

4

PERFIL PSICOSOCIAL DEL NARCODEPENDIENTE

(el caso CAIM – Mérida)

Luis Esqueda Torres

Félix Angeles S.

INTRODUCCIÓN

El uso patológico de sustancias psicoactivas se ha constituido en un grave problema de salud pública (Evans, 1987), al punto que, en la actualidad, se habla de pandemia (Thorne, 1985). La gravedad del problema se acentúa por lo difícil del tratamiento y lo complicado del proceso de rehabilitación de las personas que lo padecen (Crowley, 1988; Harrison, 1994; Jones, 1995; Roback, 1996).

Algunas cifras pueden ayudar a ilustrar lo planteado arriba. Por ejemplo, Garbari (1999) señala que, en los EEUU de Norteamérica, para 1996, las necesidades de tratamiento eran de 5,5 millones de individuos por consumo de drogas ilegales y de 13 millones de individuos, por consumo de alcohol. Los programas de control de drogas pasaron de 650 millones de dólares en 1982 a 13 billones de dólares en 1997, todo ello sin incluir el tabaco y sin mencionar la relación entre los problemas de adicción a las drogas con el significativo aumento de la morbilidad, mortalidad, la tasa de suicidio, la delincuencia, el abuso sexual, la violencia doméstica y las infecciones por el VIH.

En Venezuela (Garbari, 1999), el perfil sociodemográfico de la persona que asiste a tratamiento por consumo de drogas está dado por la predominancia del sexo masculino (91%), 15 a 30 años de edad (68%), soltero (74%), con un nivel educativo de secundaria incompleta (65%), desempleado o desocupado (56%). En cuanto al hábito de consumo, la persona que asiste a tratamiento por abuso o dependencia de drogas se caracteriza por inicio del consumo entre los 10 a 19 años (83%), consumo diario (38%), droga ilícita de inicio cannabis (45%), droga secundaria cocaína (59%), droga terciaria cocaína y crack (44%), drogas de mayor impacto, cocaína y crack (85%).

De acuerdo con Uzcátegui (1998), el perfil del consumidor de cocaína y sus derivados, atendido en la Fundación José Félix Ribas, en Mérida, se caracteriza por una edad de inicio que va entre los 9 y los 20 años (90,2%), siendo más precoz en el caso del sexo femenino de 9 a 12 años (40%) que en el masculino con una edad de 13 a 16 años (44,1%). La droga de inicio más frecuente es el alcohol (80,4%) y la motivación al consumo más general es la invitación de un familiar o amigo (52,7%). El lugar de inicio de consumo más común es su propia comunidad u hogar (71,5%), con una frecuencia de consumo de varias veces al día (41,1%).

Impresiona, a los que han trabajado con personas drogodependientes de diferentes nacionalidades y clases sociales, la consistencia de algunas “características” o “formas de ser” de los drogodependientes en general. Para Yablonsky (citado por Luna, 1998), quien ha investigado en esta área por más de 35 años, el drogodependiente niega que esté en dificultades con la sustancia psicoactiva (ilusión de control); también la familia trata de

esconder las dificultades, de negarla, aferrándose a la ilusión de que su familiar no es un drogodependiente.

El evento más sistemático es que el drogadicto se miente a sí mismo. “El drogadicto se droga para prometerse que no volverá a drogarse”. Y cuando acepta en algo sus dificultades frente a la sustancia, comienza a responsabilizar a los demás de sus problemas (victimismo). Otro evento consistente es que el drogodependiente sabe cuáles son los puntos débiles y fuertes de cada uno de sus familiares, dato que le permite manipular o “chantajear” a su entorno para conseguir lo que quiere. El drogodependiente sólo tiene una idea en la cabeza y ella es: ¿Cómo y cuándo consumiré de nuevo? Varios autores llaman “compulsión” a este deseo irresistible. Mentir es algo completamente normal para el drogodependiente, lo hace parte de su mundo, llegando al punto de decirse mentiras a sí mismo.

Maselli (1985) describe tres períodos en el desarrollo de la drogodependencia. El primero se produce desde el contacto inicial con la sustancia psicoactiva, hasta el momento en el que los maestros o padres se enteran de su afición. Esta etapa es llamada por algunos “la luna de miel”, ya que el drogodependiente siente su relación con la sustancia como “positiva”. La “fuga”, o momento de efecto activo de la sustancia, es un elemento que explica, en gran parte, el apego a la sustancia psicoactiva: durante un breve lapso, la sustancia hace olvidar al drogodependiente los problemas y malestares, quedándose con lo “bueno” de la sustancia. Para algunos expertos el primer período raramente es inferior a los dos años o superior a los cuatro, dato muy relativo pues depende de la sustancia y la persona. En algún momento la persona trata de “liberarse” de la sustancia, pero se da cuenta de la dificultad para lograrlo y comienza a mentirse a sí mismo. El segundo período aparece con la revelación pública de la situación. Ello produce lo que pudiera llamarse un shock familiar. Negaciones, anulaciones, sentimientos de culpa y de impotencia hacen su aparición. El drogodependiente comienza a prometer que dejará la droga; la familia cree en sus promesas y lo complace en sus necesidades materiales, ya que domina el sentimiento de culpa. La familia comienza a vivir comportamientos ambivalentes: regalos y agresividad para tratar de controlar las conductas desviadas. Se conforma entonces una patología muy compleja. A partir del momento en el cual los familiares y, más raramente, el drogodependiente, piden asesoría especializada comienza el tercer período. En este último período la familia y el joven han ido venciendo la negación, el autoengaño, el victimismo y se integran al tratamiento.

Por su parte, los coadictos, con frecuencia miembros de la familia, pueden sabotear el tratamiento e impedir la abstinencia del drogodependiente. La negación, por parte de la familia, generalmente es el primer obstáculo en la terapia. No se acepta que el familiar en cuestión sea un enfermo. Después de la negación, cuando el drogodependiente se ha integrado al tratamiento, viene, en la mayoría de los casos, una fase de agresividad de la familia hacia el drogodependiente. Es frecuente observar la aparición de síntomas nuevos o conductas extrañas, en algunos miembros de la familia, cuando el drogodependiente está integrado al tratamiento o se está “curando”.

La evolución descrita hasta ahora, se ha basado en documentación y estudios predominantemente foráneos. La investigación venezolana sobre las características personales del adicto ha sido bastante limitada y el presente reporte representa un esfuerzo exploratorio con el propósito de conocer algunos aspectos poco explorados de los consumidores de droga. Las preguntas que nos formulamos fueron tres: ¿Podría existir un perfil motivacional particular del drogadicto?, ¿Existen diferencias entre la autoestima del adicto y la de la población general? y ¿Será posible establecer algún patrón funcional de personalidad entre el adicto, como persona aislada, y los miembros de su entorno familiar cercano?

PROCEDIMIENTO

Con la estrecha colaboración de todo el personal del Centro de Atención Integral Mérida (CAIM) de la Fundación José Félix Ribas, se decidió administrar una multiescala o cuestionario auto administrado, a todos los usuarios de la consulta de la Fundación, entre los meses de marzo a junio del año 2000. Se obtuvo, de esta forma, una muestra compuesta por 115 personas, 73 consumidores de sustancias psicoactivas y 42 familiares acompañantes. No se tomó en consideración si las personas eran usuarias regulares o casuales del servicio, o si se trataba de la primera consulta. Sólo se verificó que la persona declaraba tener problemas con el consumo de sustancias ilegales o tenía un familiar afectado por el problema.

Para efectos de las comparaciones, se procedió a seleccionar de la base de datos de nuevo ingreso a la Universidad de Los Andes (2.230 candidatos de distintas especialidades) una muestra aleatoria balanceada, por edad y sexo, para que sirviera como muestra normativa, asumiendo que este grupo representa la población general de la región de Mérida.

La multiescala es un cuestionario tipo Likert de seis puntos compuesto por un total de 153 ítems. Se compone de un conjunto de subescalas destinadas a medir Motivación al Logro Personal (Romero García y Salom de Bustamante, 1990), Internalidad (Romero García, 1981), Normalidad Psicológica (Esqueda Torres, 1997a), Agresividad (Escalante, 1995), Depresión (Escalante, 1994), Autoestima General (Rosemberg, 1979), Ansiedad (Esqueda Torres, 1991) y Desajuste Psicológico (Esqueda Torres, 1997b). En todos los casos, se le pide a los sujetos indicar el grado de desacuerdo o acuerdo que piensan tener con cada una de las afirmaciones que conforman la multiescala. De esa manera, es posible obtener una métrica directa de la autopercepción que el individuo expresa en cada una de las dimensiones medidas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para tener una idea de la distribución de los resultados, se presentan en la Tabla 1, las medias y las desviaciones estándar, en cada una de las variables medidas, no solamente para el grupo de usuarios drogodependientes (1) y el grupo de parientes (2), sino que se han agregado los resultados de la muestra normativa (3).

Es casi tentador dejar que cada cual deduzca individualmente sus conclusiones, al menos en lo relativo a las notables y evidentes diferencias entre los grupos. Sobre todo si se tiene presente que la muestra normativa, representa un punto de referencia muy estable de las variaciones observadas en la población general en cuanto a las variables en evaluación. La muestra normativa fue derivada aleatoriamente tomando en consideración el tamaño del grupo encuestado en la Fundación, balanceando la edad y el sexo, de tal forma que no hubiese sesgo experimental en las comparaciones.

Se desprende, del análisis sumario del cuadro de medias, que el grupo de consultantes por adicción a las drogas, comparado con el grupo normativo, muestra, de manera sistemática, puntajes menores en autoestima, normalidad psicológica (NORTOT) y la medida derivada de ajuste psicológico (AJUST). De igual manera, se detecta para el mismo grupo, un puntaje mayor en ansiedad, depresión, desajuste psicológico (RTOT) y agresividad.

Tabla 1: Puntajes promedio para cada variable

	GRUPOS	n	Media	Desviación Est.
AUTOEST	1	42	41,48	8,35
	2	23	49,43	8,22
	3	86	49,34	6,61
ANSIEDAD	1	45	52,18	15,85
	2	24	47,96	15,47
	3	86	39,33	14,71
NORTOT	1	61	99,48	13,52
	2	31	105,13	15,09
	3	86	111,01	14,75
RTOT	1	61	51,66	14,79
	2	31	43,29	15,04
	3	86	32,68	12,15
AJUST	1	61	47,82	22,19
	2	30	61,17	26
	3	86	78,01	21,46
INT	1	61	37,84	6,68
	2	32	35,78	6,94
	3	86	19,80	6,68
OP	1	61	23,84	8,65
	2	32	19,75	8,56
	3	86	19,23	8,15
AZ	1	61	26,48	6,53
	2	32	23,41	7,58
	3	86	23,06	7,52
IT	1	61	12,68	9,76
	2	32	14,22	8,34
	3	86	19,80	8,68
Cont... Tabla 1 LOGRO	GRUPOS	n	Media	Desviación Est.
	1	62	112,95	15,85
	2	32	105,69	18,63
	3	86	111,12	14,73
AGRESIÓN	1	60	73,45	15,1
	2	32	84,84	11,25
	3	86	50,34	10,78
DEPRESIÓN	1	73	77,04	18,4752
	2	42	61,79	23,3873
	3	86	44,42	15,62

Un comentario especial merece la comparación entre las medidas motivacionales: internalidad total (IT) y motivación al logro (Logro). En el caso de la internalidad, el grupo de usuarios drogodependientes (y el de los parientes) aparece con el puntaje más bajo (lo que sugiere su fuerte tendencia a la externalidad o a la sistemática atribución externa de los eventos que explican su conducta); esa misma tendencia no se observa cuando se trata de la motivación al logro. En esta variable, como podrá observarse, el grupo de drogodependientes (identificado con el número uno) y el grupo normativo (identificado con el número tres) obtienen un puntaje casi equivalente, mientras que el grupo de familiares (es decir, el número dos) es que aparece con valores menores. Estos hechos parecen sugerir que la internalidad y la motivación al logro, son variables que deberían ser tomadas en consideración en ambientes

terapéuticos, cuando se trata de procesos de recuperación y de reinserción social de los consultantes. El drogodependiente parece sostener una mentira social (su autopercepción de motivación al logro) sobre bases de incontrolabilidad (su funcionamiento conductual). Dicho de otra forma, la terapia debería ayudar al ajuste de metas en función de la capacidad para controlarlas.

Aunque no pareciera necesario insistir sobre las diferencias directamente observables entre el grupo de consultantes por problemas de drogas, sus parientes y la muestra normativa, resultará útil destacar algunas comparaciones de interés entre los tres grupos. Para ello, hay que referirse a la Tabla 2, donde se resume la información estadística ofrecida por un Análisis de Varianza (ANOVA), el cual permite establecer que existen diferencias significativas entre los tres grupos, en cada una de las dimensiones medidas.

Tabla 2. Diferencias por grupo para las distintas variables

	GRUPOS	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media de cuadrados	F	p
AUTOEST	Entre Grupos	1883,51	2	941,75	17,30	.000
	Intragrupos	8055,34	148	54,42		
	Total	9938,86	150			
ANSIEDAD	Entre Grupos	5240,57	2	2620,28	11,39	.000
	Intragrupos	34958,42	152	229,99		
	Total	40198,99	154			
NORTOT	Entre Grupos	4780,23	2	2390,11	11,52	.000
	Intragrupos	36281,68	175	207,32		
	Total	41061,91	177			
RTOT	Entre Grupos	13038,42	2	6519,21	35,15	.000
	Intragrupos	32454,58	175	185,45		
	Total	45492,00	177			
AJUSTE	Entre Grupos	32887,89	2	16443,94	32,40	.000
	Intragrupos	88296,30	174	507,45		
	Total	121184,19	176			
IT	Entre Grupos	1992,46	2	996,23	12,28	.000
	Intragrupos	14276,04	176	81,11		
	Total	16268,51	178			
LOGRO	Entre Grupos	2508,65	2	1254,32	4,98	.008
	Intragrupos	44504,55	177	251,43		
	Total	47013,20	179			
AGRESIÓN	Entre Grupos	35285,60	2	17642,80	113,29	.000
	Intragrupos	27252,17	175	155,72		
	Total	62537,78	177			
DEPRESIÓN	Entre Grupos	42158,77	2	21079,38	61,61	.000
	Intragrupos	67742,31	148	342,13		
	Total	109901,09	150			

Del contenido de la Tabla 2 se desprende que existen diferencias altamente significativas entre los grupos con relación a cada una de las dimensiones medidas. Sin embargo, es necesario conocer qué grupo específico difiere o introduce mayor variación en los puntajes para cada variable. Con ese propósito en mente, se procedió a realizar una prueba de comparaciones múltiples la cual se resume en la Tabla 3.

Tabla 3. Comparaciones múltiples

	GRUPOS	Diferencia Medias	Error Estándar	p
AUTOEST	Droga – Parientes	7.96	1.91	.002
	Norma	7.86	1.38	.000
	Parientes – Drogas	7.96	1.91	.002
	Norma	9.76	1.73	1.000
ANSIEDAD	Droga – Parientes	4.22	3.83	.642
	Norma	12.85	2.79	.000
	Parientes – Drogas	4.22	3.83	.642
	Norma	8.63	3.50	.058
NORTOT	Droga – Parientes	5.65	3.17	.232
	Norma	11.54	2.41	.000
	Parientes – Drogas	5.65	3.17	.232
	Norma	5.88	3.01	.187
RTOT	Droga – Parientes	8.37	3.00	.041
	Norma	18.97	2.28	.000
	Parientes – Drogas	8.37	3.00	.041
	Norma	10.61	2.85	.003
AJUSTE	Droga – Parientes	13.88	5.02	.045
	Norma	30.19	3.77	.000
	Parientes – Drogas	13.88	5.02	.045
	Norma	16.31	4.77	.010
IT	Droga – Parientes	1.52	1.96	.818
	Norma	7.12	1.50	.000
	Parientes – Drogas	1.52	1.96	.000
	Norma	5.60	1.86	.007
LOGRO	Droga – Parientes	2.74	3.45	.860
	Norma	8.17	2.64	.005
	Parientes – Drogas	2.74	3.45	.060
	Norma	5.43	3.28	.373
AGRESIÓN	Droga – Parientes	11.39	2.73	.000
	Norma	23.11	2.09	.000
	Parientes – Drogas	11.39	2.73	.000
	Norma	34.50	2.58	.000
DEPRESIÓN	Droga – Parientes	15.27	3.58	.002
	Norma	32.60	2.94	.000
	Parientes – Drogas	15.27	3.58	.002
	Norma	17.34	3.48	.000

Se puede apreciar que el grupo de usuarios drogodependientes difiere del grupo de parientes, de manera estadísticamente significativa, en la medida de autoestima, de desajuste psicológico, agresión y de depresión. Se puede, también destacar, que en cuanto a agresividad se refiere, aunque los drogodependientes observan puntajes muy elevados con relación a la muestra normativa, son los familiares los que muestran un nivel de agresividad superior. A un nivel tal que incluso difieren estadísticamente de sus parientes con problemas de droga. Por otro lado, en cuanto a las medidas motivacionales tomadas, no hay diferencias entre los grupos drogodependientes y parientes. La externalidad, es decir, la tendencia a considerar que otros agentes o factores son los culpables de las experiencias personales que les ha tocado vivir, es la característica descriptiva central para las dos submuestras. La motivación de logro

es baja para los parientes, pero no sustancialmente diferente de la observada en la población normativa. Sin embargo, ese no es el caso observado para los drogodependientes, los cuales evidencian diferencias estadísticamente significativas con relación a la muestra normativa.

Se desprende entonces, de los resultados reportados, que el consultante por consumo de drogas es una persona de baja autoestima, con desajuste psicológico general severo, alta ansiedad, deprimida y agresiva. Igualmente, que los familiares encuestados muestran altos índices de ansiedad y agresividad, probablemente asociados a los sentimientos de impotencia, culpa y desamparo que produce el presenciar el derrumbe progresivo de un ser querido. Una interpretación alternativa que debe ser investigada posteriormente sería que, precisamente, por el elevado nivel de ansiedad y de agresividad, esos parientes terminan con un familiar adicto, desorganizado y deprimido.

Además, se encontró que las medidas motivacionales tales como la internalidad y la motivación al logro, no sugieren ningún patrón particular de expresión (cuando se comparan ambos grupos); aunque resulta claro que, tanto los drogodependientes, como sus familiares, son sistemáticamente más externos que lo usualmente observado en la población normativa. En apariencia, la percepción de control de los eventos es predominantemente externa porque, asumir responsabilidad directa por la conducta de adicción personal o del familiar, sería extremadamente costoso en términos del compromiso emocional que ello implica.

Debe agregarse, a manera de consideración final, que los presentes resultados representan una primera aproximación al estudio del perfil psicosocial del usuario de sustancias psicoactivas (consultante de la Fundación José Félix Ribas de Mérida) y de sus parientes más cercanos. Obviamente, mayor investigación será necesaria para responder a las inquietudes e interrogantes que se desprenden del presente trabajo.

REFERENCIAS

- Crowley, P. (1988). Family Therapy approach to addiction. *Bull Narc*, 40 (1): 57-62.
- DSM IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, S:A., Barcelona, España.
- Escalante, G. (1994). GE-Dpr. Escala de Depresión. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Escalante, G. (1994). GE-Agre. Escala de Agresividad. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1991). Ansilet, una Escala para Medir Ansiedad General. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997a). Normalta, una Escala para medir Normalidad Psicológica. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Esqueda Torres, L. (1997b). N-R-18, Cuestionario de Desajuste Psicológico. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Evans, R. Alcohol y Salud. Es. De la Universidad Católica de Costa Rica, es, 1987, 94 104,228.
- Freyberger, H., Stieglitz, R. Diagnostic Instruments and of Addiction. *European Addiction Research*. 1996, 2: 124-128.
- Freixa, F., Soler, I. Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario. *Conducta humana*, # 41, Barcelona, España, 1981.
- Garbari, A. Clasificación, Aspectos Epidemiológicos y Aspectos Clínicos de las Adicciones (ponencia). I Jornadas de Actualización en ADICCIONES. Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología, Caracas, Venezuela, Septiembre, 1999.
- Harrison, D., Chick, J. Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction*. 1994, 89 (12): 13-17.
- Jones T. The road to recovery. New law removes one barrier to rehabilitation for impaired physicians. *Texmed*. 1995, 91 (8): 22-23.
- Luna, J. ¿Que hacer con un hijo adicto?. 3ra. ed., San Pablo, Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia, 1998.

- Luna, J. Logo terapia: un enfoque humanista existencial. 2da. Ed., San Pablo, Santa Fe de Bogota D.C., Colombia, 1999.
- Maselli, B. Per Pavura di vivere. Roma: Città Nuova, 1985, 52.
- Pellicer, J. Estudios Psicológicos y Escalas Clínicas para la evaluación del paciente adicto (ponencia). I Jornadas de Actualización en Adicciones, Caracas Venezuela, Septiembre, 1999.
- Roback, H., Moore, R., Waterhouse, G., Martin, P. Confidentiality dilemmas in group psychotherapy with substance dependent physicians. *AmJPsychiatry*. 1996, 153: 10,125060.
- Romero García, O. Pérez de Maldonado, I. (1981) Escala Levenson de Locus de Control: Análisis Factorial en Venezuela. Publicación N° 51. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Romero García, O y Salom de Bustamante, C. (1990) MLP. Cuestionario de Motivación al Logro Personal. Reporte Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas, ULA. Mérida, Venezuela.
- Rosemberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. N.Y. Basic
- Thorne, C., Deblasse, R. Adolescent substance abuse. *Adolescence*. 1985, 20 (78): 335-347.
- Uzcátegui, C. El perfil del consumidor de cocaína, y sus derivados, en un grupo de usuarios atendidos por la Fundación José Félix Ribas en la ciudad de Mérida (Tesis para optar por el Título de Criminólogo), Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Escuela de Criminología, 1998.
- Regier D., Sartorius, N. SCAND: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 1990. 47:589-593.