

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DETENIDOS EN ESTABLECIMIENTOS CARCELARIOS SIN ANTECEDENTES DE CONSUMO Y EN PROCESO DE DESHABITUACIÓN A LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

EDEL MERY CORREA DUARTE



**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BUCARAMANGA
2009**

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DETENIDOS EN ESTABLECIMIENTOS CARCELARIOS SIN ANTECEDENTES DE CONSUMO Y EN PROCESO DE DESHABITUACIÓN A LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

EDEL MERY CORREA DUARTE

Trabajo de Grado:

En la modalidad de proyecto de grado para optar al título de Psicóloga

Asesor:

Juan Gabriel Sánchez Cabra

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BUCARAMANGA

2009

Nota de Aceptación: _____

Presidente del Jurado: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____

Floridablanca, _____

Agradecimientos y Dedicatorias

A Dios,

A mi padre que se convirtió en un lucero para mi vida,

A mi madre, mi bello tesoro, con su sacrificio y esfuerzo me ayudó a finalizar esta meta.

A mi hermano,

A René con quien compartí mi vida en los últimos años de mi formación,

A mis abuelos, tíos, primos por acompañarme.

A Olga amiga y compañera de universidad,

A Patty por confiar en mí,

A Juan Gabriel mi asesor,

A las instituciones en las que desarrolle mi trabajo de grado.

Y a cada una de las personas y circunstancias que tallan el ser humano y la profesional que

se forma en mí.

Tabla De Contenido

Índice de Tablas	
Índice Anexos	
	Pág.
Resumen	
Introducción.....	11
Justificación.....	13
Planteamiento del Problema.....	15
Objetivos.....	17
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Marco Conceptual.....	18
Metodología.....	47
Tipo de Investigación	
Diseño	
Población	
Muestra	
Instrumentos	
Procedimiento	
Resultados.....	53
Discusión.....	78
Conclusiones.....	89
Recomendaciones.....	89
Referencias Bibliográficas.....	93
Anexos	

Índice De Tablas

	Página
Tabla 1: Variables Sociodemográficas de Hombres Detenidos en tratamiento para SPA.....	54
Tabla 2: Variables Jurídicas Hombres Detenidos en Tratamiento para SPA.....	55
Tabla 3: Variables relacionadas al Consumo y tratamiento de hombres detenidos En tratamiento para SPA.	
Tabla 3A: Variables Para Antecedentes del Consumo SPA.....	56
Tabla 3B: Variables de Tratamiento para las SPA en Hombres.....	57
Tabla 4: Variables del MCMI III para Hombres Detenidos en Tratamiento de SPA	
Tabla 4A: Escalas de validez MCMI III en hombres en tratamiento a SPA.....	58
Tabla 4B: Escalas del MCMI III respecto el Eje I del DSM IV en hombres en Tratamiento a SPA.....	59
Tabla 4C: Variables de MCMI III respecto el Eje II del DSM IV en hombres en Tratamiento a SPA.....	61
Tabla 5: Variables Sociodemográficas en Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA.....	62
Tabla 6: Variables Jurídicas Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA.....	63
Tabla 7: Variables del MCMI III para Hombres No Consumidores de SPA, Población General de Internos.	
Tabla 7A: Escalas de Validez MCMI III en hombres sin antecedentes de SPA.....	63
Tabla 7B: Escalas del MCMI III respecto el eje I del DSM IV en hombres sin Antecedentes de SPA.....	62
Tabla 7C: Variables de MCMI III respecto el Eje II del DSM IV en hombres sin Antecedentes de SPA.....	65
Tabla 8: Variables Sociodemográficas de Mujeres Detenidas en tratamiento para SPA.....	67

Tabla 9: Variables Jurídicas de Mujeres Detenidas en Tratamiento para SPA.....	69
Tabla 10: Variables relacionadas al Consumo y tratamiento de mujeres detenidas en Tratamiento para SPA	
Tabla 10A: Variables de Antecedentes de Consumo de Mujeres en tratamiento De SPA.	70
Tabla 10B: Variables de Tratamiento para Mujeres en tratamiento en SPA.....	71
Tabla 11: : Variables del MCMI III para Mujeres Detenidas en Tratamiento de SPA	
Tabla 11A: Escalas de Validez MCMI III Mujeres en Tratamiento a SPA.....	71
Tabla 11B: Variables de MCMI III respecto del eje I del DSM IV.....	72
Tabla 11C: Variables de MCMI III respecto del eje II del DSM IV.....	73
Tabla 12: Variables Sociodemográficas de Mujeres Sin Antecedentes de SPA.....	74
Tabla 13 Variables Jurídicas para Mujeres Sin Antecedentes de SPA.....	75
Tabla 14: Variables del MCMI III para Mujeres Detenidas Sin antecedentes de SPA.	
Tabla 14A: Escalas de Validez MCMI III en Mujeres sin Antecedentes de SPA.....	76
Tabla 14B: Variables de MCMI III respecto el Eje I del DSM IV.....	76
Tabla 14C: Escalas del MCMI III respecto el Eje II del DSM IV.....	77

Índice De Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado para los participantes del proyecto.

Anexo 2: Entrevista Sociodemográfica Para Hombres y Mujeres Detenidos En Establecimientos Carcelarios Sin Antecedente de Consumo y en Proceso de Deshabitación a las Sustancias Psicoactivas, Con los siguientes formatos:

A. Entrevista Sociodemográfica para hombres detenidos en tratamiento a Sustancias Psicoactivas de la Comunidad Terapéutica Nuevos Horizontes.

B. Entrevista Sociodemográfica para hombres en tratamiento detenidos sin antecedentes de Sustancias Psicoactivas de la Población General de Internos.

C. Entrevista Sociodemográfica para mujeres detenidas en tratamiento a Sustancias Psicoactivas de la Red de Escucha – Programa de Narcóticos.

D. Entrevista Sociodemográfica para mujeres detenidas sin antecedentes de Sustancias Psicoactivas de la población general de internas.

Anexo 3: Hoja de Respuestas prueba de Personalidad MCMI III.

RESUMEN

TITULO: CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DETENIDOS EN ESTABLECIMIENTOS CARCELARIOS SIN ANTECEDENTES DE CONSUMO Y EN PROCESO DE DESHABITUACIÓN A LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Edel Mery Correa Duarte

FACULTAD: Facultad de Psicología.

DIRECTOR: Juan Gabriel Sánchez Cabra

RESUMEN

Este estudio realizó la descripción de características sociodemográficas, jurídicas, historia de consumo y tratamiento a las sustancia psicoactiva y evaluación de la personalidad en hombres y mujeres detenidos en establecimientos carcelarios de la ciudad de Bucaramanga incluidos en programas de tratamiento penitenciario a las sustancias psicoactivas, en comparación con los hombres y mujeres que en igual condición de reclusión no reportan antecedentes de sustancias psicoactivas. La muestra la integraron 25 hombres de la comunidad terapéutica nuevos horizontes y 25 hombres de la población general de internos, 18 mujeres del programa narcóticos anónimos y 18 mujeres de la población general de internas de la reclusión de mujeres. Como instrumentos se utilizaron la entrevista diseñada para esta investigación “Entrevista Sociodemográfica para hombres y mujeres no consumidores y en proceso de deshabituación a las Sustancias Psicoactivas” y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III). Entre los datos relevantes encontrados los hombres sin antecedentes de consumo proceden de otros lugares fuera del área metropolitana de Bucaramanga (98%) y el delito que los caracteriza es ley 30 (29%). La ansiedad es el trastorno mas alto en hombres sin consumo (56%), mientras que para los hombres consumidores es el segundo mas alto (50%) después de la dependencia de sustancias psicoactivas (72%). Respecto a los trastornos de personalidad no hay puntuaciones elevadas respecto a lo encontrado en la literatura y las diferencias entre hombres y mujeres sin antecedentes no son marcadas respecto a los que se encuentran en tratamiento.

PALABRAS CLAVES:

Sustancias Psicoactivas, Trastornos de la Personalidad, Comunidad Terapéutica, Comorbilidad Psicopatológica.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

ABSTRACT

TITLE : MEN AND WOMEN ARRESTED IN PRISON ESTABLISHMENTS WITHOUT DRUG USE RECORD AND IN COURSE OF DETOXIFICATION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES PERSONALITY FEATURES

AUTHOR: Edel Mery correa Duarte

FACULTY: Faculty of Psychology.

DIRECTOR: Juan Gabriel Sánchez Cabra

RESUMEN

This study made the description of Sociodemographic, legal, intake record and psychoactive substances treatment features, and personality evaluation of men and women included in psychoactive substances penitentiary treatment programs, arrested in Bucaramanga's city prison establishments, in comparison to the men and women who doesn't have drug use record and have the same condition of being in prison establishments. The sample contain, 25 men of the therapeutic community " Nuevos Horizontes", 25 men of the general prison population, 18 women of the "Narcoticos Anonimos" program, 18 women of the general woman's prison population. As tools were used the designed interview for this research "Entrevista sociodemografica para hombres y mujeres no consumidores y en proceso de deshabituación a las sustancias psicoativas" and the clinical stock " Multiaxial de Millon – III" (MCMI- III). In the relevant information found, men without intake record are from outside Bucaramanga's metropolitan area (98%) and the common crime between them it's "ley 30" (29%). The anxiety disorder it's the highest disorder in men without intake record (56%), while in drug users men it is the second one (50%) after psychoactive substances dependence (72%). Respect to the personality disorders there's no high scores between found in the literature and the differences between man and women without intake records aren't significant respect to those who are in treatment.

KEY MORDS:

Psychoactive substances, personality disorders, Therapeutic community, Psychopathological comorbidity.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

Introducción

Durante los últimos años se ha venido estudiando la comorbilidad psicopatológica que pueden presentar las personas con problemas de abuso de sustancias psicoactivas (SPA), y a la que se les ha atribuido como una de las razones de abandonos terapéuticos, el fracaso de los tratamientos debido a la presencia de trastornos clínicos y de personalidad.

En investigaciones Fernández, et al (2004); Iglesias y Marcos (2000) encontraron la presencia de comorbilidad en personas en proceso de deshabituación de SPA, y que estos clínicos sumados a los de trastornos de personalidad influyen cuando se interviene terapéuticamente en el logro de los objetivos y el proceso de recuperación; por ello la necesidad de definir e identificar la presencia de trastornos del eje I y II de DSM IV en los pacientes en recuperación de las SPA, para abordar convenientemente el problema a través de un diagnóstico como clave para el tratamiento.

De acuerdo a lo anterior se hace necesario avanzar en este tema a nivel local, si se tiene en cuenta que las cifras de consumo de sustancias psicoactivas van en aumento, esto lo demuestra las cifras sobre consumo que arrojó el observatorio de salud pública de Santander para el año 2006 de los casos reportados el 67% son nuevos y el 33% reincidentes. Así se hace necesario avanzar en la evaluación de personas con problemas de adicciones y aportar a los centros encargados de rehabilitación.

El desarrollo de esta investigación surge del interés en evaluar la presencia de comorbilidad psicopatológica en personas que abusan de sustancias psicoactivas que se encuentran en un programa de comunidad terapéutica para hombres y en el programa de red de escucha – programa de narcóticos para mujeres, que se encuentran internos o internas en centros carcelarios de la ciudad de Bucaramanga. Para ello se hacen partícipes dos instituciones carcelarias del INPEC: Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga –ERE y Reclusión de Mujeres de Bucaramanga.

Una de las problemáticas más frecuentes al interior de estos programas es la recaída en el consumo de SPA durante el tratamiento en el programa, el abandono del tratamiento o la recaída una vez finaliza el tratamiento. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son las características de la Personalidad presentes en los hombres y mujeres detenidos en establecimientos penitenciarios sin antecedentes de consumo y en proceso de deshabitación a las sustancias psicoactivas?

Realizar esta investigación hace necesario indagar las características demográficas y de consumo que llegan a influir o ser un factor de riesgo para el mantenimiento de éste. Tiene fundamentos conceptuales sobre las características de perfil delictivo, Garrido, E (2007); Echeburúa (2000); y sobre la teoría de la personalidad del quien a su vez es autor de uno de los instrumentos utilizados para describir las características de la personalidad como lo es el MCMI. Millon, T (1998, 2007).

Justificación

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública mas graves a los que se enfrentan la mayoría de países en el mundo; este se ha asociado a enfermedades crónicas, muertes accidentales y actividades delictivas; y debido a la naturaleza adictiva de algunas de estas sustancias y a su impacto en el funcionamiento social, estas se consideran un problema psiquiátrico que precisa intervención clínica.

A pesar de la atención prestada y al presupuesto destinado a esta problemática por distintos gobiernos y organizaciones, se ha avanzado poco en la reducción del consumo de drogas, convirtiéndose el uso de estas sustancias en un problema de difícil manejo y graves consecuencias a nivel social, económico y de salud publica. De hecho el problema parece empeorar a través del tiempo, como lo demuestran los estudios realizados por el Programa de las Naciones Unidas para el control internacional de drogas (1996) donde se estima que cada

año entre 188 y 234 millones de personas en el mundo se inician en el consumo de sustancias psicoactivas.

Colombia no es ajena a esta problemática como lo demuestra el estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en 1992, y respecto al estudio de 1996 se demuestra un aumento en el consumo conforme al anterior estudio. Para el año 2003 en el estudio Nacional de Salud Mental de Colombia se identificó los trastornos debidos a sustancias psicoactivas con mayor prevalencia ocupando el tercer lugar con un 10.6% para el total de la población colombiana.

En el ámbito regional, se halló en el Observatorio de Salud Publica de Santander (2006) de acuerdo a los registros de la oficina de salud mental de la secretaria de salud departamental que el 91% de los casos atendidos por el uso de sustancias psicoactivas corresponden a hombres, mientras que el 9% se refiere a mujeres; en cuanto a la edad de consumo el rango estuvo entre los 12 a 55 años. De los casos revisados el 67% se deben a nuevos casos, mientras el 33% eran reincidentes.

Para el contexto carcelario las estadísticas sobre consumo de SPA no difieren de las antes mencionadas para población general, pues de cada 100 personas detenidas 39 admitieron haber consumido SPA alguna vez en su vida y el 40% de estas personas consumidoras corresponde al sexo masculino y el 25% al femenino, así mismo el mayor porcentaje se da para las edades entre los 18 y 37 años, así lo demuestra el proyecto de prevención integral de la drogadicción en el Sistema Penitenciario realizado entre los años 1993 y 1994. Giraldo y García (1999).

Este mismo estudio señala que del total de consumidores, un 75.51% ya había consumido SPA antes del ingreso y un 24.49% tuvo el primer consumo luego del ingreso a la cárcel.

Debido a la presencia de esta problemática en las instituciones carcelarias, el INPEC ha visto la necesidad de adelantar propuestas de intervención encaminadas a ofrecer alternativas para que las personas detenidas aprendan a vivir saludablemente. Como respuesta a esto en

año 2007 el INPEC adelanto en convenio con la UPB Bucaramanga el proyecto de: “Diseño e Implementación de una Estrategia de Fortalecimiento Institucional para la prestación de Servicios de Prevención y Atención a Internos con Problemas Potenciales o Reales de Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas en Establecimientos de Reclusión”, para buscar respuestas de evaluación e intervención para el manejo de esta problemática y de esta manera cumplir el objetivo institucional de reeducar para la reinserción a la sociedad.

En el Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Bucaramanga y la Reclusión de Mujeres de Bucaramanga, los programas de intervención para el consumo de SPA están dirigidos por el área de Tratamiento y Desarrollo Penitenciario. Para el primer establecimiento funciona desde hace aproximadamente 10 años la Comunidad Terapéutica Nuevos Horizontes (CTNH), la cual ha sido pionera a nivel nacional en el tratamiento de SPA, mientras que en la Reclusión de Mujeres de Bucaramanga funciona la red de escucha - programa de narcóticos tiene menor trayectoria con relación a la primera; esto debido a que se considera existe un menor índice de prevalencia de consumo de estas sustancias en la población femenina con relación a la masculina.

Sin embargo el objetivo que se pretende tanto para CTNH y la red de escucha es el mismo: conseguir que la persona logre una abstinencia duradera, a través del logro inmediato de reducir el abuso de drogas, mejorar la capacidad de funcionamiento de la persona y minimizar las complicaciones sociales del abuso de drogas, para de esta manera cambiar el comportamiento e ir adoptando estilos de vida mas saludables.

Pero el logro de dicho objetivo no es sencillo ante un mismo fenómeno que pareciera corresponder a todos los tratamientos de deshabituación o rehabilitación de SPA y son el fenómeno de las recaídas en el consumo por parte de sus residentes. En varias investigaciones en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación se ha encontrado la comorbilidad entre trastornos por sustancias psicoactivas que corresponden al eje I del DSM IV TR y a trastornos de personalidad del eje II. Fernández (2004); Iglesias y Marcos (2000); Rojas y Espinosa

(2002); Sánchez y Tomás (2000). Y donde esta ha sido una de las explicaciones que han dado y ha tomado fuerza respecto al fracaso, abandono o recaídas en los tratamientos; puesto que pareciera que se está en tratamiento para sustancias psicoactivas pero se desconocen otras problemáticas que hacen que el consumo se mantenga o viceversa.

Respecto a los planteamientos anteriores y teniendo en cuenta que el fenómeno de las recaídas se presenta en los hombres y mujeres que pertenecen a los tratamientos al interior de los centros carcelarios, se plantea esta propuesta de investigación que pretende identificar las características de personalidad en sujetos en condición de reclusión sin antecedentes de SPA y en proceso de deshabitación a las SPA, para evaluar la presencia de estos trastornos más relacionados al consumo que a la vida delictiva.

Igualmente la ejecución de investigaciones como la planteada no solo llegaría a consolidar una herramienta de evaluación en las personas pertenecientes a programas de deshabitación de SPA a través de la aplicación de instrumentos validados científicamente y útiles para la valoración necesaria en estos casos, sino que también contribuiría a posicionar la importancia del profesional en salud mental y los aportes desde la psicología en el tratamiento que brinda el INPEC a través de los grupos de deshabitación de SPA.

Planteamiento del Problema

La presencia de las sustancias psicoactivas han estado como el mismo nacimiento del hombre, la diferencia radica en el contexto en el que han sido utilizadas, descritas, o estudiadas. Así como se llegó a usar la marihuana en los tratamientos médicos entre otros usos, sin pasar más allá de ser una planta medicinal a constituirse en la actualidad en una de las tantas sustancias psicoactivas en el mundo.

Las sustancias psicoactivas se han ido transformando e innovando como su misma producción, comercialización y demanda sea. Sin lugar a duda Colombia es uno de los

productores más grandes de sustancias alucinógenas en el mundo y se relaciona a la misma configuración de la sociedad.

Respecto a las sustancias psicoactivas, resulta interesante la diversidad en los tratamientos y programas que se han establecidos para atender a las personas que usan, consumen o abusan de las SPA. Así estos van desde la atención individual hasta las grupales, pasando por formas de tratamiento grupal, psicológico y farmacológico.

Para todos los programas de prevención diseñados y aplicados esta el fenómeno que parece ser superior a estos, y el la reincidencia, es así que personas que han logrado ciertos avances en el la deshabituación de SPA recaigan en el abuso de estas. Y son estos resultados los que llevan a pensar en un porque de esas conductas y en un porque para los tratamientos.

Así en tratamientos residenciales como la comunidad terapéutica, y para el caso de la CTNH donde los logros han sido satisfactorios para unos casos no lo ha sido para la mayoría de ellos. Genera una actitud investigativa respecto a las características de la personalidad en las personas que residen en esta comunidad terapéutica y que llegaría a guiar el tratamiento y así se busquen disminuir la reincidencia.

Igual hay que tener en cuenta que el la deshabituación al consumo de SPA es uno de los procesos que tiene alteraciones de los componentes biológicos y la funcionalidad en el cerebro debido a las reacciones que la sustancia genera y las implicaciones fisiológicas; así son elementos que generan reacciones como la ansiedad entre otros. Y de esta manera el tratamiento requiere de una visión interdisciplinar. (Buela-Casal, Sierra y Arco; 2001).

Así como un aporte a tratar de resolver las causas recaídas, abandono de tratamientos o fracaso en este, igualmente indagar las variables sociales, jurídicas y de personalidad en los internos e internas que pertenecen a un programa de deshabituación al consumo de sustancias psicoactivas como de las que no reportan antecedentes de consumo y esta en la misma condición de reclusión, en este orden de ideas se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características de la Personalidad presentes en los hombres y mujeres

detenidos en establecimientos penitenciarios sin antecedentes de consumo y en proceso de deshabitación a las sustancias psicoactivas?

Objetivo General

Determinar las características de personalidad en reclusos en hombres y mujeres detenidos en establecimientos carcelarios sin antecedente de consumo y en proceso de deshabitación a las sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos

1. Evaluar las características de Personalidad en hombres y mujeres detenidos en establecimientos carcelarios en proceso de deshabitación a las sustancias psicoactivas.
2. Establecer las características de personalidad en hombres y mujeres detenidos en establecimientos carcelarios sin antecedente de consumo de sustancias psicoactivas.

Marco Conceptual

Las Sustancias Psicoactivas

Las sustancias psicoactiva generalmente se conocen como drogas, durante miles de años las personas las han ingerido para alterar la percepción, la conciencia con propósitos de placer, y la sociedad siempre ha restringido su consumo, se trata de sustancias químicas que alteran el estado de conciencia a través del efecto que generan en el cerebro, por ello son consideradas sustancias psicoactivas. Gross (2004).

Para Becoña (1995) citado en Herrero (2004) el uso y abuso de sustancias psicoactivas se debe entender como todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo, afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y producen síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Se consideran sustancias psicoactivas recreativas Gross (2004), a las sustancias psicoactivas que no tiene restricciones legales en su consumo como es el caso de la nicotina, cafeína y alcohol; Veitia y McGahee (1995) en Gross (2004) señala que frente a esta normalización y difusión en el consumo de sustancias psicoactivas legales en la cultura, sean consideradas adicciones comunes, lo que hace que estas sustancias adquieran un nivel de aceptación distinta a las de forma ilegal. En el caso del éxtasis que es una droga ilegal se utiliza también de forma recreativa. Son Consideradas actualmente Sustancias Psicoactivas ilegales sustancias tales como la cocaína, heroína, marihuana entre otras.

Según Bennetto (2000) en Gross (2004) plantea que a través de historia han existido sustancias psicoactivas que no tenían restricción en su uso como es el caso de la Cocaína que se encontraba en el medio farmacéutico en una variedad de productos hasta 1930, y entre 1890 y 1899 hacia parte de la bebida gaseosa Coca-Cola, donde se consideraba como un estimulante inocuo, actualmente es considerada una de las drogas con mayor consecuencias

maléficas por ello cuenta con una clasificación clase A dentro de la clasificación de las sustancias psicoactivas.

Según la OMS (2004) el consumo de alcohol, el tabaco y otras sustancias controladas esta aumentando rápidamente, y contribuye significativamente a la carga mundial de morbilidad. Se precisa que el 50% de los hombres y el 9% de las mujeres de los países en desarrollo son fumadores, en comparación con el 35% de los hombres y el 22% de las mujeres de países desarrollados.

Para la OMS, las estimaciones de la ONUDD (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) hay 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita en el mundo; el cannabis o marihuana es la sustancias ilícita más consumida, seguida de las anfetaminas, la cocaína y los opioides. El consumo de sustancias psicoactivas ilícitas es una actividad predominantemente masculina, mucho más que el consumo de cigarrillos o alcohol, y también tiene mayor prevalencia entre los jóvenes que en los grupos de mas edad.

El concepto de Adicción

Para Walters (1999) en Gross (2004) La adicción puede definirse como la actuación persistente y repetitiva de un patrón conductual que incluye: Progresión, que refiere el aumento de la gravedad; Preocupación acerca de la actividad; Pérdida percibida del control y Persistencia, a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo.

Generalmente, al hablar de sustancias psicoactivas, se remite inmediatamente a pensar en la adicción, y hasta hace un tiempo el problema de las drogas se organizaba alrededor de este concepto. Según Hammersley (1999) la perspectiva moderna de drogas es mirar el problema de las drogas como un fenómeno de dos aspectos: abuso de sustancias y dependencia de sustancias, que es la distinción que hace el DSM IV-TR. Y el término adicción se utiliza para referirse a un campo de estudios que abarca el uso, abuso y dependencias de las sustancias psicoactivas, mas que una teoría acerca de cómo las personas se vuelven adictas.

Adicción puede referirse también a varias conductas pasivas o activas, entre las que están la experiencia de comprar, jugar con maquinas de entretenimiento, la televisión, comer en exceso o abstenerse, el ejercicio, juegos de computadora y el internet, pues son potencialmente adictivas.

Respecto a la adicción a las sustancias psicoactivas, existen varias creencias, la primera es la no comprensión del por qué algunas personas se vuelven adictas a las drogas, ni como las drogas cambian el cerebro para que éste fomente el abuso compulsivo de las drogas, se llega a creer que el abuso de drogas y la drogadicción son estrictamente problemas sociales y a veces caracterizan a los toxicómanos como personas moralmente débiles; otra creencia muy común para toxicómanos deben poder dejar las drogas solo con estar dispuestos a cambiar su comportamiento, olvidando que es una enfermedad compleja que impacta el cerebro, por tanto no solo es necesaria la fuerza de voluntad. National Institute on Drug Abuse – NIDA (2008).

Drogadicción

Es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y para los que lo rodean. Es considerada una enfermedad del cerebro porque el abuso de drogas puede cambiar la estructura y funcionamiento de este. Si bien es cierto que la decisión inicial de tomar drogas es voluntaria, con el tiempo los cambios en el cerebro causados por el abuso repetido de las drogas pueden afectar el autocontrol y la habilidad del usuario para tomar decisiones sensatas, al mismo tiempo que envía impulsos intensos de usar drogas. NIDA (2008).

Teniendo en cuenta la neurobiología, las diferentes sustancias psicoactivas tienen diferentes formas de actuar en el cerebro para producir sus efectos. Se unen a diferentes receptores y pueden aumentar o disminuir la actividad de las neuronas a través de varios mecanismos diferentes. En consecuencia, tienen diferentes efectos conductuales, diferentes ritmos de aparición de la tolerancia, diferentes síntomas de abstinencia y diferentes efectos a corto y a

largo plazo. No obstante, las sustancias psicoactivas comparten características similares en la forma de alterar regiones cerebrales implicadas en la motivación, y esta es una característica trascendente en las teorías sobre el desarrollo de la dependencia.

El desarrollo de la dependencia puede considerarse como parte de un proceso de aprendizaje, en el sentido de que las interacciones entre las sustancias psicoactivas y los entornos asociados a ellas producen cambios de conducta perdurables. Una persona toma una sustancia y experimenta un efecto psicoactivo que es muy recompensante o reforzante y activa circuitos cerebrales que aumentan la probabilidad de que ese comportamiento se repita.

Consecuencias del Consumo de Sustancias Psicoactivas

La OMS (2004) reconoce efectos nocivos debido al consumo de sustancias psicoactivas.

1. Efectos nocivos para la salud: Pues puede generar enfermedad físicas, el alcohol puede generar cirrosis; el consumo de tabaco, cáncer de pulmón; en el caso de la heroína por el uso compartido de agujas agentes infecciosos como el VIH y hepatitis B y C.
2. Efectos a corto plazo sobre la salud biológica: Podrían generar muerte debido a los excesos de consumo o sobredosis. En el caso de opioides la sobredosis.
3. Efectos sobre la coordinación física, la concentración y el juicio: Puede generar muerte como el conducir baja efectos alcohol o de otras drogas, o otros accidentes como los suicidios y las agresiones.
4. Consecuencias sociales desfavorables: Problemas sociales agudos como la ruptura de relaciones, arrestos, y crónicos como el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares.

Las personas abusadoras de sustancias psicoactivas adquieren necesidades fisiológicas que los obliga a continuar tomando la droga, experimentando terribles síntomas físicos y psicológicos cuando intentan dejar su consumo, debido a la dependencia que se adquiere; igualmente lo colocara en situaciones de descuido tanto personal, como de sus roles y sus

responsabilidades sociales, incluso se involucrará en situaciones de tipo delictivo, como robar para asegurar su consumo.

Clasificación de las Sustancias Psicoactivas y los efectos del consumo en la Persona.

Las drogas son sustancias químicas que infiltran el sistema nervioso central, infiltrando el sistema de comunicación del cerebro, ya sea interrumpiendo el envío, recepción y procesamiento normal de información entre las células nerviosas. Hay por lo menos dos maneras de hacerlo, la primera limitando los mensajes químicos naturales del cerebro y la segunda sobreestimando el circuito de gratificación del cerebro. Por esta razón, es que se da la clasificación de las sustancias psicoactivas en depresoras y estimulantes, que son de carácter legal o ilegal.

Las drogas depresoras tienen una estructura similar a la de ciertos mensajeros químicos llamados neurotransmisores, que el cerebro produce de forma natural, debido a esta semejanza puede engañar a los receptores del cerebro, enviando mensajes anormales. Las drogas estimulantes hacen que las células nerviosas liberen grandes cantidades de neurotransmisores naturales o bloquean el reciclaje normal de estas sustancias, a lo cual es necesario para cortar las señales entre neuronas. NIDA (2008).

Drogas Legales

Depresores del Sistema Nervioso Central

Alcohol: *Efectos psicológicos:* Proporcionan sensación de relajación, disminuye la percepción del dolor y la ansiedad y, en un primer momento, desinhibe. Provoca problemas de coordinación y altera la capacidad de atención y, en general, el rendimiento intelectual. La irritabilidad, la pérdida del autocontrol, el insomnio, los delirios celotípicos o persecutorios suelen ser alteraciones frecuentes en los consumidores habituales de alcohol. El síndrome de abstinencia requiere de tratamiento médico ya que la ansiedad que experimentan es muy elevada, a lo que le sigue gran irritabilidad y vómitos. En casos severos, a partir del segundo

día, aparece el Delirium tremens: la confusión mental es grande y aparecen delirios y alucinaciones.

Implicaciones jurídicas: Los delitos cometidos por estas personas suelen estar relacionados con agresiones, provocación de peleas y con malos tratos hacia sus parejas. También suelen ser frecuentes los delitos contra la libertad sexual.

Estimulantes del Sistema Nervioso Central

Nicotina: Mecanismo de acción principal: Activa los receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta la síntesis y liberación de dopamina.

Tolerancia y Síndrome de Abstinencia: Aparece tolerancia, mediada por factores metabólicos y cambios de los receptores. El síndrome de abstinencia se caracteriza por irritabilidad, hostilidad, ansiedad, humor deprimido, disforia, disminución de la frecuencia cardíaca y el aumento del apetito.

Consumo Prolongado: Los efectos del consumo de tabaco sobre la salud están bien documentados; es difícil separar los efectos de la nicotina de los de otros componentes del tabaco.

Drogas Ilegales: hacen parte las sustancias psicoactivas *depresoras* del sistema Nervioso Central, como la Marihuana, Benzodiacepinas, Opiáceos (Heroína) y los inhalantes.

La Marihuana (THC): La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Las células nerviosas cerebrales contienen receptores de la proteína que se adhiere al THC, se encuentran en las partes del cerebro que influyen para el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y del tiempo y el movimiento coordinado; una vez alcanzan esas zonas lanzan una serie de reacciones celulares que finalmente llevan a la euforia que es lo que los usuarios experimentan cuando fuman marihuana.

Los efectos a corto plazo de uso de Marihuana pueden incluir problemas con la memoria y el aprendizaje, distorsiones en la percepción, dificultad para pensar y solucionar problemas, pérdida de la coordinación; y aumento en el ritmo cardiaco.

El consumo de la THC tiene efectos sobre el ritmo cardiaco y la presión arterial, genera reducción en la capacidad sanguínea para transportar oxígeno; deteriora la habilidad del sistema inmunológico para combatir agentes infecciosos. El hábito de fumar marihuana se genera un 50% y 70% más de hidrocarburos carcinógenos que el humo del tabaco.

La abstinencia de THC lleva al aumento en la activación del sistema de respuesta al estrés. Las personas que tratan de dejar el consumo reportan irritabilidad, dificultad para dormir y ansiedad; en pruebas psicológicas demuestran un alto grado de agresividad con una semana de haber dejado de consumir.

Efectos psicológicos: su consumo prolongado puede desencadenar trastornos psicóticos y cuadros delirantes, con alucinaciones. Pueden aparecer dificultades con la memoria y la concentración, alteraciones perceptivas y disminución de la motivación.

Implicaciones jurídicas: Debido a la capacidad de provocar graves trastornos psicológicos por lo que debemos conocer sus posibles efectos. Si bien en la mayoría de las personas consumidoras no existe un tipo de delito asociado a su consumo, debido a los efectos de un brote psicótico se pueden llegar a cometer delitos muy derivados y violentos.

Benzodíacepinas: Son los tranquilizantes como: Valium, Lexotán, Rivotril.

Suelen general dependencia y tolerancia. Brindan tranquilidad a los usuarios, pueden provocar irritabilidad depresión, y deterioro psicológico general (Ramón y Lapasió, 2002 en Fernández-Ballesteros, 2005). El consumo de benzodíacepinas no suele estar relacionado con la comisión de delitos, en general el consumo genera alteraciones psicopatológicas de los sujetos, y esta imputabilidad de dicho trastorno debido a la capacidad volitiva y cognitiva deteriorada.

Rivotril (Rophipnol) Generalmente no tienen olor ni sabor, por lo que se empezó a utilizar para añadir a bebidas de tal manera que las personas que la consumen no detectan su presencia, por ello empezó siendo utilizado para facilitar asaltos sexuales. Puede producir una amnesia anterógrada, por tanto es posible que las personas no recuerden lo que les ocurrió mientras estaban bajo los efectos de la droga. Igualmente puede ser letal al consumirse con otros depresores del SNC como el alcohol. NIDA (2006).

Opiáceos: Las drogas que pertenecen a este grupo son el opio, la morfina, la codeína, la heroína y la metadona. Son derivados de la adormidera y son depresores del sistema nervioso central. Algunos de sus derivados son utilizados en medicina como analgésicos. Generan rápidamente dependencia y cuando se suspende sus administración aparece el síndrome de abstinencia: se distingue entre agudo, tardío y condicionado (Becoña, 1995, en Fernández-Ballesteros, 2005)

Heroína: Su administración intravenosa convirtió a sus consumidores en víctimas potenciales del VIH, por lo que en la actualidad suele fumar o aspirar. Es posible una primera reacción de mareo y vómito, es frecuente la sequedad de boca, depresión del sistema respiratorio y disminución de la temperatura. El síndrome de abstinencia suele ser percibido por sus consumidores como insufrible, pero no reviste gravedad para la salud. La sobredosis suele provocar la muerte de los sujetos.

Efectos psicológicos: suele producir sensación de placer, euforia induce la sueño y disminuye el estado de alerta y el funcionamiento mental. Su consumo prolongado produce deterioro cognitivo, pérdida de motivación, depresión. A largo plazo también puede producir trastornos psicóticos.

Implicaciones jurídicas: se ha encontrado que para los usuarios de heroína, normalmente cometen delitos durante la época de abstinencia para conseguir dinero para el consumo, por lo general pueden ser robos o homicidios (Fernández-Ballesteros, 2005)

Inhalantes: Como la Gasolina, el bórax y el thinner.

Efectos psicológicos: pueden provocar efectos similares al alcohol, de euforia inicial, desaparición de las inhibiciones. A este estado le sigue otro de sedación al que puede seguir uno último de irritabilidad, A largo plazo es frecuente la depresión y los comportamiento agresivos

Implicaciones jurídicas: dado el efecto sobre los mecanismos de autocontrol y el aumento de la agresividad, suelen ser frecuentes las peleas y agresiones, que en ocasiones pueden dar lugar a homicidios involuntarios. (Fernández-Ballesteros, 2005)

Entre la sustancias psicoactivas Estimulantes del Sistema Nervioso Central:

Se encuentran sustancias como: Cocaína (Basuco - Perico), Alucinógenos (LSD y hongos) y el Éxtasis

Cocaína (Derivados perico y basuco)

La cocaína y sus derivados son un estimulante del sistema nervioso. Se suele inhalar o fumar. También se consume mezclándola con heroína, para prolongar sus efectos. El sueño y el apetito, se suelen asociar con una mayor riesgo de padecer trastornos cardiovasculares. Se produce tolerancia si se consume diariamente El síndrome de abstinencia se caracteriza por disforia, dolores gastrointestinales, depresión y trastornos del sueño.

Efectos psicológicos: Aumenta la capacidad subjetiva, la agresividad y disminuye la capacidad de autocontrol. Pueden aparecer delirios, irritabilidad e impulsividad.

Implicaciones Jurídicas: la excitación que produce en los consumidores los predispone a cometer delitos contra la propiedad, y agresiones injustificadas, conducta temeraria, especialmente si se conduce. Bajo sus efectos no se es consciente de la conducta, salvo que se produzca una intensa intoxicación o se vea acompañada por el consumo de otras drogas. Generalmente la responsabilidad de los sujetos se verá alterada en función del delito cometido y las condiciones bajo las que se cometa.

Alucinógenos: Los mas conocidos con el LSD y la mescalina. Su uso suele ser esporádico, dados los riesgos que se asocian a su consumo. Habitualmente quienes la consumen cuentan

con el apoyo de un guía durante el tiempo que duran sus efectos. Es frecuente el flash back, que es revivir lo que ya ha vivido bajo efectos de la droga.

LSD: (Dietilamida del ácido lisérgico) es una de las principales drogas en la categoría de los alucinógenos. Los efectos físicos aparecen entre los 30 a 90 minutos luego de haberse consumido, entre los que se incluyen dilatación de las pupilas, sudoración, falta de apetito, insomnio, sequedad en la boca, temblores y aumento de la temperatura corporal; y disminuyen luego de 12 horas de iniciado el consumo.

Causas alucinaciones, distorsiones profundas en la percepción de la realidad. Logran sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina, sistema encargado del control de la conducta, percepción, regulación, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular, la percepción sensorial, y el estado de animo, donde para este último es la sustancias mas potente para su alteración.

Cuando se toma una dosis lo suficientemente alta, la droga produce delirios y alucinaciones visuales, cambiando el sentido del tiempo, y estas parecen cruzarse, por tanto la persona puede oír colores y ver sonidos. NIDA (2006).

Para los usuarios de forma crónica de esta sustancia, padecen de los flashbacks o “deja vues” que son recurrencias de efectos propios del consumo de LSD, pero sin haber ingerido. Esto se puede presentar por lo menos durante un año luego de haber dejado su consumo.

Los usuarios de LSD pueden disminuir o abandonar voluntariamente su consumo con el transcurso del tiempo, puesto no se considera una droga adictiva, ya que no causa un comportamiento compulsivo tendiente a la búsqueda de la droga, como sucede con otras sustancias psicoactivas. Pero si produce tolerancia de forma rápida d manera que cada vez mas deben tomar dosis mas altas para lograr el mismo estado de intoxicación que lograba antes.

Efectos Psicológicos: Producen cambios en la percepción y el pensamiento y el estado de animo, sin producir confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio y el

tiempo. las alucinaciones visuales fundamentalmente, están en el espacio y el tiempo. Las alucinaciones visuales fundamentalmente, están en función de las expectativas de los sujetos (Fernández-Ballesteros, 2005).

Implicaciones Jurídicas: Bajo sus efectos, pueden llegar a cometer delitos bastante rebuscados o carentes de motivación, influidos por las alucinaciones que los sujetos experimenten. Dado que su consumo continuado puede provocar graves trastornos psicopatológicos, la responsabilidad penal puede ser modificada por ello. El grado de imputabilidad dependerá de la afectación y del deterioro que tenga la persona.

Éxtasis (MDMA)

La MDMA (3-4 metilenedioximetantetamina) es una droga psicoactiva de origen sintética. En dosis altas, el éxtasis puede interferir con la habilidad del cuerpo para regular la temperatura. Esto puede ser muy severo en la temperatura corporal (hipertermia) que puede resultar en una falla hepática, renal y del sistema cardiovascular. Este nivel dañino se puede alcanzar con su uso repetido en intervalos cortos.

El uso crónico puede originar cambios en la función cerebral, afectando las tareas cognitivas y la memoria, puede generar síntomas de depresión luego de varios días de haberla consumido.

El Uso, Abuso, Dependencia, Tolerancia, Abstinencia y la Clasificación de las Sustancias

Psicoactivas en el DSM IV-TR

En el DSM IV-TR, en su apartado sobre trastornos relacionados con sustancias, se incluyen la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos, y cada una de estas se les llama sustancias independientes de las características o efectos que genere en la persona que las consume. Para la clasificación de los trastornos por sustancias se tiene dos grupos, el primero que son trastornos por consumo de sustancias que se relaciona a la dependencia y abuso, segundo a los trastornos inducidos por sustancias que generan la presencia de intoxicación, abstinencia, alucinaciones, demencia, trastornos del

estado de ánimo, del sueño entre otros síndromes clínicos. En conceptos de sustancias, se encuentra que la dependencia se determina de acuerdo al consumo que se sigue a pesar de la aparición de problemas a nivel fisiológico, cognitivo y comportamentales. Para definir la dependencia se tiene en cuenta la tolerancia, la abstinencia y el uso o abuso de sustancias. La tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancias para alcanzar la intoxicación (efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis; la abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

Para definir la dependencia se tiene en cuenta la tolerancia, la abstinencia y el uso o abuso de sustancias. Respecto al uso de sustancias, está el abuso, donde la característica principal es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que genera incumplimiento en las áreas laborales, académicas, familiares; al igual que el consumo se presenta en situaciones que colocan en peligro la vida del que la consumió como por ejemplo conduciendo un automóvil; genera problemas legales como arrestos; este comportamiento de abuso de sustancias se mantiene a pesar de un gran número de repetidas consecuencias indeseables tanto sociales como interpersonales. Por tanto el curso de un trastorno debido a sustancias psicoactivas tiene su presencia de acuerdo a la misma sustancias como a su tolerancia, abstinencia y uso.

El consumo de las sustancias psicoactivas no es un fenómeno inesperado, debido a sus efectos placenteros, a la presión de los compañeros y al contexto social de su consumo, el hecho de probar estas sustancias ni conducen necesariamente a la dependencia, pero cuanto mayor sea la frecuencia y la cantidad consumida, mayor es el riesgo de volverse dependiente.

Los *Procesos Bio-conductuales subyacentes a la dependencia*, se explican desde como el cerebro dispone de sistemas que han evolucionado para guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos que son esenciales para la supervivencia. Por ejemplo, los estímulos asociados con

la comida, el agua y la pareja activan vías específicas y refuerzan comportamientos que llevan a la consecución de los respectivos objetivos. Las sustancias psicoactivas activan artificialmente estas mismas vías, pero de forma muy intensa, produciendo un aumento de la motivación para continuar con este comportamiento. Así pues, según esta teoría, la dependencia es el resultado de una interacción compleja de los efectos fisiológicos de las sustancias sobre zonas cerebrales asociadas con la motivación y la emoción, combinados con el aprendizaje sobre la relación entre las sustancias y las señales relacionadas con ellas.

Factores de Riesgo y Protectores para el Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Para la OMS (2004) hay factores individuales, culturales, biológicos, sociales y ambientales que convergen para aumentar o reducir las posibilidades de que un determinado individuo consuma una sustancias psicoactiva y en que medida.

Esta misma concepción la comparte NIDA (2008) explicando que no hay un solo factor que determine que alguien se vuelva o no drogadicto, el riesgo de volverse drogadicto se ve afectado por la constitución biológica de la persona, el entorno social junto con la edad y etapa del desarrollo en que se encuentran, y mientras mas factores de riesgo se tienen, mayor es la probabilidad de que el abuso de drogas se convierta en adicción.

Tanto NIDA como la OMS reconocen determinante del consumo y adicción de las sustancias psicoactivas a factores biológicos (Genética), el entorno ambiental. Hay para estas instituciones otros factores anexos, por ejemplo para la OMS explica los factores individuales entre los que se encuentra su historia infantil, familiar y escolar que se asumen como factores protectores o de riesgo; mientras para NIDA la edad y etapa del desarrollo humano pueden afectar la susceptibilidad a la adicción, teniendo en cuenta la interacción entre lo genético y estímulos ambientales.

La OMS (2004) reconoce los siguientes factores de riesgo o protectores del consumo de sustancias Psicoactivas:

Factores de Riesgo Ambientales:

- a. Disponibilidad de Drogas
- b. Pobreza
- c. Cambio Social
- d. Cultura de los compañeros
- e. Ocupación
- f. Normas y Actitudes culturales
- g. Políticas sobre drogas, alcohol y tabaco

Factores de Riesgo Individuales

- a. Disposición Genética
- b. Malos tratos en la infancia
- c. Trastornos en la Personalidad
- d. Ruptura familiar y problemas de dependencia
- e. Bajo rendimiento escolar
- f. Privación Social
- g. Depresión y Comportamiento suicida

Factores Protectores Ambientales

- a. situación económica
- b. control de la situación
- c. apoyo social
- d. integración social
- e. acontecimientos vitales positivos

Factores Protectores Individuales

- a. Buena capacidad para afrontar los problemas
- b. Auto-eficacia
- c. Percepción del riesgo
- d. Optimismo
- e. Conducta relacionada con la Salud
- f. Capacidad de resistencia a la presión social
- g. Comportamiento general hacía la salud

Respecto a los factores biológicos o genéticos influyentes en el consumo de sustancias psicoactivas, es uno de los campos más investigados por las neurociencias, buscando conocer como actúan las sustancias psicoactivas en términos de la herencia genética común a todos los seres humanos. La drogadicción es uno de los trastornos complejos, debido a que parece ser causada por varios genes en relación con factores ambientales, a diferencia de la enfermedad de Huntington que es causada por un solo gen. De esta manera la exposición ambiental a la persona a drogas podría tener un efecto mucho mayor en las personas portadoras de una vulnerabilidad genética a la dependencia que en aquellas que no la posean.

Tratamientos para personas consumidoras de sustancias psicoactivas

Al igual que muchas otras enfermedades crónicas con recaídas, como la diabetes, el asma, o enfermedades del corazón, la drogadicción puede tratarse exitosamente. Igualmente sucede con la drogadicción, es común que el drogadicto comience a usar nuevamente drogas, no por esto se considerara un fracaso, pero si es señal de ajustar el tratamiento o buscar alternativas para que la persona recobre el control y pueda recuperarse. NIDA (2008)

En el plano general el tema de las drogas ha promovido grandes esfuerzos de distintos profesionales para establecer los procedimientos más efectivos en la intervención para la dependencia y el uso de SPA. En un comienzo los programas de tratamiento seguían procedimientos invariables que no tenían en cuenta las características de cada persona.

Actualmente, la dependencia a las drogas es abordada desde distintas aproximaciones teóricas y siguiendo distintos procedimientos, cuyo éxito depende de factores personales, culturales y técnicos.

En el plano general el tema de las drogas ha promovido grandes esfuerzos de distintos profesionales para establecer los procedimientos más efectivos en la intervención para la dependencia y el uso de SPA. En un comienzo los programas de tratamiento seguían procedimientos invariables que no tenían en cuenta las características de cada persona. Actualmente, la dependencia a las drogas es abordada desde distintas aproximaciones teóricas y siguiendo distintos procedimientos, cuyo éxito depende de factores personales, culturales y técnicos.

Un estudio de los usuarios de adultos de marihuana encontró que había beneficios similares entre un tratamiento de 14 sesiones cognitivas- conductuales realizadas en grupo y un tratamiento de dos sesiones individuales que incluían entrevistas de motivación y consejos sobre cómo reducir el uso de la marihuana, Se trataba de hombres con promedio de 30 años de edad, que habían consumido marihuana a diario durante más de 10 años NIDA (2006).

Se necesita considerar aspectos psicológicos y psicopatológicos que permitan un mejor ajuste de forma y fase del programa de rehabilitación así como tener una aproximación a la gravedad de los síntomas y su modificación dentro de las etapas terapéuticas a seguir (Mirin, 1984 en Herero, 2004)

Conexión entre el Abuso de Drogas y el Crimen

Esta relación es descrita por NIDA y se explica en por lo menos tres aspectos: Primero, los delitos por la posesión o venta de drogas, Segundo, los delitos directamente relacionados al abuso de drogas; tercero, aquellos relacionados con un estilo de vida que predispone al abusador de drogas a realizar actividades ilegales.

Para Fernández-Ballesteros (2005) es indudable la fuerte influencia que el consumo de drogas tiene con la comisión de delitos, por los efectos directos que tiene sobre el organismo humano o bien por la dependencia que genera en aquellas personas que las consumen.

Delincuencia juvenil

Según Herrero (2002) citado por Garrido, E (2007) la delincuencia se entiende “como el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones, contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo y lugar determinados”

Continuando con Garrido, E (2007) que cita a Vásquez (2003) define a los delincuentes juveniles como preadolescentes, adolescentes y jóvenes adultos que violan la ley penal de un país, y los motivos que incitan a la violencia puede estar generada por dos razones, la primera generada por la violencia misma y la segunda aquella que la ejercitan por conseguir objetivos materiales o de consumo.

Factores influyentes para que se de la delincuencia juvenil, entres los factores mas influyentes están:

Factores familiares: Se tiene como indicadores de probabilidad de que sea un menor con problemas, factores como: falta de supervisión o control de los padres, actitudes crueles, pasivas o negligentes o violentas de los padres, conflictos familiares, familia numerosas, malos ejemplos conductuales, carencias afectivas, falta de enseñanza de valores prosociales y marginación económica.

La familia y la Conducta Delictiva

Para González y Soria (2005) la familia ha cambiado en su estructura, de tener una forma tradicional (nuclear: papas e hijos) a tomar otras estructuras como son familias monoparentales, uniones consensuales, separadas o divorciadas, o donde los hijos de una misma persona no están vinculados biológicamente. Igualmente explica que la delincuencia ha existido siempre, no es sino en los últimos tiempos cuando ha tenido una mayor expansión, y no deja de ser interesante el observar cómo cada vez igualmente en los últimos tiempos se ha producido

también una mayor desestructuración familiar.

La importancia que tiene considerar la influencia del hogar, las relaciones con los padres, el clima afectivo, y la situación económica y social del delincuente. (Marchiori, 2000 en González y Soria, 2005) De esta manera se apunta a que el grupo cultural en el que se ha criado el individuo así como las actitudes, tradiciones, y costumbres que sobre la persona han influido inciden clarísimamente en la determinación de la conducta delictiva

Para González y Soria (2005) hay una clasificación entre familia y delincuencia así:

Familia Desintegrada: la marginación, la desconfianza, y la violencia son algunas de las características en la que crecen niños en estos hogares. Esta desestructuración familiar puede ser motivada por muchas causas, como la muerte de uno de los padres, las separaciones o los abandonos.

Familia Integrada: a pesar de todos los miembros de núcleo familiar, el niño crece con una serie de carencias afectivas o víctima de una sobreprotección o indiferencia hacia él. Respecto a la personas drogadicta con problemas con la ley procedente de la familia integrada es esta quien se encarga de a través de su comportamiento autodestructivo a generar tensión y agresión entre la familia, igualmente toda persona drogadicta muestra una acentuada inestabilidad familiar, laboral, y educacional, con una clara oposición a su familia donde solo con la droga es capaz de refugiarse en un nuevo mundo (González y Soria, 2005).

Individualidad y Motivación delictiva

Para Garrido, E (2005) siempre se han estudiado los procesos motivacionales para poder alcanzar a comprender un poco mejor el ser humano. Comprender las acciones, las reacciones, los deseos y comportamientos, justificaciones y pensamientos. Por tanto son múltiples y diferentes las causas que llevan a una persona a actuar.

De acuerdo a lo anterior, y para el caso de los delincuentes, se plantean dos premisas. La primera es la dificultad de análisis y de comprensión de las motivaciones delictivas, ya que como hemos dicho no se corresponde con las motivaciones a las que podemos estar

(moralmente) acostumbrados, porque pueden ser muy diversas y porque muchas veces no están suficientemente elaboradas ni siquiera por el propio agresor. La segunda premisa hace referencia a que, aunque pueda parecer incongruente, sus procesos motivacionales no difieren tanto de las personas no criminales.

La motivación puede ser considerada como un constructo teórico que puede ser definido como un proceso multideterminado que energiza y dirige el comportamiento en referencia a un objetivo. (Kleigninna y Kleigninna, citados en Garrido, 2005)

Las tres perspectivas históricas mas claras que ha habido con relación a estos aspectos se han ido uniendo en el tiempo, formando nuevas categorías que proporcionan mejor una comprensión mejor de los conceptos:

Biológica: Con tendencia determinista, considera los mecanismos fisiológicos como reguladores motivacionales.

Conductual: Se basa en los procesos de aprendizaje y su influencia sobre la conducta.

Socio-cognitiva: Surgió en los años 60 y es la que mas ha influenciado posteriormente. Se centra en las variables cognitivas que tenia un poder motivacional en el marco de la sociedad.

La motivación se incluye en el delito debido a que hay una fuerza interior que busca ser canalizada, esta se ve implícita de acuerdo a las necesidades del sujeto y la forma en que las puede satisfacer. En el caso de los agresores sexuales es la búsqueda de obtención de placer y la forma en que lo haga es muestra de sus deseos. Para los homicidas las motivaciones pueden estar relacionadas a:

Venganza y Justificación: Es la consecuencia de un maltrato injustificado que creen haber sufrido en la vida.

Control y poder: Sensación de poder, satisfacción de poder se convierte en adictiva, pues fuerza conductas agresivas para repetir la conducta.

Éxtasis – Alivio: Sentimiento de Euforia tan aguda y de violencia e ira interior que es un momento catártico de expresión de sentimientos. Después de la agresión sobreviene la calma y alivio que es muy placentero para ellos.

Igualmente las motivaciones para cometer homicidio por motivaciones ideológicas, religiosas, pasionales, egoístas, económicas y vengativas entre muchas otras (Garrido, 2005)

La Psicología en el ámbito penitenciario

En Estados Unidos, en el año 1919 aparece la primera vez la función del psicólogo dentro de un servicio en un centro penitenciario. Es a partir de entonces cuando se produce un crecimiento de la necesidad de dotar a los centros de esta figura en la mayoría de instituciones penitenciarias de otros países desarrollados. (González y Soria, 2005)

El ejercicio del psicólogo en el ámbito penitenciario, requiere de la ejecución de múltiples funciones, por tratarse de un centro en el que las personas pasan las 24 horas de su día, uno tras otro, y por tanto se requiere de la realización de actividades que contribuyan al tratamiento penitenciario; por ello en actividades de educación, contribuye a evaluar las personas internas que se tengan que seleccionar como son los profesores o estudiantes; respecto al trabajo la selección y competencia para realizar las actividades laborales propias de las prisiones y con el deporte que contribuya a mantener una mente y un cuerpo sano. (González y Soria, 2005)

Para el contexto colombiano, donde las cárceles están en hacinamiento y los profesionales en salud mental son escasos de acuerdo a número de internos de las cárceles, la función del psicólogo, solo se establece para la clasificación de internos a actividades laborales o escolares para la redención de pena, y se descuida totalmente la intervención clínica ya que muchos de los internos padecen de trastornos clínicos como ansiedades, fobias, depresión, y gran cantidad de trastornos psicopatológicos. (González y Soria, 2005).

El tratamiento penitenciario en Colombia según la ley 65.

La ley 65 de 1993 es el código Penitenciario Colombiano, por la cual se rige el INPEC – Instituto Nacional Penitencio encargado de las cárceles y penitenciarias Colombianas. En su

artículo 10 describe : “El tratamiento penitenciario tiene la finalidad de alcanzar la resocialización del infractor de la ley penal, mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario”.

En el artículo 63, se describe la clasificación de internos en los que “serán separados por categorías, atendiendo a su sexo, edad naturaleza del hecho punible, personalidad, antecedentes y condiciones de salud física y mental. Los detenidos estarán separados de los condenados, de acuerdo a su fase de tratamiento; los hombres de las mujeres, los primarios de los reincidentes, los jóvenes de los adultos, los enfermos de los que puedan someterse al régimen normal. De acuerdo a lo descrito en este artículo, hecho que es importante para el tratamiento y la rehabilitación de interno, no se cumple debido a las condiciones de hacinamiento y deficiencia en espacios de planta física que son observables en las cárceles Colombianas, que son motivos de insatisfacción por parte de la defensoría del pueblo. (Roatta, 2006).

Tratamientos para Usadores y Abusadores de Sustancias Psicoactivas en Prisión

Para González y Soria (2005) El fin que se debe perseguir con la imposición de la pena es que el delincuente no vuelva a realizar el acto delictivo. Cuando la pena es privativa de libertad, la orientación que ha de darse, ésta , tanto judicialmente como administrativamente, es la de reeducar y reinsertar socialmente al delincuente.

NIDA (2006) reportó que los estudios demuestran que el tratamiento a delincuentes puede disminuir las tasas de abuso de drogas en un 50% y la actividad delincuencia en un 80%, así como de reducir las detenciones hasta en un 64%. Igualmente reconoce que la investigación en este campo de tratamientos para drogadictos ayudan a crear programas de tratamiento bajo los siguientes principios:

- a. La drogadicción es una enfermedad del cerebro que afecta el comportamiento.

- b. La recuperación de la drogadicción requiere de un tratamiento eficaz, seguido por el manejo del problema a largo plazo.
- c. El tratamiento debería durar lo suficiente como para producir un cambio conductual estable.
- d. La evaluación es el primer paso del tratamiento
- e. El diseño de servicios de manera que se ajusten a las necesidades individuales es parte importante del tratamiento eficaz para el abuso de drogas en la población penitenciaria
- f. El uso de drogas durante el tratamiento deberá ser cuidadosamente vigilado.
- g. El tratamiento debe tratar los factores que están asociados con la conducta criminal.
- h. La supervisión bajo el sistema de justicia penal debe incorporar la planificación del tratamiento para delincuentes que abusan de drogas y los proveedores de los tratamientos deben estar concientes de los requerimientos de supervisión correccional.
- i. La continuidad en el cuidado es esencial para los drogadictos que reingresan a la comunidad.
- j. Un balance de recompensas y sanciones promueven el comportamiento pro-social y la participación en el tratamiento.
- k. Los delincuentes que abusan de drogas y tienen problemas concomitantes de salud mental con frecuencia requieren un enfoque integrado de tratamiento.
- l. Los medicamentos forman parte importante del tratamiento para muchos delincuentes drogadictos.
- m. La planificación del tratamiento para delincuentes drogadictos que viven o están por reingresar a la comunidad debe incluir estrategias para prevenir y tratar problemas médicos crónicos y graves como el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, y la tuberculosis.

En los últimos años es evidente que el drogodependiente que ingresa en prisión tiene un perfil muy definido. La mayoría lleva mas de 10 años de consumo, ha utilizado una vía intravenosa para el mismo, ha acudido varias ocasiones a centros de tratamientos comunitarios,

ha tenido varios fracasos terapéuticos, ha tenido varios ingresos en prisión, presenta deterioro psicofísico importante. La institución penitenciaria parte de la evidencia de que el drogodependiente privado de la libertad tiene diversos tipos de problemas, sanitarios, psicológicos, sociales, culturales y penales, que condicionan su evolución terapéutica y su drogodependencia. (Sanz 1997, en Clemente y Núñez)

La abstinencia es aceptada en grupos de drogodependientes que tienen una situación bio-psico-socio-cultural favorable. A diferencia de los que se caracterizan por tener una larga historia de consumo, graves trastornos psíquicos y de salud, fracasos repetidos en tratamientos deshabitadores y ausencia de voluntad o imposibilidad de trabajar la abstinencia en ese momento, por ellos los programas de intervención deben ir dirigidos a estos niveles de problemática. Clemente y Núñez, citados por Sanz (1997).

Para Sanz, (1997) las características del drogodependiente que ingresa a prisión son: policonsumidor de sustancias, y con un historial de consumo antes de los 16 años. Niveles educativos bajos, donde se abandono el estudio en edades muy tempranas, al momento de la detención no estaban desarrollado labor normalizada, careciendo de hábitos y de cualificación laboral. En las mujeres drogodependientes se observa que la situación socio-familiar y de drogodependencias es peor que en los hombres. El primer ingreso lo realizaron antes de los 20 años de edad y es significativo el número de estos que son reincidentes. Donde guarda una relación estrecha el consumo de drogas con el de ingreso a prisión. Presentan déficit en las relaciones interpersonales y carencia de hábitos y habilidades sociales, han contado con tratamientos previos para su drogodependencia cuando se estaba en libertad, con múltiples fracasos terapéuticos y en la actualidad consumidor activo.

Sanz (1997) continua describiendo que se debe tener en cuenta el cambio de vida, donde se pasa a uno distinto al anterior, donde existe un horario, alimentación regular, y una normativa disciplinaria de faltas y sanciones, donde no hay disponibilidad de sustancias tóxicas en cantidad y calidad.

Dentro del colectivo de drogodependientes hay varios grupos, con diferentes necesidades y alternativas de tratamiento, y por tanto los objetivos de las intervenciones para la drogadicción en la prisión, se realiza en función de los recursos humanos, materiales y económicos disponibles y en la demanda de necesidades y problemas detectados en los internos.

Sin embargo la situación de reclusión no es suficiente para el cambio en las pautas de consumo y más bien atañe circunstancias que tienden a sostener el uso de psicoactivos e incluso personas que antes no consumían se inician en esta conducta; esto se explica en gran parte, por el impacto psicológico, moral y espiritual de quien se ve privado de su libertad. Es así como el consumo de drogas se convierte en un problema endémico de fatales consecuencias no solo para los internos sino para la sociedad en general, que ha puesto a los centros de reclusión como instituciones humanistas, eficientes y resocializadoras; como lo señalan Alejo, H; Cárdenas, L; Jacobo, J; Salvador, G; Restrepo, A (2006) en la propuesta para la Atención del Uso Disfuncional de Sustancias psicoactivas en el Contexto carcelario con el enfoque de comunidad terapéutica.

De este modo, las drogas en prisión son un problema al cual se le debe dar respuesta desde la intervención en procesos de rehabilitación y reinserción social de los internos consumidores; por lo cual es necesario implementar estrategias de atención y tratamiento integral dirigidos a esta población.

Para Carreño (1997) las posibilidades de intervenir toxicomanías en la prisión refieren a los aspectos organizacionales como los factores físicos, estructura formal e informal, redes de comunicación, y demás características particulares; esperándose responder a una prevención comunitaria del fenómeno, dirigidos a la totalidad de internos incluyéndolo además en áreas culturales, deportivas y de intervención psicológica.

Comorbilidad de la dependencia de sustancias psicoactivas y las enfermedades mentales

La comorbilidad u ocurrencia simultánea, de la dependencia de sustancias está aumentada en individuos con enfermedades mentales, en comparación con los que no padecen trastornos mentales. Esto determina que existe una base neurobiológica común a ambas, o que se produce una interacción de efectos a algún nivel.

La OMS (2004) describe varias hipótesis del por qué pueden coincidir las enfermedades mentales y la dependencia de sustancias:

- a. Puede existir una base neurobiológica común a ambas.
- b. El consumo de sustancias puede ayudar a aliviar algunos síntomas de las enfermedades mentales o los efectos colaterales a la medicación.
- c. El consumo de sustancias puede precipitar las enfermedades mentales o producir cambios biológicos que tienen elementos comunes a ellas.

Los efectos de muchas sustancias psicoactivas pueden producir síndromes similares a los psiquiátricos, en el caso del consumo de anfetaminas y cocaína puede producir síntomas de tipo psicótico, los alucinógenos producen alucinaciones propias de algunas psicosis, pueden también alterar el estado de ánimo, generando sentimientos eufóricos y de alegría o síntomas depresivos en el síndrome de abstinencia. Igualmente pueden alterar el funcionamiento cognitivo que también es característica esencial de muchas enfermedades mentales.

Para la OMS, la prevalencia de la dependencia del alcohol a lo largo de la vida es del 22% en individuos con algún trastorno mental, frente al 14% en la población general, y las posibilidades de que una persona que tienen algún trastorno mental también padezca dependencia del alcohol es 2.3 veces mayor que sin tiene ningún trastorno mental. Razones suficientes para indicar sustratos neurobiológicos comunes a las enfermedades mentales y a la dependencia de sustancias.

Contextualización de la Personalidad

Los trastornos de la personalidad

El DSM IV TR (APA, 2000) define el trastorno de personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Igualmente hace una clasificación de tres grupos para los trastornos de la personalidad (APA, 2002) donde se caracterizan por tener similitud. El primer grupo es el A, donde describe el trastorno Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico. El paranoide se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás; El Esquizoide hace referencia a un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional y el ultimo trastorno de este primer grupo es el Esquizotípico que hace referencia a un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, en las distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades de comportamiento.

El segundo grupo es el B, donde esta el trastorno antisocial que se describe como el patrón de desprecio y violación de los derechos de las personas, el segundo trastorno de este grupo es el trastorno limite que es el patrón de inestabilidad emocional en las relaciones interpersonales, la autoimagen, los afectos y una notable impulsividad; luego esta el trastorno histriónico de la personalidad que se caracteriza por el patrón de emotividad excesiva y demanda de atención, el ultimo de estos trastornos es el Narcisista, que hace referencia al patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El tercer y ultimo grupo es el C, donde esta el trastorno de la personalidad por evitación que se caracteriza por un patrón de inhibición social, sentimiento de incompetencia, e hipersensibilidad a la evaluación negativa; el trastorno de personalidad por dependencia que es el patrón sumiso y pegajoso relacionado con la excesiva necesidad de ser cuidado, y el ultimo

de este grupo es el obsesivo-compulsivo de la personalidad que es el patrón por el orden, el perfeccionismo y el control.

Como se trata de patrones inflexibles, desadaptativos que general disfuncionalidad, se establecen los criterios diagnósticos aplicados a cada patrón de personalidad, donde el criterio A hace referencia a que sea el patrón inflexible que genera malestar en por lo menos dos áreas de funcionamiento, ya sea la cognoscitiva, afectiva, interpersonal o de control de impulsos; el criterio B refiere a que se trata de inflexibilidad para la vida personal y social; el criterio C para determinar el malestar clínicamente significativo que lo lleva a tener un deterioro social, laboral o en áreas importantes para el sujeto; el criterio D explica que no se debe a otra consecuencia o trastorno, el criterio E no se refiere a otro trastorno mental, y el criterio D hace referencia a que no se debe a la consecuencias fisiológicas

Por otro lado los trastornos de la personalidad no podría llegar a reconocerse ya sea como entidades médicas o como perversidades humanas, por el contrario deben considerarse desde una perspectiva evolutiva como los estilos problemáticos de adaptación humana, donde no solo han dirigido su desarrollo de una manera errada, sino que también han construido un sentido de si mismo insatisfactorio, una forma problemática de expresar los pensamientos y sentimientos, así como una manera deficitaria de comportarse y relacionarse con los demás (Millon,1998).

Relación Sustancias Psicoactivas y Personalidad

Investigadores y profesionales de la salud se han interesado por estudiar la relación entre la conducta de consumo de drogas y los rasgos de personalidad. Inicialmente se inclinaron por definir una "personalidad adicta", para ello se emplearon diferentes test psicométricos. Así mismo se encaminaron a la búsqueda de criterios más operativos para la identificación de los trastornos de la personalidad como el propuesto en el DSM IV-TR donde se define un trastorno de personalidad como *un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y*

comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Recientemente se ha renovado el interés por el desarrollo de estudios que buscan hallar la prevalencia de sujetos con diagnóstico dual para describir la combinación de trastornos que giran en relación al consumo de sustancias puesto que: *esta suele dificultar notablemente el proceso de recuperación, de ahí la necesidad de identificar y abordar convenientemente el problema, un adecuado diagnóstico mejorara siempre el resultado del tratamiento.* (Iglesias & Marcos, 2000).

Sánchez, E; Tomás V. (2000) examinaron los datos procedentes de una muestra de españoles, de la Unidad de Conductas Adictivas del Centro de Salud de Catarroja, donde para los pacientes consumidores de sustancias se buscaba determinar la prevalencia y comorbilidad de los trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas y el trastorno de Personalidad antisocial, encontrando que a medida que aumenta la gravedad del problema de drogas también aumenta la posibilidad de trastornos comorbidos.

De acuerdo a (Fernández et al; 2004) la presencia de comorbilidad en personas en proceso de deshabituación de SPA ha sido una de las conclusiones que se han logrado y que en los últimos años esta adquiriendo fuerza para el momento de la intervención pues se ha comprobado en determinados contextos (CT) su relación y la influencia en el alcance de objetivos cuando se intervienen terapéuticamente.

Por lo anterior es importante que en la intervención clínica en el campo de la deshabituación al consumo de SPA se tenga en cuenta dos vertientes conceptuales: la primera el conocimiento de las SPA y como segundo los rasgos o características de la personalidad, y de este modo definir la influencia que el uno ejerce sobre el otro para el éxito del tratamiento.

Así cada una de las personalidades tiene una forma diferente de percibir el mundo como de afrontarlo, por tanto estas características podrían ser evidenciadas en la diversidad como las personas podrían buscar en el consumo de sustancias la respuesta ante las dificultades logran y de esta manera pretender salir de estas. Y un rasgo que podría llegar a predisponer a la persona al consumo, y los efectos del mismo podrían llegar a acentuar el rasgo mediante la

configuración de un trastorno de personalidad, y así formar en un caso la comorbilidad con el de consumo de sustancias psicoactivas y por tanto dificultar los logros de tratamientos residenciales en el caso de las comunidades terapéuticas

Steward (1992) citado en Choca y Van Denburg (1998) analizó un grupo de adictos a SPA en una CT con diagnóstico poco favorable dividiéndolo en dos grupos, el primero se caracterizaba por una puntuación elevada en la escala antisocial y los describían en la comunidad como personas poco respetuosas de las reglas sociales y con probabilidades de ser expulsados del tratamiento residencial por infracción a las normas; el segundo grupo correspondía a puntuaciones elevadas en la escala esquizoide y evitativa y se percibían en el grupo como personas con dificultades en las relaciones interpersonales, así se observó igualmente que ambos grupos difícilmente conseguían mantenerse en abstinencia de SPA y tendían a durar menos tiempo en el programa respecto de otros grupos con mejor pronóstico.

Un alto número de personas que se encuentran recluidos en centros penitenciarios y carcelarios tanto del país y del mundo deben su condena a causas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, de tal modo que la relación drogas-delito hacen parte de la realidad al interior de estos establecimientos y son un factor que regula las relaciones de poder y estatus entre los reclusos.

Por lo antes mencionado es posible afirmar que en general en el mundo, el aumento en el consumo de drogas en las últimas décadas ha incidido en el aumento de las actividades delictivas, pues muchas de estas actividades han sido realizadas por personas que presentan una problemática de adicción a las drogas.

Metodología

Tipo de proyecto

El desarrollo de esta proyecto requiere de una investigación de tipo exploratorio descriptivo, como lo plantea Hernández, Fernández y Baptista (1991) ya que el estudio realiza la descripción cuantitativa e inicia de forma exploratoria, al no encontrarse registros de investigaciones locales sobre el estudios de las características de personalidad en internos en centro de reclusión en proceso de deshabitación a las sustancias psicoactivas. Posteriormente el estudio se hace descriptivo comparativo en la medida en que se analizan los datos cuantitativos de los trastornos de la personalidad en hombres y mujeres en tratamiento de deshabitación en cuanto a los hombres y mujeres internos en reclusión pero sin antecedentes en el consumo de sustancias psicoactivas.

Diseño del proyecto

Continuando con el planteamiento del diseño metodológico según Hernández, Fernández y Baptista (1991) se trata de un diseño no experimental, de corte transversal, ya que se busca describir las variables investigadas en un determinado tiempo.

Población

El Centro Penitenciario y Carcelario de Bucaramanga alberga alrededor de 1700 hombres y el centro de reclusión para mujeres de Bucaramanga aproximadamente a 250 mujeres en promedio. En cuanto a población consumidora y no consumidora de sustancias psicoactiva no hay discriminación de cifras, pero se reconoce como un problema muy visible en el contexto carcelario y un riesgo para la seguridad de los centros carcelarios. La única población reconocida abiertamente en la institución como consumidora es la que hace parte de los programas de tratamiento penitenciario dirigidos para las sustancias psicoactivas (SPA): Comunidad Terapéutica para hombres (aproximadamente 30 hombres) y Red de Escucha-Programa de Narcóticos para mujeres (aproximadamente 25 mujeres).

Muestra

La selección de la muestra se hizo mediante un muestreo no probabilístico, donde se tomaron muestras poblacionales por género equiparables entre sí, por ello es también un muestreo por conveniencia, pues era importante que entre las muestras seleccionadas, existieran características en común como la edad, delitos entre otros que los hiciera parecidos en variables sociodemográficas y por tanto permitiera un mejor análisis y relación para las variables de personalidad que se analizan, puesto que la investigación pretende describir las características de hombres y mujeres consumidores en tratamiento a las SPA frente a los hombres y mujeres que no son consumidores pero están en la misma condición de reclusión, para evaluar la incidencia que puedan tener estas características de personalidad en los hombres y mujeres sobre su pronóstico en el tratamiento a las SPA.

En total se contó con dos grupos de muestras por género, el primer grupo integrado por: 25 hombres en tratamiento en la CTNH, y 25 hombres no consumidores de SPA de la población general de internos. El segundo grupo conformado por: 18 mujeres en tratamiento a sustancias psicoactivas de la red de escucha – programa de narcóticos, y 18 mujeres de la población general de internas de la reclusión. Las edades para la muestra oscilaron entre los 18 y 33 años de edad.

Instrumentos

Entrevista Sociodemográfica para hombres y mujeres no consumidores y en proceso de deshabitación a las Sustancias Psicoactivas.

Esta entrevista se creó para recolectar información necesaria a la hora de hacer evaluación psicológica en personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Para ello se tuvieron en cuenta tres variables:

Variables Sociodemográficas: En esta primera variable de la entrevista se indagó por variables como son la edad, estrato económico, lugar de nacimiento y de procedencia, la ocupación antes de la detención o la actividad laboral que desempeñaban, estado civil, tipo de

familia de la que proceden o conforman y el nivel escolar con el que cuentan. Esta variable se torna relevante para evaluar la posición social, familiar, económica y cultural que ocupa el individuo que esta detenido y la relación que pueda llegar a tener como factor de riesgo para infringir las normas.

Variables Jurídicas: En la segunda variable se indagó sobre los antecedentes delictivos, por ellos se evalúan la existencia de problemas jurídicos siendo menores de edad y el tipo de delito, igualmente se aplica para los delitos como mayor de edad. Esta variable es importante debido a que en la literatura se encuentra que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor predisponente para cometer delitos ya sea porque se esta bajo efecto de estas o para la consecución de estas.

Variables de Consumo y de Tratamientos para SPA: En este apartado se indaga sobre los antecedentes del consumo como son: el tipo de sustancia, la droga problema, la droga de inicio, el tiempo de consumo de SPA, el tipo de consumidor y la frecuencia de consumo. Esta tercera variable es solo aplicable a las personas que están en tratamiento de SPA, no aplica a la los hombres y mujeres sin antecedentes de SPA precisamente porque no tienen este antecedente.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III).

Se trata de una prueba objetiva de personalidad en la que se pretenden identificar síndromes clínicos (Eje I) y patrones clínicos de personalidad (Eje II). Esta prueba esta diseñada para correlacionar los criterios diagnósticos del DSM IV-TR con los ítems del instrumento.

El MCMI III pretende identificar 11 patrones clínicos de personalidad (Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresiva, Compulsiva, Negativista y Autodestructiva), 3 escalas de patología grave de personalidad (Esquizotípica, Límite y Paranoide), 10 síndromes clínicos, 7 de gravedad moderada (Trastorno de Ansiedad, Trastorno Somatoformo, Trastorno Bipolar, Trastorno Distímico, Dependencia de Alcohol, Dependencia de Sustancias, Trastorno por Estrés Postraumático) y 3 síndromes clínicos graves (Trastorno del Pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante).

El instrumento cuenta con 3 fases de validación: la teórica sustantiva identificando en los ítems la relación con la teoría y los criterios DSM; la validación interna estructural mediante la estadística alfa de cronbach; y la validación mediante criterios externos utilizando el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - MMPI (Millon,2007).

Es un instrumento que tiene como propósito fundamental facilitar información a los psicólogos y personal clínico en la evaluación y toma de decisiones sobre el tratamiento de la persona puesta en evaluación. Su validación se dio en variedad de población como las drogodependencias y el alcoholismo, por tanto se puede usar con confianza en la mayoría de los contextos clínicos (Millon, 2007).

Respecto al análisis para las escalas del MCMI III donde aparecen cuatro rangos, se debe tener en cuenta lo siguiente: Existen tres índices de confiabilidad de las respuestas del a cerca del instrumento que arroja información importante: La escala V (Validez) se evalúa mediante tres ítems extravagantes a los cuales se debe responder que no para que el protocolo se considere valido con una puntuación de cero. La escala X (sinceridad) revela un comportamiento de respuesta problemático, indicando si la persona evaluada se inclina por ser franco y revelador o reservado, se consideran valores entre 35 y 178. Escala Y (Deseabilidad Social) evalúa el grado en que los resultados puede verse afectados por la tendencia de la persona evaluada a mostrarse como socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente estable. La prevalencia por encima de 75 es indicadora de presentarse de forma favorable y atractiva, mientras mas alta sea la prevalencia es mas probable que la persona haya ocultado aspectos de dificultad psicológica o interpersonal. La escala Z (Devaluación) es la tendencia opuesta a la escala Y, la prevalencia por encima de 75 sugiere la tendencia por despreciarse o devaluarse, presentando dificultades emocionales o personales mas problemáticas que las que normalmente se encontrarían.

Para las escalas del eje II (Personalidad) una prevalencia de 74 – Limite posee rasgo del constructo limite, la prevalencia de 75 se considera como un indicio de presencia de rasgos de

personalidad clínicamente significativos; la prevalencia de 85 o más indican una patología lo suficientemente predominante como para denominarse trastorno de la personalidad. Para las escalas del eje I (síndromes / trastornos clínicos) la prevalencia de 75 describe la presencia de un síndrome, y la prevalencia por encima de 85 o más es la prominencia del síndrome clínico a trastorno. Respecto a las puntuaciones menores a 73 no cumplen criterios para síndrome, rasgo o trastornos del eje I o II del DSMI IV, estas puntuaciones toman importancia para evaluar casos individuales respecto de las escalas altas. El presente estudio se basa en la descripción de síndromes clínicos y trastornos de personalidad que a nivel de 75 en adelante por tratarse de un estudio general y no casos particulares.

Para el análisis del MCMI III se tiene en cuenta los índices de prevalencia, así a mayor puntaje es más probable que el individuo exhiba un mayor grado de las características de dificultad, inflexibilidad adaptativa y la rigidez e inflexibilidad a las características del trastorno de referencia, debido a esto se tienen en cuenta los tres puntajes más altos para hacer el análisis y las demás escalas altas haría parte de rasgos y no de trastornos (Millon, 2007).

Procedimiento

Fase 1: Presentación Institucional: Se hizo la presentación formal en la institución con la carta de la universidad al centro carcelario de hombres y a la reclusión de mujeres para la respectiva presentación del proyecto dejando copia de la propuesta aprobada para tramitar los respectivos permisos y autorizaciones de ingreso a las cárceles teniendo en cuenta los procedimientos de seguridad dados por el INPEC.

Fase 2: Selección de la Muestra: Presentación del proyecto a los residentes de los programas de tratamiento para la deshabitación de las SPA. Explicación de los objetivos del proyecto, los instrumentos, el consentimiento informado y la importancia del proyecto. Cualquier miembro de la comunidad terapéutica podía hacer parte del proyecto. Para los hombres en tratamiento de SPA de la CTNH se aplicó a los 30 hombres residentes en el programa en ese momento, se descartaron los inventarios MCMI III que se obtuvieron inválidos y por tanto la

entrevista, de los que quedaron 25 participantes; luego se procedió a la evaluación de los hombres sin antecedentes de consumo, los cuales fueron seleccionados a través de la oficina de tratamiento penitenciario de acuerdo a la evaluación psicológica que le hacen a los internos, para lo que se tomo la base de datos de estas entrevistas en un rango de tres meses (Diciembre, Enero y Febrero), se seleccionaron y se contactaron en forma individual para hacerle la presentación del proyecto, solicitarles la participación y hacer el procedimiento respectivo como participante, firmar el consentimiento informado y aplicar los instrumentos.

Para la selección de la muestra de las mujeres se llevó el mismo procedimiento que para los hombres, solo que en la reclusión de mujeres el programa de tratamiento de SPA se trata de un programa abierto (no residencial) es decir asisten a actividades programadas diariamente por un tiempo determinado pero siguen con la rutina normal de la cárcel, mientras que el programa de hombres es cerrado (residencial) y cuenta con normas y espacios especiales respecto a las demás comunidades (Pabellones y/o patios) de hombres de la cárcel.

En la selección de la muestra de mujeres se aplicó a 20 que hacían parte del programa en ese momento, de las cuales quedaron 18 instrumentos válidos y 2 inválidos, por lo cual la muestra queda constituida por 18 mujeres.

Fase 3: Aplicación de Instrumentos: La aplicación de los instrumentos se hizo de forma individual buscando guardar la confidencialidad. Primero se volvió a leer el consentimiento informado, se aplica la entrevista y al final se aplica el inventario MCMI III alternando entre autoinforme y entrevista para tener mayor confianza en las respuestas y dar mejor comprensión de las preguntas.

Fase 4: Análisis de los instrumentos: Se procedió a hacer el respectivo análisis de los datos de la entrevista y la prueba del MCMI III a través del programa estadístico SPSS versión 12.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis de la información recolectada por los dos instrumentos descritos para esta investigación con el programa estadístico SPSS Versión 12, sobre las variables sociodemográficas, jurídicas, de consumo de sustancia psicoactivas y de personalidad para los hombres y mujeres sin antecedentes y en tratamiento de SPA pertenecientes a los programas de tratamiento penitenciario para la deshabitación de conductas de consumo.

El análisis se divide las muestras poblacionales por género. El primer grupo es de hombres que se conforma por: los hombres detenidos en tratamiento para SPA y los hombres detenidos sin antecedentes de SPA. El segundo el de mujeres detenidos en tratamiento y sin antecedentes de SPA. Para cada grupo se presenta en primera instancia la muestra de los hombres detenidos en tratamiento a SPA y los que no tiene antecedentes de SPA, donde se presenta inicialmente los resultados para la entrevista Sociodemográfica en la que se identifican variables demográficas, jurídicas, de antecedentes de consumo y tratamiento de las SPA. Como segunda instancia se presentan los resultados para la prueba de personalidad MCMI III.

Para las variables de consumo y relacionadas con el tratamiento de sustancias psicoactivas así como las de la escala del MCMI III, se hace la presentación en varias tablas (A, B y C) para una mejor comprensión debido al número de variables y escalas.

Grupo 1: Hombres Detenidos en Tratamiento de SPA y Hombres Detenidos sin antecedentes de SPA.

Hombres Detenidos En tratamiento de SPA en la CTNH.

Esta muestra poblacional la conformaron 25 hombres residentes de la comunidad terapéutica Nuevos Horizontes como tratamiento para la deshabitación a las sustancias psicoactivas. Se presentan en: La Tabla 1 las variables demográficas, la Tabla 2 las variables jurídicas y la Tabla 3 (3A, 3B) las variables relacionadas al consumo de Sustancias Psicoactivas

y el tratamiento. Seguidamente En la Tabla 4 (4A, 4B, 4C) ros resultados para las escalas del MCMI III.

Tabla 1: Variables Sociodemográficas de hombres detenidos en tratamiento para SPA de la CTNH.

<i>Tabla 1: Variables Sociodemográficas para Hombres de CTNH</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 – 21 años	7	28%
	26 – 29 años	7	28%
	22 – 25 años	6	24%
	30 – 33 años	5	20%
Estrato Socioeconómico	1	14	56%
	2	5	20%
	3	2	8%
	4	1	4%
	Otros	3	12%
Lugar de Nacimiento	Bucaramanga	23	92%
	Otros Lugares	2	8%
Lugar de Procedencia	Bucaramanga	21	84%
	Otros Lugares	4	16%
Ocupación antes de la Detención	Área Comercial	12	48%
	Producción – Empresa	8	32%
	Vida Delictiva	4	16%
	Otros	1	4%
Estado Civil	Unión Libre	9	36%
	Soltero	7	28%
	Padre Soltero	6	24%
	Soltero con pareja	3	12%
Tipo de Familia	Nuclear	11	44%
	Separados	7	28%
	Reconstruida	3	12%
	Otros	3	12%
	Extensa	1	4%
Nivel de Escolaridad	Secundaria Incompleta	11	44%
	Secundaria Completa	8	32%
	Primaria Completa	3	12%
	Primaria Incompleta	3	4%
	Técnica Completa	1	4%
	Universitaria Incompleta	1	4%

El rango de edad los hombres en tratamiento de SPA es entre 18 años y 35 años, y para los rangos establecidos los porcentajes encontrados son similares, no de destaca ninguna edad específica. El estrato económico de mayor presencia es el estrato 1 con el 56%, un dato importante es el 12% en la categoría otros de los que hacen parte personas que no tienen un sitio de residencia fijo o fueron habitantes de la calle. La mayoría de estos hombres son nacidos en Bucaramanga en el 92% de la población. La ocupación antes del ingreso a la cárcel fue en el

área comercial con el 48% donde la principal actividad fue vendedor ambulante, el 16% de estas personas se dedicaban exclusivamente a la vida delictiva. En la variable de tipo de familia la que más se destaca es la nuclear con el 44%, seguido por el de padres separados con el 28%. El nivel de escolaridad dominante es la secundaria incompleta con el 44%.

Tabla 2: Variables Jurídicas hombres detenidos en tratamiento para SPA de la CTNH

<i>Tabla 2: Variables Jurídicas para Hombres de la CTNH</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Detención siendo menor de edad	Si	15	60%
	No	10	40%
Motivo de la detención siendo menor de edad	No Detenido	10	40%
	Hurto / Armas	8	32%
	Delitos contra la vida	3	12%
	Ley 30	2	8%
	Concierto para delinquir	2	8%
Motivo de Ingreso actual a la cárcel	Hurto / Armas	9	36%
	Delitos contra la vida	7	28%
	Secuestro / Extorción	3	12%
	Varios Delitos	3	12%
	Ley 30	2	8%
Número de Veces detenido	Primera vez	15	60%
	Segunda vez	4	16%
	Tercera vez	4	16%
	Cuarta vez o más veces	2	8%
	Tiempo de detención actual	13 a 24 meses	10
Mas de 25 meses		7	28%
7 a 12 meses		7	28%
4 a 6 meses		1	4%

Respecto a las variables jurídicas, se encontró que el 60% de los internos en tratamiento a las sustancias psicoactivas fue detenido siendo menor de edad y que el delito de mayor frecuencia fue el hurto y porte de armas con el 33%, seguido los delitos contra la vida con el 12%, ley 30 y concierto para delinquir cada uno con el 8% de los casos. El delito actual de detención de mayor frecuencia fue el mismo de menor de edad (Hurto y porte de armas) con el 36%. El 60% están por primera vez detenidos, mientras el 40% de la población es reincidente en conducta delictiva siendo mayor de edad, por segunda vez el 16%, tercera vez el 16% y cuatro o mas veces el 8%. El tiempo de tensión actual de mayor frecuencia esta entre 13 y 24 meses con el 40% mientras el 4% entre 4 y 6 meses detenidos.

Tabla 3 (3A y 3B): Variables relacionadas al Consumo y tratamiento de hombres detenidos en tratamiento para SPA.

Tabla3A: Variables para antecedentes del consumo en hombres en tratamiento de SPA				
Variable	Rango		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de Drogas Legales	Cigarrillo		13	52%
	Alcohol		8	32%
	Cigarrillo y Alcohol		4	16%
Antecedentes Sustancias Psicoactivas:				
Depresoras del SNC:	Marihuana	Si	24	96%
		No	1	4%
Estimulantes del SNC:	Benzodiacepinas (Tranquilizantes)	Si	16	64%
		No	9	36%
	Opiáceos (Heroína)	No	25	100%
		Si	0	0%
	Inhalantes (Gasolina, Thiner, Boxer)	No	17	68%
		Si	8	32%
	Cocaína y derivados (Basuco, Perico)	Si	25	100%
		No	0	0%
	Alucinógenos (LSD, Hongos)	No	19	76%
		Si	6	24%
Éxtasis	No	23	92%	
	Si	2	8%	
Tipo de Consumidor	Policonsumidor		22	88%
	Monoconsumidor		3	12%
Droga de Inicio	Legal		15	60%
	Ilegal		10	40%
Edad de inicio	Menor de 14 años		14	56%
	14 hasta 18 años		10	40%
	18 años en adelante		1	4%
Naturaleza de la droga problema	Ilegal		22	88%
	Legal		3	12%
Tiempo de Consumo de la Droga Problema	Mas de 48 meses		21	84%
	1 a 12 meses		1	8%
	37 a 48 meses		1	4%
	13 a 24 meses		1	4%
Frecuencia de Consumo	Diaria		21	84%
	Semanal		2	8%
	Mensual		2	8%

En los antecedentes de SPA de tipo legal, el 100% reportó antecedente de consumo problema donde se reporta el cigarrillo con el 52%, el alcohol con el 32%, y para las dos sustancias legales cigarrillo y alcohol el 16%.

Antecedentes de SPA ilegal, la sustancia psicoactiva que refiere de mayor consumo es la marihuana con el 96% seguida por, benzodiacepinas con el 64%, inhalantes el 24%,

alucinógenos con 24% y éxtasis con el 8% de los casos, mientras que la SPA ilegal que no reporta casos de consumo son los opiáceos (heroína, morfina).

El 88% de los casos hace referencia a policonsumo de SPA, frente al 12% de monoconsumo. Donde la droga de inicio fue de tipo legal para el 60% de los casos y su edad de inicio fue en un 56% antes de los catorce años de edad. La frecuencia de consumo fue diaria en 84% de los casos.

Tabla 3B Variables de Tratamiento para las SPA en Hombres

Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Motivo de Ingreso a la Comunidad Terapéutica	Motivación Personal	8	32%
	Mejores condiciones en la cárcel	5	20%
	Varios Motivos	5	20%
	Busca deshabitación	2	8%
	Motivación familiar	2	8%
	Motivación de la pareja	1	4%
	Motivado por hijos	1	4%
	Beneficios Jurídicos	1	4%
Tiempo en tratamiento en la CTNH	1 a 3 meses	10	40%
	4 a 6 meses	6	24%
	7 a 12 meses	5	20%
	13 a 24 meses	2	8%
	Más de 25 meses	2	8%
Número de Ingresos al programa	Primera vez	21	84%
	Segunda vez	2	8%
	Tercera vez	2	8%
Intento de Tratamiento	No	17	68%
	Sí	8	32%
Número de tratamientos intentados	Ninguna	17	68%
	Una	6	24%
	Dos	1	4%
	Tres	1	4%
Motivo de Abandono de tratamiento	No ha estado en tratamiento	17	68%
	Creencia de Supera el consumo	3	12%
	Preferencia por el consumo	2	8%
	Completo de forma exitosa	1	4%
	Baja Motivación al tratamiento	1	4%
	Otros	1	4%
Antecedentes de Tratamientos Intentados	Actual, primera vez	17	68%
	Hogares CREA / Claret	4	16%
	Otros	2	8%
	Hospital Psiquiátrico	1	4%
	Alcohólicos Anónimos	1	4%
Antecedentes Tratamiento Psiquiátrico	No	23	92%
	Sí	2	8%

Respecto a las variables de consumo y tratamiento de SPA, se encontró que el motivo de mayor frecuencia encontrado es un motivo personal con el 32%, y el de menor frecuencia

fueron los beneficios jurídicos, motivados por la pareja o por los hijos con el 4% cada uno de estos aspectos. El 40% de los casos tiene un tiempo de permanencia entre uno y tres meses, respecto al 16% que lleva más de 14 meses en el tratamiento. El 84% de la población refiere el primer ingreso a tratamiento, mientras el 16% de la población ha ingresado por segunda vez o tercera vez a tratamiento.

Respecto al motivo de abandono del tratamiento se encontró que intentaron tratamiento el 12% lo hizo bajo la creencia de haber superado la problemática siendo el motivo de retiro de tratamiento con el porcentaje mas alto reportado. De esta manera el 68% de los casos es la primera vez que ingresa a un tratamiento. Respecto a los antecedentes de tratamiento psiquiátrico el 8% reporta antecedente.

Tabla 4 (4A, 4B Y4C): Variables del MCMI III para Hombres Detenidos en Tratamiento de SPA.

<i>4A: Escalas de validez MCMI III en hombres en tratamiento a SPA</i>		
Variable	Prevalencia	Frecuencia
X Sinceridad	Entre 34 y 178 Media	100% 78
Y Deseabilidad Social	Cero a 74 75 o Mayor	60% 40%
Z Devaluación	Cero a 74 75 o Mayor	68% 32%
V Validez	Total	100%

La Escala V evidencia la validez en el 100% de los cuestionarios aplicado a los hombres en tratamiento a las SPA, para la escala de sinceridad igualmente el 100% de los participantes respondieron de forma franca y reveladora el cuestionario. Respecto a la escala Y sobre los índices de deseabilidad social, en los parámetros de normalidad que son puntuaciones entre cero y cuarenta el 60% de los participantes se encuentran en este rango, mientras que con puntajes por encima de 75 esta el 40% de los participantes que se interpreta como la necesidad de mostrarse de forma favorable y personalmente atractivo, igualmente para esta escala alta se reconoce como un indicador que los sujetos tienden a minimizar los problemas psicológicos (Choca y Van Denburg, 1998) o de haber ocultado algún aspecto de sus dificultades

psicológicas o interpersonales. La escala Z en este grupo de hombres refiere para la prevalencia entre cero y 74 con el 68% de los evaluados en rangos normales de evaluación personal, y para el rango entre 75 o más con el 32% indicador de dificultades psicológicas e interpersonales.

4B: Escalas del MCMI III respecto el Eje I del DSM IV en hombres en tratamiento a SPA		
Variable	Prevalencia	Frecuencia
A	Menor a 73	40%
	De 75 a 84	36%
	De 85 o más	24%
H	Menor a 73	100%
N	Menor a 73	60%
	74 – Límite	8%
	De 75 a 84	20%
	De 85 o más	12%
D	Menor a 73	100%
B	Menor a 73	56%
	74 – Límite	28%
	De 85 o más	16%
T	Menor a 73	24%
	74 – Límite	4%
	De 75 a 84	36%
	De 85 o más	36%
R	Menor a 73	90%
	De 75 a 84	4%
SS	Menor a 73	48%
	74 – Límite	8%
	De 75 a 84	32%
	De 85 o más	12%
CC	Menor a 73	92%
	74 – Límite	4%
	De 75 a 84	4%
PP	Menor a 73	44%
	74 – Límite	8%
	De 75 a 84	32%
	De 85 o más	12%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

Como trastornos estarían reconocidos en primer lugar la dependencia de sustancias con el 72%, el segundo lugar la ansiedad con el 60%, en tercer lugar las escalas: Trastorno de Alcohol, Trastorno de pensamiento y Trastorno Delirante cada uno con el 44%.

Las escalas reconocidas como rasgos para los hombres en tratamiento de SPA, sería en primer lugar el Trastorno Bipolar con el 32%, la Depresión Mayor con el 8% y el Trastorno por estrés postraumático con el 4%.

Para los trastornos que se presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron el Trastorno Somatoformo y el Trastorno Distímico.

4C: Variables de MCMI III respecto el Eje II del DSM IV en hombres en tratamiento a SPA		
Variable	Prevalencia	Frecuencia
1 Esquizoide	Menor a 73	96%
	De 75 a 84	4%
2A Evitativa	Menor a 73	96%
	De 75 a 84	4%
2B Depresiva	Menor a 73	96%
	De 85 o más	4%
3 Dependiente	Menor a 73	100%
4 Histriónica	Menor a 73	100%
5 Narcisista	Menor a 73	56%
	De 75 a 84	20%
	De 85 o más	24%
6A Antisocial	Menor a 73	64%
	74 – Límite	4%
	De 75 a 84	20%
	De 85 o más	12%
6B Agresiva	Menor a 73	84%
	De 75 a 84	8%
	De 85 o más	8%
7 Compulsiva	Menor a 73	100%
8A Negativista	Menor a 73	92%
	De 85 o más	8%
8B Autodestructiva	Menor a 73	100%
S Esquizotípico	Menor a 73	100%
C Límite	Menor a 73	100%
P Paranoide	Menor a 73	60%
	74 – Límite	16%
	De 75 a 84	20%
	De 85 o más	4%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

De acuerdo a la selección de las tres escalas más elevadas sobre la prevalencia 75 esta: El Trastorno Narcisista con el 44%, seguido de el Trastorno Antisocial con el 32%, el Trastorno Paranoide 24% y la Escala Agresiva (Sádica) 16%.

Las escalas reconocidas como rasgos para los hombres en tratamiento de SPA, sería en primer lugar la escala Negativista con el 8% y en segundo lugar tres escalas: Esquizoide, Evitativa y Depresiva.

Las escalas que presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron: la Dependiente, Histriónica, Compulsiva, Autodestructiva y Esquizotípica. Para esta población se debe clarificar que si bien estaban por debajo de la Prevalencia 75 se encontraban cerca a alcanzar este nivel.

Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA:

Esta muestra poblacional igualmente conformada por 25 hombres. Con características sociodemográficas lo mejor equiparadas posibles respecto a la muestra de hombres consumidores. En la Tabla 5 se muestran las variables demográficas y en la Tabla 6 se muestran las variables jurídicas. Como se trata de población sin antecedentes de SPA no existen variables para esta muestra poblacional. En la tabla 7 se encuentran las escalas de personalidad (Tabla 7A 7B y 7C).

Tabla 5: Variables Sociodemográficas Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA

<i>Tabla 5: Variables Sociodemográficas Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Edad	22 – 25 años	9	36%
	26 – 29 años	8	32%
	18 – 21 años	4	16%
	30 – 33 años	4	16%
Estrato Socioeconómico	1	9	36%
	2	8	32%
	3	4	16%
	4	3	12%
	Otros	1	4%
Lugar de Nacimiento	Otros Lugares	23	98%
	Bucaramanga	2	2%
Lugar de Procedencia	Bucaramanga	20	80%
	Otros Lugares	5	20%
Ocupación antes de la Detención	Área Comercial	10	40%
	Vida Delictiva	5	20%
	Agricultura	4	16%
	Producción – Empresa	3	12%
	Otros	3	12%
Estado Civil	Soltero	9	36%
	Soltero con pareja	5	20%
	Unión Libre	4	16%
	Casada	3	12%
	Padre Soltero	2	8%
	Separado / Divorciado	2	8%
Tipo de Familia	Otros	11	44%
	Nuclear	10	40%
	Padres Separados	3	12%
	Reconstruida	1	4%
Nivel de Escolaridad	Secundaria Completa	6	24%
	Primaria Incompleta	5	20%
	Primaria Completa	5	20%
	Secundaria Incompleta	5	20%
	Técnica Completa	4	16%

La mayor proporción de hombres entrevistados no consumidores esta entre los 22 y los 29 años de edad con el 68% y con un estrato económico en nivel uno predominantemente con el 36%. El lugar de nacimiento y residencia para esta población es fuera del área metropolitana de Bucaramanga, y se trata de regiones santandereanas y de departamentos cercanos como el Cesar. Se desempeñaban en el área comercial el 40% y en la vida delictiva un 20%. El estado civil de mayor presencia fue soltero con el 36% y el tipo de familia procedente fue en el rango otros con el 44% en donde la estructura era confusa y no clasificaba en los anteriores rangos, y

para familia nuclear el 40%. Respecto a la formación académica no existe rangos destacado, pero el rango mas alto es secundaria completa con el 24% de los casos.

Tabla 6: Variables Jurídicas Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA

<i>Tabla 6: Variables Jurídicas para Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Detención siendo menor de edad	No	22	88%
	Si	3	22%
Motivo de la detención siendo menor de edad	No Detenido	22	88%
	Hurto / Armas	2	8%
	Concierto para delinquir	1	4%
Motivo de Ingreso actual a la cárcel	Ley 30	7	29%
	Delitos contra la vida	6	24%
	Secuestro / Extorción	5	19%
	Concierto para delinquir	3	14%
	Hurto / Armas	2	9%
	Varios Delitos	2	5%
Número de Veces detenido	Primera vez	20	80%
	Segunda vez	3	12%
	Tercera vez	2	8%
Tiempo de detención actual	13 a 24 meses	9	36%
	Mas de 25 meses	8	32%
	7 a 12 meses	7	28%
	4 a 6 meses	1	4%

Para los hombres sin antecedentes de SPA el 88% no refirieron detención siendo menor de edad. El 22% de los casos reportados con antecedentes menor de edad son para hurto, porte de armas y concierto para delinquir. El motivo de detención actual de mayor frecuencia fue ley 30 con el 29% seguido por delitos contra la vida con el 24% y secuestro y extorción con el 19%. Y en un 80% de los casos es primera vez detenido. El 36% lleva detenido entre 13 y 24 meses.

Tabla 7: Variables de Personalidad Hombres Detenidos Sin Antecedentes de SPA.

<i>Tabla 7A: Escalas de Validez MCMI III</i>			
	Variable	Prevalencia	Frecuencia
X	Sinceridad	Entre 34 y 178	100%
		Media	62
Y	Deseabilidad Social	Cero a 74	28%
		75 o Mayor	72%
Z	Devaluación	Cero a 74	76%
		75 o Mayor	24%
V	Validez	Cero	100%

La escala de validez (V) de la prueba para las personas detenidas sin antecedentes de SPA es del 100%, igualmente para la escala de sinceridad (X) con una media en sinceridad de 62.

Respecto a la escala de deseabilidad social (Y) el 72% se encuentra en rangos normales de deseabilidad social, mientras que el 28% se muestra como socialmente atractivo, moralmente virtuoso y emocionalmente estable, y cuyo significado es la necesidad de ocultar dificultades psicológicas. Para la escala Devaluación (Z) el 74% esta igualmente en parámetros de normalidad mientras el 24% cuenta con puntajes de prevalencia por encima de 75, indicador de desprecio de si mismo, indicador de problemas con la autoestima.

Tabla 7B: Escalas del MCMI III respecto el eje I del DSM IV

Variable	Prevalencia	Frecuencia
A Ansiedad	Menor a 73	44%
	De 75 a 84	32%
	De 85 o más	24%
H Trastorno Somatoformo	Menor a 73	100%
N Trastorno Bipolar	Menor a 73	72%
	74 – Límite	8%
	De 75 a 84	16%
	De 85 o más	4%
D Trastorno Distímico	Menor a 73	100%
B Dependencia del Alcohol	Menor a 73	88%
	74 – Límite	8%
	De 85 o más	4%
T Dependencia de Sustancias	Menor a 73	100%
R Trastorno de Estrés Postraumático	Menor a 73	96%
	De 85 o más	4%
SS Trastorno del Pensamiento	Menor a 73	92%
	De 75 a 84	4%
	De 85 o más	4%
CC Depresión Mayor	Menor a 73	92%
	74 – Límite	4%
	De 85 o más	4%
PP Trastorno Delirante	Menor a 73	56%
	74 – Límite	12%
	De 75 a 84	28%
	De 85 o más	4%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

De acuerdo a la selección de las tres escalas más elevadas sobre la prevalencia 75 esta: primero el trastorno de ansiedad con el 56%, segundo el trastorno delirante con el 32% y el tercero el bipolar con el 20%.

Las escalas reconocidas como rasgos para los hombres sin antecedentes de SPA, sería en primer lugar la escala dependencia de alcohol con el 12% y en segundo lugar las escalas: Depresión Mayor y Trastorno de pensamiento con el 8% y el Trastorno de estrés postraumático con el 4%.

Las escalas que presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron: Trastorno Somatoformo y Distímico y Dependencia de Sustancias.

<i>7C: Variables de MCMI III respecto el Eje II del DSM IV</i>			
	Variable	Prevalencia	Frecuencia
1	Esquizoide	Menor a 73	100%
2A	Evitativa	Menor a 73	92%
		De 75 a 84	8%
2B	Depresiva	Menor a 73	96%
		74 – Límite	4%
3	Dependiente	Menor a 73	100%
4	Histriónica	Menor a 73	88%
		De 75 a 84	12%
5	Narcisista	Menor a 73	48%
		74 – Límite	4%
		De 75 a 84	24%
		De 85 o más	24%
6A	Antisocial	Menor a 73	96%
		De 75 a 84	4%
6B	Agresiva	Menor a 73	100%
7	Compulsiva	Menor a 73	76%
		De 75 a 84	8%
		De 85 o más	16%
8A	Negativista	Menor a 73	100%
8B	Autodestructiva	Menor a 73	100%
S	Esquizotípica	Menor a 73	100%
C	Límite	Menor a 73	100%
P	Paranoide	Menor a 73	52%
		74 – Límite	4%
		De 75 a 84	40%
		De 85 o más	4%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

De acuerdo a la selección de las tres escalas más elevadas sobre la prevalencia 75 esta: la escala Narcisista con el 48%, la escala paranoide 44% y la escala Compulsiva con el 24%.

Las escalas reconocidas como rasgos para los hombres sin antecedentes de SPA, sería en primer lugar la Histriónica con el 12%, Evitativa con el 8%, y las escalas antisocial, Depresiva con el 4%.

Las escalas que presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron: La escala Esquizoide, Dependiente, Agresiva, Negativista, Autodestructiva, Esquizotípica, y Límite.

Grupo 2: Mujeres Detenidas en Tratamiento a las SPA y Mujeres Detenidas Sin Antecedentes de SPA.

Mujeres Detenidas en tratamiento de SPA:

Esta muestra poblacional la conformaron 18 mujeres que se encontraban vinculadas activamente al programa Red de Escucha – Programa Narcóticos como tratamiento a la deshabituación de SPA. Se presentan en: La Tabla 8 se muestran las variables demográficas; en la Tabla 9 se muestran las variables jurídicas y en la Tabla 10 (10A, 10B) las variables relacionadas al consumo de Sustancias Psicoactivas y el tratamiento. Seguidamente se encuentra la Tabla 11 (11A, 11B, 11C) con los resultados para el MCMI III.

Tabla 8: Variables Sociodemográficas de Mujeres Detenidas en tratamiento para SPA.

<i>Tabla 8: Variables Sociodemográficas para Mujeres en tratamiento de SPA</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 – 21 años	6	33%
	30 – 33 años	5	28%
	22 – 25 años	4	22%
	26 – 29 años	3	17%
Estrato Socioeconómico	1	8	44%
	2	6	33%
	3	3	17%
	Otros	1	6%
Lugar de Nacimiento	Bucaramanga	12	67%
	Otros Lugares	6	33%
Lugar de Procedencia	Bucaramanga	14	78%
	Otros Lugares	4	22%
Ocupación antes de la Detención	Producción/Empresa	10	56%
	Vida delictiva	4	22%
	Otros	3	17%
	Área Comercial	1	5%
Estado Civil	Unión Libre	6	33%
	Soltera	5	28%
	Soltera con hijos y pareja	4	22%
	Madre Soltera	2	11%
	Casada	1	6%
Tipo de Familia	Otros	11	62%
	Nuclear	4	22%
	Reconstruida	2	11%
	Padres separados	1	6%
Nivel de Escolaridad	Secundaria Incompleta	11	61%
	Primaria Completa	3	17%
	Secundaria Completa	2	11%
	Primaria Incompleta	2	11%

Para las mujeres en tratamiento a las SPA el rango de edad de mayor frecuencia es el de 18 a 21 años de edad con el 33% y el rango entre 26 y 29 años con el 17%. El estrato económico de nivel 1 cuenta con el 44%, y el estrato con menos registros es para la categoría otros donde están las personas que estaban en indigencia o desplazamiento. El lugar de procedencia con el 78% y de nacimiento con el 67% es de Bucaramanga. Respecto a la ocupación antes de ser detenido el 56% dedicado a trabajar en la fabricación de productos comerciales y el 22% refirieron haber estado dedicadas a la vida delictiva. El 33% de las mujeres refirieron estar en unión libre, luego el 28% ser solteras y el 6% refirieron estar casadas; de acuerdo al tipo de familia, el 6% esta en el rango de otros debido a que son ellas parte de una familia y no tomo en cuenta la familia de origen sino la que conforma actualmente. El nivel de escolaridad que mayor frecuencia es secundaria incompleta con el 61% y es el grado de instrucción mas alto.

Tabla 9: Variables Jurídicas de Mujeres Detenidas en Tratamiento para SPA.

<i>Variables Jurídicas para Mujeres Detenidas Programa Narcóticos</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Detención siendo menor de edad	No	10	56%
	Si	8	44%
Motivo de la detención siendo menor de edad	No Detenido	10	56%
	Hurto / Armas	7	39%
	Delitos contra la vida	1	5%
Motivo de Ingreso actual a la cárcel	Ley 30	11	61%
	Hurto / Armas	7	39%
Número de Veces detenido	Primera vez	9	50%
	Segunda vez	4	22%
	Cuarta vez o más veces	3	17%
	Tercera vez	2	11%
Tiempo de detención actual	13 a 24 meses	7	39%
	1 a 3 meses	5	28%
	7 a 12 meses	5	28%
	Mas de 25 meses	1	5%

Respecto a las variables de jurídicas, el 44% de las mujeres estuvieron detenidas siendo menores de edad, el motivo de esta detención fue hurto y porte de armas con el 39% de los casos presentados y delitos contra la vida con el 5%. Respecto a la reincidencia delictiva el 50% es la primera vez detenida mientras el otro 50% refiere antecedentes de detención ya sea por

segunda o más veces. El tiempo de detención de 13 a 24 meses con el 39% es el que mas frecuente.

Tabla 10: Variables relacionadas al Consumo y tratamiento de SPA en Mujeres Detenidas

<i>Tabla 10A: Variables de Antecedentes de Consumo de Mujeres en tratamiento de SPA</i>				
Variable	Rango		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de Drogas Legales	Cigarrillo		13	83%
	Cigarrillo y Alcohol		5	17%
Antecedentes Sustancias Psicoactivas:				
Depresoras del SNC:	Marihuana	Si	17	94%
		No	1	6%
Estimulantes del SNC:	Benzodiacepinas (Tranquilizantes)	No	12	67%
		Si	6	33%
	Opiáceos (Heroína)	No	17	96%
		Si	1	4%
	Inhalantes (Gasolina, Thiner, Boxer)	No	14	78%
		Si	4	22%
	Cocaína y derivados (Basuco, Perico)	Si	18	100%
		No	0	0%
Alucinógenos (LSD, Hongos)	No	17	94%	
	Si	1	6%	
Éxtasis	No	16	88%	
	Si	2	12%	
Tipo de Consumidor	Policonsumidor		13	72%
	Monoconsumidor		5	28%
Droga de Inicio	Legal		15	72%
	Ilegal		3	28%
Edad de inicio	Menor de 14 años		8	45%
	14 hasta 18 años		6	33%
	18 años en adelante		4	22%
Naturaleza de la droga problema	Ilegal		17	94%
	Legal		1	6%
Tiempo de Consumo de la Droga Problema	Mas de 25 meses		13	72%
	13 a 24 meses		2	11%
	7 a 12 meses		2	11%
	3 a 6 meses		1	6%
Frecuencia de Consumo	Diaria		10	56%
	Semanal		8	44%

Las mujeres en tratamiento de SPA, cuenta con antecedentes de SPA legales como el cigarrillo y el alcohol, antecedente de cigarrillo con el 17% y el 83% de cigarrillo y alcohol. Respecto a los antecedentes de sustancias psicoactivas ilegales el 96% cuenta con antecedente de marihuana, el 33% de benzodiacepinas, el opiaceos el 4%, inhalantes el 32%, hongos el 6% y éxtasis con el 12%. El 88% de las mujeres refieren policonsumo, es decir varias

SPA de tipo ilegal. La droga de consumo inicial fue legal con el 60% e ilegal con el 49%. La edad de inicio de SPA de mayor frecuencia fue siendo menor de edad con el 56%, entre los 14 y 18 años con el 40% y luego de los 18 años el 4%. El problema de adicción a SPA fue para las ilegales con el 88%, mientras para las SPA legales fue del 12%. La droga que reportan como problema, debido a su adicción, y fracaso para abandonar su consumo son dos: la cocaína y sus derivados (Basuco, Perico) y la Marihuana cada SPA con el 32%. El tiempo de consumo de la SPA problema fue de mas de 48 meses con el 84%, y el 16% restante para los otros rangos. La frecuencia de consumo que más se presento fue diaria con el 84%, frente a el 8% para consumos semanales y otro 8% para consumos mensuales.

<i>10B: Variables de Tratamiento de Mujeres en tratamiento en SPA.</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Motivo de Ingreso al programa narcóticos – red de escucha	Beneficios Jurídicos	9	50%
	Motivado por hijos	4	22%
	Motivación Personal	3	18%
	Motivación de la pareja	1	5%
	Busca deshabitación	1	5%
Tiempo en el programa.	1 a 3 meses	17	94%
	4 a 6 meses	1	6%
Número de Ingresos al programa	Primera vez	18	100%
Intento de Tratamiento	No	13	72%
	Sí	5	28%
Número de tratamientos intentados	Ninguna	13	72%
	Una	3	17%
	Dos	2	11%
Motivo de Abandono de tratamiento	No ha estado en tratamiento	13	72%
	Preferencia por el consumo	3	17%
	Baja Motivación para el tratamiento	2	11%
Antecedentes de Tratamientos Intentados	Actual, primera vez	13	72%
	Hogares CREA / Claret	3	15%
	Alcohólicos Anónimos	1	6%
	Comunidad Terapéutica	1	6%
Antecedentes Tratamiento Psiquiátrico	No	18	100%

El motivo de ingreso al programa es por los beneficios jurídicos con el 50% fueron motivadas por los hijos con el 22%, y el buscar la deshabitación con el 5%. El tempo de permanencia en el programa es de 1 a 3 meses en un 94% y el 100% reporta el primer ingreso al programa. El 28% de los casos reportaron tratamiento anterior para SPA, los cuales fueron interrumpidos en

17% para los casos por la preferencia por el consumo, frente al 11% de los casos por baja motivación al tratamiento. De las mujeres que han asistido a tratamiento han sido en hogares crea con el 15%, en alcohólicos anónimos y comunidad terapéutica cada uno con el 6%.

Tabla 11: (11A, 11B y 11C) Variables de Personalidad de Mujeres en tratamiento para SPA.

<i>Tabla 11A: Escalas de Validez MCMI III Mujeres en Tratamiento a SPA</i>		
Variable	Prevalencia	Frecuencia
X Sinceridad	Entre 34 y 178	100%
	Media	75
Y Deseabilidad Social	Cero a 74	44%
	75 o Mayor	56%
Z Devaluación	Cero a 74	94%
	75 o Mayor	6%
V Validez	Cero	100%

Según la escala V (validez) y la escala X (sinceridad) refiere el 100% de validez de los cuestionarios de personalidad aplicados a mujeres en tratamiento a las SPA, al igual que la sinceridad en las respuestas. En la escala Y (Deseabilidad social) refiere en un 56% en rango mayor a 75, indicador de haber ocultado problemas psicológicos, haberse mostrado como socialmente virtuoso, mientras que para esta escala el puntaje más favorables que son rango en normalidad, es decir menor a 75 fue el 44%. De acuerdo a la escala de devaluación el 94% se encuentra en límites de normalidad, mientras el 6% deja ver puntajes por encima de 75 dando cuenta de mostrarse socialmente y moralmente virtuoso o de desprecio de si mismo.

Tabla 11B: Variables de MCMI III respecto del eje I del DSM IV

Variable	Prevalencia	Frecuencia
A Ansiedad	Menor a 73	55%
	De 75 a 84	6%
	De 85 o más	39%
H Trastorno Somatoformo	Menor a 73	94%
	De 75 a 84	6%
N Trastorno Bipolar	Menor a 73	72%
	De 75 a 84	22%
	De 85 o más	6%
D Trastorno Distímico	Menor a 73	94%
	De 75 a 84	6%
B Dependencia del Alcohol	Menor a 73	45%
	De 75 a 84	22%
	De 85 o más	33%
T Dependencia de Sustancias	Menor a 73	55%
	74 – Límite	6%
	De 85 o más	39%
R Trastorno de Estrés Postraumático	Menor a 73	100%
SS Trastorno del Pensamiento	Menor a 73	100%
CC Depresión Mayor	Menor a 73	94%
	De 75 a 84	6%
PP Trastorno Delirante	Menor a 73	77%
	De 75 a 84	6%
	De 85 o más	17%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

De acuerdo a la selección de las tres escalas más elevadas sobre la prevalencia 75 esta: en primer lugar la escala de Dependencia de alcohol con el 55%, segundo lugar la dependencia de sustancias y Ansiedad con el 45% y en tercer lugar el trastorno Bipolar con el 28%.

Las escalas reconocidas como rasgos para las mujeres detenidas en tratamiento de SPA, sería en primer lugar sería el trastorno delirante 24%, y en segundo lugar la Depresión Mayor, el Trastorno Distímico y el Trastorno Somatoformo cada uno con el 6%.

Las escalas que presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron: Estrés postraumático y Trastorno del pensamiento.

Tabla 11C: Variables de MCMI III respecto del eje II del DSM IV

Variable	Prevalencia	Frecuencia
1 Esquizoide	Menor a 73 De 75 a 84	94% 6%
2A Evitativa	Menor a 73	100%
2B Depresiva	Menor a 73 74 – Límite	94% 6%
3 Dependiente	Menor a 73	100%
4 Histriónica	Menor a 73	100%
5 Narcisista	Menor a 73 74 – Límite De 75 a 84	83% 6% 11%
6A Antisocial	Menor a 73 74 – Límite De 75 a 84 De 85 o más	77% 6% 6% 11%
6B Agresiva	Menor a 73 74 – Límite	83% 17%
7 Compulsiva	Menor a 73 74 – Límite De 75 a 84	83% 6% 11%
8A Negativista	Menor a 73	100%
8B Autodestructiva	Menor a 73	100%
S Esquizotípica	Menor a 73	100%
C Límite	Menor a 73	100%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

De acuerdo a la selección de las tres escalas más elevadas sobre la prevalencia 75 esta: en primer lugar la escala Antisocial con el 17%, en segundo lugar la compulsiva y la narcisista con el 11%, y en tercer lugar las escalas esquizoide y depresiva con el 6%.

Para estas escalas no darían a lugar la presencia de rasgos debido a que sobrepasan los puntajes de 75 comparten un mismo porcentaje por tanto ocupan los tres lugares de selección.

Las escalas que presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron las escalas Evitativa, Dependiente, Histriónica, Negativista, Autodestructiva, Esquizotípica y Límite.

Mujeres Detenidas en tratamiento de SPA

Tabla 12: Variables Sociodemográficas de Mujeres Detenidas Sin antecedentes de SPA.

<i>Tabla 12: Variables Sociodemográficas para Mujeres Sin antecedentes de SPA.</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Edad	30 – 33 años	10	53%
	22 – 25 años	5	29%
	26 – 29 años	2	12%
	18 – 21 años	1	6%
Estrato Socioeconómico	1	9	47%
	2	5	30%
	3	4	23%
Lugar de Nacimiento	Otros Lugares	11	59%
	Bucaramanga	7	42%
Lugar de Procedencia	Bucaramanga	11	59%
	Otros Lugares	7	42%
Ocupación antes de la Detención	Área Comercial	10	53%
	Otros	8	47%
Estado Civil	Unión Libre	5	30%
	Soltera	5	24%
	Madre Soltera	3	18%
	Separada / Divorciada	2	11%
	Viuda	2	11%
	Casada	1	6%
Tipo de Familia	Reconstruida	7	42%
	Nuclear	7	35%
	Otros	4	23%
Nivel de Escolaridad	Secundaria Incompleta	5	28%
	Primaria Completa	5	28%
	Técnica Completa	3	17%
	Secundaria Completa	2	11%
	Universitaria Incompleta	2	11%
	Primaria Incompleta	1	5%

El rango de edad de mayor frecuencia en mujeres sin antecedentes de SPA fue entre 30 y 33 años con el 53% de los casos, el de menor rango fue entre 18 y 21 años con el 6%. El estrato económico de mayor porcentaje fue el nivel 1 con el 47%, el 59% nacieron y proceden de áreas diferentes al área metropolitana de Bucaramanga. La ocupación antes de la detención fue en un 53% en el área comercial, entre mientras el 47% restante refería trabajos como el de ama de casa o desempleada. El estado civil predominante es unión libre con el 30% mientras el mas bajo es casada con el 6%. El tipo de familia que más se presenta es reconstruida con el 42% de los casos. El nivel académico que prevalece es el de secundaria incompleta con el

28%, pero se presentan niveles medios de formación como la formación técnica completa con el 17% de casos, universitaria incompleta con el 11%.

Tabla 13: Variables Jurídicas Mujeres Detenidas Sin Antecedentes de SPA

<i>Tabla 13: Variables Jurídicas para Mujeres No Consumidora de SPA</i>			
Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Detención siendo menor de edad	No	17	94%
	Si	1	6%
Motivo de la detención siendo menor de edad	No Detenido	17	94%
	Ley 30	1	6%
Motivo de Ingreso actual a la cárcel	Hurto / Armas	6	34%
	Ley 30	6	34%
	Concierto para delinquir Delitos contra la vida	4	21%
	Secuestro / Extorción	2	11%
Número de Veces detenida	Primera vez	17	94%
	Tercera vez	1	6%
Tiempo de detención actual	Mas de 25 meses	7	39%
	13 a 24 meses	5	28%
	3 a 6 meses	3	17%
	7 a 12 meses	2	11%
	1 a 3 meses	1	5%

Para las mujeres sin antecedentes de sustancias psicoactivas, solo se presento un caso de detención siendo menor de edad equivalente al 6%, y el motivo fue ley 30. Actualmente los motivos de detención de mayor frecuencia son el hurto y porte de armas y ley 30 con el 34% respectivamente. Para la reincidencia es del 6% en el rango tercera vez, el 94% reportan es la primera vez detenida. El tiempo de detención actual de mayor frecuencia es de mas de 25 meses con el 39% de los casos, de 13 a 24 meses con el 28% y el menor tiempo es de 1 a 3 meses con el 5%.

Tabla 14: Variables de Personalidad de las Mujeres Detenidas Sin antecedentes de SPA.

<i>Tabla 14A: Escalas de Validez MCMI III en Mujeres sin Antecedentes de SPA</i>			
	Variable	Prevalencia	Frecuencia
X	Sinceridad	Entre 34 y 178	100%
		Media	62
Y	Deseabilidad Social	Cero a 74	50%
		75 o Mayor	50%
Z	Devaluación	Cero a 74	89%
		75 o Mayor	11%
V	Validez	Cero	100%

De acuerdo a la escala V (Validez) y la escala (sinceridad) los cuestionarios están en parámetros de normalidad, con una media de 62 en la escala X. Para la escala Y (Deseabilidad social) esta en porcentajes iguales tanto para las puntuaciones de normalidad que son hasta 74 y para mayores de 75, donde esta última representa que el 50% de las mujeres tienen un interés por mostrarse social y moralmente virtuosas. Respecto a la escala Z (Devaluación) el 89% se muestra en rangos esperados, mientras que el 11% está por encima de la puntuación 75 que demuestra problemas con autoestima.

Tabla 14B: Variables de MCMI III respecto al Eje I del DSM IV

Variable	Prevalencia	Frecuencia
A Ansiedad	Menor a 73	44%
	De 75 a 84	11%
	De 85 o más	45%
H Trastorno Somatoformo	Menor a 73	100%
N Trastorno Bipolar	Menor a 73	82%
	74 – Límite	6%
	De 75 a 84	6%
	De 85 o más	6%
D Trastorno Distímico	Menor a 73	94%
	De 75 a 84	6%
B Dependencia del Alcohol	Menor a 73	94%
	De 75 a 84	6%
T Dependencia de Sustancias	Menor a 73	100%
R Trastorno de Estrés Postraumático	Menor a 73	83%
	De 75 a 84	11%
	De 85 o más	6%
SS Trastorno del Pensamiento	Menor a 73	100%
CC Depresión Mayor	Menor a 73	77%
	74 – Límite	11%
	De 75 a 84	12%
PP Trastorno Delirante	Menor a 73	72%
	De 75 a 84	6%
	De 85 o más	22%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

De acuerdo a la selección de las tres escalas más elevadas sobre la prevalencia 75 esta: en primer lugar la escala de Ansiedad con el 56%, segunda escala el Trastorno Delirante 28% y la tercero el Trastorno de Estrés Postraumático con el 17%.

Las escalas reconocidas como rasgos para las mujeres sin antecedentes de SPA, sería en primer lugar la Depresión mayor y el trastorno Bipolar con el 12%.

Las escalas que presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron: Trastorno Somatoformo, Dependencia de Sustancias y Trastorno del Pensamiento.

Tabla 14C: Escalas del MCMI III respecto el Eje II del DSM IV

Variable	Prevalencia	Frecuencia
1 Esquizoide	Menor a 73	83%
	De 75 a 84	17%
2A Evitativa	Menor a 73	88%
	De 75 a 84	6%
	De 85 o más	6%
2B Depresiva	Menor a 73	88%
	74 – Límite	33%
	De 85 o más	5%
3 Dependiente	Menor a 73	88%
	74 – Límite	12%
4 Histriónica	Menor a 73	88%
	De 75 a 84	6%
	De 85 o más	6%
5 Narcisista	Menor a 73	94%
	De 75 a 84	6%
6A Antisocial	Menor a 73	94%
	De 75 a 84	6%
6B Agresiva	Menor a 73	100%
7 Compulsiva	Menor a 73	72%
	De 75 a 84	22%
	De 85 o más	6%
8A Negativista	Menor a 73	88%
	De 75 a 84	12%
8B Autodestructiva	Menor a 73	100%
S Esquizotípica	Menor a 73	100%
C Límite	Menor a 73	100%
P Paranoide	Menor a 73	72%
	74 – Límite	6%
	De 75 a 84	11%
	De 85 o más	11%

Teniendo en cuenta el criterio de análisis en el que se debe tener en cuenta las tres escalas más altas por encima de 75 en la puntuación de prevalencia para denominarlos trastornos, y las demás escalas estaría determinadas como rasgos.

De acuerdo a la selección de las tres escalas más elevadas sobre la prevalencia 75 esta: en primer lugar la escala Compulsiva con el 28%, en segundo lugar la escala Paranoide con el 22% y en tercer lugar la escala Esquizoide con el 17%.

Las escalas reconocidas como rasgos para las mujeres sin antecedentes de SPA, sería en primer lugar las escalas Negativista, Histriónica y Evitativa con el 12%, la escala antisocial, narcisista y depresiva con el 6% cada una.

Las escalas que presentaron prevalencias por debajo de 75 fueron: Dependiente, Agresiva, Autodestructiva, Esquizotípica y Límite.

Discusión de Resultados

Este estudio tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas y de personalidad en los hombres y mujeres detenidos que están inscritos en un programa de tratamiento a las sustancias psicoactivas debido a sus antecedentes de consumo. El interés de este estudio nace debido a la relación que se encuentra en la literatura sobre la comorbilidad psicopatológica entre los ejes I y II del DSM IV, y es a esta comorbilidad a la que se hace responsable debido a la dificultad que presentan las personas que se someten a tratamientos para la superación del consumo, y donde son a estos rasgos o trastornos de personalidad a los que se les atribuyen las recaídas en el consumo durante los tratamientos, el fracaso o el abandono de los tratamientos.

Por esto, en esta oportunidad se describieron las características demográficas y de personalidad en hombres y mujeres sin antecedentes de consumo de sustancias como en tratamiento, en la necesidad de hacer una distinción entre géneros pero también en las circunstancias en las que se encuentran como es el de detención o privación de la libertad de movilidad, para evaluar también la personalidad en los internos e internos que han cometido delitos y tiene problemas de consumo de sustancias como las que no tienen esta problemática de uso y abuso de SPA.

Esta discusión de resultados se hace teniendo en cuenta los porcentajes para las variables Sociodemográfica y de personalidad con los datos en porcentaje obtenidos que se describen en el apartado resultado. Los análisis son independientes teniendo en cuenta el género, debido a que no hay interés en comparar grupos entre géneros, puesto que se tratan de dos configuraciones personales distintos los cuales cada uno tiene sus perspectivas y que también pertenecen a programas totalmente distintos y donde la única conexión que existen es que son programas que pretenden sanar a la persona adicta a SPA bajo la modalidad de tratamiento penitenciario.

De acuerdo a lo anterior, la importancia del análisis radica en la descripción por grupos de géneros, comparándolos entre sí, es decir a hombres detenidos con problemas de sustancias psicoactivas con los hombres detenidos que no reportan antecedentes de sustancias psicoactivas; igualmente hacer esta comparación con mujeres.

Respecto a las variables sociodemográficas para el grupo de hombres en tratamiento de sustancias psicoactivas se encontró que en su gran mayoría pertenecen al estrato uno y que otro tanto estaban en condición de indigencia, lo que representa en sí un factor de riesgo para el inicio del consumo y su posterior mantenimiento de una conducta de consumo, donde la pobreza es uno de los factores de riesgo que describe la OMS como de riesgo; pero al indagar sobre su familia nos encontramos que el 44% de los entrevistados refirieron proceder de una familia nuclear, donde de cierta manera no se correlaciona con lo que normalmente se dice de familias de drogadictos que proceden de familias no nucleares convirtiéndose esto en un factor de riesgo debido a la debilidad en relaciones familiares y por tanto la incursión en medios menos que lleven al consumo de SPA, contradiciendo a Gonzales y Soria (2005) en el planteamiento de la desestructuración familiar influye en el inicio de consumo de drogas. Pero que también podría hacer referencia a la conducta de consumo lo lleve a estados de indigencia o que su familia es nuclear pero debido a las condiciones económicas y tal vez de recursos educativos poco pueden hacer por su miembro consumidor de drogas.

El lugar de procedencia y residencia del 92% de los hombres consumidores es el área metropolitana de Bucaramanga, sumando al estrato económico y los recursos familiares pueden convertirse para un factor de riesgo y predisponente a las drogas respecto de los procedentes y nacidos en otras regiones como son pueblos pequeños.

Respecto a la ocupación antes del ingreso, se toma la inestabilidad laboral que reporta el 48% de los hombres en tratamiento, pues su actividad era ser vendedores ambulantes, y esto se asume como un factor de riesgo para cometer actos delictivos debido a la necesidad de sostenimiento de la persona o sus familias. Igualmente el hecho de ser vendedor ambulante, hace parte de los trabajos informales y que generan poca estabilidad laboral o de ingresos, lo que constituye un factor de riesgo ambiental como lo plantea la OMS (2004) respecto a la situación económica, igualmente también se pudo haber iniciado el consumo lo que le dificulta tener una aceptación laboral en sitios donde se pueda desempeñar como trabajador, porque el consumo interfiere en el desarrollo normal de las actividades como lo plantea la OMS (2004) respecto del incumplimiento de tareas. Igualmente Sanz (1997) describe que las características de un drogodependiente que ingresa a prisión son bajo nivel académico, donde el abandono fue a edad temprana y esto se relaciona con el nivel de instrucción alcanzado y la edad probable de inicio de consumo.

Respecto a las variables jurídicas de los hombres en tratamiento en SPA el 60% fue detenido siendo menor de edad, y el delito de mayor frecuencia fue el hurto y porte de armas con el 32%, y el delito por ley 30 con el 8% que refiere a las sustancias psicoactivas, que es el delito que se asocia se cometen los menores de edad por estar en el consumo reportó un nivel bajo respecto al de hurto / porte de armas, de los que se puede analizar corresponden a delitos en la consecución de drogas, como por ejemplo robar para obtener a cambio droga, o tener armas para intimidar lo que conduce al robo y por tanto también conseguir droga, que es una de las premisas que plantea Vásquez (2003) citado en Herrero (2002) sobre los delincuentes

juveniles quienes acceden a la infracción de la ley para conseguir los objetivos materiales para el consumo de sustancia psicoactivas.

Respecto al 60% de esta población que reporta es la primera vez que ingresa a la cárcel, se puede tomar como un factor favorable que puede influir positivamente en la recuperación al consumo de SPA, y se acompaña de la prevención de la reincidencia delictiva.

Sumando a que el 60% es la primera vez que esta detenido, esta la motivación personal de ingreso al programa donde este es la mayor frecuencia (32%) de motivación de ingreso al programa donde se subyace o se infiere busca una verdadera recuperación, al superación de la conducta de consumo y el crecimiento personal por encima de beneficios jurídicos entre otros.

Igualmente respecto al tratamiento una de las variables que desfavorecen el proceso en el que esta es el tiempo, pues la mayoría tiene entre uno y tres meses en el programa, esto hace referencia a que apenas se encuentran en un proceso de adaptación y aceptación de tratamiento en el que se pueden presentar abandonos o refiere que la población es flotante, es decir entran al programa pero son pocos los que son capaces de mantenerse, que también da cuenta de la dificultad para una persona adicta a SPA adaptarse a un tratamiento, ya sea por la ansiedad de consumo, bajo control de si mismos o aceptación de normas del programa. Donde la permanecía en tiempo en tratamientos y el monitoreo a largo plazo de una persona en recuperación es uno de los indicadores recomendados por NIDA (2006), en el que no solo se incluye la recuperación eficaz seguido por el manejo del problema a largo plazo, sino también que los medicamentos hacen parte importante del tratamiento para muchos delincuentes drogadictos y que no se contempla ni se entiende esta postura para los hombres en tratamiento de las sustancias psicoactivas.

Para los antecedentes de consumo y de tratamiento, se hace necesario resaltar variables interrelacionadas y que juegan un papel importante en el tratamiento, tenemos que el 68% es la primera vez que ingresa a un tratamiento, y que el 40% lleva entre 1 y 3 meses en tratamiento,

96% de la población de hombres registro antecedentes de consumo de marihuana, siendo esta la sustancia de mayor consumo ilícita, cifra que concuerda con los datos de la OMS sobre la sustancia ilegal de mayor consumo en el mundo.

De esta manera el 96% de los residentes, usuarios de marihuana con tiempo superior a 48 meses (4 años) y con un 84% en su consumo diario. Sería importante el establecimiento de intervención individual cognitivo conductual pues como lo refiere NIDA se encontró equivalente dos sesiones en esta modalidad respecto a 14 sesiones de grupo.

Para el análisis de las características de personalidad en los hombres detenidos en tratamiento mediante la escala del MCMI III, en las escalas de validez (V) y escala de sinceridad (X) las respuestas que se obtuvieron fueron francas y reveladoras frente al cuestionario. Las escalas: deseabilidad social (Y) con un 40% y la escala devaluación (Z) con un 32% exceden la puntuación de prevalencia de 75, lo que empieza a ser significativo en la descripción de las características de esta población. La puntuación alta en Y refleja la necesidad de mostrarse socialmente favorable, en este caso a pesar de haber cometido un (os) delito(s), tener problemas con las drogas psicoactivas, pero que se muestra como virtuoso y significar compromiso con el tratamiento de SPA que esta recibiendo.

Para Choca y Van Denburg (1998) La escala Z se interpreta como una llamada de auxilio debido a angustia o agitación emocional; significa sentimientos de vacío emocional y físico, baja autoestima, tendencia al llanto o rabia ante la menor provocación, sensación de no ser querido o aceptado, tensión, incomodidad, ante la presencia de otro, culpabilidad o depresión.

Al presentarse conjuntamente prevalencia alta en la escala "Y" y la escala "Z" se interpretan a los sujetos como no reveladores y no se mostraron lo que son, si se tiene en cuenta que se trata de se mostrarse virtuosamente ante la sociedad cuando se sabe que no lo ha sido razón que lo llevo a cometer un delito o no tener un compromiso sincero con el tratamiento.

Para el Eje I que hace referencia a los trastornos clínicos, se correlaciona la situación de tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas con los hallazgos para este eje, pues el

trastorno de mayor porcentaje es la dependencia por sustancias psicoactivas (72%). El segundo trastorno de mayor frecuencia es el de ansiedad (60%) y que se torna como un elemento identificable en personas con abstinencia en el consumo debido a la reacción fisiológica cuando se ha interrumpido el consumo de una SPA. Igualmente el otro trastorno evidente es el Delirante (44%) que junto con el de ansiedad es más que un cuadro explicable de la situación de abstinencia en el tratamiento que genera ansiedad y distorsiones en la percepción por el efecto neuroquímico en el cerebro luego de tiempos prolongados de consumo seguidos de tiempos de abstinencia de consumo de SPA.

Las otras escalas que se elevan pero en el nivel de ser consideradas rasgos son los el Trastorno Bipolar (32%), la Depresión Mayor (8%) y el Trastorno por estrés postraumático (4%). que igualmente hace parte de la explicación de personas en recuperación del consumo de sustancias psicoactivas, por los continuos en el cambio de ánimo, la tristeza inminente que experimente o un hecho traumático o doloroso que podría estar siendo aliviado con el consumo.

Para las escalas que no hay puntajes significativos son los trastornos Somatoformo y Distímico. Teniendo en cuenta que existen casos reportados de depresión mayor en el rango de rasgo, se podría tomar como algo situacional debido a que no se reporta la escala distímia por encima de la escala de depresión mayor.

Respecto al Eje II (personalidad) que de cierta manera es el que se busca explicitar mejor debido a que se le atribuye su presencia a la dificultad en la superación de conductas de recaída durante el tratamiento o luego de este, se encontró que las escalas que se consideran en un trastorno es en primer lugar el Narcisista (44%), Antisocial (32%), Paranoide (24%) y Agresiva – Sádica (16%). Para revisar los resultados específicamente en este eje, es importante señalar los resultados obtenidos en la escala de deseabilidad social (40%) donde este porcentaje representativo se muestra socialmente favorablemente y personalmente atractivo,

acompañados de la escala de devaluación (32%) que hace referencia a haber ocultado la presencia de dificultades psicológicas e interpersonales.

De acuerdo a los hallazgos en el eje II y escalas de validez, es importante interrelacionarlas debido a las mismas características de los trastornos narcisista, antisocial y paranoide respecto a la concepción de sí mismo, el cumplimiento de normas, el respeto por sí mismo y los otros y las ideas que se forman respecto de sí mismo y los peligros que se perciben para sí mismos.

Las escalas que se le cataloga como rasgo están las Negativista, que refiere ser un rasgo pesimista frente a la persona y las tareas que emprende, en este caso la superación del consumo de sustancias; otros rasgos con igualdad de condiciones está el Esquizoide, Evitativa y Depresiva, donde el rasgo depresivo se correlaciona con la evidencia de depresión en hallado en el eje I en el mismo nivel de gravedad.

De las escalas que se mantuvieron en niveles de normalidad están la dependiente, la compulsiva y la autodestructiva, que para el caso de personas que consumen sustancias psicoactivas era de esperarse estuvieran fuera de límites de normalidad.

Teniendo en cuenta los hallazgos en investigaciones de trastornos de la personalidad en otros contextos, para este grupo de hombres parece no revertir tanta gravedad en los trastornos de personalidad tanto como para otras poblaciones investigadas.

En comparación de grupos por género, el de hombres consumidores con el de hombres sin antecedentes de SPA, al equiparar los grupos en características sociodemográficas parecidas que permitirá hacer una comparación en los resultados de personalidad, se tornó difícil de lograrlo al cien por ciento, debido a que datos como la edad, procedencia y delito no eran tan comunes, por ejemplo respecto a la edad la mayoría de hombres en tratamiento a las SPA estaban en el rango de edad de 18 a 21 años mientras que para los hombres no consumidores fue de 22 años hasta 29; el lugar de nacimiento y de procedencia eran inversos puesto que la mayoría de hombres en tratamiento son del área metropolitana de Bucaramanga mientras que los hombres sin antecedentes de sustancias psicoactivas corresponden a otras zonas como son

Cesar, Santander y Norte de Santander y donde particularmente son zonas reconocidas por la presencia de cultivos ilícitos, y el motivo de detención actual es el delito por Ley 30, pero respecto al tiempo de detención si existe buena correlación.

Paradójicamente los hombres que no reportan antecedentes en el consumo de sustancias psicoactivas, reportan el delito de ley 30 como el de mayor frecuencia cometido, igualmente en su gran mayoría son procedentes de zonas caracterizadas por la presencia de cultivos ilícitos como son el Sur del Cesar y el Catatumbo en Norte de Santander. En la teoría es reconocido que el delito de ley 30 por lo general es aplicado a las personas que consumen drogas pero en este caso no se presenta para la caracterización de esta población.

Respecto a las variables de personalidad para los hombres sin antecedentes de SPA las escalas de validez y sinceridad se encuentran en el 100% de límites normalidad establecidos por la prueba, con una media en la escala de sinceridad se encuentran en los límites de normalidad establecidos por la prueba, Por tanto para las escalas de deseabilidad social (Y) y Devaluación social (Z) los porcentajes por encima de la prevalencia 75 son menores en mejores rangos respecto a los hombres en tratamiento de SPA

En los trastornos del eje I presentan las mismas escalas elevadas en el nivel de trastorno, pero no llegan a ser tan altas como para los hombres en tratamiento, por ello la ansiedad (56%) es el trastorno mas alto seguido al igual que en hombres en tratamiento el trastorno delirante (32%), lo que lleva a intuir que estos trastornos se pueden referir en los hombres en tratamiento a su situación de antecedentes de consumo de SPA y mas situacionales para los hombres sin antecedentes de consumo, igualmente la ansiedad y la alteración en la percepción están catalogadas como características en personas privadas de la libertad.

Se correlaciona que se trata de población sin antecedentes de SPA debido a la puntuación baja para la dependencia de sustancias psicoactivas, y donde el porcentaje que se obtuvo fue debido a la percepción de sustancia psicoactiva el alcohol pero que esta, si bien representa un

problema es reconocida como una SPA legal. Igualmente se concuerda en puntajes bajos en la escala Somatoformo y Distímico tanto hombres sin antecedentes como en tratamiento de SPA.

Para el Eje II en hombres sin antecedentes de SPA las escalas mas elevadas en la consideración de trastorno esta la escala narcisista (48%) la paranoide (44%), Compulsiva (24%); de esta manera se coincide con los hombres en tratamiento con la escala reportada mas alta para este eje la escala narcisista, pero donde la escala antisocial (4%) solo hace referencia con a un rasgo en un porcentaje bajo. De cierta manera el delito que hace común a los hombres sin antecedentes de consumo de SPA es la ley 30 que refiere la producción, el tráfico o comercialización de estupefacientes que podría incidir en la elevación de una conducta antisocial, pero más bien se eleva la escala histriónica en el nivel de rasgo (12%) pero que determina ideas de grandeza.

Igualmente otra escala que se hace prominente es la escala paranoide (44%) y Compulsiva (24%) donde como en el eje I la escala de trastorno delirante se correlaciona aun mas para determinar que puede ser debido a la situación de privación de la libertad de movilidad física.

Mientras tanto las escalas que no muestran significancia son las escalas: Esquizoide, Dependiente, Agresiva, Negativista, Autodestructiva, Esquizotípica, y Límite; lo que revierte en que no representan psicopatología grave para esta muestra poblacional.

Respecto a los resultados para el grupo de Mujeres. La muestra poblacional fue de 18 tanto para las de tratamiento de SPA como para las que no reportan antecedentes de SPA. Las características sociodemográficas para las mujeres en tratamiento demuestran que de acuerdo al estado civil, el tipo de familia en un 72% son madres, lo que puede ser un gancho o factor protector para el mantenimiento en el tratamiento, el lugar de procedencia de un lugar distinto a Bucaramanga y su área metropolitana (22%) logra tener diferencia.

Teniendo en cuenta las variables jurídicas las mujeres que reportan porcentajes considerables (50%) en reincidencia delictiva, es mayor a la reportada siendo menores de edad.

El 56% de las mujeres inició su consumo de sustancias psicoactivas antes de los 14 años de edad, y las edades de estas mujeres están entre los 18 y 33 de edad, indicador de varios años consumiendo spa, por tanta puede que exista algunos efectos sobre sus hijos para las que son madres debido al consumo.

Teniendo en cuenta que uno de los factores que inciden en el éxito del tratamiento es la motivación personal y la búsqueda de deshabituación al consumo de SPA, para las mujeres en tratamiento no es la prioridad y por el contrario lo hacen en un 50% por los beneficios jurídicos que le trae el tratamiento como es el descuento de condena debido a la asistencia a programas de tratamiento. El 16% de las mujeres en tratamiento a SPA tiene probabilidad de recuperación o modulación del consumo debido a que la historia de consumo es menor de 48 meses,

El 94% de las mujeres en tratamiento llevan entre 1 y 3 meses en el programa, índice de tiempo muy bajo para determinar compromiso y seriedad con el tratamiento, lo que se refuerza si se tiene en cuenta que la motivación de ingreso es por beneficios jurídicos y el total de la población muestra el ingreso al programa por primera vez.

Respecto a la escala de deseabilidad social refiere en un porcentaje alto (56%) que es indicador de haber ocultado problemas psicológicos, lo que de cierta manera podría influir en la disminución porcentual de la presencia de trastornos clínicos y de personalidad respecto a los porcentajes encontrado.

Evaluando la presencia de trastornos clínicos del eje I, la escala de más elevada es la dependencia de alcohol (55%) seguida con el mismo porcentaje la dependencia de sustancias y presencia de ansiedad (45%) y como tercer escala alta esta el trastorno Bipolar (28%) indicador de problemas clínicos representativos a nivel de sustancias psicoactivas y no los trastornos clínicos por encima de un problema reconocido como es el consumo de sustancias psicoactivas.

Para la el eje II (personalidad) se encuentra que si se hace el análisis por porcentajes de gravedad patológica, las escalas no tienen porcentajes altos, y de cierta manera puede estar

influido por la deseabilidad social que se analizó para esta muestra poblacional, puesto que las escalas asociadas a conductas de consumo y delictivas como la Escala Antisocial (17%) no está lo suficientemente representativa para lo esperado en esta población. Igualmente la escala compulsiva y la narcisista (11%) o la depresiva (6%)

Para las mujeres sin antecedentes de SPA se presentó al igual que para los hombres, dificultad en el equiparamiento de la edad, puesto que las con antecedentes de consumo están en edades entre los 18 y 21 años mientras que para las mujeres sin antecedentes están entre los 30 y 33 años de edad (53%) en un porcentaje muy representativo, esto puede indicar de acuerdo a los conceptos revisados sobre perfiles delictivos que la actividad delictiva y patológica descienden con la edad que se alcanza.

Una de las actividades que más refieren como actividad antes del ingreso a la cárcel es el área comercial, especificando el oficio de vendedores ambulantes, donde explican que era un oficio que favorecía el delito, como por ejemplo los expendios de droga, razón por la cual la ley 30 es uno de los delitos de mayor frecuencia al lado de hurto y porte de armas, una vez más son las mujeres sin antecedentes de consumo las involucradas en el tráfico de estupefacientes, en mayor medida de las que están en tratamiento a las SPA.

Respecto a las características de personalidad no existen medidas significativas entre mujeres en tratamiento y sin tratamiento de sustancias psicoactivas, puesto que en conclusión las mujeres sin antecedentes de SPA tienen a tener escalas altas en el eje I, mientras que las que están en tratamiento en el eje II y donde se vieron que no son representativas.

Conclusiones

1. Se evidencia mayor compromiso en los hombres respecto de la importancia del tratamiento, puesto que la mayor motivación que refieren es personal, es intrínseca y esto se toma como una variable favorable al éxito de los tratamientos para las sustancias psicoactivas.
2. De cierta manera el programa para prevención de sustancias psicoactivas para las mujeres es de tipo abierto y a lo largo de la aplicación de instrumentos se observó un bajo compromiso frente al tratamiento, que se ve reflejado en la variable sobre motivación de ingreso al programa que es los beneficios jurídicos, y teniendo en cuenta las variables que determinan el éxito de los tratamientos, esta no contribuye a la búsqueda de este.
3. Uno de los factores de riesgo al que se le asume mayor importancia a la hora de calificar el inicio de consumo de drogas, es la familia de donde procede el individuo, respecto a este ítem se evalúa que parece no haber sido un factor de riesgo para las persona que hicieron parte de la investigación puesto que reportan familias nucleares en gran medida con una estructura funcional, lo que indica una fuente de apoyo para la superación de la problemática.
4. Para los factores de riesgo ambientales que plantea la OMS (2004) para llegar al consumo de sustancias psicoactivas y su mantenimiento, están la pobreza o dificultades económicas, la inestabilidad laboral y el abandono escolar a edad temprana, parasen relacionarse a los precedentes del consumo en las personas investigadas pues cuentan en su gran mayora con estas características, como también es descrito por Sanz (1997).
5. Respecto a la evaluación de las escalas de personalidad, no se encontraron porcentajes tan elevados en las personas consumidoras respecto de las estadísticas que la literatura muestra como Fernández, et al (2004); Iglesias y Marcos (2000) donde específicamente

para el trastorno antisocial de la personalidad es reconocido y acentuado para las personas que han cometido delitos y se encuentran reclusos, pero que para los hombres y mujeres que hicieron parte de esta investigación no son tan evidentes ni logran tener una diferenciación significativa entre los hombres y mujeres en tratamiento como los que no reportan antecedentes.

6. Respecto a la evaluación con el MCMI III, se acentúan la presencia de los trastornos del eje I del DSMI IV TR en los hombres no consumidores y se evidencian en menor medida en los si consumidores. Por ello es la escala de Ansiedad la de mayor presencia en los internos que no reportaron antecedentes de SPA, mientras que para los hombres en tratamiento de SPA es el segundo más alto.

Recomendaciones

Para la población de hombres y mujeres sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, el delito que representa un alto porcentaje de ingreso es el de ley 30 que es la producción, fabricación o comercialización de estupefacientes, en el caso de los hombres en su mayoría corresponde a personas procedentes de municipios de Santander o de otros departamentos reconocidos por la presencia de cultivos ilícitos como son el Catatumbo en Norte de Santander o en el Sur de Bolívar. De acuerdo a esto por ello sería importante incluir una investigación con esta población sobre sus imaginarios y percepción de problema de sustancias psicoactivas desde el principio del bien común para el que aporta su trabajo ilegal de producción, comercialización de sustancias psicoactivas ilegales. Igualmente investigar los niveles de reincidencia en el delito para las personas condenadas por ley 30, pues esto es importante para aportar al control de sustancias psicoactivas en el país.

Es evidente que dentro del colectivo de drogodependientes hay diferentes grupos con diferentes situaciones, se deben crear diferentes alternativas de tratamiento, de ahí la necesidad que exista una oferta terapéutica amplia mediante una intervención multidisciplinar puesto que si bien es cierto que el ambiente libre de drogas es favorable, también es cierto que la drogadicción es una enfermedad del cerebro en el que su tratamiento no solo influye la motivación del paciente al cambio, sino también las reacciones químicas del cerebro que hacen que sea difícil superar el problema y por tanto que no se puede pensar en aplicar programa libre de drogas para todos los participantes del programa, y más bien incluir el tratamiento farmacológico como una fuente de apoyo a la solución del problema, igualmente evaluando cada caso en particular. Puesto que el tratamiento farmacológico debe darse como un apoyo y no como una dificultad, teniendo en cuenta que existen paciente que lleva más de 5 años de historia de consumo y pareciera que se ha conformado más un estilo de vida.

La estructura funcional de los programas tanto para hombres como para mujeres, tienen una clara diferencia en las instituciones carcelarias, respecto a los espacios físicos que ocupan, a la intensidad en la intervención y al mismo reconocimiento institucional tanto en el personal de tratamiento penitenciario como en la población de internos. Sin duda la CTNH cuenta con mejores instalaciones y reconocimiento lo que genera un impacto positivo y motiva al ingreso respecto al programa de mujeres que es un programa abierto y no residencial.

Referencias Bibliográficas

- Alejo, H; Cárdenas, L; Jacobo, J; Salvador, G; Restrepo, A. (2006). Propuesta para la Atención del Uso Disfuncional de Sustancias psicoactivas en el Contexto carcelario con el enfoque de comunidad terapéutica. INPEC: Litografía Impalma.
- APA – Asociación Americana de Psiquiatría. (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV TR. Barcelona: Editorial Masson.
- Buela-Casal, G. Sierra, JC. Arco, JL. (2001) Evaluación y tratamiento de las conductas adictivas. En: Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carreño, M (1997) El tratamiento psicológico de drogodependientes en prisión. En: Clemente, M y Núñez, J. (1997) Psicología Jurídica Penitenciaria II. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Echeburúa, E. (2000) Trastornos de personalidad: Concepto, Clasificación y Evaluación. En: Personalidades Violentas. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Choca, J. y Van Denburg, E. (1998). Guía práctica para la interpretación del MCMI. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Garrido, V. Morales, LA (2003) Psicópatas y Otros Delincuentes Violentos. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garrido, E. (2005) Decisión Individual del delincuente y Motivación Delictiva. En: Psicología Criminal. Madrid: Editorial Pearson –Prentice Hall.
- Giraldo, O. y García, J. (1999). Proyecto de Prevención Integral de la Drogadicción en el Sistema Penitenciario Colombiano. Bogotá: Taller de Artes graficas la Picota.

- González, AB. y Soria, MA. (2005) La psicología penitenciaria: Evaluación de penados y Tratamiento de Delincuentes Violentos. En: Psicología Criminal. Madrid: Editorial Pearson –Prentice Hall.
- Gross, R. (2004) Dependencia y Abuso de Sustancias. En: Psicología la ciencia de la mente y la conducta. Tercera Edición. México: Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. Segunda Edición. México: Mac Graw Hill.
- Herrero, J. (2004) Alteraciones De La Personalidad Asociadas A Las Conductas Adictivas: Influencia de la Duración del Consumo y sus Implicaciones. Psykhe. Vol. 13 N° 1. Recuperado: 5 de agosto de 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100008&script=sci_arttext
- Iglesias, J., y Marcos, J. (2000). Trastornos duales: Tratamiento y Coordinación. Revista Papeles del Psicólogo. 77, 58-63. Recuperado: 19 septiembre de 2007. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=846>
- Fernández, J., López, J., Landa, N., Inaki., L., y Zarzuela. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: Resultados de una comunidad terapéutica. International Journal of Clinical and Health Psychology. 4 (2). Recuperado: 19 de septiembre de 2007. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33740202>
- Fernández, J y Echeburúa, E. (2006) Evaluación de los trastornos de Personalidad: ¿Entrevistas o cuestionarios? Revista Papeles del psicólogo. Vol. 29. n° 2. Recuperado 30 de noviembre de 2008 de: <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?ID=1392>.
- Mas-Bagá, M. (2006). La REBT en una comunidad terapéutica: REBTC. Revista de Toxicomanías. (47). Recuperado: 5 de agosto de 2007. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/47-1.pdf>
- Millon, T. (2007) Manual del Inventario Clínico Multiaxial III. España: Ediciones TEA.

Millon, T. (1998). Trastornos de la Personalidad: Mas allá del DSM IV. Barcelona: Ediciones Masson.

National Institute on Drug Abuse – NIDA (2008). El abuso de las drogas y la drogadicción. Descargado el 30 de noviembre de 2008 de <http://www.drugabuse.gov/PDF/InfoFacts/Understanding-Sp08.pdf>

National Institute on Drug Abuse – NIDA (2008). Drogas de Club. Descargado el 30 de noviembre de 2008 de <http://www.drugabuse.gov/Infofacts/ClubDrugs-Sp.html>

National Institute on Drug Abuse – NIDA (2006) Tratamiento dentro del Sistema de Justicia Penal para Delincuentes con Problemas de abuso de drogas. Descargado el 30 de noviembre de 2008 de <http://www.nida.nih.gov/pdf/infofacts/CJTreatment-Sp06.pdf>

National Institute on Drug Abuse – NIDA (2006) El Crack y la Cocaína. Descargado el 30 de noviembre de 2008 de <http://www.drugabuse.gov/PDF/Infofacts/cocaine-sp06.pdf>

National Institute on Drug Abuse – NIDA (2006) La LSD. el 30 de noviembre de 2008 de <http://www.drugabuse.gov/PDF/Infofacts/LSD-Sp06.pdf>

National Institute on Drug Abuse – NIDA (2006) La Marihuana. Descargado el 30 de noviembre de 2008 de: http://www.drugabuse.gov/PDF/Infofacts/Marihuana06_Sp.pdf

Organización Mundial de la Salud – OMS (2004) Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas (Resumen). Recuperado: Octubre 30 de 2008 en http://www.bvspanica.org.ni/doc/salud_mental/Neuroscience.pdf

Raymond, J., Raymond, D., Peter, J. y Russel, L. (1995) Perfiles de personalidad Millon comparación de pacientes crónicos adictos a sustancias en programa residencial y población general de pacientes ambulatorios. Revista de Toxicomanías. (5). Recuperado: 5 de Agosto de 2007. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/Ret/pdfret/RET05-2.pdf>

- Rodríguez, E. (1997) Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 1996. Santa Fe de Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Roatta, C. (2006) Las dos caras de las cárceles en Colombia. Recuperado:15 de enero de 2009 en http://www.universia.net.co/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3319
- Rojas, M. y Espinosa, L. (2002). Perfiles clínicos de personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas (SPA). Recuperado: Agosto 4 de 2007. Disponible en: http://cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva_20.pdf#page=3
- Sánchez, E; Tomás V. (2000). Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de dependientes opiáceos. Hiberpsicología. Recuperado en: www.fedap.es/hiberpsicologia/hiberpsis1/sanchez/sancehez/htm-41k
- Sanz, J (1997) Programas de Drogodependencias en Prisión: Intervenciones de carácter sanitario. En: Clemente, M y Núñez, J. (1997) Psicología Jurídica Penitenciaria II. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Soria, MA. González, AB. (2005) Psicología Penitenciaria: Evaluación de los penados y tratamiento de Delincuentes Violentos. En: Psicología Criminal. Madrid: Editorial Pearson –Prentice Hall.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado para los participantes del proyecto.

Proyecto de Grado
Facultad de Psicología
Universidad Pontificia Bolivariana

Consentimiento Informado

Yo _____, con CC/TD

No. _____, por medio de la presente acepto participar en el proyecto de grado que esta desarrollando la estudiante de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Edel Mery Correa Duarte y que tiene como titulo “Características de Personalidad en Hombres y Mujeres Detenidos en Establecimientos Carcelarios Sin Antecedentes de Consumo y en Proceso de Deshabitación a las Sustancias Psicoactivas”.

Se me ha explicado que en este proyecto van a participar hombres del establecimiento penitenciario de Bucaramanga y mujeres de la reclusión de Bucaramanga. Hombres de la CTNH y de la población general de Internos, Mujeres de Programa Red de Escucha – Programa Narcótico y mujeres de la población general de internas.

Igualmente se me ha explicado que mi participación consiste en responder de forma individual a una entrevista que busca recoger datos demográficos y a un cuestionario de personalidad conocido como MCMI III. De la misma manera se me garantiza que el procesamiento de los datos será confidencial y se me ha informado que los resultados serán arrojados de manera general.

La participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme en cualquier momento del proceso si los considero conveniente sin que tenga ninguna consecuencia.

Se me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna de las publicaciones que se deriven del estudio pues se garantiza mi derecho al anonimato.

Firma

Estudiante Psicología:
Edel Mery Correa Duarte

Anexo 2: Entrevista Sociodemográfica Para Hombres y Mujeres Detenidos En Establecimientos Carcelarios Sin Antecedente de Consumo y en Proceso de Deshabitación a las Sustancias Psicoactivas, Con los siguientes formatos:

Formato A: Entrevista Sociodemográfica para hombres detenidos en tratamiento a Sustancias Psicoactivas de la Comunidad Terapéutica Nuevos Horizontes

Entrevista Socio-demográfica						
Comunidad Terapéutica Nuevos Horizontes - EPMSC Bucaramanga						
1. Variables sociodemográficas.						
• Edad:						
18	19	20	21	22		
23	24	25	26	27		
28	29	30	31	32	33	
• Estrato socioeconómico:						
	1	2	3	4	5	6 otros
• Lugar de nacimiento:		Bucaramanga: SI __ NO __			Otros Lugares: SI __ NO __	
• Lugar de Procedencia:		Bucaramanga: SI __ NO __			Otros Lugares: SI __ NO __	
• Ocupación/actividad laboral (antes de la detención) _____						
Área Comercial..... ()			Producción – empresa..... ()			
Vida delictiva..... ()			Otros..... ()			
• Estado civil:						
Soltero..... ()		Soltero con novi@..... ()			Padre soltero..... ()	
Unión Libre..... ()		Separado/Divorciado..... ()			Casado..... ()	
Viudo..... ()						
• Tipo de familia:						
A. Nuclear		B. Extensa		C. Reconstruida		
D. Padres separados						
• Nivel de escolaridad:						
A. Primaria Incompleta..... ()						
B. Primaria Completa..... ()						
C. Secundaria Incompleta..... ()						
D. Secundaria Completa..... ()						
E. Técnica Incompleta..... ()						
F. Técnica Completa..... ()						
G. Universitaria Incompleta..... ()						
H. Universitaria Completa..... ()						
2. Variables Jurídicas:						
• Problemas de detención siendo menor de edad:						
Si _____ No _____ Motivo (Ver cuadro motivo de ingreso a la cárcel): A _ B _ C _ D _ E _ F _						
• Motivo de Ingreso a la cárcel:						
A. Ley 30..... ()						
B. Hurto / Porte ilegal de armas..... ()						
C. Secuestro / Extorción..... ()						
D. Delitos contra la vida..... ()						
E. Concierto para delinquir (Paramilitarismo / Rebelión)..... ()						
Número de veces detenido: _____ Tiempo de detención (Actual): _____						

3. Variables relacionadas al consumo y tratamiento de Sustancias Psicoactivas

• **Antecedentes de consumo de SPA**

- Drogas legales
 - A. Cigarrillo
 - B. Alcohol
 - C. Cigarrillo y alcohol.
- Drogas ilegales y/o industriales
 - A. Marihuana..... ()
 - B. Benzodicepinas (Tranquilizantes) ()
 - C. Opiaceos (Heroína.....) ()
 - D. Inhalantes (bóxer, gasolina, thinner,)..... ()
 - E. Cocaína y derivados (Basuco, Perico)..... ()
 - F. Alucinógenos (hongos, LSD, PCP)..... ()
 - G. Éxtasis..... ()
 - H. Otras..... ()

Historia del Consumo:

- Droga de inicio: _____ Edad de inicio: _____
- Droga Problema: (la que consume con mas intensidad) _____
 Tiempo de consumo de la droga problema: Mese(s) _____ Año(s) _____
 Frecuencia de consumo: diaria _____ semanal _____ mensual _____

Antecedentes de tratamientos de deshabitación

- Motivo de Ingreso a la Comunidad Terapéutica:
 - A. Motivación familiar..... ()
 - B. Motivación pareja..... ()
 - C. Motivación personal..... ()
 - D. Motivado por los hijos..... ()
 - E. Beneficios Jurídicos (Concepto de buen comportamiento)..... ()
 - F. Busca de deshabitación..... ()
 - G. Mejores condiciones dentro del establecimiento..... ()
 - H. Redención de Pena..... ()

Tiempo en permanencia en la comunidad: _____

Número de ingresos a la CTNH: _____

- Ha intentado antes algún tratamiento en búsqueda de abandonar o manejar el consumo:

SI _____ NO _____

Numero de veces intentados: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o más ___

Motivo del Abandono: _____

Tipo de tratamientos intentados para la deshabitación antes del ingreso a CTNH:

- A. Hospitalización en clínica de reposo / psiquiátrica ()
- B. Desintoxicación ()
- C. Alcohólicos anónimos ()
- D. Comunidad terapéutica ()
- E. Hogares CREA ()
- F. Centro de rehabilitación para drogadictos ()

- Antecedentes de tratamiento psiquiátrico: Si ___ No ___

Motivo: _____

Formato B: Entrevista Sociodemográfica para hombres en tratamiento detenidos sin antecedentes de Sustancias Psicoactivas de la Población General de Internos.

Entrevista Sociodemográfica						
Hombres Sin Antecedente de Consumo de SPA - Población General de Internos						
1. Variables socio-demográficas y jurídicas.						
• Edad:						
18	19	20	21	22		
23	24	25	26	27		
28	29	30	31	32	33	
• Estrato socioeconómico:						
	1	2	3	4	5	6 otros
• Lugar de nacimiento: Bucaramanga: SI __ NO__ Otros Lugares: SI __ NO__						
• Lugar de Procedencia: Bucaramanga: SI __ NO__ Otros Lugares: SI __ NO__						
• Ocupación/actividad laboral (antes de la detención) _____						
Área Comercial..... () Producción – empresa..... ()						
Vida delictiva..... () Otros.....						
• Estado civil:						
Soltero..... ()		Soltero con novi@..... ()		Padre soltero..... ()		
Unión Libre..... ()		Separado/Divorciado..... ()		Casado..... ()		
Viudo..... ()						
• Tipo de familia:						
A. Nuclear		B. Extensa		C. Reconstruida		
D. Padres separados		E. Otros				
• Nivel de escolaridad:						
A. Primaria Incompleta..... ()						
B. Primaria Completa..... ()						
C. Secundaria Incompleta..... ()						
D. Secundaria Completa..... ()						
E. Técnica Incompleta..... ()						
F. Técnica Completa..... ()						
G. Universitaria Incompleta..... ()						
H. Universitaria Completa..... ()						
• Problemas de detención siendo menor de edad:						
Si _____ No _____ Motivo (Ver cuadro motivo de ingreso a la cárcel): A _ B _ C _ D _ E _ F _						
• Motivo de Ingreso a la cárcel:						
A. Ley 30..... ()						
B. Hurto / Porte ilegal de armas..... ()						
C. Secuestro / Extorción..... ()						
D. Delitos contra la vida..... ()						
E. Antecedentes familiares de consumo..... ()						
F. Concierto para delinquir (Paramilitarismo / Rebelión)..... ()						
Número de veces detenido: _____ Tiempo de detención (Actual): _____						

Formato C: Entrevista Sociodemográfica para mujeres detenidas en tratamiento a Sustancias Psicoactivas de la Red de Escucha – Programa de Narcóticos

Entrevista Sociodemográfica
Programa Narcóticos - Red de Escucha - RM Bucaramanga

1. Variables sociodemográficas.

- Edad:

18	19	20	21	22
23	24	25	26	27
28	29	30	31	32
- Estrato socioeconómico:

1	2	3	4	5	6	otros
---	---	---	---	---	---	-------
- Lugar de nacimiento: Bucaramanga: SI __ NO__ Otros Lugares: SI __ NO__
- Lugar de Procedencia: Bucaramanga: SI __ NO__ Otros Lugares: SI __ NO__
- Ocupación/actividad laboral (antes de la detención) _____

Área Comercial..... ()	Producción – empresa..... ()
Vida delictiva..... ()	Otros.....
- Estado civil:

Soltera..... ()	Soltera con novi@..... ()	Madre soltera.... ()
Unión Libre..... ()	Separada/Divorciada..... ()	Casada..... ()
Viuda..... ()	Otros ()	
- Tipo de familia:

A. Nuclear	B. Extensa	C. Reconstruida
D. Padres separados	E. Otros	
- Nivel de escolaridad:

A. Primaria Incompleta..... ()
B. Primaria Completa..... ()
C. Secundaria Incompleta..... ()
D. Secundaria Completa..... ()
E. Técnica Incompleta..... ()
F. Técnica Completa..... ()
G. Universitaria Incompleta..... ()
H. Universitaria Completa..... ()

2. Variables Jurídicas.

- Problemas de detención siendo menor de edad:
Si _____ No _____ Motivo: _____
- Motivo de Ingreso a la cárcel:

A. Ley 30..... ()
B. Inasistencia de hogar..... ()
C. Hurto / Porte ilegal de armas..... ()
D. Secuestro / Extorción..... ()
E. Delitos contra la vida..... ()
F. Antecedentes familiares de consumo..... ()
G. Concierto para delinquir (Paramilitarismo / Rebelión)..... ()

Número de veces detenido: _____ Tiempo de detención (Actual): _____

3. Variables relacionadas al consumo y tratamiento de Sustancias Psicoactivas

Antecedentes de consumo de SPA

- Drogas legales
 - A. Cigarrillo
 - B. Alcohol
 - C. Cigarrillo y Alcohol

- Drogas ilegales y/o industriales
 - A. Marihuana..... ()
 - B. Benzodicepinas (Tranquilizantes) ()
 - C. Opiaceos (Heroína.....) ()
 - D. Inhalantes (bóxer, gasolina, thinner,)..... ()
 - E. Cocaína y derivados (Basuco, Perico)..... ()
 - F. Alucinógenos (hongos, LSD, PCP)..... ()
 - G. Éxtasis..... ()
 - H. Otras..... ()

Historia del Consumo:

- Droga de inicio: _____ Edad de inicio: _____
- Droga Problema: (la que consume con mas intensidad) _____
 Tiempo de consumo de la droga problema: Mese(s) _____ Año(s) _____
 Frecuencia de consumo: diaria _____ semanal _____ mensual _____

Antecedentes de tratamientos de deshabitación

- Motivo de Ingreso al programa narcótico o red de escucha
 - A. Motivación familiar..... ()
 - B. Motivación pareja..... ()
 - C. Motivación personal..... ()
 - D. Motivada por los hijos..... ()
 - E. Beneficios Jurídicos (Concepto de buen comportamiento)..... ()
 - F. Busca de deshabitación..... ()
 - G. Mejores condiciones dentro del establecimiento..... ()

Tiempo en permanencia en el programa: _____
 Número de ingresos al programa: _____

- Ha intentado antes algún tratamiento en búsqueda de abandonar o manejar el consumo:
 SI _____ NO _____
 Numero de veces intentados: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o más ___
 Motivo del Abandono: _____

- Tipo de tratamientos intentados para la deshabitación antes del ingreso al programa:
 - A. Hospitalización en clínica de reposo / psiquiátrica ()
 - B. Desintoxicación ()
 - C. Alcohólicos anónimos ()
 - D. Comunidad terapéutica ()
 - E. Hogares CREA ()
 - F. Centro de rehabilitación para drogadictos ()

- Antecedentes de tratamiento psiquiátrico: Si _____ No _____
 Motivo: _____

Formato D: Entrevista Sociodemográfica para mujeres detenidas sin antecedentes de Sustancias Psicoactivas de la población general de internas.

Entrevista Sociodemográfica						
Población general de mujeres - RM Bucaramanga						
1. Variables socio-demográficas y jurídicas.						
• Edad:						
18	19	20	21	22		
23	24	25	26	27		
28	29	30	31	32		
• Estrato socioeconómico:						
	1	2	3	4	5	6 otros
• Lugar de nacimiento: (Departamento) _____						
• Procedencia: (Departamento) _____						
• Ocupación/actividad laboral (antes de la detención) _____						
• Estado civil:						
Soltera.....	()	Soltera con novi@.....	()	Madre soltera....	()	
Unión Libre.....	()	Separada/Divorciada.....	()	Casada.....	()	
Viuda.....	()	Otros.....	()			
• Tipo de familia:						
A. Nuclear		B. Extensa		C. Reconstruida		
D. Padres separados		E. Otros				
• Nivel de escolaridad:						
A. Primaria Incompleta.....	()					
B. Primaria Completa.....	()					
C. Secundaria Incompleta.....	()					
D. Secundaria Completa.....	()					
E. Técnica Incompleta.....	()					
F. Técnica Completa.....	()					
G. Universitaria Incompleta.....	()					
H. Universitaria Completa.....	()					
• Problemas de detención siendo menor de edad:						
Si _____ No _____ Motivo: _____						
• Motivo de Ingreso a la cárcel:						
A. Ley 30.....	()					
B. Inasistencia del hogar.....	()					
C. Hurto / Porte ilegal de armas.....	()					
D. Secuestro / Extorción.....	()					
E. Delitos contra la vida.....	()					
F. Concierto para delinquir (Paramilitarismo / Rebelión).....	()					
Número de veces detenido: _____ Tiempo de detención (Actual): _____						

Anexo 3: Hoja de Respuestas prueba de Personalidad MCMI III.

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V= Verdadero; F= Falso) que mejor describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F