UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA

S
Ps
4031040

CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DUAL PERTENECIENETES AL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA DE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ESE CARI EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

CARLOS A. CERRA BETANCOURT

VIRGINIA MEDINA FERIS

HASBELDY PAEZ GIRON

MARLON A. PARRA SANTANDER

DIRECTORA DE INVESTIGACION

DRA. IRENE POLO MARTINEZ

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BARRANQUILLA

2007

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARQUISIMETO
No INVENTARIO 4031070
PRECIO
FECHA 01-14-2008
CANJE DONACION

CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA DE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ESE CARI EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

CARLOS A. CERRA BETANCOURT

VIRGINIA MEDINA FERIS

HASBELDY PAEZ GIRON

MARLON A. PARRA SANTANDER

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BARRANQUILLA

2007

BARRANQUILLA, 14 DE JUNIO DE 2007

SEÑORES:
COMITÉ DE INVESTIGACION
CIUDAD

LA PRESENTE ES CON EL OBJETIVO DE COMUNICARLES QUE EL INFORME DE INVESTIGACIÓN REALIZADO POR **CARLOS A. CERRA BETANCOURT, VIRGINIA MEDINA FENS, HASBELDY PÁEZ GIRÓN Y MARLON PARRA SANTANDER CUYO TITULO ES CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DUAL PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO E.S.E. CARI EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA,** SE LA HAN REALIZADO LAS CORRECIONES RESPECTIVAS, POR LO CUAL SE AUTORIZA SU EMPASTE Y PRESENACION.

ESPERAMOS QUE ESTE PROCESO SEA UN ESCALON MAS PARA EL AVANCE EN LA INTENCION DE CONSOLIDAR Y FORTALECER LA LINEA DE DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA, COMO TAMBIEN PROCESOS DE GENERACION DE INVESTIGACION DENTRO DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR.

ATENTAMENTE,

JURADO

TUTOR

NOTA DE ACEPTACION

JURADO

TUTOR

CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA DE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ESE CARI EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DUAL PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA DE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ESE CARI EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

Agradecimientos

Los autores de la presente investigación, queremos agradecer de una u otra forma a todas aquellas personas e instituciones que contribuyeron para la realización de la misma, en especial a:

Dios por habernos dado el don tan preciado que es la vida, por darnos fortaleza e iluminado nuestro camino, quien es nuestra constante fuente de inspiración.

Dra. Irene Polo Martínez, por sus conocimientos trasmitidos, su asesoría, tiempo, paciencia y exigencia para que esta investigación saliera adelante.

Dra. Carmen Caballero, por su colaboración tiempo y apoyo durante el proceso de investigación.

Al Hospital Universitario E.S.E CARI por permitirnos investigar, utilizar sus instalaciones y aportar para nuestra formación como futuros psicólogos.

Dedicatoria

A DIOS por haberme dado fuerzas para seguir adelante en este camino.

A la memoria de mi padre "LUIS ENRIQUE", quien fue un gran ejemplo a seguir.

A mi madre "ELVIA", quien siempre estuvo a mi lado brindándome su incondicional apoyo.

A mi hija "MARIA ALEJANDRA", quien siempre ha sido y será fuente de inspiración, y por quien siempre luchare para sacarla adelante y ser su fuente de apoyo para que sus sueños se cumplan.

A mis hermanos por su paciencia y a mis profesores por haber trasmitido sus conocimientos.

CARLOS A. CERRA BETANCOURT

Dedicatoria

Te ofrezco este titulo señor, que es producto de mi dedicación y esmero, se que con el estoy labrando mi porvenir.

A la memoria de mi padre "Virgilio" que permitió mi existencia.

A mi hija Natalia Mateus Medina porque es el motor que impulsa mi vida.

A mi primo Fernando ya que sin el no hubiera sido posible obtener este logro.

A mis tías Francia y Bienve por su inmenso apoyo para conmigo y con mi hija.

VIRGINIA MEDINA FERIS

Dedicatoria

Le doy gracias a Dios por darme fuerzas y sabiduría ya que sin ellas no lo hubiese logrado.

A mi madre "Ana Judith" por su amor, apoyo, dedicación y por darme la oportunidad de estudiar ya que sin ella no estuviera aquí en estos momentos.

A mis hijos "Mariana Carolina" y "Juan Andrés" por que son el motor que me inspira para luchar y sacarlos adelante.

A mi esposo "Andrés" por estar conmigo en los momento mas difíciles de la carrera y darme alientos para no desfallecer.

HASBELDY CAROLINA PAEZ GIRON.

Dedicatoria

A DIOS que por su gracia me permitió culminar una de mis metas.

A la memoria de mi abuelo JUAN "Papi Juan" quien desde el lugar donde se encuentra siempre me ilumino, me dio fuerzas para seguir en este camino que es la vida.

A mis padres AMIRA Y NESTOR, por darme la oportunidad de estudiar esta carrera brindándome su apoyo, afecto y comprensión.

A mi abuela SIVIA, por estar siempre conmigo y estar exigiéndome para ser cada día mejor ser humano.

A mi hermana AYLEEN, por estar en los momentos que mas la necesitaba, y ser unos de mis ejemplos de lucha para llegar a mis metas.

MARLON A. PARRA SANTANDER

TABLA DE CONTENIDO

		Pág.
1.	INTRODUCCION	4
2.	DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA	6
3.	JUSTIFICACIÓN	12
4.	OBJETIVOS	17
4.1	Objetivo general	17
4.2	Objetivos específicos	17
5.	MARCO TEORICO Y ESTUDIO DEL ARTE	18
5.1	Consumo en Colombia	18
5.1.1	Dosis personal	22
5.2	Farmacodependencia	23
5.3	Diagnostico dual	25
5..3.1	Psicosis inducida por sustancias psicoactivas	28
5.3.2	Drogodependencia con esquizofrenia	30
5.3.3	Trastorno afectivo bipolar y drogodependencias.	32
5.4	Creencias	35
5.4.1	Sistema de creencias psicopatológico de las drogodependencia	41
5.4.1.1	Niveles de creencia acerca del abuso de sustancias psicoactivas	43
5.4.1.2	Características del pensamiento alcohólico o adicto	46
5.4.2	Abordaje cognitivo del sistema de creencias	51
6.	DEFINICION DE VARIABLES	56
6.1	Definición conceptual	56
6.2	Definición operacional	57
7	CONTROL DE VARIABLES	58
7.1	Sujetos	58
7.2	Ambiente	58
7.3	Instrumentos	59
7.4	Investigadores	59
7.5	Variables no controladas	59
8.	METODOLOGIA	60
8.1	Paradigma	60
8.2	Tipo de investigación	60
8.3	Diseño	61
8.4	Sujetos	62
8.5	Técnicas para la recolección de datos	69
8.6	Instrumentos	70
8.7	PROCEDIMIENTO	71
8.7.1	Delimitacion del tema	71
8.7.2	Fase de recolección de datos	72
8.7.3.	Tabulación y análisis de los datos	74
9.	RESULTADOS	77
9.1	Análisis descriptivo de las creencias acerca del abuso en pacientes con diagnostico dual	78
9.2	Prueba de hipótesis	87

9.2.1	Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB).	88
9.2.2	Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes con esquizofrenia.	91
9.2.3	Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) y drogodependientes con esquizofrenia.	93
10.	DISCUSIÓN	96
11.	CONCLUSIÓN	102
12.	RECOMENDACIONES	103

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Edad de la población encuestada	63
Tabla 2	Edad de inicio del consumo	64
Tabla 3	Droga de inicio	64
Tabla 4	Droga problema	65
Tabla 5	Tiempo de abstinencia	66
Tabla 6	Diagnóstico	66
Tabla 7	Escolaridad	67
Tabla 8	Estado civil	68
Tabla 9	Consumidor	68
Tabla 10	Distribución de la muestra por racimos	73
Tabla 11	Distribución de la muestra	73
Tabla 12	Creencia visión negativa de si mismo	79
Tabla 13	Creencia Visión negativa del mundo	80
Tabla 14	Creencia visión negativa del futuro	81
Tabla 15	Creencia anticipadora	82
Tabla 16	Creencia romántica	84
Tabla 17	Creencia permisiva	85
Tabla 18	Creencia de alivio	86
Tabla 19	Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en los grupos de psicosis inducida por sustancias y TAB	89
Tabla 20	Prueba de muestra independiente	89
Tabla 21	Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en los grupos de psicosis inducida por sustancias y esquizofrenia	91
Tabla 22	Prueba de muestra independiente	92
Tabla 23	Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en los grupos de TAB y esquizofrenia	94
Tabla 24	Prueba de muestra independiente	94

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes con trastorno dual se caracterizan por presentar problemas de consumo de sustancias psicoactivas y a la vez presentar una patología psiquiátrica, pero que apuntan hacia una única entidad etiológica o funcional. Sin embargo, las personas no interpretan el problema del consumo como un trastorno, mucho menos el drogodependiente, este último posee una serie de creencias respecto a la droga que sostienen su consumo convirtiéndose en factores de mantenimiento de su problemática. Frecuentemente se escucha en el argot popular que "cada persona es un mundo", así, si cada persona interpreta su problemática según su sistema de creencias, se considera interesante el conocimiento de éste en personas drogodependientes con diagnostico dual, dado que al identificarlas proporcionaría herramientas de intervención respecto a la prevención de recaídas y modificación de creencias que sostienen el consumo por creencias adaptativas fortaleciendo la detención del consumo y mantenimiento de su tratamiento. La presente investigación que tiene por objetivo comparar las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en pacientes con diagnóstico dual pertenecientes al Programa de farmacodependencia del Hospital Universitario ESE CARI en la ciudad de Barranquilla, para ello se seleccionó una muestra representativa, con base en los criterios del muestreo estratificado por racimos. El estudio se apoya epistemológicamente en un paradigma empírico-analítico y metodológicamente en un tipo de nvestigación ex post facto.

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información es un cuestionario de evaluación de las creencias acerca del abuso, diseñado por Fred Wright, Aarón Beck y colaboradores. Los resultados se analizaron teniendo encuenta el estadistico T students de muestras independientes por medio del programa SPSS 13 para establecer la prueba de hipótesis, encontrándose que no existe diferencias significativas entre las creencias en cada grupo perteneciente a la investigación. A demás se estableció la descripción de las creencias en cada grupo hallándose que las creencias más frecuentes son las anticipadoras, de alivio y permisivas.

Esta investigación se realizó teniendo encuenta la teoría cognitivo conductual de Albert Ellis y Aaron Beck.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El consumo de sustancias psicoactivas es quizás uno de los mayores problemas en los países occidentales y Colombia no está exenta de esto, pues no sólo es considerado a nivel mundial un país cultivador, procesador y exportador de drogas, sino que ya su población presenta índices alarmantes de consumo (Estudio de salud mental y sustancias psicoactivas, Minprotección Social, 2005). Una de las evidencias mas importantes del consumo de drogas en Colombia lo constituye el incremento de casos en las instituciones psiquiátricas con diagnóstico de patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. El trastorno dual precisamente implica el carácter de dependencia de una persona hacia una droga, a la par de la presencia de patologías del tipo de las psicosis, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno de personalidad entre otros. Entre las correlaciones más comunes de comorbilidad psiquiátrica en estudios realizados se encuentran la depresión y adicción a la cocaína, adicción de alcohol y trastorno de pánico, trastorno limítrofe de la personalidad y abuso episódico de varias sustancias y los trastornos múltiples como dependencia a la cocaína, trastorno de personalidad y SIDA. Al comparar los pacientes con diagnóstico dual con aquellos que poseen un solo diagnóstico, se concluye que los primeros requieren de tratamiento más prolongados, puesto que tienen un mayor número de crisis y su progreso terapéutico es más lento. En un estudio realizado por Weintraub, Szerman,

Angst (1994), citado en "Comorbilidad siquiátrica" por Barriga (1994), en un centro de tratamiento, se encontró que el 80% de los pacientes admitidos a tratamiento poseía un diagnóstico psiquiátrico asociado, la mayoría asociado a trastorno de personalidad, el 16% a neurosis, el 4% a esquizofrenia y el 3% a trastornos afectivos. Al compararlos con el eje I y II se encontró los trastornos afectivos (siendo los consumidores de *cannabis* 4 veces más propensos a poseer este trastorno), de ansiedad, de conducta alimentaría, esquizofrenia (siendo los consumidores de *cannabis* 5 veces más propensos a poseer este trastorno), y en el eje II, trastorno de personalidad antisocial (siendo los consumidores de *cannabis* 8 veces más propensos a poseer este trastorno), borderlaine, narcisista, entre otros. Según Rubio, López-Muñoz., Álamo y Santo-Domingc (2001), las comorbilidades más frecuentes y con mayor impacto en la salud pública pueden dividirse en tres grandes grupos: esquizofrenia acompañada de abuso de sustancias (generalmente alcohol, cocaína y *cannabis*); b) depresión en alcohólicos, adictos a opiáceos, abusadores/dependientes de cocaína y fumadores; c) personalidad antisocial en enfermos alcohólicos, adictos a opiáceos y consumidores de cocaína.

Los datos estadísticos de los últimos cuatros años en el CARI, expuestos por Polo (2003), reflejan que en el 2000 primaba el trastorno de farmacodependencia mixta, y entre los duales, la psicopatía, psicosis inducida por sustancia y el trastorno bipolar; en el 2001, en su orden, fueron los trastornos de farmacodependencia mixta, la psicopatía, la psicosis inducida por sustancia el trastorno bipolar; en el 2002 se encontró la farmacodependencia,

psicosis inducida por sustancia, el trastorno bipolar, la psicopatía y la depresión, y en el 2003 la farmacodependencia mixta, trastorno bipolar, psicosis inducida por sustancia y psicopatía, entre los más frecuentes. En el 2006 ocupó el tercer lugar de morbilidad en el servicio de hospitalización y el segundo en consulta externa (Polo, 2006).

El consumo de alcohol y otras sustancias posee una etiología multicausal. Los estudios realizados por Nathan (1980), Vaillant (1983), West (1984) y Royce (1981), citados en Ellis y otros (1992), encontraron entre los factores multicausales, la predisposición genética, pautas culturales y familiares en el uso del alcohol, la historia del individuo respecto alcohol, y su sistema de creencias respecto al autocontrol. Estas series de creencias conflictivas respecto a la sustancia, a sí mismos y a los otros refuerzan su uso habitual y poco adaptativo.

La Terapia Racional Emotiva (TRE), así como los alcohólicos y otros adictos a otras sustancias, apoyan la tesis de que los pensamientos autoderrotantes de los clientes, los sentimientos y acciones que resultan de éstos son los que principalmente entorpecen la recuperación de su adicción. Luego, lo que se dicen a sí mismos, las emociones difíciles, displacenteras que experimentan al intentar abordar su problema y el autodiálogo que mantienen por presentar éste, son creencias claves a las que la TRE se dirige para realizar el proceso de ayuda al cambio en el individuo (Ellis y otros, 1992). Este pensamiento adictivo, de acuerdo con Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yearger (1992) se refiere a la "serie de creencias, auto-afirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo

alcohólico o drogodependiente, respecto a: a) sus problemas con el alcohol y/u otras sustancias, b) las muchas emociones perturbadoras que este problema engendra y los trastornos emocionales producidos en sus intentos por cambiar y c) creencias y autoafirmaciones de sí mismos como personas" (p. 63). Este pensamiento es el que se requiere identificar para realizar un abordaje cognitivo más efectivo. No sólo en poblaciones de drogodependientes, sino en poblaciones más complejas, como aquellas que presentan diagnóstico psiquiátrico asociado.

La psicología como ciencia encargada del estudio del comportamiento humano no podía estar alejada no solo del conocimiento de las características psicológicas de los consumidores de drogas, sino que además se preocupa por las técnicas de intervención terapéutica, siendo una de ellas las propuestas teóricamente por autores tales como Alberth Ellis y Aaron Beck, quienes desde lo que ellos denominan terapia racional emotiva han pretendido la comprensión y el tratamiento de tales problemáticas.

Identificar las creencias acerca del abuso de sustancias en este tipo de poblaciones que llevan o mantienen el consumo, proporciona la posibilidad de modificar las creencias maladapativas y conductas disfuncionales; le proporcionará al adicto nuevas maneras de pensar sobre las situaciones y de desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento como desafío ante su problemática, con lo cual logrará niveles de mantenimiento en su abstención, y le proporcionará mejores beneficios para su calidad de vida (Polo, Amar, 2006).

Además, las tendencias recientes han demostrado eficacia de este tipo de terapia en diferentes grupos, aun en los pacientes con problemas en salud mental, en depresión, ansiedad, entre otros, mas no existen datos en relación al grupo poblacional perteneciente a la investigación. (Polo, Amar, 2006).

Además mantener un conocimiento de las complicaciones potenciales del funcionamiento cognoscitivo que probablemente están acompañando a los problemas de consumo. El policonsumo, el estrés y las enfermedades físicas reducen el funcionamiento cognitivo; aun cuando algunos de estos déficit remiten al cambiar las conductas generadoras del problema, existen ocasiones en las que el daño es irreversible, por lo que el profesional de la salud requerirá de una valoración individual del cliente para aumentar al máximo los beneficios de la TRE (Polo, Amar, 2006).

Si bien las investigaciones intentan explicar la efectividad de la TRE en el campo de las adicciones, se observa el vacío científico que aún existe respecto a las cogniciones en pacientes adictos con comorbilidad psiquiátrica; de allí que siendo el CARI la única entidad gubernamental en la región Atlántica que aborda esta problemática del consumo, y que dentro del modelo integral de intervención aplica el modelo cognitivo-conductual, surge la necesidad de investigar lo observado desde lo clínico. En los últimos 4 años, cada vez es mayor el incremento de pacientes adictos con diagnóstico dual. La patología asociada complica más el cuadro en la intervención, su curso y pronóstico; por

ello, si se posee claramente las creencias acerca del abuso de spa entre estas poblaciones y se determina las semejanzas y/o diferencias entre éste, se podrá intervenir de manera más eficaz para el logro del objetivo del Programa, como es la detención del consumo y reinserción sociofamiliar y laboral del individuo. Es así como surge la pregunta problema:

¿Existen diferencias en las creencias acerca del abuso de spa en grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por consumo de sustancias, afectivo bipolar y esquizofrenia?

3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos duales plantean dificultades etiológicas, un trastorno puede ser causa o factor de riesgo del otro, tener ambos una vulnerabilidad común, compartir criterios de definición superpuestos, representar un síntoma del otro trastorno, o bien ser independientes (Katz,1992), diagnósticas y nosológicas (Stowell, 1991), y principalmente dificultades evolutivas y de respuesta al tratamiento —un trastorno puede determinar un curso más desfavorable del otro y modificar su tratamiento habitual— (citado en Rubio, López-Muñoz, Álamo y Santo-Domingo, 2002).

Las instituciones de salud mental actuales no están preparadas para abordar, de manera eficaz, el tratamiento de estos pacientes. La existencia de centros diferenciados y paralelos (salud mental y comunidades terapéuticas o centros de rehabilitación para drogodependientes), con profesionales que habitualmente poseen diferente formación, trae consigo dificultad para la atención y tratamiento para el paciente. Para el tratamiento eficaz se necesita un abordaje interdisciplinario y manejar un mismo lenguaje terapéutico, además de una cuidadosa evaluación psicopatológica y de la situación del consumo (Polo, Amar, 2006).

Los resultados de esta investigación facilitaran la elaboración de una propuesta práctica que permita contar con un modelo comprensivo de las cogniciones de los drogodependientes con comorbilidad psiquiatrita y las estrategias de

intervención que optimicen los resultados en el quehacer profesional y, lógicamente, beneficien a los drogodependientes que acuden en busca de la ayuda profesional. De no abordar este tema investigativo, seguiríamos en un vació científico que probablemente contribuiría en la intervención si se procura llenarlo como se describió anteriormente. Describir y comparar las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactiva según la patología psiquiatrita asociada, proporcionara bases conceptuales a los profesionales de la salud que aborden este problema, para comprender las creencias pertenecientes a estas personas; además permitirá organizar una serie de estrategias de intervención o programa de modificación cognitiva de manera mas eficaz, lo cual facilitaría una intervención mas directa y efectiva, respondiendo a la necesidad de abordar en menos tiempo, pero con calidad y efectividad, esta problemática en sus esferas psicológicas. Cada vez se busca fortalecer por medio de investigaciones las diversas formas de intervenir de manera más eficaz. Los tratamientos integrados parecen incrementar la utilización de los servicios ambulatorios y disminuir las hospitalizaciones, así como los trastornos de conductas (Bachmann y cols., citado en rubio y otros, 2002).

Esta investigación servirá de plataforma preliminar para otros temas relativos a esta población y aun en prevención. Contribuirá a la línea de investigación en desarrollo humano para seguir fortaleciendo temas de intervención y prevención en torno a la problemática de las drogas como campo de aplicación del cuidado de la salud en poblaciones. Los resultados de esta investigación científica, en el sentido estricto, servirán de aporte a la actualización de conocimientos, no solo

a los profesionales interesados en problemas de salud pública, sino también a los pertenecientes a la red de entidades de tratamiento que en los últimos meses el ministerio de protección social y la oficina de naciones unidas contra la droga y el delito buscan fortalecer (Polo, Amar, 2006).

Los resultados podrán ser socializados en espacios académicos tanto a nivel de pregrado como de postgrados, proporcionando información y herramientas de evaluación e intervención con relación a este tema complejo de consumo de droga y comorbilidad psiquiatrita. Los profesionales de la salud, así como los facilitadotes en las comunidades terapéuticas, deben conocer la dinámica de las creencias acerca del abuso de sustancia para lograr un mejor entendimiento y comprensión tanto de la problemática como del individuo que la posee. Así los resultados pueden ser divulgados en eventos referentes a congresos nacionales de psicología de la salud, psiquiatría y jornadas de actualización de la salud mental.

Las creencias que una persona tenga acerca de algún objeto o situación social es importante, no solo para saber el nivel de conocimiento que tiene o las ideas acerca de algo o alguien, sino que pueden inferir en alguna medida las expectativas y futuros comportamientos de esa persona.

Si bien lo anterior hace interesante la evaluación de las creencias en un determinado grupo social; lo es aún mas cuando se trata de personas

consumidoras de drogas, pues en muy pocos casos las personas admiten ser adictas y creen poder controlar dicho consumo.

Si a lo anterior se suma el hecho que producto o asociado al consumo de drogas se encuentra una patología psiquiátrica, se hace mucho mas interesante su abordaje, en particular desde la psicología y muy particularmente bajo el enfoque cognitivo, interesado en el abordaje de las creencias y formas de pensar de las personas. Teniendo en cuenta estos argumentos, a la presente investigación se le atribuye importancia científica, institucional, personal y profesional.

La importancia científica implica que la psicología con este tipo de estudio aporta conceptualmente nuevos conocimientos, pero también posibilita el trabajo interdisciplinario, en la medida que aborda una temática farmacológica y psiquiátrica.

La importancia institucional se refiere al aporte que se le hace a instituciones como el Hospital Universitario ESE CARI, encargadas de velar por la atención a pacientes psiquiátricos, así como a sus propios pacientes, pues el conocimiento de sus creencias podría dar lugar a la implementación de programas de re-estructuración cognitiva.

La importancia personal para el grupo investigador radica en la comprensión desde una perpectiva no solo cognitiva sino humana.

La importancia profesional se refiere, al hecho que los y las autoras se forman como futuros profesionales de la psicología con un mayor nivel conceptual y herramientas para su abordaje .

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en pacientes con diagnóstico dual pertenecientes al programa de farmacodependencia de el Hospital Universitario ESE CARI en la ciudad de Barranquilla.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por consumo de sustancias psicoactivas, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia mediante la aplicación del cuestionario de creencias sobre abuso.

- Comparar las creencias acerca de abuso de sustancias psicoactivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por consumo de sustancias psicoactivas, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia.

5. MARCO TEÓRICO Y ESTUDIO DEL ARTE

5.1 CONSUMO EN COLOMBIA.

De acuerdo a los estudios de el MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, (2004) Colombia es uno de los principales productores de drogas ilícitas, hoy en día, el consumo de drogas ilícitas resulta preocupante, de acuerdo a estudios que muestran el aumento de la demanda en el país de estas sustancias Según las investigaciones realizadas en el país, entre 1990 y 2002, el consumo de drogas ilícitas en el país ha sido similar a las tendencias detectadas por Naciones Unidas.

Un documento del Ministerio de la Protección Social, entidad a cargo de políticas para reducir el consumo, señala que en Colombia, como en el resto del mundo, "el abuso de drogas es mayor en los jóvenes, en los hombres, en los desempleados, en grupos marginados".

"La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia", señala la entidad, citando los más recientes estudios de 1996 y 2001.

La primera investigación indica que "el 5,4% de las personas entre 12 y 60 años la habían probado alguna vez", mientras que en el segundo estudio se señala que "el 8,9% de jóvenes entre 10 y 24 años la habían consumido alguna vez".

A la marihuana le siguen la cocaína, la heroína y el éxtasis, en orden de mayor consumo, según las estadísticas.

De acuerdo con la información producida por las entidades gubernamentales, las características y tendencias del consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales se podrían resumir así:

El alcohol y la nicotina son las dos sustancias psicoactivas más consumidas en nuestro país, en todas las áreas geográficas y grupos poblacionales. La marihuana es la sustancia ilegal de mayor consumo seguida de los derivados de la coca (bazuco, pasta y sales de cocaína). Estos datos coinciden con la tendencia del consumo mundial dado por la ONU.

Se presentan índices de consumo bajos para heroína, anfetaminas y éxtasis. Esta última, a pesar de tener indicadores de aumento en los últimos años, no representa altos niveles de consumo dentro de la población general, que se centra principalmente en jóvenes de estratos medios y altos.

Como aspectos particulares se destaca el consumo de sustancias que se pudieran llamar autóctonas (pegantes, gasolina y otros solventes orgánicos), cacao sabanero y hongos. De otra parte el bazuco y los inhalables son las de mayor consumo en habitantes de la calle e indigentes.

Sobre la población consumidora se encuentra que el grupo poblacional de jóvenes es el más vulnerable, mientras hay aumento progresivo en el consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres. La edad de inicio se sitúa en promedio en los 12,5 años.

En el caso de Colombia, el programa presidencial de lucha contra la droga Rumbos (2003), en su publicación indicadores indirectos de consumo de drogas, afirma que las sustancias que mayor tratamiento demandan son la marihuana, alcohol y bazuco. En todas las ciudades, más del 75% de los casos

de urgencias asociados con el consumo de spa se encuentran relacionados con el alcohol, excepto en Cúcuta donde más del 50% se encuentra relacionado la marihuana.

Rumbos (2003), encontró que en las ciudades con alto consumo para todas las sustancias, se encuentran Medellín, Pereira, Armenia, Manizales, Cali, Popayán y Mocoa; ciudades con consumo moderado, Yopal, Neiva, Cúcuta, San Andrés, Pasto, Tunja, Bogotá, Bucaramanga, Villavicencio, Ibagué y Puerto Inírida; ciudades con bajo consumo, Leticia, Arauca, Sincelejo, Valledupar, Riohacha, Barranquilla, Santa Marta y Montería. Las ciudades con tendencia de alto consumo proporcionalmente de sustancias ilegales son Medellín, Pereira, Manizales, mientras que las de mayores índices de consumo de sustancias legales como alcohol y tabaco son Tunja, Bogotá, Bucaramanga, Ibagué y Pasto.

Para el Ministerio, los estudios que se han realizado en el país sobre consumo de drogas deben ser examinados con "cautela" debido a la "discontinuidad institucional y a la rotación de responsabilidades en los programas" en materia de reducción del consumo.

Por ahora, y mientras se realizan estudios más exactos sobre el consumo de drogas ilícitas, el Ministerio trabaja en los "lineamientos hacia una política de reducción de demanda" de estas sustancias, que según el propio organismo, "en la práctica, no ha sido una política de Estado" (Minprotección social, 2004).

Investigaciones realizadas por la Universidad Nacional de Colombia (UN), en el departamento de Bienestar Universitario (2006), mediante el programa Rednacer, ha impulsado programas y acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludables entre los estudiantes, como medida de prevención del consumo de drogas.

- Téllez Mosquera, Jairo,(2006), citado en la pagina Web unimedios de la UN, encontró que la capacidad de afrontamiento, un buen nivel de autoestima, la existencia de un proyecto de vida y la participación en actividades lúdicas y extraacadémicas, actúan como factores protectores en los jóvenes.

Tellez (2004), sobre la situación del consumo de drogas de abuso en la Universidad, reveló como factores que favorecen el consumo: la ausencia de normas claras sobre "lo permitido" y "lo no permitido" dentro del campus; la indiferencia de la comunidad universitaria ante el uso del campus para actividades como el consumo y comercio de drogas; el desconocimiento de los estudiantes y en general la comunidad universitaria sobre las consecuencias negativas en la salud y en los roles sociales del individuo, originados por el consumo de drogas, y una inadecuada e insuficiente difusión y visualización de programas institucionales de prevención.

El estudio de Cruz y Téllez (2005), en menores de edad farmacodependientes, arrojó hallazgos significativos en la alteración de los roles sociales del individuo: el 78% de los entrevistados manifestó tener como fuente de financiación del consumo, actividades como robo, mendicidad y prostitución; el 93% de los

menores había abandonado sus estudios académicos por motivos como bajo rendimiento escolar, falta de motivación y expulsión por consumo de drogas.

El estudio de Téllez y Fajardo (2006), con individuos farmacodependientes, identificó al 42% de ellos con algún tipo de alteración electrocardiográfica relacionada con consumo de sustancias estimulantes, por periodos superiores a dos años.

5.1.1 Dosis personal

Aunque no se cuenta con estadísticas precisas sobre el consumo, en Colombia la Corte Constitucional despenalizó el consumo de dosis personales en 1994, y desde entonces el debate ha estado abierto. (Latorre Héctor 2003)

Uno de los argumentos a favor de la despenalización es que mientras no sea un delito, el adicto puede recibir tratamiento médico sin las cargas que significa una pena judicial. Entre los puntos del referendo que el Presidente Uribe propuso al país estaba uno para que los ciudadanos votaran a favor o en contra de penalizar la dosis personal, pero fue rechazado por la Corte Constitucional en la aprobación que hizo del paquete del referendo.

"Un país que tiene dos generaciones asesinadas por la droga, que ha extraditado tanto ciudadano por la droga, con unos recursos ecológicos martirizados por la droga, tiene que insistir en eliminar no solamente la producción, la transformación, el tráfico, sino también el consumo", dijo Uribe luego de conocer el fallo de la Corte.

Con este argumento, el Presidente anunció que presentará al Congreso un proyecto de acto legislativo para penalizar la dosis personal.

Según la legislación colombiana vigente, la dosis personal es "la cantidad de estupefaciente que una persona porta o conserva para su propio consumo", más no la que "lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad", Latorre (2003).

La dosis personal varía según la sustancia: una cantidad que no exceda los 20 gramos para la marihuana y un gramo para la cocaína, entre otras.

5.2 FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia es un estado psíquico y físico producido por la interacción de un individuo y un fármaco caracterizado por los comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia continua o periódica para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia. Ayuso (1995).

Se da la dependencia psicológica y la dependencia física, la primera es definida como el impulso al consumo periódico o permanente de una sustancia, con el fin de experimentar un placer o disminuir un dolor, convierte al consumidor en una especie de esclavo que no podrá realizar sus actividades normales sin recurrir a la droga. La segunda consiste en la adaptación fisiológica a una sustancia, el organismo se adapta a recibir su dosis de

psicoactivos al no serle suministrado, esta se origina en la protesta al inicio de la crisis de abstinencia.

Entre las causas mas comunes de la farmacodependencia se encuentran: Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinados productos, la presión de los pares acompañado del pretender ser aceptado por otros, tener experiencias nuevas, placenteras, emocionantes o peligrosas, expresar independencia y a veces hostilidad, personalidad mal integrada, desgaste emocional, intelectual y social, descontento de su calidad de vida, carencia de autoestima, ambiente desfavorable, crisis familiares al fácil acceso a menudo a sustancias que producen dependencia y escapar del dolor. Masson (1997).

El uso indebido de drogas consiste en la autoadministraciòn deliberada de sustancias toxicomanígenas mas allá de los limites generalmente aceptados de la terapéutica o en contra de la legislación vigente. En otras palabras; hay un uso indebido de drogas cuando este uso puede comprometer la salud del individuo, o interferir con su funcionamiento social o económico normal. Las drogas pueden ser legales o ilegales. El fumar tabaco para una persona que sufre de enfisema constituye uso indebido, lo mismo que el fumar marihuana, aun con moderación, en una sociedad que castiga el consumo con el encarcelamiento o el estigma social.

Existen muchas formas de uso indebido, una de ellas es el uso indebido de medicamentos, que consiste en tomarlos sin supervisión médica (automedicación), en dosis o por vías de administración que no son los indicados por los médicos; o con un propósito no terapéutico. Uso indebido

constituye también, tomar en exceso cualquiera de las drogas socialmente aceptadas (alcohol).

Existe en todo ser humano un instinto natural de escapar a las presiones demasiado fuertes, a la angustia, al sentimiento de vació, y utilizando los medios que estén a su alcance.

En la sociedad de consumo, tan marcada por la proliferación de productos químicos para todo tipo de de males (somníferos, estimulantes, tranquilizantes), cualquier sentimiento de no-felicidad parece anormal o intolerable.

La Farmacodependencia, es el estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas, quedando el consumidor atrapado por la sustancia. Es decir, que este siente un impulso irreprimible de tomar la droga acostumbrada, de forma periódica o continua, a fin de experimentar sus efectos o simplemente para evitar el malestar que le produce la ausencia de determinada sustancia.

Un Farmacodependiente, es una persona que ha perdido la libertad frente a la droga; se ha acostumbrado a ella de tal manera que aun cuando quisiera, ya no puede prescindir de ella sin ayuda exterior. Rubio (2001)

5.3 DIAGNOSTICO DUAL

La patología, trastorno o diagnostico dual es la presencia comórbida de un trastorno por abuso de sustancia y una patología psiquiátrica (Rubio y otros, 2001).

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA

El trastorno dual es el nombre que recibe la coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia. En este caso resulta muy difícil diferenciar un trastorno de otro dado, que es difícil diferenciar si el trastorno se debe al abuso de sustancias psicoactivas o era anterior a dicho abuso. (Sciacca, 2006).

Los pacientes con patología dual presentan mayor severidad psicopatológica y tienen mayor riesgo de suicidio, cumplen peor con el tratamiento prescrito, precisan mayor número de internamientos y utilizan más recursos sociales y asistenciales (Alterman, McLellan & Shifman, 1993; Goti, I999; Neeleman y Farell, 1997, citado en Rubio y otros, 2002; Téllez, Taborda, Burgos, 2003).

El pronóstico dependerá de una serie de situaciones cuyo origen radica tanto en la sustancia, la patología psiquiátrica adherida, la forma de consumo, el individuo y el ambiente que lo rodea, como así también de las complicaciones médicas que pueda presentar el paciente, que son definitivamente habituales, el contexto familiar, social y cultural donde el paciente desarrolle su problemática. También debemos tomar en cuenta como la dualidad incrementa la tasa de suicidio, lo que termina por consolidar la importancia de este tema.

El término "Patología Dual" en el ámbito de la salud mental es utilizado en los últimos años cada vez con mayor frecuencia, a pesar de ello, los avances en el manejo y tratamiento han sido muy lentos y poco consistentes. Esto puede depender la visión con la que esté más familiarizado el terapeuta, ya sea desde el punto de vista psiquiátrico, desde el campo de las toxicomanías o desde el ámbito psicosocial. Por eso, se hace necesario tender hacia una perspectiva integral de las necesidades y potencialidades de cada paciente que le permita

desarrollar sus habilidades, acercándolo a las exigencias a la que será sometido en la medida de su reinserción (Dolmoun, 2006).

La Patología Dual es una realidad clínica de elevada prevalencia en la que coinciden en un mismo paciente al menos dos trastornos; uno relacionado con una conducta adictiva y otro trastorno psicopatológico, lo que ocasiona importantes problemas clínicos que dificultan el diagnóstico, modifican la respuesta terapéutica y empeoran el pronóstico.
Los avances neurocientíficos de las últimas décadas han revolucionado la forma de entender las adicciones a través del concepto de Patología Dual, que las vincula al terreno de las enfermedades cerebrales. De hecho, el estudio epidemiológico de Regier (JAMA, 1990) demuestra esta relación: el 14,6% de los pacientes con trastornos de ansiedad consumen sustancias tóxicas, porcentaje que asciende hasta el 32% en el caso de los afectados por depresión, el 47% en personas con esquizofrenia y al 61% en pacientes con trastorno bipolar. Asimismo, el 70% de las personas que padecen el trastorno borderline de personalidad abusan de alcohol y otras drogas, mientras que en las personas con trastorno antisocial de la personalidad este porcentaje supera el 83%.
El diagnóstico dual implica la presencia de patologías como la psicosis inducida por drogas, la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar, entre otras. A continuación se desarrollan cada uno de estos conceptos.

5.3.1 Psicosis inducida por sustancias psicoactivas.

Rubio y cols. (2001)anotan que los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: Los trastornos por consumo (dependencia y abuso) y los inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirio, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, ansiedad). La característica principal es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes.

El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
El tipo de psicosis inducidas por sustancias van desde la paranoia tóxica de la cocaína, la demencia producida por inhalantes, el trastorno amnésico causado por el alcohol.

La característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico). No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de que si hay o no alteraciones perceptivas. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.

No se establece el diagnóstico si los síntomas psicóticos sólo aparecen en el transcurso de un deliriurn. Este diagnóstico debe realizarse en lugar del de intoxicación por sustancias o abstinencia sólo si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados con el síndrome de intoxicación o de abstinencia, y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

El trastorno psicótico inducido por sustancias se distingue de un trastorno psicótico primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores. En cuanto a las drogas de abuso, tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder el inicio del consumo de la sustancia o pueden producirse tras largos períodos de abstinencia. Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el

Consumo de la sustancia. Debido a que en algunas sustancias el síndrome de abstinencia puede aparecer con relativo retraso, el inicio de los síntomas psicóticos puede darse hasta 4 semanas después del abandono de la sustancia. Otra consideración es la referente a la presencia de características atípicas para un trastorno psicótico primario (p, ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, la aparición por primera vez de ideas delirantes en una persona mayor de 35 años, sin una historia conocida de un trastorno psicótico primario, debe alterar al clínico sobre la posibilidad de que se encuentre ante un

trastorno psicótico inducido por sustancias. Incluso la historia previa de un trastorno psicótico primario no descarta la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias. Se ha sugerido que 9 de cada 10 alucinaciones no auditivas son producto de trastorno psicótico inducido por sustancias o de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Por el contrario. los factores que sugieren que los síntomas psicóticos son atribuibles aun trastorno psicótico primario incluyen la persistencia de los síntomas psicóticos durante un período sustancial de tiempo (p. ej.. alrededor de 1 mes) tras el final de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia, la aparición de síntomas que son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración del uso, o una historia de trastornos psicóticos primarios recidivantes (Rubio y cols., 2001).

5.3.2 Drogodependencia con esquizofrenia.

La asociación de esquizofrenia y adicción plantea, dentro de la patología dual, las mayores dificultades diagnosticas y terapéuticas. El diagnostico se dificulta dado que el consumo de drogas puede generar síntomas que mimetizan la esquizofrenia. Además la adicción repercute negativamente en la clínica y el curso de la psicosis: desencadena síntomas psicóticos floridos, alerta en el curso de la enfermedad y empeora el pronóstico, ya que repercute sobre la eficacia y cumplimiento del tratamiento. Rubio, H, (2001).

Los estudios epidemiológicos encuentran unas tasas de codiagnóstico de esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias muy variables. La mayoría

de estos trabajos se realizan en pacientes que reciben tratamiento por su patología psiquiatrita o bien en dispositivos de atención a drogodependientes.

En estudios realizados en drogodependientes con diagnóstico de esquizofrenia, de acuerdo con Polo (2005), los datos del *Epidemiological Catchment Area Study* (ECA), realizados en Estados Unidos, permiten apreciar que el 47% de los participantes esquizofrénicos es abusador o dependiente de algún tipo de sustancia y que el 31% abusa de alcohol y marihuana. El diagnóstico dual puede representar un serio problema para el curso, pronóstico y tratamiento de los pacientes según lo descrito por Barriga (1998)en la *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVII, No. 1, 1998). Se ha señalado que tanto la hipótesis de automedicación como la hipótesis de vulnerabilidad pueden ser factibles para justificar la alta prevalencia de dependencia de drogas en esquizofrenia (Dixon y cols., 1991, citado en Rubio, López-Muñoz, Álamo y Santo-Domingo. 2001).

En los trastornos mentales relacionados con sustancias (TMCS) como causa de esquizofrenia, se encuentra que la cocaína y las anfetaminas pueden sensibilizar el sistema dopaminérgico e inducir psicosis o desencadenar la esquizofrenia en participantes vulnerables (Liberman y cols., 1990 citado, en Rubio y otros, 2001). Otras sustancias, como los alucinógenos, inhalantes, la fenilclicidina y el *cannabis,* se han relacionado con el desencadenamiento de episodios psicóticos difíciles de diferenciar de la esquizofrenia (Mueser y cols., 1998; Ziedonis y D´avanzo, 1998, citado en Rubio y otros, 2001). Satel y Liberman (1991) consideran trastornos mentales no relacionados con

sustancias (TMNRS) los episodios psicóticos que se prolongan más de unos días, después de interrumpir el consumo, por lo que se recomienda el tratamiento farmacológico temprano de esta psicosis, porque con el tiempo el diagnóstico inducido por drogas se suele sustituir por el de la esquizofrenia (Addington y Adidington, 1998, citado en Rubio y otros, 2001).

5.3.3 Trastorno afectivo bipolar y drogodependencias.

Lorenzo y Meyer (2002) la relación entre la psicopatología (y en concreto el trastorno bipolar) y el trastorno por consumo de alcohol puede entenderse de tres maneras diferentes en función de su direccionalidad:

a) El trastorno bipolar como factor de riesgo para el alcoholismo y la drogadicción.

Aquí se contemplaría la hipótesis de la ingesta de alcohol y sustancias como una forma de automedicación, dado, por ejemplo, su efecto ansiolítico. Según los datos recogidos, el 67% de los pacientes bipolares abusan del alcohol y el 21% de los pacientes con trastornos afectivos aumentan la ingesta durante los episodios de humor depresivos (Lorenzo, 1994). En cambio, Araluze & Gutiérrez (1994), en su revisión, encontraron que dicho aumento era más frecuente en las fases maníacas. De cualquier manera, estos pacientes fundamentalmente buscan el efecto primero de las dosis medio-bajas (Lorenzo, 1994).

b) El alcoholismo como factor de riesgo del trastorno bipolar.

El 59-61% de los pacientes con alcoholismo acaban padeciendo además un trastorno afectivo secundario (Meyer, 1986). El alcoholismo crónico altera el humor: genera síntomas depresivos, irritabilidad, y agresividad, a parte del proceso degradativo que la enfermedad supone. En conjunto, se producen consecuencias negativas en la vida social y familiar del paciente, lo cual potencia una baja autoestima y un aumento de sentimientos negativos como culpa y frustración, que son criterios importantes en la composición del diagnóstico para la depresión (Lorenzo, 1994).

c) Ambos trastornos como diferente expresión de un mismo desorden hereditario con base etiológica compartida.

Sobre esta cuestión son fundamentales los trabajos de Winokur,citado por Lorenzo y Meyer (2002), con relación a los antecedentes familiares y diferencias de sexo en esta clase de comorbidad. Estableció como *espectro de enfermedad depresiva* a un cuadro sintomático que en hombres se expresa en forma de alcoholismo, y en mujeres con algún trastorno afectivo. El inicio es precoz y son abundantes los casos de alcoholismo, trastorno antisocial y trastorno afectivo en los parientes de estos sujetos (Lorenzo, 1994).

Existiría una última posibilidad en la que la coexistencia de ambos tipos de trastornos se produciría de manera azarosa en las poblaciones dadas las prevalencias establecidas. Pero ésta sería inferior al 1% y, como muestran los datos, dicha prevalencia es mucho mayor.

En hombres es más frecuente que se dé alcoholismo primario y depresión secundaria (o alguna forma de trastorno afectivo como el bipolar), y en mujeres, al revés. Las tasas de suicidio en pacientes crónicos son elevadas tanto si se habla de trastorno afectivo como de alcoholismo. Del 10-15% de los sujetos con alcoholismo que acaban quitándose la vida, el 75% padece alguna forma comórbida de depresión (Lorenzo, 1994).

Los trastornos mentales por consumo de sustancias (TMCS) que más frecuentemente se relacionan con los trastornos de la afectividad son las dependencias a opiodes, alcohol y psicoestimulantes. Entre los pacientes con trastorno bipolar, los que sufren el tipo I son los que presentan mayor comorbilidad con TMCS (Rieger y cols., 1990, citado en Rubio y otros, 2002). En la investigación de abuso de sustancias y trastorno bipolar realizado por Sonne y Morton (1996) se sugiere que los individuos con trastorno bipolar agravado por el abuso de sustancias pueden ser hospitalizados más veces, tener mayor incidencia de humor disfórico, un inicio precoz de problemas de carácter. Anthenelli & Schuckit (I993), encontraron trastornos del afecto y ansiedad en alcohólicos y dependientes a drogas, Gómez y Maquet (2002) identificaron factores psicosociales en este tipo de trastornos.

5.4. CREENCIAS

De acuerdo con Albert Ellis (1992) las creencias pueden ser cogniciones, pensamientos, actitudes, autoafirmaciones o imágenes, y son los determinantes primarios de las emociones. Las emociones inapropiadas están normalmente precedidas por creencias irracionales, mientras que las emociones apropiadas son precedidas por creencias racionales.

Las creencias no son hechos, son hipótesis, los hechos se basan en la observación, las hipótesis pueden ser comprobadas y desafiadas. Albert Ellis (1992)

La forma de pensar, de emocionarnos o de comportarnos irracionalmente tiene una base de características biológicas. Por fundamento biológico se entiende que las características o rasgos que tiene unos orígenes marcadamente innatos (o adquiridos) de una predisposición genética llevan al organismo a comportarse de una forma típica y a desarrollar rasgos, difíciles de modificar o eliminar.

La TRE plantea la hipótesis de que si los objetivos principales de las personas son el mantenerse vivos evitando el dolor innecesario y buscando la realización plena de sí mismos, tendrá que comenzar a adquirir o interiorizar los siguientes valores, muchos de los cuales pueden verse como actitudes racionales: (Ellis, 1992).

Auto-interés: las personas sensatas y emocionalmente sanas tienden a estar primaria y fundamentalmente interesadas en sí mismas y poner sus propios intereses ligeramente por delante de los demás. Se sacrifican a sí mismos por aquellos que estiman, pero hasta cierto punto. (Ellis, 1992).

Interés social: el interés social normalmente es racional y sugiere una autoayuda, dado que la mayoría de las personas eligen vivir y disfrutar en un grupo o comunidad social, y si no actúan moralmente, ni protegen los derechos de los demás ni luchan por la supervivencia social, es poco probable que puedan crear el tipo de vida en la que ellos mismos puedan ser felices confortablemente. (Ellis, 1992).

Auto-dirección: las personas sanas tienden a asumir responsabilidades, principalmente de sus propias vidas, prefiriendo simultáneamente cooperar con los demás. No necesitan o demandan un apoyo o socorro importante de los demás. (Ellis, 1992).

Alta tolerancia a la frustración: los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Incluso cuando rechazan abiertamente su conducta y la de los demás, se abstienen de condenarse a sí mismos y a los demás como personas, por una conducta inaceptable o detestable. (Ellis, 1992).

Flexibilidad: los individuos sanos y maduros tienden a ser flexibles en su forma de pensar, abiertos al cambio, tolerantes y pluralistas en su visión de otras personas. No establecen reglas rígidas e inamovibles acerca de ellos mismos ni de los demás. (Ellis, 1992).

Aceptar la Incertidumbre: Los hombres y mujeres sanos, tienden a reconocer y aceptar la idea de que, aparentemente vivimos en un mundo de incertidumbre y probabilidades, donde no existen, y probablemente nunca existirán, las certezas absolutas. Se dan cuenta de que a veces es fascinante y excitante, y desde luego no es algo terrible, el vivir en este tipo de mundo incierto y probabilístico. Disfrutan con cierto grado de orden pero no exigen saber exactamente lo que el futuro traerá o les deparará a ellos mismos. (Ellis, 1992).

Compromiso en búsquedas creativas: la mayoría de las personas tienden a sentirse más sanos y felices cuando están vitalmente ocupadas en un proyecto ajeno a ellos mismos, y preferiblemente si tienen al menos un tema de interés creativo importante, además de algún compromiso humano principal, al que otorgan tanta importancia que planifican una buena parte de su existencia diaria en función de él. (Ellis, 1992).

Pensamiento científico: los individuos tranquilos tienden a ser más objetivos, racionales y científicos que los intranquilos. Son capaces de sentir profundamente y actuar de manera concentrada, pero tienden a regular sus emociones y acciones, reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias, en

función de hasta qué punto llevan o no a la consecución de metas a corto y largo plazo. (Ellis, 1992).

Auto-aceptación: las personas sanas normalmente están contentas de estar vivas y se aceptan a sí mismas por el simple hecho de estar vivos y tener la capacidad de divertirse. Rechazan la búsqueda de medir su valor intrínseco en función de sus logros existentes o de lo que otras personas puedan pensar de ellos. Simplemente eligen aceptarse incondicionalmente a sí mismos, e intentan por todos los medios evitar auto-valoraciones de su totalidad o su forma de ser, intentando disfrutar en lugar de probarse a sí mismos. (Ellis, 1984; Ellis y Harper, 1975).

Asumir riesgos: Las personas sanas emocionalmente tienden a asumir una cantidad considerable de riesgo si intentan hacer lo que quieren hacer, e incluso cuando tienen muchas posibilidades de fracasar tienden a ser aventuradas, pero no son temerarias.

Auto-responsabilidad por el propio malestar emocional: Los individuos sanos tienden a aceptar la responsabilidad de su propia existencia en lugar de descargarse culpando defensivamente a los demás o a las condiciones sociales, por sus pensamientos, sentimientos y conductas auto-derrotistas.

Ahora bien, esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias

psicológicas trastornantes, o bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" (Campell, citado en Ellis, 1992) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

Ellis (1992) explica desde el modelo cognitivo las creencias irracionales que estructuran los patrones cognitivos que el drogodependiente posee y cómo éstos mantienen su consumo. El pensamiento alcohólico y adictivo realiza una errónea interpretación de su entorno que resulta ilógica y antiempiríca. Estos errores cognitivos suelen implicar inferencias arbitrarias, llegan a conclusiones contradictorias, generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado y razonamiento dicotómico (Ellis y otros, 1992). La baja tolerancia a la frustración, y/o necesidades autodefinidas sobre elevados niveles de estimulación, gratificación y/o excitación, la ansiedad por el malestar, indefensión y la autoculpabilidad son ideas irracionales que posee el adicto, y gran parte de las dificultades de afrontamiento que poseen viene dada por estos tipos de pensamientos, la forma de pensar respecto a su valía y exigencia estricta acerca de cómo debería ser como persona se relacionan con sus recaídas.

Ellis, (1986) se refiere a una serie de creencias irracionales las cuales son absolutistas y carecen de evidencias empíricas de apoyo o, están en contradicción con los datos existentes.

Las creencias irracionales tienen varios ingredientes superpuestos tales como:

Apremio de la exigencia: son afirmaciones absolutamente exigentes, las demandas son requerimientos generalizados, rígidos y absolutistas, que no dan lugar o afectan los fallos humanos, las personas formulan demandas irracionales respecto a si mismos, los demás, el mundo, el futuro y numerosos acontecimientos activadores.

Catastrofismo: las personas tienden a evaluar los acontecimientos como terribles o catastróficos, están magnificando o exagerando la maldad del acontecimiento. Terrible implica que el acontecimiento no puede ser peor de lo que es, aunque también significa más que el mal, nada puede ser peor que el mal, considerando aquello que solo es malo como algo terrible que lleva una angustia innecesaria e inadecuada.

Baja tolerancia a la frustración: las personas tienden a creer que no pueden soportar el malestar o la frustración, las personas evalúan las cosas como demasiado difíciles para poder resolverlas, implican que es imposible resolverlas, lo cual es obviamente poco realista y no verificable.

Evaluación de uno y de los otros: dejar de evaluar el propio yo o la totalidad de uno mismo es probablemente la cosa que a las personas les resulta mas difícil comprender y hacer.

Cuando las personas aprenden a separar la valía personal de la valoración de sus comportamientos, deudas y logros, están en posición de aceptarse a si mismo.

Si su valor como ser humano fuera contingente con sus logros, su valía humana subiría y bajaría con cada logro y fracaso, lo cual resultaría obviamente ridículo.

Generalización al futuro: cuando las personas insisten y exigen tener que hacerlo todo bien y lograr la aprobación de otros significativos, si no consiguen satisfacer sus demandas perfeccionistas, suelen llegar a la siguiente conclusión, "siempre voy a fracasar". En consecuencia, se convierten a si mismos en seres completamente ansiosos y deprimidos.

5.4.1 Sistema de creencias psicopatológico de las drogodependencia

El pensamiento adictivo, al igual que otras formas de pensamiento irracional, suelen ser automáticos, no consciente, sobradamente aprendido y practicado continuamente. Como tal suele ser resistente al cambio. Además, los alcohólicos y otros adictos desconocen en gran parte las conexiones existentes entre sus pensamientos, sentimientos y acciones (Ellis, 1992).

Los alcohólicos y los adictos, al igual que otras personas de nuestra cultura sufren en sus interacciones consigo mismo y con los demás, debido a que realizan una errónea interpretación de su entorno que resulta ilógica y antiempírica. Estos errores cognitivos suelen indicar inferencias arbitrarias a partir de las cuales se sacan conclusiones basándose en evidencias contradictorias, generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del

significado o importancia de cosas concretas, y razonamientos dicotómicos que contemplan el mundo en términos de todo o nada (Ellis, 1992).

Todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias del pensamiento adictivo que conforman la raíz de este trastorno en el plano mental. Para poder recuperarse de la adicción es necesario detectar y cambiar dichas creencias adictivas, puesto que contribuyen a mantener la adicción y proporcionan el trasfondo de la recaída. Estas creencias adictivas caracterizan a estos individuos. En investigaciones realizadas en pacientes con trastorno de personalidad, clasificados en el eje II, se ha encontrado que estos trastornos poseen patrones cognitivos, afectivos y conductuales, duraderos, que se caracterizan por ser rígidos, poco adaptables y se resisten a ser modificados (Beck y otros, 1999).

Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia.

Son la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones, éstas influyen en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Sus interpretaciones, a su vez, se modelan de distintas formas por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones. Las creencias también moldean las reacciones de los individuos ante las situaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad (BECK, 1999).

5.4.1.1 Niveles de creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas

Existen distintos niveles en las creencias que subyacen a la conducta adictiva (Beck, 1999).

a) La creencia básica de que estaba "atrapado" en su ambiente nocivo.
b) La creencia de que la única forma de escapar de su ambiente y sentimientos desagradables era tomando drogas.
c) La creencia de que "necesitaba" drogas para aliviar cualquier sentimiento desagradable.

En este sentido existen varios tipos de creencias:

Creencias adictivas: Parece que provienen sobre todo de una combinación de creencias nucleares (a veces llamadas esquemas nucleares).

Creencias nucleares: Es una visión negativa de uno mismo (indefensión, indeseabilidad), una perspectiva negativa del ambiente (opresivo, nocivo), visión negativa del futuro (desesperanza), hasta los sentimientos de disgusto como la disforia o la ansiedad. Aunque las creencias nucleares representan el telón de fondo de las creencias adictivas no se hacen del todo patentes a menos que el paciente esté deprimido.

El primer grupo de creencias nucleares disfuncionales tiene que ver con la supervivencia personal, el logro de la motivación por conseguir determinadas cosas, la libertad y la autonomía.

El segundo grupo de creencias disfuncionales tiene que ver con la vinculación con otros individuos o con un grupo. Esta clase de creencias se relaciona con lo queridos o aceptados que son.

Creencias anticipadoras: Están relacionadas con la obtención de placer mediante la utilización de drogas o alcohol.

Estas creencias anticipadoras normalmente progresan hacia creencias hiperactivas sobre el alivio, que definen la utilización o la bebida como una ansiedad fatal y manifiestan que el craving es incontrolable y debe ser satisfecho. La anticipación del placer o el alivio lleva a la activación del craving y las creencias facilitadoras o permisivas, "me lo merezco, está bien", que legitiman la utilización de las drogas o la bebida.

Creencias Románticas: Son las creencias que predicen la satisfacción o el escape "me sentiré menos triste", "será una forma dulce de olvidar".

Creencias Predictivas: Como su nombre lo dice son las que predicen el incremento de eficacia o de socialización. "lo haré mejor ", "seré mas divertido y me aceptaran mas en el grupo".

Creencias asociadas con el alivio: Cuando la persona empieza a confiar en la droga para contrarrestar sus sentimientos de angustia. ""necesito cocaína para poder funcionar", "me sentiré de nuevo bien si la utilizo".

Creencias Facilitadotas o permisivas: Son las creencias que justifican el consumo de droga, que es aceptable a pesar de las consecuencias. "las personas débiles tienen problemas con las drogas", "esto no me ocurrirá a mi".

Creencias conflictivas: son las que están relacionadas con los pro y contra de utilizar una droga. El paciente puede tener conjuntos de creencias conflictivas tales como "no debería utilizar cocaína" versus "está bien utilizarlas una vez". Esta ambivalencia se puede formular como un conflicto entre dos creencias "esta bien" (permisivas) versus "no esta bien" (abstinencia).

El conflicto entre ambas creencias generara un malestar o bien incrementara el malestar que ya tiene en esos momentos la persona. La persona experimenta incluso un empuje mucho mayor para poder aliviar su inquietud producida por el conflicto. Las creencias "necesito aliviar este sentimiento" llegan a ser más fuerte e inclinara la balanza a favor de tomar la droga.

Creencias contradictorias: Son aquellas creencias las cuales contradicen los hábitos de la persona consumidora. La persona puede asegurar que dejara de consumir droga y buscar un tratamiento pero alas pocas horas estar consumiendo.

Creencias de control: Se definen como creencias que disminuyen la probabilidad de tomar droga o abusar de las mismas. Cuando las creencias de control son más fuertes qué las adictivas la persona tiene más probabilidad de

mantener la abstinencia, pero cuando sucede lo contrario la persona tiene más probabilidad de consumir.

En el corazón mismo del problema de la adicción de una persona que se encuentra un conjunto de creencias que parece que se deriven de creencias nucleares como "estoy indefenso, no soy querido, soy muy vulnerable". Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad, disforia o ira. Estas situaciones estresantes o estímulos no causan directamente el craving, si no que activan las creencias relacionadas con la droga que llevan al craving.

Los significados que se derivan de las creencias que se ligan a las situaciones son los que causan el craving en las personas.

Se puede delinear una secuencia específica de creencias que conducen a que la persona beba o utilice drogas. Primero aparecen las creencias anticipadoras relacionadas con la obtención de placer mediante la utilización de drogas o alcohol.

A partir de estas creencias aparecen las creencias facilitadoras o permisivas que legitiman la utilización de las drogas o la bebida. Finalmente, se impulsan los planes instrumentales mediante el craving apremiante, que tiene que ver con los planes y estrategias para obtener droga o alcohol.

5.4.1.2 Características del pensamiento alcohólico o adictivo.

Según Ellis (1992), las características descriptivas facultativas del pensamiento alcoholico o adictivo son:

- Automáticos, no consciente.
- Rígido, insensible.
- Firmemente aprendido y practicado a menudo.
- Dicotómico, cualidad de todo o nada.
- Generalizado, en exceso e ilógico.
- Antiempírico y absolutista.

Alvarado (s.f.) expone que la negación, el autoengaño y las distorsiones del pensamiento típicas de la adicción, conforman un sistema delusional bien nutrido que atrapa al adicto en un círculo de deterioro progresivo.

Este sistema psicopatológico forma el núcleo de la enfermedad de la adicción en su parte psicológica. Se compone de una serie de creencias, mecanismos de defensa, negación, autoengaño y otras distorsiones del pensamiento que en conjunto son conocidas como el *Pensamiento Adictivo;* éstos son:

❖ Negación o Autoengaño cuya función es la de separar al adicto de la conciencia de las consecuencias que la adicción tiene en su vida. De esta manera se reduce la ansiedad y, además, se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo del cual el adicto se mantiene atrapado, y que además es la razón por la que el adicto insiste en volver a usar aún luego de una crisis.

- Minimización: Restarle importancia o significado a los eventos relacionados con las consecuencias de la adicción.

- Racionalización: Asignar una razón lógica a algo que no la tiene o que es por naturaleza irrazonable.
- Justificación: Justificar el uso en virtud de algo que ocurrió en el pasado o por la forma en que lo tratan o por cualquier otra condición existente en la vida del adicto.
- Proyección: Ver en los demás los problemas que el adicto está pasando en su propia realidad, de modo que puede culpabilizar a otros de su problema.
- Futurización: Vivir en el futuro como una manera de no estar en contacto con su realidad presente, no aplica el solo por hoy del programa de 12 pasos.

❖ Distorsiones del Pensamiento propias de la adicción, que son generadas por las creencias adictivas. La función de estas distorsiones es producir sufrimiento de modo que se justifique el uso de sustancias o conductas adictivas para "aliviar" ese dolor de manera desadapatativa. Sumadas a la negación y el autoengaño; estas distorsiones tienden a facilitar el proceso adictivo y separan al adicto de la realidad de su enfermedad.

- Catastrofización: Asignarle una categoría de catástrofe aun al más leve inconveniente de la vida personal. Es una manera de autosabotearse el crecimiento con el fin de justificar finalmente el uso. El adicto desarrolla una visión catastrófica que lo coloca en una actitud de víctima frente al mundo. Es común encontrar pensamientos catastróficos en pacientes

con abuso de drogas, no sólo sobre su abuso de drogas sino acerca de ellos mismos y su futuro (Beck, Wright, Newman y Liesse, 1999).

- Mortificación: La preocupación constante ante cualquier problema hace de la vida cotidiana una constante ansiedad y sufrimiento que se usan como justificativo para continuar el uso. Al respecto, la idea de ansiedad por preocupación se observa en las apreciaciones realizadas por Karan y otros (1991), citado en Beck y otros (1999); anotan que la disforia experimentada como rebote en el consumo de cocaína, lleva a la reanudación del *craving* para poder contrarrestar este sentimiento negativo; la consecuencia de esta repetición de la angustia emocional que llevan al *craving*, al alivio temporal de la disforia , es el desarrollo de creencias como "necesito drogarme para sentirme mejor" o "no soporto sentimientos desagradables". La preocupación constante ante cualquier problema hace de la vida cotidiana, una constante ansiedad y sufrimiento que se usan como justificativo para continuar el uso.

- Rigidez: Dificultad para abrir la mente y considerar otros puntos de vista. El adicto se aferra a sus percepciones con una fuerza tal, que puede hacer la comunicación muy difícil, sobre todo en el área del uso y el comportamiento adictivo. Gawin y Ellinwood (1998), citados en Beck y otros (1999), encontraron que las creencias relacionadas con las drogas, tal como visión túnel o filtraje al activarse, produce un "bloqueo cognitivo" que inhibe la conciencia o la atención que se prestan ante las

consecuencias negativas a largo plazo, que tendrá el uso de la droga. A su vez, incrementa la tendencia a centrarse en las estrategias comportamentales e instrumentales para conseguir la forma de consumir (buscar dinero para comprar drogas).

- Control: El miedo es la emoción fundamental en la personalidad del drogodependiente, y para manejar ese miedo, que muchas veces es desproporcionado, desarrolla relaciones basadas en el control interpersonal. Esto causa dolor en las relaciones, y muchas veces termina produciendo violencia. El sistema de atribución es externo, es decir, las personas consumidoras de drogas tienden a atribuir dicha conducta a factores extrínsecos; así, el consumo lo atribuyen a la discusión con su pareja, a no tener dinero o tener deudas, a los compañeros consumidores que ejercen presión para consumir (Beck y otros, 1999).

- Pensamiento Blanco y Negro: La incapacidad para ver los grises es muchas veces un fuerte componente de la mentalidad adictiva, lo cual dificulta la comprensión mutua y anima a los juicios severos.

- Impaciencia e Intolerancia: El adicto desarrolla una intolerancia marcada por situaciones que involucran incomodidad, y más bien actúa por impulsividad, siguiendo la regla "quiero lo que quiero, cuando lo quiero y

como lo quiero", o como anota la investigadora, la regla de la impaciencia es "Todo lo quiero más rápido que inmediatamente".

- Soberbia y grandiosidad: La personalidad del adicto regresiona en cierta manera a la adolescencia, manifestando muchas veces conflictos no resueltos con la autoridad y conducta de reto permanente. Esto se debe a una hipertrofia del ego como compensación al deterioro en la autoimagen que se produce por el impacto de la adicción en la vida de la persona.

Contenido común de los temas.

- Negación: el alcohol o las drogas no son un problema.
- El alcohol, las drogas son la mejor y única forma de solucionar los problemas emocionales.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Ansiedad por el malestar: todas las emociones negativas han de evitarse a toda costa.
- Cambiar es demasiado difícil.
- Autoculpabilidad.

5.4.2 Abordaje cognitivo del sistema de creencias.

El tratamiento o intervención terapéutica que se hace desde el enfoque cognitivo y conductual se basa en la terapia racional emotiva, la cual establece seis principios de la terapia racional emotiva según lo explica ELLIS (1990):

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.

2. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional. De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc. analizamos lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, veremos cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

3. Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseemos.

4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecemos tener una tendencia

natural hacia el pensamiento irracional y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

5. A pesar de la existencia de influencias pasadas en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del hecho de seguir manteniendo dichas creencias irracionales en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no hace falta ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

6. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva. Sin embargo, las verdaderas creencias irracionales consisten en la evaluación que hacemos de estas inferencias. El trabajo principal de la terapia racional emotiva es llegar hasta estas creencias evaluativas, que constituyen el corazón de las creencias irracionales.

En muchas ocasiones los seres humanos tienen la imposibilidad de pensar en una forma clara, flexible y racional para actuar de manera decidida y sin

derrotismos a fin de lograr las metas, son debido a unos sentimientos inadecuados y conductas disfuncionales producto de las creencias irracionales.

Marlatt; Wilson; Gordon (1985), Realizaron una contribución importante sobre la adicción con su modelo cognitivo –conductual de prevención de recaídas, definiendo el efecto de violación de abstinencia, el cual se refiere a que los individuos se ven a si mismos como si tuvieran la sensación de control y autoeficacia, pero cuando se enfrentan a situaciones de alto riesgo, este se ve amenazado. Estas situaciones de altos riesgo para el abuso de droga incluyen desde estados físicos, presión social o exposición a las señales asociadas con las drogas, cuando los individuos responden de manera efectiva desarrollan mayor autoeficacia y como consecuencia existe menos riesgos de recaída. Pero los que tienen menos respuestas de afrontamiento o ninguna tienen una autoeficacia disminuida y aumento de las expectativas sobre los efectos positivos de la droga, seguido de un desliz o consumo inicial, lo que Marlatt llama el efecto de la violación de la abstinencia (EVA).

Marlatt citado en Beck (1999). Describe cuatro procesos cognitivos relacionados con la adicción que reflejan los modelos cognitivos:

Autoeficacia: Los niveles de autoeficacia son bajos y altos, cuando la autoeficacia esta alta se asocia con el periodo de la abstinencia, cuando están bajos se asocia con la recaída. También explica que la autoeficacia se incrementa en función del éxito; en la medida que los individuos escojan de

forma apropiada no utilizar las drogas, experimentaran un incremento del sentimiento de autoeficacia.

Resultados esperados: Se refieren a las anticipaciones que hace el individuo acerca de los efectos de una sustancia o actividad adictiva. En la medida en que uno espera un resultado mas positivo que negativo de la utilización de las drogas, mas probabilidad tiene de continuar usándolas.

Atribuciones de causalidad: Son las creencias de un individuo acerca de si la utilización de las drogas es atribuible a factores internos o externos.

Toma de decisiones: El abuso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones, en tanto en cuanto conduce, o no, al uso posterior de sustancias. Algunas decisiones al principio parecen irrelevantes al abuso de sustancias; sin embargo, estas decisiones, al final, acaban provocando mayor probabilidad de recaídas debido al incremento de empuje que lo dirige hacia situaciones de mayor riesgo.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Variable independiente:

Diagnóstico dual

Un diagnóstico dual "indica la coexistencia de dos entes de naturaleza diferente, se establece cuando en una persona se detectan uno o varios trastornos mentales por consumo de sustancias y uno o varios trastorno mentales no relacionados con sustancias (Rubio, 2002) p.155.

Variable dependiente

Las creencias son la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones, éstas influyen en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Sus interpretaciones, a su vez, se modelan de distintas formas por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones. (BECK, 1999).

Según el Ministerio de Educación Nacional, (1995) p.27. "Los sistemas de creencias se componen de una combinación de actitudes, supuestos básicos, expectativas, prejuicios, combinaciones y creencias, aportados a la familia nuclear por cada progenitor, a partir de su familia de origen. Estas creencias individuales se entrelazan para formar premisas rectoras que gobiernan la familia".

Los sistemas de creencias son vistos como un conjunto de principios interrelacionados entre sí, que llevan implícitos conceptos, comportamientos y valores.

6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable independiente:

El diagnóstico dual se estableció por el equipo interdisciplinario según el protocolo del programa en la evaluación inicial y reunión por parte del equipo del programa de farmacodependencia del hospital universitario Cari, conformado por medicina general, psicología clínica, trabajo social y psiquiatría.

Variable dependiente

Las creencias serán medidas por medio de un cuestionario compuesto por 20 ítems, que se puede evaluar mediante una escala que va del 1 al 7, donde 1 indica que la persona esta totalmente en desacuerdo con dicha sentencia, y 7 indica que la persona esta totalmente de acuerdo con dicha sentencia. Esta escala mide muchas de las creencias mas frecuentes acerca de la utilización de las drogas.

7. CONTROL DE VARIABLES

7.1 EN LOS SUJETOS

QUÉ?	CÓMO?	POR QUÉ?
Tipo de Diagnóstico.	Seleccionando a pacientes institucionalizados con el diagnóstico de trastorno dual .	Es interés de la investigación el estudio de personas con doble problemática.

7.2 EN EL AMBIENTE

QUÉ?	CÓMO?	POR QUÉ?
Sitio de aplicación de los instrumentos.	Aplicando los instrumentos en el mismo sitio de institucionalización.	Dado el carácter de pacientes psiquiátricos hay conveniencia para que la evaluación se realice en el ambiente natral de las personas.

7.3 EN LOS INSTRUMENTOS

QUÉ?	CÓMO?	POR QUÉ?
Validez.	Validando el instrumento mediante el sistema de jueces expertos en el tema.	Instrumentos válidos garantizar un mayor grado de cientificidad a la investigación.

7.4 EN LOS INVESTIGADORES

QUÉ?	CÓMO?	POR QUÉ?
Entrenamiento.	Realizando ejercicios prácticos que garanticen una mejor empatía y relación con los sujetos de la muestra del estudio.	Dado el tipo de patología de los pacientes se requiere un tratamiento ético y profesional con ellos.

7.5 VARIABLES NO CONTROLADAS

QUÉ?	POR QUÉ?
Edad de los pacientes y tiempo de presentación de la patología.	Si bien estas variables son importantes, en esta institución se pueden presentar diversidad de pacientes, lo que imposible dicho control.

8. METODOLOGÍA

8.1 PARADIGMA

La investigar a realizar se apoya epistemológicamente en el paradigma empírico-analítico, el cual se caracteriza por una valoración cuantitativa.

8.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la investigación Ex Post Facto los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

De acuerdo con Kerlinger (1983 citado por Avila, 2006) la investigación Ex Post Facto es un tipo de "... investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables," (p.269). D´Ary, Jacobs y Razavieh (1982 citado por Avila, 2006) consideran que la variación de las variables se logra no por manipulación directa sino por medio de la selección de las unidades de análisis en las que la variable estudiada tiene presencia, por ejemplo, se puede analizar como influyo el movimiento del primero de enero de 1994 en Chiapas sobre la economía nacional, también se puede analizar la percepción de personas con síndrome de Down y personas que no lo tienen. En

ambos casos el investigador no puede manipular directamente las variables independientes como ocurre en un estudio de corte experimental.

Si los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y están fuera de la capacidad de manipulación y control del investigador, por esta razón en la investigación Ex Post Facto se estudia de manera retrospectiva el fenómeno en cuestión. Lo anterior se puede observar en un estudio sobre las experiencias de desarrollo social de personas con síndrome de Down (variable provocada por la herencia genética y no por el investigador) en un ambiente familiar restrictivo. Ambas variables están fuera del control del investigador.

Leedy (1993, citado por Avila, 2006) define la investigación Ex Post Facto como un proceso inverso a la investigación experimental. En la investigación sobre las creencias acerca del abuso de spa, se observa que las variables pertinentes (diagnostico dual y creencias acerca del abuso) ya estan dadas y no son los investigadores las que las provocan.

El investigador empieza con la observación de hechos que ya se han presentado y que se han manifestado en una serie de eventos. En el área de origen del fenómeno estudiado se observan los hechos.

8.3 DISEÑO

Este estudio se basa en un diseño de comparación estática, que consiste en medir en varios grupos de personas u objetos una o más variables, y proporcionar su descripción (Hernández, 1998; Moreno & Gallardo, 1999). Esta

investigación presenta las creencias sobre el abuso de spa en los tres grupos de drogodependientes con diagnóstico dual, es decir, se describió y comparó el creencias acerca del abuso en grupos de drogodependientes con diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia.

8.4 SUJETOS

La población de la investigación estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico dual que ingresaron al programa de farmacodependencias (FMD) en el el hospital universitario ESE CARI en la ciudad de barranquilla (CARI). (POLO, I. 2006) El tipo de muestreo utilizado para la selección de la muestra fue probabilístico estratificado y por racimos, y la muestra quedo constituida por 90 participantes drogodependientes con diagnostico de psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia, de sexo masculino con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, pertenecientes a la fase subaguda del trastorno, y fase inicial del tratamiento para garantizar una mejor intervención y participación en el momento de la aplicación de instrumentos, así como garantizar que aun en esta fase de tratamiento no han sido modificadas las creencias.

TABLA 1. Edad de la población encuestada.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
I8 a 20 años	3	3,3	3,3	3.3
21a 25 años	24	26,7	26,7	30.0
26 a 30 años	27	30.0	30.0	60.0
31 a 35 años	16	17.8	17.8	77.8
36 a 40 años	12	13.3	13.3	91.1
41 a 45 años	4	4.4	4.4	95.6
46 a 50 años	4	4.4	4.4	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

El 3.3% (3) de los participantes en la investigación se encuentran en un promedio de edad entre los 18 y 20 años de edad; el 4.4% (4) se encuentra en un promedio de 41 a 45 años de edad; 4.4% (4) se encuentra en un promedio de 46 a 50 años de edad; un 13.3% (12) se encuentra en un promedio de 36 a 40 años de edad; otro porcentaje es de 17.8% (16) se encuentra en un rango de edad entre los 31 a 35 años de edad; el 26.7% (24) se encuentra en un promedio de 21 a 25 años de edad; y el mayor porcentaje de edad se encuentra el 30.0% equivalente a 27 pacientes encuestados que están en un promedio de edad de 26 a 30 años.

TABLA 2. Edad de inicio en el consumo.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
15 a 20 años	76	84.4	84.4	84.4
21 a 25 años	14	15.6	15.6	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

Con respecto a la edad de inicio del consumo el 15.6% equivalente a 14 pacientes comenzaron entre los 21 y 25 años de edad; el 84.4% de los pacientes encuestados (76) empezaron a consumir entre los 15 y los 20 años de edad.

Se encontró que la edad predominante para el inicio del consumo es una edad muy temprana a partir de los 15 años de edad.

TABLA 3. Droga de inicio

Droga	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Alcohol	25	27.8	27.8	27.8
Cannabis	63	70.0	70.0	97.8
Pepas	2	2.2	2.2	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

De los pacientes encuestados, se encontró, que el 2.2% (2) inicio su consumo de sustancias con pastillas (pepas); el 27.8% (25) inicio su consumo con

alcohol. Y el 70.0% inicio el uso de sustancias con cannabis (marihuana). La droga predominante para el inicio del consumo de sustancias es la marihuana, ya que la mayoría de la población inicio con esta sustancia.

TABLA 4. Droga problema.

Droga	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Alcohol	2	2.2	2.2	2.2
Cannabis	13	14.4	14.4	16.7
Cocaína	19	21.1	21.1	37.8
Patraseado	27	30.0	30.0	67.8
Bazuco	18	21.1	21.1	88.9
Pepas	10	11.1	11.1	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

El 2.2% (2) de los participantes pertenecientes a la investigación, consideran que la droga que les causo mayor problema fue el alcohol; el 11.1% (10) considera que la droga problema son las pastillas (pepas); el 14.4% (13) manifiesta que su droga problema es el cannabis (marihuana); el 21.1% (19) de la población considera que su droga problema es la cocaína; otro 21.1% (19) manifiesta que su droga problema es el bazuco; y el 30.0% restante considera que el patraseado es la droga que mas problemas le ha causado.

TABLA 5. Abstinencia.

Abstinencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Ninguno	4	4.4	4.4	4.4
1 a 3 meses	86	95.6	95.6	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

El 4.4% (4) de los participantes considera que no ha tenido tiempo sin consumir sustancias; y el 95.5% de los pacientes manifiesta que su máximo tiempo sin consumir ha sido de 1 a 3 meses.

TABLA 6. Diagnostico.

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Psicosis toxica	30	33.3	33.3	33.3
TAB + FMD	30	33.3	33.3	66.7
Esquizofrenia + FMD	30	33.3	33.3	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

El 33.3% (30) de los pacientes encuestados presenta un diagnostico de psicosis tóxica; un 33.3% (30) presenta un diagnostico de trastorno afectivo bipolar con farmacodependencia; y el 33.3% (30) restante pertenece al grupo de esquizofrenia con farmacodependencia.

TABLA 7. Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	10	11.1	11.1	11.1
Primaria completa	17	18.9	18.9	30.0
Bachillerato incompleto	28	31.1	31.1	61.1
Bachillerato completo	30	33.3	33.3	94.4
Estudios técnicos	4	4.4	4.4	98.9
Universidad incompleta	1	1.1	1.1	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

El 1.1% (1) de los pacientes perteneciente a la investigación, ha llegado a iniciar estudios universitarios sin terminarlos; el 4.4% (4) ha hecho estudios técnicos; el 11.1% (10) inicio solamente la primaria sin terminarla; el 18.9% (17) ha terminado la primaria; el 31.1% (28) inició bachillerato sin terminarlo; y el 33.3% (30) termino el bachillerato.

TABLA 8. Estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Soltero	42	46.7	46.7	46.7
Casado	12	13.3	13.3	60.0
Unión libre	32	35.6	35.6	95.6
Separado	4	4.4	4.4	100.0
TOTAL	90	100.0	100.0	

El 4.4% (4) del grupo perteneciente a la investigación son separados; el 13.3% (12) de los pacientes son casados; el 35.6% (32) se encuentran con su pareja en unión libre; y el 46.7% (42) pertenecen al grupo de los solteros

TABLA 9. Consumidor.

Consumidor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Policonsumidor	90	100.0	100.0	100.0

El 100% (90) de los pacientes pertenecen al grupo de policonsumidores, el total del grupo perteneciente a esta investigación consume mas de un tipo de sustancia.

8.5 TÉCNICAS PARA RECOLECCION DE DATOS

La muestra estuvo representada por 90 pacientes dado que las patologías mas frecuentes según estudios realizados entre el 2000 y el 2003 están asociadas a la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar (TAB), y psicosis inducida por sustancias psicoactivas, además que esta investigación parte de la investigación sobre los esquemas cognitivos (Polo y Amar, 2006) por lo que se tuvo en cuenta aplicar la misma técnica y metodología en general; cada grupo estaría conformado por el numero de pacientes representativos, lo cual indica que la muestra fue seleccionada de forma probabilística estratificada y por racimos. Previamente a la aplicación de instrumentos para identificar las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas, se requirió confirmar el diagnostico previo realizado según el protocolo del programa en la evaluación inicial y reunión de equipo por parte del equipo interdisciplinario del programa de FMD del Cari, conformado por medicina general, psicología clínica, trabajo social y psiquiatría. Establecida la muestra se procedió a aplicar el instrumento correspondiente a la investigación "cuestionario de creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas". Una vez que los participantes en la investigación estuvieron en la fase subaguda del trastorno, es decir, los síntomas psicóticos estuvieran en la etapa de estabilización, la aplicación del cuestionario fue de forma individual y presencial, es decir, debía estar tanto el paciente como el investigador.

8.6 INSTRUMENTOS

El instrumento que permitió la recolección de la información es un cuestionario que evalúa las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas, el cual fue diseñado por Fred Wright y Aaron Beck encontrado en el texto "terapia cognitiva de las drogodependencias". Este cuestionario consta de 20 afirmaciones teniendo los sujetos la posibilidad de responder opiniones que oscilan del 1 al 7, correspondiendo el máximo puntaje al mayor grado de afirmación y el menor puntaje al grado máximo de desacuerdo. Este cuestionario contiene afirmaciones relacionadas con los tres tipos de creencias adictivas anteriormente explicitadas. Y la distribución es la siguiente: ítems de creencias anticipadoras 1, 2, 5, 7, 11, 12, 20; ítems creencias de alivio 4, 8, 9, 14, 17, 19; ítems de creencias facilitadotas o permisivas 3, 6, 10, 13, 15, 16, 18; previo a analizar los resultados en función de los objetivos planteados. Previamente se realizó el análisis de fiabilidad de las creencias con el índice de Cronbach´s obteniendo un buen nivel de fiabilidad de 0,78

Análisis de Fiabilidad

Cronbach's Alpha	N de creencias antiocipadoras alivio permisivas
,783	3

8.7. PROCEDIMIENTO

Para realizar la investigación creencias acerca del abuso de spa en grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por consumo de sustancias, afectivo bipolar y esquizofrenia, se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

8.7.1. Delimitacion del tema:

Se considera importante describir este proceso, puesto que podría facilitar a futuros investigadores en la búsqueda y delimitación de información.

Se inició con la búsqueda de bibliografía reciente basada en la terapia cognitiva en drogodependientes y los teóricos fundadores de este modelo, Albert Ellis y Aaron Beck, que hiciera referencia a los términos de creencias sobre el abuso de spa y drogodependientes con diagnóstico dual. Debido a la escasa documentación hallada, que hizo solamente mención al modelo cognitivo de la adicción, se aceptaron varios artículos científicos en los que se trataba el consumo de sustancias en general, pero que hicieran una especial mención al diagnóstico comórbido pertenecientes al eje multiaxial I, especialmente a los relativos a la investigación como el trastorno de psicosis inducida por sustancias, trastorno bipolar y esquizofrenia. Quedaron excluidos aquellos artículos que a pesar de hacer mención al problema de diagnóstico dual no eran pertinentes en relación al esquema cognitivo, variable central de la investigación. Del mismo modo, de los artículos aceptados se revisó la bibliografía referenciada en los mismos para complementar el estudio.

Finalmente, al no disponer de documentación suficiente donde se tratase la comorbilidad de trastornos del eje I con trastorno de consumo desde una perspectiva cognitivo conductual, se aceptaron trabajos en los que se hablara del tema, aunque fuese de cada trastorno por separado. Esta revisión sucinta proporciona una visión global del problema complejo de la comorbilidad y su comprensión desde la teoría cognitiva.

8.7.2. Fase de recolección de datos:

Concomitantemente, se realizó en la base de datos del Departamento de Estadísticas del CARI, la búsqueda de información requerida para delimitar la muestra. De acuerdo con los datos de dicho departamento , en el 2004 asistieron por primera vez a consulta externa 119 pacientes. Aplicando la fórmula estadística del programa de staps (Hernández, 1998), la muestra estaría representada por 90 pacientes, con un error máximo aceptable de 5%, una probabilidad de ocurrencia del 50% y un nivel deseado de confianza del 95%.

Para ello, se tuvo en cuenta las patologías más frecuentes según los estudios realizados entre el 2000 al 2003. Dado que éstas están asociadas a la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y psicosis inducida por sustancias psicoactivas

Por lo tanto, se decidió utilizar la estrategia de seleccionar racimos y se consideró el uso de el libro de actas de ingresos y egresos hospitalarios en cada modalidad del programa, tales como hospitalización, hospital día y

ambulatorio, las modalidades se utilizaron como racimos, es decir, como unidades muéstrales a partir de las cuales se obtuvo en última instancia a los participantes de la investigación (ver tabla), finalmente se toma la totalidad de la muestra (90) y se completa el número de participantes en cada racimo para establecer 30 participantes por grupo.

Tabla 10. Distribución de la muestra por racimos

UNIDAD DE ANALISIS	RACIMOS
Drogodependientes con psicosis inducida por sustancias,	Modalidad de hospitalización,
Drogodependientes con trastorno afectivo bipolar,	Modalidad de hospital día,
Drogodependientes con esquizofrenia.	Modalidad ambulatoria.

Tabla 11. Distribución de la muestra

DIAGNOSTICO	No. de casos
Psicosis inducida por sustancias	30
Trastorno afectivo bipolar	30
esquizofrenia	30
	T =90

Determinada la muestra y se requirió confirmar el diagnóstico previo realizado según el Protocolo del Programa en la evaluación inicial y reunión de equipo por parte del equipo interdisciplinario del Programa de FMD del CARI, conformado por medicina general, psicología clínica, trabajo social y psiquiatría.

Posteriormente se pasó a la fase empírica, en la que se aplicaron los instrumentos correspondientes a la investigación cuestionario de creencias acerca del abuso de sustancias de Wright y Beck, una vez que los participantes en la investigación estuvieran en la fase subaguda del trastorno, es decir, los síntomas psicóticos estuvieran en la etapa de estabilización. La aplicación de cada cuestionario fue individual y presencial, es decir, debía estar tanto el paciente como el investigador.

8.7.3. Tabulación y análisis de los datos:

Para el análisis de las respuestas se elaboró una matriz, que permitió la realización del análisis estadístico. El análisis estadístico se produjo mediante el uso del programa estadístico SPSS en su versión 13.0, en el que inicialmente se estableció el proceso teniendo en cuenta los siguientes pasos:

1. Con el objetivo de establecer los criterio de normalidad de las diferentes variables de estudio se llevó a cabo los diferentes procedimientos:

Análisis de fiabilidad de cada una de las creencias acerca del abuso de sustancias, mediante el Alpha Cronbach; análisis que arrojó un buen nivel de consistencia interna.

Posteriormente se llevó acabo la distribución general de las variables, mediante el análisis descriptivo de las frecuencias, lo cual proporcionó datos

estadísticos y representaciones de datos en tablas que resultaron útiles para describir la distribución de las variables. Este procedimiento inicial de los datos permitió establecer los porcentajes, porcentajes acumulados, media, mediana, moda, suma, desviación típica, varianza, amplitud, valores mínimo y máximo, error típico de la media, asimetría y curtosis (ambos con sus errores típicos), de las diferentes ideas irracionales y pensamientos distorsionados en la totalidad de la muestra. Dicho análisis permitió observar distribuciones normales.

2. En las variables ordinales de las creencias tales como anticipadoras, permisivas, de alivio así como la visión de si mismo, del mundo y del futuro, se establecieron categorías basándose en los valores de la media y la desviación típica de la distribución de la variable, lo cual permitió establecer diferentes categorías, como bajo, medio y alto. Este procedimiento generó nuevas variables establecidas como categorizadas, en los diferentes grupos de la investigación. Este procedimiento permitió desarrollar el objetivo específico uno en los diferentes grupos pertenecientes a la investigación.

3. Después del anterior análisis y con el objetivo de comparar las frecuencias observadas y esperadas en cada categoría para contrastar si todas las categorías contienen la misma proporción de valores entre los grupos, y así dar respuesta al segundo objetivo específico, se llevó a cabo, el análisis de T Students para pruebas de muestras independientes empleando una estimación para varianzas combinadas del programa SPSS para Windows 13, que pretende

evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias (Hernández, 2003). Se establecieron los grados de libertad con un nivel de significancia de 0.05; luego se comparó el valor obtenido contra el valor que le correspondería en la tabla de distribución t de Student para probar la hipótesis de la investigación.

4. Posteriormente se realizó la discusión de los resultados, las conclusiones, sintetizando los principales hallazgos, plasmando los logros y limitaciones y, por último, se realizaron las recomendaciones tendientes a complementar esta investigación y a generar nuevas investigaciones alrededor de esta problemática.

9. RESULTADOS

El análisis de resultados se dirige a dos grandes aspectos: A) describir las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas empleando el análisis descriptivo, teniendo en cuenta la categorización de variables establecidas, como totalmente de acuerdo, muy de acuerdo, ligeramente de acuerdo, neutral, ligeramente en desacuerdo, muy en desacuerdo y totalmente en descuerdo. B) comparar las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en cada grupo estableciendo semejanzas y diferencias empleando una estimación para varianzas combinadas del programa SPSS para Windows 13, para evaluar si dos grupos difieren entre si de manera significativa respecto a sus medias.

Se establecieron los grados de libertad con un nivel de significancia de 0.05; luego se comparó el valor obtenido contra el valor que le correspondería en la tabla de distribución t de estudent para probar la hipótesis de la investigación. Es decir, se aceptará la hipótesis de investigación si el valor calculado es igual o mayor al que aparece en la tabla; si es menor se aceptara la hipótesis nula, permitiendo realizar la prueba de hipótesis para determinar si las dos medias poblaciones difieren o no. Cuando p es menor que 0.05 se rechaza Ho ($p \leq 0.05$), la cual es:

Ho1: $\mu 1 = \mu 2$

No existe diferencia entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes con diagnostico de psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia.

Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$

Existen diferencias entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes de psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia.

9.1 Análisis descriptivo de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en pacientes con diagnostico dual.

El análisis de frecuencia y porcentaje de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en el grupo de drogodependientes con diagnostico dual esta dividido en dos aspectos: por un lado, se describen porcentualmente en términos generales las creencias de toda la muestra de 90 pacientes que participaron en investigación, y en segundo termino se analizan las frecuencias de las creencias en cada grupo de adictos, tales como en los grupos de drogodependientes con psicosis inducida por sustancias (30 participantes), trastorno afectivo bipolar (30 participantes) y esquizofrenia (30 participantes). Este análisis permite responder al primer objetivo específicos: Describir las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas en los grupos de

drogodependientes con diagnostico de psicosis inducida por drogas, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia.

Para la realización de este análisis de frecuencia se estableció la categorización de los datos de acuerdo con el procedimiento de la categorización de variables, la cual arrojo las siguientes categorías: bajo, medio bajo, medio alto y alto. A continuación se describen los resultados.

Tabla 12. Creencias nucleares, visión negativa de si mismo según diagnostico

	7 a 12.66 Bajo	**12.7 a 20.20 Medio bajo**	**20.21 a 27.74 Medio alto**	**Mas de 27.8 Alto**	**Total**
Psicosis toxica	4	15	9	2	30
	13.3%	50.0%	30.0%	6.7%	100.0%
Tab + fmd	4	10	7	9	30
	13.3%	33.3%	23.3%	30.0%	100.0%
Esquizofrenia + fmd	6	11	8	5	30
	20.0%	36.7%	26.7%	16.7%	100.0%
Total	14	36	24	16	90
	15.6%	40.0%	26.7%	17.8%	100.0%

Con respecto a los grupos pertenecientes a la investigación la tabla indica que el grupo de Psicosis inducida por sustancias, el 6.7% (2) corresponde a la categoría de alto en la creencias nucleares, con visión negativa de si mismo; el 13.3% (4) corresponde a la categoría de bajo; el 30.0% (9) medio alto; y el 50.0% (15) medio bajo.

Con respecto al grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), el 13.3% (4) se encuentra en la categoría bajo; el 23.3% (7) se

encuentra en medio alto; el 30.0% (9) se encuentra en la categoría alto; y el 33.3% (10) se encuentra en la categoría medio bajo.

Con relación al grupo de drogodependientes con esquizofrenia, el 16.7% (5) se encuentra en la categoría de alto; el 20.0% (6) se encuentra en la categoría bajo; el 26.7% (8) se encuentra en medio alto; y el 36.7% se encuentra en medio alto.

En síntesis se puede observar que el grupo de TAB tiende a poseer esta creencia en un índice alto.

Tabla 13. Diagnostico, total creencias nucleares, visión negativa del mundo

	2 a 2.66 Bajo	**2.7 a 5.87 Medio bajo**	**5.9 a 9.08 Medio alto**	**Mas de 9.1 Alto**	**Total**
Psicosis toxica	7 23.3%	10 33.3%	10 33.3%	3 10.0%	30 100.0%
Tab + fmd	7 23.3%	10 33.3%	10 33.3%	3 10.0%	30 100.0%
Esquizofrenia + fmd	3 10.0%	8 26.7%	14 46.7%	5 16.7%	30 100.0%
Total	17 18.9%	28 31.1%	34 37.8%	11 12.2%	90 100.0%

Con respecto a los grupos pertenecientes a la investigación la tabla indica que el grupo perteneciente a psicosis inducida por sustancias, el 10.0% (3) se encuentra en la categoría alto; el 23.3% (7)n se encuentra en la categoría bajo; el 33.3%(10) se encuentra en la categoría medio bajo; y el 33.3% (10) se encuentra en medio alto.

Con respecto al grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), el 10.0% (3) se encuentra en la categoría alto; el 23.3% (7) se encuentra en la categoría bajo; el 33.3% (10) medio bajo; y el 33.3% (10) medio alto.

Con relación al grupo de drogodependientes con esquizofrenia, el 10.0% (3) se encuentre en la categoría bajo; el 16.7% (5) se encuentra en la categoría alto; el 26.7% (8) se encuentra medio bajo; y el 46.7% (14) se encuentra en la categoría de medio alto.

El grupo de esquizofrenia tiende a poseer esta creencia en un índice alto.

Tabla 14. Diagnostico, creencias nucleares, visión negativa del futuro según diagnóstico

	2 a 2.32 bajo	**2.33 a 5.56 Medio bajo**	**5.6 a 8.79 Medio alto**	**Mas de 8.8 alto**	**Total**
Psicosis toxica	6 20.0%	16 53.3%	5 16.7%	3 10.0%	30 100.0%
Tab + fmd	6 20.0%	11 36.7%	9 30.0%	4 13.3%	30 100.0%
Esquizofrenia + fmd	7 23.3%	5 16.7%	10 33.3%	8 26.7%	30 100.0%
Total	13 21.1%	32 35.6%	24 26.7%	15 16.7%	90 100.0%

Con respecto a los grupos pertenecientes a la investigación la tabla indica que el grupo perteneciente a psicosis inducida por sustancias, el 10.0% (3) se encuentra en la categoría alto; el 16.7% (5) se encuentra en la categoría medio

alto; el 20.0% (6) se encuentra en la categoría bajo; y el 53.3% se encuentra en medio bajo.

Con respecto al grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), el 13.3% (4) se encuentra en la categoría alto; el 20.0% (6) se encuentra en la categoría bajo; el 30.0% (9) se encuentra en la categoría medio alto; y el 36.7% (11) se encuentra en medio bajo.

Con relación al grupo de drogodependientes con esquizofrenia, el 16.7% (5) se encuentra en la categoría medio bajo; el 23.3% (7) se encuentra en la categoría bajo; el 26.7% (8) se encuentra en la categoría alto; y el 33.3% (10) se encuentra medio alto.

En síntesis el grupo de esquizofrenia tiende a poseer esta creencia en un índice alto.

Tabla 15. Diagnostico, creencia anticipadora

	4. a 4.88 Bajo	**8.45 a 14.37 Medio bajo**	**14.38 a 20.29 Medio alto**	**Mas de 20.30 Alto**	**total**
Psicosis toxica	6 20.0%	9 30.0%	12 40.0%	3 10.0%	30 100.0%
Tab + fmd	3 10.0%	15 50.0%	9 30.0%	3 10.0%	30 100.0%
Esquizofrenia + fmd	7 23.3%	6 20.0%	8 26.7%	9 30.0%	30 100.0%
Total	16 17.8%	30 33.3%	29 32.2%	15 16.7%	90 100.0%

Con respecto a los grupos pertenecientes a la investigación, la tabla indica que el grupo perteneciente a psicosis inducida por sustancias, el 10.0% (3) se encuentra en la categoría alto; el 20.0% (6) se encuentra en la categoría bajo; el 30.0% (9) se encuentra en la categoría medio bajo; y el 10.0% (12) se encuentra medio alto.

Con respecto al grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), el 10.0% (3) se encuentra en la categoría bajo; otro 10.0 (3) se encuentra en la categoría alto; el 30.0% se encuentra en la categoría medio alto; y el 20.0% (15) se encuentra en la categoría medio bajo.

Con relación al grupo de drogodependientes con esquizofrenia; el 20.0% (6) se encuentra en la categoría medio bajo; el 23.3% (7) se encuentra en la categoría bajo; el 26.7% (8) se encuentra en la categoría medio alto; y el 30.0% (15) se encuentra alto.

En síntesis el grupo retrastorno afectivo bipolar tiende a poseer esta creencia en un índice bajo.

Tabla 16. Diagnostico, creencias románticas

	3.00 a 4.39 Bajo	4.40 a 8.78 Medio bajo	8.79 a 13.17 Medio alto	Mas de 13.18 Alto	Total
Psicosis toxica	8	8	9	5	30
	26.7%	26.7%	30.0%	16.7%	100.0%
Tab + fmd	6	10	8	6	30
	20.0%	33.3%	26.7%	20.0%	100.0%
Esquizofrenia + fmd	4	8	13	5	30
	13.3%	26.7%	43.3%	16.7%	100.0%
Total	18	26	30	16	90
	20.0%	28.9%	33.3%	17.8%	100.0%

Con respecto a los grupos pertenecientes a la investigación, la tabla indica que el grupo perteneciente a psicosis inducida por sustancias, el 16.7% (5) se encuentra en la categoría alto; el 26.7% (8) se encuentra en la categoría bajo; otro 26.7% (8) se encuentra en la categoría medio bajo; y el 30.0% (9) se encuentra en la categoría medio alto.

Con respecto al grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), el 20.0% (6) se encuentra en la categoría bajo; otro 20.0% (6) se encuentra en la categoría alto; el 26.7% (8) se encuentra en la categoría medio alto; y el 33.3% (10) se encuentra en medio bajo.

Con relación al grupo de drogodependientes con esquizofrenia, el 13.3% (4) se encuentra en la categoría bajo; el 16.7% (5) se encuentra en la categoría alto; el 26.7% (8) se encuentra en la categoría medio bajo; y el 43.3% (13) se encuentra en la categoría medio alto.

En síntesis el grupo de esquizofrenia tiende a poseer esta creencia en un índice alto.

Tabla 17. Diagnostico, creencia permisiva

	4.00 a 6 Bajo	6.1 a 11 Medio bajo	11.1 a 17 Medio alto	Mas de 17.1 Alto	Total
Psicosis toxica	4	17	5	4	30
	13.3%	56.7%	16.7%	13.3%	100.0%
Tab + fmd	6	10	9	5	30
	20.0%	33.3%	30.0%	16.7%	100.0%
Esquizofrenia + fmd	6	11	10	3	30
	20.0%	36.7%	33.3%	10.0%	100.0%
Total	16	38	24	12	90
	17.8%	42.2%	26.7%	13.3%	100.0%

Con respecto a los grupos pertenecientes a la investigación, la tabla indica que el grupo de psicosis inducida por sustancias, el 13.3% (4) se encuentra en la categoría bajo; otro 13.3% (4) se encuentra en la categoría alto; el 16.7% (5) se encuentra en la categoría medio alto; y el 56.7% (17) se encuentra medio bajo.

Con respecto al grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), el 16.7% (5) se encuentra en la categoría alto; el 20.0% (6) se encuentra en la categoría bajo; el 30.0% (9) se encuentra en la categoría medio alto; y el 33.3% (10) se encuentra medio bajo.

Con relación con el grupo de drogodependientes con esquizofrenia, el 10.0% (3) se encuentra en la categoría alto; el 20.0% (6) se encuentra en la categoría bajo; el 33.3% (10) se encuentra en la categoría medio alto; y el 36.7% (11) en la categoría medio bajo.

El grupo de psicosis inducida por sustancias posee esta creencia en un índice bajo.

Tabla 18. Diagnostico, creencia de alivio

	5 a 10 Bajo	11.1 a 17 Medio bajo	17.1 a 24 Medio alto	24.1 Alto	Total
Psicosis toxica	8 26.7%	9 30.0%	10 33.3%	3 10.0%	30 100.0%
Tab + fmd	4 13.3%	13 43.3%	9 30.0%	4 13.3%	30 100.0%
Esquizofrenia + fmd	7 23.3%	7 23.3%	7 23.3%	9 30.0%	30 100.0%
Total	19 21.1%	29 32.2%	26 28.9%	16 17.8%	90 100.0%

Con respecto a los grupos pertenecientes a la investigación, la tabla indica que el grupo de psicosis inducida por sustancias, el 10.0% (3) se encuentra en la categoría alto; el 26.7% (8) se encuentra en la categoría bajo; el 30.0% (9) se encuentra en la categoría medio bajo y el 33.3% (10) se encuentra en medio alto.

Con respecto al grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), el 13.3% (4) se encuentra en la categoría bajo; otro 13.3% (4) se encuentra en la categoría alto; el 30.0% (9) se encuentra en la categoría medio alto; y el 43.3% (13) se encuentra medio bajo.

Con relación al grupo de drogodependientes con esquizofrenia, el 23.3% (7) se encuentra en la categoría bajo; otro 23.3% (7) se encuentra en la categoría medio bajo; otro 23.3% (7) se encuentra en la categoría medio alto; y el 30.0% (9) se encuentra alto.

En síntesis el grupo de trastorno afectivo bipolar posee esta creencia en un índice bajo.

9.2 Prueba de hipótesis

La prueba estadística que se utilizo en esta investigación es la prueba T, la cual pretende evaluar si dos grupos difieren entre si de manera significativa respecto a sus medias (Sampieri, 2003, citado en Polo, I. ,2006)

Se establecieron los grados de libertad, con un nivel de significancia de 0.05, luego; se comparó el valor obtenido contra el valor que le correspondería en la tabla de distribución T de student, para probar la hipótesis de la investigación.

Se aceptara la hipótesis de la investigación si el valor calculado es igual o menor al que aparece en la tabla; si es menor o igual se rechaza la hipótesis nula (cuando p es ≤ 0.05 se rechaza Ho ($p \leq 0.05$) la cual es:

Ho1: $\mu 1 = \mu 2$

No existe diferencia entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes con diagnostico de psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia.

Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$

Existen diferencias entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes de psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia.

Para realizar la prueba de hipótesis entonces se toma cada creencia acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos para establecer la misma, es decir, se compara el grupo de psicosis inducida por sustancias con el grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar, el grupo de psicosis inducida por sustancias con el grupo de drogodependientes con esquizofrenia, y el grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar con el grupo de drogodependientes con esquizofrenia, se establece cada hipótesis según las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas.

9.2.1 Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB).

Ho1: $\mu 1 = \mu 2$

No existe diferencia entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes con diagnostico de psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar (TAB).

Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$

Existen diferencias entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes de psicosis inducida por sustancias y trastorno afectivo bipolar (TAB).

Tabla 19. Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB).

Creencias	Diagnostico	N	Media	Desviación Standard	Media error Standard
Creencia anticipadora	Psicosis toxica	30	17,43	6,290	1,148
	Tab + fmd	30	18,33	8,616	1,573
Creencia de alivio	Psicosis toxica	30	17,10	7,613	1,390
	Tab + fmd	30	18,63	8,223	1,501
Creencia permisiva	Psicosis toxica	30	21,47	7,361	1,344
	Tab + fmd	30	22,47	7,305	1,344

Tabla 20. Prueba de muestra independiente

	t-test para igualdad de media								
	f	sig	T	Df	Sig bilateral	Diferencia de media	Error diferencia standard	95% confidencia en el intervalo de la diferencia B	A
Creencia anticipadora	4,768	,033	-,462	58	,646	-,900	1.948	-4.799	2.999
			-,462	53,075	,646	-,900	1.948	-4.799	3.006
Creencia alivio	,118	,733	-,749	58	,457	-1.533	2.046	-5.629	2.562
			-,749	57,658	,457	-1.533	2.046	-5.629	2.563
Creencia permisiva	,013	,909	-,528	58	,599	-1.000	1.893	-4.790	2.790
			-,528	57,997	,599	-1.000	1.893	-4.790	2.790

En cuanto a las creencias anticipadoras, se observa que no existen diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de psicosis inducida por sustancias (17.43) y trastorno afectivo bipolar (18.33) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad que se muestra para este valor es de 0.646, y dado que este valor es mayor que 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis del investigador Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$, y se acepta la hipótesis nula Ho1: $\mu 1 = \mu 2$.

En la creencia de alivio, se observa que no existen diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de psicosis inducida por sustancias (17.10) y trastorno afectivo bipolar (18.63) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad que se muestra es de 0.457, y dado que este valor es mayor que 0.05, se rechaza la hipótesis del investigador Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$, y se acepta la hipótesis nula Ho1: $\mu 1 = \mu 2$.

En cuanto a las creencias permisivas, se observa que no existen diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de psicosis inducida por sustancias (21.47) y trastorno afectivo bipolar (22.47) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad es de 0.599, y dado que este valor es mayor que 0.05, se rechaza rechaza la hipótesis del investigador Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$, y se acepta la hipótesis nula Ho1: $\mu 1 = \mu 2$.

9.2.2 Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes con esquizofrenia.

Ho1: $\mu 1 = \mu 2$

No existe diferencia entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes con diagnostico de psicosis inducida por sustancias y esquizofrenia.

Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$

Existen diferencias entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes de psicosis inducida por sustancias y esquizofrenia.

Tabla 21. Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes con esquizofrenia.

Creencias	Diagnostico	N	Media	Desviación standard	Media error standard
Creencia anticipadora	Psicosis toxica	30	17,43	6,290	1,148
	Esquizofrenia + fmd	30	19,57	7,776	1,420
Creencia de alivio	Psicosis toxica	30	17,10	7,613	1,390
	Esquizofrenia + fmd	30	20,27	10,661	1,946
Creencia permisiva	Psicosis toxica	30	21,47	7,361	1,344
	Esquizofrenia + fmd	30	20,37	5,875	1,073

Tabla 22. Prueba de muestra independiente

			t-test para igualdad de media						
	f	sig	T	Df	Sig bilateral	Diferencia de media	Error diferencia standard	95% confidencia en el intervalo de la diferencia B	A
Creencia anticipadora	2,127	,150	-1,168	58	,247	-2,133	1.826	-5,788	1,522
			-1,168	55,574	,247	-2,133	1.826	-5,792	1,525
Creencia alivio	5,031	,029	-1,324	58	,191	-3,167	2.392	-7,954	1,621
			-1,324	52,473	,197	-3,167	2.392	-7,965	1,632
Creencia permisiva	,356	,553	,640	58	,525	1,100	1.720	-2,342	4,542
			,640	55,281	,525	1,100	1.720	-2,346	4,546

En cuanto a las creencias anticipadoras, se observa que no existe diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de psicosis inducida por sustancias (17.43) y esquizofrenia (19.57) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad que se muestra para este valor es de 0.247, y dado que este valor es mayor que 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis del investigador

Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$, y se acepta la hipótesis nula Ho1: $\mu 1 = \mu 2$.

En la creencia de alivio, se observa que no existen diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de psicosis inducida por sustancias (17.10) y esquizofrenia (20.27) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad que se muestra es de 0.191, y dado que este valor es mayor que 0.05, se rechaza la hipótesis del investigador Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$, y se acepta la hipótesis nula

Ho1: $\mu 1 = \mu 2$.

En cuanto a las creencias permisivas, se observa que no existen diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de psicosis inducida por sustancias (21.47) y esquizofrenia (20.37) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad es de 0.525, y dado que este valor es mayor que 0.05, se rechaza rechaza la hipótesis del investigador $Hi1: \mu 1 \neq \mu 2$, y se acepta la hipótesis nula $Ho1: \mu 1 = \mu 2$.

9.2.3 Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) y drogodependientes con esquizofrenia.

Ho1: $\mu 1 = \mu 2$

No existe diferencia entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes con diagnostico de psicosis inducida por sustancias y esquizofrenia.

Hi1: $\mu 1 \neq \mu 2$

Existen diferencias entre las medias de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas de los grupos de drogodependientes de psicosis inducida por sustancias y esquizofrenia.

Tabla 23. Prueba de hipótesis de las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los grupos de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) y drogodependientes con esquizofrenia.

Creencias	Diagnostico	N	Media	Desviación standard	Media error standard
Creencia anticipadora	Tab + fmd	30	18,33	18,33	1,573
	Esquizofrenia + fmd	30	19,57	19,57	1,420
Creencia de alivio	Tab + fmd	30	18,63	18,63	1,501
	Esquizofrenia + fmd	30	20,27	20,27	1,946
Creencia permisiva	Tab + fmd	30	22,47	22,47	1,344
	Esquizofrenia + fmd	30	20,37	20,37	1,073

Tabla 24. Prueba de muestra independiente

	t-test Para igualdad de media								
	f	sig	T	Df	Sig bilateral	Diferencia de media	Error diferencia standard	95% confidencia en el intervalo de la diferencia B	A
Creencia anticipadora	,542	,464	-,582	58	,563	-1,233	2.119	-5,475	3,008
			-,582	57,400	,563	-1,233	2.119	-5,476	3,009
Creencia alivio	3,387	,071	-,664	58	,509	-1,633	2.458	-6,554	3,287
			-,664	54,487	,509	-1,633	2.458	-6,561	3,294
Creencia permisiva	,587	,447	1,227	58	,225	2,100	1.712	-1,326	5,526
			1,227	55,450	,225	2,100	1.712	-1,329	5,529

En cuanto a las creencias anticipadoras, se observa que no existe diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de trastorno afectivo bipolar (18.33) y esquizofrenia (19.57) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad que se muestra para este valor es de 0.563, y dado que este valor es mayor que 0.05,

por lo tanto se rechaza la hipótesis del investigador Hi1: μ 1$\neq$ μ 2, y se acepta la hipótesis nula Ho1: μ 1= μ 2 .

En la creencia de alivio, se observa que no existen diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de trastorno afectivo bipolar (18.63) y esquizofrenia (20.27) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad que se muestra es de 0.509, y dado que este valor es mayor que 0.05, se rechaza la hipótesis del investigador Hi1: μ 1$\neq$ μ 2, y se acepta la hipótesis nula Ho1: μ 1= μ 2 .

En cuanto a las creencias permisivas, se observa que no existen diferencias significativas entre las medias, entre los grupos de trastorno afectivo bipolar (22.47) y esquizofrenia (20.37) ($p \leq 0.05$). El nivel de probabilidad es de 0.225, y dado que este valor es mayor que 0.05, se rechaza rechaza la hipótesis del investigador Hi1: μ 1$\neq$ μ 2, y se acepta la hipótesis nula Ho1: μ 1= μ 2.

10. Discusión.

De cara a las hipótesis y resolución del problema planteado, se pudo observar que los grupos de drogodependientes con diagnostico dual, poseen creencias comunes acerca del abuso de sustancias psicoactivas. Estos resultados coinciden con los reportados en investigaciones realizadas por Heatherton, Baumeister (1991), Lingswiler, Crowter, Stevenhens (1989), Zotter y Crowter (1991), citados por Beck y Cols (1999), en las que se han encontrado similitudes en ciertas creencias en distintos tipos de adicciones y entre distintas personas adictas, estas creencias contribuyen al mantenimiento de la adicción y la base para la recaída.

Beck y otros, 1990, han señalado una serie de creencias comunes que son típicas de pacientes que sufren de varios trastornos de la personalidad, tal y como se describen en el DSM IV revisado.

De igual manera se han encontrado en investigaciones con pacientes con trastorno de personalidad clasificados en el eje II (Reiger y otros, 1990, en Beck y Cols, 1999). Estos trastornos poseen patrones cognitivos, afectivos y conductuales duraderos que se caracterizan por ser rígidos, poco adaptables y se resisten a ser modificados.

Beck y Cols, (1999) afirman que los drogodependientes poseen una visión peculiar de si mismos, del mundo y del futuro. La secuencia generalmente avanza desde una creencia nuclear como una visión negativa de uno mismo (indefensión, indeseabilidad) "yo no valgo nada, soy una porquería, no puedo

recuperarme de las drogas", una perspectiva negativa del mundo (nocivo, opresivo) "la única forma de escapar de este mundo y de sentimientos desagradables es tomando droga, nunca podré salir de este mundo tan horrible". Y una visión negativa del futuro (desesperanza) "nada mejorará aunque deje de consumir drogas, la vida seria deprimente si dejara las drogas". Como se puede observar en este estudio se observa que los resultados obtenidos de estas creencias en los distintos diagnósticos, no hay una diferencia significativa. Se encontró que en los participantes con diagnostico de psicosis inducida por sustancia, drogodependientes con trastorno afectivo bipolar y drogodependientes con esquizofrenia mantienen las misma creencias acerca de si mismo, del futuro y del mundo. Al encontrarse las mismas creencias en estos tres tipos de diagnostico, se encuentran unas diferencias como la creencia negativa de si mismo, la cual se encuentra baja en el grupo de psicosis inducida por sustancias, mientras que en el grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) se encuentra alta. En la creencia negativa del futuro, estos dos grupos no tienen diferencias, esta se encuentra baja, muy a diferencia del grupo de drogodependientes con esquizofrenia en la cual se encuentra alta. En el caso de la creencia negativa del futuro coincide con la creencia anterior en que el grupo de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes trastorno afectivo bipolar se encuentran bajas, mientras que en el grupo de drogodependientes con esquizofrenia se encuentra alta.

Heatherton, Baumeister (1991), Lingswiler, Crowter, Stevenhens (1989), Zotter y Crowter (1991), citados por Beck y Cols (1999), en las que se han encontrado similitudes en ciertas creencias en distintos tipos de adicciones y entre distintas personas adictas, estas creencias contribuyen al mantenimiento de la adicción y la base para la recaída.

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación. (Beck, 1999) formuló una secuencia específica de creencias que conducen a que la persona beba o utilice drogas. Primero aparecen las creencias anticipadoras, relacionadas con la obtención de placer mediante la utilización de drogas o alcohol. Estas creencias anticipadoras normalmente progresan hacia creencias imperativas sobre el alivio que definen la utilización o la bebida como una necesidad fatal y manifiestan que el craving es incontrolable y debe ser satisfecho. La anticipación del placer o el alivio lleva a la activación del craving y a las creencias facilitadoras o permisivas que legitiman la utilización de las drogas o la bebida.

En este estudio, se encontró que los grupos de psicosis inducida por sustancias, de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), y drogodependientes con esquizofrenia, poseen creencias anticipadoras, de alivio y permisivas similares.

Al respecto de las creencias anticipadoras en el grupo de psicosis inducida por sustancias y el grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) se encontró que no hay una diferencia, ya que estas personas tienden a pensar,

"será divertido hacer esto...esta bien probarlo ocasionalmente...no podría ser social sin consumir droga".

En cuanto a las creencias de alivio, en estos grupos pertenecientes a la investigación, también manejan las mismas creencias como "necesito droga para poder funcionar...no puedo estar mas sin ella...me sentiré de nuevo bien si utilizo...necesito la droga".

Con relación a las creencias permisivas entre los grupos de psicosis inducida por sustancias y trastorno afectivo bipolar (TAB), tampoco se encuentran diferencias, ya que ellos tienden a pensar "no lo merezco...podré manejarlo...como me encuentro triste, esta bien que lo use...no hay nada mas que me funcione bien".

Con relación a las creencias anticipadoras entre los grupos de psicosis toxica y drogodependientes con esquizofrenia, no se encontraron diferencias, ya que estos pacientes tienden a pensar "la vida sin tomar drogas es aburrida... no estoy preparado para dejar de tomar droga".

Con respecto a las creencias de alivio en los grupos anteriores, tampoco se encontró mayor diferencia, ya que tienden a pensar "es la única forma de afrontar el dolor de mi vida...la única forma de manejar mi ira es usando droga"

Con respecto a la creencia permisiva entre los grupos de psicosis toxica y drogodependientes con esquizofrenia, no se encontró ninguna diferencia, sus creencias son "no puedo funcionar sin ellas...el craving y los impulsos hacen que tome droga".

Con relación a las creencias anticipadora en los grupos de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) y drogodependientes con esquizofrenia, no se encontró ninguna diferencia, estos pacientes piensan "tomar droga es la única forma de incrementar mi creatividad y productividad...mi vida no mejorará, incluso aunque deje de tomar droga".

Con respecto a las creencias de alivio en los grupos de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) y drogodependientes con esquizofrenia, no hay diferencias, las creencias más relevantes son "la vida seria deprimente si dejara las drogas...los craving y los impulsos no desaparecerán a menos que tome droga.

Con respecto a las creencias permisivas en los grupos de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) y drogodependientes con esquizofrenia, las diferencias no son significativas, se encuentran creencias como "no merezco recuperarme de las drogas...el abuso de sustancias no resulta un problema para mi".

En esta investigación podemos observar que la creencia mas predominante entre los tres grupos fueron las creencias "ANTICIPADORAS ", ya que se encontró en mayor cantidad de pacientes en los diferentes grupos. Siendo el mayor grupo del de drogodependientes con esquizofrenia, seguido por psicosis inducida por sustancias. Estos resultados se asemejan a los de Beck y colaboradores, (1999) las cuales están relacionadas con la obtención de placer mediante la utilización de drogas o alcohol. Estas creencias anticipadoras normalmente progresan hacia creencias hiperactivas sobre el alivio, que definen

la utilización o la bebida como una ansiedad fatal y manifiestan que el craving es incontrolable y debe ser satisfecho. La anticipación del placer o el alivio lleva a la activación del craving y las creencias facilitadoras o permisivas, "me lo merezco, está bien", que legitiman la utilización de las drogas o la bebida. Así mismo se observa similitud en relación al planteamiento de Ellis (1986) en relación a la creencia de baja tolerancia a la frustración y evaluación de uno y de los otros. También coincide con los resultados de Polo y Amar (2006) respecto a la baja tolerancia a la frustración.

11. Conclusión

Esta investigación permitió describir y comparar las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas entre los drogodependientes con diagnostico dual, facilitándole al profesional de la salud conceptualizar los problemas del paciente en función de sus creencias para abordar de manera mas eficaz su problemática.

En los tres grupos de drogodependientes, los cuales son, psicosis inducida por sustancias, drogodependientes con trastorno afectivo bipolar y drogodependientes con esquizofrenia, poseen creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas comunes como son las creencias anticipadoras, las creencias de alivio y las creencias permisivas.

Entre el grupo de psicosis inducido por sustancias, drogodependientes con trastorno afectivo bipolar y el grupo de drogodependientes con esquizofrenia, no se encontraron diferencias significativas en las creencias que hacen parte del estudio, las creencias anticipadoras, de alivio y permisivas son similares en los dos grupos.

Se observa que la creencia que más se destaca en los tres grupos es la ciencia anticipadora, pero mostrando un mayor predominio en el grupo de esquizofrenia.

12. Recomendaciones

El tratamiento de los trastornos duales, en personas con trastorno por consumo de sustancias es uno de los retos que tienen planteados los organismos de salud mental, siendo necesaria la búsqueda de soluciones eficaces, (Johnson 1997, citado en Rubio, 2002) el modelo cognitivo reconoce la interdependencia entre cogniciones, emociones, comportamiento, sistema de valores y lo biologico, por lo que se ha convertido en uno de los modelos que muestran mayor efectividad en abordajes de problemas complejos, esto es: el trastorno por consumo y el trastorno psiquiátrico.

Identificar las creencias teniendo encuenta el diagnostico asociado en drogodependientes facilita modelos de intervención en el campo de prevención de recaídas, el cual es uno de los principios de la Terapia cognitivo conductual por lo que, debe abordarse el trastorno con una visión holística del ser humano con un planteamiento de rehabilitación psicosocial, en el que el control de la adicción es imprescindible, incluyendo, por tanto, la abstinencia completa, aun cuando la APA (1997) de acuerdo con Polo y Amar (2006) sugiere también ser suficiente una abstinencia parcial en el programa, dado que la mera permanencia en el programa se asocia a menor consumo y complicaciones medicas.

Si bien esta investigación estableció la descripción y comparación de las creencias acerca del abuso de sustancias en drogodependientes con

diagnostico dual, esta sirve de base para la realización de futuras investigaciones, lo cual permitiría establecer un nuevo planteamiento teórico y comprensión de esta problemática de salud publica en drogodependientes con diagnostico dual especialmente investigaciones que validen cada vez más este modelo en materia de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado (s.f.), citado en http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion.html

AMAR, José. Psicopatología. Barranquilla: Efemérides, 1.990

ANTHENELLI, R. M; & SCHUCKIT, M.A. Affective and anxiety disorder and alcohol and drug dependence: diagnosis and treatment. Journal of addictive diseases (1993).

ÁVILA, B.H. (2006). Introducción a la metodología de la investigación, disponible en la pagina http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2i.htm. Bajado de internet en mayo 2007

AYUSO, José. Manual de psiquiatría. México: Mc Graw Hill, 1995.

BATEGAY, Raymond. Diccionario de psiquiatría. España: Herder, 1989.

BECK, Aaron. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós, 1.999.

BOURGEOIS, M.L. trastornos bipolares del estado de ánimo. Barcelona: Masson, 1997.

DOLMOUN, D. Nuestro mundo dual. Disponible en http://www.lasdrogas.info/blog/?author_name=daniel/. Bajado de Internet septiembre 2006.

ELLIS, A. & ABRAHMS, E, (1986). Teoría ABC de TRE (2ª. Ed.). México: Editorial Pax México.

ELLIS, A. BERNARD, M, R. (1990). Manual de la terapia racional emotiva. Descleé De Brouwer.

ELLIS, Albert. TRE con alcohólicos y toxicómanos. Descleé De Brouwer S.A. 1992.

GOMEZ, Y, MAQUET, I. (2002). Factores psicosociales en el trastorno afectivo bipolar. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.

HERNANDEZ SAMPIERI, R. COLLADO, C. BAPTISTA, I. Metodología de la investigación. México, Mc Graw Hill, 1998.

HERNANDEZ SAMPIERI, R. COLLADO, C. BAPTISTA, I. Metodología de la investigación. México, Mc Graw Hill, 2003.

LATORRE, H .articulo Colombia Productor y Consumidor, disponible en http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2003/drogas_el_problema_del_consumo/newsid_3113000/3113809.stm

LORENZO y MEYER, La comorbilidad entre el alcoholismo y el trastorno bipolar. Disponible http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art34001. (2002).

MARLATT, A. Cognitive behavioral model of the relapse process. 1985.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. 1995.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Consulta nacional sobre la situación del país en materia del uso indebido de drogas. Problemática y alternativas. Bogota, 2004.

MORENO, A. GALLARDO, Y. Aprender a investigar. 1999.

PICHOT, Pierre. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1997.

POLO, Irene y AMAR, José (2006). Estudio expost facto del esquema cognitivo en grupos drogodependientes con diagnostico dual pertenecientes al programa de farmacodependencias del Cari. 2006.

Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXVII, No. 1, 1998
RUBIO, G. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid, España. Panamericana. 2001.

SARASON, Irving y SARASON, Bárbara. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Prentice Hall, 1998.

Sciacca, Kathleen. Dual Diagnosis treatment and motivational interviewing. http://www.treatment.org/topoics/pdf/sciaccaremovingbarriers.pdf septiembre 7 de 2006.

SONNE, S. (1996). Abuso de sustancias y trastorno afectivo bipolar. Revista ret, 7, 4-8.

SONNE, S. Abuso de sustancias y trastorno afectivo bipolar. 1996

TABORDA, Luís Carlos. Principios de semiología psiquiátrica. Bogota: Pinel, 1991.

TELLEZ MOSQUERA, Jairo, citado en la pagina web unimedios de la UN 2006 http://www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/76/10.htm,

TORO, Ricardo. Fundamentos de medicina y psiquiatría. Medellín: Coordinación para investigaciones biológicas, 1998.

VALLEJO, Julio. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Bogotá: Salvat, 1991.

YEPES, Luís Eduardo. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Medellín: Quebecer, 1.998.

2 Drogas
3 Sustancias Psicoactivas
4 Farmacodependencia
5 Abuso de Drogas
consumo
Psicologia