de Inyección Segura o de Venopunción”. En España en Madrid, País Vasco y Cataluña funcionan, como ya existen en Alemania, Austria, Suiza y Holanda, “salas de inyección segura o de venopunción”, las “narcosalas” como se denominan en algunos ambientes. Con condiciones higiénicas y bajo control sanitario, con posibilidades de análisis cualitativos y voluntarios de la calidad de las sustancias, con pretensión de reducir los riesgos para la salud al facilitar un consumo más seguro, prevenir riesgos de contagio de VIH o de sobredosis, con mecanismos para afrontar situaciones de emergencia sanitaria y supervisión por personal sanitario.

1.2.4.6. Comunidades terapéuticas

Se realiza una descripción exhaustiva y más detallada de este tipo de dispositivos puesto que la muestra de la investigación procede en su totalidad de una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes (CTD).

1.2.4.6.1. Breve historia y situación actual

El tratamiento de las enfermedades mentales se caracterizó, hasta la década de 1920 por los grandes déficit técnicos y diagnósticos de la psicopatología además de por atender a una población psiquiátrica que, por aquel entonces, estaba condenada al internamiento manicomial en condiciones de reclusión total durante períodos que, en la mayoría de los casos, se correspondían con la totalidad de la vida del “paciente”.

La crítica contra esta situación desembocó en dos caminos, por una parte, se denunciaba la falta de criterios claros a la hora de diagnosticar e internar al enfermo mental, haciéndose visible la utilización de los dispositivos existentes como “almacenes” de personas socialmente desadaptadas. Esta crítica supuso, junto con la tendencia liberal de la criminología, que en los años 60 del siglo pasado se produjera, al menos en los países más desarrollados, un desinternamiento masivo de los pacientes, los cuales se encontraron, de la noche a la mañana, en la calle y sin recursos a los que acudir, siendo este uno de los primeros ejemplos de exclusión social globalizada (Young, 2003).

El segundo camino denunciaba las carencias técnicas de las instituciones de internamiento, promoviendo de este modo una reflexión que implicaba la modificación de las directrices aplicadas en el tratamiento psicopatológico de la época, valorando el internamiento como una oportunidad terapéutica y estableciendo la necesidad de protocolos y procedimientos de diagnóstico previo con la finalidad de evitar que las instituciones no fueran meros “depósitos de pacientes” sino un “lugar para la reparación” (Comas, 2006b). La condición terapéutica de la institución se valoraría dependiendo de criterios tales como: suficientes profesionales bien formados, interdisciplinariedad, transparencia en todos los aspectos, respeto a los derechos humanos, trabajos con el grupo y tiempos bien administrados; así llegamos al psiquiatra social Maxwell Jones, quién cristaliza todos los intentos previos y a quien se le considera como fundador del movimiento de las CCTT (Cancelo, 1989).

Este modelo de CT representó la más compleja y estructurada de las alternativas para la reforma de la salud mental y fue el recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la década de 1950. Sin embargo, el triunfo del desinternamiento masivo desde finales de los años 60 hasta principios de los años 80 del pasado siglo, así como la irrupción de los nuevos psicofármacos a finales de los 80 y principios de los 90 contribuyeron a que el modelo de CT fuera abandonado como alternativa a la hora de atender los problemas de salud mental de la población.

A pesar de todo lo comentado con anterioridad, el ámbito de las drogodependencias se mostró como espacio en el que probar, mostrar y desarrollar las potencialidades del modelo de CT.

Fue en 1958 cuando Charles Dederich, alcohólico y miembro de Alcohólicos Anónimos (AA.AA) funda Synanon como organización y comienza un programa de rehabilitación de drogodependientes en Santa Mónica, California. Unos años después (a principios de los años 60) aplica por primera vez el tratamiento en CT a drogodependientes siguiendo el modelo de los 12 pasos de AA.AA, basando el tratamiento en principios ideológicos y teológicos. Aunque Synanon desapareció oficialmente en 1989 después de estar involucrada en diversos actos delictivos en los EE.UU, su contribución al inicio y desarrollo de la CTD tal y como la conocemos hoy es indiscutible (Wittset y Kent, 2003)

En el estado español las CCTT aparecieron a finales de los años 60 de mano de psiquiatras y psicólogos que trataban de reformar los manicomios existentes. La tendencia al desinternamiento de los años 70 las rebasó y las posteriores Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad de 1986 ya no las contemplaron. Aún así, en la actualidad existen algunas CCTT privadas que adoptan otra denominación.

Las CTD llegaron a España en 1979 y, entre ese año y 1986 se convirtieron en la opción más activa para el tratamiento de drogodependientes, disponiendo de grandes apoyos públicos y de iniciativa social, aunque la mayoría trabajaban en condiciones de precariedad. No fue hasta la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas en 1985 cuando se realizaron los primeros estudios para saber qué eran las CTD, se apoyó la creación de asociaciones, se realizaron procesos de formación profesional, se dignificaron las condiciones físicas de los dispositivos, se pusieron en marcha sistemas de autorización, acreditación y homologación y se construyó un discurso técnico y metodológico sobre las CTD (Comas, 2006a).

En la actualidad, y tomando como referencia el último informe disponible del PNSD (2008), existen en el estado español un total de 129 comunidades terapéuticas de atención al drogodependiente en las cuales se atendieron a 6.593 pacientes.

1.2.4.6.2. Metodología de las CTD

Tal y como ya se ha dejado entrever en el punto introductorio anterior, existen 2 modelos distintos de abordaje de las adicciones dentro de las CTD, el primero estaría definido por las pautas de actuación de Synanon y su fundador Dederich mientras que el segundo basaría sus actuaciones en los postulados de la psiquiatría social aplicados a las CCTT de Jones.

El papel de los psicólogos en una CT no se diferenciaría en exceso de los representados en cualquier otro tipo de instituciones, de este modo, el psicólogo se encargaría de llevar a cabo las siguientes funciones (Cancelo, 1989):

- ✓ Psicoterapia individual, grupal y familiar.
- ✓ Evaluación.
- ✓ Investigación.

“Modelo Daytop” o de CT aislada

El que se conoce en la actualidad como “Modelo Daytop” es el heredero actual de los postulados de Synanon y los 12 pasos de AA.AA. y se puede resumir en 2 puntos (Cancelo, 1989 y Comas, 2006b):

- ✓ El tratamiento se basa en la estrategia de pares con el modelo de autoayuda de AA.AA, quienes actúan formando una suerte de familia sustituta ubicada en un lugar físico particular en donde los adictos desarrollan su proyecto de vida al margen de la sociedad.
- ✓ La dinámica o técnica terapéutica sólo es posible en un contexto residencial de la CT, en la que se supone que no hay jerarquías y todos saben lo que hacen los demás. Los juegos parecen cumplir una doble función, por una parte organizan la vida cotidiana y por otra permiten a los miembros del grupo expresar sus emociones con respeto a los demás. La expresión de estas emociones se convierte en una especie de reflexión sobre el pasado, y este “sacar a la luz” todos estos aspectos de la historia personal permite reconstruir, en público, otro

proyecto de vida que se irá consolidando con el apoyo (y el control) de los otros miembros de la CCTT, que comparten procesos similares

Dentro de este modelo ha existido una gran gama de modelos organizativos que se pueden diferenciar por una mayor jerarquización de los roles, mayor o menor referencia al carisma del líder, mayor o menor aislamiento social...

El problema que subyace a este modelo no es metodológico ni de ajuste entre la teoría y la praxis, sino más bien de objetivos, los cuales están orientados hacia la recuperación de la vida correcta implicando un desencuentro con las actuales políticas de drogas imperantes en Europa. Del mismo modo, este modelo no tiene en cuenta las características individuales de cada persona, considerando comunes a todos los pacientes la etiología, tratamiento y rehabilitación de los problemas derivados del consumo de drogas, realizando un abordaje terapéutico alejado de las indicaciones que, ya no sólo en Europa, sino de manera universal, nadie duda.

En general, se puede decir que este modelo ha sufrido una considerable reducción de su presencia en los sistemas asistenciales de drogodependientes en Europa, desapareciendo casi en su totalidad los modelos más rígidos y ortodoxos y adaptándose los más flexibles a criterios de diagnóstico individualizado y fijación individual de objetivos (Comas, 2006b, Stocco, 2008). En Estados Unidos y en los países europeos con más afinidad anglosajona o que están empezando a regular su política de drogodependencias (quizá porque las estructuras que se basan en la autoayuda presenten la ventaja de ser menos costosas), este modelo está más arraigado.

En el estado español, si bien no existen dispositivos que apliquen de manera ortodoxa los postulados de este modelo, las asociaciones Dianova (adscrita a la iglesia de la Cienciología) y, en menor medida, Proyecto Hombre, tienen influencias metodológicas de este modelo.

1.2.4.6.2.2. El “Modelo Jones” o institucional

Este modelo, también llamado por algunos autores “Modelo Europeo”, está basado en los principios de CT de Jones, siendo el predominante en, prácticamente, todas las CTD, incluyendo la CTD “Alborada”, de la cual procede la muestra experimental del presente estudio. Se describen a continuación algunas características distintivas y diferenciadoras con respecto al modelo Daytop (Stocco, 2008):

- ✓ No están encaminadas al afán de lucro.
- ✓ Aunque defienden determinados valores, han dejado de ser micro sociedades alternativas.
- ✓ Existe un claro distanciamiento respecto de los procesos de aislamiento y otorgamiento de poderes sociales alternativos.
- ✓ El proyecto terapéutico está completamente dirigido a la reinserción social de los residentes y las etapas de atención se definen con antelación y de un modo personalizado.
- ✓ Están plenamente integradas en el sistema de servicios socio-sanitarios.
- ✓ Emplean a personal cualificado y formado de manera adecuada que es supervisado mediante consultas externas. Los voluntarios y los ex-pacientes se emplean cada vez menos.
- ✓ Organizan una metodología específica en un grupo de competencias inter y multidisciplinar.
- ✓ Se sienten parte integrante de un recorrido mucho más amplio, en el que el periodo residencial es sólo una de las partes del proyecto de rehabilitación.
- ✓ Comprometen cada vez más a las familias de los pacientes.
- ✓ Se organizan no sólo en períodos de tiempo, sino en módulos de intervención que comprenden varios ámbitos que van desde la prevención primaria hasta la intervención en la calle.
- ✓ Cuentan cada vez más con programas de intervención experimentales.
- ✓ Estructuran cada vez más programas o módulos de intervenciones específicas, como:
 - Para menores;
 - Para parejas;
 - Para madres con hijos;
 - Para dobles diagnósticos (Patología dual);
 - Para emergencias repentinas;
 - Para tratamientos residenciales con sustitutivos;
 - Para jugadores patológicos así como nuevas conductas adictivas;

- Para enfermos de SIDA;
- Para demandantes de tratamiento residencial de bajo umbral y
- Tratamiento en centro penitenciario y medidas alternativas a la prisión.

Se trataría, para resumir, de un tipo de CT el cual constituye un “medio terapéutico”, cuyo régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales, y que constituyen entre todas las intervenciones terapéuticas durante el proceso (Llorente y Fernández, 1999).

Un día típico en una CT (incluyendo la Comunidad Terapéutica “Alborada”) implica un periodo muy estructurado, que se inicia aproximadamente a las 7.00 a.m. y finaliza aproximadamente a las 23.00 p.m. Durante este tiempo los usuarios participan en una variedad de reuniones, actividades ocupacionales, grupos de encuentro y otros grupos terapéuticos, consejo y terapia individual, y actividades recreativas. La interacción entre estas actividades educativas, terapéuticas, y sociales constituye la esencia de la comunidad como agente terapéutico.

Es importante mencionar el trabajo inter y multidisciplinar que se realiza en estos dispositivos. Profesionales de diversas disciplinas suelen trabajar en las comunidades terapéuticas para drogodependientes, siendo parte fundamental de la plantilla técnica profesionales del ámbito de la psicología, de la educación (pedagogos y educadores sociales, así como, en ocasiones, maestros), de la medicina (incluyendo en ocasiones a psiquiatras) así como trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales; es común que haya monitores de informática, carpintería, jardinería, etc. Dependiendo de la CT es posible que trabajen también miembros de seguridad privados así como personal de limpieza y mantenimiento.

El papel del psicólogo en las CT es el mismo que en cualquier otra institución: psicoterapia (individual, grupal y familiar), evaluación e investigación. Al contrario de lo que suele ocurrir en otras instituciones de salud mental, los psicólogos suelen ser los coordinadores y/o directores técnicos de las comunidades terapéuticas.

1.2.5. Conclusiones y revisión de evidencias científicas

Existen, tal y como se han descrito con anterioridad, una amplia oferta de dispositivos encaminados al tratamiento del paciente drogodependiente, de modo que

todo aquel que desee abandonar su consumo de drogas y/o tratarse de la adicción posee, en la actualidad, diferentes estrategias y dispositivos adaptados a ellas que le pueden ayudar a conseguirlo.

El motivo de destacar la frase anterior en letra cursiva responde a una cuestión que en raras ocasiones se tiene en cuenta a la hora de abordar los posibles problemas que una persona tenga en su relación con las drogas: la realidad de que mucha gente que consume drogas de modo problemático no desea dejar de consumirlas, sino que tienen otros objetivos que no son compartidos por muchos de los profesionales del ámbito de la salud, quienes, en su mayoría, tienen el objetivo de la abstinencia como único válido.

No es el objetivo del presente estudio ahondar en dichas cuestiones, pero sí considero conveniente remarcar la idoneidad de adaptar las demandas de los sujetos al tratamiento, ya no sólo por el mejor pronóstico de dicho tratamiento, sino porque opino que debe ser el paciente, dentro de su libertad de elegir y aconsejado por el profesional, el que debe proponer y actuar de manera proactiva para conseguir los objetivos planteados. En la tabla 6 se exponen de manera resumida las estrategias de intervención según dichos objetivos.

Tabla 6. Estrategias de intervención según los objetivos planteados

| Objetivo | Programa | Dispositivo | Acciones Concretas |
|--|---|--|---|
| Mejora de la calidad de vida | Específico y dirigido a colectivos | Redes de atención especializada y general Grupos de autoayuda | Servicios médicos Ayudas económicas Apoyo social Programas de reducción de daños |
| Mejoras parciales del consumo | Individualizado | Red general Red especializada Grupos de autoayuda | Apoyo familiar Seguimiento periódico Intervenciones grupales |
| Sustitución controlada de la sustancia | Deshabitación Mantenimiento | Red especializada | Plan mantenimiento con agonistas Desintoxicación Apoyo médico y legal |
| Abstinencia | Desintoxicación Deshabitación Reinserción | Red general Red especializada Grupos de autoayuda | |

Revisando los distintos modelos de abordaje nos encontramos con la realidad de que, con excepción de la Entrevista Motivacional (sin duda por estar basada, en parte, por el modelo de terapia centrada en el paciente), el objetivo final que persiguen las distintas técnicas de psicoterapia de tratamiento de drogodependientes es la abstinencia total a sustancias psicoactivas, ya que se considera, por norma general, al drogodependiente como enfermo crónico incapaz de autorregular su apetencia por las drogas.

Retomando el tema de los dispositivos, nos podríamos preguntar: ¿Qué criterios se deberían aplicar a la hora de derivar a un paciente a uno u otro? En la Figura 5 podemos observar, de manera resumida, dichos criterios:

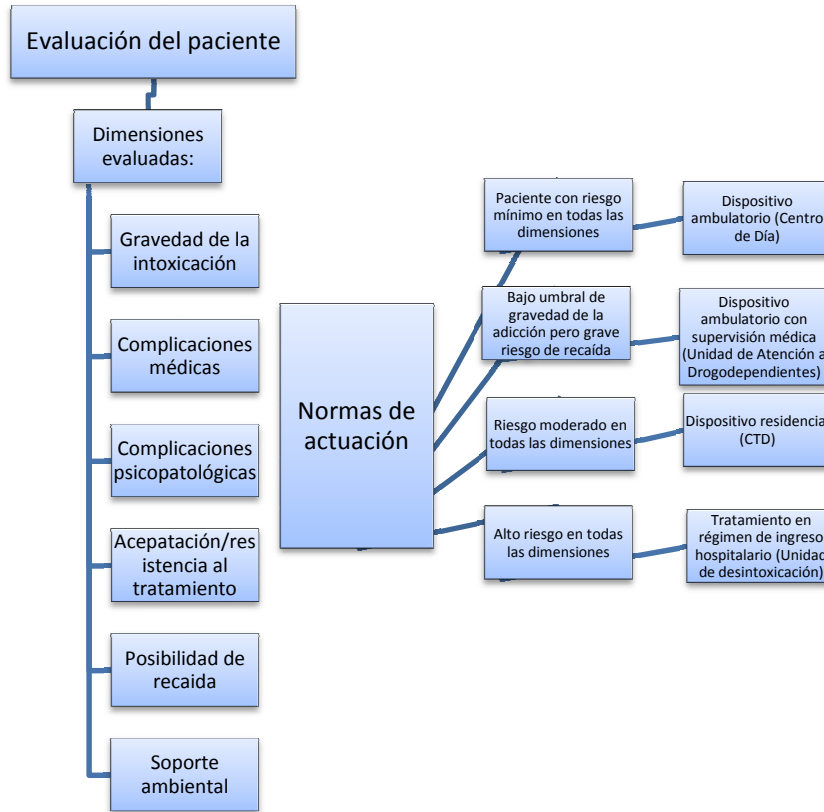


Figura 5. Criterios para derivar a un paciente (adaptado de ASAM, 2007)

Ya para finalizar, se muestran algunos datos correspondientes a la efectividad de los distintos modelos de tratamiento psicológico así como el resumen de algunos estudios realizados para evaluar la eficacia de las CCTT. Es necesario indicar que el ámbito de las drogodependencias es el que en la actualidad padece los peores resultados en cuanto a adscripción al tratamiento así como objetivos finales conseguidos, así, en diversos estudios (Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Cavanaugh y Ginzburg, 1989; Stark, 1992) se constata que al menos el 50% de los pacientes abandona el tratamiento antes del primer mes.

En otros metaanálisis (Agosti, Nunes y Ocepeck-Welikson, 1996; Anderson y Berg, 2001; Claus y Kindleberger, 2002; Maglione, Chao y Anglin, 1989; Martínez-Raga, Marshall, Keaney, Ball y Strang, 2002; Sweet y Noonan, 1989) se comprueba la existencia diversos factores comunes asociados a un prematuro abandono del

tratamiento: a) paciente varón, joven y de estatus socio-económico medio-bajo; b) comienzo del consumo a edades tempranas, politoxicomanía y consumo muy elevado de alcohol; c) elevada comorbilidad psiquiátrica, especial incidencia de diagnósticos de trastorno de personalidad antisocial y trastorno límite de personalidad y d) factores específicos de los centros de tratamiento; el tipo de intervención y la calidad del trabajo desempeñado por los empleados del centro de tratamiento se asocian también a un abandono prematuro.

En lo que respecta a los tres principales modelos de intervención psicológica, se dan los siguientes resultados con evidencia científica a nivel de metaanálisis:

- ✓ Evidencias científicas sobre resultados de la aplicación de psicoterapias basadas en la orientación sistémica:
 - Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de los pacientes y las familias y la adherencia al tratamiento; reducen el uso de drogas post-tratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social (Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro y Henderson, 2004).
 - La terapia basada en la familia, sumada a programas de dispensación de metadona, mejora la retención, especialmente en pacientes con peor pronóstico inicial (Stanton y Shadish, 1997).
 - Los tratamientos basados en la familia con adolescentes, comparados con aquellos que no se focalizan en la familia, muestran beneficios en la adherencia y retención, mejores resultados en la reducción de consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales consumidores (Liddle, 2004).
 - La terapia familiar conductual de pareja, dirigida a mejorar las relaciones familiares, ayuda a incrementar las tasas de abstinencia (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler y Kelley, 2002)
- ✓ Evidencias científicas sobre resultados de la aplicación de psicoterapias basadas en el psicoanálisis:
 - No existen apenas estudios científicos que avalúen la eficacia de este tipo de terapias en personas con trastornos de adicción a sustancias.
 - En una revisión (Leichsenring, 2005) se observa que, y a través de 4 estudios que comparan la efectividad de la psicoterapia psicodinámica breve (PPB) con la terapia cognitivo-conductual (TCC), la PPB es al menos tan efectiva como la TCC.
- ✓ Evidencias científicas sobre resultados de la aplicación de psicoterapias basadas en la orientación cognitivo-conductual:

- Las terapias de tipo cognitivo-conductual (TCC), en sus diversas modalidades, han sido las más utilizadas y estudiadas en su aplicación al tratamiento de las adicciones.
- En diversos metaanálisis (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999; Miller y Wilbourne, 2002) se ha aportado evidencia sobre los beneficios y las limitaciones de este tipo de terapias en el tratamiento de la dependencia de sustancias.
- Los indicadores de efectividad más ampliamente utilizados para estimar el efecto de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han sido la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo, la retención en tratamiento, la reducción de sintomatología asociada al consumo y la reducción de conductas desadaptativas, como la comisión de actos delictivos; en todos ellos, la TCC se ha mostrado útil en adictos (Carroll y Onken, 2005; Finney et al., 2007).

A la hora de evaluar la eficacia y los resultados de las comunidades terapéuticas, nos encontramos con que es, a finales de la década de 1980, cuando se realizaron los estudios más significativos en el norte de Europa y Norteamérica; son los siguientes:

- ✓ Estudios realizados por el Drug Abuse Reporting Program durante el período 1969-1972 a una muestra inicial de más de 27.000 pacientes de 25 comunidades terapéuticas estadounidenses (Simpson, 1990). De éstos se evaluaron a 4.107 a los 6 años de seguimiento y a 697 a los 12 años.
- ✓ Estudio de seguimiento de la CT Phoenix House (DeLeon, 1984). Se localizaron y evaluaron a los 2 y 5 años al 72% de 731 sujetos tratados durante el período 1970-1974.
- ✓ Estudios sobre los resultados de tratamiento en CT realizados por el Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). Se seleccionaron 731 pacientes de una muestra de 2.887 a quienes se les realizó seguimiento durante un año después de acabar el tratamiento (Condelli y Hubbard, 1994).

De manera resumida, los resultados observados en estos estudios de seguimiento muestran que:

- ✓ El porcentaje de usuarios del tratamiento de drogodependencias en CT que abandonan el tratamiento de manera prematura es muy elevado. En el período de 90 días posteriores a la admisión abandonaron el tratamiento entre un 52 y un 56% de los pacientes, siendo el primer mes después de la admisión en el que se producen la mayoría de estos abandonos.
- ✓ Los pacientes que permanecen durante más tiempo en tratamiento muestran mejores resultados en el ajuste psicosocial que los que permanecen menos tiempo.

- ✓ Se muestra de forma consistente una mejora significativa en lo que respecta al estado psicológico tras el tratamiento y posterior seguimiento.

Así pues, se pueden extraer las siguientes conclusiones y recomendaciones basadas en la evidencia científica sobre las comunidades terapéuticas para drogodependientes:

- ✓ Las CT han mostrado efectividad en pacientes que han abandonado el consumo hace pocos meses.
- ✓ El tratamiento está indicado para pacientes con dependencia grave, bajo control de impulsos, bajo apoyo social y con historia de fracasos en otro tipo de dispositivos de tratamiento de las drogodependencias.
- ✓ Los componentes activos de cambio de las CT son: control estimular, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y *feedback* y reforzamiento de los progresos.
- ✓ Las CT son tratamientos eficaces para la adicción a la heroína, siempre y cuando el paciente permanezca en el programa durante un tiempo suficiente. La permanencia en el programa es un buen predictor del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente.
- ✓ Las CT obtienen mejoras significativas en el estado clínico general del paciente: consumo de drogas, conducta delictiva, psicopatología asociada y situación laboral; se observa en seguimientos a largo plazo que estos cambios se mantienen.

En lo que respecta a los cambios en los rasgos de personalidad de los drogodependientes mientras están en tratamiento en una CT, un estudio de Polimeni et al. (2010b) consistente en administrar el MMPI-2 a una población de 351 pacientes tratados entre 1997 y 2007 arroja unos resultados interesantes. Se comprobaron los cambios en las escalas clínicas que se habían producido desde la primera administración del test (al poco tiempo de la admisión en el dispositivo de atención) hasta la segunda, 4 meses después del ingreso. Los resultados indican que, estando en la primera medida en

rangos de población clínica, las escalas de validez así como las de depresión, paranoia, psicastenia y esquizofrenia bajaron en la segunda administración del test a niveles normales; tan sólo la escala de desviación psicopática permaneció en niveles clínicos.

I.3. LOS PERFILES DE LA PERSONALIDAD (*PROFILING*)

A continuación se describe, de manera resumida, el concepto y utilidad de los perfiles de personalidad o *personality profiles* en psicología y más concretamente, de los pacientes drogodependientes.

Médicos de la antigüedad como los griegos Hipócrates (460-370 A.C) y Galeno (129-200) ya distinguían cuatro tipos de temperamentos, considerados como emanación del alma por la interrelación de los diferentes humores (líquidos) del cuerpo:

- ✓ Sanguíneos, las personas con un humor muy variable.
- ✓ Melancólicos, personas tristes y soñadoras.
- ✓ Coléricos, personas cuyo humor se caracterizaba por una voluntad fuerte así como por sentimientos impulsivos.
- ✓ Flemáticos, personas que se retrasan en la toma de decisiones, suelen ser apáticas, a veces con mucha sangre fría.

Según esta teoría, el equilibrio entre los cuatro humores correspondería a una persona sana. El desequilibrio, tanto por exceso como por defecto, de los humores, es causa de la enfermedad (Boeree, 2002).

Es probable que en la cultura occidental esos términos nos resulten familiares debido a que el filósofo Emmanuel Kant, en su obra de 1798 “Antropología”, describía los términos ya utilizados por Hipócrates, los cuales aún eran la base de la medicina de esa época.

No fue hasta 1869 cuando Francis Galton sugirió la presencia de diferentes variables medibles en las personas, introduciendo la idea del test psicológico.

En 1879, el psicólogo Wilhelm Wund fue el primero en sugerir la división entre personalidad y funciones del cuerpo humano. Unos años más tarde, formuló la teoría de que el temperamento no estaba basado de manera única en los humores corporales, si no que esos cuatro temperamentos eran dimensiones básicas de la personalidad.

Llegamos a 1900, año en el que Sigmund Freud publica “La Interpretación de los Sueños”, ejerciendo a partir de esta fecha una influencia sin precedentes en el enfoque, tanto en la práctica clínica como en el saber popular, del concepto de personalidad.

En 1921, Carl Gustav Jung, fundador de la psicología analítica, fue el primero en teorizar acerca de la existencia de diferentes tipos de personalidad. Introdujo en la psicología de la personalidad los conceptos de introversión-extraversión.

En 1943 se publican el Test de Apercepción Temática (TAT) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessota (MMPI), produciéndose un cambio tanto cualitativo como cuantitativo en la evaluación de la personalidad.

En 1963 se formula la “Teoría de los Cinco Factores”.

El perfil de personalidad (también llamado perfil psicológico o psicométrico) es una manera de medir la personalidad de un individuo en un momento determinado o en una situación particular, no es una medida de la inteligencia o de otras capacidades psicológicas, si no del comportamiento.

El medio por el cual se mide este comportamiento suele ser un cuestionario en el cual se le pide al sujeto que responda de manera dicotómica verdadero/falso ante determinadas situaciones planteadas, teniendo que elegir la respuesta que más se adecúe, en la actualidad, a su manera de ser.

Una vez corregido dicho cuestionario, los resultados se representan gráficamente y de manera estandarizada dependiendo del instrumento utilizado.

Tradicionalmente, el campo de la psicología forense y la criminología han sido los que en mayor medida han utilizado el perfilado (*profiling*) con fines de investigación (Muller, 2000). La perfilación criminal (*criminal profiling* o *offender profiling*) es una técnica de investigación criminológica derivada del análisis que se realiza a los diferentes patrones conductuales en los agresores conocidos; para con ello definir y crear tipologías (perfilación criminal inductiva) y así auxiliar en la resolución de crímenes en los casos donde se desconoce al responsable, a partir de los indicios físicos y psicológicos encontrados en la escena del crimen (perfilación criminal deductiva).

El término *offender profiling* fue creado por agentes del FBI en el centro de entrenamiento de Quantico (Virginia Occidental) en los años 70 del siglo XX, para describir la técnica de perfilar el comportamiento y características probables del autor

desconocido de un asesinato. Del mismo modo, el uso de perfiles psicológicos en los crímenes puede ayudar a determinar el tipo de personalidad del criminal y sus características conductuales desde un análisis de los crímenes que el sujeto haya cometido; la técnica permite realizar un perfil del agresor tenga o no tenga antecedentes judiciales, si los tiene sería un criterio facilitador para la elaboración del perfil; esta definición está relacionada con la del FBI, la cual determina que el perfil criminal es una herramienta que ayuda a obtener información específica del delincuente agilizando la investigación, brindando además información a la policía sobre la manera más adecuada de interrogar sospechosos.

La personalidad del paciente drogodependiente

En los estudios de personalidad realizados con drogodependientes se ha hallado que éstos tienen una historia personal de conductas antisociales y un nivel alto de depresión y/o baja autoestima (Zucker y Gomberg, 1986; Vaillant, 1982). En la mayoría de los casos, la depresión y baja autoestima son resultado de las condiciones socioculturales que rodean el abuso de sustancias y/o los efectos farmacológicos de las propias sustancias de consumo (Graña, 1998).

Los aspectos de la personalidad antisocial en el MMPI-2 se evalúan mediante la escala 4, la cual mide la desviación psicopática. Esta escala incluye preguntas sobre impulsividad, baja tolerancia a la frustración, ajuste deficitario en el trabajo y en la familia, etc.

Se puede comprobar en algunos estudios (Cox, 1995; Polimeni et al., 2010b; Solé, Guerra, Camí y Tobeña, 1984), que al medir en diferentes momentos el nivel de personalidad antisocial del drogodependiente con el MMPI, éste no cambia en función del tiempo que transcurre entre las distintas mediciones, en función de las modalidades de tratamiento seguidas por el drogodependiente o en función de si permanece menos de un mes en tratamiento o lo completa.

Sin embargo, Nathan (1988) se cuestiona la viabilidad de los estudios de personalidad como un factor explicativo determinante. Repara en que una serie de conductas observables son predictoras para analizar el abuso de sustancias, que existen adictos que no muestran conductas antisociales y que muchos sujetos que tienen indicios de conductas antisociales a una edad temprana no son drogodependientes en la

adulterez, concluyendo que el valor predictivo de conductas antisociales, como constructo de personalidad del drogodependiente, es incierto.

También es cierto que el propio manual del MMPI-2 incluye dentro de sus hipótesis interpretativas correspondiente a altas puntuaciones (>60) de la escala 4 el consumo de drogas ilegales, con lo cual es muy probable que sujetos drogodependientes puntúen alto en dicha escala.

Así pues, teniendo en cuenta lo expuesto tanto en este apartado como en el correspondiente a rasgos y trastornos de la personalidad como etiología de la drogodependencia, se podría concluir que existen unos rasgos de personalidad comunes a los sujetos adictos pero que, sin embargo, no son característicos de éstos.

II.- MARCO EMPÍRICO

II. MARCO EMPÍRICO

Introducción

En esta segunda parte de esta investigación vamos a proceder a trabajar con una serie de personas que han participado en nuestro estudio. Se les ha presentado una serie de instrumentos para que los contesten de forma personal, se les ha tomado diferentes notas personales y de todo ello se han obtenido una serie de datos para trabajar con sus resultados, exponerlos en diversas tablas y figuras y realizar una crítica comentada. Al final, se han realizado las conclusiones pertinentes, con sus discusiones y fundamentos bibliográficos. Hemos de dejar constancia que esta investigación ha tratado con unos participantes especiales que están pasando por una etapa de su vida muy peculiar: son personas que, por circunstancias de la vida, se encuentran bajo la dependencia de una droga que les induce a pensar y vivir de una determinada manera.

Nuestra investigación va a tratar los diferentes problemas con los que se encuentran estas personas, tratándolos de forma científica para, finalmente, poder ayudar a conocer mejor su personalidad y sus posibilidades de rehabilitación.

II.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que hemos propuesto en esta investigación es de tipo descriptivo y cuasi-experimental "post-hoc". Se va a proceder a obtener información de su personalidad a través del Cuestionario de Personalidad MMPI-2. Vamos a describir su personalidad en base a los datos obtenidos de los estadísticos principales, sus correlaciones y sus interacciones entre las puntuaciones medias de las variables del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2).

II.1.1. Hipótesis

Nuestras hipótesis se encuentran fundamentadas en diversos interrogantes planteados cuando nos hemos encontrado con estas personas con drogodependencia.

Cualquier tipo de droga no entiende de género (varón o mujer) y la consumen unos y otros pero puede ser que se refleje de distinta manera su personalidad y su forma de ser. De aquí nace nuestra primera hipótesis:

Hipótesis 1ª.- ¿Existen diferencias estadísticas entre varones y mujeres drogodependientes en su perfil de personalidad reflejado en el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2)? Creemos que no existen diferencias estadísticamente significativas en el conjunto del perfil, pero es posible que alguna variable pueda manifestar estas diferencias.

Las personas con drogodependencia de nuestra muestra consumen preferentemente diferentes tipos de drogas (alcohol, heroína y cocaína). Nace nuestra segunda hipótesis:

Hipótesis 2ª. ¿Son diferentes los perfiles de personalidad, globalmente considerados, según el tipo de consumo de alcohol, heroína o cocaína que motivó el tratamiento terapéutico? Nosotros creemos que no, que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque sí puede haber alguna variable del MMPI-2 que muestre su significatividad entre las personas con diferente consumo.

En esta investigación se han analizado, a través del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) las personalidades de tres grupos diferentes: Normales (sin patología evidente), Clínicos (con patología evidente y que necesita tratamiento) y Drogodependientes (personas consumidores de drogas y necesitadas de rehabilitación). Teniendo en cuenta la evidencia de la *patología dual*, nace nuestra hipótesis tercera:

Hipótesis 3ª.- ¿Son semejantes los perfiles, globalmente considerados, de las personalidades drogodependientes y clínicas? Creemos que sí, que son muy semejantes.

II.1.2. Procedimiento

Los participantes de esta investigación formaron tres grupos: el grupo considerado como "Normales" (sin patología evidente), el grupo de Clínicos (con patología evidente y necesitado de tratamiento) y el grupo de Drogodependientes (personas dependientes a diversas sustancias psicoactivas). A todos ellos se les administró el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) en su versión española (Adaptación de Ávila y Jiménez, 1999).

Se utilizó un tipo de hoja de respuesta especial para ser corregida mediante lectora óptica aportada por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca. Los datos fueron tratados mecánicamente y, tras confrontarlos con la baremación española del MMPI-2 pasaron al paquete estadístico del SPSS, v.19 de Windows.

Se rechazaron todos los protocolos MMPI-2 cuyas respuestas en blanco o *dobles marcas* fuera mayor de 30; aquellos que la variable L (mentira) alcanzara un valor de $T > 80$; una F/Fb con $T > 100$; una K > 70 ó los valores de VRIN /TRIN su puntuación directa fuera > 12 o se presentara con una $T > 80$ (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, 2001)

Se obtuvieron los análisis correspondientes a los estadísticos descriptivos, correlaciones, diferencias de medias y análisis de la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para poder apreciar su precisión diagnóstica de las principales variables del MMPI-2.

II.1.3. Participantes

En primer lugar, vamos a exponer las diferentes características de los participantes en su totalidad para posteriormente exponerlos por grupos específicos: Normales, Clínicos y Drogodependientes.

Los participantes en su totalidad

El total de participantes en esta investigación fue de 687 entre 19 y 65 años de edad. Su media de edad fue de 35,98 años y su $SD = 11,44$. Un total de 354(51,53%) fueron varones, entre 19 y 65 años, con una media de edad de 36,22 años y una $SD = 10,925$. Las mujeres fueron 333 (48,47%), entre 19 y 65 años de edad, con una media de 35,72 años y una $SD = 11,97$.

Los participantes considerados como "Normales"

Las personas consideradas como "Normales" fueron un total de 250, entre 19 y 65 años, con una media de edad de 35,75 años y una $SD = 12,71$. Los varones de este grupo fueron un total de 107 (42,8%), comprendido entre las edades de 13 y 63 años con una media de edad de 37,21 y una $SD = 12,88$. 143 (57,2%) fueron el total de

mujeres con una edad comprendida entre 19 y 65 años y con una media de edad de 34,66 años y una $SD = 12,51$.

Los participantes considerados como "Clínicos"

Las personas consideradas como "Clínicas" fueron 324, entre 19 y 65 años, con una media de edad de 35,84 y una $SD = 11,63$. Los varones fueron un total de 154 (47,53%), con edades comprendidas entre los 19 y 64 años, con una media de edad = 34,97 y una $SD = 11,25$. Las mujeres fueron 170 (52,47%), entre 19 y 65 años de edad; con una media de edad de 36,62 años y una $SD = 11,94$.

Los participantes considerados como "Drogodependientes"

Para la selección de la muestra de personas con drogodependencia se contactó con la asociación Alborada de Vigo, ONG con diversos programas de tratamiento de drogodependencias. Se mantuvieron reuniones con los diversos directivos para explicarles el motivo de la investigación. Las administraciones del instrumento de evaluación se realizaron de manera grupal en 3 momentos distintos.

La muestra de la presente investigación está compuesta por 113 sujetos, 93 (82,30%) varones (entre 21 y 53 años, con una media de edad = 37,16; $SD = 7,18$) y 20 (17,70%) mujeres (con un rango de edad entre 26 y 51 años, media de edad = 35,65 y $SD = 7,132$), con diagnóstico de dependencia de alguna de las siguientes sustancias psicoactivas: heroína ($n=56$), cocaína ($n=39$) y alcohol ($n=18$). Todos los sujetos incluidos en el estudio estaban, en el momento de ser evaluados, en tratamiento por drogodependencia en la CTD "Alborada" de la provincia de Pontevedra, Galicia, España entre los años 2009 y 2011.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) ser mayor de 18 años y estar en tratamiento por alguna de las sustancias citadas con anterioridad, b) cumplir los criterios de dependencia a heroína, cocaína o alcohol expuestos en el DSM-IV-TR (APA, 2002), c) encontrarse, en el momento de la evaluación, desintoxicados de la droga demandada como tratamiento, es decir, entre dos y cinco semanas después de haber consumido la sustancia por última vez y haber superado el período de abstinencia física.

Ha habido un total de 56 (49,5%) personas que su consumo principal fue la heroína, 39 (34,5%) de cocaína y 18 (16%) de alcohol.

En la Figura 6 se puede apreciar el tipo de demanda que solicita la personas drogodependiente al ingresar en la institución. El 67,26% solicita el "Internamiento en la comunidad terapéutica" por los problemas que tiene.

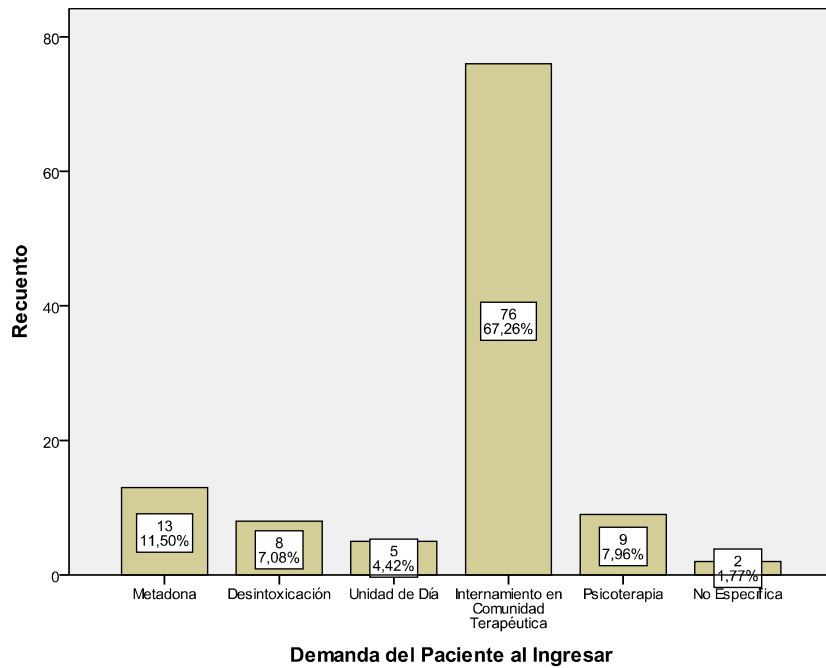


Figura 6. Tipos de demanda del paciente al ingresar en la institución

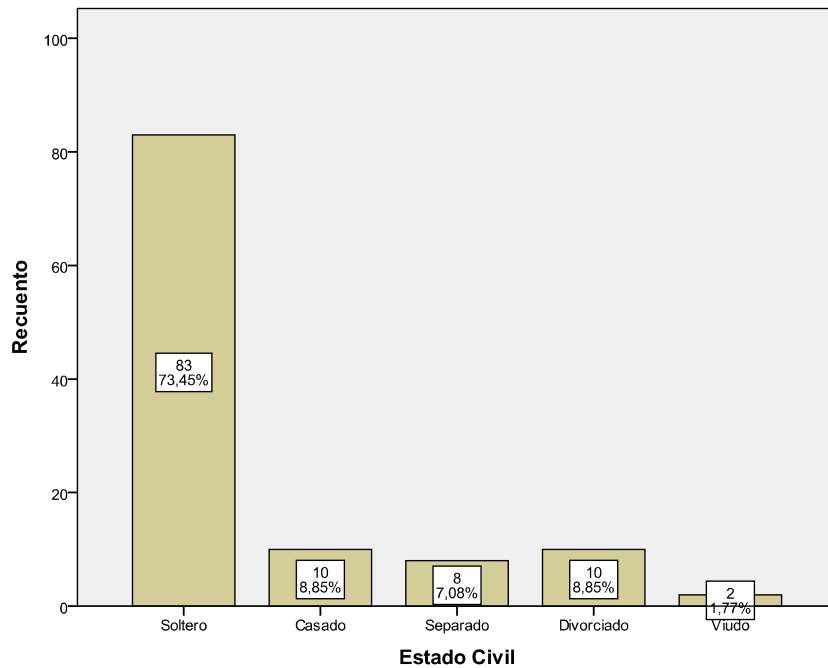


Figura 7. Estado civil de los pacientes

Como se puede ver en la Figura 7 sobre el estado civil de los pacientes al ingresar en el centro de rehabilitación, mayoritariamente son solteros (73,45%) siendo el resto (casado, separado o viudo) con un porcentaje que no llegan al 10%.

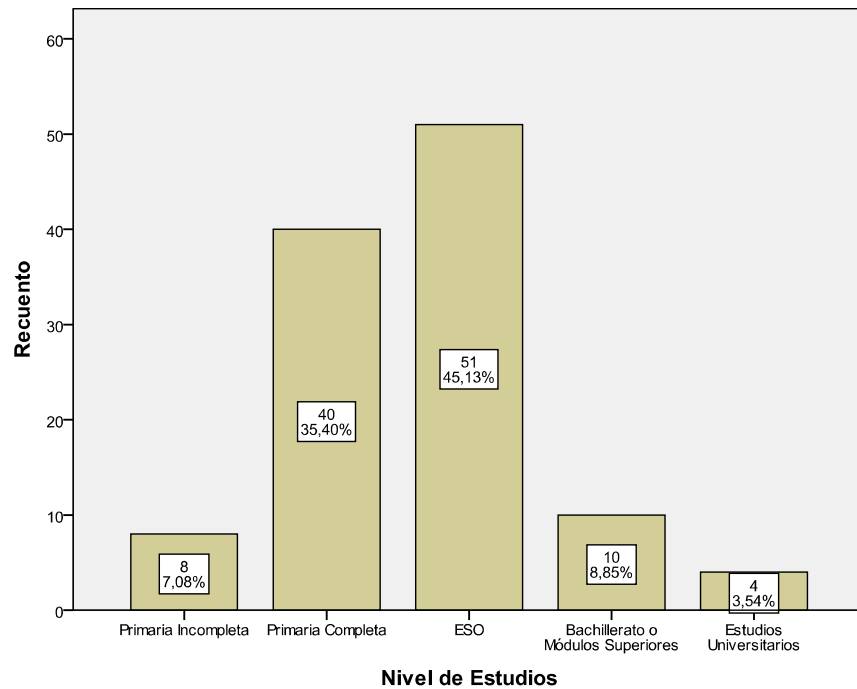


Figura 8. Nivel de estudios realizados

En lo que respecta al nivel de estudios de los sujetos de la muestra, el 80,53% suele haber completado los estudios básicos, de los que 45,13% finalizaron la ESO y el 35,40% la Primaria (ver Figura 8). Pero a pesar de ello, el 94,69% no quieren seguir estudiando y no lo continúan haciendo en la actualidad (Figura 9).

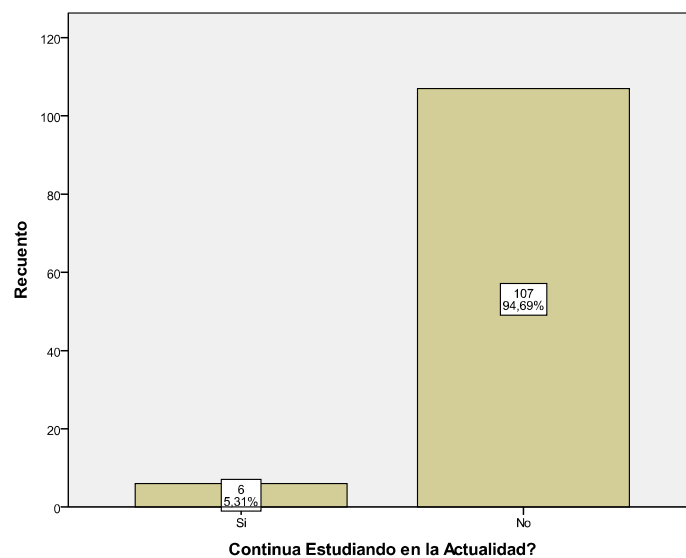


Figura 9. Continuación de sus estudios

Como se puede apreciar por la Figura 10, la fuente de ingresos de estas personas drogodependientes se reparte en su actividad laboral (38,05%) y la ayuda familiar (33,63%). Solamente el 28,31 % reciben alguna prestación social (16,81%), por desempleo (7,96%) o la obtienen de actividades marginales (3,54%).

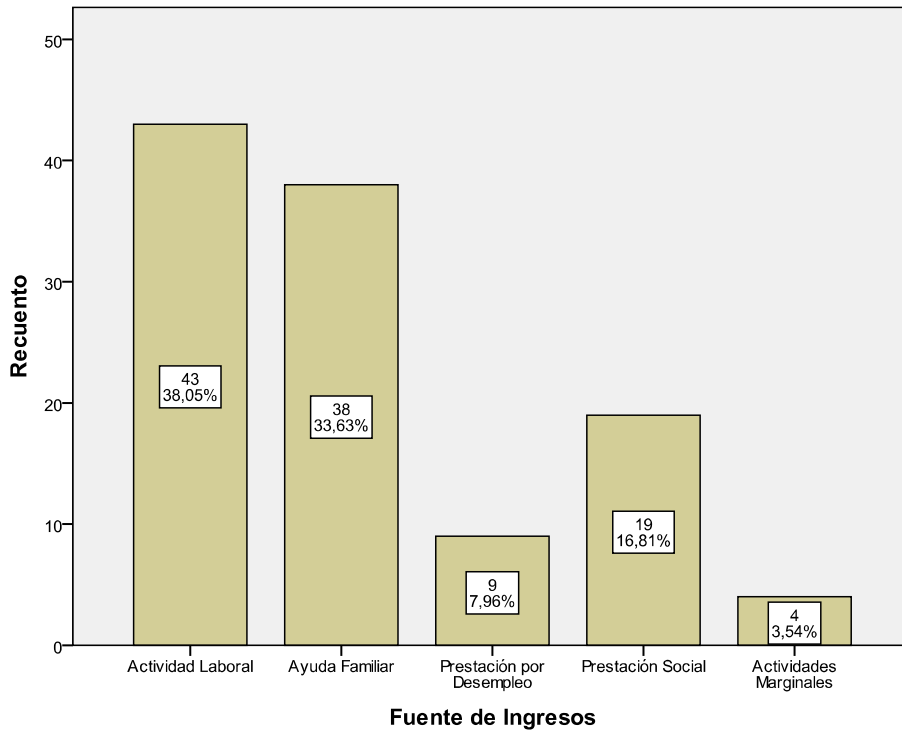


Figura 10. Fuente de ingresos

Si nos fijamos cuál es su situación laboral (Figura 11), se puede apreciar que el 64,60% se encontraba parado pero había disfrutado de un trabajo anteriormente.

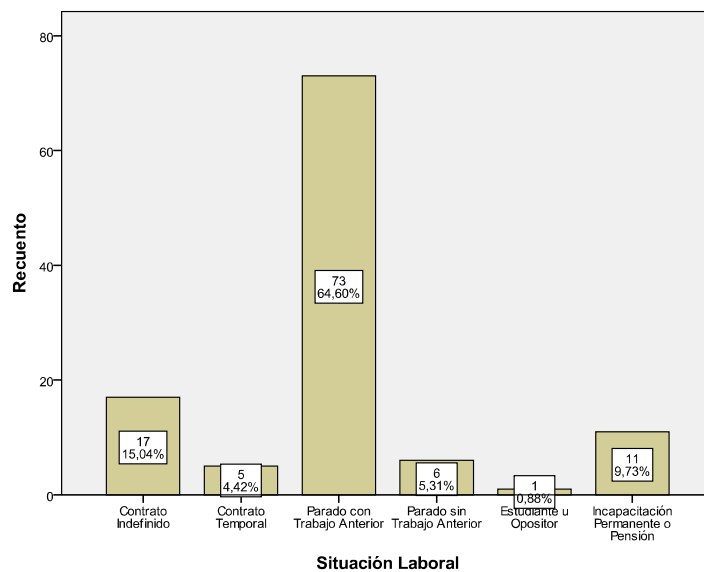


Figura 11. Situación laboral

En la Figura 12 se puede apreciar que, en los últimos 30 días antes del ingreso, más de la mitad de ellos (56,64%) habían convivido con sus padres y familiares. El haber convivido sólo (15,93%) o con su pareja e hijos (16,81%) superan el 30%. Llama la atención que solamente un 3,54% se encuentren en régimen penitenciario y en este centro específico de rehabilitación.

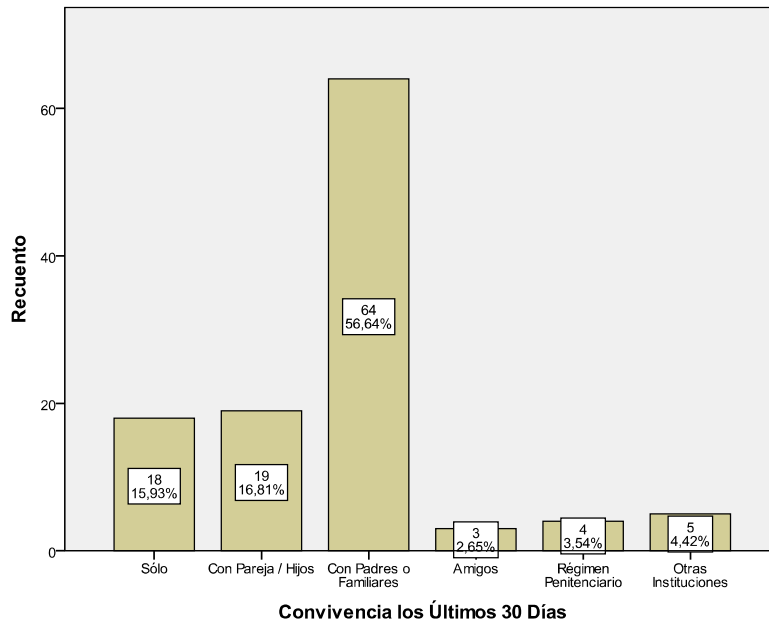


Figura 12. Convivencia antes del ingreso.

El lugar de residencia antes del ingreso había sido, mayoritariamente (88,50%) en casa, piso o apartamento (ver Figura 13).

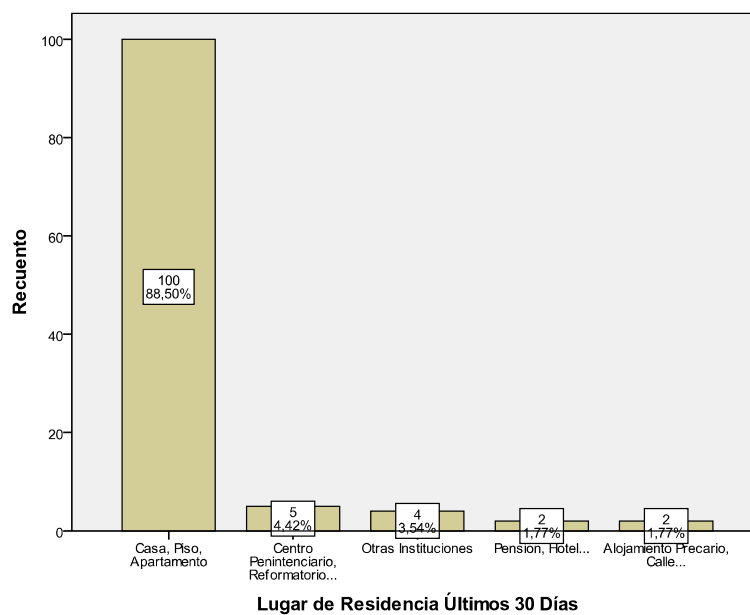


Figura 13. Lugar de residencia antes del ingreso.

Del total de la muestra, los que delinquieron (N=67) cometieron el primer delito (no el primer consumo) cuando la mayor parte de ellos (74,63%) tenían entre 14 y 25 años (ver Figura 14). También, una gran mayoría (92,92%) nunca tuvo problemas con la Justicia (Tribunal de Menores, ver Figura 15).

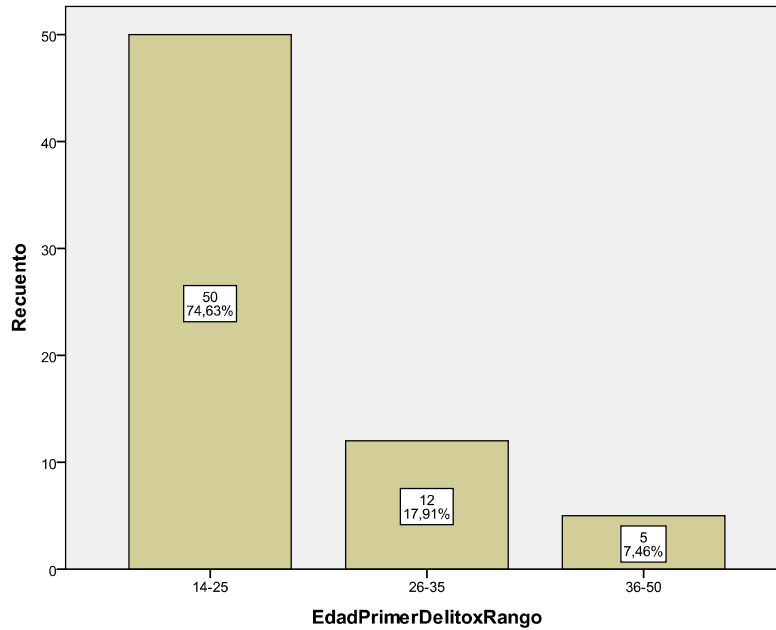


Figura 14. Edad del primer delito (por rango de edades)



Figura 15. Problemas legales en la infancia/adolescencia

La mayoría (92,92%) no está afectado por el VIH (Figura 16) ni (92,04%) Hepatitis B (figura 17) ni Hepatitis C (79,65%; Figura 18).

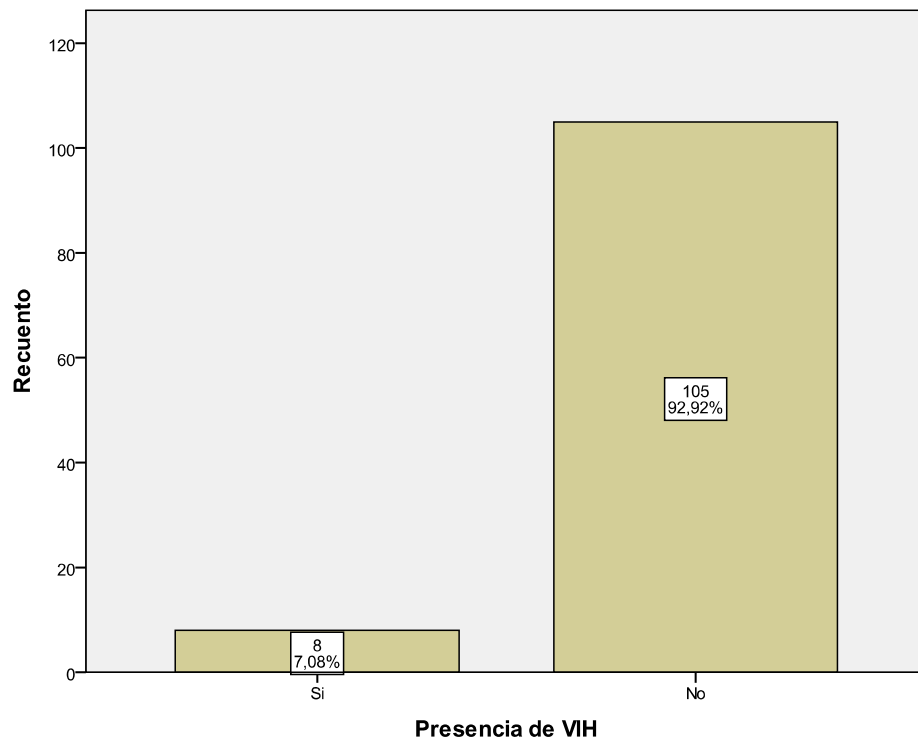


Figura 16. Presencia de VIH en las personas drogodependientes

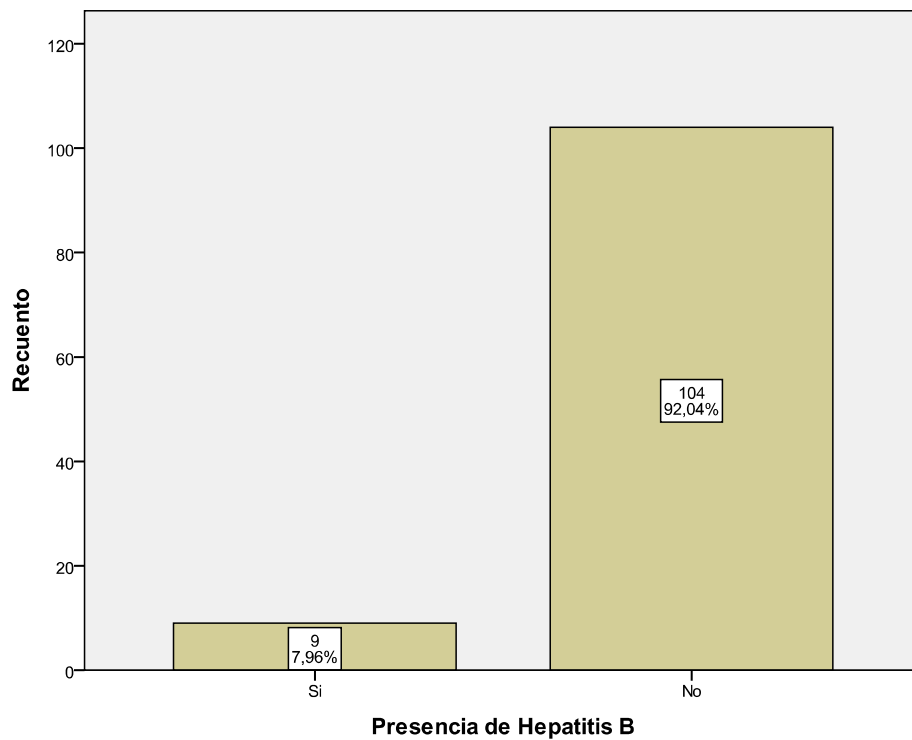


Figura 17. Presencia de la Hepatitis B

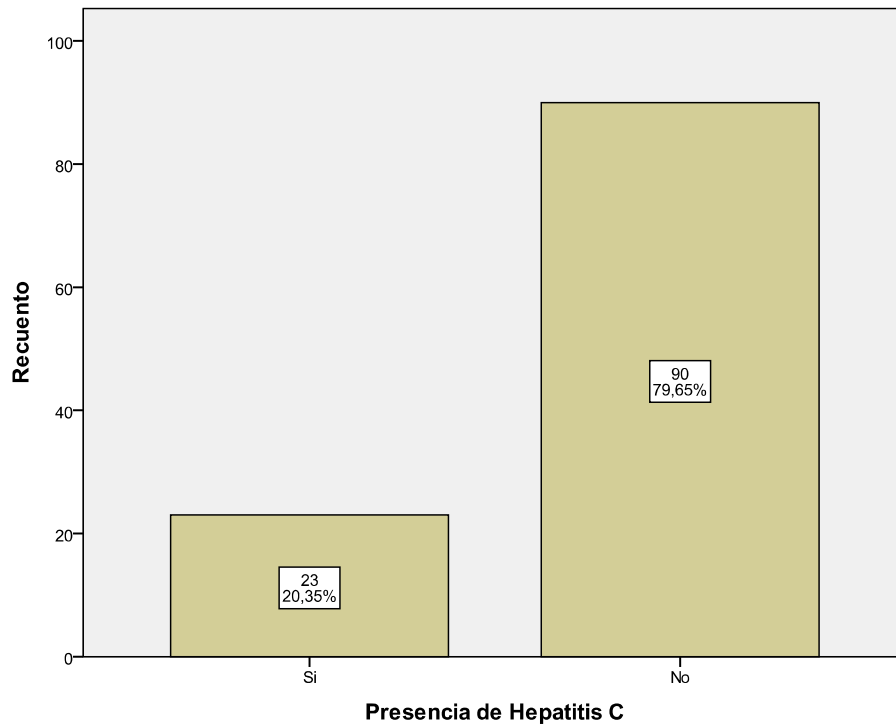


Figura 18. Presencia de la Hepatitis C

Cuando se les pregunta si han recibido tratamiento psiquiátrico antes de su ingreso, podemos apreciar por la Figura 20 la mitad de ellos lo han recibido (49,56%) y la otra mitad no (50,44%).

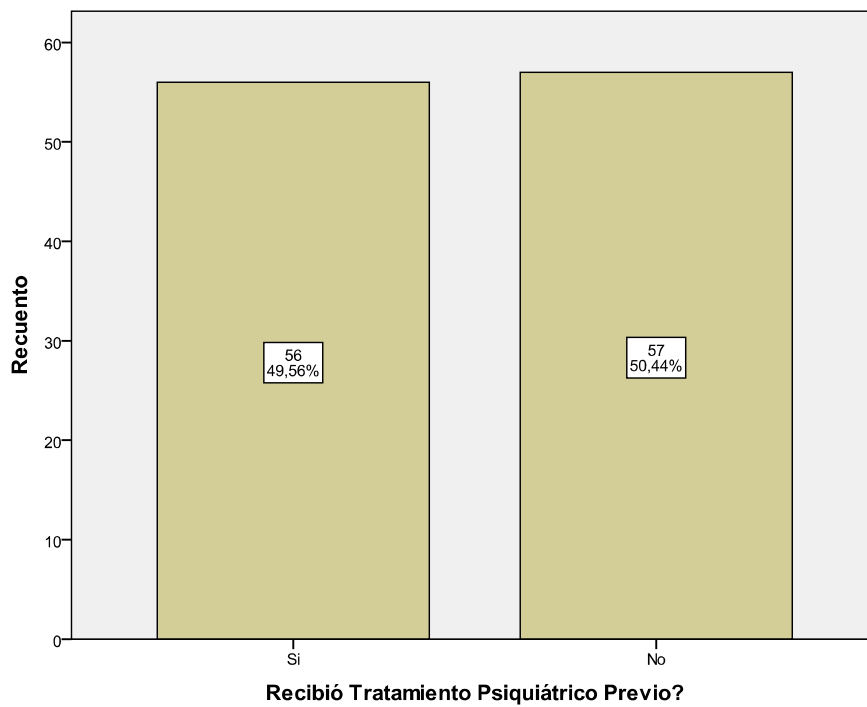


Figura 19. Tratamiento psiquiátrico previo.

La Figura 20 nos muestra cuál fue la droga que les motivó a hacer el tratamiento rehabilitador. Casi a la mitad de ellos (49,56%) fue la heroína y el alcohol sólo fue del 15,93%, siendo la cocaína la droga que motivó al tratamiento al 34,51%.

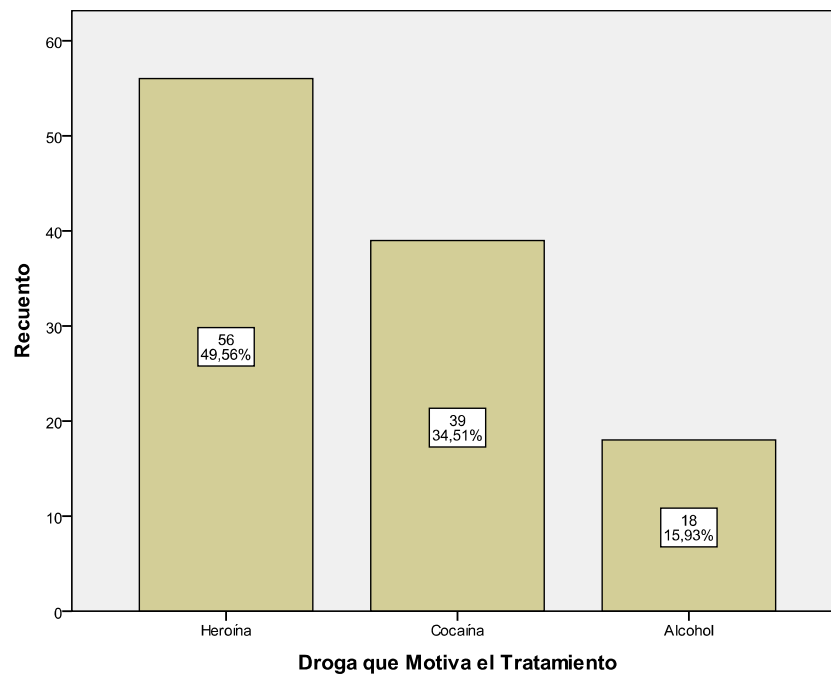


Figura 20. Droga que motiva el tratamiento

A través de la Figura 21 podemos apreciar que la vía de administración más común (55,75%) entre las personas drogodependientes fue la "fumada". Las restantes formas de administración de la droga (Parenteral o inyectada, esnifada u oral) se encuentran entre el 12 y 14 %.

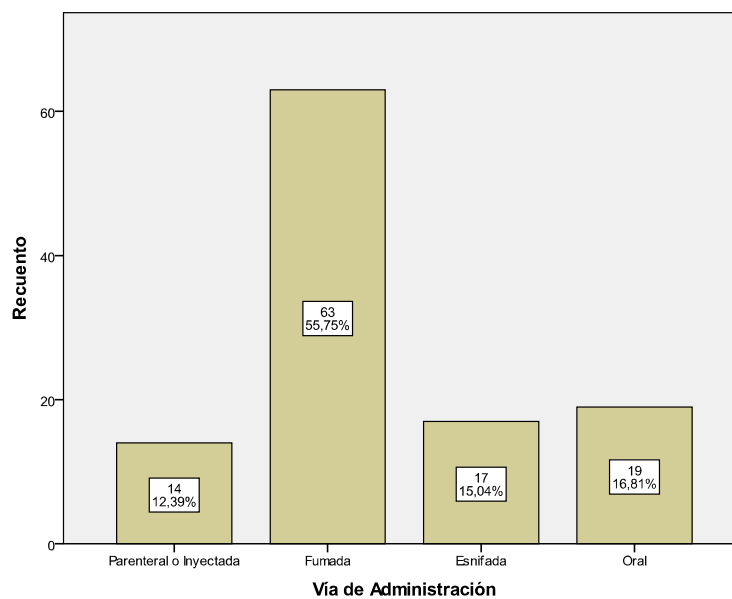


Figura 21. Vía de administración de la droga consumida.

Podemos apreciar en la Figura 22 los años que llevan estas personas consumiendo la sustancia que motiva el tratamiento, así pues: un 45,13% de ellas llevan entre 11 y 20 años y un 31,86% lleva consumiendo entre 21 y 35 años. La media de tiempo de consumo de drogas es de 17 años.

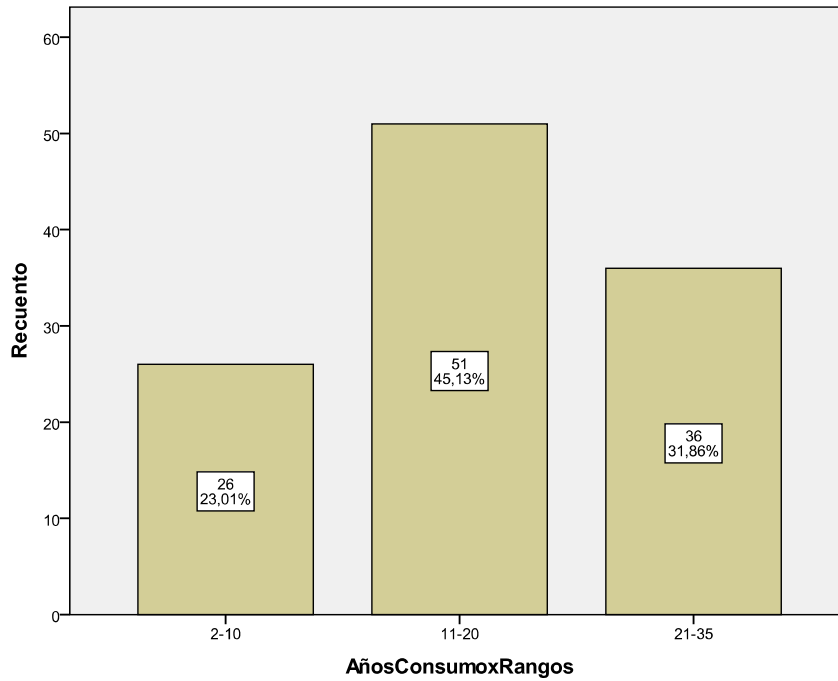


Figura 22. Años de consumo (por rango de años)

La droga secundaria, es decir, la consumida aparte de la principal, suele ser el Cannabis (36,36%), (Figura 23).

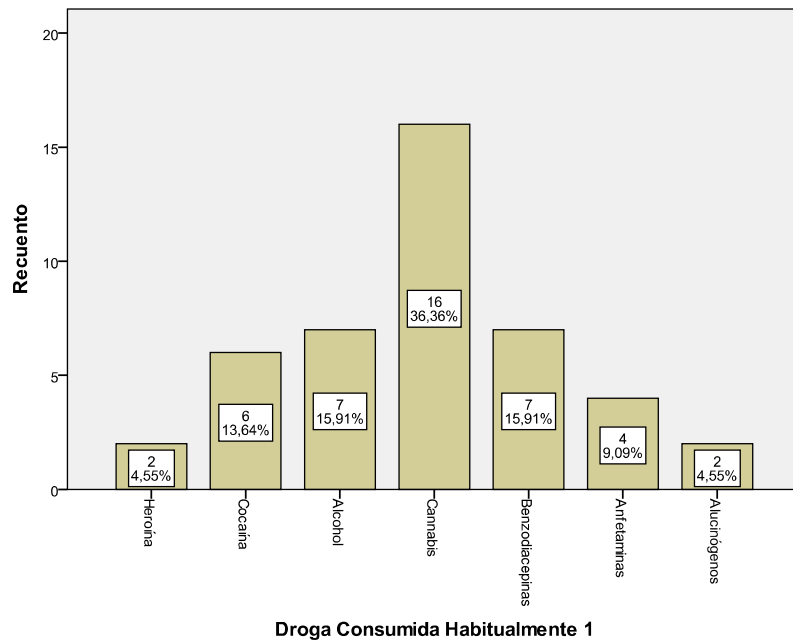


Figura 23. Droga secundaria consumida habitualmente

En la Figura 24 podemos apreciar la frecuencia de consumo de la droga principal. Un 35,40% la consume todos los días, y un 28,32% la consume cada 4-5 días.

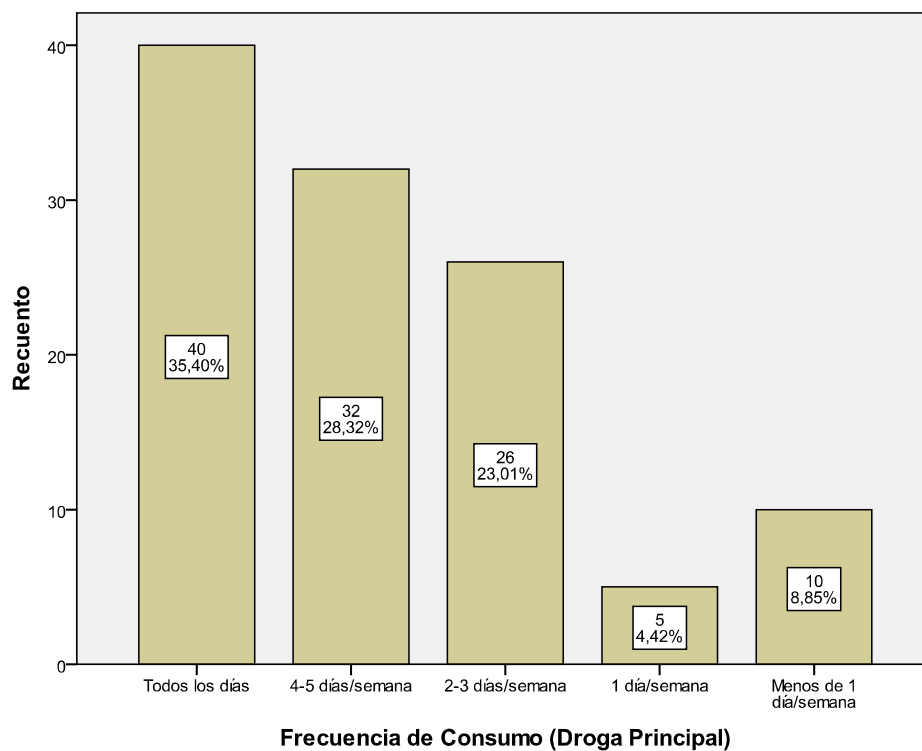


Figura 24. Frecuencia de consumo de la droga principal

II.1.3.1. Perfil general sociodemográfico de la persona drogodependiente que solicita rehabilitación

De los datos obtenidos anteriormente realizamos el perfil de la persona drogodependiente que demanda ingresar en una institución para rehabilitarse:

- ✓ Varón
- ✓ 37 años
- ✓ Soltero
- ✓ Que lleva consumiendo una media de 17 años.
- ✓ Que consumía, antes de ingresar, todos los días o 2-3 días a la semana
- ✓ Que consume diferentes tipos de drogas
- ✓ Su droga secundaria de consumo es el Cannabis.
- ✓ Pero que ya lleva un año sin consumir.
- ✓ Que cometió el primer delito hacia los 24 años de edad.
- ✓ Detenido por la Policía un par de veces
- ✓ Con dos procesos judiciales
- ✓ Ha estado ya alguna vez en prisión durante un año
- ✓ Pero que casi nunca estuvo bajo la tutela del Tribunal de Menores
- ✓ Con un nivel de estudios básicos
- ✓ Que no quiere seguir estudiando
- ✓ Cuya fuente de ingresos procede de la actividad laboral y ayuda de la familia.
- ✓ Suele estar parado, pero ha tenido un trabajo estable anteriormente
- ✓ Que ha convivido con sus padres antes del ingreso
- ✓ No ha tenido problemas con el VIH, o las Hepatitis B y/o C.
- ✓ La mitad de ellos han recibido tratamiento psiquiátrico (49,56%) antes de su ingreso, pero existe otra mitad que nunca (50,44%) recibieron este tratamiento.
- ✓ Siendo su motivo de tratamiento principal el consumo de heroína
- ✓ Su vía de administración suele ser fumada.

A estos datos obtenidos de nuestra investigación se les pueden añadir los obtenidos por otras fuentes (PNSD, 2013) para completar el perfil sociodemográfico:

Tabla 7 Fuente de referencia (derivación)

| Derivación | N | % | PNSD % |
|--|----|------|--------|
| Iniciativa Propia | 25 | 22,1 | 32,4 |
| Otro Servicio de Tratamiento DD | 67 | 59,3 | 12,1 |
| Hospital u Otros Servicios de Salud | 5 | 4,4 | 6,2 |
| Atención Primaria | 1 | ,9 | 9,1 |
| Familia o Amigos | 9 | 8,0 | 12,9 |
| Centro Penitenciario, Reformatorio o Centro de Menores. Servicios legales. | 6 | 5,3 | 17,5 |
| Otras | | | 10,1 |

Con lo que se podría añadir al anterior perfil que se trata de sujetos que han sido derivados de otro dispositivo de tratamiento de drogodependencias (por cuestiones no conocidas) y que demandan, en su mayoría, el internamiento voluntario en comunidad terapéutica. Podemos observar que, en este caso, existen mayores diferencias con respecto a la muestra a nivel estatal del PNSD ya que en ésta acuden al dispositivo por iniciativa propia el 32,4% de los sujetos mientras que en la presente investigación se corresponde con el 22,1%. Las mayores diferencias se producen cuando comparamos el porcentaje de sujetos que acuden derivados por otro servicio de atención al drogodependiente, ya que asciende al 59,3% en la muestra de esta investigación mientras que en la del PNSD se queda en el 12,1%.

A todos estos datos se le pueden añadir, con mayor precisión, estos otros que harían referencia al perfil o historial jurídico (Tabla 8), de este modo, las siguientes tablas pueden ayudar a completar el perfil social de la muestra:

Tabla 8. Historial delictivo

| Historial | N | % |
|--|----|------|
| Sujetos con algún delito cometido | 67 | 59,3 |
| Sujetos con alguna detención | 56 | 49,5 |
| Sujetos con algún internamiento en régimen penitenciario | 33 | 29,2 |

Así pues, se puede añadir que son sujetos con historial delictivo en un alto porcentaje, ya que más de la mitad de la muestra ha cometido algún delito, la mitad ha sido detenida y casi uno de cada tres ha estado internado en un centro penitenciario al menos en una ocasión.

Continuando con el perfil, éste se podría finalizar añadiendo información relevante sobre algunas características sanitarias o patológicas de relevancia en los pacientes por tratamiento de drogodependencia (Tabla 9):

Tabla 9. Presencia de patologías concomitantes

| Patologías | N | % | % Población general (VV.AA. 2010) |
|----------------|----|------|-----------------------------------|
| Hepatitis B | 9 | 8 | 1,9 |
| Hepatitis C | 23 | 20,4 | 1,6 |
| VIH | 8 | 7,1 | 0,4 |
| Patología Dual | 56 | 49,6 | - |

Comparando estos datos con los de la población general (VV.AA, 2010), se puede decir que, en lo que respecta a los virus de hepatitis B y C, así como al virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), los porcentajes son elevados.

II.1.3.2. Perfil sociodemográfico, diferenciado por Género, de las personas drogodependiente que solicitan rehabilitación.

En la Tabla 11 vamos a exponer, por diferenciación de género, los resultados obtenidos de las diferentes variables sociodemográficas. Esta Tabla va a reflejar con mayor precisión el perfil de cada género.

Tabla 10. Perfil sociodemográfico, por Género.

| Variables sociodemográficas | | Varones (n = 93) | Mujeres (n = 20) |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|
| Edad | | 37,16 | 35,65 |
| Nº de hijos | | 0,53 | 1,15 |
| Edad del primer delito | | 23,73 | 23,00 |
| Nº de detenciones | | 2,04 | 0,75 |
| Nº. de procesos judiciales pendientes | | 0,85 | 0,30 |
| Total de procesos judiciales | | 1,86 | 0,60 |
| Nº. de veces en prisión | | 0,46 | 0,25 |
| Nº. de meses en prisión | | 12,18 | 2,35 |
| Tiempo máximo sin consumir | | 12,65 | 6,45 |
| Años de consumo | | 17,90 | 11,80 |
| Estado Civil | Soltero | 76,34% | 60,00% |
| | Casado | 9,68% | 5,00% |
| | Separado | 5,38% | 15,00% |
| | Divorciado | 8,60% | 10,00% |
| Nivel de estudios | Primaria Incompleta | 8,60% | 25,00% |
| | Primaria Completa | 37,63% | - |
| | ESO | 45,16% | 15,00% |
| | Bachillerato | 5,38% | 25,00% |
| | Est.Universitarios | 3,23% | 5,00% |
| Continuidad de estudios | SI | 3,23% | 15,00% |
| | NO | 96,77% | 85,00% |
| Fuente de ingresos | Actividad Laboral | 41,94% | 20,00% |
| | Ayuda familiar | 30,11% | 50,00% |
| | Prestación por desempleo | 8,60% | 5,00% |
| | Prestación social | 15,05% | 25,00% |
| | Actividades marginales | 4,30% | - |
| Situación laboral | Contrato indefinido | 17,20% | 5,00% |
| | Contrato temporal | 5,38% | - |
| | Parado con trabajo anterior | 60,22% | 85% |
| | Parado sin trabajo anterior | 4,30% | 10,00% |
| | Estudiante u opositor | 1,08% | - |
| | Incapacidad permanente o Pensión | 11,83% | - |
| Convivencia (últimos 30 días) | Solo | 17,20% | 10,00% |
| | Con pareja / Hijos | 15,05% | 25,00% |
| | Con padres o Familiares | 58,06% | 50,00% |
| | Amigos | 3,23% | - |
| | Régimen penitenciario | 3,23% | 5,00% |
| Lugar de residencia (últimos 30 días) | Otras instituciones | 3,23% | 10,00% |
| | Casa, Piso, Apartamento | 89,25% | 85,00% |
| | Centro penitenciario o Reformatorio | 3,23% | 10,00% |
| | Otras instituciones | 3,23% | 5,00% |
| | Pensión, Hotel... | 2,15% | - |
| | Alojamiento precario, calle... | 2,15% | - |

| | | | |
|---|----------------------------|--------|--------|
| ¿Pareja drogodependiente? | SI | 2.15% | 35.00% |
| | NO | 97.85% | 65.00% |
| ¿Bajo tutela del Tribunal de Menores? | SI | 6.45% | 10.00% |
| | NO | 93.55% | 90.00% |
| ¿Presencia de VIH? | SI | 7.53% | 5.00% |
| | NO | 92.47% | 95.00% |
| ¿Presencia de Hepatitis B? | SI | 9.68% | - |
| | NO | 90.32% | 100% |
| ¿Presencia de Hepatitis C? | SI | 21.51% | 15.00% |
| | NO | 78.49% | 85.00% |
| ¿Tratamiento psiquiátrico previo? | SI | 48.39% | 55.00% |
| | NO | 51.61% | 45.00% |
| ¿Droga que motiva el tratamiento? | Heroína | 48.39% | 55.00% |
| | Cocaína | 38.71% | 15.00% |
| | Alcohol | 12.90% | 30.00% |
| Vía de administración | Parenteral o Inyectada | 15.05% | - |
| | Fumada | 54.84% | 60.00% |
| | Esnifada | 16.13% | 10.00% |
| | Oral | 13.98% | 30.00% |
| ¿Droga consumida habitualmente? | Heroína | 5.26% | - |
| | Cocaína | 13.16% | 16.67% |
| | Alcohol | 15.79% | 16.67% |
| | Cannabis | 36.84% | 33.33% |
| | Benzodicepinas | 15.79% | 16.67% |
| | Anfetaminas | 7.89% | 16.67% |
| | Alucinógenos | 5.26% | - |
| Frecuencia de consumo (droga principal) | Todos los días | 35.48% | 35.00% |
| | 4-5 días a la semana | 25.81% | 40.00% |
| | 2-3 días a la semana | 23.66% | 20.00% |
| | 1 día a la semana | 4.30% | 5.00% |
| | Menos de 1 día a la semana | 10.75% | - |

II.1.4. Descripción de los instrumentos utilizados

Los datos sociodemográficos fueron obtenidos a través de la base de datos estandarizada “Xeceas” (Gestión de Centros Asistenciales) de la Xunta de Galicia, base de datos informatizada en la cual se encuentra incluida la historia clínica de todos los pacientes tratados en Galicia en los distintos centros de atención y tratamiento de drogodependencias desde principios de la década de los 90 del siglo pasado. Gracias a esta base de datos nos aseguramos tener toda la información sociodemográfica de la muestra total de drogodependientes. Dicha base de datos es la que se utiliza para remitir al Plan Nacional sobre Drogas toda la información estadísticamente relevante de los sujetos admitidos a tratamiento para su posterior puesta en común con el resto de datos remitidos por los demás centros de tratamiento a nivel estatal.

Para la evaluación de la personalidad de los sujetos se utilizó el test de personalidad *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2), instrumento ampliamente utilizado en nuestro país con la finalidad de evaluar la personalidad de sujetos con drogodependencia o trastorno dual (Alonso-Fernández, 1992; Bobes et al., 2003; Graña, 1998).

Este test fue diseñado originariamente por Hathaway y McKinley en 1940 para evaluar un amplio espectro de patrones de personalidad y estados emocionales. La

versión utilizada en el presente estudio (MMPI-2) fue adaptada por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer en 1989, siendo adaptada y baremada para la población española por Ávila y Jiménez en 1999.

Se trata un test de respuesta dicotómica verdadero-falso que consta de 567 ítems, que puede ser administrado tanto de manera individual como colectiva a adultos (19 a 65 años) y que consta de siete grupos de escalas: de validez (7 escalas), Clínicas básicas (10 escalas), de Contenido (15 escalas), Suplementarias (15 escalas), escalas de psicopatología o PSY-5 (5 escalas), un grupo de subescalas (31 escalas) y un grupo de escalas experimentales llamadas de fingimiento (6 escalas).

Los puntajes que obtienen los sujetos en cada una de las escalas se transforman en puntuaciones T (escala de puntaje con media=50 y desviación típica=10). En las escalas en las que el sujeto obtiene puntuación mayor o igual a 70 o menor o igual a 30 se puede considerar que el puntaje es de interés clínico.

A continuación se describen de manera resumida las escalas utilizadas para la presente investigación, las de validez y las escalas clínicas básicas; también se nombran el resto de escalas (adaptado de Ávila y Jiménez, 1999):

Escalas de Validez:

La **Escala o Puntuación ?** es la correspondiente a los ítems no contestados o que fueron respondidos a la vez como verdadero y falso. Se considera que una puntuación directa igual o superior a 30 invalida el test.

La **Escala de Mentira (L)**, contiene ítems que apuntan a situaciones de faltas menores, en las que la mayoría de las personas ha incurrido. En este sentido, se puede decir que la escala expresa opiniones y conductas que al ser evaluadas, solamente se encuentran en personas muy conscientes, demasiado conscientes. Por tanto, lo que se persigue es verificar si el sujeto pretende mostrar una personalidad “perfecta”, con ajuste a lo ideal, cubriendo sus faltas personales, socialmente inaceptables. La escala L se refiere a la franqueza del sujeto al contestar la prueba, y no puede ser usada como indicadora de tendencia general hacia la mentira.

La **Escala de Incoherencia (F, o de simulación)**, mide si el sujeto está simulando las respuestas, también se utiliza para verificar consistencia en las respuestas del sujeto.

Sin embargo, el sujeto también puede tener un puntaje alto en esta escala por otros factores, como alteración de conciencia, deficiencia intelectual, poca escolaridad, etc.

La **Escala de Corrección** (K, o de deseabilidad social), contiene una serie de ítems que desde un punto de vista social serían conductas poco deseables. Lo que se busca es si el sujeto está mostrando una postura de aceptación social. Luego, los puntajes se asocian a algunas escalas clínicas como las de hipocondría, trastorno psicopático, etc.

Otros indicadores de validez son: la escala Fb (Fposterior), la escala VRIN (respuestas de inconsistencia variables) y la escala TRIN (inconsistencia de las respuestas de verdadero). Estas escalas ayudan a comprender si la cumplimentación del test por parte del sujeto ha sido azarosa, inconsistente o contradictoria.

Escalas Clínicas Básicas

Escala 1 (Hs: Hipocondría). Esta medida fue desarrollada a partir de un grupo de pacientes neuróticos que mostraban una preocupación excesiva acerca de su salud, presentaban diversas quejas somáticas con pequeñas bases orgánicas o sin ellas y rechazaban garantías repetidas de que no tenían nada físicamente. Algunos de los ítems comprendidos en esta escala reflejan síntomas determinados o quejas específicas, pero muchos otros reflejan una preocupación somática más general o un foco auto-centrado en las vidas de esos individuos. Puntuaciones por encima de la media indican preocupaciones somáticas de diversa índole.

Escala 2 (D: Depresión). Esta escala fue desarrollada a partir de pacientes psiquiátricos con distintos tipos de depresión sintomática, fundamentalmente en los que tenían reacciones depresivas o un episodio depresivo de un trastorno maníaco-depresivo. Los ítems comprendidos en esta escala reflejan no sólo los sentimientos de desánimo, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de individuos depresivos, sino también las características básicas de personalidad, tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y auto-castigo. Puntuaciones por encima de la media indican síntomas de depresión moderada ($T > 60$) o severa ($T > 70$).

Escala 3 (Hy: Histeria de conversión). Esta escala fue construida a partir de pacientes que exhibieron algunas formas de trastornos motores o sensoriales para los que podía establecerse una base orgánica. Algunos de los ítems componentes reflejan

quejas físicas específicas o trastornos molestos, pero muchos otros ítems implican una negación de problemas en la propia vida o la ausencia de ansiedad social que suele observarse en sujetos con estas defensas.

Escala 4 (Pd: Desviación psicopática). Esta medida fue desarrollada a partir de individuos que fueron derivados al servicio psiquiátrico para clarificar por qué siempre tenían continuos problemas con la ley, a pesar de que no sufrían deprivación cultural y de que poseían una inteligencia normal y relativamente, carecían de serios trastornos neuróticos o psicóticos. Algunos de los ítems comprendidos en la escala 4 conciernen a la disposición de estas personas para reconocer esa clase de problemas; otros ítems reflejan la ausencia de consideración acerca de la mayoría de las normas sociales y morales de conducta. Puntuaciones T superiores a 75 indican comportamiento antisocial.

Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad). Esta escala fue construida a partir de hombres que buscaron ayuda psiquiátrica en un esfuerzo para controlar sus sentimientos homosexuales o para poder hacer frente a dolorosas confusiones acerca de su rol sobre el género. Según se descubrió, los ítems de esta escala, cubrían también un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos acerca del trabajo, interrelaciones sociales y hobbies en los que, en general, hombres y mujeres difieren. A partir de puntuaciones $T > 60$ existen problemas sobre la identidad sexual; puntuaciones superiores a 75 indican la posibilidad de graves problemas sexuales.

Escala 6 (Pa: Paranoia). Esta escala fue desarrollada a partir de pacientes que fundamentalmente mostraban alguna forma de condición o estado paranoide. El contenido de los ítems de la escala 6 refleja tanto una marcada sensibilidad interpersonal como una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros. También se incluyen en algunos de estos ítems egocentrismo e inseguridad. Puntuaciones T superiores a 60 indican la presencia de predisposición paranoide, mientras que con puntuaciones superiores a 70 habría que considerar la presencia de psicosis paranoide.

Escala 7 (Pt: Psicastenia). Fundamentalmente, esta escala fue construida a partir de pacientes que mostraban preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, o miedos exagerados que presentaba el grupo neurótico, descritos entonces como padecimientos de la psicastenia (un debilitante del propio control mental sobre pensamientos y acciones), pero que corresponde a la actual designación del trastorno obsesivo-

compulsivo. Aunque algunos de los contenidos de los ítems se refieren a esa temática sintomática, la escala completa refleja ansiedad y estrés más generalizados (o emocionalmente negativos), así como la declaración de estrictas normas de moral, auto-culpa por las cosas que van mal y rígidos esfuerzos para controlar los impulsos. Puntuaciones T superiores a 75 indican la presencia de un fuerte cuadro de ansiedad así como de trastornos del pensamiento.

Escala 8 (Sc: Esquizofrenia). Esta medida se construyó a partir de pacientes psiquiátricos que manifestaron varias formas de esquizofrenia. El contenido de los ítems cubre un amplio rango de pensamientos extraños, experiencias inusuales y características sensitivas especiales de estos individuos. Mientras que puntuaciones T comprendidas entre 60 y 75 indican personalidad esquizoide, con puntuaciones superiores habría que considerar la presencia de trastorno esquizofrénico.

Escala 9 (Ma: Hipomanía). Esta escala fue desarrollada a partir de pacientes con estados tempranos de un episodio maníaco o de un trastorno maníaco-depresivo. El contenido de los ítems de la escala 9 cubre algunas de las características conductuales de esta condición y rasgos asociados (ambición desmedida, extroversión y altas aspiraciones). Con puntuaciones T superiores a 80 habría que considerar la presencia de trastorno bipolar.

Escala 0 (Si: Introversión social). Esta escala fue desarrollada por L. E. Drake en 1946 a partir de muestras de escolares que puntuaron en los extremos de la escala de introversión y extroversión social en el *T-S-E Inventory (Thinking Social Emotional Introversion Inventory)*, de Evans y McConnell, 1941) (citado en Ávila y Jiménez, 1999). Las puntuaciones superiores a la media en la escala 0 reflejan niveles elevados de reserva social, preferencia por pasatiempos solitarios y ausencia de asertividad social, indicando las puntuaciones superiores a 75 un tipo de personalidad extremadamente reservada. Las puntuaciones por debajo de la media reflejan las tendencias contrarias, en el sentido de participación y ascendencia social.

Escalas de Contenido del MMPI-2

La fiabilidad del contenido de las escalas objetivas de personalidad ha ganado mayor aceptación con respecto a los pasados años '20. Con frecuencia, las escalas de contenido han mostrado ser tan válidas para describir y predecir variables de

personalidad como otras escalas desarrolladas por otros métodos. Más aún, las escalas de personalidad basadas en el contenido de los ítems, tienen la ventaja de ser más fáciles de interpretar debido a la homogeneidad de su contenido.

El uso de algunas de estas aproximaciones al contenido de los ítems del MMPI-2 requirió de unos pocos cambios dado que algunos de los ítems originales han sido alterados o borrados y se han incluido muchos ítems nuevos para proporcionar un contenido adicional en la evaluación de los factores de personalidad y problemas clínicos. La aproximación del ítem crítico y el uso de subescalas para las escalas clínicas no ha cambiado sustancialmente, dado que la mayoría de los ítems implicados en esos procedimientos se han mantenido en el MMPI-2. Sin embargo, las escalas de Wiggins han cambiado sustancialmente. Muchos ítems que aparecían en estas escalas fueron anulados, eliminando la escala REL y acortando sustancialmente otras escalas. Como consecuencia, se ha desarrollado un nuevo conjunto de medidas de contenido para el MMPI-2. Éstas son las escalas de Contenido:

- ✓ Ansiedad (Anx)
- ✓ Miedos (Frs)
- ✓ Obsesividad (Obs)
- ✓ Depresión (Dep)
- ✓ Preocupaciones por la salud (Hea)
- ✓ Pensamiento extravagante (Biz)
- ✓ Hostilidad (Ang)
- ✓ Cinismo (Cyn)
- ✓ Conductas antisociales (Asp)
- ✓ Comportamiento tipo A (Tpa)
- ✓ Baja autoestima (Lse)
- ✓ Malestar social (Sod)
- ✓ Problemas familiares (Fam)
- ✓ Interferencia laboral (Wrk)
- ✓ Indicadores negativos de tratamiento (Trt)

Escalas Suplementarias

Para ayudar a interpretar las escalas básicas y aumentar la cobertura de problemas y trastornos clínicos, se ofrece un número de escalas adicionales. Para la interpretación de estas escalas, no se especifican niveles absolutos respecto de las puntuaciones altas y bajas. En general las puntuaciones T mayores de 65 podrían considerarse como puntuaciones altas y las puntuaciones T menores de 40 podrían considerarse como puntuaciones bajas. Para algunas escalas, como la Escala Revisada de Alcoholismo de McAndrew, suelen hacerse mayores recomendaciones específicas concernientes a los niveles de puntuación. Éstas son las escalas Suplementarias:

- ✓ Ansiedad (A)
- ✓ Represión (R)
- ✓ Fuerza del yo (Es)
- ✓ Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew (Mac-R)
- ✓ Hostilidad excesivamente controlada (O-H)
- ✓ Dominancia (Do)
- ✓ Responsabilidad social (Re)
- ✓ Inadaptación universitaria (Mt)
- ✓ Escalas de Rol sobre el género (Gm y Gf)
- ✓ Escalas de Trastorno de estrés postraumático (Pk y Ps)
- ✓ Escala de malestar matrimonial (Mds)
- ✓ Escala de Potencial de adicción (Aps)
- ✓ Escala de Reconocimiento de adicción (Aas)

Psicopatología (PSY5)

Es un conjunto de cinco escalas que pretende resumir las cinco escalas principales de todo el MMPI-2. Se han obtenido principalmente de la factorización realizada con las diez escalas clínicas. Éstas son las escalas:

- ✓ Agresividad (AGG)
- ✓ Psicoticismo (PSY)
- ✓ Compulsión (CON)

- ✓ Experiencia emocional negativa/Neuroticismo (NEN)
- ✓ Experiencia emocional positiva (PEE)

Subescalas de Harris-Lingoes

Harris y Lingoes (1955) construyeron subescalas para las escalas 2, 3, 4, 6, 8 y 9 examinando el contenido de los ítems dentro de cada una de las escalas clínicas y agrupando intuitivamente los ítems que parecían similares en contenido o que ellos juzgaban que reflejaban una única actitud y un único rasgo. No se intentó evitar el colocar un ítem en más de una subescala, y algunas de las subescalas son muy cortas.

Las puntuaciones en las subescalas de Harris-Lingoes proporcionan información sobre los patrones de ítems a los que los sujetos responden en la dirección de puntuación cuando obtienen una elevación determinada en una escala clínica. Es probable que tal información sea especialmente útil en la comprensión de por qué un sujeto recibe una puntuación elevada en una escala clínica cuando, en vista del historial de esa persona o a partir de otra información disponible acerca del sujeto, la misma no se esperaba. Adicionalmente las subescalas pueden ser útiles en la interpretación de las puntuaciones de las escalas clínicas que son marginalmente elevadas (puntuaciones T entre 65 y 75). Ésta son las subescalas de Harris-Lingoes:

- ✓ Depresión subjetiva (D1)
- ✓ Retardo psicomotor (D2)
- ✓ Disfunción física (D3)
- ✓ Enlentecimiento mental (D4)
- ✓ Rumiación (D5)
- ✓ Negación de ansiedad social (Hy1)
- ✓ Necesidad de afecto (Hy2)
- ✓ Lasitud-malestar (Hy3)
- ✓ Quejas somáticas (Hy4)
- ✓ Inhibición de la agresión (Hy5)
- ✓ Discordia familiar (Pd1)
- ✓ Problemas con la autoridad (Pd2)
- ✓ Frialdad social (Pd3)

- ✓ Alienación social (Pd4)
- ✓ Autoalienación (Pd5)
- ✓ Ideas persecutorias (Pa1)
- ✓ Hipersensibilidad (Pa2)
- ✓ Ingenuidad (Pa3)
- ✓ Alienación social (Sc1)
- ✓ Alienación emocional (Sc2)
- ✓ Ausencia del control del yo, cognitivo (Sc3)
- ✓ Ausencia del control del yo, conativo (Sc4)
- ✓ Ausencia del control del yo, inhibición defectuosa (Sc5)
- ✓ Experiencias sensoriales extrañas (Sc6)
- ✓ Amoralidad (Ma1)
- ✓ Aceleración psicomotriz (Ma2)
- ✓ Imperturbabilidad (Ma3)
- ✓ Auto-envanecimiento (Ma4)
- ✓ Timidez/Autocohibición (Si1)
- ✓ Evitación social (Si2)
- ✓ Alienación respecto a sí mismo y a otros (Si3)

II.3 RESULTADOS

Dada la amplitud de datos obtenidos, vamos a referir estos resultados contrastando las hipótesis obtenidas.

II.3.1.- Resultados correspondientes a la Hipótesis 1ª.

En la primera hipótesis nos habíamos planteado la existencia de diferencias estadísticas entre varones y mujeres drogodependientes en su perfil de personalidad reflejado en el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2)?

Los resultados que nos muestran la Tabla 11 a pesar de la diferencia del número de sujetos varones y mujeres, se pueden apreciar diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en seis variables de las 10 (60%) que tienen las escalas Clínicas: Masculinidad/Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Depresión (D), Psicastenia (Pt) Histeria (Hy) e Hipocondría (Hs). La elevada diferencia estadísticamente significativa en la variable Masculinidad/Feminidad (Mf) nos está aportando la conclusión de que los varones son diferentes a las mujeres.

Tabla 11. Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas Clínicas del MMPI-2.

| Escalas CLÍNICAS BÁSICAS / Género | N | Media | Desv. típica | Signif. | "d" de Cohen | |
|-----------------------------------|-------|-------|--------------|---------|--------------|------|
| Hs-Hipocondría | Varón | 93 | 16,25 | 4,683 | ,049* | 0,5 |
| | Mujer | 20 | 18,58 | 4,932 | | |
| D-Depresión | Varón | 93 | 26,72 | 5,416 | ,000* | 0,90 |
| | Mujer | 20 | 31,80 | 6,254 | | |
| Hy-Histeria | Varón | 93 | 25,30 | 5,013 | ,039* | 0,54 |
| | Mujer | 20 | 28,00 | 6,258 | | |
| Pd-DesvPsicopática | Varón | 93 | 32,48 | 5,031 | ,101 | - |
| | Mujer | 20 | 34,48 | 4,299 | | |
| Mf-InterMascul_Femen | Varón | 93 | 27,06 | 4,348 | ,000* | 1,97 |
| | Mujer | 20 | 34,85 | 3,731 | | |
| Pa-Paranoia | Varón | 93 | 14,92 | 3,982 | ,020* | 1,00 |
| | Mujer | 20 | 17,20 | 3,473 | | |
| Pt-Psicastenia | Varón | 93 | 33,76 | 6,777 | ,052* | 0,67 |
| | Mujer | 20 | 37,05 | 6,909 | | |
| Sc-Esquizofrenia | Varón | 93 | 38,06 | 9,774 | ,187 | - |
| | Mujer | 20 | 41,20 | 8,618 | | |
| Ma-Hipomanía | Varón | 93 | 23,08 | 4,496 | ,113 | - |
| | Mujer | 20 | 21,34 | 4,107 | | |
| Si-IntrovSocial | Varón | 93 | 31,03 | 8,940 | ,117 | - |
| | Mujer | 20 | 34,55 | 9,434 | | |

* Significativas al $p < 0,05$

El Tamaño del Efecto o "d", propuesto por Cohen (1988), siendo esta "d" la desviación típica combinada de los dos grupos, nos está diciendo que las diferencias estadísticas son significativamente importantes en Masculinidad/Feminidad (Mf),

Paranoia (Pa) y Depresión (D), siendo siempre los valores obtenidos superiores en las mujeres.

Acompañamos la Figura 25, en sus puntuaciones "Típicas " (T) para una mejor percepción de las diferencias. La acompañamos con las tres escalas de Validez L, F y K.

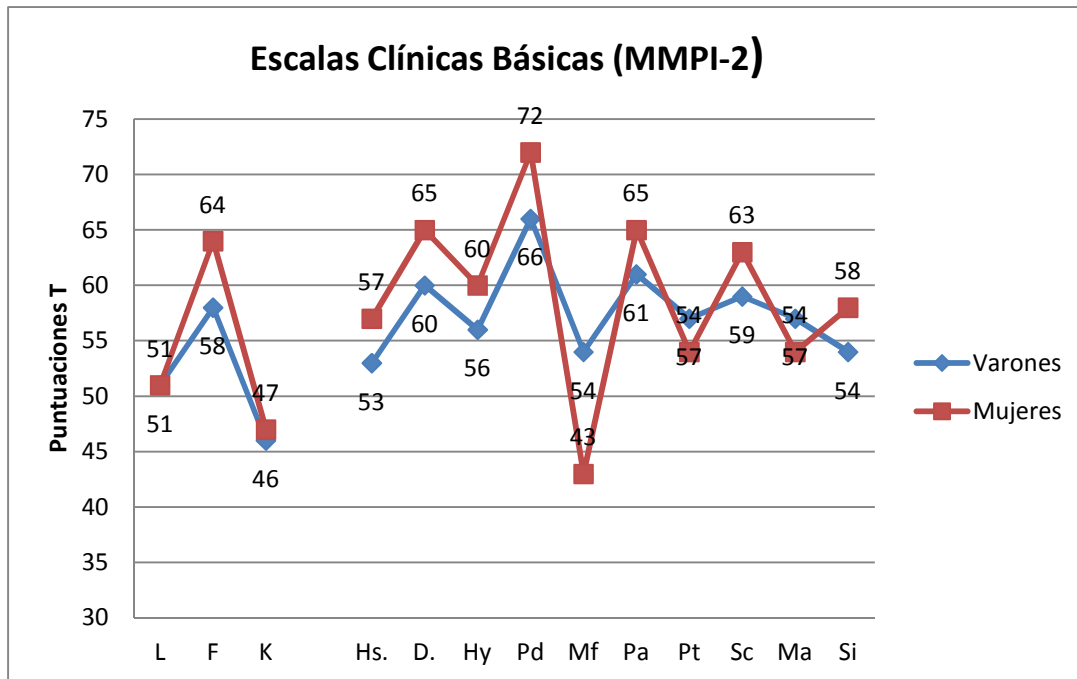


Figura 25. Perfil medio, en puntuaciones "T", de las Escalas Clínicas Básicas

Los resultados aportados por la Tabla 12 nos informan de que las variables de las escalas de Contenido Miedos (FRS), Depresión (DEP), Baja autoestima (LSE), Problemas familiares ((FAM), Interferencia en el trabajo (WRK) y Negación al tratamiento (TRT) son estadísticamente diferentes ($p < 0,05$) entre los varones y las mujeres. Éstas tienen unos valores superiores a los varones. A través de la "d" de Cohen, podemos apreciar que la diferencia más grande se manifiesta por los miedos (FRS). En total un 40% de las variables en estas escalas de Contenido mantienen una diferencia estadística entre varones y mujeres.

Tabla 12. Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas de Contenido

| ESCALAS DE CONTENIDO / Género | N | Media | Desv. típica | Signif | "d" de Cohen | |
|-------------------------------|-------|-------|--------------|--------|--------------|------|
| ANX-Ansiedad | Varón | 93 | 11,25 | 4,673 | 0,320 | - |
| | Mujer | 20 | 12,40 | 4,728 | | |
| FRS-Miedos | Varón | 93 | 6,55 | 3,804 | 0,000* | 1,33 |
| | Mujer | 20 | 10,45 | 3,804 | | |
| OBS-Obsesión | Varón | 93 | 7,27 | 3,780 | 0,155 | - |
| | Mujer | 20 | 8,60 | 3,747 | | |
| DEP-Depresión | Varón | 93 | 13,47 | 6,505 | 0,008* | 0,36 |
| | Mujer | 20 | 17,75 | 5,893 | | |
| HEA-ProblSalud | Varón | 93 | 9,92 | 5,304 | 0,087 | - |
| | Mujer | 20 | 12,25 | 6,172 | | |
| BIZ-PensamBizarro | Varón | 93 | 5,02 | 3,578 | 0,889 | - |
| | Mujer | 20 | 4,90 | 3,161 | | |
| ANG-Ira | Varón | 93 | 8,16 | 3,433 | 0,812 | - |
| | Mujer | 20 | 7,95 | 4,322 | | |
| CYN-Cinismo | Varón | 93 | 12,34 | 5,159 | 0,876 | - |
| | Mujer | 20 | 12,15 | 4,499 | | |
| ASP- Conducta antisocial | Varón | 93 | 12,51 | 3,649 | 0,334 | - |
| | Mujer | 20 | 11,65 | 3,216 | | |
| TPA-TrastPdadTipoA | Varón | 93 | 9,76 | 3,472 | 0,435 | - |
| | Mujer | 20 | 9,10 | 3,275 | | |
| LSE-BajAutoestima | Varón | 93 | 8,58 | 5,259 | 0,039* | 0,6 |
| | Mujer | 20 | 11,30 | 5,342 | | |
| SOD-ProblSociales | Varón | 93 | 9,70 | 5,137 | 0,843 | - |
| | Mujer | 20 | 9,95 | 5,145 | | |
| FAM-ProblFamiliares | Varón | 93 | 9,13 | 5,005 | 0,019* | 0,66 |
| | Mujer | 20 | 12,00 | 4,377 | | |
| WRK-InterfTrabajo | Varón | 93 | 13,24 | 6,977 | 0,028* | 0,67 |
| | Mujer | 20 | 17,05 | 6,809 | | |
| TRT-NegaTratamiento | Varón | 93 | 9,46 | 5,500 | 0,038* | 0,66 |
| | Mujer | 20 | 12,20 | 4,099 | | |

* Significativas al $p < 0,05$

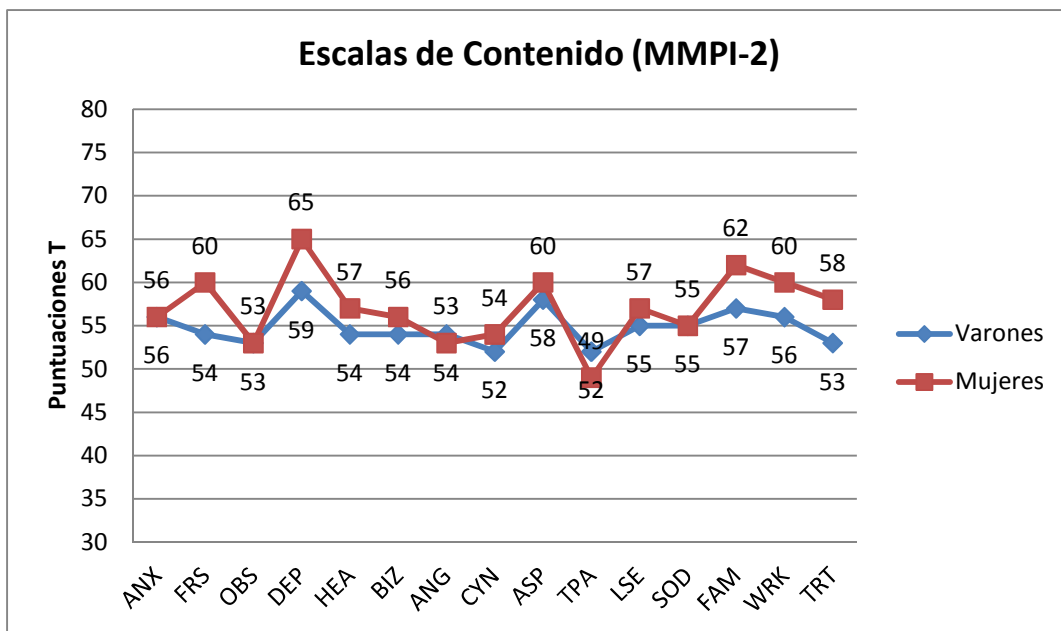


Figura 26. Perfil medio en puntuaciones "T" de las Escalas de Contenido.

Se ha acompañado la Figura 26 para poder apreciar las puntuaciones baremadas "Típicas" (T)

Tabla 13. Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas Suplementarias

| Escalas SUPLEMENTARIAS | Género | N | Media | Desv. típica | Signif. | "d" de Cohen |
|------------------------|--------|----|-------|--------------|---------|--------------|
| A-Ansiedad | Varón | 93 | 19,22 | 8,857 | 0,052* | 0,50 |
| | Mujer | 20 | 23,45 | 8,166 | | |
| R-Represión | Varón | 93 | 16,62 | 4,104 | 0,000* | 1,00 |
| | Mujer | 20 | 20,30 | 4,041 | | |
| Es-FuerzaYo | Varón | 93 | 30,26 | 5,987 | 0,028* | 0,72 |
| | Mujer | 20 | 26,95 | 6,245 | | |
| Mac_r-AlcoholMacAndrew | Varón | 93 | 28,45 | 3,702 | 0,014* | 0,67 |
| | Mujer | 20 | 26,20 | 3,397 | | |
| O-H-ControlHostilidad | Varón | 93 | 13,10 | 2,890 | 0,267 | - |
| | Mujer | 20 | 13,85 | 1,843 | | |
| Do-Dominancia | Varón | 93 | 12,71 | 3,406 | 0,414 | - |
| | Mujer | 20 | 12,05 | 2,481 | | |
| Re-Responsabilidad | Varón | 93 | 14,94 | 4,333 | 0,013* | 0,85 |
| | Mujer | 20 | 17,60 | 3,899 | | |
| Mt-ProblEstudios | Varón | 93 | 20,44 | 7,612 | 0,010* | 0,77 |
| | Mujer | 20 | 25,30 | 6,952 | | |
| GM-RolMasculino | Varón | 93 | 31,47 | 5,832 | 0,000* | 1,32 |
| | Mujer | 20 | 23,90 | 7,144 | | |
| GF-RolFemenino | Varón | 93 | 22,08 | 3,774 | 0,000* | 2,67 |
| | Mujer | 20 | 30,55 | 3,677 | | |
| PK-EstrésPostraum1 | Varón | 93 | 18,46 | 9,080 | 0,147 | - |
| | Mujer | 20 | 21,75 | 9,391 | | |
| PS-EstrésPostraum | Varón | 93 | 24,14 | 11,644 | 0,080 | - |
| | Mujer | 20 | 29,25 | 12,065 | | |
| MDS-EstrésConyugal | Varón | 93 | 6,00 | 2,609 | 0,05* | 0,50 |
| | Mujer | 20 | 7,80 | 2,397 | | |
| APS-AdiccionPotencial | Varón | 93 | 24,62 | 3,926 | 0,693 | - |
| | Mujer | 20 | 24,25 | 3,307 | | |
| AAS-AdmisiónAdicción | Varón | 93 | 6,23 | 2,132 | 0,965 | - |
| | Mujer | 20 | 6,25 | 2,531 | | |

* Significativas al $p < 0,05$

Los resultados de la Tabla 13 están demostrando que un 60% de las escalas Suplementarias del MMPI-2 son estadísticamente significativas entre los varones y mujeres drogodependientes. Específicamente las variables Rol Masculino ((GM) y Rol Femenino (GF) cuyos valores de Cohen⁴ son muy elevados, refiriendo con ello que estas diferencias estadísticas son muy grandes, tienen una especial importancia. También es destacable la Represión (R), la Responsabilidad (Re), los Problemas con los estudios (Mt), la Ansiedad (A) y el Estrés con su pareja (MDS) en las que sus valores se muestran superiores en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, hemos de destacar la existencia de dos valores significativos mayor en varones que en mujeres, como son la Fuerza del yo (Es) y la de Alcoholismo (Mac-r).

⁴ Hay que recordar que el "Tamaño del efecto", expresado por la "d" de Cohen, no tiene en cuenta en su resultado el número de sujetos (n), que en nuestra investigación es importante por la diferencia entre varones y mujeres.

Se ha añadido la Figura 27 correspondiente al perfil medio en puntuaciones "Típicas" (T) obtenido por los drogodependientes en las Escalas Suplementarias.

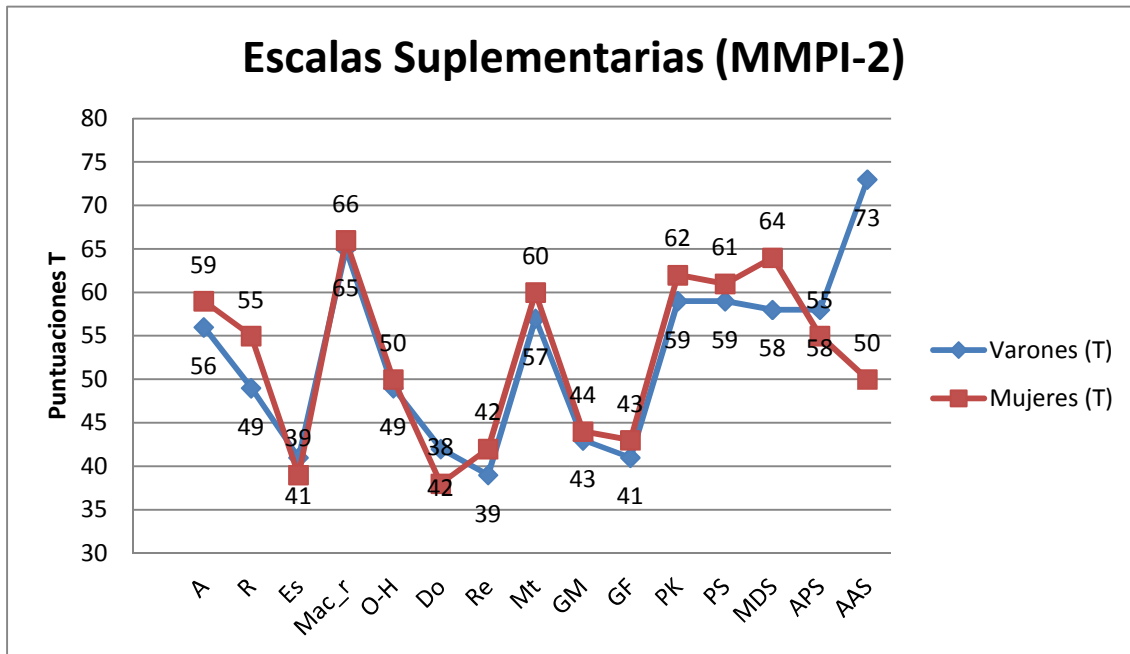


Figura 27. Perfil medio en puntuaciones "T" de las Escalas Suplementarias.

Los resultados presentados en la Tabla 14, y Figura 28, muestran las diferencias obtenidas entre las variables del PSY-5 del MMPI-2. El 60% de las variables resultaron ser estadísticamente significativas ($p < 0,05$) cuando comparamos el grupo de varones con el de las mujeres. Destacamos la *Agresividad* (PSY-AGGR) que se manifiesta con un valor superior en el hombre y también ocurre con las *Escasas emociones positivas / Introversión* (PSY-INTR). Sin embargo las mujeres manifiestan unos valores significativos superiores a los hombres en la *Falta de control* (PSY-DISC).

Tabla 14. Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre varones y mujeres en las Escalas PSY-5

| VARIABLES | Género | N | Media | Desviación típica | Signif. | "d" de Cohen |
|---|--------|----|-------|-------------------|---------|--------------|
| PSY-AGGR: Agresividad | Varón | 93 | 9,27 | 2,655 | 0,007* | 1,00 |
| | Mujer | 20 | 7,45 | 2,837 | | |
| PSY-PSY: Psicoticismo | Varón | 93 | 6,53 | 3,460 | 0,884 | - |
| | Mujer | 20 | 6,40 | 3,831 | | |
| PSY-DISC: Falta de control | Varón | 93 | 11,80 | 3,522 | 0,001* | 1,00 |
| | Mujer | 20 | 14,75 | 3,596 | | |
| PSY-NEGE: Emoc.negat./neurot. | Varón | 93 | 16,52 | 5,765 | 0,154 | - |
| | Mujer | 20 | 18,55 | 5,671 | | |
| PSY-INTR: Introversión/escasa emoc.posit. | Varón | 93 | 20,44 | 5,210 | 0,025* | 0,66 |
| | Mujer | 20 | 17,55 | 4,968 | | |

* Significativas al $p < 0,05$

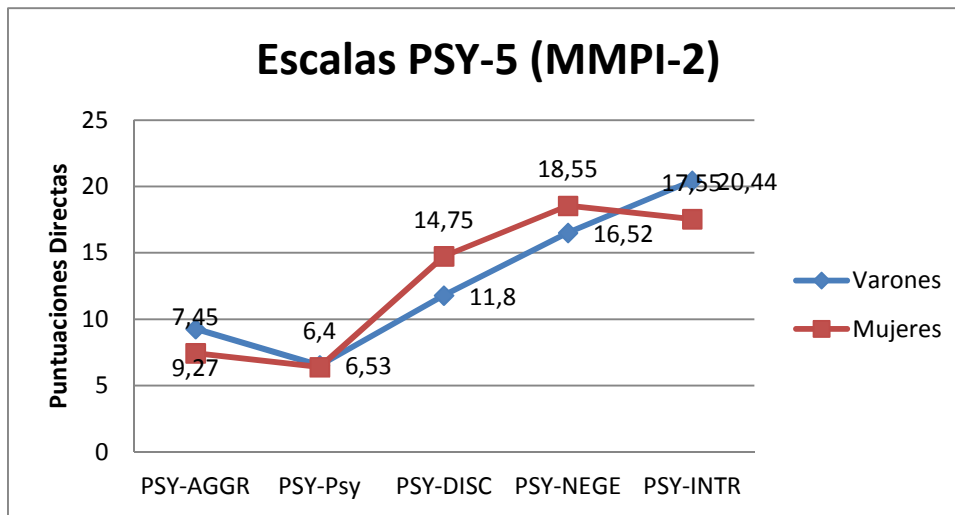


Figura 28. Perfil de puntuaciones medias (Directas) de las Escalas PSY-5

Tanto las correlaciones establecidas entre las Escalas Clínicas Básicas (Tabla 15) y las PSY-5 (Tabla 16) nos muestran las grandes diferencias existentes entre los varones y las mujeres con drogodependencia. Posiblemente la diferencia de sujetos (varones = 93 y, Mujeres = 20) puedan tener su incidencia en los resultados obtenidos.

Tabla 15. Correlaciones entre las variables de las Escalas Clínicas (comparación de Género)

| E. Clínicas | Género | Hs | D | Hy | Pd | Mf | Pa | Pt | Sc | Ma |
|-------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| D | Varones | ,394** | | | | | | | | |
| | Mujeres | ,809** | | | | | | | | |
| Hy | Varones | ,764** | ,333** | | | | | | | |
| | Mujeres | ,667** | ,635** | | | | | | | |
| Pd | Varones | ,288** | ,435** | ,429** | | | | | | |
| | Mujeres | ,037 | ,039 | ,289 | | | | | | |
| Mf | Varones | ,135 | ,119 | ,232* | ,276** | | | | | |
| | Mujeres | ,028 | ,154 | ,248 | -,086 | | | | | |
| Pa | Varones | ,318** | ,481** | ,262* | ,433** | ,229* | | | | |
| | Mujeres | ,087 | ,196 | -,029 | ,140 | -,030 | | | | |
| Pt | Varones | ,399** | ,751** | ,332** | ,522** | ,105 | ,657** | | | |
| | Mujeres | ,686** | ,479* | ,453* | ,511* | -,237 | ,397 | | | |
| Sc | Varones | ,454** | ,561** | ,329** | ,487** | ,265* | ,764** | ,793** | | |
| | Mujeres | ,523* | ,478* | ,451* | ,403 | -,112 | ,378 | ,841** | | |
| Ma | Varones | ,252* | ,088 | ,255* | ,318** | ,341** | ,342** | ,329** | ,490** | |
| | Mujeres | ,153 | -,033 | ,009 | ,022 | -,164 | ,208 | ,376 | ,416 | |
| Si | Varones | ,116 | ,668** | ,017 | ,231* | ,019 | ,514** | ,633** | ,630** | -,006 |
| | Mujeres | ,520* | ,577** | ,219 | ,142 | -,265 | ,217 | ,542* | ,642** | -,100 |

** La correlación es significativa al nivel del $p < 0,01$ (bilateral) * La correlación es significativa al nivel del $p < 0,05$ (bilateral)

Tabla 16. Correlaciones entre las variables PSY-5 (comparación de Género)

| Variables PSY-5 | Género | PSY-AGGR: Agresividad | PSY-PSY: Psicoticismo | PSY-DISC: Falta de control | PSY-NEGE: Emoc.negat./neurot. |
|--|---------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| PSY-PSY: Psicoticismo | Varones | ,295** | | | |
| | Mujeres | ,196 | | | |
| PSY-DISC: Falta de control | Varones | -,195 | ,047 | | |
| | Mujeres | ,290 | -,267 | | |
| PSY-NEGE: Emoc.negat./neurot. | Varones | ,153 | ,540** | -,078 | |
| | Mujeres | ,337 | ,430 | -,181 | |
| PSY-INTR: Introversión/escasa emoc.posit. | Varones | ,142 | -,227* | ,051 | -,227* |
| | Mujeres | ,467* | ,018 | ,111 | -,073 |

** La correlación es significativa al nivel del $p < 0,01$ (bilateral) * La correlación es significativa al nivel del $p < 0,05$ (bilateral)

II.3.1.1.- Perfil clínico, basado en el MMPI-2, de la persona con drogodependencia:

1.- Perfil clínico de la mujer drogodependiente:

- ✓ No suele presentar rasgos Hipocondríacos
- ✓ Con tendencia a la Depresión y significativamente superior al varón
- ✓ Con tendencia a la Histeria, y con valores significativamente superiores al varón
- ✓ Presenta rasgos propios del Trastorno antisocial y sus valores, aunque no significativos, son superiores al del varón
- ✓ Con predisposición a la Paranoia y con valores significativamente superiores al varón
- ✓ Con propensión a presentar Trastornos psicóticos, aunque sin diferencia de los varones.
- ✓ Tampoco presenta rasgos Obsesivos ni Hipomaníacos.
- ✓ Con tendencia a tener miedos, y con valores significativamente superiores a los del varón.
- ✓ Que tiene problemas familiares, y con valores significativamente superiores a los del varón.
- ✓ Con tendencia a tener problemas en el trabajo que realiza, y con valores significativamente superiores a los del varón.
- ✓ Suele presentar problemas de ansiedad, y con valores significativamente mayores a los del varón.
- ✓ Suele sentir más la represión que los varones.
- ✓ Suele tener tendencia a tener problemas con su pareja, y con valores significativamente mayores a los de los varones.
- ✓ Tiene tendencia a sufrir estrés postraumático importantes, aunque no son superiores a los valores de los varones.
- ✓ Suele tener problemas con la formación o el estudio, aunque sus valores son semejantes a los de los varones.

2.- Perfil Clínico del varón drogodependiente:

- ✓ No presenta rasgos hipocondríacos.
- ✓ Con tendencia a la depresión, pero con valores significativos inferiores a los que presenta la mujer.
- ✓ No presenta rasgos de Histeria.
- ✓ Con evidente Trastorno antisocial, aunque sus valores son significativamente inferiores a los de la mujer.
- ✓ Con tendencia a la Paranoia, pero con valores significativamente inferiores a los de la mujer.
- ✓ No presenta rasgos de Obsesividad.
- ✓ Con tendencia a presentar rasgos propios de Psicosis, aunque con valores inferiores a los de la mujer.
- ✓ No presenta rasgos hipomaníacos ni de introversión social.
- ✓ Reconoce que consume alcohol algo superior a la mujer pero sin diferencias significativas.
- ✓ Reconoce también su adicción con valores superiores a los de la mujer.

II.3.2.- Resultados correspondientes a la Hipótesis 2ª.

A continuación vamos a presentar los resultados referentes a la segunda hipótesis planteada en nuestra investigación.

Teniendo en cuenta la adicción de los principales tipos de drogas consumidas, y que fueron las que motivaron el tratamiento terapéutico: alcohol, heroína y cocaína, nos preguntábamos si los perfiles de personalidad que se pueden obtener a través del MMPI-2, podrían ser diferentes según el tipo de droga que motivaba este tratamiento. Veamos los datos que nos aportan los resultados obtenidos.

Podemos apreciar por la Tabla 17 que solamente 4 diferencias medias, de las 30 posibles combinaciones (13.33%) han resultado ser estadísticamente significativas ($p < 0.05$) con valores cercanos al valor moderado del Tamaño del efecto ("d" de Cohen).

Cuando lo hacemos de una manera gráfica (Figura 29⁵) se puede apreciar que las diferencias son mínimas en los diferentes perfiles del MMPI-2 teniendo en cuenta la droga que ha motivado al tratamiento.

Tabla 17. Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre las distintas drogas que motivan el tratamiento en las Escalas Clínicas Básicas

| Escalas Clínicas | Motiv. Tratamiento | N | Media | Desv. típica | Comp.Medias | Signif. | "d" de Cohen |
|----------------------|--------------------|----|-------|--------------|-------------|----------|--------------|
| Hs-Hipocondría | Heroína | 56 | 15,72 | 4,485 | Her-Coca | -2, 649* | -0.66 |
| | Cocaína | 39 | 18,37 | 5,217 | Her-Alcoh | -0, 166 | - |
| | Alcohol | 18 | 15,89 | 3,864 | Coca-Alcoh | 2,483 | - |
| D-Depresión | Heroína | 56 | 26,00 | 5,400 | Her-Coca | -3.077* | -0.59 |
| | Cocaína | 39 | 29,08 | 5,593 | Her-Alcoh | -3.500 | - |
| | Alcohol | 18 | 29,50 | 6,776 | Coca-Alcoh | -0.423 | - |
| Hy-Histeria | Heroína | 56 | 24,86 | 4,445 | Her-Coca | -2.168 | - |
| | Cocaína | 39 | 27,03 | 5,589 | Her-Alcoh | -1.087 | - |
| | Alcohol | 18 | 25,94 | 6,830 | Coca-Alcoh | 1.081 | - |
| Pd-DesvPsicopática | Heroína | 56 | 31,95 | 4,854 | Her-Coca | -1.936 | - |
| | Cocaína | 39 | 33,88 | 4,810 | Her-Alcoh | -1.376 | - |
| | Alcohol | 18 | 33,32 | 5,310 | Coca-Alcoh | 0.560 | - |
| Mf-InterMascul_Femen | Heroína | 56 | 28,46 | 4,991 | Her-Coca | 0.387 | - |
| | Cocaína | 39 | 28,08 | 5,367 | Her-Alcoh | -0.702 | - |
| | Alcohol | 18 | 29,17 | 5,544 | Coca-Alcoh | -1.090 | - |
| Pa-Paranoia | Heroína | 56 | 14,73 | 4,038 | Her-Coca | -1.422 | - |
| | Cocaína | 39 | 16,15 | 3,910 | Her-Alcoh | -0.657 | - |
| | Alcohol | 18 | 15,39 | 3,822 | Coca-Alcoh | 0.765 | - |
| Pt-Psicastenia | Heroína | 56 | 32,66 | 7,033 | Her-Coca | -3.647* | -0.53 |
| | Cocaína | 39 | 36,31 | 6,724 | Her-Alcoh | -2.673 | - |
| | Alcohol | 18 | 35,33 | 5,657 | Coca-Alcoh | 0.974 | - |
| Sc-Esquizofrenia | Heroína | 56 | 36,84 | 9,304 | Her-Coca | -3.263 | - |
| | Cocaína | 39 | 40,10 | 10,135 | Her-Alcoh | -0.842 | - |
| | Alcohol | 18 | 40,94 | 8,868 | Coca-Alcoh | 1.023 | - |
| Ma-Hipomanía | Heroína | 56 | 22,77 | 4,412 | Her-Coca | -0.494 | - |
| | Cocaína | 39 | 23,26 | 4,660 | Her-Alcoh | 1.023 | - |
| | Alcohol | 18 | 21,74 | 4,243 | Coca-Alcoh | 1.517 | - |
| Si-IntrovSocial | Heroína | 56 | 29,68 | 9,056 | Her-Coca | -2.373 | - |
| | Cocaína | 39 | 32,05 | 8,091 | Her-Alcoh | -7.266* | -0.78 |
| | Alcohol | 18 | 36,94 | 9,459 | Coca-Alcoh | -4.893 | - |

*Significativo al $p < 0.05$

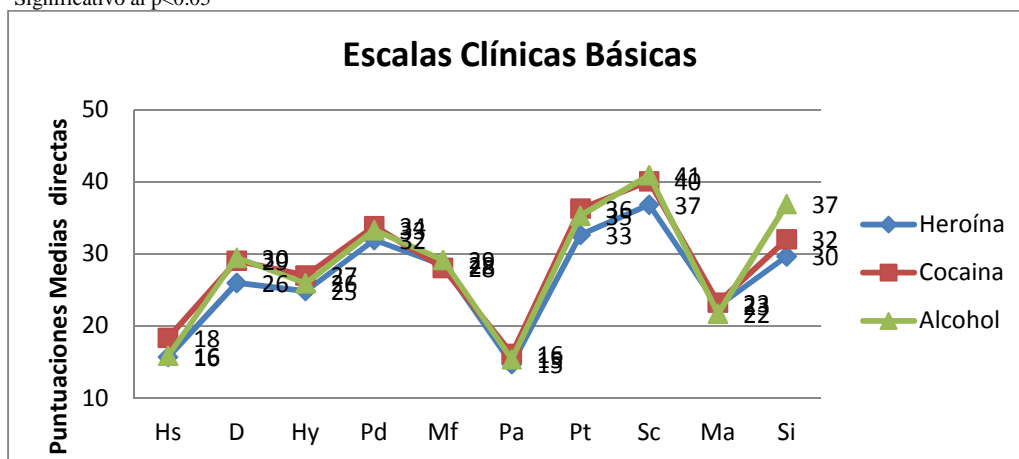


Figura 29. Puntuaciones medias en las Escalas Clínicas Básicas de las diferentes drogas (Heroína, Cocaína y Alcohol) que motivaron el tratamiento.

⁵ Se han tenido que hacer la gráfica con las puntuaciones medias directas, en vez de las baremadas, ya que se trata del conjunto de varones+mujeres, y los baremos en el MMPI-2 se encuentran separados por género.

Tabla 18. Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre las distintas drogas que motivan de tratamiento en las Escalas de Contenido

| Escalas de Contenido | Motiv. Tratamiento | N | Media | Desv. típica | Comp.Medias | Signif. | "d" de Cohen |
|----------------------|--------------------|----|-------|--------------|-------------|---------|--------------|
| ANX-Ansiedad | Heroína | 56 | 10,71 | 5,144 | Her-Coca | -1.850 | - |
| | Cocaína | 39 | 12,56 | 4,553 | Her-Alcoh | -0.619 | - |
| | Alcohol | 18 | 11,33 | 2,808 | Coca-Alcoh | 1.231 | - |
| FRS-Miedos | Heroína | 56 | 7,46 | 4,472 | Her-Coca | 0.926 | - |
| | Cocaína | 39 | 6,54 | 3,582 | Her-Alcoh | -0.591 | - |
| | Alcohol | 18 | 8,06 | 3,718 | Coca-Alcoh | -1.517 | - |
| OBS-Obsesión | Heroína | 56 | 7,00 | 4,139 | Her-Coca | -0.949 | - |
| | Cocaína | 39 | 7,95 | 3,634 | Her-Alcoh | -1.111 | - |
| | Alcohol | 18 | 8,11 | 2,847 | Coca-Alcoh | -0.162 | - |
| DEP-Depresión | Heroína | 56 | 12,91 | 6,788 | Her-Coca | -2.064 | - |
| | Cocaína | 39 | 14,97 | 6,119 | Her-Alcoh | -3.812 | - |
| | Alcohol | 18 | 16,72 | 6,257 | Coca-Alcoh | -1.748 | - |
| HEA-ProblSalud | Heroína | 56 | 9,18 | 5,756 | Her-Coca | -2.616 | - |
| | Cocaína | 39 | 11,79 | 5,800 | Her-Alcoh | -1.599 | - |
| | Alcohol | 18 | 10,78 | 2,861 | Coca-Alcoh | 1.017 | - |
| BIZ-PensamBizarro | Heroína | 56 | 4,88 | 3,475 | Her-Coca | -0.099 | - |
| | Cocaína | 39 | 4,97 | 3,602 | Her-Alcoh | -0.569 | - |
| | Alcohol | 18 | 5,44 | 3,485 | Coca-Alcoh | -0.470 | - |
| ANG-Ira | Heroína | 56 | 8,27 | 3,920 | Her-Coca | 0.293 | - |
| | Cocaína | 39 | 7,97 | 3,344 | Her-Alcoh | 0.268 | - |
| | Alcohol | 18 | 8,00 | 3,144 | Coca-Alcoh | -0.26 | - |
| CYN-Cinismo | Heroína | 56 | 12,21 | 5,112 | Her-Coca | 0.573 | - |
| | Cocaína | 39 | 11,64 | 4,960 | Her-Alcoh | -1.841 | - |
| | Alcohol | 18 | 14,06 | 4,783 | Coca-Alcoh | -2.415 | - |
| ASP- Cond.antisocial | Heroína | 56 | 12,63 | 3,333 | Her-Coca | 0.420 | - |
| | Cocaína | 39 | 12,21 | 3,708 | Her-Alcoh | 0.792 | - |
| | Alcohol | 18 | 11,83 | 4,134 | Coca-Alcoh | 0.372 | - |
| TPA-TrastPdadTipoA | Heroína | 56 | 9,80 | 3,724 | Her-Coca | -0.196 | - |
| | Cocaína | 39 | 10,00 | 2,929 | Her-Alcoh | 1.415 | - |
| | Alcohol | 18 | 8,39 | 3,398 | Coca-Alcoh | -1.611 | - |
| LSE-BajAutoestima | Heroína | 56 | 8,11 | 5,707 | Her-Coca | -1.406 | - |
| | Cocaína | 39 | 9,51 | 4,757 | Her-Alcoh | -2.948 | - |
| | Alcohol | 18 | 11,06 | 5,011 | Coca-Alcoh | 1.543 | - |
| SOD-ProblSociales | Heroína | 56 | 9,05 | 4,978 | Her-Coca | -0.767 | - |
| | Cocaína | 39 | 9,82 | 5,226 | Her-Alcoh | -2.699 | - |
| | Alcohol | 18 | 11,72 | 5,050 | Coca-Alcoh | -1.902 | - |
| FAM-ProblFamiliares | Heroína | 56 | 8,63 | 5,069 | Her-Coca | -1.402 | - |
| | Cocaína | 39 | 9,67 | 4,207 | Her-Alcoh | -4.097* | -0.78 |
| | Alcohol | 18 | 12,72 | 5,367 | Coca-Alcoh | -3.056 | - |
| WRK-InterfTrabajo | Heroína | 56 | 12,52 | 7,471 | Her-Coca | -2.296 | - |
| | Cocaína | 39 | 14,74 | 6,858 | Her-Alcoh | -3.927 | - |
| | Alcohol | 18 | 16,44 | 5,371 | Coca-Alcoh | -1.701 | - |
| TRT-NegaTratamiento | Heroína | 56 | 8,95 | 5,725 | Her-Coca | -1.413 | - |
| | Cocaína | 39 | 10,36 | 5,194 | Her-Alcoh | -3.220 | - |
| | Alcohol | 18 | 12,17 | 3,808 | Coca-Alcoh | -1.808 | - |

*Significativo al $p < 0.05$

Se puede apreciar, por los resultados obtenidos de la Tabla 18, que solamente una comparación (consumo de heroína/alcohol) en la variable de Problemas familiares (FAM) ha resultado ser significativa ($p < 0.05$) con un *Tamaño del efecto* ("d" de Cohen) que podemos considerar como moderado. Solamente una del total de 45 (2,22%) comparaciones medias hechas con las Escalas de Contenido entre los distintos tipos de consumo, han resultado ser estadísticamente significativa.

Por los resultados mostrados en la Figura 30, podemos apreciar que el perfil del drogodependiente es muy semejante, independientemente de la droga que consuma.

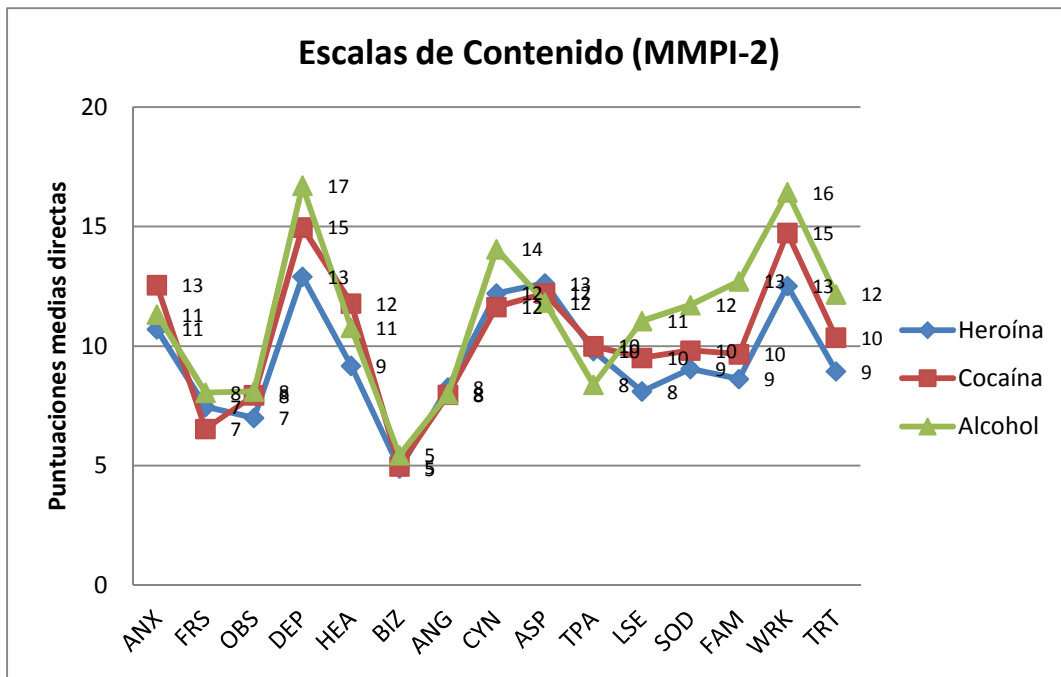


Figura 30. Puntuaciones medias en las Escalas de Contenido de las diferentes drogas (Heroína, Cocaína y Alcohol) que motivaron el tratamiento.

Los resultados mostrados por la Tabla 19 nos muestra la existencia de solamente dos variables (13.33%) de las Escalas Suplementarias que resultaron ser significativas estadísticamente ($p < 0.05$) al comparar las motivaciones de la heroína con las del alcohol. Sus perfiles como se puede ver en la Figura 31 no difieren significativamente, por lo cual podemos concluir que los perfiles psicológicos de las personas con drogodependencia, cuya droga (heroína, cocaína o alcohol) motivó el tratamiento terapéutico, no difieren significativamente.

Tabla 19. Diferencia de medias, significación y "d" de Cohen entre las drogas que motivan el tratamiento en las Escalas Suplementarias

| E. Suplementarias | Motiv. Tratamiento | N | Media | Desviación típica | Grupos comparados | Signif. | "d" Cohen |
|------------------------|--------------------|----|-------|-------------------|-------------------|---------|-----------|
| A-Ansiedad | Heroína | 56 | 18,21 | 9,456 | Her-Coca | -2.709 | - |
| | Cocaína | 39 | 20,92 | 8,374 | Her-Alcoh | -5.119 | - |
| | Alcohol | 18 | 23,33 | 6,800 | Coca-Alcoh | -2.410 | - |
| R-Represión | Heroína | 56 | 16,80 | 3,424 | Her-Coca | -0.171 | - |
| | Cocaína | 39 | 16,97 | 4,545 | Her-Alcoh | -2.585 | - |
| | Alcohol | 18 | 19,39 | 5,720 | Coca-Alcoh | -2.415 | - |
| Es-FuerzaYo | Heroína | 56 | 30,89 | 6,329 | Her-Coca | 2.252 | - |
| | Cocaína | 39 | 28,64 | 6,072 | Her-Alcoh | 2.782 | - |
| | Alcohol | 18 | 28,11 | 5,121 | Coca-Alcoh | 0.530 | - |
| Mac_r-AlcoholMacAndrew | Heroína | 56 | 28,88 | 3,281 | Her-Coca | 1.131 | - |
| | Cocaína | 39 | 27,74 | 3,885 | Her-Alcoh | 2.708* | 0.32 |
| | Alcohol | 18 | 26,17 | 4,148 | Coca-Alcoh | 1.577 | - |
| O-H-ControlHostilidad | Heroína | 56 | 13,70 | 2,960 | Her-Coca | 0.927 | - |
| | Cocaína | 39 | 12,77 | 2,680 | Her-Alcoh | 0.919 | - |
| | Alcohol | 18 | 12,78 | 1,927 | Coca-Alcoh | -0.009 | - |
| Do-Dominancia | Heroína | 56 | 12,79 | 3,263 | Her-Coca | 0.529 | - |
| | Cocaína | 39 | 12,26 | 3,314 | Her-Alcoh | 0.063 | - |
| | Alcohol | 18 | 12,72 | 3,268 | Coca-Alcoh | -0.466 | - |
| Re-Responsabilidad | Heroína | 56 | 15,11 | 4,233 | Her-Coca | -0.175 | - |
| | Cocaína | 39 | 15,28 | 4,611 | Her-Alcoh | -1.504 | - |
| | Alcohol | 18 | 16,61 | 4,258 | Coca-Alcoh | -1.329 | - |
| Mt-ProblEstudios | Heroína | 56 | 19,30 | 8,092 | Her-Coca | -3.748 | - |
| | Cocaína | 39 | 23,05 | 7,373 | Her-Alcoh | -4.419 | - |
| | Alcohol | 18 | 23,72 | 5,539 | Coca-Alcoh | -0.671 | - |
| GM-RolMasculino | Heroína | 56 | 30,73 | 6,961 | Her-Coca | 0.809 | - |
| | Cocaína | 39 | 29,92 | 6,611 | Her-Alcoh | 2.010 | - |
| | Alcohol | 18 | 28,72 | 6,229 | Coca-Alcoh | 1.201 | - |
| GF-RolFemenino | Heroína | 56 | 22,91 | 4,837 | Her-Coca | -0.320 | - |
| | Cocaína | 39 | 23,23 | 4,923 | Her-Alcoh | -3.478* | -0.33 |
| | Alcohol | 18 | 26,39 | 4,667 | Coca-Alcoh | -3.158 | - |
| PK-EstrésPostraum1 | Heroína | 56 | 17,61 | 9,665 | Her-Coca | -3.008 | - |
| | Cocaína | 39 | 20,62 | 8,902 | Her-Alcoh | -2.504 | - |
| | Alcohol | 18 | 20,11 | 7,888 | Coca-Alcoh | 0.504 | - |
| PS-EstrésPostraum2 | Heroína | 56 | 23,02 | 12,381 | Her-Coca | -3.674 | - |
| | Cocaína | 39 | 26,69 | 12,024 | Her-Alcoh | -4.760 | - |
| | Alcohol | 18 | 27,78 | 8,654 | Coca-Alcoh | -1.085 | - |
| MDS-EstrésConyugal | Heroína | 56 | 5,61 | 2,469 | Her-Coca | -1.265 | - |
| | Cocaína | 39 | 6,87 | 2,536 | Her-Alcoh | -1.726 | - |
| | Alcohol | 18 | 7,33 | 2,970 | Coca-Alcoh | -0.462 | - |
| APS-AdiccionPotencial | Heroína | 56 | 23,86 | 3,849 | Her-Coca | -1.681 | - |
| | Cocaína | 39 | 25,54 | 3,648 | Her-Alcoh | -0.754 | - |
| | Alcohol | 18 | 24,61 | 3,775 | Coca-Alcoh | 1.681 | - |
| AAS-AdmisiónAdicción | Heroína | 56 | 6,11 | 2,197 | Her-Coca | -0.149 | - |
| | Cocaína | 39 | 6,26 | 2,099 | Her-Alcoh | -0.448 | - |
| | Alcohol | 18 | 6,56 | 2,479 | Coca-Alcoh | -0.299 | - |

* Significativa al nivel del 0.05.

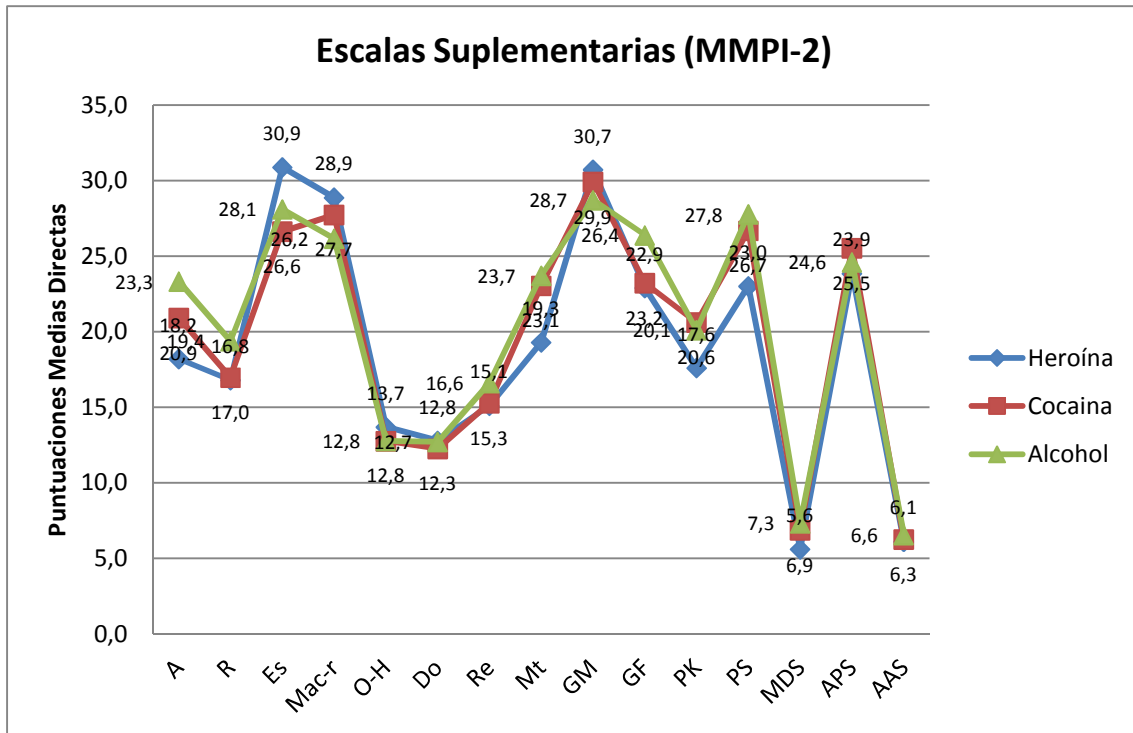


Figura 31. Puntuaciones medias en las Escalas Suplementarias de las diferentes drogas (Heroína, Cocaína y Alcohol) que motivaron el tratamiento.

II.3.3.- Resultados correspondientes a la Hipótesis 3ª.

Teniendo en cuenta la evidencia de la *patología dual*, nos habíamos planteado, en esta tercera hipótesis, el poder demostrar que los perfiles de las personas con drogodependencia y los perfiles de la muestra Clínica son, globalmente considerados, semejantes.

En esta investigación disponemos de tres grupos de muestra diferentes a los que se les ha aplicado el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*: Normales (sin patología evidente), Clínicos (con patología evidente y que necesita tratamiento) y Drogodependientes (personas consumidores de drogas y necesitadas de rehabilitación). Queremos ver que la muestra Clínica no es diferente a la muestra de Drogodependencia.

II.3.3.1.- Análisis entre grupos Normal/Clínico/Drogodependiente.

En primer lugar, vamos a ver cómo se muestran las variables clínicas del MMPI-2 en los tres grupos (Normales, Clínicos y Drogodependientes) a través de los resultados obtenidos por los estadísticos descriptivos de cada grupo, analizando sus diferencias de medias y contrastando el *Tamaño del efecto*, mediante la "d" de Cohen para poder

apreciar si esta diferencia de medias es grande, mediana o pequeña. Posteriormente analizaremos, mediante la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para poder especificar la precisión diagnóstica que presenta el Minnesota Multiphasic Personality-2 (MMPI-2) en esta muestra de personas con drogodependencia.

II.3.3.1.1.- Análisis de las Escalas Clínicas

La Tabla 20 nos muestra algunos detalles interesantes. Por una parte se ha podido comprobar las diferencias estadísticamente significativas, y confirmadas por la "d" de Cohen, entre los grupos Normal y Clínico. En la misma gráfica (Figura 32) se puede ver que el perfil de la muestra clínica siempre aparece superior al de la muestra Normal. Esto nos va a permitir, una vez que hemos demostrado la existencia de diferencias estadísticamente significativas, prescindir del grupo Normal para nuestros análisis posteriores ya que, además, no está considerado en nuestra hipótesis 3ª.

Por otra, si nos fijamos en las diferencias estadísticas entre los valores mostrados por las Escalas Clínicas en los grupos Clínico y Drogodependiente, podemos ver que:

- ✓ No se encuentran diferencias estadísticas significativas con las variables Hy (Histeria), Mf (Masculinidad/Feminidad), Sc (Esquizofrenia), Ma (Hipomanía) y Si (Introversión social).
- ✓ Las variables Hs (Hipocondría), D (Depresión) y Pt (Psicastenia) son significativamente superiores en el grupo Clínico pero su diferencia, señalada por el Tamaño del efecto de Cohen, es baja.

Tabla 20. Diferencias entre medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas Clínicas.

| Escalas Clínicas | Grupos | N | Media | Desv. típica | Grupos comparados | Signif. | "d" de Cohen |
|----------------------|----------|-----|-------|--------------|-------------------|-----------|--------------|
| Hs-Hipocondría | Normal | 250 | 15,22 | 4,395 | Normal-Clin. | -3.875** | -0.73 |
| | Clínico | 324 | 19,10 | 6,115 | Normal-Drog | -1.440 | - |
| | Drogodep | 113 | 16,66 | 4,789 | Clin-Drog. | 2.435** | 0.44 |
| D-Depresión | Normal | 250 | 23,36 | 4,964 | Normal-Clin. | -6,040** | -1.01 |
| | Clínico | 324 | 29,40 | 6,900 | Normal-Drog | -4.255** | -0.78 |
| | Drogodep | 113 | 27,62 | 5,876 | Clin-Drog. | 1.785* | 0.28 |
| Hy-Histeria | Normal | 250 | 22,16 | 4,832 | Normal-Clin. | -5.093** | -0.91 |
| | Clínico | 324 | 27,25 | 6,208 | Normal-Drog | -3.619** | -0.71 |
| | Drogodep | 113 | 25,78 | 5,325 | Clin-Drog. | 1.474 | - |
| Pd-Desv Psicopática | Normal | 250 | 23,36 | 4,846 | Normal-Clin. | -5.058** | -0.95 |
| | Clínico | 324 | 28,41 | 5,770 | Normal-Drog | -9.478** | -1.93 |
| | Drogodep | 113 | 32,83 | 4,951 | Clin-Drog. | -4.420** | -0.82 |
| Mf-InterMascul_Femen | Normal | 250 | 28,75 | 5,312 | Normal-Clin. | -.915 | - |
| | Clínico | 324 | 29,67 | 5,156 | Normal-Drog | .310 | - |
| | Drogodep | 113 | 28,44 | 5,177 | Clin-Drog. | 1.224 | - |
| Pa-Paranoia | Normal | 250 | 10,80 | 3,409 | Normal-Clin. | -4.341** | -1.03 |
| | Clínico | 324 | 15,15 | 4,871 | Normal-Drog | -4.523** | -1.22 |
| | Drogodep | 113 | 15,33 | 3,979 | Clin-Drog. | -.182 | - |
| Pt-Psicastenia | Normal | 250 | 30,09 | 5,688 | Normal-Clin. | -7.198** | -1.06 |
| | Clínico | 324 | 37,29 | 7,782 | Normal-Drog | -4.253** | -0.67 |
| | Drogodep | 113 | 34,35 | 6,885 | Clin-Drog. | 2.945** | 0.40 |
| Sc-Esquizofrenia | Normal | 250 | 30,33 | 7,369 | Normal-Clin. | -10.505** | -1.13 |
| | Clínico | 324 | 40,83 | 10,845 | Normal-Drog | -8.291** | -0.97 |
| | Drogodep | 113 | 38,62 | 9,619 | Clin-Drog. | 2.214 | - |
| Ma-Hipomanía | Normal | 250 | 19,21 | 4,365 | Normal-Clin. | -2.427** | -0.51 |
| | Clínico | 324 | 21,64 | 5,134 | Normal-Drog | -3.567** | -0.81 |
| | Drogodep | 113 | 22,78 | 4,462 | Clin-Drog. | -1.140 | - |
| Si-IntrovSocial | Normal | 250 | 29,08 | 8,492 | Normal-Clin. | -4.651** | -0.52 |
| | Clínico | 324 | 33,73 | 9,316 | Normal-Drog | -2.575* | -0.29 |
| | Drogodep | 113 | 31,65 | 9,087 | Clin-Drog. | 2.077 | - |

** Las diferencias de medias sin significativas al nivel del 0,01 (bilateral)

* Las diferencias de medias sin significativas al nivel del 0,05 (bilateral)

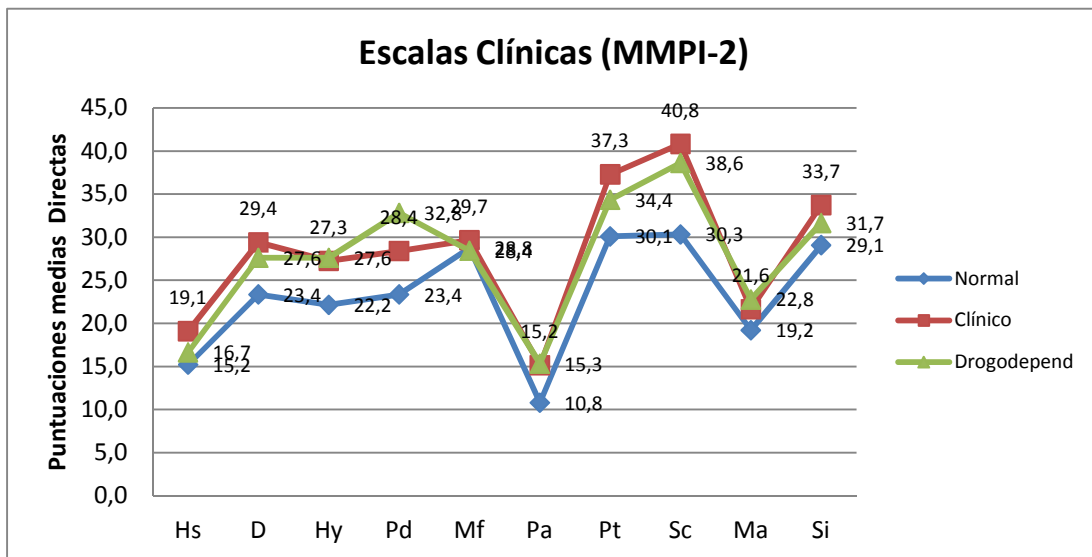


Figura 32. Puntuaciones medias⁶ de las Escalas Clínicas en los tres grupos (Normal, Clínico y Drogodependientes).

⁶ Trabajamos con las puntuaciones medias directas porque tomamos a los tres grupos en conjunto (varones + mujeres), ya que los baremos en la población española se encuentran divididos por género.

Al obtener las correlaciones entre las variables Clínicas básicas de las personas con drogodependencia (Tabla 21) podemos apreciar la elevada asociación ($r = 0.803$) existente entre Esquizofrenia (Sc) y Psicastenia (Pt), así como entre la Histeria y la Hipocondría ($r = 0,751$), la Psicastenia (Pt) con Depresión (D) ($r = 0.707$). De forma general podemos apreciar que el 71.11% de las correlaciones son significativas al $p < 0.01$, un 11.11% al nivel del $p < 0.05$ y solamente un 17,79% no resultaron ser significativas en estos dos niveles analizados. Se encontraron, en estos resultados, la existencia de una sola correlación negativa y no significativa entre Introversión social e Hipomanía, ($r = -0,43$).

Tabla 21. Correlaciones entre las Escalas Clínicas Básicas en personas con drogodependencia

| E. Clínicas Básicas | Hs | D | Hy | Pd | Mf | Pa | Pt | Sc | Ma |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| D | ,504** | | | | | | | | |
| Hy | ,751** | ,436** | | | | | | | |
| Pd | ,269** | ,392** | ,417** | | | | | | |
| Mf | ,202* | ,287** | ,299** | ,273** | | | | | |
| Pa | ,309** | ,468** | ,240* | ,414** | ,281** | | | | |
| Pt- | ,469** | ,707** | ,379** | ,533** | ,148 | ,630** | | | |
| Sc | ,475** | ,551** | ,364** | ,486** | ,245** | ,716** | ,803** | | |
| Ma | ,201* | ,012 | ,171 | ,247** | ,132 | ,279** | ,299** | ,452** | |
| Si | ,214* | ,655** | ,088 | ,234* | ,065 | ,482** | ,626** | ,637** | -,043 |

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

II.3.3.1.2.- Análisis de las Escalas PSY-5

Analizamos los resultados obtenidos por la Tabla 22 de las puntuaciones obtenidas por las escalas PSY-5 del MMPI-2.

Tabla 22. Diferencias de medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas PSY-5

| PSY-Y | Grupos | N | Media | Desv. típica | Grupos comparados | Signif. | "d" de Cohen |
|------------------------------------|----------|-----|-------|--------------|-------------------|----------|--------------|
| PSY-AGGR: Agresividad | Normal | 250 | 8,50 | 3,159 | Normal-Clin. | 0.448 | - |
| | Clínico | 324 | 8,05 | 3,037 | Normal-Drog. | -0.447 | - |
| | Drogodep | 113 | 8,95 | 2,764 | Clin-Drog. | -0.894* | -0.31 |
| PSY-PSY: Psicoticismo | Normal | 250 | 5,86 | 3,060 | Normal-Clin. | -2.144** | -0.57 |
| | Clínico | 324 | 8,00 | 4,389 | Normal-Drog. | -0.648 | - |
| | Drogodep | 113 | 6,50 | 3,511 | Clin-Drog. | 1.496** | 0.38 |
| PSY-DISC: Falta de control | Normal | 250 | 12,81 | 3,923 | Normal-Clin. | -0.040 | - |
| | Clínico | 324 | 12,85 | 4,300 | Normal-Drog. | 0.493 | - |
| | Drogodep | 113 | 12,32 | 3,697 | Clin-Drog. | 0.533 | - |
| PSY-NEGE: Emoc.negat./neurot. | Normal | 250 | 15,04 | 5,824 | Normal-Clin. | -2.640** | -0.44 |
| | Clínico | 324 | 17,68 | 6,239 | Normal-Drog. | -1.840* | -0.32 |
| | Drogodep | 113 | 16,88 | 5,776 | Clin-Drog. | 0.800 | - |
| PSY-INTR: Introversión/emoc.posit. | Normal | 250 | 11,34 | 4,304 | Normal-Clin. | -3.486** | -0.70 |
| | Clínico | 324 | 14,83 | 5,549 | Normal-Drog. | -8.585** | -1.60 |
| | Drogodep | 113 | 19,93 | 5,264 | Clin-Drog. | -5.099** | -0.94 |

** La diferencia de medias es significativa al nivel del 0.01

*La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05

Son muy interesantes los valores mostrados por la Tabla 22 porque nos muestran que las diferencias estadísticas existentes en el grupo de Escalas PSY-5, es la variable PSY-INTR (Introversión / emociones positivas) del grupo Drogodependiente las que

han resultado ser más grandes en sus diferencias significativas con el grupo clínico. ("d" de Cohen). Esto puede ayudar a caracterizar el perfil de la persona con drogodependencia.

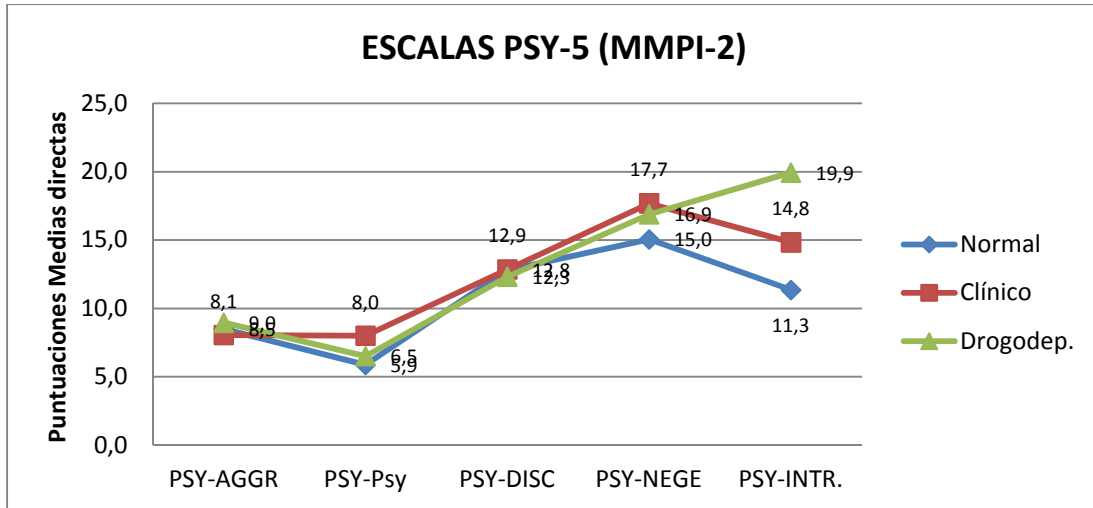


Figura 33. Puntuaciones medias de las Escalas PSY-5 en los tres grupos (Normal, Clínico y Drogodependiente)

E incluso cuando miramos los resultados de la Tabla 22 y su expresión gráfica (Figura 33) de las cinco variables PSY, podemos apreciar lo mismo: los valores de la muestra clínica son superiores a los de la muestra normal, como, por otra parte, cabía esperar.

Tabla 23. Correlaciones entre las Variables PSY-5 entre personas con drogodependencia.

| VARIABLES | PSY-AGGR. Agresividad | PSY-PSY. Psicoticismo | PSY-DISC. Falta de control | PSY-NEGE. Emoc.negat./neurot. |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| PSY-PSY: Psicoticismo | ,270** | | | |
| PSY-DISC: Falta de control | -,175 | -,016 | | |
| PSY-NEGE: Emoc.negat./neurot. | ,144 | ,513** | -,049 | |
| PSY-INTR: Introversión/escasa emoc.posit. | ,241* | -,175 | -,008 | -,224* |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

II.3.3.2.-Análisis estadísticos entre los grupos Clínico/Drogodependiente.

Ya hemos realizado, con las Escalas Clínicas Básicas y las PSY-5, los análisis correspondientes a los tres grupos Normal/Clínico/Drogodependiente. A nuestro entender, no tiene mucho sentido hallar las diferencias estadísticas entre los grupos Normales/clínico. Nos interesa ver el comportamiento del grupo de drogodependientes

con los clínicos y los normales. Vamos a presentar los resultados, en primer lugar, al comparar los resultados obtenidos por los grupos Clínico/drogodependiente.

II.3.3.2.1.- Las Escalas Clínicas.

Tabla 24. Diferencias de medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas Clínicas

| Escalas Clínicas | Grupo | N | Media | Desviación tıp. | Signif. | "d" de Cohen |
|----------------------|----------|-----|-------|-----------------|---------|--------------|
| Hs-Hipocondría | Clínico | 324 | 19,10 | 6,115 | 0.000 | 0.44 |
| | Drogodep | 113 | 16,66 | 4,789 | | |
| D-Depresión | Clínico | 324 | 29,40 | 6,900 | 0.009 | 0.28 |
| | Drogodep | 113 | 27,62 | 5,876 | | |
| Hy-Histeria | Clínico | 324 | 27,25 | 6,208 | 0.016 | 0.25 |
| | Drogodep | 113 | 25,78 | 5,325 | | |
| Pd-DesvPsicopática | Clínico | 324 | 28,41 | 5,770 | 0.000 | -0.82 |
| | Drogodep | 113 | 32,83 | 4,951 | | |
| Mf-InterMascul_Femen | Clínico | 324 | 29,67 | 5,156 | 0.031 | 0.24 |
| | Drogodep | 113 | 28,44 | 5,177 | | |
| Pa-Paranoia | Clínico | 324 | 15,15 | 4,871 | 0.693 | - |
| | Drogodep | 113 | 15,33 | 3,979 | | |
| Pt-Psicastenia | Clínico | 324 | 37,29 | 7,782 | 0.000 | 0.40 |
| | Drogodep | 113 | 34,35 | 6,885 | | |
| Sc-Esquizofrenia | Clínico | 324 | 40,83 | 10,845 | 0.043 | 0.22 |
| | Drogodep | 113 | 38,62 | 9,619 | | |
| Ma-Hipomanía | Clínico | 324 | 21,64 | 5,134 | 0.026 | -0.24 |
| | Drogodep | 113 | 22,78 | 4,462 | | |
| Si-IntrovSocial | Clínico | 324 | 33,73 | 9,316 | 0.039 | 0.23 |
| | Drogodep | 113 | 31,65 | 9,087 | | |

Como se puede apreciar por la Tabla 24, cuando comparamos los grupos Clínico/drogodependiente, se puede apreciar por los resultados aportados por la "d" de Cohen que solamente la escala Pd (Desviación Psicopática) es la que nos aporta una "buena" diferencia entre ambos grupos, siendo su valor superior en el de drogodependientes. Las demás variables, aunque estadísticamente significativas, sus diferencias son bajas (aportadas por la "d" de Cohen).

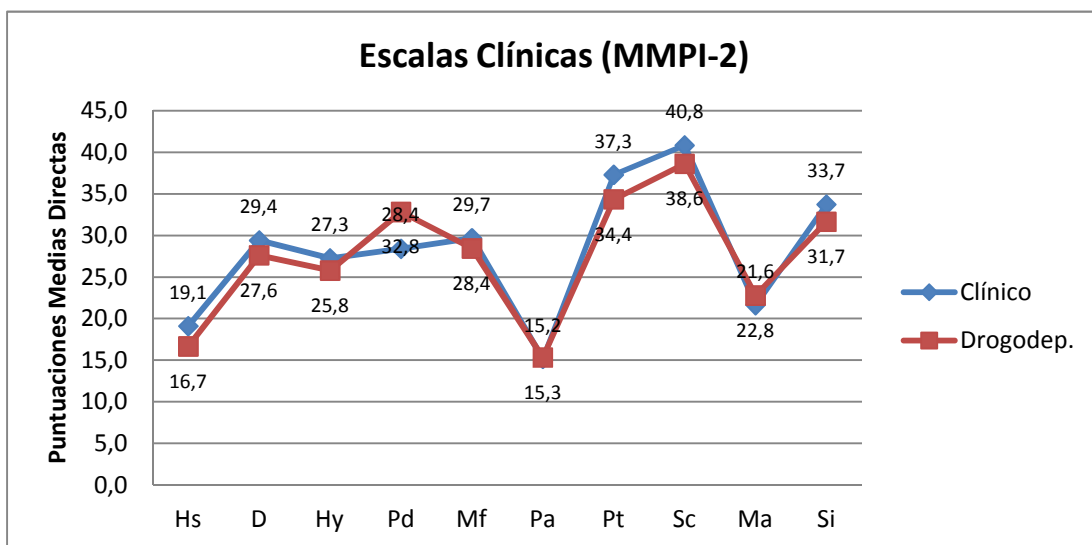


Figura 34. Puntuaciones medias de las Escalas clínicas (Clínico/drogodependiente)

La figura 34 nos ayuda a ver con mayor claridad las diferencias entre los resultados de las variables en ambos grupos.

II.3.3.2.2.- Las escalas de Contenido.

Comparamos solamente los grupos Clínico con el Drogodependiente. La Tabla 25 nos muestra la existencia de diferencias estadísticas, pero el valor de la "d" de Cohen nos está aportando que el tamaño del efecto es, generalmente, pequeño.

Tabla 25. Diferencias de medias entre grupos y "d" de Cohen en las Escalas de Contenido

| Escalas de Contenido | Grupo | N | Media | Desviación típ. | Signif. | "d" de Cohen |
|----------------------|----------|-----|-------|-----------------|---------|--------------|
| ANX-Ansiedad | Clínico | 324 | 13,21 | 5,306 | 0.001 | 0.35 |
| | Drogodep | 113 | 11,45 | 4,683 | | |
| FRS-Miedos | Clínico | 324 | 9,47 | 4,874 | 0.000 | 0.50 |
| | Drogodep | 113 | 7,24 | 4,071 | | |
| OBS-Obsesión | Clínico | 324 | 8,55 | 3,792 | 0.012 | 0.28 |
| | Drogodep | 113 | 7,50 | 3,792 | | |
| DEP-Depresión | Clínico | 324 | 16,03 | 7,436 | 0.016 | 0.26 |
| | Drogodep | 113 | 14,23 | 6,583 | | |
| HEA-ProblSalud | Clínico | 324 | 12,85 | 6,712 | 0.000 | 0.41 |
| | Drogodep | 113 | 10,34 | 5,511 | | |
| BIZ-PensamBizarro | Clínico | 324 | 5,82 | 4,593 | 0.049 | 0.20 |
| | Drogodep | 113 | 5,00 | 3,495 | | |
| ANG-Ira | Clínico | 324 | 7,77 | 3,663 | 0.372 | - |
| | Drogodep | 113 | 8,12 | 3,586 | | |
| CYN-Cinismo | Clínico | 324 | 12,64 | 5,035 | 0.550 | - |
| | Drogodep | 113 | 12,31 | 5,030 | | |
| ASP- | Clínico | 324 | 10,24 | 3,879 | 0.000 | -0.56 |
| | Drogodep | 113 | 12,35 | 3,578 | | |
| TPA-TrastPdadTipoA | Clínico | 324 | 9,50 | 3,428 | 0.703 | - |
| | Drogodep | 113 | 9,65 | 3,433 | | |
| LSE-BajAutoestima | Clínico | 324 | 11,09 | 5,022 | 0.001 | 0.39 |
| | Drogodep | 113 | 9,06 | 5,352 | | |
| SOD-ProblSociales | Clínico | 324 | 9,90 | 5,009 | 0.781 | - |
| | Drogodep | 113 | 9,74 | 5,116 | | |
| FAM-ProblFamiliares | Clínico | 324 | 9,76 | 5,019 | 0.828 | - |
| | Drogodep | 113 | 9,64 | 5,004 | | |
| WRK-InterfTrabajo | Clínico | 324 | 15,94 | 7,426 | 0.010 | 0.28 |
| | Drogodep | 113 | 13,91 | 7,071 | | |
| TRT-NegaTratamiento | Clínico | 324 | 11,91 | 5,606 | 0.001 | |
| | Drogodep | 113 | 9,95 | 5,367 | | |

También la Figura 35 nos ayuda a percibir mejor las semejanzas y diferencias entre las Escalas de Contenido en estos dos grupos.

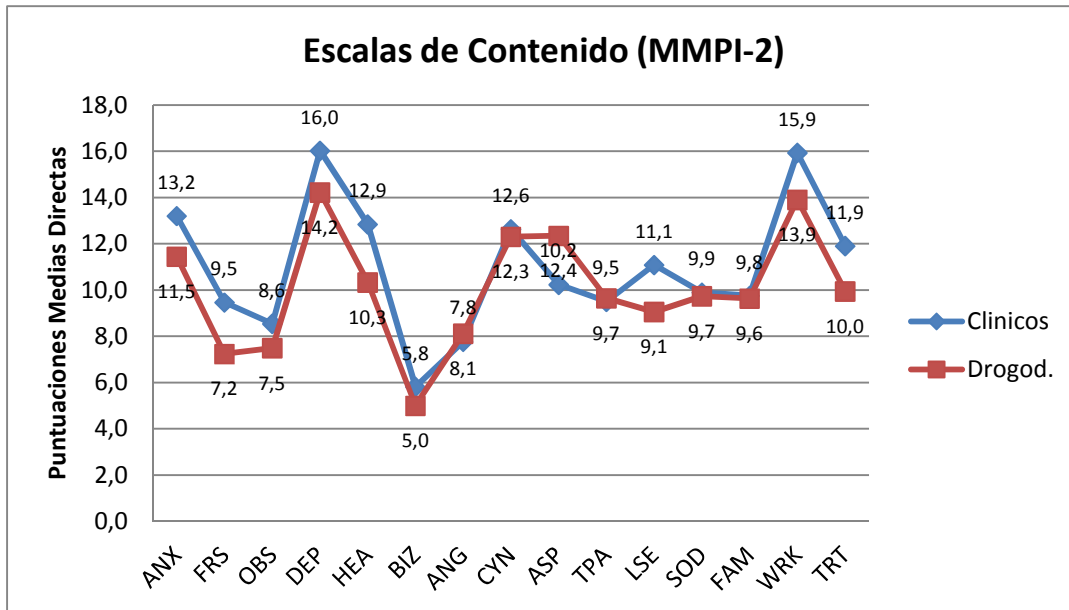


Figura 35. Puntuaciones medias de las Escalas de contenido en los grupos (clínico y drogodependiente)

II.3.3.2.1.- Las escalas Suplementarias.

Tabla 26. Diferencias de medias entre grupos (Clínico y drogodependiente) y "d" de Cohen en las Escalas Suplementarias

| Escalas Suplementarias | Grupo | N | Media | Desviación típ. | Signif. | "d" de Cohen |
|------------------------|----------|-----|-------|-----------------|---------|--------------|
| A-Ansiedad | Clínico | 324 | 22,34 | 9,257 | 0.016 | 0.26 |
| | Drogodep | 113 | 19,96 | 8,854 | | |
| R-Represión | Clínico | 324 | 18,33 | 4,569 | 0.028 | 0.24 |
| | Drogodep | 113 | 17,27 | 4,312 | | |
| Es-FuerzaYo | Clínico | 324 | 27,52 | 7,031 | 0.002 | -0.33 |
| | Drogodep | 113 | 29,67 | 6,137 | | |
| Mac_r-AlcoholMacAndrew | Clínico | 324 | 22,58 | 5,147 | 0.000 | -1.22 |
| | Drogodep | 113 | 28,05 | 3,737 | | |
| O-H-ControlHostilidad | Clínico | 324 | 13,49 | 2,974 | 0.401 | - |
| | Drogodep | 113 | 13,23 | 2,742 | | |
| Do-Dominancia | Clínico | 324 | 12,98 | 3,463 | 0.285 | - |
| | Drogodep | 113 | 12,59 | 3,261 | | |
| Re-Responsabilidad | Clínico | 324 | 18,62 | 4,490 | 0.000 | 0.72 |
| | Drogodep | 113 | 15,41 | 4,364 | | |
| Mt-ProblEstudios | Clínico | 324 | 24,09 | 7,961 | 0.001 | 0.36 |
| | Drogodep | 113 | 21,30 | 7,698 | | |
| GM-RolMasculino | Clínico | 324 | 26,76 | 7,101 | 0.000 | -0.49 |
| | Drogodep | 113 | 30,13 | 6,710 | | |
| GF-RolFemenino | Clínico | 324 | 29,14 | 5,600 | 0.000 | 1.05 |
| | Drogodep | 113 | 23,58 | 4,955 | | |
| PK-EstrésPostraum1 | Clínico | 324 | 20,89 | 9,709 | 0.072 | - |
| | Drogodep | 113 | 19,04 | 9,180 | | |
| PS-EstrésPostraum2 | Clínico | 324 | 28,58 | 12,760 | 0.008 | 0.29 |
| | Drogodep | 113 | 25,04 | 11,828 | | |
| MDS-EstrésConyugal | Clínico | 324 | 6,45 | 3,156 | 0.673 | - |
| | Drogodep | 113 | 6,32 | 2,653 | | |
| APS- AdicciónPotencial | Clínico | 324 | 23,03 | 4,065 | 0.000 | -0.39 |
| | Drogodep | 113 | 24,56 | 3,812 | | |
| AAS-AdmisiónAdicción | Clínico | 324 | 2,90 | 2,398 | 0.000 | -1.45 |
| | Drogodep | 113 | 6,23 | 2,196 | | |

Estas Escalas Suplementarias aportan un dato interesante cuando se comparan los los grupos Clínicos y el de personas con drogodependencia porque pueden caracterizar a éstos últimos: las variables de Mac-r (Alcoholismo de MacAndrew) y AAS (Admisión de la adicción) que resultaron ser altamente diferentes estadísticamente ("d" de Cohen). El resto de las variables han resultado ser o no significativas estadísticamente o si lo fueron, el tamaño de la diferencia fue muy bajo (si exceptuamos a la GF (Rol Femenino)).

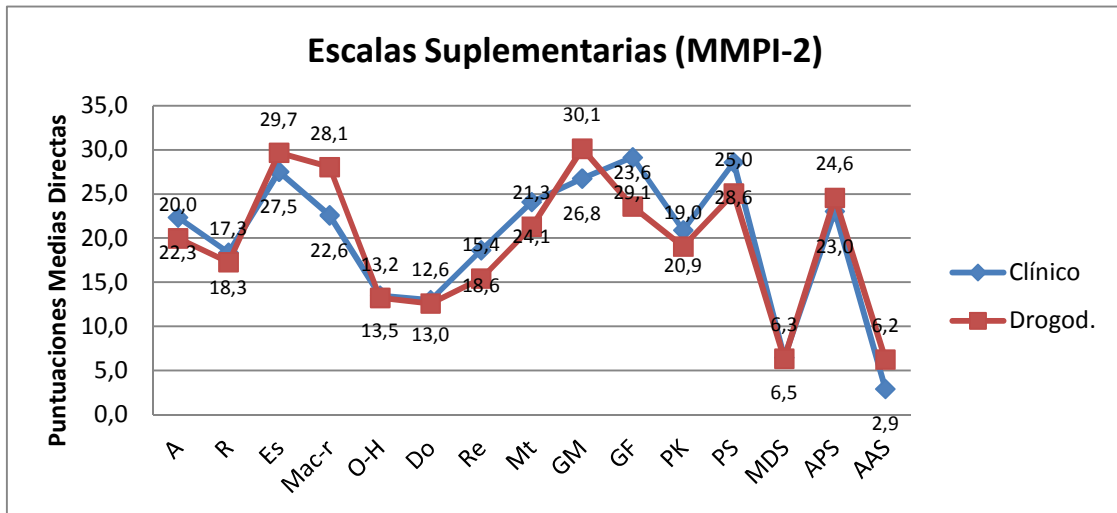


Figura 36. Puntuaciones medias directas de las Escalas Suplementarias en los grupos (Clínico y Drogodependiente).

La Figura 36 nos ayuda a ver con mayor precisión estas diferencias entre ambos grupos.

II.3.3.3.- Análisis de la precisión diagnóstica a través de la curva ROC (Receiver Operating Characteristic)

Introducción

La principal cualidad clínica de una prueba diagnóstica reside en su exactitud, definida como la capacidad para clasificar, de manera correcta, a los individuos en subgrupos clínicamente relevantes. En su forma más simple, es la capacidad para distinguir entre dos estados de salud (sano y enfermo).

Clásicamente, la exactitud de una prueba diagnóstica, se ha evaluado en función de dos características: la Sensibilidad y la Especificidad. Sin embargo éstas varían en función del criterio elegido como "punto de corte" entre una población sana y otra enferma. Una forma más global de conocer la calidad de la prueba, en el espectro completo de puntos de corte, es mediante el uso de curvas ROC que constituye una

herramienta fundamental y unificadora en el proceso de evaluación y de las pruebas diagnósticas.

Las curvas ROC se desarrollaron en los años cincuenta como herramientas para el estudio de la detección e interpretación de señales de radar. El objetivo de los operadores de radar era distinguir las verdaderas señales del ruido de fondo. De la misma forma que en el receptor de radar se produce un solapamiento entre las verdaderas señales y el ruido, al realizar pruebas diagnósticas existe un solapamiento entre los resultados de los pacientes con una condición particular y los de aquellos que no la tienen. Por este motivo, las aplicaciones de las curvas ROC se extendieron a múltiples sistemas diagnósticos, incluidas las técnicas radiológicas y las pruebas de laboratorio (Burgueño, García-Bastos y González-Buitrago, 1995).

La precisión diagnóstica de una prueba se obtiene a través de diferentes parámetros: Sensibilidad, Especificidad, Área Bajo la Curva y Poder Predictivo Positivo (PP+) y Poder Predictivo Negativo (PP-).

La Sensibilidad y Especificidad de un test.

La curva ROC es un gráfico en el que se observan todos los pares Sensibilidad/Especificidad resultantes de la variación continua de los puntos de corte en todo el rango de resultados observados. En el eje de ordenadas se sitúa la Sensibilidad, o fracción de Verdaderos Positivos, y en el eje X se sitúa la fracción de los Falsos Positivos (1-Especificidad). El objetivo es tratar de obtener la Sensibilidad (= detección de los Verdaderos Positivos = enfermos o con determinados trastornos) y la Especificidad (Detección de los verdaderos negativos = sanos, sin trastorno) a través de una determinada Escala o Cuestionario que, en nuestro caso, es el MMPI-2.

El Área Bajo la Curva (AUC⁷).

El Área Bajo la Curva (AUC) es la probabilidad de clasificar correctamente un par de individuos, sano y enfermo, seleccionados al azar de la población, mediante resultados obtenidos al aplicarles la prueba diagnóstica. Es, en definitiva, una medida global de la exactitud de la prueba. Cuanto más elevada, mayor exactitud.

⁷ Estas siglas hacen referencias a las palabras Area Under Curve.

Una AUC con un valor de 0,981 (nuestro caso con el MMPI-2 al comparar los resultados de los grupos Normal/Drogodependiente) significa que un individuo seleccionado aleatoriamente del grupo de Normal tendrá el 98% de las veces un valor del MMPI-2 menor que un individuo elegido al azar del grupo de Drogodependientes.

Por convenio la AUC es siempre $\geq 0,5$. Toma valores comprendidos entre 0,5, si no existen diferencias en la distribución de resultados de la prueba entre los subgrupos sano y enfermo, y 1,0 cuando existe separación perfecta entre las dos distribuciones.

Generalmente se interpreta la AUC de la siguiente manera: valores entre 0,5 – 0,7 indican baja exactitud; entre 0,7 – 0,9 pueden ser útiles para algunos propósitos; y un valor mayor de 0,9 indica exactitud alta.

La capacidad de discriminación de la prueba diagnóstica puede evaluarse estimando el intervalo de confianza (CI) de la AUC. Si el intervalo no incluye el valor de 0,5, la prueba es capaz de discernir entre enfermos y sanos.

Con el objetivo de contrastar nuestra tercera hipótesis (Clínicos y Drogodependientes, ¿son diferentes?), en nuestra investigación vamos a tratar con los grupos Normal y Clínico comparándolos con el grupo Drogodependiente para poder apreciar si, efectivamente son diferentes en su precisión diagnóstica cuando utilizamos la prueba del MMPI-2.

II.3.3.3.1.- Comparando los grupos Normal/Drogodependiente.

Con este propósito, y basándonos en los resultados obtenidos anteriormente en esta misma investigación, solamente vamos a utilizar las variables principales de las Escalas Clínicas Pd (Desviación Psicopática), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia), Ma (Hipomanía) y Si (Introversión social) y el grupo de escalas PSY AGGR (Agresividad) PSY (Psicoticismo), DISC (Escaso control), NEGE (Emociones negativas /Neuroticismo) e INTR (Escasa emoción positiva). Con los mismos argumentos esgrimidos anteriormente, vamos a comparar solamente al grupo de personas con drogodependencia con los grupos de Normales y Clínicos (evitamos comparar a los grupos Normal/Clínico por razones obvias).

II.3.3.3.1.1.- Las Escalas Clínicas Básicas (Normal/Drogodependiente)

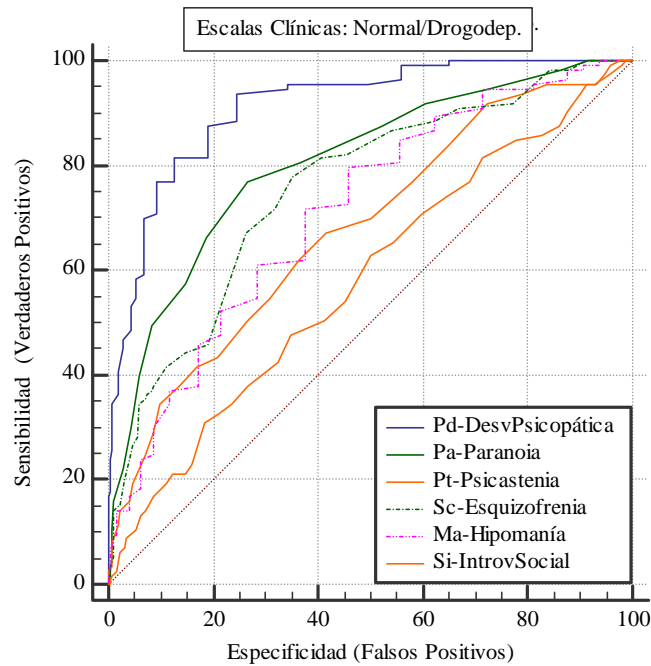


Figura 37. Comparación de los grupos Normal/Drogodependientes en las Escalas Clínicas Básicas del MMPI-2.

Tabla 27. Áreas bajo la curva en las Escalas Clínicas (MMPI-2). Grupos: Normal/Drogodependiente.

| Escalas Clínicas | AUC | SE | 95% CI |
|------------------|-------|--------|----------------|
| Pd | 0,913 | 0,0154 | 0,880 to 0,940 |
| Pa | 0,805 | 0,0251 | 0,761 to 0,845 |
| Pt | 0,679 | 0,0306 | 0,628 to 0,726 |
| Sc | 0,756 | 0,0273 | 0,709 to 0,800 |
| Ma | 0,713 | 0,0286 | 0,663 to 0,759 |
| Si | 0,581 | 0,0326 | 0,528 to 0,632 |

Los resultados mostrados por la Figura 37 y la Tabla 27, se puede apreciar que las variables que alcanzan una precisión diagnóstica buena (0.7-0.9) y excelente (>0.9) y que diferencian estadísticamente ($p < 0.05$) a los sujetos normales de los drogodependientes son: Pd (Desviación Psicopática), Pa (Paranoia), Sc (Esquizofrenia) y Ma (Hipomanía). Son, precisamente, estas variables las que van a caracterizar a un grupo y diferenciar al otro. Solamente la escala de Introversión social (SI) no se muestra significativa en sus resultados de precisión diagnóstica.

II.3.3.3.1.2.- Las escalas PSY-5(Normal/Drogodependiente)

En la siguiente figura 38, vamos a ver el comportamiento en la curva ROC, de las escalas PSY-5 con sus diferentes precisiones diagnósticas de cada variable en la Tabla 28.

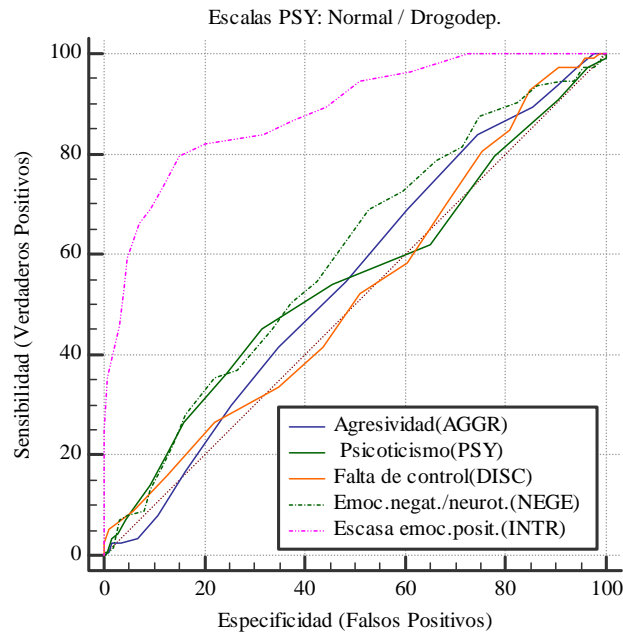


Figura 38. Comparación de grupos Normal/Drogodependiente en las Escalas PSY-5.

Tabla. 28. Áreas bajo la curva en las Escalas PSY-5 (MMPI-2). Grupos: Normal/Drogodependiente

| Variabes PSY-5 | AUC | SE ^a | 95% CI ^b |
|----------------|-------|-----------------|---------------------|
| AGGR | 0,547 | 0,0316 | 0,495 to 0,599 |
| PSY | 0,547 | 0,0339 | 0,494 to 0,599 |
| DISC | 0,522 | 0,0325 | 0,469 to 0,575 |
| NEGE | 0,596 | 0,0318 | 0,543 to 0,647 |
| INTR | 0,884 | 0,0192 | 0,847 to 0,915 |

Cuando contemplamos los resultados obtenidos por la Figura 38 de las variables PSY-5⁸, al comparar los grupos Normales con los drogodependientes, podemos ver que solamente la variable *Escasas emociones positivas* (INTR) muestra unos valores aceptables (AUC = 0,884) y diferencialmente significativos con el resto de las variables. Esto nos está hablando de una característica importante de los drogodependientes: sus escasas emociones positivas. Es decir, una AUC con valor de 0.884 en la variable INTR (al comparar grupos Normal con Drogodependiente) significa que un individuo, seleccionado aleatoriamente del grupo Normal, tendrá el 88,4 % de las veces menos problemas con la expresión de sus emociones positivas que un individuo elegido al azar del grupo de Drogodependientes.

⁸ Hemos de hacer notar que las Variables PSY-5 han sido añadidas posteriormente a la publicación (1999) del MMPI-2, de la población española, editada por TEA ediciones. Creemos que aún se encuentran en fase experimental sus diferentes estudios y aportaciones.

II.3.3.3.1.2.- Las escalas de Contenido(Normal/Drogodependiente)

En este conjunto de variables referente a las Escalas de Contenido hemos tenido en cuenta, para hacer el análisis de la curva ROC, solamente aquellas cuatro que resultaron ser significativas y alcanzaron los valores más elevados del Tamaño del efecto ("d" de Cohen"). Se analizaron las variables FRS (miedos), ASP (Conductas antisociales), HEA (Problemas con la salud) y LSE (baja autoestima).

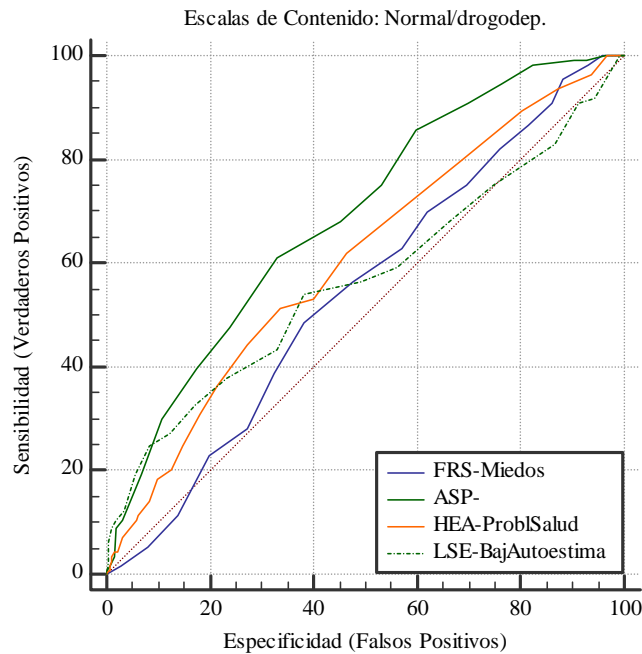


Figura 39. Comparación de grupos Normal/Drogodependiente en las Escalas de Contenido

| Tabla 29. Áreas bajo la curva en las Escalas de Contenido. Grupos: Normal/Drogodependiente | | | |
|--|-------|-----------------|---------------------|
| Variable | AUC | SE ^a | 95% CI ^b |
| FRS | 0,546 | 0,0317 | 0,493 to 0,598 |
| ASP | 0,689 | 0,0290 | 0,639 to 0,736 |
| HEA | 0,607 | 0,0319 | 0,555 to 0,658 |
| LSE | 0,567 | 0,0349 | 0,514 to 0,619 |

Los resultados mostrados en la Figura 39 y Tabla 29 para poder apreciar la precisión diagnóstica de estas cuatro variables significativas de las escalas de Contenido, se muestran todos ellos con una baja precisión (AUC).

II.3.3.3.1.3.- Las Escalas Suplementarias(Normal/Drogodependiente)

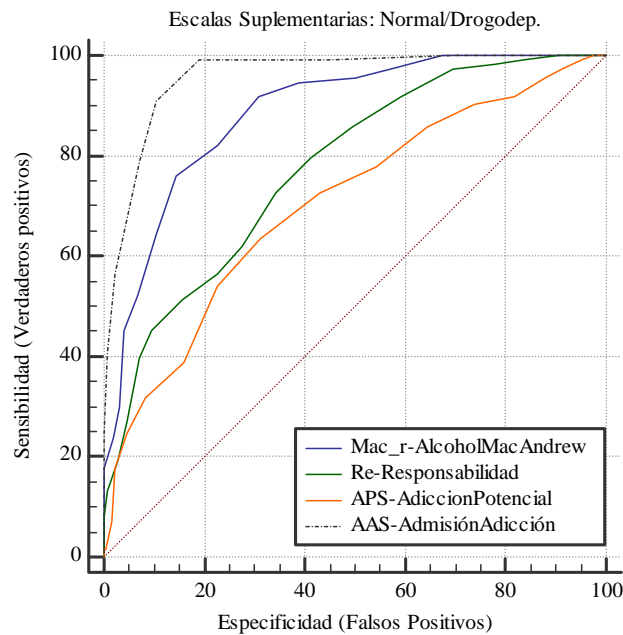


Figura 40. Comparación de los grupos Normal/Drogodependiente en las Escalas Suplementarias.

Tabla 30. Áreas bajo la curva (AUC) en las Escalas Suplementarias (MMPI-2). Grupos: Normal/Drogodependiente

| Variable | AUC | SE ^a | 95% CI ^b |
|----------|-------|-----------------|---------------------|
| MAC | 0,887 | 0,0175 | 0,850 to 0,917 |
| Re | 0,775 | 0,0254 | 0,729 to 0,817 |
| APS | 0,704 | 0,0300 | 0,655 to 0,751 |
| AAS | 0,958 | 0,00940 | 0,932 to 0,976 |

La Figura 40 contiene las cuatro escalas Suplementarias que mayor incidencia han tenido en el grupo de Drogodependientes. Hemos querido ver si la precisión diagnóstica, obtenida a través de la curva ROC (AUC) era significativa al ser comparada con el grupo Normal. La Tabla 30 nos aporta los valores del Área bajo la curva (AUC) y que el valor máximo y significativo (AUC = 0.958) lo muestra la Escala "Admisión de la adicción" (AAS), seguida del consumo de alcohol (Escala Mac-r de MacAndrew) con un valor de AUC = 0.887. Las otras dos escalas Re (Responsabilidad) y APS (Adicción potencial) han mostrado unos resultados aceptables, tanto como para establecer las diferencias entre estos dos grupos. Es decir, las personas con drogodependencia se diferencian del grupo Clínico (de forma significativa, $p < 0.005$) en que aquellos tienen problemas con el alcohol, admiten francamente la propensión y adicción al consumo de drogas y son menos responsables. Es decir, una AUC con valor de 0.958 en la variable AAS (al comparar grupos Normal con

Drogodependiente) significa que un individuo, seleccionado aleatoriamente del grupo Normal, tendrá el 95,8% de las veces menos problemas con el reconocimiento de sus adicciones que un individuo elegido al azar del grupo de Drogodependientes.

II.3.3.3.2.- Comparando los grupos Clínico/Drogodependiente.

Nos interesaba saber, y demostrar, que los perfiles psicológicos de las personas con drogodependencia se asemejan a los patrones de los perfiles psicológicos clínicos del MMPI-2, tradicionalmente considerados. Esperamos no encontrar grandes diferencias entre ambos perfiles, pero sí algo (alguna variable) que caracterizara a los grupos drogodependientes.

II.3.3.3.2.1.- Las Escalas clínicas (Clínico/Drogodependiente)

Cuando contemplamos las gráficas mostradas por la Figura 41, podemos ver que sus trazos se acercan mucho a la diagonal, lo que significa que tienen poca precisión. La Tabla 31 nos muestra esta precisión diagnóstica (AUC) de cada una de las escalas. Podemos concluir que solamente la escala Pd (Desviación Psicopática) alcanza un valor que podríamos considerar como bueno. Es decir, los perfiles clínico y drogodependiente son muy semejantes entre sí, y solamente la Escala Pd puede aportar alguna diferencia. Es decir, una AUC con valor de 0.718 en la variable Pd (al comparar grupos Clínico con Drogodependiente) significa que un individuo, seleccionado aleatoriamente del grupo Clínico, tendrá el 71,8% de las veces menos problemas antisociales que un individuo elegido al azar del grupo de Drogodependientes.

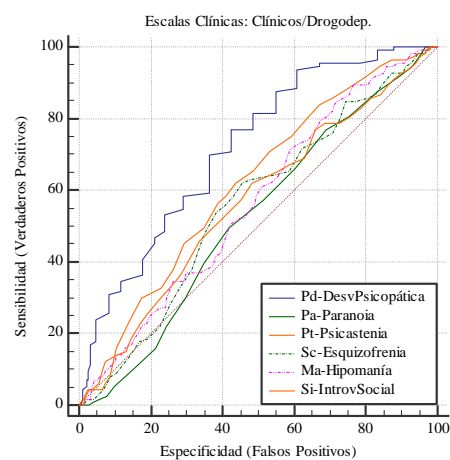


Figura 41. Comparando las escalas Clínicas entre grupos (Clínico/Drogodependiente)

Tabla. 31. Área bajo la curva (AUC) de las Escalas clínicas. Grupos Clínico/Drogodependiente

| Escalas Clínicas | AUC | SE ^a | 95% CI ^b |
|------------------|-------|-----------------|---------------------|
| Pd | 0,718 | 0,0264 | 0,673 to 0,760 |
| Pa | 0,525 | 0,0301 | 0,477 to 0,572 |
| Pt | 0,615 | 0,0295 | 0,567 to 0,660 |
| Sc | 0,559 | 0,0305 | 0,511 to 0,606 |
| Ma | 0,565 | 0,0301 | 0,517 to 0,612 |
| Si | 0,568 | 0,0313 | 0,520 to 0,615 |

II.3.3.3.2.2.- Las Escalas de Contenido (Clínico/Drogodependiente)

Como hicimos anteriormente con la selección significativa de las cuatro variables de Contenido (FRS, ASP, HEA y LSE), volvemos a analizarlas para poder apreciar su precisión diagnóstica diferenciativa entre los grupos clínico y drogodependiente.

Como se puede apreciar tanto por la gráfica de la curva (Figura 42) como por la Tabla 32, las cuatro variables presentan una baja precisión diagnóstica y no diferenciativa entre los grupos Clínico y drogodependiente. Es decir, que entre los grupos clínico y drogodependiente no existen diferencias en su precisión diagnóstica en las Escalas de Contenido, son muy semejantes en su expresión clínica con esta prueba del MMPI-2.

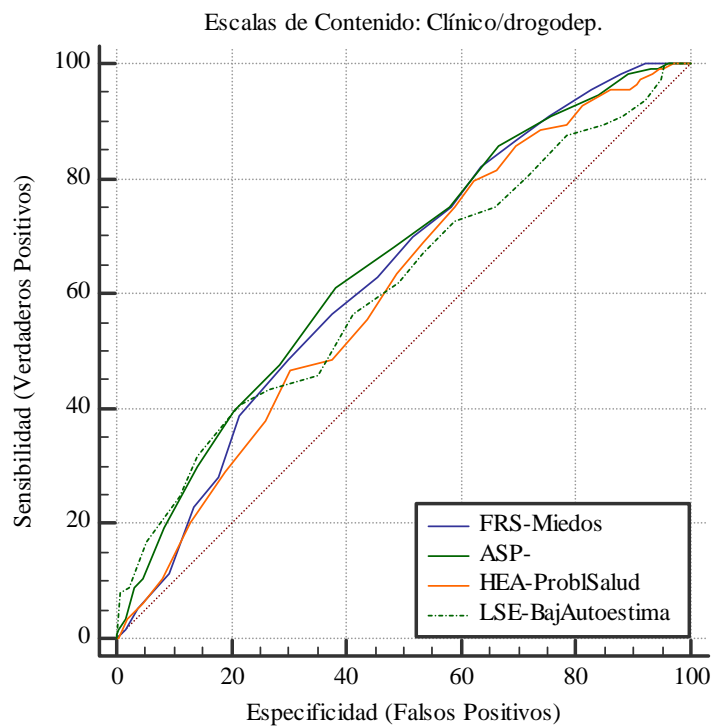


Figura 42. Comparando las escalas de Contenido entre grupos (Clínico/Drogodependiente)

Tabla 32. Área bajo la curva (AUC) de las Escalas de Contenido. Grupos Clínico/Drogodependiente

| Variable | AUC | SE ^a | 95% CI ^b |
|----------|-------|-----------------|---------------------|
| FRS | 0,633 | 0,0289 | 0,586 to 0,678 |
| ASP | 0,652 | 0,0292 | 0,605 to 0,696 |
| HEA | 0,607 | 0,0297 | 0,560 to 0,653 |
| LSE | 0,610 | 0,0319 | 0,563 to 0,656 |

II.3.3.3.2.3.- Las Escalas Suplementarias (Clínico/Drogodependiente)

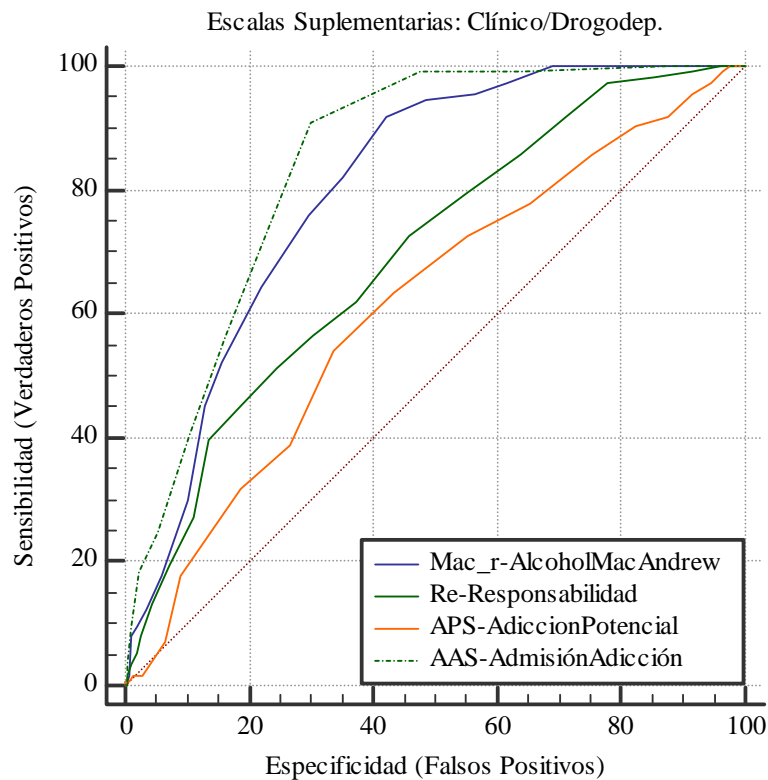


Figura 43. Comparando las escalas Suplementarias entre grupos (Clínico/Drogodependiente)

Tabla 33. Área bajo la curva (AUC) de las Escalas Suplementarias. Grupos Clínico/Drogodependiente

| Variable | AUC | SE ^a | 95% CI ^b |
|----------|-------|-----------------|---------------------|
| MAC | 0,803 | 0,0210 | 0,762 to 0,839 |
| Re | 0,695 | 0,0278 | 0,649 to 0,738 |
| APS | 0,615 | 0,0305 | 0,568 to 0,661 |
| AAS | 0,844 | 0,0182 | 0,807 to 0,877 |

Cuando comparamos el comportamiento de las Escalas Suplementarias en los grupos clínico/drogodependiente, podemos apreciar por la Figura 43 y la precisión diagnóstica (AUC) (Tabla 33) de las escalas para poder apreciar si se diferencia ambos grupos, podemos concluir que el grupo de personas drogodependientes se diferencian del grupo Clínico en que aquellos presentan una mayor precisión diagnóstica en las

escalas de Alcohol (AUC =0,803) y de admisión de la adicción (AUC = 0.844). Es decir, una AUC con valor de 0.803 en la variable Mac-r (al comparar grupos Clínico y Drogodependiente) significa que un individuo, seleccionado aleatoriamente del grupo Clínico, tendrá el 80,3 % de las veces menos problemas con el alcohol que un individuo elegido al azar del grupo de Drogodependientes. De la misma manera, podemos decir que una AUC con valor de 0.844 en la variable AAS (al comparar grupos clínico y Drogodependiente) significa que un individuo, seleccionado aleatoriamente del grupo Clínico, tendrá el 84.4 % de las veces menos problemas con asumir el consumo de drogas que un individuo elegido al azar del grupo de Drogodependientes. Teniendo en cuenta esta precisión porcentual, podemos decir que los grupos Clínico y Drogodependiente son diferentes en las variables Mac-r y AAS.

II.4.- CONCLUSIONES

Con el diseño y datos aportados en esta investigación vamos a contrastar las tres hipótesis establecidas.

II.4.1.- Contrastación de la Hipótesis 1ª.

La hipótesis 1ª se planteaba de la siguiente manera ¿Existen diferencias estadísticas entre varones y mujeres drogodependientes en su perfil de personalidad reflejado en el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2)? Creemos que no existen diferencias estadísticamente significativas en el conjunto del perfil, pero es posible que alguna variable pueda manifestar estas diferencias.

Se ha podido demostrar que no se cumple esta hipótesis ya que ha habido diferencias estadísticamente significativas entre los diversos conjuntos de variables clínicas: Clínicas Básicas (60%), de Contenido (40%) y Suplementarias (60%). Por lo tanto hemos de aceptar que los perfiles clínicos son diferentes para el varón y la mujer drogodependientes. Éstos serían sus perfiles:

Perfil clínico de la mujer drogodependiente:

- ✓ No suele presentar rasgos Hipocondríacos
- ✓ Con tendencia a la Depresión y significativamente superior al varón
- ✓ Con tendencia a la Histeria, y con valores significativamente superiores al varón
- ✓ Presenta rasgos propios del Trastorno antisocial y sus valores, aunque no significativos, son superiores al del varón
- ✓ Con predisposición a la Paranoia y con valores significativamente superiores al varón
- ✓ Con propensión a presentar Trastornos psicóticos, aunque sin diferencia de los varones.
- ✓ Tampoco presenta rasgos Obsesivos ni Hipomaníacos.
- ✓ Con tendencia a tener miedos, y con valores significativamente superiores a los del varón.
- ✓ Que tiene problemas familiares, y con valores significativamente superiores a los del varón.

- ✓ Con tendencia a tener problemas en el trabajo que realiza, y con valores significativamente superiores a los del varón.
- ✓ Suele presentar problemas de ansiedad, y con valores significativamente mayores a los del varón.
- ✓ Suele sentir más la represión que los varones.
- ✓ Suele tener tendencia a tener problemas con su pareja, y con valores significativamente mayores a los de los varones.
- ✓ Tiene tendencia a sufrir estrés postraumático importantes, aunque no son superiores a los valores de los varones.
- ✓ Suele tener problemas con la formación o el estudio, aunque sus valores son semejantes a los de los varones.

Perfil Clínico del varón drogodependiente:

- ✓ No presenta rasgos hipocondríacos.
- ✓ Con tendencia a la depresión, pero con valores significativos inferiores a los que presenta la mujer.
- ✓ No presenta rasgos de Histeria.
- ✓ Con evidente Trastorno antisocial, aunque sus valores son significativamente inferiores a los de la mujer.
- ✓ Con tendencia a la Paranoia, pero con valores significativamente inferiores a los de la mujer.
- ✓ No presenta rasgos de Obsesividad.
- ✓ Con tendencia a presentar rasgos propios de Psicosis, aunque con valores inferiores a los de la mujer.
- ✓ No presenta rasgos hipomaníacos ni de introversión social.
- ✓ Reconoce que consume alcohol algo superior a la mujer pero sin diferencias significativas.
- ✓ Reconoce también su adicción con valores superiores a los de la mujer.

II.4.2.- Contrastación de la Hipótesis 2ª.

La Hipótesis 2ª se planteaba de la siguiente manera: ¿Son diferentes los perfiles de la personalidad, globalmente considerados, según el tipo de consumo, alcohol, heroína o cocaína que motivó su tratamiento terapéutico? Nosotros creemos que no, que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque sí puede haber alguna variable del MMPI-2 que muestre su significatividad entre las personas con diferente consumo.

Los resultados han demostrado que solamente el 13.33% de las Escalas Clínicas de personalidad del MMPI-2 han resultado ser estadísticamente diferentes ($p < 0.05$) y con un tamaño del efecto ("d" de Cohen) bajo. Solamente el 2.22% de las Escalas de Contenido resultaron ser estadísticamente significativas y el 4,4% de las Escalas Suplementarias, por lo cual, podemos concluir que los perfiles psicológicos de las personas con drogodependencia, cuya droga (heroína, cocaína. o alcohol) motivó el tratamiento terapéutico, no difieren significativamente, son muy semejantes. Se cumple la hipótesis 2ª tal como la habíamos propuesto.

II.4.3.- Contrastación de la Hipótesis 3ª.

En esta investigación se han analizado, a través del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)* las personalidades de tres grupos diferentes: Normales (sin patología evidente), Clínicos (con patología evidente y que necesita tratamiento) y Drogodependientes (personas consumidores de drogas y necesitadas de rehabilitación). Teniendo en cuenta la evidencia de la *patología dual*, nace nuestra hipótesis tercera: ¿Son semejantes los perfiles, globalmente considerados, de las personalidades drogodependientes y clínicas? Creemos que sí, que son muy semejantes.

De los resultados obtenidos, podemos concluir que los perfiles psicológicos clínicos, realizados con el Cuestionario de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), de las personas con drogodependencia, muestran diferencias clínicas importantes que les hace ser clínicamente diferentes a los Clínicos de la muestra obtenida. Porque:

a).- No presentan diferencias estadísticas significativamente importantes en:

- ✓ La triada Psicótica: Sc (Esquizofrenia), Pa (Paranoia), Ma (Hipomanía). Presentan todas las características clínicas de una personalidad psicopatológica: no se encontraron diferencias estadísticas en estas variables.

- ✓ Tampoco se encontraron diferencias estadísticas significativas con las variables Hy (Histeria), Mf (Masculinidad/Feminidad, y Si (Introversión social).
- ✓ Las variables Hs (Hipocondría), D (Depresión) y Pt (Psicastenia) son significativamente superiores en el grupo Clínico pero su diferencia, señalada por el Tamaño del efecto de Cohen, es baja.

b).- Y sí presentan características muy peculiares que les hace ser clínicamente diferentes:

- ✓ La variable Pd (Desviación Psicopática), como indicadora de un Trastorno antisocial de la personalidad, alcanza unos valores determinantemente significativos aportados por los diferentes análisis realizados (Diferencias de medias, "d" de Cohen" y precisión diagnóstica a través de la curva ROC).
- ✓ La variable PSY-AGGR (Agresividad) alcanza, igualmente, unos valores muy superiores y estadísticamente diferentes en las personas con drogodependencia.
- ✓ De la misma forma, la escala PSY.INTR (escasas emociones positivas), también alcanzan valores significativamente más elevados en los drogodependientes.
- ✓ Las variables Mac-r (Alcoholismo de MacAndrew), la APS (Potencial de adicción) y la AAS (Reconocimiento de la adicción), han resultado ser igualmente características del perfil de la personalidad drogodependiente.

Finalmente, y como conclusión final, se ha podido demostrar, en esta investigación, a través de los análisis de la curva ROC que el Cuestionario de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) es un instrumento de evaluación de la personalidad suficientemente fiable como para diferenciar un perfil clínico de la persona con drogodependencia.

II. 5. DISCUSIÓN

La dependencia a drogas o sustancias psicoactivas es una realidad presente en la totalidad de países del mundo, afectando de manera directa o indirecta a un porcentaje importante de la población general e incidiendo de manera constante desde hace décadas en la calidad de su salud.

La Oficina de las Naciones Unidas para el Crimen y la Droga, (UNODC en sus siglas en inglés), constata en su informe de 2015 que 6.281.922 personas recibieron tratamiento para la drogodependencia en el último año en los países adscritos, de los cuales 49.678 correspondieron a España. Es oportuno señalar, tal y como ya se ha hecho con anterioridad en la presente investigación, que no se incluyen en estos datos, al igual que en los de otros informes, los pacientes tratados por alcoholismo, siendo un sesgo importante a la hora de valorar de manera adecuada la incidencia que esta sustancia ejerce sobre la población en general y sobre los drogodependientes en particular.

La adicción al alcohol es la responsable, en los países de la Unión Europea (Shield, Kehoe, Gmel, Rehm y Rehm, 2013) de 1 de cada 7 muertes en varones y 1 de cada 13 muertes en mujeres en el rango de edad de 15 a 64 años. Según los datos del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, en el Estado español se admitieron a tratamiento en el año 2011 un total de 29.014 personas con alcohol como primera droga de consumo.

El correcto y acertado diagnóstico de la drogodependencia, incluyendo, como no, el alcoholismo, se antoja imprescindible y determinante en la eficacia terapéutica así como en el consecuente pronóstico y evolución de la misma; para ello es indispensable una afinada y concreta valoración psicológica del paciente drogodependiente, siendo la evaluación de la personalidad fundamental a la hora de aplicar los distintos tratamientos encaminados a la extinción de la conducta de la persona adicta a las sustancias y que, sobre todo, éstos conduzcan al éxito terapéutico.

La evaluación de la personalidad de los sujetos adictos a sustancias psicoactivas mediante el MMPI-2 consta de gran tradición en la psicología clínica y posee un gran soporte empírico, siendo uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en este campo, tanto desde su primera versión (Donovan et al., 1998; Graham y Strenger, 1988;

Overall, 1973; Jonhson, Tobin y Celluci, 1992; Penk, Fudge, Robinowitz y Neman, 1978; Stauss, Ousley y Carlin, 1977) como con el MMPI-2 (Afolabi, Oladotun y Chinwe, 2014; Gerra, Bertacca, Zaimovic, Pirani, Branchi y Ferri, 2008; Polimeni et al., 2010).

Esta tradición en el uso del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota como herramienta evaluativa de sujetos con posible dependencia a sustancias psicoactivas influyó en la elaboración de la Escala MAC de Alcoholismo en el primer MMPI (MacAndrew, 1965), desarrollada para diferenciar alcohólicos de no alcohólicos en pacientes psiquiátricos. La escala fue desarrollada contrastando las respuestas al MMPI de 200 pacientes alcohólicos varones de una clínica ambulatoria frente a 200 pacientes no alcohólicos varones de las mismas instalaciones. La escala MAC ha demostrado ser efectiva con hombres y mujeres, tanto internados como con tratamientos externalizados o ambulatorios (Graham y Strenger, 1988).

Con el desarrollo del MMPI-2, cuatro de los ítems originales de la escala MAC fueron eliminados y sustituidos por otros cuatro que discriminaban mejor mujeres y hombres alcohólicos de no alcohólicos, renombrándose la escala a MAC-R (Butcher et al., 1989).

De manera posterior a esta escala MAC-R, y con la finalidad de mejorar la evaluación de los problemas causados por alcohol y drogas mediante los ítems del MMPI-2, otras dos escalas fueron desarrolladas: la Escala de Adicción Potencial (APS) y la Escala de Reconocimiento de Adicción (AAS) (Weed et al. 1992).

La APS consiste en 39 ítems que fueron testados con pacientes internados adictos a sustancias comparados con pacientes internados tanto psiquiátricos como no psiquiátricos, todo ello sin tener en cuenta los ítems del MMPI-2 que hacen referencia explícita a abuso/dependencia de drogas.

La AAS es una escala de 13 ítems basada en contenidos y fue diseñada usando una selección racional de ítems del MMPI-2 mediante procedimientos de consistencia interna. En este caso, los ítems fueron seleccionados por su relación de contenidos obvia con el abuso de sustancias psicoactivas, siendo, consecuentemente, una escala más fiable en este sentido que la APS.

Weed et al. (1992) al presentar las escalas APS y AAS mostraron que discriminaban bien entre muestras de drogodependientes, no clínicos y psiquiátricos. De

manera específica, la AAS parece discriminar mejor entre drogodependientes y no clínicos que la APS mientras que la APS parece discriminar mejor entre drogodependientes y pacientes psiquiátricos (Greene, Weed, Butcher, Arredondo y Davis, 1992).

Por otra banda, ya centrándonos en las Escalas Clínicas Básicas del MMPI-2, se puede considerar que hay una "Tríada Psicótica", la cual incluye las escalas Sc, Pa y Pt, en contraposición a la "Tríada Neurótica", que incluye las escalas Hs, D y Hy; incluso, algunos autores hablan de una "Tétrada Psicótica" incluyendo las escalas Sc, Pa, Ma y Pt, de este modo Greene (2000) menciona que:

"Peterson (1954) desarrolló seis signos característicos del diagnóstico de esquizofrenia en el MMPI:

1.- Cuatro o más escalas clínicas son superiores a una puntuación de $T > 70$.

2.- La F (Infrecuencia) debe ser superior a una $T > 60$

3.- En las escalas 6-Pa (Paranoia), 8-Sc (Esquizofrenia) y 9-Ma (Hipomanía) sus puntuaciones son mayores que las escalas 1-Hs (Hipocondría), 2-D (Depresión y 3-Hy (Histeria).

4.- La escala 2 (Depresión) es mayor que la escala 1 (Hipocondría) y 3 (Histeria)

5.- La escala 8 (Esquizofrenia) es mayor que la escala 7 (Psicastenia)

6.- La escala 6 (Paranoia) o 9 (Hipomanía) debe ser mayor que una $T > 70$.

La presencia de tres o más de estos signos caracterizará a un patrón de perfil esquizofrénico" (p.268).

Atendiendo a estos criterios del diagnóstico de esquizofrenia en el MMPI según Peterson, podemos comprobar que en la presente muestra se cumplen los criterios 3, 4 y 5 tanto para varones como para mujeres mientras que en estas últimas también se cumple el criterio 2, con lo que el sujeto drogodependiente se caracterizaría por rasgos esquizofrénicos o psicóticos más que por rasgos neuróticos.

En lo que se refiere a las Escalas Clínicas Básicas y más en concreto en lo que respecta a población drogodependiente, se suele aceptar y así lo muestran las evidencias empíricas (Afolabi et al. 2014; Craig, 1979a; Craig, 1979b; Polimeni et al. 2010b) que los sujetos con abuso de drogas presentan un perfil caracterizado por elevadas

puntuaciones en las escalas 4-Pd (Desviación Psicopática) y 8-Sc (Esquizofrenia), reflejando comportamiento antisocial y pensamientos distorsionados. Greene (2000) incluye dentro de este perfil 4-8 a sujetos con mala adaptación social, consumidores de drogas y que de manera frecuente sienten agresividad, están resentidos y con dificultades para expresar o controlar la ira. Del mismo modo, presentan un nivel moderado o severo de angustia que se caracteriza por disforia, agitación y anhedonia. A menudo se sienten aislados, rechazados y amenazados por un mundo percibido como hostil y peligroso (Greene, 2000).

En los estudios de personalidad realizados con drogodependientes se ha hallado que éstos tienen una historia personal de conductas antisociales y un nivel alto de depresión y/o baja autoestima (Vaillant y Milofsky, 1982; Zucker y Gomberg, 1986), aunque estos últimos autores afirman que “la relación entre conducta antisocial y alcoholismo es bidireccional y que los síntomas antisociales son, a menudo, el resultado más que la causa del abuso del alcohol”. En la mayoría de los casos, la depresión y baja autoestima son resultado de las condiciones socioculturales que rodean el abuso de sustancias y/o los efectos farmacológicos de las propias sustancias de consumo (Graña, 1998).

Los aspectos de la personalidad antisocial se evalúan en el MMPI-2 mediante la escala 4-Pd, la cual mide la desviación psicopática. Esta escala incluye preguntas sobre impulsividad, baja tolerancia a la frustración, ajuste deficitario en el trabajo y en la familia, etc.

Se puede comprobar en algunos estudios (Cox, 1995; Polimeni et al. 2010b; Solé, Guerra, Camí y Tobeña, 1984), que al medir en diferentes momentos el nivel de personalidad antisocial del drogodependiente con el MMPI, éste no cambia en función del tiempo que transcurre entre las distintas mediciones, en función de las modalidades de tratamiento seguidas por el drogodependiente o en función de si permanece menos de un mes en tratamiento o lo completa.

Sin embargo, Nathan (1988) se cuestiona la viabilidad de los estudios de personalidad como un factor explicativo determinante. Repara en que una serie de conductas observables son predictivas para analizar el abuso de sustancias, que existen adictos que no muestran conductas antisociales y que muchos sujetos que tienen indicios de conductas antisociales a una edad temprana no son drogodependientes en la

adulthood, concluding that the predictive value of antisocial behaviors, as a construct of personality of the drug-dependent, is uncertain.

De manera más actual, Szalavitz (2015) concluye que la adicción sería una suma de múltiples factores de personalidad, metabolismo, desarrollo fisiológico individual y rasgos genéticos, haciendo de la adicción a sustancias un complejo sistema.

En otro orden de cosas, también es cierto que el propio manual del MMPI-2 incluye dentro de sus hipótesis interpretativas correspondiente a altas puntuaciones (>60) de la escala 4 el consumo de drogas ilegales (Ávila y Jiménez, 1999), con lo cual es muy probable que sujetos drogodependientes puntúen alto en dicha escala.

En la presente investigación y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación de los rasgos de personalidad de los sujetos drogodependientes, se puede comprobar que los resultados son similares a los obtenidos en otras investigaciones realizadas con anterioridad, en los que se halla que los pacientes obtienen altas puntuaciones en las escalas referidas al trastorno antisocial de la personalidad y trastorno esquizoide. Esto ocurre tanto en estudios realizados a nivel estatal (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008; Mateos y Mateos, 2005; Sánchez y Berjano, 1996; Sánchez, Tomás y Climent, 1999) como en estudios realizados en el extranjero (Donovan, Soldz, Kelley y Penk, 1998; Fantin, 2006; Penk, Fudge y Robinowitz, 1979; Polimeni et al. 2010a), en los que se han utilizado diferentes test de personalidad.

Existe, en esta investigación, la evidencia adicional de “picos” de puntuaciones por encima de la media en 2 escalas, la 2-D y la 6-Pa (Depresión y Paranoia), tanto en varones como en mujeres, pudiéndose relacionar con la proximidad temporal entre la administración del instrumento evaluativo y el cese de consumo de drogas por parte de los sujetos evaluados ya que es oportuno recordar que en nuestro caso, al contrario que en otras investigaciones, la evaluación mediante el MMPI-2 se produjo entre la primera y segunda semana posterior al último consumo registrado de sustancias, con lo que los efectos de las terapias, tanto psicológicas como farmacológicas, aún no se mostrarían en su totalidad.

Algunas de las hipótesis interpretativas de altas puntuaciones en la escala Depresión son: depresión moderada, insatisfacción con la vida, ausencia de energía e incapacidad de concentración, quejas somáticas, problemas de sueño, falta de confianza en sí mismo y disforia. En lo que respecta a la escala Paranoia, nos encontramos con

sujetos excesivamente sensibles, con predisposición paranoide, suspicaces, resentidos y reservados. Todos estos estados psicológicos se podrían corresponder con parte de la sintomatología que los drogodependientes presentan al abandonar el consumo.

En lo que respecta a la primera hipótesis del presente estudio, se podría concluir que no podemos hablar de una personalidad adictiva o rasgos de personalidad que engloben a ambos sexos, ya que existen diferencias significativas en la mayoría de las escalas del MMPI-2 que nos impedirían realizar tal afirmación.

La segunda hipótesis que planteábamos resultó corresponderse con los resultados esperados, es decir, no se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a la personalidad de los sujetos según la droga principal de consumo, tan sólo algunas escalas mostraron diferencias significativas, con un valor de la “d” de Cohen moderado.

Ya para finalizar en lo que a hipótesis planteadas en esta investigación se refiere, teniendo en cuenta la tercera de ellas, en la que planteábamos la similitud que los perfiles de personalidad de la muestra clínica manifestarían en comparación de la muestra de drogodependientes, nos encontramos con que los valores difieren de manera muy significativa en la Escala Pd (Desviación psicopática) de la Escalas Clínicas Básicas, en las escalas Mac-R, ASS y APS de las Escalas Suplementarias y en las escalas AGGR e INTR de la escala PSY-5.

En resumen, atendiendo a los resultados obtenidos en esta investigación, podemos concluir que:

1. Los pacientes drogodependientes muestran diferencias en el perfil de personalidad clínico si tenemos en cuenta la variable “sexo”, de modo que existe un perfil de drogodependiente varón diferente del perfil de drogodependiente mujer.
2. No existen diferencias en lo que respecta a la personalidad del paciente drogodependiente si tenemos en cuenta la variable “droga de consumo”.
3. Cuando se compara la muestra Clínica con la muestra de Drogodependientes, la única Escala Clínica Básica que muestra alta diferencia (medida con la “d” de Cohen) es la 4-Pd. Son de destacar también las diferencias encontradas en las escalas AGGR e INTR, siendo

razonables, por definición teórica y de constructo, las encontradas en las escalas de abuso de sustancias (Mac-R, AAS y APS).

El creciente interés de clínicos e investigadores en el estudio de los trastornos de personalidad en los pacientes adictos a drogas está plenamente justificado, ya que la presencia de uno o varios trastornos de personalidad junto al trastorno adictivo, es de gran relevancia a nivel clínico. Este creciente interés se traduce en una mayor investigación, lo que posibilita una mejor comprensión del problema y permite, de modo simultáneo, desarrollar mecanismos de detección e intervención más adecuados.

Este perfil de personalidad de los pacientes con dependencia de sustancias nos lleva a plantearnos otra cuestión: ¿Hasta qué punto el diagnóstico de patología dual podría modificar el resultado de las investigaciones referidas a la personalidad de los drogodependientes? En nuestra muestra nos encontramos con que, de manera aproximada, el 50% había recibido tratamiento psiquiátrico previo en algún dispositivo de salud mental, sin especificarse ni concretarse ni el dispositivo ni el tratamiento recibido, es decir, que habían sido diagnosticados de patología dual sin especificar. Es bastante probable que del 50% que no había recibido tratamiento psiquiátrico previo, un porcentaje significativo lo haya recibido en la CT, del mismo modo que una parte de la muestra haya sido diagnosticada de patología dual en un momento posterior a la evaluación psicológica y psiquiátrica inicial, incrementando ese 50% de diagnósticos duales.

Del mismo modo, también podemos formularnos otra pregunta: ¿Qué porcentaje del total de drogodependientes no presentan comorbilidad psiquiátrica? De este modo nos estamos preguntando hasta qué punto es conveniente, desde un punto de vista terapéutico, el internamiento o tratamiento conjunto de pacientes con trastorno dual con pacientes sólo con trastorno por abuso de sustancias o pacientes sólo con trastornos psiquiátricos.

En una revisión llevada a cabo por Dixon, McNary y Lehman (1997) en el que realizaron un seguimiento durante un año a sujetos diagnosticados de patología dual Tipo I, Tipo II o sólo diagnosticados de trastorno mental, se llegó a la conclusión de que los sujetos con trastorno psiquiátrico inducido por sustancias (Tipo II) presentaban más posibilidades de haber sido rehospitalizados que los otros grupos y presentaban mayores índices de deterioro, concluyendo que los programas de tratamiento para los grupos de pacientes con patología dual deberían abordar los problemas relacionados con

sustancias y los problemas psiquiátricos por igual. Estas conclusiones vienen a reforzar la idea que desde hace tiempo se tiene acerca de la conveniencia de integrar los servicios de atención a drogodependientes en los sistemas nacionales de salud mental, sólo así la atención sería integral y gozaría de unos (más que probables) mejores resultados. En este sentido Torrens (2008) recalca:

“las necesidades de profundizar en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo/intoxicación/abstinencia de sustancias; la importancia de disponer de instrumentos clínicos de cribado para detectar la patología dual; la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas farmacológicas y psicológicas efectivas; la importancia de la atención integrada de estos pacientes por un solo equipo terapéutico en una red única de salud mental y adicciones y finalmente, la necesidad de incorporar la formación en patología dual a los profesionales sanitarios” (p. 315).

Podemos concluir afirmando que el MMPI-2 se muestra útil como un instrumento que, además de diferenciar el perfil clínico del perfil del drogodependiente ingresado, permite orientar al terapeuta a la hora de abordar de manera adecuada el tratamiento integral de este tipo de pacientes, ayudando a la estrategia de intervención tanto psicológica como farmacológica.

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Este estudio muestra algunas limitaciones que son necesarias comentar.

Por un lado no ha sido posible obtener información acerca del diagnóstico psiquiátrico y de la medicación pautada tanto a los pacientes diagnosticados de patología dual como a los drogodependientes, llamémosles, “puros”. Habría sido una valiosa información haber podido tener en cuenta hasta qué punto afecta al diagnóstico y evaluación con el MMPI-2. Del mismo modo y como ya se ha comentado, habría sido oportuno e interesante conocer el porcentaje de pacientes que ingresan sólo con problemas de dependencia de sustancias y que, una vez avanzada la evaluación y tratamiento, son diagnosticados con algún subtipo de patología dual.

Es también importante señalar que los perfiles MMPI-2 de los pacientes drogodependientes aquí mostrados representan puntuaciones medias entre los pacientes de la CT. Estas medias, aunque muestran una idea general del perfil de personalidad así como del nivel de psicopatología del grupo, no muestra los diferentes subtipos de personalidad y psicopatología que existen entre los residentes. De todos modos estos resultados pueden ofrecer ayuda a la hora de planear intervenciones grupales ya que dan

pistas acerca de los problemas comunes que afectan a este tipo de pacientes. La intervención individualizada debe abordarse, sin ningún género de duda, atendiendo a los perfiles de personalidad y a la patología de cada individuo en particular.

Las futuras líneas de investigación que proponemos estarían orientadas en ese sentido: tener la posibilidad de acceder a una muestra de drogodependientes con un diagnóstico más preciso acerca de su posible psicopatología para, de este modo, poder trabajar con dos grupos bien diferenciados: pacientes drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica vs. pacientes drogodependientes “puros”. Consideramos que las implicaciones para el tratamiento, tanto individualizado como grupal, podrían ser muy importantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Afolabi, A. B., Oladotun, A. S. & Chinwe, I. I. (2014). Socio-demographic variables and personality profiles of patients with substance use disorder in a drug abuse treatment facility in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 4(15), 110-115.
- Ávila, A. (1998). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ávila, A. & Jiménez, F. (1999). *MMPI-2: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Agosti, V., Nunes, E., & Ocepeck-Welikson, K. (1996). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 29–39.
- Alonso-Fernández, F. (1992). *Alcoholdependencia. Personalidad del alcoholico*. Barcelona: Editorial Masson-Salvat
- Anderson, S. & Berg, J. E. (2001). The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research and Theory*, 9, 239–251.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2007). *Patient placement criteria for the treatment of substance abuse disorders. Second edition revised*. Chevy Chase (MD): ASAM.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bandura, A. (1976). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C.F. & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. & Cortés, M. (Coords.) (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 110, 58-61.
- Ben-Porath, Y. S. & Tellegen, A. (2008). *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2. Reestructurado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. (Coords.) (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Medica.
- Boeree, C., G. (2002). *Early medicine and physiology*. Recuperado de: <http://webspaceship.edu/cgboer/neurophysio.html>.
- Bogani, E., Gisbert, J. & Bogani, A. (1993). Inducción al consumo de bebidas alcohólicas por niños menores de cinco años en la ciudad de Valencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 1, 15-24.
- Bolzán, C., Kunzi, I. & Regner, E. (2000). La evaluación de rasgos de personalidad y autoeficacia de una muestra argentina de pacientes alcohólicos. *Interdisciplinaria*, 17(2), 71-93.
- Bombín, B., Martínez, J. M. & Rodríguez, J. (1991). Estudio epidemiológico del alcoholismo en Valladolid. En Junta Castilla y León (Ed.). *Alcoholismo y otras dependencias*. Editorial Consejería de Cultura y Bienestar Social: Valladolid.
- Botella, L. (1993). Emociones y construcción del significado: implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 16(4), 39-55.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I. & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284.

- Brickman, P., Ravinowitz, V. C., Karuza, J., Coates, D. & Cohn, E. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., & Dahlstrom, W. G. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring (rev. ed.)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Burgueño, M. J. García-Bastos, J. L. & González-Buitrago, J. M. (1995). Las curvas ROC en la evaluación de pruebas diagnósticas. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 104 (17), 661-670.
- Cancelo, J. (1989). As Comunidades terapéuticas profissionais para toxicómanos. *Cadernos de Psicologia*, 6, 16-21.
- Cánovas, G. (1994). *Adolescentes y alcohol*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Cardenal, V. & Sánchez-López, M. P. (2007). Adaptación y baremación del cuestionario MCMI-III al español (Millon Clinical Multiaxial Inventory) de Millon (1997). Madrid: TEA Ediciones.
- Carreño, J. E., Bobes, J., Álvarez, C. E., San Narciso, G., Bascarán, M. T. & Cerceda, A. (2003). Programas de desintoxicación física en dependientes de opiáceos. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (Coords.), *Manual de Evaluación y Tratamiento de las Drogodependencias* (pp. 218-231). Barcelona: Ars Medica.
- Casas, M., Gutiérrez, M. & San, L. (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langebahn, D., Malec, J. F. & Bergquist, T. F. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1596-1615.
- Claus, R. E. & Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 25–31.
- Clements, R. & Heintz, J. M. (2002). Diagnostic accuracy and factor structure of the AAS and APS scales of the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 79(3), 564-582.
- Cloninger, C. R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopter men. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 861-868.
- Coderch, J. (1975). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Condelli, W. & Hubbard, R. L. (1994). Relationships between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 25-33.
- Conger, J.J. (1954). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 296-305.
- Contel, M. Gual, A. & Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347.
- Comas, D. (2006a). Comunidades Terapéuticas: la transformación invisible. *Adicciones*, 18, 323-326.
- Comas, D. (2006b). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (Ed.) (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. COP: Madrid.
- Compton, W. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B. & Grant, B. F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 38-46.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- Craig, R. J. (1979a). Personality characteristics of heroin addicts: A review of the empirical literature with critique: Part I. *International Journal of the Addictions*, 14, 513-532.

- Craig, R. J. (1979b). Personality characteristics of heroin addicts: A review of the empirical literature with critique: Part II. *International Journal of the Addictions*, 14, 607-625.
- DeLeon, G. (1984). The therapeutic community study of effectiveness. *Department of Health and Public Services*. Rockville, MD: NIDA.
- Dixon, L. McNary, S. & Lehman, A. (1997). One-year follow-up of secondary versus primary mental disorder in persons with comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1610-1612.
- Domjan, M. & Burkhard, B. (1995). *Principios de aprendizaje y de conducta*. Madrid: Debate.
- Donovan, J. M., Soldz, S., Kelley, H. F. & Penk, W. E. (1998). Four addictions: the MMPI and discriminant function analysis. *Journal of Addictive Diseases*, 17(2), 41-55.
- Dowd, E. T. & Rugle, L. G. (1999). *Comparative treatments of substance abuse*. New York, NY: Springer Publishing Company Inc.
- Echeburúa, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Elzo, J., Elorza, M. A. & Laespada, M. A. (1994) *Alcoholismo juvenil. Reflexiones y sugerencias de actuación ante una realidad contrastada*. Bilbao: Ediciones de la Universidad de Deusto.
- Escotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA). (2010). *2010 Annual report on the state of the drug problem in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fernandez – Miranda, J. J. (2008). *Opiáceos. guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Feuerlein, W., Ringer, C., Küfner, H., & Antons, K. (1977). Diagnose des Alkoholismusder Munchner Alcoholismustest (MALT). *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 119, 1275-1282.
- Feuerstein, R., Falik, L.H., Feuerstein, R. S. & Rand, Y. (2004). *Creating and enhancing cognitive modifiability: Feuersteins Instrumental Enrichment Program*. Jerusalem: ICELP Press. citado en Sociedad Española de Toxicomanías. SET (Ed.) (2009). *Documento de consenso para el abordaje de las adicciones desde las neurociencias*.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L. & Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ª ed., 179-202). New York, NY: Oxford University Press.
- First, M. B., Gibbon, M., & Spitzer, R. L. (eds.) (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV: SCID-II*. Barcelona: Masson.
- Frances, R. J., Timm, S. & Bucky, S. (1980). Studies of familial and nonfamilial alcoholism. I: demographic studies. *Archives of General Psychiatry*, 37, 564-566.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1977). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1982). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Salvat
- Freixa, R. & Bach, L. (1975). Clínica de la enfermedad alcohólica. *Tauta*, 51, 29.
- García, J. A. (2008). Evaluación de programas para la rehabilitación de toxicómanos. Estudio de caso sobre una comunidad terapéutica. Tesis Doctoral Publicada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Gerra, G., Bertacca, S., Zaimovic, A., Pirani, M., Branchi, B. & Ferri, M. (2008). Relationship of personality traits and drug of choice by cocaine addicts and heroin addicts. *Substance Use and Misuse*, 43, 317-330.
- González, P. (2002). *Consumo y actitudes ante el alcohol en los estudiantes de psicología de la UPSA*. (Tesina inédita de licenciatura). Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, España.
- González de Rivera, J. L., Vela, A. & Arana, J. (Coords.) (1980). *Manual de psiquiatría*. Madrid: Editorial Karpos.
- Gradillas, V. (2001). *Los problemas del alcohol*. Málaga.: Aljibe Editorial.
- Graña, J. L. (1998) (Ed.). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

- Graham, J. R. & Strenger, V. E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: a review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 197-205.
- Greene, R. L., Weed, N. C., Butcher, J. N., Arredondo, R. & Davis, H. G. (1992). A cross-validation of MMPI-2 Substance Abuse Scales. *Journal of Personality Assessment, 58*(2), 405-410.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2. An interpretative manual*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Guerra, D. (1992). Addiction Severity Index (ASI), Índice de Severidad de la Adicción. En Casas, M. (Ed.). *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Hidalgo, E. (2007). *Heroína*. Madrid: Amargord.
- Hoffmann, H., Loper, R. G. & Kammeier, M. L. (1974). Identifying future alcoholics with MMPI alcoholism scales. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 35*, 490-498.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R. & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Johnson, R. S., Tobin, J. W. & Cellucci, T. (1992). Personality characteristics of cocaine and alcohol abusers: more alike than different. *Addictive Behaviours, 17*, 159-166.
- Kelly, G. A., (1955). *The psychology of personal constructs*. Norton. New York. Citado en Landfield, A. W. y Leitner, L. M. (Eds.) (1987). *Psicología de los constructos personales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kramer, J. F. & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Kruger, A. (2000). La cafeína en pacientes psiquiátricos crónicos: efectos y mecanismos farmacológicos. *Revista de Toxicomanías, 22*, 30-36.
- Labrador, J., Echeburua, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Landfield, A. W. & Leitner, L. M. (Eds.) (1987). *Psicología de los constructos personales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lehman, A.F., Myers, C.P., Dixon, L. B. & Johnson, J.L. (1994). Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning. *Hospital Community Psychiatry, 45*(6), 556-561.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis, 86*, 841-868.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction, 99*(2), 76-92.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A. & Henderson, C.E. (2004) Family-based therapy was shown to be more effective than peer-group therapy in treating urban adolescent substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs, 36*, 49-63.
- Loranger, A. W., Janka, A. & Sartorius, N. (1997). *The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Lorea, I., Tirapu, J., Landa, N. & López-Goñi, J. J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones, 17*, 121-129.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. & Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Llorente, J. M. & Fernández, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones, 11*, 329-336.
- MacAndrew, C. (1965). The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 26*, 238-246.
- Maglione, M., Chao, B. & Anglin, M. D. (2000). Correlates of outpatient drug treatment drop-out among methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*, 221-228.
- Mardones, J. (1960). Experimentally induced changes in the free selection of ethanol. *International Review of Neurobiology, 2*, 42-74.

- Martinez-Raga, J., Marshall, E. J., Keaney, F., Ball, D. & Strang, J. (2002). Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: Retrospective analysis of 470 first-episode admissions. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 277-281.
- Mayer, J. & Filstead, W. J. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS). An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 291-300.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McLellan, A. T., Luborsky L., Woody G. E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index (ASI). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Merino, V., Jiménez, F & Sánchez, G. (1995). *El consumo de alcohol en adolescentes zamoranos*. Zamora: Ayuntamiento de Zamora.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Millon, T. & Davis, R. (1997). The MCMI - III: Present and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 69-85.
- Millon, T. (2000). *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morey, L. C. (2007). *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Muller, D. A. (2000). Criminal profiling. Real science or just wishful thinking?. *Homicide Studies*, 4(3), 234-264.
- Nathan, P. E. (1988). Addictive personality is the behaviour of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183-188.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of drug addiction treatment*. Recuperado de <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
- National Institute on Drug Abuse. (2001). *Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones*. Recuperado de <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. *Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2_Informe_2013.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1952). Informe del Comité de Expertos sobre Drogas Adictivas. *Serie de Informes Técnicos*, 57.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Overall, J. E. (1973). MMPI personality patterns of alcoholics and narcotic addicts. *Quarterly Journal of the Studies on Alcohol*, 34, 104-111.
- Penk, W. E., Fudge, J.W., Robinowitz, R. & Neman, R. S. (1979). Personality characteristics of compulsive heroin, amphetamine and barbiturate users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 583-585.
- Pickens, R. W. & Svikis, D. S. (1989). The twin method in the study of vulnerability to drug abuse. Monográfico de Investigación del NIDA (National Institute on Drug Abuse). Washington, DC: US Government Printing Office.
- PNSD. (2008). *Recursos específicos de atención a drogodependientes*. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaAsistencia/home.htm>.
- PNSD. (2011). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>
- PNSD. (2013). *Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2011*. Recuperado de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/11_Informe_2013_Tratamiento.pdf

- PNSD. (2015). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España*. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES2013.pdf>
- Polimeni, A. M., Moore, S. M. & Gruenert, S. (2010a). Mental health improvements of substance-dependent clients after 4 months in a therapeutic community. *Drug and Alcohol Review*, 29, 546-550.
- Polimeni, A. M., Moore, S. M. & Gruenert, S. (2010b). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 6(1), 1-9.
- Pomerleau, O. & Pomerleau, C. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19, 276-288.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.
- Royo, G., Pedrero, E. J., Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero, M., Olivar, Á. & Puerta, C. (2009). Terapia ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. *Trastornos Adictivos*, 11, 96-105.
- Rowland, M. (1972). Influence of route of administration on drug availability. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 61(1), 70-74.
- Salazar, I.; Casas, M. & Rodríguez, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencia desde la teoría de los constructos personales. En Casas, M. (Ed.). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Sánchez-Barranco, A. & Sánchez-Barranco, P. (2001). Psicoterapia Dinámica Breve. Aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 78, 7-25.
- Sánchez-Turet, M. (Coord.) (1993). *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Schuckit, M. A. (1983). Alcoholic men with no alcoholic first-degree-relatives. *American Journal of Psychiatry*, 140, 439-443.
- Secades, R (1998). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Secades, R., Fernández, J. R. & Arnáez, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39, 1369-1378.
- Secades, R., García, O., Fernández, J. R. & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Selzer, M. L., Vinokur, A., & van Rooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- Shield, K. D., Kehoe, T., Gmel, G., Rehm, M. X. & Rehm, J. (2012). Societal burden of alcohol. En Anderson, P., Moller, L., y Galea, G. (Eds.). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Simpson, D. D. (1990). National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) follow-up research. En Tims, F. M. y Ludford, J. (eds.). *National Institute on Drug Abuse Research Monograph 51*. Rockville, MD.
- Sirvent, C. (1997). Teoría y dialéctica del método psicoterapéutico en drogodependencias. En C. Sirvent & J. Rodríguez (Coords.). *Drogodependencias*. (pp. 309-344). Madrid: Dpto. Publicaciones. Instituto Spiral.
- Sociedad Española de Toxicomanías. (SET) (Ed.) (2009). *Documento de consenso para el abordaje de las adicciones desde las neurociencias*. Recuperado de: <http://set.org.es/wp-content/uploads/2011/05/Documento-de-consenso-Neurociencias-y-adicciones1.pdf>.

- Solé, A., Guerra, D., Camí, J. & Tobeña, A. (1984). Estudio de la personalidad, rendimiento neuropsicológico y sintomatología psiquiátrica asociada en heroinómanos. *Documentos de la Dirección General de Acción Social y Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española*. Madrid.
- Stanton, M. D. & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative Studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stanton, M. D. & Todd, T. C. (2006). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Stauss, F. F., Ousley, N. K. & Carlin, A. S. (1977). Psychopathology and drug abuse: an MMPI comparison of polydrug abuse patients with psychiatric inpatients and outpatients. *Addictive Behaviour*, 2, 75-78.
- Stocco, P. (2008). Las comunidades terapéuticas para el tratamiento de la drogodependencia en Europa. *Revista Española de Drogodependencias*, 33, 272-290.
- Stockley, D & EDEX. (2002). *Drogas*. Bilbao: EDEX.
- Sweet, C. & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951.
- Szalavitz, M. (2015). No more addictive personality. *Nature*, 522, 548-549.
- Szasz, T. (2001). *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre*. Barcelona: Anagrama.
- Terán, A. (Ed.) (2008). *Cocaína. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Torrens, M. (2008). Patología dual. Situación actual y retos de Futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.
- Trevithick, L. & Hosch, H. M. (1978). MMPI correlates of drug addiction based on drug of choice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 180.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World drug report 2015*. Viena: United Nations publication.
- Vaillant, G. E. & Milofsky, E. S. (1982). The etiology of alcoholism: A prospective viewpoint. *American Psychologist*, 37, 494-503.
- Vallejo-Ruiloba, J. (Dir.) (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- VV.AA. (2010). Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria y sistema de información microbiológica. España. Año 2010. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 19(8), 100-116.
- VV.AA. (2011). *Cocaína*. Madrid: Ediciones Amargord.
- Vuchinich, R. E. & Tucker, J. A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H. & Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behavior Modification*, 23, 129-151.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-items short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weil, A. & Rosen, W. (2002). *Del café a la morfina*. Madrid: RBA
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T. & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: the APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404.
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R. & Kelley, M.L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 344-355.
- Wittset, D & Kent, S. A. (2003). Cults and families. *Families in Society*, 84, 491-502.
- Yates, A. J. (1975). *Terapia del comportamiento*. México, DF: Editorial Trillas.

- Young, J. (2003). *La sociedad excluyente. Exclusión social, delito y diferencia en la Modernidad Tardía*. Madrid: Marcial Pons.
- Young, K. R. & Weed, N. C. (2006). Assessing alcohol -and drug- abusing clients with the MMPI-2. En J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2 A practitioner's guide* (pp.161-180). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zucker, R. A. & Gomberg, E. S. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: the case for a biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, 783-793.

ANEXO 1. ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS

| |
|---|
| AA.AA: Alcohólicos Anónimos |
| AdA: Adicto al alcohol |
| AdC: Adicto a la cocaína |
| AdH: Adicto a la heroína |
| COP: Colegio Oficial de Psicólogos (España) |
| CT: Comunidad Terapéutica |
| CTD: Comunidad Terapéutica para Drogodependientes |
| DD: Drogodependencias |
| OMS: Organización Mundial de la Salud |
| PNSD: Plan Nacional sobre Drogas (España) |
| PR: (Programa de) Prevención de Recaídas |
| PRD: Programa de Reducción del Daño |
| RdR: (Programa de) Reducción de Riesgos |
| SNC: Sistema Nervioso Central |
| VHB: Virus de Hepatitis B |
| VHC: Virus de Hepatitis C |
| VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana |

ANEXO 2: CUESTIONARIO ÍTEMS DE JELLINEK⁹.

| |
|--|
| 1. Amnesia alcohólica (*). |
| 2. Ingestión a escondidas (subrepticia) ¿En público?, ¿A solas? |
| 3. Preocupación para tener alcohol. ¿Le importa quedarse sin él? (*). |
| 4. Avidez en la ingestión. ¿Bebe deprisa o despacio, paladea? |
| 5. Sentimiento de culpa. |
| 6. Procura eludir cualquier referencia al alcohol. Conversaciones familiares. |
| 7. Han aumentado las amnesias alcohólicas. |
| 8. Capacidad de control de la ingesta. ¿Puede parar? ¿Se le calienta la boca? |
| 9. Racionalización de la conducta de ingestión. |
| 10. Presiones sociales. |
| 11. Conducta desproporcionada y exagerada con la ingestión. |
| 12. Conducta agresiva. |
| 13. Remordimientos personales (*). |
| 14. Período de abstinencia |
| 15. Precisa ingerir alcohol por las mañanas. En ayunas (*). |
| 16. Cambio de forma de ingestión. |
| 17. Empieza a perder amigos. |
| 18. Temblores. Síndrome de abstinencia (*). |
| 19. Empieza a dejar el trabajo. Absentismo, problemas laborales. |
| 20. Su conducta se centra en el alcohol. Sólo espera la ocasión para beber. |
| 21. Pérdida de intereses exteriores. |
| 22. Reinterpretación de las relaciones interpersonales. |
| 23. ¿Presenta autocompasión?, ¿Vergüenza frente al vecindario, frente a los hijos? |
| 24. Disminuye o aumenta su potencia sexual. |
| 25. Variaciones de domicilio o de lugares preferidos (**). |
| 26. Celotipia. |
| 27. Variaciones en las relaciones familiares. |
| 28. Alteración de los sentimientos. |
| 29. Descuido en la alimentación. |
| 30. Embriagueces prolongadas. |

⁹ Ordenación sugerida por Freixa y Bach, (1975).

| |
|---|
| 31. Precisa sentirse protegido contra la posibilidad de no ingerir alcohol (*). |
| 32. Degradación moral. |
| 33. Disminución de la tolerancia. |
| 34. Debilidad intelectual. |
| 35. Cambio de carácter por el alcohol. |
| 36. Ha estado ingresado en hospital o clínica por etilismo (***)). |
| 37. Degradación social. |
| 38. Antecedentes familiares o relaciones con alcohólicos. |
| 39. Temores indefinidos. |
| 40. Inhibición psíquica y somática. |
| 41. Actitud de dependencia ansiosa hacia el alcohol. |
| 42. Cambio en las actitudes religiosas. |
| 43. Hundimiento de los sistemas de racionalización. |

(*) Observar con atención el uso social del alcohol

(**) Interpretación de la realidad de la ingesta divergente en hombre o mujer, o según profesión

(***) Psiquiatría o centro especializado

ANEXO 3: MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST (MAST)

| |
|---|
| 0. ¿Te gusta beber alcohol de vez en cuando? |
| 1. ¿Crees que eres un bebedor normal (bebes menos o tanto como la mayoría de las personas)? |
| 2. ¿Alguna vez te has despertado por la mañana después de haber estado bebiendo la noche anterior y no has podido recordar una parte de lo ocurrido? |
| 3. ¿Tu esposa, marido, padre u otro familiar cercano se han preocupado o quejado alguna vez sobre la cantidad de alcohol que consumes? |
| 4. ¿Puedes dejar de beber sin problemas después de una o dos copas? |
| 5. ¿Te sientes alguna vez culpable por haber bebido? |
| 6. ¿Tus amigos o parientes piensan que eres un bebedor normal? |
| 7. ¿Alguna vez intentas limitar el número de copas que bebes a ciertas horas del día o en ciertos lugares? |
| 8. ¿Has ido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos? |
| 9. ¿Te has metido en peleas físicas cuando has bebido? |
| 10. ¿El hecho de que tu bebas te ha creado algún problema con tu esposa, marido, padre, madre u otro familiar? |
| 11. ¿Tu esposa, marido (u otro miembro de tu familia) ha ido a buscar ayuda alguna vez porque tú estabas ebrio? |
| 12. ¿Has perdido algún amigo a causa de la bebida? |
| 13. ¿Has tenido problemas en el trabajo o en la escuela por haber bebido? |
| 14. ¿Has perdido algún trabajo a causa de la bebida? |
| 15. ¿Has descuidado tus obligaciones, a tu familia, o tu trabajo durante dos o más días seguidos por haber bebido? |
| 16. ¿Bebes antes del mediodía a menudo? |
| 17. ¿Te han dicho alguna vez que tienes problemas hepáticos?, ¿Cirrosis? |
| 18. Después de haber bebido mucho ¿has tenido alguna vez delirium tremens, o fuertes temblores, o has oído voces, o has visto cosas que no estaban allí en realidad? |
| 19. ¿Has pedido ayuda a alguien por tu consumo de alcohol? |
| 20. ¿Has estado en algún hospital por haber bebido? |
| 21. ¿Has estado alguna vez hospitalizado en un hospital psiquiátrico o en el área de psiquiatría de un hospital general siendo la bebida parte del problema que ocasionó la hospitalización? |
| 22. ¿Has ido alguna vez a una clínica psiquiátrica o mental, o a algún médico, asistente social o sacerdote en busca de ayuda por algún problema emocional siendo la bebida parte del problema? |
| 23. ¿Te han detenido alguna vez por conducir borracho, conducir intoxicado o conducir bajo los efectos del alcohol? (Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas veces?). |
| 24. ¿Te han detenido alguna vez, aunque sólo sea por algunas horas, debido a tu comportamiento cuando estabas borracho? (¿cuántas veces?). |

ANEXO 4: CUESTIONARIO CAGE

1. ¿Ha pensado alguna vez que tenía que reducir (Cut down) el consumo o dejar la bebida?
2. ¿Le han molestado (Annoyed) las observaciones de la gente acerca de sus hábitos de bebida?
3. ¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable (Guilty) por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana (Eye opener) para sentirte en forma?

ANEXO 5: MÜNCHNER ALCOHOLISMUS TEST (SUBJETIVO) MALT-S

| |
|--|
| 1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos. |
| 2. A temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar. |
| 3. Alguna vez, he intentado calmar “la resaca”, el temblor o la náusea matutina con alcohol. |
| 4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades. |
| 5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o la comida. |
| 6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo. |
| 7. A menudo pienso en el alcohol. |
| 8. A veces he bebido alcohol, aún cuando el médico me lo había prohibido. |
| 9. En las temporadas en que bebo más, como menos. |
| 10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera. |
| 11. Últimamente, prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean). |
| 11bis. Bebo un trago y más de prisa que los demás. |
| 12. Desde que bebo más, soy menos activo. |
| 13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido. |
| 14. He ensayado un sistema para beber (p. ej. no beber antes de determinadas horas). |
| 15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol. |
| 16. Sin alcohol no tendría yo tantos problemas. |
| 17. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme. |
| 18. Creo que alcohol está destruyendo mi vida. |
| 19. Tan pronto quiero dejar de beber, como cambio de idea y vuelvo a pensar que no. |
| 20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo. |
| 21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa (o pareja). |
| 22. Ya he probado de pasar temporadas sin alcohol. |
| 23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo. |
| 24. Repetidamente me han mencionado mi “aliento alcohólico”. |
| 25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo. |
| 26. A veces, al despertar, después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera. |

ANEXO 6. MÜNCHNER ALCOHOLISMUS TEST (OBJETIVO) MALT-O

| |
|---|
| 1. Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico: p. ej. hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico; p. ej. GOT, GPT o GGT) |
| 2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p. ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas) |
| 3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis) |
| 4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses. |
| 5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer 240 ml) de alcohol puro, una o dos veces al mes. |
| 6. Factor alcohólico (en el momento de la exploración médica) |
| 7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes) |

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE ALCOHOLISMO AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas? (0) Nunca; (1) Una vez al mes o menos; (2) 2-4 veces al mes; (3) 2-3 veces por semana; (4) 4 o más veces por semana.
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que esté tomando alcohol? (0) 1 ó 2; (1) 3 ó 4; (2) 5 ó 6; (3) 7 a 9; (4) 10 o más.
3. ¿Con qué frecuencia consume seis copas o más en una ocasión? (0) Nunca; (1) Menos de una vez al mes; (2) Una vez al mes; (3) Una vez por semana; (4) Diariamente o casi diariamente.
4. ¿Cuántas veces durante el último año observó que no era capaz de dejar de beber una vez que empezaba? (0) Nunca; (1) Menos de una vez al mes; (2) Una vez al mes; (3) Una vez por semana; (4) Diariamente o casi diariamente.
5. ¿Cuántas veces durante el último año ha dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol? (0) Nunca; (1) Menos de una vez al mes; (2) Una vez al mes; (3) Una vez por semana; (4) Diariamente o casi diariamente.
6. ¿En cuántas ocasiones, durante el último año, ha necesitado tomar una copa por la mañana para poder “arrancar”, después de haber consumido gran cantidad de alcohol el día anterior? (0) Nunca; (1) Menos de una vez al mes; (2) Una vez al mes; (3) Una vez por semana; (4) Diariamente o casi diariamente.
7. ¿Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable o ha tenido remordimientos después de haber bebido? (0) Nunca; (1) Menos de una vez al mes; (2) Una vez al mes; (3) Una vez por semana; (4) Diariamente o casi diariamente.
8. ¿Con cuánta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca; (1) Menos de una vez al mes; (2) Una vez al mes; (3) Una vez por semana; (4) Diariamente o casi diariamente.
9. ¿Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol? (0) No; (1) Sí, pero no durante el último año; (2) Sí durante el último año.
10. ¿Se ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional sobre su consumo de bebidas alcohólicas, o le han sugerido que no beba tanto? (0) No; (1) Sí, pero no durante el último año; (2) Sí durante el último año.

ANEXO 8. ESCALA DE IMPLICACIÓN CON EL ALCOHOL PARA ADOLESCENTES (AAIS)

1. ¿Con qué frecuencia sueles beber alcohol?
 - a) Nunca
 - b) Una o dos veces al año
 - c) Una o dos veces al mes
 - d) Todas las semanas
 - e) Varias veces a la semana
 - f) Todos los días

2. ¿Cuándo has bebido alcohol por última vez?
 - a) Nunca he bebido
 - b) Hace más de un año
 - c) Entre seis meses y un año
 - d) Hace varias semanas
 - e) La última semana
 - f) Ayer
 - g) Hoy

3. Normalmente empiezo a beber alcohol porque:
 - a) Me gusta el sabor
 - b) Para estar bien con mis amigos
 - c) Para sentirme bien con los adultos
 - d) Me siento nervioso, tenso y lleno de preocupaciones y problemas
 - e) Me siento triste, solo y siento lástima de mí mismo

4. ¿Qué es lo que sueles beber?
 - a) Vino
 - b) Cerveza
 - c) Combinados
 - d) Licores fuertes
 - e) Sustitutos de alcohol: aguarrás, medicamentos, colonias, etc.

5. ¿Cómo obtienes las bebidas?
 - a) Con la supervisión de mis padres y familiares
 - b) Por medio de mis hermanos
 - c) En mi casa, sin que se enteren mis padres
 - d) De mis amigos
 - e) Comprándolas

6. ¿Cuándo bebiste alcohol por primera vez?
 - a) Nunca
 - b) Recientemente
 - c) Después de los quince años
 - d) Entre los 14 y los 15 años
 - e) Entre los 10 y los 13 años
 - f) Antes de los 10 años

7. ¿En que momento del día sueles beber alcohol?
 - a) En las comidas
 - b) Por la noche
 - c) Por las tardes
 - d) Generalmente por las mañanas o cuando me levanto
 - e) A menudo me levanto por la noche para beber

8. ¿Por qué bebiste alcohol la primera vez?
 - a) Por curiosidad
 - b) Porque me lo dieron mis padres o familiares
 - c) Me animaron mis amigos
 - d) Para sentirme como un adulto

- e) Para “colocarme” o emborracharme
9. ¿Qué cantidad de alcohol consumes cuando bebes?
- a) Una bebida
 - b) Dos bebidas
 - c) De tres a seis bebidas
 - d) Seis o más bebidas
 - e) Hasta estar borracho o “colocado”
10. ¿Con quién bebes alcohol?
- a) Sólo con mis padres o familiares
 - b) Sólo con mis hermanos
 - c) Con amigos de mi misma edad
 - d) Con amigos mayores
 - e) Solo
11. ¿Cuál es el efecto mayor que has obtenido con el alcohol?
- a) Desinhibirme, relajarme
 - b) Moderadamente “colocado”
 - c) Emborracharme
 - d) Sentirme enfermo
 - e) Desmayarme, perder el conocimiento
 - f) Había bebido mucho y a la mañana siguiente no recordaba lo que había pasado
12. ¿Cuál es el efecto mayor que ha producido el alcohol en cuanto a tus relaciones con los demás?
- a) Ninguno
 - b) Me ha dificultado mantener conversaciones
 - c) Me ha impedido pasar buenos momentos con otras personas
 - d) Ha perjudicado mi rendimiento escolar
 - e) He perdido amigos por beber alcohol
 - f) He tenido problemas en casa
 - g) Me he peleado y/o he destruido bienes
 - h) He tenido algún accidente, lesiones, arrestos...
13. ¿Qué piensas sobre tu hábito de beber alcohol?
- a) No tengo ningún problema
 - b) Puedo controlarlo sin pasarme de mis propios límites
 - c) Puedo controlarme a mi mismo, pero mis amigos influyen fácilmente en mi
 - d) A menudo me siento mal por lo que bebo
 - e) Necesito ayuda para poder controlarme
 - f) He recibido ayuda profesional para controlar el problema
14. ¿Cómo te ven los demás?
- a) No lo sé, o piensan que bebo lo normal para mi edad
 - b) Cuando bebo suelo “pasar” de mi familia y amigos
 - c) Mi familia o amigos me aconsejan que debo controlar y reducir la bebida
 - d) Mi familia o amigos dicen que necesito ayuda debido a lo que bebo
 - e) Mi familia o amigos ya me han buscado ayuda debido a la bebida

ANEXO 9: ITEMS DEL MMPI-2

- 1.- Me gustan las revistas de mecánica.
- 2.- Tengo buen apetito.
- 3.- Casi siempre me levanto por las mañanas descansado/a y como nuevo/a.
- 4.- Creo que me gustaría el trabajo de Bibliotecario/a.
- 5.- El ruido me despierta fácilmente.
- 6.- Mi padre es un buen hombre. (O si ya ha fallecido) Mi padre fue un buen hombre.
- 7.- Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
- 8.- Normalmente tengo bastante calientes los pies y las manos.
- 9.- En mi vida diaria hay muchas cosas que me resultan interesantes.
- 10.- Actualmente tengo tanta capacidad de trabajo como antes.
- 11.- La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo en la garganta.
- 12.- Mi vida sexual es satisfactoria.
- 13.- La gente debería intentar comprender sus sueños y guiarse por ellos o tomarlos como un aviso.
- 14.- Me divierten las historias de detectives y de misterio.
- 15.- Trabajo bajo una tensión muy grande.
- 16.- De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.
- 17.- Estoy seguro/a que la vida es dura para mí.
- 18.- Sufro ataques de náuseas y vómitos.
- 19.- Cuando acepto un nuevo empleo, me gusta que se me indique, confidencialmente, a quién debo halagar.
- 20.- Muy rara vez sufro de estreñimiento.
- 21.- A veces he deseado muchísimo abandonar el hogar.
- 22.- Nadie parece comprenderme.
- 23.- A veces me dan ataques de risa y llanto que no puedo controlar.
- 24.- A veces estoy poseído por espíritus diabólicos.
- 25.- Me gustaría ser cantante.
- 26.- Cuando estoy en dificultades o problemas creo que lo mejor es callarme.
- 27.- Cuando alguien me hace una faena, siento deseos de devolvérsela, si me es posible; y esto, por cuestión de principios.
- 28.- Me molesta el estómago varias veces a la semana.
- 29.- A veces siento ganas de maldecir.
- 30.- A menudo tengo pesadillas por las noches.
- 31.- Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.
- 32.- He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
- 33.- Rara vez me preocupo por mi salud.
- 34.- Nunca he tenido dificultades a causa de mi comportamiento sexual.
- 35.- En algunas ocasiones, cuando era joven, robé algunas cosas.
- 36.- Casi siempre tengo tos.
- 37.- A veces siento deseos de destrozar las cosas.
- 38.- He tenido períodos de días, semanas o meses, en los que no podía preocuparme por las cosas, porque no tenía ánimos para nada.
- 39.- Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 40.- La mayor parte del tiempo parece dolerme la cabeza por todas partes.
- 41.- No digo siempre la verdad.
- 42.- Si los demás no la hubieran tomado conmigo, habría tenido más éxito.
- 43.- Mis razonamientos son ahora mejores que nunca.
- 44.- Una vez a la semana o más a menudo, siento calor por todo el cuerpo sin causa aparente.
- 45.- Tengo tan buena salud física como la mayor parte de mis amigos.
- 46.- Prefiero hacerme el desentendido con amigos de colegio o personas conocidas que no veo desde hace tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
- 47.- Casi nunca he me ha dolido el pecho o el corazón.
- 48.- En muchas ocasiones me gustaría sentarme y soñar despierto/a antes que hacer cualquier cosa.
- 49.- Soy una persona muy sociable.
- 50.- Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de personas que sabían menos que yo.
- 51.- No leo diariamente todos los artículos editoriales del periódico.
- 52.- No he llevado un tipo de vida adecuado y normal.
- 53.- Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o quedarse “dormidas” algunas partes de mi cuerpo.

- 54.- A mi familia no le gusta el trabajo que he elegido (o el trabajo que pienso elegir para mi futuro).
- 55.- A veces insisto tanto en una cosa que los demás pierden la paciencia conmigo.
- 56.- Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los demás.
- 57.- Muy raras veces siento dolor en la nuca.
- 58.- Pienso que una gran mayoría de la gente exagera sus desgracias para lograr la simpatía y ayuda de los demás.
- 59.- Tengo molestias en la boca del estómago casi a diario.
- 60.- Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.
- 61.- Soy una persona importante.
- 62.- A menudo he deseado ser mujer. (O si Vd. es mujer) nunca me ha pesado ser mujer.
- 63.- Mis sentimientos no son heridos fácilmente.
- 64.- Me gusta leer novelas de amor.
- 65.- La mayor parte del tiempo me siento triste.
- 66.- Sería mejor si se anulasen casi todas las leyes.
- 67.- Me gusta la poesía.
- 68.- A veces hago rabiar (jugando) a los animales.
- 69.- Creo que me gustaría trabajar de guardabosques.
- 70.- En una discusión o debate, me dejo vencer fácilmente.
- 71.- En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
- 72.- A veces mi alma abandona mi cuerpo.
- 73.- Definitivamente no tengo confianza en mí mismo/a.
- 74.- Me gustaría ser florista.
- 75.- Normalmente siento que la vida vale la pena vivirla.
- 76.- Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.
- 77.- De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
- 78.- Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
- 79.- No me importa que se diviertan a costa mía.
- 80.- Me gustaría ser enfermero/a.
- 81.- Creo que la mayoría de la gente mentiría con tal de conseguir lo que quiere.
- 82.- Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento. (Me arrepiento más frecuentemente que otras personas de las cosas que hago).
- 83.- Tengo muy pocos disgustos con los miembros de mi familia.
- 84.- Cuando joven me echaron de clase una o más veces, por mi mal comportamiento.
- 85.- A veces siento fuertes deseos de hacer algo dañino o escandaloso.
- 86.- Me gusta asistir a reuniones o fiestas animadas y alegres.
- 87.- Me he enfrentado a problemas con tantas opciones de solución que me ha sido imposible llegar a una decisión.
- 88.- Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
- 89.- Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo.
- 90.- Quiero a mi padre. (O si ya ha fallecido) Quise a mi padre.
- 91.- Rara vez, o nunca, tengo espasmos o calambres musculares.
- 92.- Parece que no me importa mucho lo que me pueda suceder.
- 93.- A veces, cuando no me encuentro bien, estoy de mal humor.
- 94.- Muchas veces siento haber hecho algo malo o erróneo.
- 95.- Casi siempre soy feliz.
- 96.- Veo a mi alrededor cosas, animales o personas que otros no ven.
- 97.- La mayor parte del tiempo mi cabeza o mi nariz parecen estar congestionadas.
- 98.- Hay algunas personas tan mandonas que me dan ganas de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
- 99.- Alguien me la tiene jurada.
- 100.- Nunca he hecho algo peligroso sólo por la emoción de hacerlo.
- 101.- A menudo siento como si tuviera una venda puesta fuertemente alrededor de mi cabeza.
- 102.- Algunas veces me enfado.
- 103.- Me divierte más el juego o una partida cuando apuesto.
- 104.- La mayoría de la gente es honrada por temor a ser descubierta.
- 105.- En el colegio, algunas veces, fui enviado/a al director/a a causa de mi mal comportamiento.
- 106.- Mi manera de hablar es como siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni balbuceante, ni ronca).
- 107.- Mis modales en la mesa no son tan correctos en mi casa como cuando salgo a comer fuera.
- 108.- Cualquier persona que sea capaz y esté dispuesta a trabajar duro, tiene muchas probabilidades de obtener éxito.

- 109.- Me parece que soy tan listo y capaz como la mayor parte de los que me rodean.
110.- Para no perder un beneficio o ventaja, la mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos.
111.- Tengo muchos problemas con el estómago.
112.- Me gustan los dramas.
113.- Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
114.- A veces me siento tan atraído/a por las cosas personales de otro (como zapatos, guantes, etc.) que desearía cogerlos o robarlos, aunque no me sean útiles.
115.- Cuando veo sangre no me da miedo ni me pongo malo/a.
116.- Frecuentemente no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado/a.
117.- Nunca he vomitado o escupido sangre.
118.- No me preocupa contraer enfermedades.
119.- Me gusta coger flores o cultivar plantas en casa.
120.- Frecuentemente encuentro necesario defender lo que es justo.
121.- Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
122.- A veces mis pensamientos han ido más rápido y por delante de mis palabras.
123.- Si pudiera entrar en un espectáculo sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
124.- Generalmente me pregunto qué razón oculta puede tener otra persona cuando me hace un favor.
125.- Creo que mi vida hogareña es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conozco.
126.- Creo en la obligación o exigencia de las leyes.
127.- Las críticas y las reprensiones me hieren profundamente.
128.- Me gusta cocinar.
129.- La mayor parte de mi conducta está controlada por el comportamiento de los que me rodean.
130.- Ciertamente a veces siento que soy un/a inútil.
131.- Cuando era un muchacho/a pertenecía a una pandilla que intentaba mantenerse unida ante cualquier adversidad.
132.- Creo que existe otra vida después de esta.
133.- Me gustaría ser militar.
134.- A veces siento deseos de liarme a puñetazos con alguien.
135.- Frecuentemente pierdo o desaprovecho oportunidades por no decidirme a tiempo.
136.- Me molesta que la gente me pida consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante.
137.- Solía llevar un diario personal.
138.- Creo que están tramando algo contra mí.
139.- En un juego o partida me gusta más ganar que perder.
140.- Casi todas las noches me duermo sin ideas o pensamientos preocupantes.
141.- Durante los últimos años he gozado de buena salud casi siempre.
142.- Nunca he sufrido un ataque o convulsiones.
143.- Ahora no estoy ganando ni perdiendo peso.
144.- Creo que me están persiguiendo.
145.- Creo que frecuentemente he sido castigado/a sin motivo alguno.
146.- Lloro con facilidad.
147.- Actualmente no comprendo lo que leo con la misma facilidad de antes.
148.- Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora.
149.- A veces siento dolorida la parte superior de la cabeza.
150.- Algunas veces siento deseos de hacer daño, a mí mismo o a alguien.
151.- Me molesta que alguien se haya burlado tan hábilmente de mí que yo haya tenido que reconocer que lo logré.
152.- No me canso fácilmente.
153.- Me gusta conocer a gente importante porque esto hace sentirme importante.
154.- Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
155.- No me preocuparía si algún familiar mío tuviera problemas con la ley.
156.- Sólo me encuentro feliz cuando ando errante o viajo de un lado para otro.
157.- No me preocupa lo que los demás piensen de mí.
158.- Me siento incómodo/a cuando tengo que hacer una payasada en una fiesta, incluso aunque otros la estén haciendo.
159.- Nunca me he desmayado.
160.- Me gustaba ir al colegio.
161.- Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido/a.
162.- Alguien ha estado intentando envenenarme.

- 163.- Las serpientes no me dan mucho miedo.
- 164.- Nunca, o rara vez, tengo mareos.
- 165.- Mi memoria parece estar en buenas condiciones.
- 166.- Me preocupan los temas sexuales.
- 167.- Me es difícil entablar una conversación cuando conozco a alguien por primera vez.
- 168.- He tenido épocas durante las cuales he realizado actividades que luego no recordaba haberlas hecho.
- 169.- Cuando estoy aburrido/a me gusta provocar algo excitante o divertido.
- 170.- Tengo miedo de volverme loco/a.
- 171.- Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
- 172.- Frecuentemente noto que tiemblan mis manos cuando intento hacer algo.
- 173.- Puedo leer mucho tiempo sin que se me cansen los ojos.
- 174.- Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en las que estoy trabajando.
- 175.- Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 176.- Me duele la cabeza muy pocas veces.
- 177.- Mis manos no se han vuelto torpes ni he perdido habilidad.
- 178.- A veces cuando me encuentro en una situación incómoda, empiezo a sudar tanto que me llega a molestar muchísimo.
- 179.- No he tenido dificultades para mantener el equilibrio al caminar.
- 180.- Algo no marcha bien en mi cabeza.
- 181.- No tengo accesos de alergia o asma.
- 182.- He tenido ataques en los que perdía el control de mis movimientos o de la palabra, pero sabía lo que pasaba a mi alrededor.
- 183.- No me agradan todas las personas que conozco.
- 184.- Muy pocas veces sueño despierto/a.
- 185.- Me gustaría no ser tan tímido/a.
- 186.- No me da miedo manejar dinero.
- 187.- Si fuera periodista me gustaría mucho escribir sobre teatro.
- 188.- Disfruto con muy diferentes clases de juegos y diversiones.
- 189.- Me gusta coquetear.
- 190.- Mi familia me trata más como a un/a niño/a que como a un adulto.
- 191.- Me gustaría ser periodista.
- 192.- Mi madre es una buena mujer. (O si ya ha fallecido) Mi madre fue una buena mujer
- 193.- Cuando camino evito cuidadosamente pisar las rayas o grietas.
- 194.- Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
- 195.- En comparación con otros hogares, en mi familia hay poco compañerismo y cariño
- 196.- Frecuentemente me encuentro preocupado/a por algo.
- 197.- Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
- 198.- A menudo oigo voces sin saber de donde vienen.
- 199.- Me gusta la ciencia.
- 200.- No me cuesta pedir ayuda a mis amigos, incluso aunque no pueda devolverles el favor.
- 201.- Me gusta mucho cazar.
- 202.- A menudo mis padres han puesto reparos al tipo de gente con las que me juntaba.
- 203.- A veces chismorreó un poco.
- 204.- Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de la gente.
- 205.- Alguno de mis familiares tienen costumbres que me molestan y me irritan muchísimo.
- 206.- A veces me siento capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
- 207.- Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
- 208.- Rara vez noto los latidos de mi corazón y pocas veces se me corta la respiración.
- 209.- Me gusta hablar sobre temas sexuales.
- 210.- Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
- 211.- Me han sugerido un programa de vida basado en el deber y desde entonces lo he seguido cuidadosamente.
- 212.- A veces he estorbado a alguien que trataba de hacer algo, no porque eso importara mucho, sino por cuestión de principios.
- 213.- Me enfado fácilmente pero se me pasa pronto.
- 214.- He sido bastante libre e independiente de la disciplina familiar.
- 215.- Me preocupo mucho por las cosas.
- 216.- Alguien ha estado intentando robarme.
- 217.- Casi todos mis familiares simpatizan conmigo.

- 218.- Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo estar sentado/a mucho tiempo en la silla.
- 219.- He sufrido desengaños amorosos.
- 220.- Nunca me preocupo por mi apariencia física.
- 221.- Frecuentemente sueño sobre cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
- 222.- A los niños se les debería enseñar lo principal acerca de la vida sexual.
- 223.- Creo que no soy más nervioso/a que la mayoría de la gente.
- 224.- Tengo pocos o ningún dolor.
- 225.- Mi manera de hacer las cosas tiende a ser mal interpretada por los demás.
- 226.- Algunas veces, sin razón alguna, o incluso cuando las cosas me van mal, me siento animadamente feliz, como “flotando entre nubes”.
- 227.- No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
- 228.- Hay personas que están intentando apoderarse de mis pensamientos e ideas.
- 229.- He tenido momentos de turbación tal que interrumpí mis actividades, y no sabía qué estaba ocurriendo a mi alrededor.
- 230.- Puedo mostrarme amistoso con la gente que hace cosas que yo considero incorrectas.
- 231.- Me gusta estar en un grupo en el que se gastan bromas unos a otros.
- 232.- En las elecciones, algunas veces voto candidatos que conozco muy poco.
- 233.- Me cuesta empezar a hacer cualquier cosa.
- 234.- Creo que estoy condenado/a.
- 235.- En el colegio me costaba aprender.
- 236.- Si fuera artista me gustaría dibujar flores.
- 237.- No me molesta no tener mejor apariencia física.
- 238.- Sudó muy fácilmente, incluso en días fríos.
- 239.- Soy una persona plenamente seguro/a de mí mismo/a.
- 240.- A veces no he podido evitar el robar algo o llevarme algo de una tienda.
- 241.- Es más seguro no confiar en nadie.
- 242.- Me pongo muy excitado/a una vez por semana o con más frecuencia.
- 243.- Cuando estoy con un grupo de gente, tengo dificultades para pensar en temas adecuados de conversación.
- 244.- Cuando me siento abatido/a, algo emocionante me saca casi siempre de este estado.
- 245.- Cuando salgo de casa no me preocupa si la puerta y las ventanas quedan bien cerradas.
- 246.- Creo que mis pecados son imperdonables.
- 247.- Se me adormecen una o más partes de mi piel.
- 248.- No culpo a aquella persona que se aprovecha de otra que se expone a ello.
- 249.- Mi vista es ahora tan buena como lo ha sido durante años.
- 250.- A veces me ha divertido tanto el ingenio de un pícaro que he tenido la esperanza de que tuviera éxito.
- 251.- A menudo me ha dado la sensación de que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
- 252.- Para mí todo tiene el mismo sabor o gusto.
- 253.- Todos los días tomo una cantidad excesivamente grande de agua.
- 254.- La mayor parte de la gente hace amigos porque es probable que les sean útiles.
- 255.- Casi nunca noto que me zumben o me silben los oídos.
- 256.- De vez en cuando siento odio hacia familiares que normalmente quiero.
- 257.- Si fuera periodista me gustaría mucho hacer reportajes sobre deportes.
- 258.- Puedo dormir de día pero no por la noche.
- 259.- Estoy seguro/a de que la gente habla de mí.
- 260.- De vez en cuando me divierten las bromas o chistes sucios.
- 261.- Comparado con mis amigos, tengo muy pocos miedos.
- 262.- Si en un grupo me pidieran que comenzara una discusión o diera mi opinión acerca de algo que conozco bien, no sentiría ninguna vergüenza.
- 263.- Siento siempre rechazo por la justicia cuando un criminal sale libre gracias a la habilidad de un abogado astuto.
- 264.- He abusado de bebidas alcohólicas.
- 265.- Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellas no me hablan primero.
- 266.- Nunca he tenido problemas con la ley.
- 267.- Tengo épocas en las que me siento más animado/a que de costumbre sin que exista una razón especial.
- 268.- Me gustaría no ser perturbado por pensamientos sexuales.
- 269.- Si varias personas se encuentran inculpadas, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo en lo que van a decir y no cambiarlo después.

- 270.- Personalmente no me molesta ver sufrir a los animales.
- 271.- Creo que mi sensibilidad es más intensa que la de la mayoría de la gente.
- 272.- En ningún momento de mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
- 273.- A menudo la vida me resulta difícil.
- 274.- Soy tan susceptible respecto a algunos temas que ni siquiera puedo hablar de ellos.
- 275.- En el colegio me costaba mucho hablar delante de los demás.
- 276.- Quiero a mi madre.(O si ya ha fallecido) Quise a mi madre.
- 277.- Incluso cuando estoy con gente, me siento solo/a la mayor parte del tiempo.
- 278.- Tengo toda la comprensión que debiera recibir.
- 279.- Me niego a participar en algunos juegos porque no soy hábil en ellos.
- 280.- Me parece que hago amigos tan fácilmente como los demás.
- 281.- No me gusta tener gente a mi alrededor.
- 282.- Me han dicho que camino cuando estoy dormido/a.
- 283.- Quien provoca la tentación dejando una cosa valiosa sin protegerla es tan culpable del robo como el mismo ladrón.
- 284.- Pienso que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
- 285.- Soy más sensible que la mayoría de la gente.
- 286.- A la mayor parte de la gente le molesta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
- 287.- Muchos de mis sueños se relacionan con temas sexuales.
- 288.- Mis padres y familiares encuentran más defectos en mí de los que debieran.
- 289.- Me siento avergonzado/a con facilidad.
- 290.- Me preocupan el dinero y los negocios.
- 291.- Nunca he estado enamorado/a.
- 292.- Algunos de mis familiares han hecho ciertas cosas que me han asustado.
- 293.- Casi nunca sueño.
- 294.- Frecuentemente me salen manchas rojas en el cuello.
- 295.- Nunca he tenido parálisis ni sufrido una debilidad desacostumbrada en alguno de mis músculos.
- 296.- Algunas veces pierdo, o me cambia, la voz aunque no esté resfriado/a.
- 297.- Mi padre o mi madre me obligaron frecuentemente a obedecer, incluso cuando yo pensaba que no tenían razón.
- 298.- A veces percibo olores muy raros.
- 299.- No puedo concentrarme en una sola cosa.
- 300.- Tengo motivos para sentirme celoso/a de uno o más miembros de mi familia.
- 301.- La mayor parte del tiempo me siento preocupado/a por algo o alguien.
- 302.- Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
- 303.- Muchísimas veces me gustaría estar muerto/a.
- 304.- Algunas veces me siento tan inquieto/a que me cuesta dormirme por las noches.
- 305.- Sin duda he tenido que preocuparme por más cosas de las que me correspondía.
- 306.- Nadie se preocupa mucho por lo que le suceda a otro.
- 307.- A veces oigo tan bien que me llega a molestar.
- 308.- Olvido en seguida lo que me dicen.
- 309.- Normalmente tengo que detenerme a pensar antes de actuar, incluso en asuntos sin importancia.
- 310.- A menudo cruzo la calle para evitar encontrarme con alguna persona.
- 311.- Con frecuencia siento como si las cosas no fueran reales.
- 312.- La única parte interesante de los diarios son las caricaturas de la sección cómica.
- 313.- Tengo la costumbre de contar objetos sin importancia, como las bombillas de un anuncio luminoso o cosas similares.
- 314.- No tengo enemigos que deseen realmente hacerme daño.
- 315.-Tiendo a ponerme en guardia con aquellos que se muestran algo más amables de lo que yo esperaba.
- 316.- Tengo pensamientos extraños y raros.
- 317.- Me pongo nervioso/a e inquieto/a cuando tengo que hacer un viaje corto.
- 318.- Normalmente espero tener éxito en las cosas que hago.
- 319.- Oigo cosas extrañas cuando estoy solo/a.
- 320.- He tenido miedo de cosas o personas que sabía no podían hacerme daño.
- 321.- No me da miedo entrar solo/a en un salón donde hay gente reunida hablando.
- 322.- Me da miedo utilizar cuchillos u objetos muy afilados o puntiagudos.
- 323.- Algunas veces disfruto hiriendo a personas que amo.
- 324.- Fácilmente puedo atemorizar a la gente, y a veces lo hago por diversión.
- 325.- Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.
- 326.- En varias ocasiones he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad

- 327.- Se me ocurren palabras feas, a veces horribles, y no puedo deshacerme de ellas.
- 328.- Algunas veces me ronda por la cabeza un pensamiento sin importancia y me molesta durante días.
- 329.- Casi todos los días ocurre algo que me asusta.
- 330.- A veces estoy lleno/a de energía.
- 331.- Tiendo a tomarme las cosas demasiado en serio.
- 332.- A veces he disfrutado al ser herido por una persona querida.
- 333.- La gente dice cosas ofensivas y vulgares de mí.
- 334.- Me siento incómodo/a en lugares cerrados.
- 335.- En general no soy tímido/a.
- 336.- Alguien controla mi mente.
- 337.- En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una persona antes que reunirme con un grupo.
- 338.- La gente me decepciona con mucha frecuencia.
- 339.- A veces he sentido que las dificultades me abrumaban hasta tal punto que no podía superarlas.
- 340.- Me gusta mucho ir al baile.
- 341.- En ocasiones mi mente parece funcionar más lenta que de costumbre.
- 342.- Cuando viajo, a menudo hablo con personas que no conozco.
- 343.- Me gustan los niños.
- 344.- Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
- 345.- Si me dieran la oportunidad podría hacer algunas cosas que beneficiarían mucho a la humanidad.
- 346.- Con frecuencia me he encontrado con personas supuestamente expertas, que no resultaron ser mejores que yo.
- 347.- Me siento un/a fracasado/a cuando me hablan del éxito de alguien a quien conozco bien.
- 348.- Con frecuencia pienso: "Me gustaría volver a ser niño/a".
- 349.- Nunca soy tan feliz como cuando estoy solo/a.
- 350.- Si me dieran la oportunidad podría ser un/a buen/a líder.
- 351.- Me siento incómodo/a con los chistes groseros.
- 352.- Normalmente la gente pide para sus propios derechos más respeto que el que está dispuesto a conceder a los demás.
- 353.- Me gustan las reuniones sociales por el simple hecho de estar con gente.
- 354.- Intento recordar anécdotas interesantes para contárselas a otros.
- 355.- Una o más veces en mi vida he sentido que alguien, hipnotizándome, me obligaba a hacer algo.
- 356.- Me cuesta bastante interrumpir, aunque sea por poco tiempo, una tarea que ya he iniciado.
- 357.- Normalmente no participo en los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
- 358.- Con frecuencia he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas, simplemente porque a ellas no se les había ocurrido antes.
- 359.- Me gusta la animación de una multitud.
- 360.- No me importa conocer personas extrañas.
- 361.- Alguien ha tratado de influir en mi mente.
- 362.- Recuerdo haberme fingido estar enfermo/a para evitar algo.
- 363.- Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos.
- 364.- Cuando las cosas van mal fácilmente tiendo a darme por vencido/a.
- 365.- Me gusta que la gente conozca mi punto de vista sobre las cosas.
- 366.- He tenido épocas en las que me sentía tan animado/a que me parecía que, durante días, no necesitaría dormir.
- 367.- Siempre que puedo, evito encontrarme entre mucha gente.
- 368.- Ante las dificultades o crisis me acobardo.
- 369.- Me inclino a dejar de hacer algo que deseo cuando los demás piensan que no vale la pena realizarlo.
- 370.- Me gustan las fiestas y reuniones sociales.
- 371.- A menudo he deseado pertenecer al sexo opuesto.
- 372.- No me enfado fácilmente.
- 373.- Nunca hablo de las cosas malas que he hecho.
- 374.- La mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos para salir adelante en la vida.
- 375.- Me pongo nervioso/a cuando la gente me hace preguntas personales.
- 376.- Siento que no puedo planificar mi propio futuro.
- 377.- No estoy satisfecho/a con mi manera de ser.
- 378.- Me enfado cuando mis amigos o familiares me aconsejan sobre cómo vivir mi vida.
- 379.- Me pegaron mucho cuando era niño/a.
- 380.- Me siento incómodo/a cuando la gente me halaga.
- 381.- No me agrada oír a la gente dar opiniones sobre la vida.

- 382.- Frecuentemente discrepo profundamente con personas muy próximas a mí.
- 383.- Cuando las cosas se ponen realmente mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia.
- 384.- Cuando era pequeño/a me gustaba jugar a las "casitas".
- 385.- El fuego no me da miedo.
- 386.- A veces me he alejado de alguna persona porque temía hacerle o decirle algo de lo que luego tendría que lamentarme.
- 387.- Solamente cuando bebo puedo expresar mis verdaderos sentimientos.
- 388.- Muy rara vez tengo momentos de abatimiento.
- 389.- Frecuentemente me dicen que tengo mal genio.
- 390.- Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
- 391.- Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
- 392.- Una de las cosas que más temo son los relámpagos.
- 393.- Me gusta tener a los demás intrigados acerca de lo que voy a hacer.
- 394.- Frecuentemente en mis proyectos he encontrado tantas dificultades, que he tenido que abandonarlos.
- 395.- Me da miedo estar solo/a en la oscuridad.
- 396.- A veces me he sentido muy mal por no haber sido comprendido/a cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
- 397.- Los temporales de viento muy fuerte me atemorizan.
- 398.- Frecuentemente pido consejos a los demás.
- 399.- El futuro es demasiado incierto como para que una persona haga planes importantes.
- 400.- Con frecuencia, incluso cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
- 401.- No le temo al agua.
- 402.- A menudo tengo que "consultar con la almohada" antes de tomar una decisión.
- 403.- Frecuentemente la gente ha malinterpretado mis intenciones cuando trataba de corregirles o ayudarles.
- 404.- No tengo dificultades al tragar.
- 405.- Normalmente soy una persona tranquila y no me altero fácilmente.
- 406.- Me gustaría mucho vencer a un pillo con sus mismas armas.
- 407.- Merezco un severo castigo por mis pecados.
- 408.- Me afectan tanto los engaños que luego no puedo alejarlos de mi pensamiento.
- 409.- Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
- 410.- A menudo me molesta tanto que alguien trate de "colarse" delante de mí en una fila, que no puedo dejar de llamarle la atención.
- 411.- A veces pienso que no valgo para nada.
- 412.- Cuando era un/a muchacho/a frecuentemente hacía "novillos" en clase.
- 413.- Uno o varios de mis familiares son muy nerviosos.
- 414.- A veces he tenido que ser rudo/a con personas groseras o inoportunas.
- 415.- Me preocupo mucho por posibles desgracias.
- 416.- Tengo opiniones políticas muy definidas.
- 417.- Me gustaría ser piloto de competiciones automovilísticas.
- 418.- Es correcto bordear los límites de la ley con tal de no violarla claramente.
- 419.- Me desagradan tanto algunas personas que me alegro interiormente cuando pagan las consecuencias por algo que han hecho.
- 420.- Me pone nervioso/a tener que esperar.
- 421.- Tiendo a dejar algo que deseo hacer cuando los demás piensan que no es la manera correcta de hacerlo.
- 422.- Cuando era joven me apasionaba todo lo emocionante.
- 423.- Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que se enfrenta a mí.
- 424.- Me molesta que la gente me mire en la calle, en el autobús, en las tiendas, etc.
- 425.- El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (mi padre, mi padrastro, etc.) fue muy rígido conmigo.
- 426.- Me gustaba "jugar a la china" (empujar una piedra plana en el suelo a la "pata coja") y saltar a la cuerda (a la "comba").
- 427.- Nunca he tenido visiones.
- 428.- Varias veces he cambiado de modo de pensar con respecto a mi trabajo.
- 429.- Nunca tomo drogas o pastillas para dormir, a no ser por orden del médico.
- 430.- Frecuentemente me lamento por tener mal genio o ser tan gruñón/a.
- 431.- En el colegio, mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
- 432.- Me fascina el fuego.

- 433.- Cuando estoy en una situación difícil sólo digo aquella parte de la verdad que probablemente no me va a perjudicar.
- 434.- Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes de descubrirlos.
- 435.- A menudo tengo miedo de la oscuridad.
- 436.- Cuando un hombre está con una mujer, generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo.
- 437.- Generalmente les "hablo claro" a las personas que estoy intentando corregir o mejorar.
- 438.- Me aterroriza la idea de un terremoto.
- 439.- Rápidamente me convengo por completo de una buena idea.
- 440.- Generalmente hago las cosas por mí mismo/a, en vez de buscar alguien que me diga cómo hacerlas
- 441.- Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado
- 442.- Debo admitir que a veces he estado demasiado preocupado/a por algo sin importancia
- 443.- No trato de disimular la pobre opinión o lástima que me merece una persona hasta tal punto que ésta desconozca mi modo de sentir.
- 444.- Soy una persona con mucha tensión.
- 445.- Frecuentemente he trabajado bajo órdenes de personas que parecen haber arreglado las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor y, en cambio, son capaces de atribuir los errores a sus subordinados.
- 446.- A veces me es difícil defender mis derechos, por ser yo mismo/a tan reservado/a.
- 447.- La suciedad me espanta o me disgusta.
- 448.- Vivo una vida de ensueños, acerca de la cual no digo nada a nadie.
- 449.- Algunos de mis familiares tienen muy mal genio.
- 450.- No puedo hacer ninguna cosa bien.
- 451.- A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
- 452.- Como norma defiendo firmemente mis propias opiniones.
- 453.- No temo a las arañas.
- 454.- No tengo ninguna esperanza en mi porvenir.
- 455.- Mis familiares y parientes más cercanos se llevan bastante bien.
- 456.- Me gustaría vestir ropa cara.
- 457.- La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente, incluso en materias en las que creía tener un criterio firme.
- 458.- Ciertos animales me ponen nervioso/a.
- 459.- Puedo soportar tanto el dolor como los demás.
- 460.- Varias veces he sido el/la último/a en darme por vencido/a al tratar de hacer algo.
- 461.- Me pone de mal humor que la gente me meta prisas.
- 462.- No tengo miedo a los ratones.
- 463.- Varias veces a la semana siento como si fuera a suceder algo espantoso.
- 464.- Me siento cansado/a una buena parte del tiempo.
- 465.- Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
- 466.- Algunas veces estoy seguro/a de que los demás pueden saber lo que estoy pensando
- 467.- Me gusta leer temas científicos.
- 468.- Me da miedo estar solo/a en los lugares amplios y abiertos
- 469.- A veces siento que estoy al borde de una crisis nerviosa.
- 470.- Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
- 471.- A menudo he sentido miedo durante la noche.
- 472.- Me molesta mucho olvidarme dónde pongo las cosas.
- 473.- La persona hacia quien sentía más afecto y admiración cuando era niño/a fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
- 474.- Me gustan más las historias de aventuras que las románticas.
- 475.- A menudo me siento confundido/a y olvido lo que quiero decir.
- 476.- Soy muy torpe y poco hábil.
- 477.- Realmente me gustan los deportes bruscos (como el rugby o el fútbol).
- 478.- Odio a toda mi familia
- 479.- Algunas personas piensan que es difícil llegar a conocerme.
- 480.- Paso solo/a la mayor parte de mi tiempo libre
- 481.- Cuando alguien hace algo que me molesta, se lo hago saber.
- 482.- Frecuentemente me cuesta decidir qué debo hacer.
- 483.- La gente no me encuentra atractivo/a.
- 484.- La gente no se muestra muy amable conmigo.
- 485.- A menudo siento que no soy tan bueno/a como otras personas.

- 486.- Soy muy terco/a (tozudo/a, insistente).
- 487.- He disfrutado tomando drogas.
- 488.- La enfermedad mental es un signo de debilidad.
- 489.- Tengo problemas con las drogas o con el alcohol.
- 490.- Los fantasmas o los espíritus pueden influir sobre la gente para bien o para mal.
- 491.- Me siento incapaz cuando tengo que tomar una decisión importante.
- 492.- Procupo siempre ser amable aún cuando otros se muestren molestos o críticos
- 493.- Cuando tengo algún problema me alivia el hablarlo con alguien.
- 494.- Los objetivos más importantes de mi vida están a mi alcance.
- 495.- Creo que la gente debiera guardarse sus problemas personales para sí mismo
- 496.- En estos días no estoy sintiendo mucha presión o estrés.
- 497.- Me molesta mucho pensar en hacer cambios en mi vida.
- 498.- Mis mayores problemas se deben al comportamiento de alguien cercano a mí.
- 499.- Detesto ir al médico aunque esté enfermo/a.
- 500.- Aunque no estoy contento con mi vida ya no puedo hacer nada para cambiarla.
- 501.- A menudo es más provechoso hablar los problemas y las preocupaciones con alguien, que tomar calmantes y medicamentos
- 502.- Tengo algunos hábitos que me hacen daño realmente.
- 503.- Cuando hay que resolver problemas, habitualmente dejo que otros se hagan cargo de ellos.
- 504.- Reconozco que tengo algunos defectos que no seré capaz de cambiar.
- 505.- Estoy tan harto/a de lo que tengo que hacer diariamente que me dan ganas de abandonarlo todo.
- 506.- Recientemente he pensado en matarme.
- 507.- Frecuentemente me irrito mucho cuando la gente interrumpe mi trabajo.
- 508.- A menudo siento que puedo leer la mente de los demás.
- 509.- Me pone nervioso/a el tener que tomar decisiones importantes.
- 510.- Me dicen que como demasiado rápido.
- 511.- Una vez por semana, o con más frecuencia, me suelo emborrachar o drogar.
- 512.- He sufrido una pérdida importante en mi vida que no voy a poder superar.
- 513.- A veces me enfado y me altero tanto que no sé lo que me pasa.
- 514.- Cuando alguien me pide que haga algo, me cuesta decir que no.
- 515.- Nunca me siento más feliz que cuando estoy solo/a.
- 516.- Mi vida está vacía y no tiene sentido.
- 517.- Tengo dificultades para seguir en el trabajo.
- 518.- He cometido bastantes errores graves en mi vida
- 519.- Me enfado conmigo mismo/a cuando cedo ante la gente.
- 520.- Ultimamente he estado pensando mucho en suicidarme.
- 521.- Me gusta tomar decisiones y darle trabajo a los demás.
- 522.- Aunque me falte la familia, sé que siempre habrá alguien que cuide de mi.
- 523.- Me molesta mucho tener que hacer colas en los cines, restaurantes o acontecimientos deportivos.
- 524.- Nadie lo sabe, pero he intentado suicidarme.
- 525.- Todo está sucediendo demasiado rápido a mi alrededor.
- 526.- Sé que soy una carga para los demás.
- 527.- Después de un mal día, generalmente necesito tomar un poco de alcohol para relajarme.
- 528.- Muchos de los problemas que estoy teniendo se deben a la mala suerte.
- 529.- A veces me parece que no puedo dejar de hablar.
- 530.- En ocasiones me hago daño o me hiero deliberadamente sin saber porqué.
- 531.- Trabajo muchas horas, aunque mi trabajo no lo requiera.
- 532.- Habitualmente me siento mejor después de llorar bastante.
- 533.- Olvido dónde dejo las cosas.
- 534.- Si pudiera comenzar mi vida de nuevo, no la cambiaría mucho.
- 535.- Me irrito mucho cuando la gente, de la cual dependo para un trabajo, no hace el suyo a tiempo.
- 536.- Si me altero, estoy seguro/a que me va a doler la cabeza.
- 537.- Me gusta negociar en situaciones difíciles.
- 538.- De vez en cuando la mayoría de los maridos son infieles a sus esposas.
- 539.- Ultimamente he perdido el interés en resolver mis propios problemas.
- 540.- Estando bajo los efectos del alcohol me he enfurecido y he destrozado muebles o vajilla.
- 541.- Trabajo mejor cuando tengo un plazo fijo que cumplir.
- 542.- Me he enfadado tanto con alguien que he estado a punto de explotar.
- 543.- A veces me asaltan pensamientos terribles sobre mi familia.
- 544.- La gente me dice que tengo problemas con el alcohol, pero no estoy de acuerdo.

- 545.- Siempre tengo muy poco tiempo para hacer las cosas.
- 546.- Ultimamente mis pensamientos giran, cada vez más, en torno a la muerte y la vida en el más allá.
- 547.- A menudo guardo y conservo cosas que probablemente nunca usaré
- 548.- A veces me he enfadado tanto con alguien que he llegado a herirlo.
- 549.- Ultimamente siento que me están evaluando en todo lo que hago.
- 550.- En la actualidad tengo muy poca relación con mis parientes.
- 551.- En ocasiones me parece oír mis propios pensamientos.
- 552.- Cuando estoy triste, el visitar a mis amigos logra siempre sacarme de ese estado.
- 553.- Mucho de lo que me está pasando ahora, parece haberme sucedido antes.
- 554.- Cuando las cosas se me ponen difíciles me dan ganas de dejarlo todo.
- 555.- No puedo entrar solo/a en una sala oscura, incluso en mi propio hogar.
- 556.- Me preocupa bastante el dinero.
- 557.- El hombre debiera ser el jefe de la familia.
- 558.- El único lugar donde me siento relajado/a es en mi propia casa.
- 559.- La gente con quien trabajo no comprenden mis problemas.
- 560.- Estoy satisfecho/a con la cantidad de dinero que gano.
- 561.- Normalmente me encuentro con suficiente energía para realizar mi trabajo.
- 562.- Me cuesta aceptar halagos.
- 563.- En la mayoría de los matrimonios uno o ambos cónyuges son infelices.
- 564.- Casi nunca pierdo el control de mí mismo/a.
- 565.- Últimamente tengo que hacer un gran esfuerzo para recordar lo que la gente me dice.
- 566.- Cuando estoy triste o abatido/a, generalmente es mi trabajo el que sale perjudicado.
- 567.- La mayoría de las parejas casadas no se demuestran mucho afecto.