

PERFIL DE UN GRUPO DE PACIENTES ADICTOS RECUPERADOS

RAFAEL NAVARRO

RESUMEN

Los autores reportan un intento de determinar algunas características del perfil del adicto recuperado.

Bajo un estudio de una cohorte de 62 pacientes dependientes fundamentalmente a pasta básica de cocaína, fumada, que fueron tratados en la Comunidad Terapéutica Profesional de Naña, Lima-Perú, contrastados con un grupo control de 61 sujetos no adictos, con características sociodemográficas similares al grupo de estudio.

Los hallazgos más importantes fueron que los adictos recuperados mostraron estilos de afrontamiento al estrés más eficaces, como mayor autoeficacia para no emitir conductas de consumo de cigarrillos, beber alcohol y juegos de azar. Además se mostraron sin diferencias significativas en las creencias irracionales y en la evaluación de personalidad de los cinco factores. En general, sin embargo tendieron a la extroversión, tornándose desenvueltos, activos, comunicativos y con energía en comparación al grupo control.

INTRODUCCIÓN

La bibliografía de las dos últimas décadas muestra un incremento gradual y progresivo de información sobre seguimiento de los pacientes adictos a drogas en general y a los derivados de la hoja de coca en particular (Montoya y col. 1995; Zweben, J. 1986; Rawson y col. 1991; Simpson y col. 1979; Des Jarlais y col. 1999; Simpson y col. 1999; Tidey y col. 1998; Navarro 1978; Navarro y col. 1982; Navarro 1992). Pero poco o nada se conoce sobre el perfil del adicto recuperado, es decir sobre las características de su personalidad después de haber superado el difícil proceso de cambio dirigido hacia una vida sin consumir drogas.

La recuperación es resultado entre otros factores de la consistencia del programa de tratamiento (Simpson y col. 1997; Knight y col. 1998; McLelland y col. 1997; McKay y col. 1999; Daley y col. 1998; Navarro y col. 1992), de su sistematización, duración, (Hser y col. 1999; Gottheil y col. 1998; Simpson 1981; Charuvastra et al. 1992; Bleiber y col. 1994; Budde y col. 1992; Simpson y col. 1979), costo y de sus alcances para responder a todas las características del adicto y de la familia (Conner y col. 1998).

El producto de este proceso es el adicto recuperado, por lo que su evaluación es necesaria, no solamente para reconocer los logros del paciente en las diferentes áreas conductuales, cognitivas y emocionales, sino también para evaluar la eficacia del programa terapéutico y de esta manera realizar los ajustes necesarios. Hemos observado adictos en abstinencia que muestran comportamientos similares a los emitidos durante el consumo como falta de honradez, deshonestidad, agresividad, conductas compulsivas etc. a lo que clasificamos como el nivel más rudimentario de una pseudorehabilitación, es decir abstinencia por contención (Navarro 1998). Estos pacientes están en constante riesgo de recaída y sólo pueden mantenerse en abstinencia a cambio de dinero o poder; alguno de ellos han dirigido comunidades terapéuticas con objetivos distorsionados.

Por lo anterior nos propusimos estudiar algunas características del perfil del adicto recuperado como las creencias irracionales, estilos de afrontamiento, características de personalidad así como autoeficacia para no emitir conductas de comer en exceso, beber alcohol, juegos de azar, fumar cigarrillos (McKay y col. 1998; Navarro y col. 1992) y tener relaciones sexuales riesgosas (McCusker y col. 1995).

Objetivo general

Identificar algunas características del perfil del adicto recuperado.

Objetivos específicos

- Evaluar las variables sociodemográficas.
- Identificar las características de personalidad más resaltantes.
- Evaluar los estilos de afrontamiento al estrés.
- Identificar las creencias irracionales.
- Identificar la autoeficacia para no emitir conductas de comer en exceso, beber alcohol, juegos de azar, fumar y tener relaciones sexuales no adecuadas.

MÉTODO

Se utilizó un diseño de estudio de cohorte.

MUESTRA

El grupo de estudio estuvo formado por 62 adictos recuperados en seguimiento que fueron convocados por escrito (100 invitaciones). El 50% de la muestra tuvo 49 meses (4 años) de abstinencia con un rango mínimo de 19 meses y máximo de 164 meses (13,5 años).

El grupo control está conformado por 61 sujetos no adictos, con características sociodemográficas similares al grupo de estudio, lo que permitió su comparación.

Instrumentos

- Ficha de información sociodemográfica
 - Test de personalidad de los cinco factores
 - Test de creencias irracionales
 - Test de afrontamiento al estrés
 - Test de autoeficacia
- Estos instrumentos fueron validados y confiabilizados.

Procedimiento

Se aplicaron las pruebas a ambos grupos por personal experto y entrenado. Cada entrevista de evaluación duró como promedio tres horas y se llevó a cabo en forma colectiva (en pequeños grupos) y también en forma individual.

El análisis de los datos fue realizado por un bioestadístico y un metodólogo con experiencia en esta área.

Tabla 1. Distribución porcentual de las variables sociodemográficas de los grupos de estudio y control. Centro de Rehabilitación de Ñaña.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	ESTUDIO (n= 62)	CONTROL (n= 61)
Edad promedio	33,34 ± 7,2	32,1 ± 9,1
	%	%
• Ingreso económico (US\$)		
– de 0 a 150	20,4	44,2
– De 151 a 300	38,8	32,8
– De 301 a 450	20,4	11,5
– De 451 a 600	7,4	11,5
– Más de 600	13,0	-
• Tipo de vivienda		
– Propia	24,6	48,9
– Alquilada	26,2	12,8
– De familia	44,3	31,9
– Otras	4,9	6,4
• Estado civil		
– Soltero	35,5	64,2
– Casado	30,6	28,6
– Conviviente	19,4	3,6
– Separado	12,9	1,8
– Viudo	1,6	1,8
• Reuniones donde participa		
– Familiar	66,1	68,9
– Costumbrista	4,8	19,7
– Cultural	30,6	19,7
– Discoteca	17,7	31,1
– Amistades	50,0	55,7
– Otras reuniones	14,5	13,1
• Tiempo libre		
– Cine	30,6	34,4
– Paseos	58,1	34,4
– Deportes	67,7	45,9
– Lectura	48,4	34,4
– TV	72,6	62,3
– Otra recreación	40,3	21,3

RESULTADOS

Las variables sociodemográficas revelaron la edad promedio fluctuó entre 32 y 33 años tanto en el grupo de estudio como en el grupo control lo que refleja la homogeneidad de la muestra.

El ingreso económico ubica al grupo de estudio en una mejor posición ya que el 59% se encuentra entre 151 y 400 y un 10% percibe más de 600 dólares al mes, mientras que en el grupo control el 77% se encuentra por debajo de los 300 dólares. Tabla 1.

Un 48% del grupo control posee vivienda propia en comparación a un 24% del grupo de estudio lo cual parece indicar el mayor tiempo de ahorro del grupo control al no tener el problema de adicción.

El 44% del grupo de estudio vive en casa de familia, lo que muestra todavía la dependencia familiar. Esto también se halla en el grupo control en cerca del 32%, lo cual podría explicarse por otras variables socioeconómicas del país.

La mayoría de sujetos (64%) del grupo control son solteros. Un 50% del grupo de estudio son casados o convivientes, probablemente por influencia del carácter extrovertido de su personalidad y la necesidad de apoyo emocional. Tabla 1.

Ambos grupos participan activamente en reuniones sociales, pero el grupo de estudio asiste menos a discotecas y más a reuniones culturales que el grupo control. El cambio en el estilo de vida ha restado importancia a las distracciones asociadas al consumo de drogas y ha estimulado las actividades culturales.

El tiempo libre es usado con más frecuencia por el grupo de estudio en actividades deportivas (67%), paseos (58,1%) en comparación al grupo control que mostraron 45,9% y 34,4% respectivamente. Igualmente sucede con la lectura. Estos hallazgos reflejan actividades proactivas dirigidas hacia la salud integral íntimamente asociadas al cambio en el estilo de vida. Tabla 1.

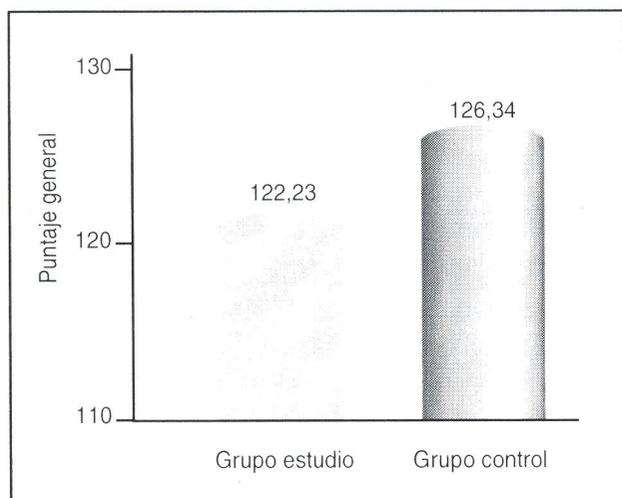
En el grupo de estudio 93,9% aproximadamente manifestaron estar completamente satisfechos de la abstinencia del consumo de drogas. Este resultado revela el intenso poder reforzante del estilo de vida sin drogas.

Tabla 2. Comparando algunas creencias irracionales

	Mediana	U-Z	P
• "Muchas personas no toman la vida suficientemente en serio"			
– G. Estudio	4	2,8398	0,0045
– G. Control	6		
• "Las personas deberían seguir sus sentimientos todo el tiempo"			
– G. Estudio	3	2,6854	0,0072
– G. Control	5		

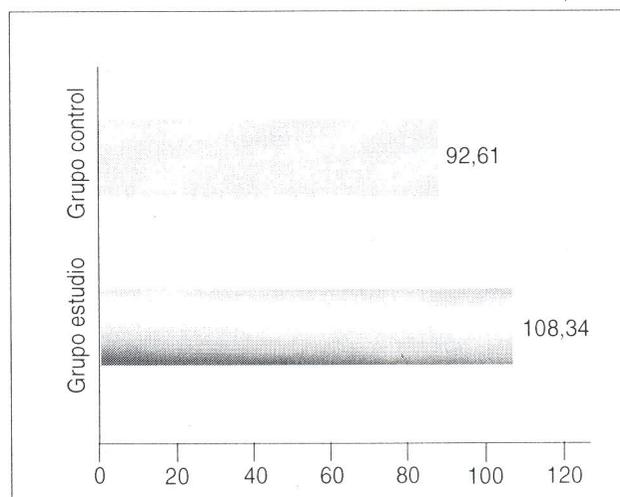
La evaluación de las creencias irracionales en general no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudio y el de control. Aunque existe una pequeña diferencia a favor del grupo de estudio (Gráfica 1)

En el análisis específico de algunas creencias (Tabla 2) si se encuentra diferencias significativas, por ejemplo, la creencia "muchas personas no toman la vida lo suficientemente en serio", así como "las personas deberían seguir sus sentimientos todo el tiempo", mostraron que están más arraigadas en el grupo control. Este hallazgo podría explicarse como resultado de las intervenciones de terapia cognitivo conductual en el grupo de estudio dirigidas al cambio o flexibilización de los esquemas y creencias irracionales.



Navarro R y col; 1999

U-Z = 0,964 P = 0,335

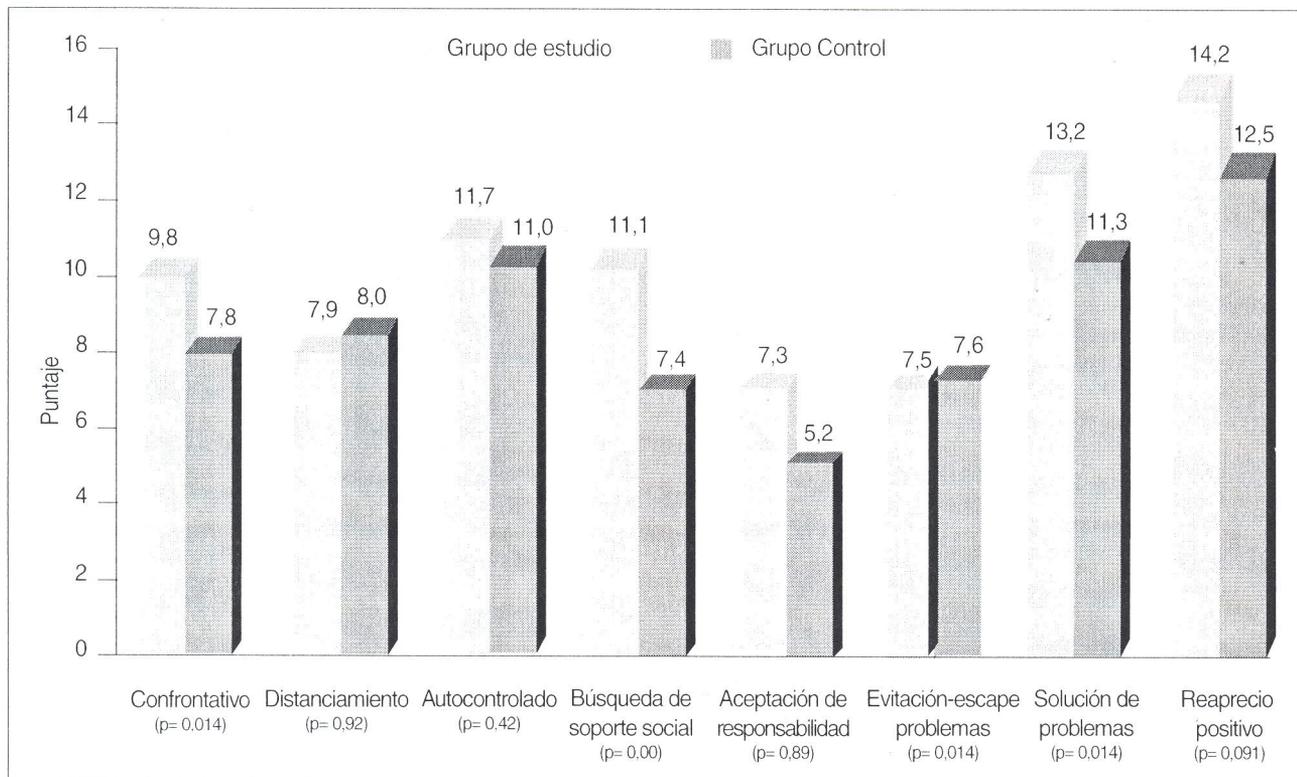


Navarro, R y col. 1999

U-Z = 3,053 P = 0,023

Gráfica 1. Puntaje general de creencias irracionales

Gráfica 2. Puntaje general en estilo de afrontamiento



Gráfica 1. Estilos de afrontamiento

El estilo de afrontamiento al estrés (Gráfica 2) fue más eficaz en el grupo de estudio, mostrándose una diferencia significativa (Gráfica 3) en los estilos confrontativos, búsqueda de soporte social, aceptación de responsabilidades y solución de problemas. Estos hallazgos parecen estar relacionados directamente con el programa de tratamiento cuyo objetivo final está dirigido a modificar los estilos inadaptables de afrontamiento al estrés ya que esta habilidad permitirá el manejo adecuado de situaciones lo que favorecerá que el sujeto se mantenga en abstinencia duradera.

El manejo emocional es más sensible a los instrumentos de evaluación, en comparación a la evaluación de las cogniciones, lo cual podría orientarnos hacia la búsqueda de mejores instrumentos que permitan una más objetiva discriminación entre las creencias irracionales.

La prueba de personalidad de los cinco factores, (Tabla 3) mostró que los sujetos del grupo de estudio tienen una tendencia a la extroversión mostrándose desenvueltos, activos, con energía e intrépidos en comparación al grupo control que mostraron una tendencia significativa hacia la introversión, este resultado no tiene una explica-

ción coherente, ya que estos rasgos (extroversión-introversión) están determinadas por variables genéticas (Eysenck, 1967), pero es posible que el medio ambiente juegue un rol importante en su aprendizaje. Por otro lado es conocido que los consumidores de drogas muestran un locus de control externo y características de extroversión en su personalidad, lo cual podría explicar la tendencia de la extroversión de nuestra muestra como resultado y rezago del manifestado durante el consumo.

El segundo factor, agradabilidad o no agradabilidad no mostró diferencia significativa en ambos grupos.

El tercer factor tendencia a la escrupulosidad y no escrupulosidad, no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

El cuarto y quinto factor, estabilidad emocional y apertura tampoco mostraron diferencias significativas. Estos resultados se podrían atribuir directamente a los efectos de la aplicación del programa de tratamiento.

La evaluación de autoeficacia para resistirse a emitir conductas de fumar cigarrillos de tabaco, beber alcohol y juego de azar mostraron marca-

Tabla 3. Prueba de Personalidad de los cinco factores

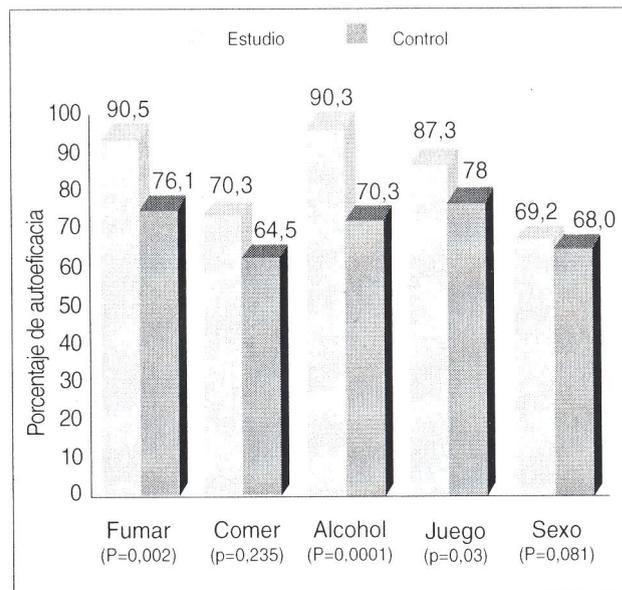
	Estudio	Control	Total
• Extroversión/introversión			
– Tendencia a la extroversión	39	23	62
– Tendencia a la introversión	23	38	61
Total	62	61	123
	U-Z=3,2 P=001		
	Alpha Cronback=0,87		
• Agrabilidad			
– Tendencia a la agrabilidad	26	22	48
– Tendencia a la no agrabilidad	36	39	75
Total	62	61	123
	U-Z=0,62 P=0,53		
	Alpha Cronback=0,61		
• Escrupulosidad			
– Tendencia a la escrupulosidad	37	33	70
– Tendencia a la inescrupulosidad	25	28	53
Total	62	61	123
	U-Z=1,53 P=0,13		
• Estabilidad/inestabilidad emocional			
– Tendencia a la estabilidad	32	32	64
– Tendencia a la inestabilidad	30	29	59
Total	62	61	123
	U-Z=0,13 P=0,90		
	Alpha Cronback = 0,87		
• Apertura			
– Tendencia a la apertura	35	28	63
– Tendencia a la no apertura	27	33	60
Total	62	61	123
	U-Z=1,26 P=0,21		
	Alpha Cronback=0,78		

da diferencia a favor del grupo de estudio. Este hallazgo parece tener relación directa con los esfuerzos que realizó el paciente para incorporar el autocontrol de estas conductas, íntimamente relacionadas con la adicción principal.

El comer en exceso así como tener relaciones sexuales con persona no adecuada y sin condón no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 4. Evaluación de autoeficacia

Autoeficacia	Alpha de Cronbach	Promedio Estudio	Promedio Control	t	g.l.	p
• Fumar	0,93	90,5	76,1	3,16	121	0,002**
• Comer	0,80	70,3	64,5	1,19	121	0,0236
• Alcohol	0,95	93,5	74,8	4,13	121	0,0001**
• Juego	0,82	87,3	78,0	2,20	1,21	0,003*
• Sexo	0,79	69,2	68,0	0,24	121	0,81



Gráfica 4. Autoeficacia

CONCLUSIONES

Algunas características del paciente adicto recuperado, que recibió tratamiento en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, Lima-Perú son:

Es un sujeto de sexo masculino, de clase media-baja, que se encuentra totalmente satisfecho de la abstinencia y son productivos. Su personalidad se caracteriza por ser más extrovertido, activo, con energía, comunicativo e intrépido.

Que utiliza estilos de afrontamiento al estrés como el confrontativo, con búsqueda de soporte social, aceptan responsabilidades y cuentan con un apropiado repertorio de solución de problemas.

En general, tienen las mismas creencias irracionales que los no adictos, pero no están de acuerdo con algunas creencias específicas como "las personas deben seguir sus sentimientos todo el tiempo".

Se resisten a emitir conductas de consumo de cigarrillos, de beber alcohol y juegos de azar con mayor eficacia que el grupo control y a la vez muestran similar autoeficacia en resistirse a comer en exceso y tener relaciones sexuales con una mujer no adecuada y sin condón.

Estos resultados sugieren poner énfasis en las investigaciones dirigidas a la identificación de éstas y otras características del perfil del adicto recuperado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLEIBERG J, DEVLIN P, CROAN J, BRISCOE R. Relationship Between Treatment length and Outcome in a Therapeutic Community. *Int J Addictions* 1994;29 (6): 729-40.
2. BUDDÉ D, ROUSANVILLE B, BRYANT K. Inpatient and Outpatient Cocaine Abusers: Clinical Comparisons at Intake and One – Year Follow – Up. *J Substance Abuse Treat* 1992;9 (4): 337-42.
3. CHARUVASTRAV, DALALI I, CASSUCI M, LING W. Outcome Study: Comparison of Short-term vs. Long-term Treatment in a Residential Community. *Int J Addictions* 1992;27 (1): 15-23.
4. CONNER K, SHEA R, McDERMOTT M, GROLLING R, TOCCO R, BACIEWICZ G. The Role of Multifamily Therapy in Promoting Retention in Treatment of Alcohol and Cocaine Dependence. *Am J Addict* 1998;7 (1): 61-73.
5. DALEY D, SALLOUM I, ZUCKOFFA, KIRISCI L, THASE M. Increasing Treatment Adherence Among Outpatients with Depression and Cocaine Dependence: Results of a Pilot Study. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (11): 1611-3.
6. DESJARLAIS D, HUBBARD R. Treatment for Drug Dependence. *Proc Assoc Am Phys* 1999;111 (2): 126-30.
7. EYSENCK HJ. *The Biological Basis of Personality*. Springfield: C.C. Thomas. 1967.
8. GOTTHEIL E, WEINSTEIN S, STERLING R, LUNDY A, SEROTA R. A Randomized Controlled Study of the Effectiveness of Intensive Outpatient Treatment for Cocaine Dependence. *Psychiatr Serv* 1998; 49 (6): 782-7.
9. HSERY, JOSHIV, ANGLIN M, FLETCHER B. Predicting Posttreatment Cocaine Abstinence for First-Time Admissions and Treatment Repeaters. *Am J Public Health* 1999;89 (5): 666-71.
10. KNIGHT K, HILLER M, SIMPSON D, BROOME K. The Validity of Self-reported Cocaine Use in a Criminal Justice Treatment Sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998; 24 (4): 647-60.
11. McCUSCKER J, BIGELOW D, LUISPPOLD R, ZORN M, LEWIS B. Outcomes of a 21-Day Drug Detoxification program: Retention, Transfer to Further Treatment and HIV Risk Reduction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21 (1): 1-16.
12. McKAY J, ALTERMANA, RWISEMAN D, McMILLAN D. Relationship of Cessation of Cocaine use to Cigarette Smoking in Cocaine-Dependent Outpatients". *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998; 24 (4): 617-25.
13. McKAY J, ALTERMANA, RUTHERFORD M, CACCIOLA J, McLELLAN A. The Relationship of Alcohol Use to Cocaine Relapse in Cocaine Dependent Patients in an Aftercare Study. *J Stud Alcohol* 1999;60 (2): 176-80.
14. McLELLAN A, GRISSOM F, ZANIS D, RANDAL M, BRILL P, O'BRIEN D. Problem-Service 'Matching' in Addiction Treatment. A Prospective Study in Four programs. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54 (8): 730-5.
15. NAVARRO R. Terapia y Modificación de la Conducta Adictiva: Tratamiento y Seguimiento de dos Casos de Adicción a PBC. *Rev Neuropsiq* 1997; 41: 83-91.
16. NAVARRO R, ARÉVALO M, VILLANUEVA. Terapia de la Conducta en el Comportamiento Dependiente a Drogas: Tratamiento y Seguimiento de 26 Casos Clínicos. *Rev Psiquiat Hermilio Valdizán* 1997; 1: 29-38.
17. NAVARRO R, YUPANQUI M, GENG J, VALDIVIA G, GIRÓN M, et al. Development of a Program of Behavior Modification Directed to the Rehabilitation of Drug Dependent Patients: Treatment and Follow-up of 223 Cases. *Int J Addictions* 1992;27 (4): 391-408.
18. NAVARRO R. Niveles de Rehabilitación en la Dependencia a Sustancias Psicoactivas. *Anales XV Congreso Nacional de Psiquiatría* 1999. En P. Lima-Perú.
19. MONTOYA I, HESS J, PRESTON K, GORELICK D. A Model for Pharmacological Research-Treatment of Cocaine Dependence. *J Subst Abuse Treat* 1995;12 (6): 415-21.
20. RAWSON R, OBERT J, McCANN M, CASTRO F, LING W. Cocaine Abuse Treatment: A Review of Current Strategies. *J Subst Abuse* 1991;3 (4): 457-91.
21. SIMPSON D. The Relation of Time Spent in Drug Abuse Treatment to Post-Treatment Outcome. *Am J Psychiat* 1979;136 (11): 1449-53.
22. SIMPSON D, LLOYD M. Client Evaluations of Drug Abuse Treatment in Relation to Follow-up Outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1979;6 (4): 397-411.
23. SIMPSON D, SAVAGE L, LLOYD M. Follow-up Evaluation of Treatment of Drug Abuse During 1969 to 1972. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36 (7): 772-80.
24. SIMPSON D. Treatment for drug abuse. Follow – up Outcomes and Length of Time Spent. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38 (8): 875-80.
25. SIMPSON D, JOE G, ROWAN-SZAL G. Drug Abuse Treatment Retention and Process Effects on Follow-up Outcomes. *Drug Alcohol Depend* 1997; 47 (3): 227-35.
26. SIMPSON D, JOE G, FLETCHER B, HUBBARD R, ANGLIN M. A National Evaluation of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56 (6): 507-14.
27. TIDEY J, MEHL-MADRONA L, HIGGINS S, BADGER G. Psychiatric Symptom Severity in Cocaine-Dependent Outpatients: Demographics, Drug Use Characteristics and Treatment Outcome. *Drug Alcohol Depend* 1998, 1; 50 (1): 9-17.
28. ZWEBEN J. Treating Cocaine Dependence: New Challenges for the Therapeutic Community. *J Psychoactive Drugs* 1986;18 (3): 239-45.