



Trabajo Final Integrador

Búsqueda de sensaciones, consumo de drogas y
tratamiento por adicciones.

Alejandra Vilá

Índice

1. INTRODUCCION. Pág. 3

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION. Pág. 5

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ¿Qué se entiende por droga? Pág. 6

3.2 Una aproximación a la adicción a las drogas. Pág. 7

3.3 Significado de tratamiento por drogodependencia. Pág. 10

3.4 Eficacia de los tratamientos por drogodependencia. Pág. 11

3.5 Sociedad, vacío de contenido y búsqueda de sensaciones. Pág. 14

3.6 Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas. Pág. 17

3.7 Subescalas de la búsqueda de sensaciones. Pág. 19

3.8 Promoción de la salud en altos buscadores de sensaciones. Pág. 20

4. HIPÓTESIS. Pág. 21

5. MÉTODO.

5.1 Descripción de la muestra. Pág. 22

5.2 Instrumentos. Pág. 22

5.3 Procedimiento. Pág. 22

6. RESULTADOS.

6.1 Comparación de valores en pacientes recién internados y pacientes con un año o más del mismo tratamiento. Pág. 23

6.2 Análisis de los valores de las distintas subescalas según edad de inicio en el consumo. Pág. 23

6.3 Comparación de los valores de las distintas subescalas en pacientes con tratamiento previo completo y sin tratamiento previo completo. Pág. 24

7. CONCLUSIONES. Pág. 25

BIBLIOGRAFÍA GENERAL. Pág. 29

ANEXOS. Pág. 32

1. Introducción

El concepto de búsqueda de sensaciones fue desarrollado por Zuckerman en la década del '70, y ha tenido posteriormente otros desarrollos de la mano de Eysenck y Zuckerman durante la década del '80. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que es considerado por su autor como una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones, y el hecho de correr riesgos físicos y sociales por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias (Chico Librán, 2000).

En nuestro mundo de hoy, en casi todos los países, los jóvenes y los adultos, cualquiera sea el estrato social al que pertenezcan, son consumidores en alto porcentaje de drogas y tóxicos. Si bien no es un problema exclusivo de la juventud, es entre preadolescentes, adolescentes y jóvenes donde el problema se manifiesta de manera aguda, lo cual obliga a una gran reflexión acerca de por qué en una de las mejores etapas de la existencia, ciertos individuos adoptan la droga como manera de ser y de vivir (Miroli, 1980).

El experimentador individual se propone descubrir lo que hay de maravilloso en esta ampliación sensorial que dan las sustancias psicoactivas. Si por un lado se abre un camino de exploración, no es menos cierto que por repetición, la exploración lleva al hábito y este motoriza la aparición de la dependencia. La expansión pasa a ser reiteración y puede sospecharse que se busca más que nuevos territorios: dejar atrás la realidad aunque sea por instantes (Grimson, 2007)

El abordaje terapéutico de esta problemática debe ser integrado, es decir, la integración de farmacoterapia y psicoterapia, ya que es lo que se considera actualmente como el abordaje de elección. Ello facilita alcanzar los objetivos del tratamiento en los pacientes con trastornos por consumo de drogas. Tratamiento integrado, en fin, quiere decir que enfocamos el proceso terapéutico intentando abarcar toda la complejidad biopsicosocial de los consumidores, y por ello junto a la farmacoterapia incluimos la psicoterapia, los abordajes individual, familiar y grupal y las intervenciones de índole informativa y terapéutica (Sáiz, González, Paredes, Martínez, & Delgado, 2001).

El interés por la temática surge a partir de la observación constante en todo tipo de escenarios sociales de jóvenes que ya no se interesan por socializar con sus pares o partners sexuales, sino que la motivación primaria pareciera ser el hecho de estar bajo el

estímulo constante de sustancias o situaciones que les generen placer y los quiten del lugar donde se encuentran, psíquicamente hablando. Esto lleva a quien escribe a interesarse por el análisis de esta búsqueda de sensaciones o estimulación en sujetos drogadependientes, por diferenciarlos de quienes consumen socialmente, internados en una Institución de Rehabilitación en adicciones, con modalidad de Comunidad Terapéutica (CT).

Para una mejor conceptualización y diferenciación de los términos uso, abuso y dependencia a las drogas, se utilizó la definición de Grimson (2007) de uso:

Se habla de uso de sustancias cuando una persona se encuentra en el estadio exploratorio del uso de sustancias. El consumo no es regular ni continuo. Puede suspenderse, postergarse, interrumpirse. La suma de los efectos causados por la ingesta no crea ni una necesidad psicológica ni una dependencia orgánica. Los efectos posteriores pueden presentar malestares leves como cefaleas, fatiga, cansancio muscular, distracciones, pérdidas de interés en actividades habituales.

Para los demás términos, se recurrió al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) (1995): se entiende por abuso de sustancias a un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, dando lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en la casa; consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso; problemas legales repetidos relacionados con la sustancia; consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. Todo esto expresado durante un período de por lo menos 12 meses.

En otro nivel, se entiende por dependencia de sustancias a un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por la tolerancia (una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado); la abstinencia (presencia de

un síndrome específico debido al cese o reducción del consumo prolongado y en grandes cantidades. Se toma la misma sustancia o una muy parecida, para aliviar los síntomas); existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia; se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia; reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo; se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo.

2. Objetivos de la investigación

Objetivo general: comparar los niveles de búsqueda de sensaciones entre individuos ingresantes a un tratamiento por drogodependencia, e individuos con un año o más del mismo tratamiento.

Objetivos específicos:

- Comparar las puntuaciones de las subescalas de la búsqueda de sensaciones (Búsqueda de emociones y aventuras (BEA); Búsqueda de experiencias (BE); Desinhibición (DES); Susceptibilidad al aburrimiento (SAB)) entre individuos ingresantes a un tratamiento por drogodependencia, e individuos con un año o más del mismo tratamiento.
- Analizar la relación entre la búsqueda de sensaciones (y sus subescalas) y las edades de inicio de consumo de drogas en el total de los individuos en tratamiento por drogodependencia.
- Analizar y comparar las diferencias de los niveles de búsqueda de sensaciones (y sus subescalas), entre individuos con tratamientos sobre drogodependencia realizados en un período anterior, e individuos ingresados por primera vez a un tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1 ¿Qué se entiende por droga?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y de poseer la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. Según esta definición no solo la marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis o heroína son drogas sino también lo son el alcohol, el tabaco, la cafeína, y algunos fármacos bajo usos no terapéuticos.

Todas las drogas psicoactivas ocasionan modificaciones cuanti y cualitativas del tono nervioso, lo disminuyen, lo aumentan o lo perturban, según actúen deprimiendo, estimulando o modificando las funciones nerviosas, por su acción sobre las neuronas o sobre los intermediarios químicos responsables de la transmisión del estímulo. Las drogas pueden producir: modificación del umbral de las sensaciones dolorosas, perturbación de las percepciones, cambios de la imagen personal, la ideación, la orientación, la personalidad, el carácter, el raciocinio, la afectividad, los sentimientos, etc. Por tales motivos, el hombre siempre ha recurrido a las drogas psicoactivas para cambiar sus sentimientos, su carácter, sus percepciones y su postura frente a las circunstancias; en síntesis: para modificar farmacológicamente su conducta (Grimson, 2007).

La mayoría de estos sujetos vulnerables comienza su enfermedad en plena adolescencia o juventud, siendo menos numerosos los individuos que empiezan con este problema en edad adulta (Morillas, Brizuela, Gobbi, Costa & Echazú, 1979). Del mismo modo, Grimson argumenta que, aunque se podría probar que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia, la iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de los individuos, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, según su secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media. Los adolescentes no encuentran de entrada drogas en su camino, ni estas los acechan en una jungla urbana. Comienzan por entregarse a la multiestimulación sensorial en discotecas que proponen una excitación sin recreo. Todos ellos motivados por la curiosidad ante el mundo al que ahora acceden. Nada más maligno que el estrechamiento de los canales afectivos cuando quien

avanza como explorador del mundo los necesita, aun cuando no pueda así expresarlo (Grimson, 2007).

No se puede ignorar que la conducta del consumo de sustancias se inicia como un acto voluntario de un sujeto que busca modificar aspectos o problemas de su vida. Hoy es difícil imaginar la diversión festiva ajena al consumo de estas sustancias. Es que el recurrir a sustancias modificadoras forma indudablemente parte de nuestra cultura. Participan de ella porciones significativas de la población, y su caudal no parece disminuir sino aumentar (Grimson, 2007).

3.2 Una aproximación a la adicción a las drogas

Una adicción es el estado en el que un sujeto pierde su poder de dominio con referencia a una droga y abusa de la misma al punto de dañar su persona o a la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, se acepta que la adicción a drogas se caracteriza por una compulsión a seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; una tendencia a aumentar la dosis; y por una dependencia psíquica y generalmente física a los efectos de esa droga (Morillas, et al., 1979). La ingesta de opio, morfina, heroína, cocaína, cannabis, y otros derivados da como resultado un síntoma fundamental: la euforia, es decir, una sensación de falso bienestar, de alivio, de satisfacción con libertad de imaginación y una aparente mayor facilidad para el trabajo mental. La sedación es también uno de los efectos que se buscan, al menos como el más importante, en el caso de los barbitúricos y drogas de acción similar. Por último, con los alucinógenos, se logran estados de psicosis artificiales que evitan al individuo un sufrimiento y lo trasladan a una fantasía donde no dominan, pero que prefieren a la existencia real que los sofoca. Estas acciones falsamente agradables o redentoras difieren en clase e intensidad en los diferentes individuos, según una predisposición interior a resistir la tentación de experimentarlas.

El problema de las drogas nos habla de la búsqueda del placer y el control de la conducta consumatoria. En la adicción, la droga se convierte en la única fuente de placer, lo único que motiva al sujeto en un ciclo en el cual cada vez se requiere mayor cantidad de droga (Moral de la Rubia, 2005). Pero con el progreso del consumo, algo va cambiando: la búsqueda del placer pasa a ocupar un lugar más central como objetivo y la sustancia que se

busca como medio de producir un grado de satisfacción, termina constituyéndose una necesidad.

El suministro repetido de drogas psicoestimulantes lleva a un aumento progresivo de la dosis (tolerancia) y a la dependencia de la sustancia para mantener el equilibrio psíquico. El cese abrupto de esta sustancia genera un desequilibrio tal que produce el llamado “síndrome de abstinencia”, siendo el síntoma del aburrimiento y la falta de motivación el más persistente tras la interrupción prolongada del suministro de la droga. Puede llevar un periodo de un año restablecer el equilibrio interno del sistema de refuerzo natural del cerebro, periodo durante el cual hay alta posibilidad de recaídas, si la droga está disponible y el sujeto se enfrenta a tensiones externas. Además, este sistema en los adolescentes se encuentra en desarrollo, por lo tanto presenta una mayor vulnerabilidad a los efectos adictivos de las sustancias psicoactivas, por lo que el consumo repetido de esas sustancias es más fácil que acabe en dependencia, y a su vez, que ésta provoque cambios estructurales más persistentes que lo predispongan a futuras adicciones (Moral de la Rubia, 2006).

Los resultados aportados por una investigación realizada por Botvin (1995) sobre las causas del consumo y la progresión hacia niveles más graves de implicación en las drogas, indican que el consumo es el resultado de una compleja combinación de numerosos y diversos factores. No existe una única vía o variable que sirva como condición necesaria y suficiente para el desarrollo del consumo de drogas. Los factores asociados a éste se pueden agrupar en categorías o dominios amplios, donde resalta la importancia de una serie de factores socioculturales, biológico-genéticos, interpersonales e intrapersonales. Los factores socioculturales comprenden un grupo de variables antecedentes que han demostrado estar asociadas con el consumo de drogas, como los factores demográficos (edad, sexo, clase social), culturales (identidad étnica, aculturación) y la disponibilidad de las drogas. Los factores biológicos y genéticos incluyen el temperamento y la búsqueda de sensaciones. Los socioambientales incluyen factores relacionados con la comunidad (recursos de la misma y organización del vecindario), con el centro escolar (vinculación con la escuela, tamaño de esta, ambiente escolar) factores familiares (funcionamiento en la familia, comunicación, disciplina, control, actitudes de los padres hacia el consumo de drogas, y consumo por parte de éstos), influencias de los medios de comunicación que

fomentan actitudes y normas propicias para el consumo (TV, cines, música, publicidades) e influencias de los pares (actitudes favorables a las drogas y amistades que consumen) (Botvin, 1995).

Según Miroli (1980), el drogadicto es un ser peculiar con personalidad preponderantemente insegura, que se caracteriza por poseer falta de madurez psicológica o motivacional. Es un ser pasivo, dependiente, apático, ansioso por escapar de la realidad y de la actualidad. Las referencias de otros consumidores, la descripción de los “paraísos artificiales” y de la expansión de la conciencia y la tendencia a la exploración, condicionan el deseo de probarlas. El joven puede sentir la necesidad de explorar, evadirse, aliviar el dolor o las tensiones interiores, lograr una nueva experiencia mental o adaptarse a las normas del grupo.

Lo que es común al desarrollo del proceso de consumo de sustancias que se cronifica es la alteración de la personalidad básica tal cual fue conocida y la adopción de una coraza caracterológica de falsa seguridad. En ese caso las conductas se caracterizan por su impulsividad, la impaciencia, la aparición de conductas lindantes con lo delictivo, entre otras. El consumo no puede ser demorado, la postergación es vivida con desesperación y el maltrato a las personas más cercanas es casi una regla. La mentira pasa a ser usual, tanto en relación a lo consumido como a la supuesta intención de abandonar el abuso. Una de las situaciones en que *Novelli*¹ demostraba su maestría, desarrollada en la calle, era en no aceptar el discurso de un consultante cuando venía presionado por familiares o amigos y mentía sobre la decisión de abandonar la droga. Hoy en día las edades de inicio en el uso y posterior abuso de sustancias psicoactivas ha demostrado ser en años anteriores a la iniciación de la adolescencia, o sea que la edad de comienzo de las situaciones de uso y abuso son cada vez más precoces (Grimson, 2007).

Por otra parte las cantidades utilizadas han aumentado considerablemente, siendo claro a la observación que lo que se busca es un nivel suficiente de alteración sensorial o afectación del estado de ánimo. En el inicio del consumo y en su eventual progreso, hay una decisión consciente y voluntaria de explorar el efecto de las drogas sobre los estados de ánimo del sujeto. Se elige consumir. Aunque la elección esté condicionada y mercantilizada.

¹ Carlos Novelli: pionero del movimiento de Comunidades Terapéuticas en Argentina. Creador del “Programa Andrés”. Muchos de los actuales presidentes de Instituciones que se dedican a la asistencia y prevención en la problemática de drogas, fueron discípulos de él.

3.3 Significado de tratamiento por drogodependencia

Se llama tratamiento a la aplicación de un procedimiento planeado para identificar y cambiar patrones de comportamiento desadaptados, destructivos, o perjudiciales para la salud, o para restablecer niveles físicos, psíquicos y sociales apropiados de funcionamiento. Con esta definición es fácil imaginar muchos tipos de procedimientos que pueden ser llamados tratamiento, pero el procedimiento que se usa en tratamientos por desorden a causa de sustancias puede ser clasificado dentro de un tratamiento de tipo individual, de pareja, marital, de familia y de grupo (Connors, Donovan & Di Clemente, 2001). El tipo de tratamiento característico para el tratamiento de adicciones es la Comunidad Terapéutica. Se llama de este modo a los ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces. Las CT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. Los miembros de la CT interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas. Muchas de las personas admitidas a las CT tienen una historia de funcionamiento social, habilidades educativas/vocacionales, y lazos comunitarios y familiares positivos que han sido debilitados por su abuso de drogas. Para ellos, la recuperación involucra la rehabilitación, es decir, el volver a aprender o restablecer un funcionamiento, habilidades y valores saludables así como rescatar la salud física y emocional. Otros residentes de las CT nunca tuvieron estilos de vida funcionales. Para ellos, la CT generalmente constituye la primera vez que son expuestos a una vida ordenada. En su caso, la recuperación involucra la habilitación, es decir, aprender por primera vez las habilidades conductuales, las actitudes y valores asociados a convivir en una sociedad (N.I.D.A., s/f).

En este sentido, en la comunidad terapéutica se llama a cada uno de sus pacientes a que tomen la responsabilidad por su propia recuperación. El énfasis para el cambio debe

estar puesto en la ayuda mutua, interpersonal, comandada por la autoestima propia de cada uno. Además, los residentes no están únicamente tratando su problema de adicción, o modificando sus comportamientos y actitudes, sino que están trabajando para cambiarse a sí mismos por completo. Cambiar por completo significa que deben estar incluidos en ese cambio los comportamientos, las cogniciones, las emociones, las experiencias, y las percepciones individuales. La integración se logra gradualmente a medida que los individuos se involucran más profundamente en el tratamiento (De Leon, 2000).

3.4 Eficacia de los tratamientos por drogodependencia

En palabras de Micarelli (2000), etimológicamente la palabra adicto deriva del latín “adictum”: a=sin, dictum=decir. Esto significa no decir, no hablar, no comunicarse, no manifestar lo que se siente y se piensa. Por lo tanto en todo adicto hay dificultades en la comunicación. Ser adicto describe una relación de esclavitud, sea a una persona, sustancia, actividad u objeto. Se habla de esclavitud porque existe una dependencia (psíquica y física) caracterizada por la sumisión, por su funcionamiento mental de sometimiento, favorecido por una estructura yoica deficitaria. Todo individuo es dependiente. Winnicott plantea que al nacer la dependencia es absoluta, y lentamente a medida que se crece se transforma en relativa tendiendo hacia la independencia. Lo adictivo sería cuando no se tiende hacia la autonomía, hacia el desarrollo integral de la persona. Cuando el sujeto manifiesta un repertorio de conductas estereotipadas y pobres, de manera tal que no puede aprender ni ampliar su modo de reaccionar frente a los diferentes estímulos. A la vez se degrada y se hunde en el sufrimiento y en su propia incapacidad de maduración, de renovación y realización personal. Es drogadicta toda aquella persona que es incapaz por medios naturales, por sus propios esfuerzos, de lograr un bienestar en la vida.

Según el National Institute on Drug Abuse (s/f), los problemas asociados con la drogadicción pueden variar significativamente. Las personas adictas a las drogas provienen de todo nivel social. Muchas sufren de problemas mentales, laborales, físicos, o sociales, los cuales hacen que sus trastornos adictivos sean mucho más difíciles de tratar. Aún en casos en que haya pocos problemas relacionados, la gravedad de la adicción en sí no es igual para todas las personas. Existe una variedad de métodos con bases científicas para los tratamientos de la drogadicción. Éstos pueden incluir psicoterapia, medicamentos, o la

combinación de ambos. Las psicoterapias ofrecen estrategias para que los adictos puedan enfrentar sus deseos por las drogas, les enseñan maneras para evitar el consumo y prevenir las recaídas en caso de que éstas llegasen a ocurrir.

Los tratamientos se pueden efectuar en una variedad de ambientes o sitios, de muchas maneras diferentes, y durante diferentes duraciones de tiempo. Como la drogadicción es típicamente un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, un solo tratamiento a corto plazo no es suficiente. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que involucra intervenciones múltiples para tratar de lograr la abstinencia (National Institute on Drug Abuse, s/f).

Las investigaciones han mostrado que el uso de drogas a largo plazo produce cambios significantes en el funcionamiento cerebral que persisten por mucho tiempo después de que la persona haya dejado de usar drogas. Estos cambios en la función cerebral pueden tener muchas consecuencias sobre el comportamiento, entre otras muchas cuestiones. Naturalmente, el tratamiento tiene más probabilidades de éxito si es bajo iniciativa propia. La desintoxicación o superación del síndrome agudo de abstinencia es exitosa en más del 75% de los pacientes ingresados en hospitales y comunidades terapéuticas, fase del tratamiento que dura un par de semanas. Sin embargo, la abstinencia prolongada por más de un año sólo se logra en un porcentaje pequeño de los pacientes desintoxicados, porcentaje que varía del 30% al 10% (Moral de la Rubia, 2005). Así, la parte difícil no es superar la negación inicial ni motivar al tratamiento, tampoco lo es la desintoxicación, sino la abstinencia prolongada, especialmente durante el primer año.

La clave de la dificultad se halla en el reajuste del sistema de refuerzo natural. Durante los primeros meses el sujeto nota que se aburre fácilmente, se cansa de las cosas y de la gente, no llenándole nada. Esto crea un estado emocional negativo que está fuertemente asociado, en su historia personal al consumo de drogas. Si este estado se intensifica con problemas ambientales, disponibilidad de drogas y contactos con amigos adictos, se hace muy probable la recaída. Ante este panorama el tratamiento debe enfocarse en el desarrollo de estrategias para afrontar los estados emocionales negativos como el aburrimiento y búsqueda de actividades altamente reforzantes. Así, un componente clave del tratamiento debe ser el abordar tanto este estado emocional residual como la estrategia usual del adicto para afrontarlo, consumiendo la droga. A tal fin es importante introducir

estímulos muy reforzantes como los lazos sociales, con grupos de autoayuda y despertar pasiones especialmente de carácter religioso y comunitario. El alejar al sujeto de esos ambientes y fomentar lazos sociales nuevos en relación a pasiones o actividades altamente estimulantes (religiosas, comunitarias) nos puede garantizar pasar con éxito el primer año de abstinencia. Una vez restablecido el sistema de refuerzo natural las cosas se hacen mucho más sencillas. Por otra parte, en tratamientos de tipo ambulatorio, el alta de un ex adicto no debe contemplarse hasta pasados 2 años de la desintoxicación (Moral de la Rubia, 2005).

En general, la elección de un centro para el tratamiento se basa en las características clínicas del paciente, sus preferencias, las necesidades terapéuticas y las alternativas disponibles. Está claro que la mayor parte de los consumidores problemáticos pueden ser tratados eficazmente en programas ambulatorios. Sin embargo, teniendo en cuenta los datos existentes hasta la fecha, no cabe prever que estos tratamientos por sí solos reduzcan el consumo de droga, por lo que debe acompañarse de un tratamiento psicosocial apropiado. La interrupción del consumo no suele causar síntomas de abstinencia. Lo más frecuente es la abulia y el deseo de consumir de nuevo. Sin embargo, hay personas que experimentan síndrome de abstinencia entre pocas horas y varios días después del cese agudo o en plena reducción de un consumo intenso y prolongado. Aunque hay abordajes psicoterapéuticos prometedores en estudios preliminares, no hay ninguna modalidad de tratamiento para la que se haya demostrado de manera uniforme superioridad respecto a las demás en los pacientes con dependencia de las drogas (Solé Puig, 2001).

La evolución y la experiencia han incorporado el concepto de programación terapéutica, o comunidad terapéutica. Se descubrió, a poco de andar (Grimson, 2007), que hacer frente a una adicción a sustancias requiere una convivencia comunitaria integral más que un seguimiento ambulatorio de unas veces por semana. Lo ambulatorio y los grados severos de las adicciones no son compatibles. Se requiere instalar un corte en la vida habitual, en las condiciones en que se ha venido desenvolviendo. Es que al agravarse el cuadro la sustancia pasa a ser el eje de referencia fundamental de la persona afectada, y se desarrollan situaciones familiares complejas.

La experiencia vivida en la comunidad permite encarar de otra manera la propia historia personal que condujo a una identidad adictiva. Hace posible entender la droga

como recurso de negación de padecimientos, de depresiones. En tal sentido, la droga ha tenido en la vida de cada uno el carácter de una muleta cuyo uso distorsiona la realidad y no permite hacerle frente. La concepción de la comunidad, es la de un multigrupo en actividad. Desarrolla un proceso que se va desarrollando por etapas, donde la asamblea de todos los participantes va regulando las incorporaciones y las altas, como el registro de la historia de la institución, y donde se van estableciendo direcciones por medio de proyectos. La comunidad es un intento de análisis integral de la situación personal de la vida de una persona que le permita elegir responsablemente su camino (Grimson, 2007).

3.5 Sociedad, vacío de contenido y búsqueda de sensaciones

Desde los inicios de las civilizaciones, el consumo de sustancias psicoactivas ha estado ligado al deseo del ser humano por modificar el nivel de conciencia y el estado de ánimo, además de su utilización como medicina intentando paliar el sufrimiento. Pero el carácter contagioso y el aspecto epidémico del mismo fueron evocados por primera vez hacia los años 1880, precisándose el aspecto de fenómeno social. Luego, todo ello se ha visto modificado en el último siglo dando lugar a modos de consumo altamente patológicos (Pérez Mora & López Samaniego, 2004).

Según Moral de la Rubia (2006), desde la perspectiva psicológica, por una parte, se señala que el consumo de sustancias psicoactivas excesivo puede constituir una estrategia para afrontar emociones negativas como la tristeza, el abatimiento, la angustia, la frustración y el vacío vital; especialmente en personas con dificultades para identificar y expresar sus emociones y tomar contacto con su mundo vivencial interno. Asimismo, desde la perspectiva antropológica se señala que una sociedad en crisis de valores y creencias religiosas genera mucho malestar en sus individuos. Malestar que no puede ser calmado por los mecanismos ideológicos y rituales convencionales, por lo que los sujetos buscan otras formas de alivio como el consumo de drogas y los placeres materiales. Ante este mayor consumo con menor control se incrementan considerablemente los casos de dependencia. Por último, desde la perspectiva sociológica, se señala que entre los individuos de las clases sociales más marginadas, es decir de los grupos sociales que han perdido o carecen de los derechos que les corresponderían dentro de la sociedad a la que pertenecen, hay un intenso malestar, malestar que encuentra un fácil alivio con drogas, si estas se hallan disponibles.

En palabras de Micarelli (2000), la consigna de la sociedad postmoderna es vivir el presente tratando de satisfacer todos los placeres inmediatos y evitar el dolor. El individuo postmoderno trata de matarse sin querer morir, por ello usa métodos que provocan una necesidad de huida momentánea de la realidad, las adicciones como conducta autodestructiva. Los jóvenes desorientados, llenos de incertidumbre, dudas, inseguros, llegan a cuadros depresivos, a la indiferencia y al desencanto, encontrando una salida momentánea a través de las adicciones. Se busca no enfrentar una realidad molesta, habiendo una búsqueda de placer inmediato y una gratificación. El postmodernismo es la era del vacío, vacío de valores, de inspiraciones, de creatividad. Lo que promueve nuestra época es el hedonismo, búsqueda de placer y evitación del displacer, el dolor debe descartarse, se niega la consistencia de los valores, los cuales serían un espejismo y se acaba con un posicionamiento superficial ante el mundo. El adolescente se ha transformado en el modelo ideal de la cultura, en este sentido, para que madurar y ser adulto. Si logramos quedarnos en un tiempo joven, en un presente perpetuo, no se estaría yendo a un futuro incierto y angustiante. Hay cada vez más ciencia, más universidades, más libros, más de todo, pero esa cantidad incontenible nos está mostrando la ausencia de un sentido. La pérdida de sentido nos lleva a rellenar con cosas, y así se torna más difícil definirse, construir proyectos, acrecentándose las crisis subjetivas por dificultad para comprometerse.

Según Rascovan (2005), también al respecto de este punto, en la búsqueda de formas alternativas aparece la cultura del mercado, cuyo rasgo sobresaliente es la producción de una subjetividad cada vez más individualista. Una cultura que enaltece el consumo, y que éste viene a llenar un vacío de ideales, de referentes y de proyectos. Cuando no se vislumbran horizontes de salida, el dolor psíquico se torna poco soportable y conduce a formas patológicas de fuga o evacuación, destinadas a eludir el trabajo de elaboración. Si en el nivel del imaginario social global no es posible pensar en el futuro, también el ideal del yo, en su carácter prospectivo, diluye su funcionamiento psíquico al privilegiar vivir el presente, sin creer en el pasado y el futuro.

Sin embargo –refiere el autor-, la individualidad no puede pensarse sin lo público, existe entre ambos una dependencia. El discurso neoliberal niega esto, estimula la utopía de realización personal más allá del conjunto social. El problema es que el proceso de individuación depende enteramente de los sistemas de reconocimiento y trato del otro, por

lo que no puede más que llevar al individuo a una pérdida de los rasgos de individualidad. En la afirmación de la singularidad de sus rasgos individuales, padece el aislamiento y se lanza a una mimesis con los otros a quienes les atribuye individualidad. Lo que logra no es más que alienarse. En consecuencia, los márgenes de libertad que cada sujeto posee están condicionados por la conformación y el particular funcionamiento de la vida social, que en esta etapa histórica, están fuertemente regulados por el mercado. Esto produce formas estandarizadas de comportamiento vividas como libremente elegidas, que gradualmente disminuyen las capacidades creativas de los sujetos. En pocas décadas hemos pasado de una civilización del deber a una cultura de felicidad subjetiva (self love).

Como consecuencia de todo esto, se puede decir que la mayor prevalencia del consumo, abuso y dependencia de sustancias adictivas está en los jóvenes, grupo etéreo que se enfrentan a un sistema educativo cada vez más exigente, a un mercado laboral cada vez más cerrado, a la postergación cada vez más dilatada de sus planes de emancipación, pero a una sociedad cada vez más hedónica que desea el máximo placer al mínimo esfuerzo. Esta presión en un ambiente de valores poco compatibles con el esfuerzo y la postergación alimenta mucho malestar en los adolescentes y los jóvenes. En la medida que un adolescente fracasa académicamente, y ve que el futuro que desea es cada vez más lejano, puede sentirse marginado y frecuentar grupos de características marginales también. Si hay droga disponible, aumenta la probabilidad de consumo ya que ésta no solo constituye un medio de alivio, sino también como medio de socialización (Moral de la Rubia, 2006).

En conclusión, estamos permanentemente informados y estimulados, recibimos gran cantidad de mensajes, ideas, sensaciones y estímulos que no sabemos elaborar, en donde surge la perplejidad, la confusión, esto produce gran insatisfacción y muchas veces la realización de conductas inadecuadas (Grimson, 2007). Cabe que cuestionemos sobre la causa de este tipo de conducta, y que indagemos acerca de la parte de culpa que cabe a nuestra estructura sociocultural en determinar que el ser humano recurra a una píldora como solución a los problemas existenciales (Miroli, 1980)

3.6 Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas

El interés por la personalidad y el uso-abuso de sustancias es ya antiguo. Desde los primeros estudios de Eysenck buscando una relación entre el consumo de tabaco y la

personalidad han sido muchos los investigadores que han dedicado sus esfuerzos a arrojar alguna luz al respecto. Aunque se acepta que no existe una personalidad prototípica del consumidor de sustancias ilegales, existe un elevado interés por conocer el papel que juega la personalidad en el desarrollo de la adicción, especialmente de cara a la intervención. Uno de los factores de personalidad que ha sido relacionado con la conducta de uso-abuso de sustancias es la búsqueda de sensaciones. Este rasgo, definido por Zuckerman se caracteriza por la búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, novedosas, variadas y complejas, y por la voluntad de experimentar y participar en experiencias que comporten riesgos de diversos tipos (físico, social, legal, etc.) (Sáiz et al., 2001). Además, diferencia en él 4 subdimensiones: búsqueda de emociones (aventuras, riesgos); búsqueda de excitación (experiencias); desinhibición; y susceptibilidad al aburrimiento. En general, obtienen puntuaciones elevadas en esta escala las siguientes poblaciones: deportistas de riesgo, policías, guardaespaldas, delincuentes, consumidores de drogas y sujetos a los que les gusta poner a prueba sus recursos personales, entre otros.

El buscador de sensaciones elige los estímulos externos que maximizan sus sensaciones. Optará por aquellos estímulos sensoriales y sociales, como por ejemplo drogas, capaces de producir sensaciones inusuales. En palabras de Renoldi (1998), la motivación a fumar o tomar drogas está en la búsqueda de sensaciones gratas, por lo tanto para dejar de hacerlo la clave es invertir esa valoración subjetiva. Pensarlo como algo negativo para la salud le posibilitará el desprendimiento de la droga y la modificación de sus acciones, para conducir así sus intereses hacia otro polo, positivo (Chico Librán, 2000).

Los altos buscadores de sensaciones valoran la recompensa del riesgo más que los bajos buscadores de sensaciones. La sensación de caída libre de un paracaidista, la sensación provocada por el consumo de heroína o de cocaína, el viento en la cara o la visión borrosa del paisaje que tiene un motociclista a gran velocidad, el aumento en la frecuencia cardíaca del jugador mientras espera los resultados de una apuesta, la excitación del sexo, todo parece suministrar formas de activación que son más valorados por los grandes buscadores de sensaciones que por los menores. Los intensos efectos de recompensa de estos tipos de actividades pueden superar los riesgos para los grandes buscadores de sensaciones. (Horvath & Zuckerman, 1996)

La búsqueda de sensaciones se ha conceptualizado como una característica con base biológica. Esto confirmaría la opinión de que los hombres tienen en general, mayores puntuaciones en el rasgo. De igual modo, los estudios llevados a cabo con esta escala señalan una correlación negativa con la edad, es decir, a mayor edad menor puntuación en las escalas (Chico Librán, 2000). Asimismo, en años recientes se realizaron diversos estudios en los cuales se han identificado algunos genes asociados a la alta vulnerabilidad a las adicciones. Se descubrió que estos genes se expresan en un genotipo psicológico de propensión al aburrimiento, desmotivación, búsqueda de sensaciones fuertes e impulsividad (Moral de la Rubia, 2005). Por otra parte, el uso de las sustancias psicoactivas se puede contemplar como una estrategia de afrontamiento ante el malestar, especialmente de sentimientos negativos como el abatimiento, la tristeza, el aburrimiento y el vacío.

En otro estudio realizado por el Instituto de Neurociencias y Unidad Psicobiológica de la Universidad Autónoma de Barcelona se indica que existe, tanto en modelos animales como en modelos humanos, una importante vulnerabilidad individual a la adicción que puede estar relacionada con factores de personalidad. Uno de esos rasgos de personalidad relacionado a la susceptibilidad de la adicción es la búsqueda de sensaciones o novedades en ocasiones arriesgadas o peligrosas (Nadal Alemany, 2007). Datos similares que aportan evidencia a estos estudios revelan puntuaciones elevadas en las escalas de búsqueda de sensaciones entre la población escolar española que han usado alguna vez sustancias como el MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina, también conocida como éxtasis) (Martínez Lorca & Alonso-Sanz, 2003).

3.7 Subescalas de la búsqueda de sensaciones

En un estudio realizado en Asturias (Sáiz et al, 2001) a jóvenes que se incorporan al Servicio Militar por un lado, y por el otro a jóvenes estudiantes de secundaria divididos éstos a su vez en dos grupos: hombres y mujeres, la relación entre el uso-abuso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman muestra que en los tres grupos las puntuaciones aumentan significativamente en función del consumo, de tal forma que son más bajas en el grupo que no consume sustancias ilegales y más altas en el grupo que consume cocaína más otras sustancias

legales y/o ilegales. Sin embargo, estas diferencias no son tan claras en la subescala de búsqueda de emociones. Esta escala BEM se comporta de distinta forma en las tres muestras. Los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren la existencia de una asociación entre rasgos de personalidad y consumo de cocaína en los adolescentes y adultos jóvenes. Así, encontramos que, a medida que se agrava cualitativa y cuantitativamente el consumo de sustancias ilegales progresivamente se acentúan los rasgos de personalidad, llegando incluso a alcanzar niveles clínicamente significativos.

Sin embargo, la Escala de Búsqueda de Sensaciones no es un buen diferenciador de la magnitud del consumo de drogas (experimental o habitual), ya que la tendencia general es que ambos tipos de consumidores obtengan puntuaciones similares tanto en la escala total como en las distintas subescalas. Una posible explicación a la relación existente entre búsqueda de sensaciones y uso de drogas podría ser que el buscador de sensaciones sea un individuo interesado en los cambios que las drogas inducen en su comportamiento, considerando la clase de droga como un elemento secundario. En este sentido, la cultura y el mercado actual de drogas favorecen claramente el policonsumo y van en contra de una elección personalizada de drogas en función de la personalidad del usuario. Zuckerman también tiene en cuenta esa posibilidad cuando dice que las personas eligen una droga buscando un cambio en su estado afectivo más que unos efectos específicos. Aunque parece existir un acuerdo entre la mayoría de los estudios en lo referente a búsqueda de sensaciones y uso de drogas, este acuerdo desaparece cuando se trata de identificar qué subescala es la que más correlaciona con el consumo de drogas. No obstante, parece que las correlaciones más intensas se dan con las subescalas búsqueda de excitación y desinhibición (Sáiz et al, 2001).

En otro estudio realizado (Sánchez & Cantón Chirivella, 2001) para conocer las similitudes y diferencias de las distintas dimensiones de búsqueda de sensaciones y la valoración del riesgo entre dos tipos de poblaciones (aquellos que participan en deportes de riesgo y drogadependientes), se indica que en ambos casos se obtienen puntuaciones elevadas en búsqueda de sensaciones significativamente diferentes de la población general, aunque los drogadependientes puntúan más alto en las subescalas Búsqueda de emociones (BEM) y Desinhibición (DES). Este estudio fue realizado con el fin de conocer la

viabilidad de utilizar la práctica deportiva de riesgo como canalizador de la búsqueda de sensaciones, en la prevención de la realización de conductas desajustadas socialmente.

3.8 Promoción de la salud en altos buscadores de sensaciones

Existe evidencia aportada por otros estudios que presentan alternativas al problema de las adicciones a las drogas, esto es, actuar en el momento donde aparece la oferta: la antesala al consumo. Pensar en prevención primaria como método de enfocar esta búsqueda de sensaciones en los jóvenes, de una manera saludable y adaptada a su ambiente.

La prevención primaria debe encararse a través de la educación, teniendo en cuenta a la persona y su entorno, pero sin perder de vista que el verdadero protagonista es el individuo, y que de él depende poder aprovechar o no los aspectos positivos del medio en que vive y poder superar o no los aspectos negativos. Toda educación debe tender a que los jóvenes maduren armoniosamente en el mundo que les toca vivir, a llenar los vacíos de la adolescencia, de la sociedad, de la cultura. Mientras la droga o el alcohol sirvan para colmar, aparentemente, necesidades que no son satisfechas por la sociedad, el individuo será tentado por los paraísos artificiales o por otras conductas negativas (Miroli, 1980).

El programa de entrenamiento en habilidades para la vida (Life Skills Training, LST) de Botvin, desarrollado dentro del sistema educativo norteamericano, enseña a los adolescentes habilidades para resistir las influencias sociales para consumir drogas, y les enseña asimismo, habilidades generales de automanejo e interpersonales. Este programa ha demostrado una pequeña pero creciente evidencia basada en la investigación que muestra que este tipo de enfoques centrados en los factores sociales y psicológicos que promueven el consumo de alcohol y drogas ilegales, puede reducir la incidencia y prevalencia de estas conductas en comparación con grupos control. Estos estudios han encontrado la capacidad de reducir el consumo inicial de tabaco, alcohol y marihuana en un 50% o más. La investigación originada por el enfoque LST incluye estudios que ponen a prueba su eficacia en distintas condiciones: a corto plazo, a largo plazo, y en poblaciones diversas, a gran o pequeña escala. La evidencia podría aportar datos a este estudio en relación a la disminución de los índices de búsqueda de sensaciones en pacientes con un período de un

año o mayor de tratamiento por adicciones, con la diferencia que ocupa a este caso aplicada no como prevención, sino como reinserción (Botvin, 1995).

También podría ser otra alternativa la promoción de deportes de riesgo para suplantar el deseo de la búsqueda de sensaciones en pacientes con dependencia a las drogas. El estudio realizado por Sánchez & Cantón Chirivella (2001) arroja evidencia al respecto, y alternativas a la problemática.

4. Hipótesis

A partir de la teoría de la búsqueda de sensaciones en relación con la evolución del paciente en el tratamiento por drogodependencia, y la fundamentación teórica resumida anteriormente, se formularon las siguientes hipótesis:

1. Los individuos bajo tratamiento por drogodependencia con un año o más de desarrollo, puntuarán con valores menores en la búsqueda de sensaciones y sus subescalas, que los individuos ingresantes al mismo tratamiento.
2. Los individuos ingresantes que hayan realizado otro tratamiento similar en un periodo anterior, puntuarán con valores menores en la búsqueda de sensaciones y sus subescalas.

En función de la literatura existente sobre el tema se podría pensar que los niveles de búsqueda de sensaciones en pacientes con más de un año de tratamiento por adicciones deberían ser menores a los niveles de la misma variable en pacientes internados con menos de un año de tratamiento.

5. Método

5.1 Descripción de la muestra

Los sujetos que componen la muestra del estudio conforman un total de 40 pacientes actualmente en tratamiento en un centro de rehabilitación, divididos en dos grupos de 20 sujetos cada uno, siendo el primero “Pacientes ingresantes del último año”, y

los otros “Pacientes con más de un año de tratamiento”. La totalidad de ellos son hombres, y la edad media aproximada es de 25 años.

La participación en el estudio fue voluntaria, todos los sujetos fueron libres de realizar el cuestionario y a todos ellos se les informó de la confidencialidad de sus puntuaciones. Los sujetos respondieron al cuestionario con el fin de cumplir un requerimiento de participación experimental. Por otra parte, los cuestionarios que tuvieron algún ítem sin completar o que hayan sido contestados a las dos alternativas de un mismo ítem, fueron eliminados.

5.2 Instrumentos

Para la evaluación se utilizó la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman (Sensation-Seeking Scale – SSS). Esta escala consta de 40 ítems, subdividida en cuatro subescalas de 10 ítems cada una de ellas, a saber: Búsqueda de emociones y aventuras (BEA); Búsqueda de experiencias (BE); Desinhibición (DES); Susceptibilidad al aburrimiento (SAB). El formato de la escala es de elección forzosa tipo “Sí” o “No” para cada uno de los ítems que constan en ella.

En cuanto a la puntuación, cada subescala da lugar a un valor, existiendo además una puntuación total que sería la suma de las puntuaciones obtenidas en las cuatro subescalas.

5.3 Procedimiento

Se organizaron los participantes en grupos de 10 sujetos por instancia, los cuales recibieron la prueba al ingresar a una de las habitaciones de la Dependencia. Se informó y explicó brevemente a todos los sujetos cada uno de los ítems requeridos para descartar cualquier tipo de duda o malinterpretación posible. Durante la recolección de los datos, los sujetos permanecieron acompañados por el evaluador, quien los asistió frente a consultas referentes al desarrollo de la prueba.

Posteriormente se compilaron los datos recolectados y se ingresó toda la información a una base de datos para su posterior análisis.

6. Resultados

6.1 Comparación de valores en pacientes recién internados y pacientes con un año o más del mismo tratamiento

Sobre el análisis que involucra a esta investigación, se utilizó la Prueba t de Student para la comparación de ambos grupos. Se pudo observar que en los niveles generales de la escala de Búsqueda de Sensaciones y en sus subescalas, los resultados obtenidos revelan que no existen diferencias significativas entre el momento en el que el paciente se encuentra del tratamiento, y los valores en la escala de Búsqueda de Sensaciones. El nivel de significación de la prueba es en todos los casos $p > 0,05$, dato éste que no confirmaría la hipótesis presentada en el presente análisis. Los datos representativos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación Grupos 1 (recién internados) y 2 (con más de 1 año de tratamiento) a través de Prueba t.

	Grupo 1 (recién internados)		Grupo 2 (con más de 1 año de tratamiento)		Resultados
	Medias	Desvíó St.	Medias	Desvíó St.	Valor p
Escalas de Búsqueda de Sensaciones					
Escala General	21,5	5,2	19,95	4,59	0,93
Búsqueda de emociones	5,4	2,72	5,9	2,26	0,99
Búsqueda de experiencias	6,55	1,63	5,7	1,92	0,94
Desinhibición	5,55	2,23	4	1,65	0,66
Susceptibilidad al aburrimiento	4	2,15	4,35	1,87	0,98

6.2 Análisis de los valores de las distintas subescalas según edad de inicio en el consumo

Por otro lado, se confirma que la media de las edades de inicio en el consumo del total de la muestra es de $M = 14.93$, siendo el desvíó estándar $Ds = 2.94$, lo cual evidencia que la banda etárea 12-18 es la promedio en el inicio del consumo para este grupo investigado. Se demuestra que es en la adolescencia media donde la mayoría de los sujetos inician el consumo, etapa altamente vulnerable como se menciona en la fundamentación teórica reciente.

Para la ampliación de estos datos, se realizó también una tabla con los valores medios de las puntuaciones en la escala y sus subescalas, según las distintas edades de inicio de consumo de los pacientes encuestados. Esto permite realizar un análisis sobre la

franja etárea más vulnerable y propensa a adquirir estos hábitos adictivos. En cuanto a las edades de inicio en el consumo y los valores obtenidos del análisis de las distintas escalas, se utilizó para vincular ambos datos la prueba r de Pearson. La misma evidencia que el grado de dependencia lineal entre ambos datos tiene una correlación negativa dado que los valores se encuentran todos por debajo del cero sin ser -1 . Se podría decir que el grado de dependencia entre ambas variables implica que a mayor edad, menores valores en la escala de Búsqueda de Sensaciones. En la escala general y en las subescalas BEX (Búsqueda de experiencias) y DES (Desinhibición) estos valores se hallan aumentados, lo que evidencia una correlación inversa más dependiente que el resto de las subescalas. Los valores de estas muestras se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2. Comparación según edades de inicio de consumo a través de r de Pearson

	Edad de inicio – Medias											Resultados
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	23	27	Valor r
Escalas de B. de Sensaciones												
Escala General	17	29	22	22	21	19	16	18	18	20	13	-0,40
Búsqueda de emociones	5	7	5	7	6	4	4	2	6	6	6	-0,12
Búsqueda de experiencias	4	8	7	7	6	5	6	7	4	4	3	-0,41
Desinhibición	4	10	5	4	4	5	4	5	2	6	2	-0,31
Suscept. al aburrimiento	4	5	4	4	5	4	4	5	6	4	2	-0,14

6.3 Comparación de los valores de las distintas subescalas en pacientes con tratamiento previo completo, y sin tratamiento previo completo.

En cuanto a las diferencias obtenidas en la comparación de los grupos con y sin tratamiento previo completo, se puntualiza que la cantidad de pacientes con tratamiento previo completo alcanza un total de 17,5% (7 pacientes de un total de 40 sujetos), siendo el 82,5% restante los pacientes sin tratamiento previo completo (33 de un total de 40 sujetos). De este último subtotal se desglosan 21 pacientes que hubieran comenzado un tratamiento anterior sin llegar a finalizarlo, y 12 pacientes que inician tratamiento por primera vez. En este caso, al igual que en la comparación entre Grupos 1 (recién internados) y 2 (con más de 1 año de tratamiento), los valores de la prueba t de Student no muestran significación entre ambos grupos de datos, ya que $p > 0,05$. Por lo tanto, no se verifica la hipótesis de la disminución de los valores en la escala y sus subescalas según la concreción o no de un tratamiento previo en adicciones. En la Tabla 3 se reflejan estos datos.

Tabla 3. Comparación de los grupos con y sin tratamiento previo completo a través de Prueba t.

Escalas de Búsqueda de Sensaciones	Con tratamiento		Sin tratamiento		Resultados
	Medias	Desvío St.	Medias	Desvío St.	Valor p
Escala General	18,86	2,54	21,12	5,22	0,85
Búsqueda de emociones	4,43	2,94	5,91	2,35	0,85
Búsqueda de experiencias	5,71	2,06	6,21	1,78	0,97
Desinhibición	4,86	1,77	4,76	2,18	0,95
Susceptibilidad al aburrimiento	3,86	1,35	4,24	2,12	0,76

7. Conclusiones

Sin lugar a dudas la búsqueda de sensaciones presenta una intensa relación con el consumo de drogas, aunque en todos los casos estudiados los pacientes internados no muestran diferencias significativas entre el tiempo de permanencia en el tratamiento y la disminución de estos valores. Se podría confirmar a partir de este análisis que este concepto con base biológica no disminuiría a partir de un tratamiento por drogodependencia. Los resultados tampoco varían en la comparación entre pacientes con un tratamiento anterior que fue completado, y aquellos que se encuentran realizando un tratamiento por vez primera. Por tanto, estos datos no irían a favor de las hipótesis planteadas en este trabajo, ya que en la evaluación de estas variables no se ha hallado una correlación significativa que proporcione evidencia de la diferencia entre el grupo de pacientes recientemente internados, y aquellos con más de un año de tratamiento, o entre pacientes con y sin un tratamiento previo completado.

En el resto del análisis se han hallado correlaciones que puedan ser tenidas en cuenta para la disminución de este rasgo de personalidad, como por ejemplo, la intensa relación entre la edad de inicio del consumo y los valores de las escalas. Se comprobó que a mayor edad, los valores de la escala y las subescalas disminuyen, denotando la importancia de la base biológica y madurativa de este concepto, dato que se muestra en varios de los estudios precedentes citados, sobre todo en el análisis realizado por Chico Librán (2000) que evidencia un pronunciado declive a lo largo de la edad, mayormente en el grupo etáreo de 30 a 40 años. En este mismo sentido, se pudo verificar la relación inversa entre edad y valores de la escala. Pareciera ser que solo a partir del crecimiento y madurez del sujeto se puede evidenciar la disminución de estos valores. Por otro lado, también se pudo confirmar que la edad de inicio en el consumo promedio es dentro de la adolescencia media, citando

como edad promedio los 15 años. Esto coloca a los adolescentes en una posición de vulnerabilidad y por ende, nos debe poner alertas para asumir medidas de prevención y educación correspondientes.

En cuanto a las subescalas de la búsqueda de sensaciones, se puede observar que no existe relación significativa entre los grupos analizados y alguna de ellas específicamente. Por el contrario, se encontraron diferencias en el estudio realizado por Sánchez & Cantón Chirivella (2001) entre los deportistas de riesgo y los drogodependientes dando a éstos últimos valores elevados en las escalas BEM (Búsqueda de emociones) y DES (Desinhibición) a diferencia de los primeros. Estas mismas diferencias no han podido ser verificadas en esta investigación ya que no se han hallado investigaciones del mismo calibre en muestras de sujetos todos drogodependientes e internados por adicción a las drogas. Se deduce a partir de aquí que entre sujetos de un grupo homogéneo no existirían diferencias a ser tenidas en cuenta en las distintas subescalas de la Búsqueda de sensaciones.

Si bien los tratamientos a largo plazo y de tipo Comunidad Terapéutica no estarían evidenciando una disminución en los valores de la Escala de Búsqueda de Sensaciones, sí son necesarios como medida paliativa para el consumo adictivo de drogas. Pareciera ser que estos valores sólo podrían disminuir como correlato de la maduración psíquica de los sujetos, aunque también es preciso aclarar que dentro de los tratamientos por drogodependencia se busca que los pacientes logren cierto crecimiento y aprendizaje madurativo como resultado de la evolución de la mejoría a largo plazo.

Para la evaluación a pacientes internados en una Comunidad Terapéutica del Gran Buenos Aires, bajo tratamiento por consumo adictivo y dependencia a las sustancias psicoactivas, la Escala de Búsqueda de Sensaciones tiene algunas limitaciones, como ser por ejemplo ciertos términos poco comunes y que requieren del lector una apertura a la que la mayoría no han tenido acceso. Lo mismo ocurre con la metodología de planteo de los ítems. Los pacientes encuestados mostraron gran dificultad en la comprensión de los mismos. La escala utilizada es una versión traducida al español de la escala original, pero no aún validada para Argentina.

No hay que ser un observador experimentado para notar que el consumo de drogas y alcohol pasó a ser el único divertimento o el único atractivo para la gran mayoría de las personas, sobre todo el grupo comprendido entre los 15 y 25 años de edad. Por esta razón es que se genera la inquietud por este análisis dentro de una porción reducida de la sociedad en situación de dependencia a las drogas, del constante contraste que se provoca en todo tipo de ámbitos sociales frente al marcado desinterés de los jóvenes por relacionarse con sus pares, no siendo otro el divertimento más que la estimulación psíquica –visual, auditiva, motriz, etc.-. Este mismo análisis cabría realizarlo en jóvenes no consumidores, para detectar la población vulnerable y prevenir el ingreso al consumo.

Asimismo, se considera que la búsqueda de sensaciones sería una de las tantas variables de gran utilidad para ser trabajada dentro de un tratamiento por adicciones, y a tener en cuenta a la hora de evaluar a un paciente tanto interno como ambulatorio, ya que teniendo esta característica de la personalidad una base biológica, no se debe descartar como posibilidad a la recaída posterior al alta del sujeto. Trabajando desde la incorporación de otro tipo de actividades –por ejemplo- que estimulen al paciente desde este mismo lugar el cual ellos buscan motivar constantemente, sería una potencial mejora en la efectividad del tratamiento. Es con respecto a este reclamo constante al cual hacen referencia los pacientes frente a un “vacío” de sensaciones que confiesan tener, o –en palabras de ellos- con respecto a una variedad de cuestiones que “no los llenan” o no los satisfacen, es de especial interés avocarse al manejo de esta búsqueda de sensaciones constante para la disminución de una porción de los síntomas que los adictos presentan.

A partir de esta elaboración sobre la búsqueda de sensaciones y el consumo de drogas, se abre la puerta a nuevas investigaciones principalmente aquellas orientadas a pacientes ya adictos y no únicamente población potencialmente vulnerable, así como también para detectar según las motivaciones del paciente adicto, el tipo de actividad que podría reemplazar o sustituir de una manera saludable y adaptada la necesidad de estímulo y de constante experimentación que estos sujetos manifiestan. Sería de provecho para ser aplicado dentro de una de las etapas del tratamiento, a partir de que el individuo haya alcanzado los primeros niveles de recuperación y ciertos avances en su conducta adictiva.

En otro orden de cosas, y para concluir, sería interesante asimismo generar una versión traducida de la Escala de Búsqueda de Sensaciones para que sea aplicable a la

Argentina y a la población en riesgo, que son los adolescentes, y en muchos otros casos, sujetos en condición marginal.

Bibliografía general

Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, N°3, 333-356.

De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: theory, model and method*. New York: Springer

Chico Librán, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12, 229-235.

Connors, G., Donovan, D. & Di Clemente, C. (2001). *Substance Abuse Treatment and The Stages of Change: Selecting and Planning Interventions*. New York: The Guilford Press.

Grimson, Wilbur R. (2007). *Drogas hoy: problemas y prevenciones*. Buenos Aires: Eudeba

Horvath, P. & Zuckerman, M. (1996). Búsqueda de Sensaciones, valoración y conducta de riesgo. *Revista de Toxicomanías*, N°9, 26-38.

Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. (1995). Barcelona: Masson S.A.

Martínez-Lorca, M. & Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de Sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 15, 145-158.

Micarelli, M. E. (2000). *Drogadependencia, viaje de vuelta*. Mendoza: Ediciones Jurídicas Cuyo.

Miroli, Alejandro B. (1980). *Las drogas*. Buenos Aires: Ateneo.

Moral de la Rubia, J. (2005). *Avances en la investigación sobre dependencia de sustancias*. Recuperado el 04 de junio de 2010, de la fuente <http://www.respyn.uanl.mx/vi/4/ensayos/avances.html>

Moral de la Rubia, J. (2006). Adicción a las drogas: el problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial. *Revista electrónica de Psicología Izcala*, N°1, pp. 1-20.

Morillas, R., Brizuela, V., Gobbi, E., Costa, R. & Echazú, D. (1979). *Manual Policial de la Toxicomanía*. Buenos Aires: Policial.

Nadal Alemany, R. (2007). *La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y el estrés*. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Pérez Mora, J. & López Samaniego, L. M. (2004). Taller de conductas adictivas: cuanto más sabes, mejor decides [Versión electrónica], *Semana Internacional de la Salud, Universidad de Alicante, s/n, 1-26*.

Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. (s.f.). Recuperado el 30 de Mayo de 2010, de <http://www.nida.nih.gov/>

Rascovan, S. (2005). *Orientación Vocacional: Una perspectiva crítica*. Buenos Aires: Paidós.

Renoldi, B. (1998). *Vivir de la cabeza: el sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. Buenos Aires.

Sáiz, P.A., González, M.P, Paredes, B., Martínez, S. & Delgado, J.M. (2001). Personalidad y uso-abuso de cocaína. *Adicciones*, 13, 47-59.

Sánchez, M.C. & Cantón Chirivella, E. (2001). La práctica de actividad físico-deportiva de riesgo como herramienta preventiva de conductas desajustadas psicosocialmente. *Revista de Psicología del Deporte*, 10, N°2, pp. 225-238

Serie de reportes de investigación: La Comunidad Terapéutica. (s.f.). Recuperado el 08 de Septiembre de 2010, de <http://www.nida.nih.gov/researchreports/terapeutica/Terapeutica2.html>

Solé Puig, J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. *Adicciones*, 13, 209-225

Anexos

Tabla 4. Valores promedio de los protocolos. Escala General y Subescalas

Test	Grupo	Edad de inicio	Tto. anterior	Tto. Terminado	GENERAL	BEM	BEX	DES	SAB
1	2	15	SI	NO	15	3	6	2	4
2	2	14	NO	-	22	8	7	3	4
3	2	17	NO	-	14	4	4	3	3
4	2	14	NO	-	23	10	9	2	2
5	2	13	NO	-	30	9	8	5	8
6	1	13	NO	-	18	6	7	5	0
7	1	13	NO	-	25	3	8	8	6

8	1	12	NO	-	32	9	7	10	6
9	1	13	SI	NO	17	3	6	3	5
10	1	15	SI	SI	17	6	4	3	4
11	1	19	SI	NO	18	6	4	2	6
12	1	15	NO	-	30	8	8	6	8
13	1	15	SI	SI	22	10	8	3	1
14	1	13	SI	NO	27	8	9	5	5
15	1	18	SI	SI	18	3	6	5	4
16	1	12	SI	NO	26	5	9	9	3
17	1	16	SI	NO	23	8	7	8	0
18	1	13	SI	SI	23	3	8	8	4
19	1	13	SI	NO	26	9	5	7	5
20	1	13	SI	NO	16	4	6	4	2
21	2	14	NO	-	27	7	8	7	5
22	2	23	NO	-	20	6	4	6	4
23	2	27	NO	-	13	6	3	2	2
24	2	15	SI	NO	18	7	2	5	4
25	2	14	NO	-	22	8	5	5	4
26	1	18	SI	SI	18	1	7	5	5
27	1	13	SI	SI	17	3	3	6	5
28	2	16	NO	-	13	1	5	3	4
29	2	15	NO	-	22	6	6	6	4
30	2	16	SI	-	20	4	4	3	9
31	2	15	NO	-	16	5	4	1	6
32	2	14	SI	NO	23	7	7	3	6
33	2	14	NO	-	23	9	6	4	4
34	2	17	NO	-	17	4	7	5	1
35	1	14	SI	NO	12	1	6	3	2
36	2	15	NO	-	24	5	8	6	5
37	2	14	NO	-	20	4	7	5	4
38	2	11	SI	SI	17	5	4	4	4
39	1	13	SI	NO	20	5	6	6	3
40	1	13	SI	NO	25	7	7	5	6