

**Universidad de Palermo**

**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**

**Licenciatura en Psicología**

**Trabajo Final de Integración:**

**“Adicciones y sintomatología psicopatológica”**

**Tutora: Lupano Maria Laura**

**Autor: Caraballo Sandra Lorena**

## Indice

1.Introduccion.....	4
2.Objetivo General.....	5
2.1.Objetivos específicos.....	5
3.Hipótesis.....	5
4.Marco Teórico.....	6
4.1.La adicción : definición.....	6
4.2.La adicción a las drogas.....	6
4.3.Sustancias psicoactivas.....	7
4.3.1.Drogas mas utilizadas en América Latina.....	8
4.3.2.Droga Legal: El alcohol .....	9
4.3.3.Drogas ilegales: Marihuana y Cocaína.....	10
4.4. Teorías de la adicción.....	10
4.5.Tratamientos en adicciones.....	15
4.5.1.Modalidades de tratamientos en adicciones.....	16
4.5.2.Comunidad Terapéutica en adicciones .....	16
4.5.2.1.Induccion; primera etapa.....	17
4.5.2.2.Tratamiento primario; segunda etapa.....	18
4.5.2.3.Re-ingreso; tercer etapa.....	19
4.5.2.4.Etapa final.....	20
4.6.Presencia de síntomas psicopatológicos en adictos.....	21

4.7. Adicción, sintomatología psicopatológica y delincuencia.....	23
5. Metodología.....	24
5.1. Tipo de estudio.....	24
5.2. Participantes.....	24
5.3. Instrumentos .....	25
5.4. Procedimiento.....	27
6. Desarrollo .....	28
6.1. Comunidad terapéutica Programa A.....	28
6.2. Comparación de los valores obtenidos según SCL-90 entre pacientes internados en 1era fase (con menos de un año de abstinencia a las drogas) y pacientes ambulatorios en 2da fase (con mas de un año de abstinencia a las drogas).....	29
6.4. Análisis de los resultados obtenido según SCL-90 según franja etaria.....	31
6.5. Análisis de diferencias significativas en cuanto a sintomatología psicopatológica entre pacientes que han tenido causas judiciales y pacientes que no las han tenido.....	34
7. Conclusiones .....	37
8. Bibliografía.....	43
9. Anexos.....	48

## **1.Introducción**

El presente T.F.I. surge de la Práctica Profesional V que se lleva a cabo en el Programa A, Comunidad Terapéutica que trabaja en la asistencia y rehabilitación de drogodependientes. La tarea del Programa A es poder brindar ayuda a las personas que padecen adicciones y a sus familias, con el fin de lograr una vida sana y aumentar la confianza en si mismas para que puedan vivir sin dependencias ni adicciones, mediante la reeducación de los pacientes con la implementación de nuevas herramientas para convivir en sociedad.

Programa A fue fundado en 1973 como Comunidad Terapéutica en asistencia a las adicciones, pero también fue una de las primeras instituciones en Argentina encargada de tareas de prevención en escuelas y empresas, y a través de campañas, talleres y todo tipo de acciones sociales.

El equipo que trabaja en la Comunidad Terapéutica Programa A está conformado por psicólogos y operadores, quienes realizan reuniones de equipo todas las semanas para mejorar el tratamiento de los residentes. Además cuentan con psiquiatras y un equipo médico, por lo que el abordaje del tratamiento de adicciones es biopsicosocial, abierto y es interdisciplinario. Requiere fundamentalmente la motivación del paciente para que el mismo pueda ser llevado a cabo, pero, también el apoyo y contención de la familia del mismo para que este se sienta acompañado en su tratamiento.

Durante el trabajo realizado en la comunidad terapéutica surge el interés en conocer la sintomatología psicopatológica que presentan los pacientes que se encuentran realizando el tratamiento en el Programa A. Para esto, se administrara la técnica de rastrillaje SCL-90-R y se describirán los datos obtenidos a partir de la división de los grupos según los distintos objetivos planteados, así como también se procederá a su análisis estadístico y posteriormente su interpretación cualitativa.

## **2.Objetivo General**

-Describir y analizar la sintomatología psiquiátrica de pacientes del programa Andrés en base al inventario de síntomas SCL-90-R.

### **2.1.Objetivos específicos**

-Comparar los síntomas psiquiátricos, según la evaluación del SCL-90-R, entre pacientes internados en 1era fase y pacientes ambulatorios en 2da fase en Programa Andrés.

-Comparar la sintomatología psiquiátrica entre pacientes con mas de un año de abstinencia a las drogas y con menos de un año de abstinencia a las drogas.

-Comparar la sintomatología psiquiátrica, entre pacientes según franja etaria (18 a 30 y 31 a 45).

-Determinar si existe diferencias significativas, en la sintomatología psiquiátrica entre pacientes que no han tenido causas judiciales y pacientes que si las han tenido.

## **3.Hipótesis**

-Los pacientes en primera fase presentaran puntuaciones mas altas en la sintomatología psicopatológica que los pacientes en segunda fase.

-A mayor tiempo de abstinencia a las drogas, menor sintomatología psicopatológica.

-Los individuos de franja etaria de mayor edad presentaran mayor sintomatología psicopatológica.

-Los pacientes que han tenido causas judiciales presentaran mayor sintomatología psicopatológica.

#### **4.Marco Teórico**

##### **4.1.Adicción**

La adicción, para el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (Volkow, 2008), es considerada una enfermedad, ya que degenera circuitos del cerebro provocando cambios en los mismos, y produciendo un patrón de consumo excesivo que afecta la salud del consumidor. Es decir que al hablar de adicción se habla de la dependencia de un sujeto a una sustancia o una actividad que aun sabiendo que lo perjudica, no puede dejar de hacerlo.

Existen distintos tipos de adicciones: al juego, a la comida, a las compras, a la tecnología y a las drogas. La adicción a las drogas es llamada drogodependencia o drogadicción. La misma afecta a distintos aspectos de un sujeto droga dependiente, tales como su cuerpo, su manera de pensar y su comportamiento. Se puede hacer referencia a una dependencia física a las drogas y una psicológica. Existen 3 etapas en el consumo de las drogas: *Uso – Abuso – Dependencia*. *Uso* refiere a la relación entre un sujeto y la sustancia sin que la misma funcione como una necesidad, ya que su ausencia no provoca angustia en el sujeto. *Abuso* data de un sujeto que comenzó a utilizar aquella sustancia a lo largo del día generando un deterioro en la actividad social del mismo a causa de la intoxicación, y su ausencia produce angustia. La *dependencia* refiere a

cuando la vida del sujeto gira en torno a la droga, produciendo su ausencia una angustia intolerable (Puentes, 2004).

#### **4.2. Adicción a las drogas**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) el abuso de sustancias es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un malestar clínicamente significativo, generando problemas en la vida de la persona que consume y en sus obligaciones laborales o familiares, además de exponerse a riesgos que atentan contra su salud e integridad psicosocial: del mismo modo, esto conduce a tener problemáticas interpersonales y legales. A pesar de ello, la persona persiste en el consumo de la sustancia.

El DSM IV TR (A.P.A., 2002) hace una distinción respecto a la adicción a las drogas, pues expresa la misma como un trastorno y la divide en : Dependencia de sustancias y abuso de sustancias. El primer grupo incluye la dependencia y el abuso y síntomas como tolerancia y abstinencia. El segundo grupo incluye la intoxicación y la abstinencia por sustancias.

El trastorno por consumo de sustancia, la primer categoría, refiere a la expresión de tres o más de los siguientes síntomas durante 12 meses:

- Tolerancia,
- Abstinencia (síndrome de abstinencia o la toma de alguna sustancia similar que alivie los síntomas de la abstinencia),
- Sustancia consumida en cantidades mayores o durante periodos más largos,
- Existencia de esfuerzos importantes por dejar de consumir,
- Mayor inversión en tiempo para obtener la sustancia,

-Disminución de actividades por el consumo,

-Continuación del consumo a pesar de tener conciencia de aquellos problemas que el mismo le provoca.

#### **4.3.Sustancias psicoactivas**

La droga es una sustancia psicoactiva (puede ser legal o ilegal), como sostiene Goldstein (2003) aunque no hay fundamento científico para diferenciar a las sustancias adictivas en torno a su legalidad. Tal es el caso de las drogas legales (nicotina y alcohol) que son las de mayor problemática en la adicción por su accesibilidad. Un fármaco es una sustancia química que altera la función biológica, su efecto en el individuo genera alteraciones en el circuito de comunicación del cerebro, produciendo alteraciones en el comportamiento del sujeto. Las sustancias psicoactivas se agrupan en 11 clases: depresores (alcohol, hipnóticos y ansiolíticos); estimulantes (cafeína, anfetaminas, cocaína, nicotina); alucinógenos e inhalantes (cannabis, fenciclidina, ácido lisérgico); opioides (morfina y heroína). No obstante, existen otras categorías de sustancias descritas por la OMS(1993): laxantes, analgésicos, esteroides, y otras hormonas, además vitaminas y antiácidos. Ninguna de estas sustancias presentan efectos psíquicos placenteros según la OMS (1995), aun así los intentos por prohibir su consumo, generan resistencia. El consumo continuado de alguna de estas sustancias generaría el síndrome de tolerancia: el sujeto necesitaría consumir cada vez más cantidad de la sustancia para lograr el efecto deseado (A.P.A. 2002).

##### **4.3.1. Drogas mas utilizadas en América Latina**



Un informe presentado por la Organización de Estados Americanos O.E.A. (2011) señaló que el alcohol, la marihuana y la cocaína fueron las sustancias más usadas por los habitantes de América Latina y el Caribe, entre 2002 y 2009.

El documento realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (C.I.C.A.D.) de la O.E.A., detalló que la cocaína tiene un aumento significativo de consumo en la región.

El informe advierte que el consumo de alcohol es superior entre los adolescentes de 13 a 17 años, mientras que la marihuana es la droga más consumida entre los estudiantes de secundaria de la mayoría de los países.

Sin embargo, en algunos estados el uso de inhalables como la cocaína supera el consumo de marihuana en ese segmento de población. Aproximadamente el 27 por ciento de los consumidores se encuentran en América del Sur.

Finalmente, el representante del Observatorio Interamericano de Drogas (O.I.D.) del C.I.C.A.D., Francisco Cumsille, indicó que la pasta de base de cocaína es una droga usada casi exclusivamente en Sudamérica y tiene un impacto en la salud mucho más nocivo que otras drogas.

#### **4.3.2. Droga Legal: El Alcohol**

El alcohol al ingresar al cerebro desarrolla un doble efecto sedante, afecta áreas del cerebro que intervienen en la formación de la memoria, en la toma de decisiones y en el control de los impulsos (Becoña Iglesias et al., 2011).

Alrededor del fenómeno del alcohol surge otra cuestión: la promoción o publicidad. Miguez (2010) plantea esta cuestión y la denominó sociedad líquida. Aparece en los jóvenes un modelo de éxito, de personalidad, de diversión que va publicitado de la mano de la bebida, y quien no la consume queda directamente afuera de ese mundo construido: el del placer y la buena vida. Cada vez son más jóvenes los usuarios de bebidas alcohólicas, y el mal uso de las mismas es lo que lleva a las

consecuencias nefastas a las que la sociedad misma se va acostumbrando. De ésta forma, el alcohol funciona como sustancia puente hacia drogas ilegales, y hasta llegan a mezclarla con ellas.

La Organización Mundial de la Salud (1995) define al sujeto adicto al alcohol como una persona que bebe en exceso y que la dependencia a esa sustancia lo llevó a un deterioro respecto a sus relaciones interpersonales, en lo que respecta a lo laboral, económico, físico y que a pesar de ello no puede dejar de hacerlo.

Se puede afirmar que hay personas que pueden beber alcohol y no crear de ello una dependencia a la sustancia, pero hay otros bebedores que construyen de eso una adicción sin control. No todas las personas funcionan de la misma manera y de hecho, muchas personas beben intentando lograr un efecto. Por ejemplo: un sujeto bebe alcohol para escapar de su realidad, para superar dificultades, inseguridad o soledad, o para enfrentarse a algo. Jellinek (1960) afirmaba que existen personas con mayor vulnerabilidad que otras al efecto del alcohol, y a esto lo llama enfermedad del alcoholismo.

#### **4.3.3.Drogas ilegales: Marihuana y Cocaína**

La marihuana es una de las drogas ilegales más consumidas en Argentina por gente de distintas edades y clases sociales. Se trata de una droga derivada de una planta llamada Cannabis Sativa, la misma posee una variedad de componentes químicos pero el más trascendente es el activo denominado THS (tetrahidrocannabinol). El mismo puede mantenerse por aproximadamente 45 días dentro del organismo luego de su consumo. Provoca efectos tanto físicos como psicológicos a corto y largo plazo. Algunos de ellos son: sensación de relajación del cuerpo, somnolencia, aumento de la percepción de los sentidos, euforia, aceleración del ritmo cardíaco, enrojecimiento de los ojos por la dilatación de los vasos sanguíneos, alucinaciones, distorsión acerca de la percepción del espacio y tiempo entre otras. A largo plazo las consecuencias pueden ser: pérdida de energía, trastorno del sueño, disminución en funciones motoras, adaptación y memoria, ansiedad, depresión, irritabilidad, entre otras (Puentes, 2004).

Se estima que la marihuana es una de las drogas de inicio, pues los mas jóvenes comienzan a utilizarlas y se transforman en un puente para otras tales como cocaína o pastillas.

En el año 2007 el Observatorio Argentino de Drogas publicó un estudio realizado en Capital Federal y Gran Buenos Aires en el que se notó que el 57% de jóvenes universitarios consumió marihuana en el último año. Tal estudio plasmó el hecho de que aunque la marihuana resulta ser consumida tanto por adultos como jóvenes, el mayor consumo se presenta entre los 22 y 25 años (Observatorio Argentino de Drogas, 2005).

La cocaína actúa directamente sobre el sistema de recompensa. Su mecanismo de acción principal es la inhibición de la bomba de recaptación de dopamina (con lo que incrementan la cantidad y tiempo de exposición de dicha sustancia). El consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina y por tanto de su actividad, que conlleva una intensificación en la sensación de placer. No obstante, el consumo crónico ya no parece producir mayor liberación de dopamina, sino alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor. Clínicamente esto se manifiesta en la tolerancia, es decir, en la necesidad de un mayor consumo de sustancia para lograr un mismo efecto. La disminución de la dopamina y los cambios neuroadaptativos consiguientes hacen que el sujeto potencie el consumo de la sustancia como manera de mantener constante el grado de estimulación (Becoña Iglesias Et al., 2011). Esta droga genera una fuerte dependencia, y se dice que es muy fácil pasar de ser un usuario a un abusador y finalmente a un adicto (Folgarait, 2008).

En nuestro país, la cocaína suele consumirse en forma de polvo, a través de la nariz (inhaland) o frotando el polvo en las encías. Se lo llama comúnmente merca, línea, blanca, y llega a los consumidores mezclada con otras sustancias como vidrio molido, harina o talco. La cocaína también se puede consumir en forma de cigarrillo, conocido como nevado, o puede inyectarse (picarse), ésta última es principalmente peligrosa porque lleva al contagio de enfermedades infecciosas como el HIV (Folgarait 2008).

La cocaína proviene de la planta de la coca, en la cordillera de los andes. Sus habitantes asumen que mascan coca por tradiciones ancestrales, a causa de las

condiciones a las que se enfrentan: náuseas, mareos debido a la altura y el fuerte cansancio que soportan.

Los efectos de la cocaína, al ser estimulante del sistema nervioso central, se ponen de manifiesto en el cerebro produciendo estimulación, excitación, euforia, verbosidad, disminución del cansancio y del hambre. También puede producir psicosis paranoica, alucinaciones, desconfianza y ansiedad. La cocaína aumenta el ritmo cardiaco por eso también muchos jóvenes adictos sufren infartos o convulsiones. Es común que se la mezcle con alcohol, y ese cóctel puede ser mortal, además que se potencian los efectos adversos de la cocaína y el sujeto adquiere conductas antisociales y violentas hacia otros y hacia si mismo (Folgarait, 2008).

#### **4.4. Teorías de la adicción**

Desde una perspectiva general, la adicción según Goldstein (2003), era vista como una enfermedad desgraciada, lo que posteriormente en el transcurso del siglo XX paso a valorizarse como un comportamiento inmoral por parte del adicto, al punto de ser un acto de voluntad de la persona en convertirse en un drogodependiente. De este estigma ambivalente sobre la adicción a las drogas, el autor sostiene, sin negar la asociación a las conductas criminales, que la adicción es por entero un problema de la salud publica. En sentido similar, Volkow (2008) concuerda que en la década del 30, la ciencia comenzó a investigar sobre la adicción, asociándola con una falla moral y con falta de voluntad del adicto. Así, la sociedad se enfocaba en lo moral y no en una temática concerniente a la salud, lo que acentuó las acciones punitivas en el lugar de las terapéuticas.

Por otro lado, desde las teorías psicodinámicas, según Ey, Bernard y Brisset (1989), la etiología psicopatológica aplicada a la toxicomanías (a pesar de ser una cuestión sociocultural que desborda el plano terapéutico), corresponde al terreno individual y en particular a lo estructural. Debido a la conducta regresiva a la etapa oral,

es decir, la dependencia que sucede en la drogadicción, por su objeto y sus medios, el adicto logra reducir la libido a la satisfacción de una pulsión parcial., rehuendo así de la realidad, con el rechazo del cuerpo y los estados de no conciencia, lo que es un reflejo de un trastorno funcional del yo. Se logra apreciar ahí, la relación entre compulsión de repetición y la muerte.

Desde un enfoque mas particular Goldstein (2003), propone que la adicción arriesga la salud de la persona que consume, así como la de las que no consumen. Del mismo modo que otros problemas de la salud publica, la adicción es multicausal. En relación a la etiología de la drogodependencia, el autor se pregunta ¿quién se vuelve adicto?, además de si existen rasgos naturales que lo predisponen a convertirse en adicto. Pese a lo expuesto, no se puede negar que los datos científicos aun son escasos, pero, se destacan los estudios epidemiológicos, junto a los de genética, como una fuente de información coherente. En igual sentido, los estudios realizados sobre la adicción resaltan la predisposición genética que contribuye en el perfil psicológico, formado por: personalidad, respuesta al estrés, capacidad de juicio y capacidad de decisión, entre otros, donde los adictos presentan un circuito de recompensa de placer y satisfacción defectuoso. Sumado a esto, la conducta compensatoria la logran en el consumo de droga, ya que sus niveles de satisfacción en relación a los vínculos sociales y otros placeres de la vida, no son normales, porque presentan baja motivación y dificultad para relacionarse además falta de entusiasmo para la mayoría de las tareas, lo que es similar a un cuadro de depresion.

Los estudios de imágenes del cerebro de los drogadictos muestran cambios físicos en áreas frontales del cerebro que afectan el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje y la memoria, además del control del comportamiento. En relación a lo dicho, los factores genéticos combinados con los ambientales, constituyen un 40% y un 60% de la vulnerabilidad a la adicción según Volkow (2008).

La anormalidad en los sistemas de recompensa suele ser preexistente a la drogadicción. En estas posturas Sadock y Sadock (2008), relacionan en la comorbilidad (que es la aparición de dos o mas trastornos psiquiátricos en una persona) de la adicción, que el 50% de los adictos padecen un trastorno psiquiátrico y aproximadamente entre un

tercio y la mitad de los pacientes dependientes a los opiáceos y al alcohol, tienen un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida.

Por otro lado, el consumo de drogas se entiende como una conducta sostenida por sus efectos, es decir, que la droga sustituye a los estados aversivos como el dolor, la ansiedad y la depresión.

Desde la neurobiología se puede mencionar un aspecto intrigante de las adicciones, es que no sabemos por qué unos sujetos se hacen dependientes de un reforzador (drogas) y otros no pero, no obstante, se ha podido conocer que la exposición continuada a un reforzador puede traducirse tarde o temprano en neuroadaptaciones específicas que afecten a la fisiología cerebral. Se afirmó también que, aún después de un tiempo de abstinencia, esas neuroadaptaciones pueden mantenerse y contribuir a las recaídas en presencia de factores psicosociales específicos. Además, en el caso particular de las drogas de abuso, hay datos recientes que ahondan en la gran complejidad de los mecanismos que pueden estar participando en la aparición de conductas adictivas y que indican que esas sustancias provocan cambios en la plasticidad neuronal e inician procesos neuroinflamatorios y neurodegenerativos, así como alteraciones en el balance neurotrófico normal que debería existir en las células nerviosas. No obstante, si se consigue una abstinencia mantenida, muchos de esos cambios pueden revertirse, dada la gran ductilidad del sistema nervioso central (Pedrero, 2011).

Entendemos por *reforzamiento* el proceso por el que el sistema nervioso central (SNC) de un organismo modifica la probabilidad de que se produzca una respuesta en presencia de un estímulo determinado, siempre que esa respuesta conlleve que se produzcan consecuencias favorables para el organismo. Para ello, son precisos ciertos cambios en el SNC que implican el establecimiento de conexiones entre los sistemas neuronales que regulan la percepción del estímulo y los que ejecutan la respuesta.

Uno de los neurotransmisores más importantes en este circuito es la dopamina. Se piensa que la función principal de ese neurotransmisor en ese circuito es avisar que se va a producir una sensación placentera si se hace una conducta determinada. Si al realizar ese comportamiento el sujeto encuentra que la sensación es positiva, se incrementa la probabilidad de que se repita la conducta que produce placer y, de este

modo, ese comportamiento se va haciendo habitual en el repertorio del individuo (Pedrero, 2011).

Desde esta perspectiva Volkow (2008), argumenta que la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizadas por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Las personas comienzan a consumir por diferentes razones, por ejemplo, para sentirse mejor. Los estimulantes como la cocaína dotan de euforia y posteriormente, de sentimientos de poder y autoconfianza. Otras personas que sufren de ansiedad, depresión o niveles altos de estrés, comienzan a buscar las drogas en un intento de disminuir los sentimientos de angustia. En ese sentido Sadock y Sadock (2008), conceptualizan la adicción como un proceso de múltiples factores, tales como: disponibilidad de la droga, su aceptabilidad social, la personalidad y la biología del individuo. También afirman que la drogodependencia es una enfermedad cerebral, debido a los procesos de adicción que transforman la conducta voluntaria de consumo de la droga, en carácter compulsivo, siendo por cambios neurobioquímicos del cerebro del consumidor. Por ejemplo, el consumo de drogas puede ser gratificante o aversivo, y por medio de un proceso de aprendizaje operante representados por Caballo y Simón (2005), sitúan al consumo de sustancias psicoactivas en el contexto de los antecedentes y consecuencia de las conductas, como una conexión funcional para la persona. Por ejemplo, ante el estado de ánimo negativo, de estrés y la ansiedad social, el consumo de la droga puede reducir la tensión en el individuo, generando un reforzamiento en la conducta de consumo, aumentando la probabilidad de repetición de este patrón conductual en una situación similar.

Sin duda, no todas las personas que se encuentran en situación de riesgo sucumben a la adicción. Casarino y Leonetti (1996) sostienen lo dicho, en relación directa con los factores protectores como son: sentimiento de seguridad en sí mismos, sana autoestima y gran empatía en las relaciones interpersonales. Dichos factores, disminuyen el riesgo potencial de enfermar. En tal sentido Becoña Iglesias (2006), añade que en un tiempo anterior, las teorías de la drogodependencia no valoraban a la inteligencia ni a los factores de riesgo y protección, sin embargo, actualmente las han incorporado para su consideración.

Finalmente, Goldstein (2003) añade que naturalmente la adicción no tiene una relación causal con los genes, ya que primero se tiene que acceder a la sustancia adictiva para llegar a la dependencia. Allí, entra en juego la determinación de consumir por primera vez o evitar el acto, y esa elección es la que influye en la vulnerabilidad a la adicción.

En un sentido similar, las teorías cognitivas postuladas por Caballo y Simón (2005), remarcan la problemática de la adicción en torno a la percepción que tiene la persona sobre el consumo, además de las actitudes, las creencias normativas y las expectativas de los efectos de la droga. Todo ello influye en la evaluación para decidir sobre los beneficios o las consecuencias del consumo, previas a la acción de consumir.

En la misma perspectiva, desde los modelos cognitivos, Beck, Wright, Newman y Liese (2010), describen cuatro procesos relacionados con las adicciones: la autoeficacia, los resultados esperados, atribuciones de causalidad, y los procesos de toma de decisiones. En relación a las creencias de autoeficacia, cuando son elevadas, los adictos tienden a controlar la abstinencia, mientras que en las creencias de autoeficacia bajas, los adictos subestiman su capacidad de mantener la abstinencia, aumentando así las recaídas. Por otro lado, los resultados esperados se asocian a las expectativas de consumo, de ahí que las intervenciones giren en torno a valorar los puntos a favor de la abstinencia y enseñen los resultados negativos del consumo. En cuanto a las atribuciones, así sean internas o externas, ambas son predictivas de recaídas. Finalmente, el consumo es consecuencia de una serie de decisiones menores que han sido subestimadas por el paciente.

Por último, Botvin y Botvin (1992) concluyen es que, aun existiendo múltiples teorías sobre la adicción, son en su mayoría de un valor heurístico limitado, tanto para explicar el cómo y el por qué se desarrolla la enfermedad, así como para generar estrategias de prevención (como cita en Caballo & Simón 2005).



#### **4.5. Tratamientos en adicciones**

Para el tratamiento de una adicción, se deberían plantear cuatro pasos a seguir: el primero de ellos referiría a la demanda de tratamiento, que se enfoca en el paciente, en su motivación, el apoyo de su entorno, sus recursos, y uno de los elementos fundamentales en el mismo es la entrevista motivacional que se realiza con el ingreso al tratamiento. El segundo paso incluye la evaluación que se realiza del sujeto y su entorno, para indagar en aquellas áreas que requieran mayor atención durante el tratamiento, pues el hecho de conocerlas colabora para trabajar en el cambio. Luego, aparece el tratamiento que contará a su vez con distintas fases: desintoxicación, deshabitación psicológica, búsqueda de alternativas nuevas reemplazando la conducta adictiva, prevención de recaídas, mantenimiento, reducción de daños. El cuarto paso es el seguimiento del paciente, una vez que termina el tratamiento de forma presencial, para conocer como sigue su situación (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

##### **4.5.1. Modalidades de tratamientos**

Sama (2004) realiza una descripción de la diferentes modalidades de tratamiento en las adicciones. Por ejemplo la internación psiquiátrica o clínica es adecuada para los pacientes que no se pueden contener de forma ambulatoria, o que requieren del proceso de desintoxicación, a diferencia de las comunidades terapéuticas, donde la demanda de internación, surge a partir de una débil red familiar o social que no puede contener al paciente. Estos pacientes necesitan de una estructura normativa y con gran repertorio de actividades programadas. En un estilo similar, pero, sin llegar a la internación, se encuentran los hospitales de día, que son para los pacientes que cuentan con una buena red de contención y que tienen alguna actividad (estudio, trabajo, etc.) estructurada, ofreciendo la elaboración de proyectos de vida alternativos y sanos. En un menor nivel de riesgo, operan los tratamientos ambulatorios: si bien el paciente llega con

sufrimiento, la motivación del mismo es alta; en virtud de ello, además de una red contingente, los pacientes pueden sostener la abstinencia y el compromiso hacia el tratamiento. Por último, en esta clasificación están los acompañamientos terapéuticos, la terapia familiar y una supervisión farmacológica.

#### **4.5.2. Comunidad terapéutica: Modalidad de tratamiento más utilizada**

Una de las modalidades de tratamiento más utilizada para la rehabilitación de adicciones es la Comunidad Terapéutica (Puentes, 2009).

Las Comunidades Terapéuticas en general tienen un formato particular que divide al tratamiento en fases. Las mismas tienen diferentes nombres y el pase por cada una de ellas refleja la evolución del paciente y los pasos hacia su recuperación. En rasgos generales posee una fase inicial, una intermedia y una fase final. A cada paciente al llegar a la Comunidad se le explica el formato de la misma y los objetivos que se tienen en cuenta para el cambio de fase. Cada una de las mismas forma parte de un camino que el paciente debe necesariamente recorrer para lograr la reinserción fuera de la Comunidad (Goti, 1990).

Se trabajará en la Comunidad Terapéutica, en primer lugar, con el objetivo de lograr la desintoxicación (física), luego la deshabituación psicológica de la sustancia (es decir, el dejar de realizar tal conducta, adaptarse al tratamiento). El paso siguiente refiere a la normalización (que implica la adaptación a las nuevas reglas y costumbres, y el encaminarse hacia un nuevo proyecto de vida), luego prevención de recaídas (entrenamiento en habilidades y técnicas de prevención) y por último, como ya fue nombrado, el mantenimiento del paciente con sus respectivas técnicas de relajación, y estrategias para mantener la abstinencia a largo plazo (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

Según De Leon (2004) las fases en la Comunidad Terapéutica son: Inducción, Tratamiento primario y re-ingreso. A la vez el Tratamiento Primario cuenta con tres

etapas según el tiempo y la jerarquía del residente. El re-ingreso a su vez se divide en Reingreso temprano y Reingreso tardío.

#### **4.5.2.1.Inducción: Primera etapa**

La primera etapa es la Inducción, y se estipula que abarca los 30 días desde el ingreso al tratamiento. Es la etapa de asimilación del paciente. El mismo comienza a formar parte de la comunidad, de sus compañeros, compartiendo las actividades (reuniones, grupos, tareas, comidas) pero sin tanta participación como el resto. El paciente va a ir adaptándose a las reglas de la Comunidad con la ayuda principal de sus compañeros.

El contacto con su familia en este caso es limitado, se trata de una especie de aislamiento para lograr con éxito la adaptación a un nuevo sistema y la desintoxicación (De León, 2004).

Con el ingreso al tratamiento el sujeto va a realizar cambios respecto a su aspecto físico, léxico, códigos, etc. Va a ir adquiriendo costumbres respecto a horarios, a dormir de noche, a levantarse temprano, y de esa forma se prepara y educa al sujeto para adaptarse a la sociedad (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2002).

Se trata de uno de los momentos más críticos del tratamiento, ya que el paciente se encuentra enfrentado a una realidad diferente, desconocida y alejada de lo elegido por él con anterioridad. La abstinencia resulta muy complicada durante esta etapa porque recién está aprendiendo a manejarla, por lo que es muy común el abandono del tratamiento.

#### **4.5.2.2.Tratamiento primario: Segunda Etapa**

De León (2004) divide a ésta etapa en tres fases, las cuales están directamente relacionadas con el tiempo de residencia y el grado de jerarquía del paciente como miembro de la comunidad.

La primera fase coincidiría con una residencia en la comunidad que abarca de dos a cuatro meses aproximadamente, por lo que la jerarquía en la misma es de residente junior. El paciente se identifica como miembro de la comunidad, conoce la metodología de la misma y lo demuestra. A pesar de esto, su libertad es limitada y su apertura en los grupos escasa. De a poco comienza a adquirir habilidades de comunicación.

La segunda fase, contempla un tiempo de cinco a ocho meses en la comunidad. En esta etapa, según sostiene De León (2004), se tienen en cuenta principalmente los objetivos del tratamiento. Los pacientes empiezan a interesarse por lograr un crecimiento personal, y se les inculca el hecho de querer superarse constantemente, siendo ellos los propios artífices de su futuro pero más que nada, la idea de ocuparse de su presente. Poseen una mayor responsabilidad y actitud de compromiso con el tratamiento, lo que se torna evidente ante los compañeros, y funciona de esa manera como un ejemplo para ellos. La autoestima del sujeto suele elevarse, como así también sus libertades personales.

Por último, la etapa tres, muestra a un residente *senior* (De León, 2004), transitando entre el noveno o duodécimo mes de internación. El paciente ya conoce el funcionamiento de la comunidad y cumple las reglas como tal. Forma parte del programa y su participación es plena, como su compromiso también debe serlo. Sus compañeros lo ven como un líder por su seguridad y coordinación para las tareas en la comunidad, y es para ellos un modelo a seguir. Su nivel de apertura en los grupos es superior y suele funcionar como facilitador en los mismos. Proporciona un intercambio favorable para los demás residentes quienes suelen buscarlo para hablar y pedir consejos.

Según el progreso del residente, y de su compromiso con el programa, se le adjudican por ejemplo servicios educativos. Se trabaja con las familias de los pacientes

mediante reuniones de grupo en las que se les enseña también a tratar o manejar cada etapa por la que su hijo/hermano/esposo debe pasar.

Se empieza a hablar de la construcción de la red social del paciente y se lo incentiva a realizar actividades para lograr tal construcción.

#### **4.5.2.3.Re- Ingreso: Tercera etapa**

De León (2004) distingue en esta tercera etapa dos momentos: en primer lugar el denominado *reingreso temprano*, y luego del mismo, el *reingreso tardío*.

Una vez que el residente cumpla los objetivos planteados durante su residencia en la misma se lo entrenará para su reinserción en la sociedad, es decir, que salga a buscar trabajo, a estudiar, etc.

En el reingreso temprano, el paciente proporciona una especie de liderazgo ante sus compañeros. Es tomado como ejemplo para los recién llegados pues actúa con compromiso y responsabilidad en la comunidad terapéutica. Su apertura en los grupos marca un crecimiento personal importante y que es transmitido también en el intercambio con sus compañeros y en las tareas que se le asignan (Goti, 1990).

Al paciente se le proporciona la ayuda necesaria para su reinserción a la sociedad. Depende la situación particular del paciente, se lo estimula a continuar con sus estudios (que en su mayoría fueron interrumpidos) o a buscar trabajo. En el caso de que el objetivo sea trabajar, se le ayuda a la construcción del curriculum vitae y se lo prepara en la búsqueda laboral.

A pesar del crecimiento logrado por el residente se lo limita en ciertas cosas, para que vaya de a poco sin apresurarse ni recaer. Es muy común en esta etapa que el paciente debido a su progreso considere que ya no requiere de más tratamiento y lo abandone, por lo que el seguimiento del mismo debe ser muy cuidadoso (De León, 2004).

Cuando el equipo de trabajo lo considere pasará a la fase tardía de reingreso en la cual el sujeto ya no vivirá en la institución pero deberá asistir a las actividades de la misma. Esta etapa también tiene sus objetivos hasta la graduación del paciente, y su seguimiento. Se trata de brindarle la contención necesaria al paciente y la ayuda para lograr la reinserción a la sociedad.

El paciente en esta etapa del tratamiento, cuenta con una red social más extensa, o al menos es lo deseable. Se encuentra en adaptación a una nueva vida, lejos de la comunidad terapéutica pero con cada vez más responsabilidades. El paciente se enfrenta a sí mismo y a la calle para poner en práctica lo adquirido durante su estancia en la comunidad. Es admirado por los residentes, se transforma en un ejemplo a seguir y esa responsabilidad forma parte de su tratamiento implícitamente.

Dentro de los grupos, se trabajan las dificultades que se presentan en los pacientes en el afuera, y aún se sigue trabajando con las familias de los pacientes quienes siguen aprendiendo continuamente junto a ellos en cada etapa.

#### **4.5.2.4. Etapa final**

Una vez finalizadas las etapas mencionadas y que el equipo terapéutico lo decida, el paciente va a llegar a la culminación de su tratamiento. Por lo general se estipula un tratamiento entre 18 y 24 meses (De Leon, 2004).

Goti (1990) señala que posterior a esto se realiza la graduación del paciente de la Comunidad Terapéutica, y con ello la finalización del tratamiento, con una ceremonia homenajeando al esfuerzo, la dedicación y la fuerza de voluntad de aquel paciente que eligió vencer su adicción y reinsertarse en la sociedad de una manera más sana y más responsable.

#### **4.6. Presencia de psicopatología en adictos**

La presencia de psicopatología entre los consumidores de sustancias psicoactivas es un tema recurrente debido a las importantes repercusiones que tiene en la planificación y evolución del tratamiento. Diferentes autores apuntan distintas razones para analizar la presencia de problemas psicopatológicos en los consumidores de sustancias psicoactivas: en primer lugar por la importante prevalencia de los mismos, y en segundo lugar, porque implica condiciones más crónicas, mayor resistencia al tratamiento y experimentan un deterioro psicosocial más severo (López Duran & Becoña Iglesias, 2007).

Por añadidura cabe mencionar la investigación realizada en Verona, Italia, por Bertani, Bricolo, Gomma, Serpelloni (2002) en la cual se planteo como objetivo medir la prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de pacientes adictos a las drogas usando como herramienta estándar el SCID-II, un cuestionario para detectar trastornos de personalidad que consta de 117 puntos en el Eje II de DSM-IV. En un periodo comprendido entre 1998 y 2000, se les pidió a 115 pacientes que contesten el cuestionario SCID-II. De los 115 clientes un 23% eran mujeres y un 77% hombres. Como resultado se obtuvo 52% de Paranoides, Esquizotípicos 26%, 35% de Esquizoides, Borderline 76%, 69% Antisociales, 42% Narcisistas, 10% Histriónicos, Evitantes 35%, Obsesivo-Compulsivos 40%, 26% Depresivos, Personalidad Negativa 47%.

Sánchez Hervaz, Tomas Gradoli y Morales Gallús (2001) afirman que la funcionalidad del consumo de drogas en este tipo de pacientes puede ser distinta a la de aquellos que no presentan indicadores de psicopatología y, por tanto, las intervenciones que se realicen, mostrarían a los pocos días de iniciar el tratamiento una mayor estabilidad, un descenso en sus niveles de ansiedad y una mejora de sus relaciones interpersonales. Por el contrario, los pacientes que presenten síntomas psicopatológicos y, quizás otros trastornos psiquiátricos, tendrían con frecuencia dificultades para

mantener la abstinencia a largo plazo, recaídas en el consumo y realizarán numerosos intentos de deshabituación en distintos programas de tratamiento.

A modo de ejemplo principal se menciona el estudio realizado en Mexico por Ayala-Ledesma, Benjet, Borges, Eliosa-Hernández, Fernández-Mondragón, Marín-Navarrete, Medina-Mora Y Nanni-Alvarado (2013), en el cual el objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en una muestra de participantes de sexo masculino adscritos a los Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA). Participaron 535 sujetos, de los cuales 346 cumplieron los criterios de inclusión y fueron evaluados. La evaluación diagnóstica de los trastornos por uso de sustancias y los 17 trastornos psiquiátricos comórbidos se realizó con la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI). Los resultados mostraron que 75.72% cumplía con criterios diagnósticos para algún trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más prevalentes los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, seguidos por los trastornos de ansiedad, la ansiedad por separación, los trastornos afectivos, los trastornos por control de impulsos y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria. En la mayoría de los casos (83.59%), los trastornos psiquiátricos comórbidos precedieron a los trastornos adictivos.

De acuerdo con esto, se hace mención a una investigación realizada por López y Becoña (2006), en la que se evaluó una muestra de sujetos con dependencia a la cocaína que demandan tratamiento en centros de drogodependencias, mediante la utilización del instrumento SCL-90-R. Los resultados obtenidos mostraron que: Las escalas de síntomas con una puntuación media más alta eran las de depresión, obsesión-compulsión, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal. Cuando se comparó las puntuaciones medias obtenidas por esta muestra de personas dependientes a la cocaína con las puntuaciones medias de población normal, se **observó** que las personas con dependencia de la cocaína obtienen puntuaciones medias superiores en todas las escalas del SCL-90-R. Las escalas en las que hay una mayor diferencia entre dependientes de la cocaína y población normal son las de ideación paranoide, psicoticismo y obsesión-compulsión.



De igual manera Segura López, Osorio del Rio, Pedrero Pérez y Puerta García (2004) estudiaron la sintomatología psicopatológica y el malestar de los pacientes que se encontraban en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias. En dicha investigación, se **trabajó** con tres grupos de pacientes: el primero fueron 111 pacientes en modalidad ambulatoria por dependencia de opiáceos, de los cuales 53 tuvieron resultados positivos en su tratamiento; otro grupo de 77 pacientes, en comunidad terapéutica profesional, que realizaron completo el tratamiento y por ultimo, se atendió a un grupo de 22 pacientes, de los cuales 8 tomaron antidepresivos prescritos. Sus resultados afirman que disminuyó la sintomatología en todas las modalidades de tratamiento, sin que la terapia farmacológica tenga una fuerte influencia en tal reducción.

Por añadidura, cabe destacar los resultados del estudio llevado a cabo por Fernández Montalvo et al. (2004) ha mostrado una alta prevalencia de trastornos de la personalidad entre los pacientes adictos ingresados en una comunidad terapéutica. Los resultados obtenidos indican que el 76,2% de la muestra (es decir, 3 de cada 4 ingresados) presenta, al menos, un trastorno de personalidad. Además, en la mitad de los casos estudiados se observó la presencia de más de un trastorno de personalidad, con una media de dos trastornos por caso. Desde una perspectiva más concreta, el trastorno antisocial de la personalidad es el más frecuente y afectó al 42,9% de la muestra utilizada.

Distintos resultados pusieron de manifiesto la existencia de una relación significativa entre ambos aspectos; síntomas psicopatológicos y duración de consumo. De esta forma, las personas adictas a drogas durante un periodo muy prolongado de tiempo obtenían puntuaciones significativamente más elevadas en trastornos de la personalidad que aquellas personas con un consumo de drogas temporalmente inferior (Herrero, 2004).

#### **4.7. Adicción, sintomatología psicopatológica y delincuencia**

Baca-García, Sais Amorim, Madoz Gúrpide y Ochoa(2001) mencionan que a lo largo de este siglo, diversos autores han tratado de explicar la relación existente entre variables sociales y toxicomanías. Tomando a Herrero (2004) se puede resumir que la hipótesis mas aceptada es la que trata de aunar posiciones negando la causalidad mutua, y exponiendo factores comunes que puedan explicar dichas realidades. Así, rasgos de carácter, situaciones conflictivas familiares en edades tempranas, etc., facilitarían en el sujeto unos determinados rasgos de personalidad y un marcado ambiente socio familiar marginal que inducirían hacia el consumo de sustancias psicotrópicas y actuaciones delictivas.

La mayor parte de los actos delictivos directamente realizados por sujetos toxicómanos se relaciona, por un lado, con situaciones de intoxicación/abstinencia, y por otro, como forma de sufragar los gastos derivados del consumo (Herrero, 2004).

La preocupación por la relación entre el abuso de drogas y el desarrollo de comportamientos violentos y los actos delictivos se ha incrementado en los últimos años. Algunos autores postulan que la violencia es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los pacientes adictos a drogas, especialmente en pacientes que son adictos a las sustancias ilegales (Marshall, Fairbairn, Li, Wood, & Kerr, 2008).

Tal es el caso del estudio realizado por Fernández Montalvo, López Goñi y Arteaga (2012), en el cual se obtuvo una alta prevalencia de conductas violentas en los pacientes que son adictos a las drogas. En una muestra de 252 pacientes adictos (203 hombres y 49 mujeres) la tasa de comportamientos violentos fue de 39,68% (n = 100). Cada uno de estos pacientes informaron de que no podían controlar sus impulsos violentos en diferentes entornos ya sea con la familia, amigos o socios de abuso de drogas. Además, en algunos casos, la violencia surgió en la configuración del delito de obtener dinero para comprar drogas (por ejemplo, hurto, robo, robo, tráfico de drogas, etc.)

De acuerdo con López et al. (2008) se observó una evolución positiva, después de dos años, de una muestra de personas con dependencia de la cocaína que han recibido tratamiento en diversos centros de drogodependencias. En todas las áreas que han sido analizadas, en dicha muestra, los resultados obtenidos han sido muy positivos. Respecto a la evaluación realizada con el SCL-90-R, los datos indican una evolución

positiva después de dos años de la evaluación inicial. Excepto en las subescalas de somatización e ideación paranoide, en el resto de las subescalas y en los índices generales hay una disminución de la puntuación media, y por lo tanto una disminución del malestar psicológico percibido por el paciente. Pero, de igual manera estas puntuaciones medias siguen siendo más elevadas que las obtenidas en la población general.

Cabe destacar en este apartado una investigación de Fernández Gomes (2005), en la cual se llevó a cabo un estudio con el objetivo de comparar pacientes drogodependientes en tratamiento en comunidades terapéuticas que tenían o no problemática legal. Se evaluaron 107 pacientes tratados en 9 programas residenciales y centros de día, utilizando entrevistas, cuestionarios y escalas para evaluar distintos aspectos vitales, como también sintomatología psicopatológica. Uno de los resultados obtenidos fue que los pacientes con problemática judicial podrían presentar mayor severidad en varias de las áreas vitales comúnmente afectadas por el abuso o dependencia de drogas. De la administración del Cuestionario para la Autovaloración del Usuario que incluye tres subescalas de funcionamiento social: Hostilidad (8 ítems), Adopción de Riesgos (7 ítems) y Conformidad Social (8 ítems); los pacientes con problemática judicial en tratamiento puntuaron alto (61 puntos de promedio en una escala de 0 a 70 puntos) en Hostilidad, y en Adopción de Riesgos (58 puntos de promedio en una escala de 0 a 70 puntos) y moderadamente alto en Conformidad Social (53 puntos de promedio en una escala de 0 a 70 puntos). Estos resultados llevaron a la conclusión de que los pacientes con problemática judicial responden peor a las crisis, comentan menos sus problemas familiares y se implican menos en confrontar a otros usuarios y aceptar los comentarios o valoraciones de los demás pacientes en tratamiento.

## **5. Metodología**

### **5.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio correlacional de diferencia de grupos, con diseño transversal.

## 5.2.Participantes

La muestra estuvo constituida por 30 sujetos voluntarios de sexo masculino, de entre 18 y 45 años de edad, que se encontraban realizando tratamiento ambulatorio y de internación en el programa A, con el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias- dependencia alcohólica y dependencia de estupefacientes. Para responder a los objetivos planteados los grupos se conformaron de la siguiente manera, en principio se los dividió por franja etaria, 15 se encontraban en el grupo de 18 a 30 años y 15 en el grupo de 31 a 45 años. Luego se selecciono a 15 pacientes que estaban en primera fase (internación), con menos de un año de abstinencia a las drogas y 15 en fase ambulatoria, con mas de un año de abstinencia a las drogas. Otro de los grupos para la descripción de los datos obtenidos se conformaba de 13 sujetos que poseían causas judiciales y 17 que no poseían ningún antecedente de causas judiciales.

Los 30 pacientes eran Argentinos, 26 habían nacido en la provincia de Buenos Aires y 20 habían vivido en ella ininterrumpidamente. El 60% ( $n=18$ ) de la muestra se encontraba trabajando en relación de dependencia (con licencia en caso de internación), el 10% ( $n=3$ ) continuaba estudiando y el restante 30% ( $n=9$ ) no desempeñaba ninguna tarea laboral ni académica. El 46,66% ( $n=14$ ) de los sujetos evaluados no había alcanzado el nivel educativo secundario y solo el 3,33% ( $n=1$ ) de los pacientes había realizado estudios terciarios o de grado.

Con respecto al estado civil de los pacientes seleccionados para el presente trabajo, se obtuvieron los siguientes datos: 46,66% ( $n=14$ ) eran solteros, 13,33% ( $n=4$ ) estaban en concubinato, 23,33% ( $n=7$ ) habían contraído matrimonio, 13,33% ( $n=4$ ) estaban divorciados, y 3,33% ( $n=1$ ) era viudo.

Si bien ninguno de los sujetos se encontraba diagnosticado con patologías duales, todos tomaban medicación psiquiátrica.

### 5.3. Instrumentos

Historias clínicas de los participantes. Por medio de las mismas se accedió a la información requerida para la realización del presente trabajo; la agrupación de los pacientes según las variables que habían sido establecidas –edad, fase de tratamiento, tiempo de abstinencia a las drogas, si poseían causas judiciales-.

SCL-90-R. de L. Derogatis. Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas psicopatológicos presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Evalúa el malestar subjetivo percibido por el sujeto a partir de 90 síntomas que se agrupan en nueve escalas:

-Somatizaciones; Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

-Obsesiones y compulsiones; Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

-Sensitividad interpersonal; Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

-Depresión; Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

-Ansiedad; Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

-Hostilidad; Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

-Ansiedad fóbica; Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo, a personas específicas, lugares, objetos, situaciones, que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

-Ideación paranoide; Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

-Psicosis; Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

-Ítems adicionales; El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica: 19: Poco apetito 44: Problemas para dormir 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir 60: Comer en exceso 64: Despertarse muy temprano. 66: Sueño intranquilo. 89: Sentimientos de culpa.

-Índices globales; 1) índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. 2) Total de síntomas positivos (TSP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías. 3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones

extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el protocolo de administración, las instrucciones presentan el inventario como una lista de problemas que las personas a veces tienen, y solicitan al respondiente señalar en qué medida cada problema lo ha preocupado o molestado durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy, utilizando una escala de cinco opciones ("Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho"). (Ver anexos).

#### **5.4.Procedimiento**

Los pacientes fueron seleccionados teniendo en cuenta los objetivos planteados para el trabajo. Los datos necesarios para la conformación de los grupos a comparar fueron obtenidos de las historias clínicas que se encuentran en los archivos del programa A. Se acordó una entrevista con cada uno de los sujetos para administrar la técnica SCL-90-R, la administración fue individual y el tiempo promedio para llevar a cabo la tarea fue de 45 minutos. La participación fue voluntaria, Los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Para el análisis estadístico de los datos se ha empleado el programa Excel 2011. La comparación entre los distintos grupos estudiados se ha llevado a cabo mediante la prueba t de Student, se han considerado significativas aquellas diferencias con un valor de  $p < 0,05$ .

### **6.Desarrollo**

#### **6.1.Comunidad Terapéutica Programa A**

Programa A es una organización no gubernamental, sin fines de lucro con una trayectoria de 38 años dedicándose al tratamiento y prevención de las conductas adictivas. Se trata de la primer Comunidad Terapéutica en la Argentina, y cuenta con un equipo de profesionales y ex adictos que trabajan para lograr una mejor calidad de vida en adictos en recuperación, ayudándolos además en su reinserción en la sociedad.

El tratamiento en la Comunidad Terapéutica Programa A, se puede describir en fases. En primer lugar existe la admisión a la comunidad, momento de motivación al paciente, ya que se trata del primer contacto del mismo con la institución. La entrevista de admisión es realizada por un profesional y/o graduado del programa. Oscila alrededor de los 40 minutos y en el mismo se realiza en primer lugar una presentación del sujeto que debe ir acompañado por un familiar. Se evalúa la motivación del paciente por acudir al tratamiento y el grado de acompañamiento o apoyo brindado por su familia. Se le presenta al paciente la modalidad de la institución según el programa que le sea indicado. Se le explica las reglas y normas para ser admitido en la misma. Se extraen datos para la construcción de la historia clínica del paciente y se determina el tratamiento a seguir. Se realizan entrevistas psiquiátricas y médicas que cuentan con análisis diversos, uno de los más comunes en estos casos es el de HIV.

El tratamiento que se brinda en Programa A cuenta con la Internación en la Comunidad Terapéutica, que incluye una etapa o período de inducción, una etapa estática y una tercera etapa Residencial. Luego continúa con un Tratamiento Ambulatorio, y cuando se considere al paciente preparado el mismo pasará a una fase final en la cual se le hace un seguimiento, y dicho sujeto debe asistir cada 6 meses a la Comunidad.

Programa A posee normas de admisión y permanencia que el paciente debe cumplir para seguir en el mismo. Se trabaja con reuniones de grupos: de inicio, de cierre, de sentimientos, y según la etapa en que se encuentre en el tratamiento va a asistir a grupos de inducción, estáticos, residenciales o ambulatorios. También se trabaja en grupos con la familia del paciente, y con los amigos (la red que se le ayudará a construir durante el tratamiento). Se ayuda no solo al paciente sino también al entorno del mismo, para que sepan como actuar, como ayudarlo en cada etapa, pues se trata de un aprendizaje para toda la familia ya que el cambio será radical (Programa A, s/f).



**6.2. Comparación de los síntomas psiquiátricos, según la evaluación del SCL-90-R, entre pacientes internados en 1era fase (menos de un año de abstinencia a las drogas) y pacientes ambulatorios en 2da fase (mas de un año de abstinencia a las drogas) en Programa A.**

Al recopilar los datos necesarios para llevar a cabo el análisis de las variables planteadas en este estudio se llegó a la conclusión de que el primer objetivo específico se superpone al segundo de estos objetivos, ya que los pacientes que se encuentran en primera fase (internación), siempre tienen menos de un año de abstinencia a las drogas porque han ingresado recientemente a la comunidad terapéutica, mientras que los pacientes que se encuentran en segunda fase (ambulatorio), siempre llevan mas de un año de abstinencia a las drogas, ya que es el tiempo promedio para pasar a dicha fase, según las pautas de tratamiento en Programa A.

Con el fin de responder a los objetivos específicos antes mencionados (1 y 2), se compararon los resultados obtenidos del SCL-90-R, de cada grupo, mediante la prueba t para dos muestras, permitiendo así estudiar los resultados de las distintas escalas de la técnica psicológica.

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones medias y t de los dos grupos comparados, pacientes en primera fase de tratamiento (con menos de un año de abstinencia a las drogas) y pacientes en segunda fase (con mas de un año de abstinencia a las drogas), para responder el objetivo 1 y 2.

Tabla 1. Síntomas psicopatológicos según fases de tratamiento.

SCL-90-R	Primera fase (n=15)	Segunda fase (n=15)	t
----------	------------------------	------------------------	---

Escalas	Media	Media	
Somatizaciones	0,69	<b>0,55</b>	1,03 <b>ns</b>
Obsesiones	1,86	<b>1,55</b>	1,00 <b>ns</b>
Sensibilidad	0,92	1,03	0,77 <b>ns</b>
Depresión	1,02	1,32	0,55 <b>ns</b>
Ansiedad	1,27	1,26	0,07 <b>ns</b>
Hostilidad	1,42	<b>0,91</b>	1,74 <b>ns</b>
Ansiedad f.	0,68	0,71	0,18 <b>ns</b>
Paranoia	1,5	<b>1,24</b>	1,29 <b>ns</b>
Psicoticismo	1,03	<b>0,85</b>	0,89 <b>ns</b>
Ítems adic.	1,37	1,54	0,70 <b>ns</b>

Nota: En negrita las escalas en las que se registró descenso en segunda fase.

Los resultados obtenidos según las comparaciones de los grupos teniendo en cuenta los objetivos específicos 1 y 2 no han sido significativos ( $p > 0,05$ ). No se ha podido determinar diferencias en la sintomatología psicopatológica entre las muestras comparadas, pacientes en primera fase y pacientes en segunda fase.

En el estudio de López et al. (2008) se observó una evolución en el tiempo (respecto a la evaluación realizada con el SCL-90-R en el momento de la demanda de tratamiento y luego de 24 meses de la misma), en una muestra de pacientes con dependencia a las drogas que habían recibido tratamiento en una comunidad terapéutica. No se ha podido corroborar esto en la presente investigación, ya que mediante la administración de la misma técnica de rastillaje los datos obtenidos no mostraron una

disminución en las puntuaciones medias de las escalas, ni en consecuencia una disminución del malestar percibido por el paciente.

Si bien los resultados del análisis estadístico no arrojan una diferencia significativa en la comparación de los grupos 1 y 2, se ha podido advertir una pequeña baja en las puntuaciones medias de algunas escalas de la técnica cuando se observa los resultados de los pacientes en segunda fase de tratamiento; somatizaciones, obsesiones y compulsiones, hostilidad, paranoia y psicotismo.

Retomando la investigación realizada por López y Becoña (2006), en la que se evaluó una muestra de personas con dependencia a la cocaína que demandan tratamientos en centros de drogodependencias mediante la utilización del instrumento SCL-90-R. los resultados obtenidos habían mostrado que; las escalas de síntomas con una puntuación media más alta eran las de depresión, obsesión-compulsión, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal. En el presente trabajo se ha llegado parcialmente a los resultados de la investigación mencionada, ya que se han obtenido puntuaciones medias mas altas en las siguientes escalas; obsesiones y compulsiones, e ideación paranoide. No ha habido coincidencia en las puntuaciones obtenidas en depresión y sensibilidad interpersonal, arrojando resultados menores en el presente trabajo.

### **6.3. Comparación de la sintomatología psiquiátrica, entre pacientes según franja etaria (18 a 30 y 31 a 45)**

De la administración de la técnica de rastrillaje SCL-90-R a dos muestras de pacientes seleccionados en la comunidad terapéutica Programa A, según edad, grupo 1 (de 18 a 30 años) y grupo 2 (31 a 45 años), con el fin de comparar la sintomatología psicopatológica que los pacientes de los grupos presentan, se obtuvieron los resultados detallados en la tabla 2; puntuaciones medias y t de cada una de las escalas.

Tabla 2. Síntomas psicopatológicos según franja etaria.

SCL-90-R	Menores de 30	Mayores de 30	t
	(n=15)	(n=15)	
Escalas	Media	Media	
Somatizaciones	0,62	0,63	0,07 ns
Obsesiones	1,61	1,79	0,56 ns
Sensibilidad	0,97	0,98	0,05 ns
Depresión	1,05	1,48	<b>2,06*</b>
Ansiedad	1,04	1,49	<b>2,84**</b>
Hostilidad	1,08	1,25	0,58 ns
Ansiedad f.	0,58	0,82	1,62 ns
Paranoia	1,25	1,49	1,08 ns
Psicoticismo	0,87	1	0,62 ns
Ítems a.	1,11	1.8	<b>3,30**</b>

\*resultados significativos a nivel de significación  $p < 0,05$

\*\* resultados significativos a nivel de significación  $p < 0,01$

Como resultado a la comparación de los grupos según franja etaria se han obtenido diferencias significativas en 3 de las escalas; ítems adicionales, ansiedad, y depresión.

Del análisis estadístico se obtienen puntuaciones medias mayores en el grupo de sujetos pertenecientes al grupo 2 (31 a 45 años). Partiendo de la lectura de las historias

clínicas de los pacientes en busca de datos que arrojen luz a los resultados obtenidos, se encontró que la mayoría de los sujetos que se encuentran en el grupo 2 han consumido drogas por un tiempo mas prolongado que los sujetos en el grupo 1. Se puede interpretar que los sujetos de mayor edad, con el diagnostico de dependencia de sustancias y que en consecuencia han consumido por un mayor tiempo, puntúan mas alto en las escalas mencionadas, ya que poseen rasgos ansiosos y depresivos.

Los sujetos adictos a la cocaína presentan sintomatología psicopatológica, asidua y prevalentemente sintomatología depresiva y de ansiedad, que influyen en la eficacia de los programas de tratamiento (Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, & Brugal, 2008; López Durán & Becoña Iglesias, 2006; Fernandez-Montalvo, Lorea, Goñi & Landa, 2008).

El síndrome de abstinencia de la cocaína no es esencialmente orgánico, sino ante todo psicológico. Comienza con síntomas depresivos, de ansiedad, y de agitación. A medida que la abstinencia avanza, y en medida que se ha llevado esta conducta por un tiempo prolongado, hay un aburrimiento extremo, falta de motivación y mayores probabilidades de padecer un trastorno depresivo en el futuro (Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, & Brugal, 2008; López Durán & Becoña Iglesias, 2006).

En un estudio realizado por Bricker, et al. (2007) en una muestra compuesta por adultos (factor edad de inicio), se detectó que, si el consumo de cannabis es de una frecuencia mayor que una vez al mes, existe una asociación positiva, con mayor presencia de síntomas depresivos entre los consumidores.

En Nueva Zelanda se han realizado varios estudios de poblaciones jóvenes durante un número importante de años para detectar posibles relaciones entre el uso de drogas y las enfermedades mentales. Los mas conocidos son el estudio de Fergusso, Horwood y Swain (2002) y el estudio de Arseneault, Cannon, Poulton, Murray, Caspi, y Moffitt (2002). En el primero de ellos, los autores describen una asociación modesta entre un consumo al menos semanal a los 15 años y la aparición de depresión a los 21; en el segundo, los datos obtenidos por los autores muestran que el consumo a los 18 años predice la presencia de depresión a los 26.

Como conclusión se ha podido deducir que los estudios de seguimiento muestran una moderada relación entre el inicio precoz del consumo de cannabis (15 años o menos) y la aparición de síntomas y/o cuadros depresivos en los adultos jóvenes.

#### **6.4. Comparación de sintomatología psiquiátrica entre pacientes que no han tenido causas judiciales y pacientes que si las han tenido.**

Mediante el análisis estadístico de los datos arrojados de la técnica SCL-90-R administrada a dos muestras de pacientes de la comunidad terapéutica, grupo 1 (pacientes con causas judiciales) y grupo 2 (pacientes sin causas judiciales), con el fin de encontrar diferencias significativas a un nivel de significación de  $p < 0,05$  en la comparación de la puntuación medias de las diferentes escalas de sintomatología psicopatológica, se ha estudiado los resultados de la prueba t, puntuaciones medias y t. Los mismos se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Síntomas psicopatológicos según antecedentes penales.

SCL-90-R	Sujetos con causas Judiciales ( <i>n=13</i> )	Sujetos sin causas judiciales ( <i>n=17</i> )	
Escalas	Media	Media	t
Somatizaciones	<b>0,69</b>	0,55	1,03 <b>ns</b>
Obsesiones	<b>1,86</b>	1,55	1,00 <b>ns</b>
Sensibilidad	0,92	1,03	0,77 <b>ns</b>
Depresion	1,2	1,32	0,55 <b>ns</b>

Ansiedad	<b>1,27</b>	1,26	0,07 <b>ns</b>
Hostilidad	<b>1,87</b>	0,91	1,04 <b>ns</b>
Ansiedad f.	0,68	0,71	1,18 <b>ns</b>
Paranoia	<b>1,5</b>	1,24	1,19 <b>ns</b>
Psicoticismo	<b>1,03</b>	0,85	0,89 <b>ns</b>
Ítems a.	1,37	1.54	0,70 <b>ns</b>

Si bien desde una perspectiva estadística no se encontraron diferencias significativas entre la comparación de las muestras 1 y 2, podríamos decir que se puede observar puntuaciones mayores en algunas de las medias obtenidas por el grupo 1, por ejemplo: somatizaciones, obsesiones, ansiedad, hostilidad, paranoia y psicoticismo.

Como se ha planteado y argumentado con diferentes estudios, en el marco teórico del presente trabajo, la asociación entre conductas delictivas, violentas y adicción a las drogas, se puede inferir que se ha corroborado de alguna manera que los sujetos del grupo 1, que poseen causas judiciales, poseen rasgos psicopatológicos más marcados que los sujetos de grupo 2, que no poseen causas judiciales.

De acuerdo con lo dicho citaremos el estudio realizado por Fernández Montalvo, López Goñi y Arteaga (2012), en el cual se obtuvo una alta prevalencia de conductas violentas en los pacientes que son adictos a las drogas. Cada uno de estos pacientes informaron de que no podían controlar sus impulsos violentos en diferentes entornos ya sea con la familia, amigos o socios de abuso de drogas. Además, en algunos casos, la violencia surgió en la configuración del delito de obtener dinero para comprar drogas por ejemplo, hurto, robo, tráfico de drogas, etc.

Como se puede observar en la tabla 3, el grupo de pacientes con causas judiciales, de las 9 escalas que contiene el SLC-90-R, obtiene una puntuación más alta en hostilidad (aunque no significativa), en comparación con el grupo de pacientes que no ha tenido causas judiciales. Este resultado arrojado por el análisis estadístico puede

remitirse a una investigación de Fernández Gomes (2005), en el cual se llevó a cabo un estudio con el objetivo de comparar pacientes drogodependientes en tratamiento en comunidades terapéuticas que tenían o no problemática legal. Uno de los resultados obtenidos fue que los pacientes con problemática judicial podrían presentar mayor severidad en varias de las áreas vitales comúnmente afectadas por el abuso o dependencia de drogas. Los pacientes con problemática judicial en tratamiento puntuaron alto en Hostilidad, y en Adopción de Riesgos y moderadamente alto en Conformidad Social. Estos resultados llevaron a la conclusión de que los pacientes con problemática judicial responden peor a las crisis, comentan menos sus problemas familiares y se implican menos en confrontar a otros usuarios y aceptar los comentarios o valoraciones de los demás pacientes en tratamiento.

## **7.Conclusiones**

El presente estudio tenía el objetivo general de describir y analizar la sintomatología psiquiátrica de pacientes del programa A en base al inventario de síntomas SCL-90-R. Por todo lo que antecede, se puede inferir que existe una alta prevalencia de sintomatología psicopatológica en la muestra utilizada.

Para desarrollar los objetivos específicos planteados en este trabajo se llevó a cabo el análisis estadísticos de los datos obtenidos de la técnica de rastrillaje antes mencionada. Mediante la prueba t se obtuvieron puntuaciones medias y t de cada escala del inventario, para poder comparar si existían diferencias significativas en la sintomatología psicopatológica de cada uno de los grupos utilizados para cada objetivo.

Como primer y segundo objetivo específico se planteó la Comparación de los síntomas psiquiátricos, según la evaluación del SCL-90-R, entre pacientes internados en 1era fase (menos de un año de abstinencia a las drogas) y pacientes ambulatorios en 2da fase (mas de un año de abstinencia a las drogas) en Programa A.



Con respecto a la primera y segunda hipótesis, podemos concluir que en este trabajo no se han podido corroborar por completo las mismas, ya que no se han obtenido diferencias significativas en sintomatología psicopatológica de ambos grupos.

Esta primera lectura de los resultados no ha permitido aunar completamente conclusiones con una de las investigaciones citadas; López et al, (2008), ya que en la misma, mediante la administración de la técnica SCL-90-R en dos momentos, se obtuvo como resultado de la evaluación estadística una evolución en el tiempo de la sintomatología psicopatológica de pacientes con dependencia a las drogas.

No obstante, en el grupo 2 (pacientes en segunda fase, con más de un año de abstinencia a las drogas), sin ser significativas, se ha podido observar pequeñas reducciones en las puntuaciones medias de algunas escalas como; somatizaciones, obsesiones y compulsiones, hostilidad, paranoia y psicotismo. Resultados coincidentes con los hallazgos de la investigación realizada por López y Becoña (2006).

Con respecto al tercer objetivo de este trabajo que consistió en la comparación de la sintomatología psiquiátrica, entre pacientes según franja etaria (18 a 30 y 31 a 45) se ha corroborado la hipótesis previamente propuesta, ya que han surgido diferencias significativas con puntuaciones más altas en el grupo 2 (31 a 45). Las escalas que han sobresalido con una media superior son: depresión, ansiedad e ítems adicionales.

Se ha podido generalizar para esta muestra que los sujetos drogodependientes del grupo 2 (31 a 45 años) poseen sintomatología psicopatológica más marcada en las áreas antes mencionadas.

Teniendo en cuenta distintos estudios que han concluido con resultados similares (Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, & Brugal, 2008; López Durán & Becoña Iglesias, 2006; Fernández-Montalvo, Lorea, Goñi & Landa, 2008; Bricker, J.B. et al. 2007; Fergusso, Horwood & Swain, 2002 y Arseneault, Cannon, Poulton, Murray, Caspi, & Moffitt 2002), y los datos recogidos de las historias clínicas se ha podido hipotetizar que los sujetos del grupo 2 han tenido un consumo más precoz que el grupo 1, y en consecuencia, al ser mayores, han sido consumidores de sustancias por un tiempo más prolongado, esto traería aparejado los rasgos ansiosos-depresivos que presentan.

Siguiendo con el objetivo número cuatro; que consiste en determinar si existen diferencias significativas, en la sintomatología psiquiátrica entre pacientes que no han tenido causas judiciales y pacientes que si las han tenido, se ha llegado a la conclusión que la hipótesis ha sido parcialmente corroborada, ya que si bien no se ha obtenido diferencias significativas en ninguna de las 9 escalas del inventario administrado para la comparación de las muestras, se ha podido certificar en 5 de las escalas puntuaciones medias mas altas obtenidas por el grupo 1 (pacientes con causas judiciales).

Las medias registradas para los sujetos con causas judiciales podrían significar una asociación directa entre adicción a las drogas y conductas violentas, provocadas por marcada sintomatología psicopatológica. Dicha hipótesis ha sido avalada por distintas investigaciones mencionadas anteriormente, una de ellas es la que realizo Fernández Gómez (2005) en la cual se llevó a cabo un estudio con el objetivo de comparar pacientes drogodependientes en tratamiento en comunidades terapéuticas que tenían o no problemática legal. Se encontró que los pacientes con problemática judicial podrían presentar mayor severidad en varias de las áreas vitales comúnmente afectadas por el abuso o dependencia de drogas.

Si bien la pasantía en el Programa A fue una experiencia enriquecedora para aprender en el ámbito de las adicciones, ante los resultados obtenidos cabe destacar algunos aportes críticos del presente estudio. En principio se destaca negativamente la unión de los dos primeros objetivos específicos y en consecuencia sus respectivas hipótesis, esto se ha llevado a cabo de la manera mencionada, ya que por problemas institucionales la practica profesional V se comenzó casi dos meses después que el resto de los alumnos, en consecuencia y teniendo que cumplir con los tiempos estipulados por la facultad, no se contó con el tiempo necesario para analizar y estudiar con detenimiento cada uno de los objetivos a desarrollar, y que estos puedan ser llevados a cabo en consonancia con la institución en la cual se iban a recabar los datos necesarios. Por ejemplo, conocer los tiempos y requisitos de cada fase en el programa A antes de elaborar los objetivos, de esa manera poder brindar frutos mas productivos en el presente trabajo.

Por otro lado, podría decirse que Programa A tiene una metodología muy particular debido a su enfoque pluralista. Los psicólogos que allí trabajan lo hacen en

conjunto con los operadores, y trabajan a nivel grupal y en terapias individuales, pero la mayoría de las cuestiones son conversadas y resueltas en grupo en las reuniones de staff. Las reuniones son de aproximadamente dos horas y son muchos los temas a tratar, por lo que sería ideal contar con otro día en la semana para una reunión de psicólogos para hablar de los pacientes de internación y otra para los de ambulatorio (dependiendo de la cantidad de pacientes podría ser el mismo día o no). Ese espacio podría funcionar como supervisiones, para que los profesionales puedan hablar de cada paciente en particular, y encontrar juntos la metodología a seguir con el mismo, qué técnicas aplicar, etc. Luego en las reuniones de staff se plantearían a grandes rasgos lo charlado y si hay alguna observación que sea importante remarcar ese sería el momento.

Desde una perspectiva clínica podría sugerirse la utilización de baterías de test para la detección temprana de patologías duales en los pacientes en el momento de ingreso al tratamiento para las adicciones, ya que, como se mencionó y detalló anteriormente, el paciente es ingresado a la institución mediante una entrevista llevada a cabo, en general, por el coordinador del lugar. La realización de un diagnóstico más preciso permitiría el conocimiento más acertado del paciente, así como principalmente la elaboración de un tratamiento con intervenciones específicas para cada uno de los diagnósticos.

Llegando a una síntesis del trabajo en general se puede concluir en que los resultados detallados y apoyados por distintos estudios anteriormente mencionados implican una alta tasa de comorbilidad psicopatológica en los pacientes con diagnóstico de dependencia de sustancias. Esta observación debería ser tenida en cuenta tanto en la evaluación de la dependencia a las drogas, como en el desarrollo de programas específicos de intervención.

No obstante este estudio ha presentado algunas limitaciones. En primer lugar, la comorbilidad se ha evaluado con el SCL-90-R, que se ha mostrado útil para llevar a cabo un *despistaje* (screening) global, pero no es un instrumento de diagnóstico clínico. Por otra parte el tamaño de la muestra de pacientes drogodependientes, aunque relevante desde el punto de vista clínico, es pequeño desde una perspectiva estadística.

La presencia de adicciones en la sociedad argentina constituye hoy un problema de creciente envergadura. Se percibe en la preocupación de padres, docentes y

profesionales, no solo por la salud de los jóvenes, sino por la repercusión negativa que estas conductas tienen en sus posibilidades de aprender y construir una vida propia en el futuro.

Es importante tener presente que así como los profesionales, la familia, los amigos, su entorno laboral y demás, son necesarios en el proceso de rehabilitación, la sociedad debe tomar conciencia especialmente que estas patologías pueden rehabilitarse a través de la desintoxicación, de terapias individuales y grupales, siendo la base fundamental del tratamiento, brindar ayuda a las personas que han asumido a las adicciones como un problema y que deseen recuperarse.

Dicho esto y mencionada anteriormente la alta tasa de comorbilidad en las adicciones, especialmente entre los jóvenes, se recomienda para líneas futuras de investigación, la realización de estudios con el objetivo de poder identificar el perfil específico de comorbilidad psicopatológica en las adicciones. Mediante la administración de técnicas específicas para el diagnóstico y con muestras significativas desde la mirada estadística. Estas investigaciones arrojarían datos que se podrían generalizar y facilitarían el desarrollo de planes de recuperación para los sujetos con el diagnóstico de patologías duales.

Estas investigaciones podrían llevarse a cabo mediante la administración de la técnica psicológica MMPI 2 o similares, con el fin de determinar si existe un tipo de patrón de personalidad prevalente en los pacientes con el diagnóstico de dependencia de sustancias. De esta manera, con los resultados obtenidos, se podría proceder a la elaboración de un perfil de personalidad del adicto y así poder brindar a la sociedad más datos para combatir el problema de las adicciones.

Ayala-Ledesma, M., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Fernández-Mondragón, J., Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M., Nanni-Alvarado, R. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment*, 36 (6). Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000600004&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600004&lang=pt)

Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., & Moffitt, T.E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, 325, 1212–1213. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC135493/>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). DSM-IV-TR. *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos de Mentales*. Madrid: Masson.

Baca-García, E., Sais Amorim, A., Madoz Gúrpide, A. & Ochoa, E. (2001). Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: Relación entre toxicomanía y delincuencia. Servicio de Psiquiatría Hospital Ramón y Cajal. Recuperado de: <http://ponce.inter.edu/acad/facultad/jvillasr/LECTURAS/Aspectos%20criminol%F3gicos%20en%20pacientes%20adictos%20a%20hero%EDna.pdf>

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (2010). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Becoña Iglesias, E. & Oblitas Guadalupe, L.A. (2002). Adicciones y Salud. *Revista Psicología Científica.com*. Recuperado el 4 de noviembre de 2012 de <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud/>

Becoña Iglesias, E. (2006). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. España: síntesis.

Becoña Iglesias E. Et al, (2011), Neurobiología de las adicciones. E. Becoña Iglesias et al. ed, *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (pp. 22-41). Barcelona: