

Ansiedad, depresión y autoestima en población general, transeúntes y consumidores de sustancias adictivas

Anxiety, depression and self-esteem in homeless, general population, and substance users

Abel Baquero Escribano¹, Gema Calvo Orenga², Rafael Ballester Arnal¹, Sonia Francés Olmos³, Mihaela Dalae² y Gonzalo Haro Cortés^{2, 4}

¹ Dpto. Psicología básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I de Castellón

² Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

³ Psicóloga

⁴ Universidad CEU Cardenal Herrera de Castellón

Recibido: 4 marzo 2015; Aceptado: 5 junio 2015.

Resumen

Los trastornos por uso de sustancias coexisten en algunos pacientes con diferentes manifestaciones clínicas de ansiedad y del estado de ánimo, a su vez variables como la autoestima guardan una estrecha relación en el curso y evolución de éstos. En el presente estudio se investiga los trastornos por consumo de sustancias, el transeuntismo y los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. La investigación se desarrolla en la ciudad de Castellón con un total de 258 sujetos, divididos en un grupo clínico subdividido en consumidores de cocaína, heroína, heroína combinada con cocaína, cannabis, alcohol y sujetos en programa de mantenimiento con metadona (PMM), un grupo de población general y otro grupo de transeúntes, evaluados mediante el cuestionario STAI, BDI, RSES y una entrevista que recoge aspectos biopsicosociales y clínicos. Los resultados mostraron una mayor gravedad clínica en depresión y ansiedad rasgo en consumidores de heroína inhalada, así como una mayor ansiedad estado y menor autoestima en el grupo de transeúntes. Se puede desprender de los resultados que el consumo de sustancias correlaciona con mayores niveles de ansiedad rasgo y depresión, así como la exclusión social con una menor percepción de autoestima y mayor ansiedad estado.

Palabras Clave

Depresión; Ansiedad; Autoestima; Transeuntismo; Trastornos por consumo de sustancias.

Correspondencia a:

Abel Baquero Escribano

E-mail: abelbe@hotmail.com



Abstract

Substance use disorders coexist in some patients with different clinical manifestations of anxiety and mood, in turn variables as self-esteem keep a narrow relation in the course and evolution of these. The present study investigates the relationship between the substance use disorders, the homelessness and the levels of anxiety, depression and self-esteem. Research is carried out in the city of Castellón, with a total of 258 subjects, divided into a clinical group subdivided into cocaine, heroin, heroin combined with cocaine, cannabis, alcohol users and patients in methadone maintenance program (MMP), an general population group and a group of homeless, evaluated through the questionnaire STAI, BDI, RSES and an interview that gathers biopsychosocial and clinical aspects. Results showed a more severe clinical depression and trait anxiety in consumers of inhaled heroin, as well as increased state anxiety and lower self-esteem in the group of homeless. It can be inferred from the results that the substance use correlates with higher levels of trait anxiety and depression and social exclusion with a lower perception of self-esteem and increased anxiety state.

Key Words

Anxiety; Depression; Self-esteem; Homelessness; Substance use disorders.

INTRODUCCIÓN

La complejidad de los trastornos por uso de sustancias abarca la totalidad de las esferas del funcionamiento integral del paciente: aspectos biológicos como la infección por VIH, hepatitis, endocarditis, etc. (Laredo, Almen-dros, Orejudo y Carrobles, 2011); aspectos socio-legales como ingresos en prisión, pérdida de apoyo familiar, etc. y psicológicos como patologías duales, estilos disfuncionales de crianza, etc. (Lindorf, 2000; Sánchez, 1998).

Dentro de las variables psicológicas, las que mayor determinación tienen en el curso de cualquier psicopatología y evolución personal son la ansiedad y la percepción del estado anímico, si bien éstas adquieren mayor relevancia cuando coexisten con trastornos por uso de sustancias, en las denominadas patologías duales (Conway, Compton, Stinson, y Grant, 2006; Grant et al., 2005, Torrens, 2008). Muchas teorías sobre comorbilidad con uso de sustancias configuran una relación entre la automedicación en el uso de sustancias y los desórdenes



de tipo anímico o con componente ansiógeno (Goldstein y Flett, 2009). Por otro lado, esta relación puede ser opuesta, es decir, el efecto de la sustancia incrementa o agrava la clínica del trastorno (Fergusson, Boden y Horwood, 2009; Zvolensky y Schmidt, 2003). O también la vinculación existente puede resultar en ocasiones bidireccional (Wolitzky-Taylor, Bobova, Zinbarg, Mineka y Craske, 2012).

Tanto los trastornos anímicos como los de ansiedad guardan relación con los diferentes estadios y fases del curso de los trastornos por uso de sustancias, es en el síndrome de abstinencia, donde se suele producir una manifestación mayor del componente ansiógeno-depresivo (Ralston y Palfai, 2010). La ansiedad se considera como un factor determinante y ampliamente evaluado en la evolución del tratamiento para la abstinencia y reducción del consumo en los trastornos por uso de sustancias (Adamson, Sellman, y Frampton, 2009). Dentro de esa evolución del curso de la adicción, cuando resulta no favorable, tiende a producirse un agravamiento de la posible clínica anímico-depresiva desencadenando graves alteraciones cognitivo-conductuales e incluso en múltiples ocasiones el suicidio (Rohde, 2009). Se deduce de todo esto, la estrecha vinculación existente entre los trastornos por uso de sustancias, los desórdenes ansiógenos y del estado de ánimo, así como las consecuencias a nivel no sólo psicológico, sino también social y orgánico (González, Batchelder, Psaros y Safren, 2011).

Otra de las variables determinantes en la funcionalidad integral individual es la autoestima, que guarda una estrecha relación con la autopercepción global del individuo y su relación con el entorno vital. La adecuada socialización, crianza y desarrollo personal poseen una vinculación bidireccional con la autoestima y gestión de la misma.

Esta regulación de la autoestima se encuentra supeditada a diferentes factores sociales, biológicos y psicológicos del sujeto (Cox, Loughran, Adams y Navarro, 2012). Existen autovaloraciones personales donde encontramos una distancia psicológica entre la autoestima percibida. Tanto si esta diferencia es percibida al alza o a la baja, puede acarrear en la mayoría de ocasiones graves consecuencias, sobre todo a nivel psicológico (Schmitz, Kugler y Rollnik, 2003). La intervención en esta disfuncionalidad psicológica se centra fundamentalmente en la gestión del nivel de autoestima del sujeto junto al apoyo social, principalmente en su vertiente percibida, estableciéndose como uno de los principales factores protectores de la enfermedad mental (Cava, Musitu y Vera, 2000).

La interferencia en el adecuado desarrollo y funcionalidad de una baja autoestima puede conllevar una correlación positiva con la mayoría de trastornos mentales: desórdenes alimentarios, del estado de ánimo y de consumo de sustancias centrándose aquí la mayoría de investigaciones (Leary, Schreindorfer y Haupt, 1995; McKay, Summell, Cole, y Percy, 2012). Si bien, en la versión opuesta, podemos encontrar que en la elevada percepción de la autoestima aparecen también desórdenes psicológicos y sobre todo una notable vinculación con el uso/abuso de sustancias (Birndorf, Ryan, Auinger, Aten, 2005).

La morbilidad asociada entre los trastornos por uso de sustancias con los niveles de ansiedad y depresión, guarda estrecha relación con el nivel de autoestima del sujeto (Shier, Harris, Sternberg y Beardslee, 2001); desde esta perspectiva se concluye que las personas que abusan de sustancias suelen tener niveles de autoestima menores que los que no lo hacen. El uso de la sustancia actuaría en este sentido como



mecanismo de restauración de la autoestima, configurándose como un vehículo de evitación experiencial de emociones negativas al tiempo que de aceptación e integración social, aunque paradójicamente el uso habitual de la sustancia posiciona al individuo en un estatus de exclusión, ya sea directa o indirectamente (Bos, Huijding, Muris, Vogel y Biesheuvel, 2010).

A su vez, en este proceso de autorregulación de la propia percepción de la autoestima median otros aspectos como los patrones de personalidad del individuo, el locus de control o los diferentes procesos cognitivos (Solomon, Mikulincer y Avitzur, 1988, Lakey y Cassady, 1990).

Por último, cabe decir que todo este conjunto de procesos psicológicos se encuentra en su mayoría de ocasiones supeditado a factores externos al propio locus de control, como la dinámica o relación con la familia, el apoyo social (Becoña, López, Míguez, Lorenzo y Fernández del Río, 2009) o por la exclusión social o el contexto sociocultural en los que el individuo desarrolla su identidad (Van Baarsen, 2002). En este entorno, el apoyo social, el estado de salud y la situación de ajuste psicológico determinará el curso de la gestión autopersonal y del posible consumo de sustancias, fomentando la pérdida de soporte social, y determinando la evolución positiva o negativa del estado clínico individual (Lever y Cienfuegos, 2007).

En el presente estudio nos planteamos seguir la línea de trabajos como los de Drake, Osher, y Wallach, (1991) y Warren, Stein, y Grellab, (2007), evaluando variables psicológicas, sociodemográficas; en concreto, el transeuntismo y variables de salud física para poder estudiar su posible relación con el consumo de sustancias y el estado psicológico del sujeto.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionaron tres grupos: un grupo clínico, de pacientes diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias, un grupo de población general compuesto por personas no consumidoras ni en situación de transeuntismo y un grupo en situación de transeuntismo, entendido como la situación en la que se encuentran personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales. El procedimiento de muestreo realizado en los tres grupos fue de tipo discrecional.

El grupo clínico procede de los diferentes recursos de atención a las personas con patologías adictivas de la ciudad de Castellón. En un principio se seleccionaron 245 pacientes. Sin embargo, tras el proceso de administración, el tamaño muestral se redujo ya que se habían producido errores en la cumplimentación de las pruebas configurándose en 169 sujetos, con diagnóstico DSM IV-TR de dependencia a cualquiera de estas sustancias: heroína (adicción vía parenteral (ADVP) y vía inhalada), cocaína (ADVP y vía inhalada), cannabis (incluyendo hachís y marihuana), cocaína y heroína ADVP simultáneamente, alcohol y tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona). La distribución de los grupos clínicos se realizó por indicadores de prevalencia en los diferentes dispositivos asistenciales.

En la Tabla I se presenta la distribución del grupo clínico.



Tabla I. Distribución del grupo clínico

Sustancia	Administración	N
Cocaína	Inhalada	13%
	ADVP	13%
Heroína	Inhalada	11.9%
	ADVP	12.4%
Heroína+Cocaína	ADVP	13%
Cannabis	Fumada	11.9%
Metadona	Oral	12.4%
Alcohol	Oral	12.4%
N grupo clínico		169

Nota: THC= sujetos consumidores de cannabis

El grupo control de población general estaba compuesto por 50 sujetos no dependientes ni abusadores de sustancias, característica que les diferencia fundamentalmente frente al grupo clínico.

El grupo de transeúntes, al igual que el grupo control de población general, estaba configurado por sujetos sin psicopatología de ningún tipo, si bien eran personas con características sociales similares a las del grupo clínico, es decir, presentaban problemas con la justicia, no mantenían actividad laboral, etc. Estos sujetos, 39 en total, fueron seleccionados en el albergue municipal de Castellón de la Plana y el albergue-centro de atención al transeúnte, de la ciudad de Alicante.

Cabe comentar que la pérdida muestral fue en los grupos control de 5 sujetos en el grupo control de población general y 18 en el control en situación de desajuste social con lo que quedaron finalmente en 50 sujetos para el grupo control y 39 para el grupo control de transeúntes.

Todos los sujetos fueron oportunamente informados del objeto del estudio y firmaron

su consentimiento informado para la participación en el mismo.

Diseño

El presente estudio instrumental ex post facto retrospectivo, parte de un diseño de investigación de comparación de diferentes variables: nivel de ansiedad como estado y rasgo, nivel de depresión y percepción de autoestima, entre grupos de sujetos consumidores de sustancias, población normalizada y sujetos transeúntes con el objetivo de encontrar diferencias entre dichas variables y la posible relación de las mismas con factores como el consumo de sustancias y el transeuntismo.

Instrumentos

Las características evaluadas en la muestra se pueden clasificar en sociobiográficas y clínicas. En un primer momento se recogió información sociobiográfica a través de un cuestionario de recogida de datos en el que se reflejaban variables de tipo sociodemográfico: edad, sexo, apoyo/relación familiar,



estado civil, situación laboral, nivel académico e historial penitenciario; así como variables relacionadas con la patología adictiva: sustancia consumida y vía de administración, tratamiento para la dependencia, año de inicio de consumo y años que padecía la patología. Por último, variables sobre el estado de salud: situación frente a VIH, VHB, VHC, y una revisión de la historia clínica en relación al historial de tratamiento psicológico y psiquiátrico.

El instrumento de evaluación de la autoestima utilizado fue el cuestionario RSES de Rosenberg (1979).

Este cuestionario contiene 10 ítems que se contestan con 4 alternativas de respuesta, de las que se debe elegir la que se esté de acuerdo. Proporciona información cualitativa y cuantitativa sobre la autoestima. La puntuación máxima de autoestima en la escala es de 40 puntos y el índice de autoestima se realiza sobre la suma de los ítems. Los elevados niveles de validez y fiabilidad de esta escala (Alpha de Cronbach de 0,87 y fiabilidad test-retest de 0,85) han sido ampliamente documentados (Goldsmith, 1986). Así como su uso en el análisis de la relación entre la autoestima y el consumo de sustancias (Wang, Siegal, Falck y Carlson, 2001).

Para evaluar los niveles de ansiedad, utilizamos la adaptación española realizada por Seisdedos (1986) del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Luchene, 1971). El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de ansiedad en adultos sin alteraciones psicopatológicas, el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en población normal como en pacientes de diversos grupos clínicos.

La ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión así como una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad Rasgo (A/R) por su parte, señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E).

Cada escala se compone de 20 elementos, que son puntuados de 0-3 según su carga y dirección hacia la ansiedad; existen 10 elementos en A/E y 13 en A/R que son afirmativos de ansiedad y 10 y 7, respectivamente en A/E y A/R negativos de la misma.

Los elevados niveles de fiabilidad y validez de la prueba han sido bien documentados (coeficiente de consistencia interna KR-20 de .92, .93 y .90 y dos mitades de .94 A/E y .86 A/R) (Bermúdez-Moreno, 1978).

Y por último, valoramos los niveles de depresión mediante el cuestionario de depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1983). Está compuesto por 21 ítems con contenido sintomatológico propio del trastorno depresivo. Cada contenido se especifica, mediante ítems, en sus 4 alternativas de respuesta que puntúan entre 0 y 3 puntos. Se pueden elegir varias alternativas dentro de un mismo ítem. La clasificación de la intensidad de la depresión queda establecida, en función de los criterios normativos en: no deprimidos (de 1 a 10 puntos), ligeramente deprimidos (de 11 a 16 puntos), estados de depresión intermitentes (de 17 a 20 puntos), moderadamente deprimidos (de 21 a 30 puntos), depresión grave (de 31 a 40 puntos) y depresión extrema con más de 40 puntos. Se considera



que una puntuación de 17 o más indica que la persona necesita atención psicológica profesional (Beck y Steer, 1983).

La consistencia interna de este instrumento es de .86 y la fiabilidad test-retest, de 0,85 (Ballesteros y Carrobbles, 1989). Por otro lado esta escala es la más utilizada para estudios clínicos y en ámbitos de investigación para valorar la depresión.

Procedimiento

Se contactó para la selección de la muestra con los diferentes recursos de la red de atención en conductas adictivas de la Provincia de Castellón, donde se realiza tras revisión de historias clínicas una selección de sujetos que cumplieran criterios diagnósticos de trastorno por consumo de cocaína, heroína, heroína combinada con cocaína, cannabis, alcohol y sujetos en PMM, para el grupo de transeúntes se contacta con el albergue municipal de Castellón de la Plana y el albergue-centro de atención al transeúnte, de la ciudad de Alicante, donde se realizó una revisión de historias sociosanitarias y un análisis de prevalencia asistencial. Tras esto se mantiene un total de dos sesiones de evaluación con cada sujeto donde se recogen datos y se procede a la administración de las pruebas. La administración de los cuestionarios se realizó siempre de forma individual y siguiendo los preceptos establecidos por la APA (*American Psychological Association*), (APA, 2010). Las pruebas fueron siempre administradas por profesionales del ámbito de la psicología formados en el diseño e implementación de la investigación. Se han seguido las directrices y principios éticos de la *Declaración de Helsinki*, a la vez que todo el procedimiento es supervisado por la Comisión de Doctorado de la *Universitat Jaume I*. Todo el proceso de selección muestral se precede de la firma del correspondiente consentimiento informado.

Los datos sociobiográficos y los resultados de las pruebas psicológicas obtenidos durante la evaluación de los sujetos se codificaron mediante un procedimiento de encriptación para asegurar la confidencialidad de los participantes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 21 y comenzó por una exploración descriptiva de las variables seleccionadas para este trabajo. Para el contraste de hipótesis se realizaron diferentes ANOVAS con el objetivo de indagar en los efectos principales y de interacción de las diferentes variables. También se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para probar hipótesis nulas de muestras independientes. Para realizar comparaciones múltiples utilizamos la prueba Sheffé.

RESULTADOS

Variables sociales

En relación a las características sociodemográficas del grupo clínico, encontramos que la media de edad de los sujetos es de 32.5 años ($D.T. = 7.5$) siendo el 85.2% hombres y el resto mujeres. Respecto al estado civil, el 43.8% eran solteros, el 25.4% divorciados/separados y el 24.3% tenían una pareja de hecho o se encontraban casados. El nivel de estudios se distribuye: 2.6% estudios universitarios, 13.6% sin estudios, 3% módulos superiores o FP II, 18.3% graduado escolar, 18.3% BUP, ESO o FP I y el restante 47.3% EGB sin completar.

En el grupo de población normalizada la media de edad fue de 23.9 años ($D.T. = 4.7$) y el porcentaje de hombres era del 64%. Por estado civil, el 94% eran solteros, un 4% casados y un 2% de parejas de hecho. En relación con el nivel de estudios un 30% poseía estudios superiores.



En el grupo de transeúntes, la media de edad es de 39.7 años (*D.T.* = 7.2), siendo el 92.9% varones. Respecto al estado civil, un 39.3% eran divorciados/separados y un 21.4% viudos. Y finalmente el nivel académico se caracteriza por un 46.4% sin estudios y un 39.3% que han cursado EGB sin completar.

Cabe comentar respecto a las diferencias de edad entre grupos que la mayor edad en el grupo de transeúntes está determinada por el proceso vital que requiere la pérdida de apoyos y soporte, no siendo tan inmediato como el consumo de sustancias o la propia situación funcional normalizada. Un dato común a los aspectos sociales más relevantes es la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos. Respecto al apoyo familiar, llama la atención las diferencias entre los porcentajes obtenidos en el grupo control de población general (100%), los del grupo clínico (69.2%) y transeúntes (50%) (*H* de Kruskal Wallis = 27.13, *g.l.* = 2, *p* < .000). A su vez, en la variable trabajo aparecen diferencias significativas (*H*

= 17.21, *g.l.* = 2, *p* < .000), donde un 100% de los sujetos del grupo control mantienen actividad laboral, seguidos del grupo clínico con un 41.4% y del control en situación de transeúntes con un 32.1%.

Por último, la variable que implica relación con el entorno penitenciario denota diferencias estadísticamente significativas, donde el grupo clínico obtiene mayor prevalencia de ingresos (37.3%) seguido del grupo de transeúntes (21.4%) y por último el grupo control, donde un 2% ha tenido relación con el entorno penitenciario (*H* = 24.28, *p* < .000).

También destaca que el número de ingresos en prisión es incluso mayor en el grupo de transeúntes (*M* = 1.7, *g.l.* = 2, *DT* = .41) que en el grupo clínico (*M* = .78, *DT* = 1.26) (*F* = 9.21, *p* < .001). En la Tabla 2, podemos observar, cuando analizamos la prueba Scheffé, que las diferencias se dan entre el grupo control población general y transeúntes y entre el grupo control población general y el grupo clínico (*p* < .001) pero no entre éste y el grupo de transeúntes (ver Tabla 2).

Tabla 2. Características sociales del grupo clínico, grupo de población general y grupo de transeúntes

Características sociales	Datos	Grupo clínico	Grupo población general	Grupo transeúntes	H.Kruskal-Wallis	
					H	Sig
Apoyo familiar	Sí	69.2%	100%	50%	27.13	***
Trabajo	Sí	41.4%	100%	32.1%	17.21	***
Ingresos en prisión	Sí	37.3%	2%	21.4%	24.28	***
Número de ingresos en prisión	<i>M</i> <i>DT</i>	.78 1.26	.04 .28	1.7 .41	Anova	
					<i>F</i> (<i>g.l.</i> 2)	Sig
					10.04	***

* *p* < .05; ** *p* < .01; *** *p* < .001



Estado de salud

Como se observa en la Tabla 3, en casi todas las variables referidas al estado de salud aparecen también diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Así, mientras que un 10.7% del grupo clínico es seropositivo frente al VIH, la prevalencia en los restantes grupos es del 0% ($H = 80.03, p < .000$). Lo mismo sucede con la hepatitis B, con una prevalencia en el grupo clínico del 18.9% y del 0% en los otros grupos ($H = 102.11, p < .000$). En la hepatitis C, las diferencias se dan entre el grupo control con tan sólo un 0.6% y los otros dos grupos, siendo la prevalencia en el grupo clínico del 16.6% y en el grupo de transeúntes del 14.3% ($H = 65.23, p < .000$). Considerando las diferentes enfermedades de forma conjunta, se encuentra libre de las patologías exploradas el 99.4% del grupo control,

frente al 78.6% del grupo de transeúntes y el 44.5% del grupo clínico ($H = 60.48, p < .006$).

Por último, en las variables que mantienen relación con el estado psicopatológico de los sujetos de cada grupo aparecen también diferencias significativas. Así en el porcentaje de sujetos que han mantenido algún tipo de tratamiento psiquiátrico, encontramos diferencias entre los tres grupos, ($H = 14.00, p < .001$), donde el grupo clínico obtiene un mayor porcentaje de sujetos, un 37.4%, seguido del grupo de transeúntes con un 10.7% y un 8% el grupo de población normalizada. En relación al tratamiento psicológico, aparecen también diferencias significativas ($H = 29.30, p < .000$), donde el grupo clínico obtiene un mayor porcentaje (55.6%) seguido del grupo de población normalizada (4%), siendo la prevalencia nula en el grupo de transeúntes.

Tabla 3. Características del estado de salud del grupo clínico, grupo de población general y grupo de transeúntes

Características estado de salud		Grupo clínico	Grupo población general	Grupo transeúntes	H.Kruskal-Wallis	
					H	Sig.
Estado VIH	VIH +	10.7%	0%	0%	80.03	.000***
	VHB	18.9 %	0%	0%	102.11	.000***
	VHC	16.6%	.0%	14.3%	65.23	.000***
	VIH+VHB	0.6 %	0%	0%	3.40	.840
	VIH +VHC	7.7%	0%	0%	30.57	.043*
	VIH+VHB+VHC	1.2%	0%	0%	10.72	.430
	No patología	44.5%	100%	78.6%	60.48	.006**
Tratamiento Psiquiátrico	Sí	37.4 %	7.7%	10.7%	14.00	.001**
Tratamiento Psicológico	Sí	55.6 %	5.1%	0%	29.30	.000***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$



RESULTADOS EN PRUEBAS DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Tras el análisis global del grupo clínico, se realizan análisis en relación a las diferentes sustancias consumidas, así como a la vía de administración de las mismas, esto permitirá obtener una valoración más específica de los datos obtenidos. En primer lugar, se describen los resultados obtenidos por los diferentes subgrupos clínicos en las pruebas relacionadas con ansiedad, depresión y autoestima. Así mismo, las puntuaciones de la prueba ANOVA no sólo se refieren a los grupos clínicos entre sí, sino también a las diferencias entre éstos y el grupo de población normalizada y transeúntes.

Como se puede observar en la Tabla 4, cuando analizamos los datos que nos ofrecen información acerca de la existencia de diferencias entre los diferentes grupos de consumo de sustancias, el primer resultado es que encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas las pruebas: en ansiedad estado (STAI-E) ($F = 3.00$, $gl = 9$, $p < .002$), en ansiedad rango) (STAI-R) ($F = 2.46$, $gl = 9$, $p < .010$), depresión (BDI) ($F = 6.20$, $gl = 9$, $p < .000$) y autoestima (RSEI) ($F = 4.54$, $gl = 9$, $p < .000$).

Si prestamos atención a las medias, el grado de ansiedad-estado del grupo de transeúntes ($M = 27.4$, $DT = 4.3$) es más alto que en ninguno de los subgrupos clínicos, el grupo clínico que mayor puntuación obtiene es el de consumidores de cocaína por vía parenteral ($M = 27$, $DT = 6.3$), seguido por el de heroína ADVP ($M = 26.2$, $DT = 4.6$) y por el grupo de alcohol ($M = 25.4$, $DT = 6.5$). En ansiedad-rasgo el grupo de heroína ADVP es el que mayor puntuación media obtiene ($M = 25$, $DT = 4.2$), en segundo lugar el de heroína combinada con cocaína vía parenteral ($M = 24.5$, $DT = 6.9$) y en tercer lugar, el grupo de

heroína inhalada ($M = 23.9$, $DT = 4.6$); el grupo de transeúntes obtiene una media superior a diferentes grupos clínicos ($M = 23$, $DT = 4.1$). No obstante, al analizar la prueba Scheffé no encontramos diferencias entre los diferentes grupos en ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Por lo que se refiere a las puntuaciones obtenidas mediante el BDI el grupo que más alto puntúa es también el de consumidores de heroína inhalada ($M = 22.3$, $DT = 5.2$), seguido del grupo de transeúntes ($M = 20.2$, $DT = 5.2$) y del consumidores de alcohol ($M = 20.2$, $DT = 7.9$). Cuando analizamos la prueba Scheffé encontramos diferencias entre los consumidores de cannabis frente a los de cocaína y heroína ($p < .027$), alcohol ($p < .015$), transeúntes ($p < .005$), heroína inhalada ($p < .000$) y cocaína inhalada ($p < .019$). Es importante destacar que el grupo de consumidores de cannabis es el que menores puntuaciones obtiene y que el grupo de transeúntes presenta una puntuación media más elevada que la mayoría de grupos de consumo de sustancias.

Por último, en las puntuaciones obtenidas mediante el RSEI el grupo que menor puntuación obtendría es el grupo de transeúntes ($M = 16.6$, $DT = 4.41$). El grupo que mayor puntuación obtiene es el de consumidores de cannabis ($M = 23.1$, $DT = 5.1$), seguido de cocaína vía inhalada ($M = 23.0$, $DT = 6.2$) y control ($M = 21.7$, $DT = 4.7$).

DISCUSIÓN

Este estudio examina las diferencias entre consumo de drogas, la ansiedad, el estado anímico y la percepción de la autoestima, analizando a su vez variables sociales y de la salud física, concluyendo que existen diferencias significativas entre los grupos estudiados en las características sociales, en el estado de salud y en la puntuaciones de las pruebas psicológicas realizadas.



Tabla 4. Resultados en STAI-E-R, BDI y RSEI

	Grupo población general		Grupo transeúntes		Cocaína inhalada		Cocaína ADVP		Heroína ADVP	
	N= 50		N= 39		N=22		N=22		N=20	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
STAI-E	22.6	5.4	27.4	4.3	24.8	5.6	27.0	6.3	26.2	4.6
STAI-R	21.0	4.7	23.0	4.1	24.6	6	22.0	3.1	25.0	4.2
BDI	15.4	4.2	20.2	5.2	20.0	6.1	18.2	6.7	18.7	5.1
RSEI	21.7	4.7	16.6	4.6	23.0	6.2	21.1	5.4	20.6	6.7

	Heroína inhalada		Heroína/cocaína ADVP		Cannabis		PMM		Alcohol		ANOVA	
	N=21		N=22		N=20		N=21		N=21		F(gl.9)	P
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		
STAI-E	24.4	5.5	24.6	6.3	20.9	6.1	24.3	6.4	25.4	6.5	3.07	.002*
STAI-R	23.9	4.6	24.5	6.9	19.9	6.1	22.6	7.0	23.7	6.5	2.46	.010**
BDI	22.3	5.4	19.7	7.2	12.0	4.8	19.0	4.6	20.2	7.9	6.20	.000***
RSEI	19.1	5.2	20.3	7.1	23.1	5.1	18.4	4.7	16.8	4.4	4.54	.000***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nota: THC= sujetos consumidores de cannabis; PMM= Programa Mantenimiento con Metadona.

Al referirnos a las diversas características sociobiográficas cuando se revisan las características más relevantes, nos llama la atención que más de la mitad de los sujetos drogodependientes evaluados no realiza una actividad laboral y más de un tercio ha tenido por lo menos un ingreso penitenciario. También nos parece interesante mencionar que casi un tercio de los mismos carece de algún apoyo familiar, factor que consideramos

puede guardar relación con posibles consecuencias a nivel psicológico (Sayce y Curran, 2007): posibilidad de acceder a tratamientos, apoyo emocional, etc.

Los resultados obtenidos sobre el estado de salud de los individuos, especialmente sobre la prevalencia de distintos tipos de hepatitis y VIH, llevan a la conclusión de que al desajuste social que presentan los sujetos



del grupo clínico se une también una problemática relacionada con el estado de salud. No obstante, también es importante reseñar que el estado de salud de la muestra clínica en general, difiere en función del subgrupo de que hablemos.

Por otro lado, cabe comentar que el estado de salud tanto física como psíquica del grupo clínico está mucho más deteriorado y aunque se puede desprender de esto, que el consumo de drogas produce un deterioro en el estado de salud del consumidor, también sería interesante en futuras investigaciones analizar la posible relación entre factores de diferente tipo y la relación con el estado de salud. Así, aspectos como el apoyo familiar pueden guardar una cierta relación con la infección por VIH, los ingresos en prisión con padecer hepatitis C (Psaros, Israel, O' Cleirigh, Bedoya y Safren, 2011), etc. Tampoco podemos deducir a partir de nuestros resultados que el deterioro social y de salud sea sólo una consecuencia y no en ocasiones un factor pre-disponible del consumo de ciertas drogas.

Al realizar un análisis de todos los subgrupos hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en ansiedad estado y rasgo, donde los sujetos transeúntes y consumidores de cocaína ADVP han puntuado con un valor más elevado en el STAI-E. En ansiedad rasgo, STAI-R, el grupo de consumidores de heroína ADVP y del de heroína combinada con cocaína por vía parenteral son los que obtienen mayor puntuación. Aquí nos parece oportuno hacer referencia a que pese a que la heroína no presenta en la mayoría de ocasiones efectos ansiógenos, pensamos que estos sujetos se encontrarían a menudo en un estado de leve síndrome de abstinencia, búsqueda de la sustancia, mayor dependencia física, etc., lo que podría provocar estos rasgos ansiógenos. Pero lo

que tienen en común todos estos grupos es el consumo por vía parenteral, lo que parece en este caso más relevante que la sustancia consumida en concreto. Las diferencias significativas obtenidas respecto al grupo de población general seguirían la línea de las investigaciones que defienden que los consumidores de drogas presentan mayores puntuaciones en pruebas que discriminan la ansiedad y sufren trastornos de ansiedad (Goodwin & Ferguson, 2004; Madden, 1984). Sin embargo, también hay que mencionar que las máximas puntuaciones en ansiedad dentro del grupo clínico correspondientes a los ADVP son muy similares a las del grupo de transeúntes.

No sólo es en la ansiedad rasgo y estado donde se encuentran diferencias significativas entre los subgrupos. En los resultados obtenidos mediante el cuestionario BDI, obtenemos diferencias estadísticamente significativas, deduciendo de estos resultados, que el consumo de drogas guarda relación con alteraciones en el estado anímico de los consumidores (Roncero, López-Ortiz, Barral, Saez-Francés, Rovira y Casas, 2009). Por otro lado, en nuestro trabajo se aprecia cómo a su vez estas alteraciones son dependientes de la sustancia consumida y de la vía de administración de la misma.

El subgrupo clínico que mayor puntuación obtiene en el cuestionario BDI y elevadas puntuaciones en ansiedad rasgo, es el de consumidores de heroína inhalada, seguido del grupo de transeúntes y del de consumidores de alcohol. El resto de subgrupos obtiene puntuaciones similares excepto el de cannabis, de lo que se puede deducir que el consumo de cannabis es el que menor influencia tiene en el estado anímico de los sujetos. Esto iría en contra de teorías como la del síndrome amotivacional que defienden, la influencia del



consumo de cannabis en el estado anímico del individuo (Fernández, Fernández, García, Secades, García y Barrial, 2011; Rubino, Zamberletti, y Parolaro, 2012). Por otro lado, en esta variable ya emerge como un grupo importante a tener en cuenta el compuesto por consumidores de alcohol, que presenta a su vez una media idéntica a la del grupo de transeúntes. Consideramos oportuno como optimización a los valores obtenidos mediante el cuestionario STAI y BDI realizar estudios longitudinales en los que se estudie el poder predictivo de los resultados en aspectos como la evolución clínica (Santos, García y Barreto, 2001).

De nuevo, guardando relación con el estado anímico se encuentra la autoestima. Aquí también hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, siendo el grupo de transeúntes y el de sujetos consumidores de alcohol los que menor puntuación obtienen. Los sujetos consumidores de cannabis y el grupo control son los que mayor puntuación en autoestima obtienen. Los sujetos consumidores de cannabis suelen presentar un autoconcepto distorsionado por el consumo de la sustancia (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2010), a la vez que si se observa su situación social y de salud, ésta es óptima pese al consumo. Parece pues que el deterioro y la interferencia del consumo de cannabis frente a otras sustancias es notablemente menor (Coffey, Carlin, Lynskey, Li y Patton, 2003).

Se puede deducir que en función de las sustancias y de la vía de administración se produce una muy diferente percepción de la autoestima, a la par que se deben tener presentes los factores sociales ya que el grupo de transeúntes presenta puntuaciones inferiores frente al grupo clínico.

Nuestros resultados demuestran que el consumo de drogas coincide y guarda una

estrecha relación con problemas emocionales y que, además, existe una cierta especificidad respecto a qué drogas y qué vías de consumo están asociadas a qué problemas psicológicos. A lo largo de la investigación hemos podido comprobar cómo las realidades diferenciales que rodean al individuo consumidor de sustancias por vía parenteral, al paciente en un programa de mantenimiento con metadona, o al consumidor de alcohol también conllevan problemas psicológicos distintos. Y también que aspectos básicos de gestión psicológica de los sujetos consumidores de cannabis nada tiene que ver con el de los sujetos de la muestra clínica consumidores de otras sustancias como la heroína o la cocaína.

Otra conclusión que nos parece destacable es que cuando diferenciamos a sujetos consumidores de diferentes sustancias y los comparamos con personas que sufren una grave desestructuración social, éstos obtienen puntuaciones similares e incluso superiores en muchas ocasiones que los subgrupos clínicos. Este hecho incide en la idea del poder patógeno o protector de las variables sociales tales como el apoyo familiar, lo que podría explicar al menos parte de las patologías duales que se hallan frecuentemente en sujetos consumidores de sustancias; de manera que quizás no es la sustancia en sí misma la que conduce a ciertas patologías, sino más bien la problemática social la que lleva al consumo de la sustancia. Sería interesante investigar qué es lo que ocurre desde el punto de vista de la patología dual cuando la desestructuración social precede al consumo de sustancias o cuando por el contrario el deterioro social es una consecuencia.

Pensamos que pese a las limitaciones de generalización de nuestros datos debido al procedimiento discrecional de muestreo y al delimitado tamaño muestral, este estudio presenta una línea de trabajo que puede



resultar interesante y merece la pena seguir investigando en las razones y mecanismos que explican estas diferencias, puesto que es bastante escasa e inespecífica la bibliografía que existe sobre este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamson, S. J.; Sellman, J. D. & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75-86.
- APA, (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6° ed.) (pp. 13-16). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ballesteros, R y Carrobes, J.A. (1989). *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1983). *BDI: Beck Depression Inventory Manual*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Becoña, E.; López, A.; Míguez, M.; Lorenzo, M. y Fernández del Río, E. (2009). ¿La depresión y ansiedad de las madres se relaciona con el consumo de drogas de sus hijos adolescentes?. *Anales de Psicología*, 25 (2), 339-342.
- Bermúdez-Moreno, J. (1978). Ansiedad y rendimiento. *Revista Psicología General y Aplicada*, 151, 183-207.
- Birndorf, S.; Ryan, S.; Auinger, P. & Aten, M. (2005). High self-esteem among adolescents: Longitudinal trends, sex differences, and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 37, 194-201.
- Bos, A.; Huijding, J.; Muris, P.; Vogel, L. & Biesheuvel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescent. *Personality and Individual Differences*, 48, 311-316.
- Cava, M. J.; Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151- 161.
- Coffey, C.; Carlin, B.; Lynskey, M.; Li, N. & Patton, C. (2003). Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 330-336.
- Conway, K. P.; Compton, W.; Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 247-257.
- Cox, J.; Loughran, M.; Adams, E. & Navarro, R. (2012). Life satisfaction and health related quality of life among low-income medical patients: The mediating influence of self-esteem. *Psychology, Health & Medicine*, 0, 1-7.
- Drake, E.; Osher, C. & Wallach, A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46, 1149-1158.
- Echeburúa, E.; Bravo de Medina, R. y Aizpuri, J. (2010). Trastornos de la personalidad en adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: Un estudio comparativo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18, 229-239.
- Grant, B.; Hasin, D.; Stinson, F.; Dawson, D.; Ruan, J.; Goldstein, R.; et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on



Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 3, 1747-1759.

Fergusson, D.; Boden, J. & Horwood, J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66, 260-266.

Fernández, S.; Fernández, J.R.; García, E.; Secades, R.; García, G y Barrial, S. (2011). Adaptación y validación española del Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A). *Adicciones*, 24, 41-50.

Goldsmith, R.E. (1986). Dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Social Behavior and personality*, 1, 253-264.

Goldstein, A. L. & Flett, G.L. (2009). Personality, alcohol use, and drinking motives: A comparison of independent and combined internal drinking motives groups. *Behavior Modification*, 33, 182-198.

Gonzalez, J.; Batchelder, A.; Psaros, C.; & Safren, S. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: A review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58, 181-187.

Goodwin, R. & Fergusson, D. (2004). Association between anxiety and substance use disorders among young persons: Results of a 21-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 295-304.

Lakey, B. & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 475-486.

Laredo, L.; Almendros, C.; Orejudo, S. y Carrobles, J.A. (2011). La adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ en programa de mantenimiento con metadona. *Anales de Psicología*, 27, 302-310.

Leary, M.; Schreindorfer, L. & Haupt, A. (1995). The Role of Low Self-Esteem in Emo-

tional and Behavioral Problems: Why is Low Self-Esteem Dysfunctional?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 297-314.

Lever, J. y Cienfuegos, J. (2007). Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 177-188.

Lindorf, M. (2000). Is it better to perceive than receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 271-286.

Madden, J.S. (1984). Psychiatric advances in the understanding and treatment of alcohol dependence, *Alcohol and Alcoholism*, 19, 339-353.

McKay, M.; Summall, H.; Cole, J. & Percy, A. (2012). Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 19, 72-80.

Psaros, C.; Israel, J.; O' Cleirigh, C.; Bedoya, A. & Safren, S. (2011). Psychological Co-morbidities VIH/AIDS. En S. Pagoto (Ed.), *Psychological Co-Morbidities of Physical Illness* (pp. 233-273). New York: Springer.

Ralston, T. & Palfai, T. (2010). Effects of depressed mood on drinking refusal self-efficacy: Examining the specificity of drinking contexts. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 262-269.

Rohde, P. (2009). Comorbidities with adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema y L. Hilt. (Eds.) *Handbook of depression in adolescents* (pp. 139-177). New York: Routledge.

Roncero, C.; Lopéz-Ortiz, C.; Barral, C.; Saez-Francás, N.; Rovira, M. y Casas, M. (2009). Tratamiento Concomitante de Litio y Metadona en un Paciente Bipolar: a Propósito de un Caso. *Adicciones*, 21, 131-136.



Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Rubino, T.; Zamberletti, E. & Parolaro, D. (2012). Adolescent exposure to cannabis as a risk factor for psychiatric disorders. *Journal of Psychopharmacology*, 26, 177-188.

Sánchez, F. (1998). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología Social*, 13, 537-544.

Santos, P.; García, M.L. y Barreto, P. (2001). Variables psicológicas predictoras de evolución en una Unidad de Deshabitación Residencial (U.D.R.). *Anales de Psicología*, 17, 171-176.

Sayce, L. y Curran, C. (2007). Intervenciones frente a la exclusión social en Europa. En D. Knapp, D. Mcdaid, E. Mossialos y G. Thornicroft (Eds.), *Salud mental en Europa: políticas y práctica Líneas futuras en salud mental* (pp. 39-69). España: Open University Press.

Scappaticci, A.L. & Blay, S.L. (2009). Homeless teen mothers: social and psychological aspects. *Journal of Public Health*; 17, 19-26.

Schmitz, R.; Kugler, J. & Rollnik, J. (2003). On the relation between neuroticism, self-esteem, and depression: results from the National Comorbidity Survey. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 169-176.

Seisdedos, N. (1986). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA ediciones.

Shier, L.; Harris, S.; Sternberg, M. & Beard-slee, W. (2001). Associations of Depression, Self-esteem and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents. *Preventive Medicine*, 33, 179-189.

Solomon, Z.; Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 279-285.

Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L. y Luchene, R. E. (1971). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual de la adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319.

Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in a later life. *The Journals of Gerontology*, 57, 33-42.

Wang, J.; Siegal, H.; Falck, R. & Carlson, R. (2001). Factorial Structure of Rosenberg's Self-Esteem Scale Among Crack-Cocaine Drug Users. *Structural Equation Modeling*, 8, 275-286.

Warren, J.; Stein, J. & Grellab, E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug Alcohol Dependence*, 89, 267-274.

Wolitzky-Taylor, K.; Bobova, L.; Zinbarg, R.; Mineka, S. & Craske, M. (2012). Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addictive behaviors*, 37(8), 982-985.

Zvolensky, M. & Schmidt, N. (2003). Panic disorder and smoking. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 29-51.