



Universidad del Aconcagua
Repositorio Institucional

Dimensiones de personalidad en pacientes drogodependientes

AUTOR/ES

MARTIN ZUIN, CARLA A.

DIRECTOR

CASARI, LEANDRO

TIPO DE TRABAJO

TESINA

AÑO

2014

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital,
Repositorio Institucional de la Universidad del Aconcagua (UDA)



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

Dimensiones de personalidad en pacientes drogodependientes

Tesinista: Carla Á. Martin Zuin

Director de Tesina: Lic. Leandro Casari

Co-director de Tesina: Mag. Andrea Agrelo

MENDOZA ~ Junio/ 2014

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

**Profesores invitados: Lic. Leandro Casari y
Mag. Andrea Agrelo**

Nota:

AGRADECIMIENTOS

≈ *A mi familia, especialmente a mi mamá*

≈ *A mis amigas*

≈ *A mi amor*

≈ *A mi director y co-directora*

ÍNDICE

Título	2
Hoja de evaluación	4
Agradecimientos	5
Índice	6
Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Parte A: MARCO TEÓRICO	27
Capítulo I: Las adicciones	28
Adicción y conducta adictiva	29
Drogodependencia	31
Uso, abuso y dependencia	32
Intoxicación	36
Politoxicomanía	37
Sustancias	37
Factores psicológicos de riesgo y protección para las adicciones	43
Intervención psicológica en adicciones: etapas e intervenciones de atención primaria en salud	50
Modelo de cambio de la conducta adictiva	51
Capítulo II: La personalidad	58
Historia de la personalidad	59
Definiciones de personalidad	60
Modelos	62
Introducción al Modelo de Rasgos	66
Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad	71

Parte B: MARCO METODOLÓGICO	77
Capítulo III: Objetivos y/o hipótesis	78
Capítulo IV: Método	80
Diseño de investigación	81
Tipo de estudio	81
Procedimiento	82
Descripción de la Institución	83
Descripción de la muestra	83
Instrumentos	85
Capítulo V: Resultados	90
Capítulo VI: Discusión de resultados y Conclusiones	98
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	107

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende realizar un acercamiento a la comprensión de la personalidad y su incidencia en la problemática de consumo de sustancias. Se decidió estudiar las dimensiones de personalidad en pacientes en tratamiento por drogodependencia ya que podría ser un factor predisponente para padecer un trastorno adictivo.

El diseño utilizado es no experimental, transversal, descriptivo. Se trabajó con muestra no probabilística, de carácter intencional. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el BFQ (Big Five Questionnaire) considerado como un indicador que puede activar a un trastorno adictivo, a tener en cuenta de cara a la clínica; y una entrevista estructurada que se aplicó con el objetivo de obtener información relevante personal del paciente. La muestra se conforma de cincuenta y seis pacientes en tratamiento en un Centro de la provincia de Mendoza, especializado en esta temática.

ABSTRACT

In the present work is to make an approach to the understanding of personality and its impact on substance use problems. He decided to study the personality dimensions in patients with drug dependence treatment and could be a predisposing factor for developing an addictive disorder.

The experimental design used is not experimental, transversal, descriptive. We worked with non-probability sample, are intentional. The assessment instruments used were the BFQ (Big Five Questionnaire) considered as an indicator that you can turn to an addictive disorder, to consider ahead of the clinic, and a structured interview was applied in order to obtain relevant staff the patient. The sample was made up of fifty-six patients treated at a center of the province of Mendoza, specializing in this area.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2010)

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre: fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia y sigue utilizando. Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas, basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplican a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo, tienen la potencialidad de producir dependencia (p.15).

El estudio de la personalidad en sujetos adictos a sustancias se revela, en el momento actual, como una de las claves principales para comprender la relación que media entre el sujeto, la droga y el ambiente en el que se desarrolla la conducta adictiva. La idea no es nueva, hace más de 70 años que un autor español proponía que:

“De forma general se admite que el factor causal fundamental de las toxicomanías reside en la personalidad del toxicómano y que solamente teniendo en cuenta condiciones generales e individuales, internas y externas, esenciales y accidentales, puede comprenderse el proceso total de la toxicomanía” (Valenciano, 1936 citado en Pedrero Pérez y Rojo Mota, 2008, p.252).

El sujeto drogodependiente desarrolla toda una serie de nuevas habilidades, así como una serie de estados asociados a éstas, que da lugar a la cristalización de lo que se ha determinado como "personalidad del drogodependiente" que es más un producto que un proceso (Fernández y Rodríguez, 1993).

El paso a la drogodependencia no se realiza en un breve periodo de tiempo, por lo que es posible identificar una serie de fases (desde el neófito hasta su asentamiento definitivo en la comunidad de la droga). De esta manera, el drogodependiente cuanto más tiempo pase dentro de la comunidad de la droga más se afirma su estado y los comportamientos grupales se hacen más coherentes y consistentes. Como producto, se dirá que las experiencias del drogodependiente se han ido cristalizando y su comienzo se corresponde con una etapa de la vida en la que la maduración de sus comportamientos y valores no se encontraban desarrollados. Al mismo tiempo, la maduración en la drogodependencia se corresponderá con el desarrollo de unos cuadros

que unidos a su estado social y cultural pueden generar diferencias individuales, tanto dentro del proceso de maduración en la drogodependencia como en el mantenimiento de la misma (Fernández et al., 1993).

Por ello Pedrero Pérez y Rojo Mota (2008) plantean que:

Se revela de especial interés conocer los rasgos de personalidad más vinculados a la adicción, en todos sus estadios: adquisición, establecimiento del hábito, abuso, dependencia y abandono. Se requieren estudios que afinen en la identificación de estas variables eliminando los sesgos y resultados artefactuales que emergen de la ausencia de control de variables intervinientes (p. 252).

La personalidad es el mejor conjunto de variables estructuradas que puede dar cuenta de la manera en que una persona establece relaciones con las drogas. La autoadministración de sustancias es una conducta que se define por la relación que presenta con el resto de las conductas disponibles en el repertorio de cada sujeto. Por tanto, el estudio de la personalidad de un paciente nos ofrecerá datos sobre el sentido que tiene la droga en función de sus objetivos, metas y necesidades (Pedrero Pérez, 2008).

Con el objetivo de analizar los rasgos de personalidad según el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad, Pedrero Pérez (2002) evaluó 158 dependientes de cocaína, alcohol y heroína recluidos en un centro de atención en Madrid (Pedrero Pérez, 2002 citado en Di Pede, 2003).

La dimensión de Estabilidad Emocional fue la que ofreció niveles más claros de significación, que coincidió con los hallazgos de otros estudios que utilizaron otros cuestionarios, como el EPQ43-45. Correlacionó las escalas del BFQ con las del EPQ33: el Psicoticismo se correspondería con una baja puntuación en Afabilidad y Tesón, menos significativa en Estabilidad Emocional y una alta Distorsión; fue significativo el Neuroticismo que correlacionó con la escala de Estabilidad Emocional y con la escala de Apertura Mental (Pedrero Pérez, 2002).

La variable que pareció más directamente relacionada con el consumo de sustancias fue la Inestabilidad Emocional (que corresponde a “Neuroticismo” en Castro Solano, 2000) – a costa del control emocional y del control de los impulsos – lo que situaría a la droga como un mecanismo para evitar o escapar del malestar que tal vulnerabilidad emocional provoca. Aunque hemos de considerar que la labilidad emocional es previa al consumo, es preciso hacer referencia a la perspectiva evolutiva, en la medida en que los primeros contactos con las sustancias (tanto aquella que motiva

la demanda como las que la precedieron en la escalada) se producen – en la mayor proporción de casos – en la adolescencia donde, por una parte, la personalidad está en fase intensa de construcción y, por otra, la acción directa sobre el SNC (sistema nervioso central), en lo que se ha denominado «ventana plástica» o fase de profunda remodelación córtica, puede modificar, alterar o colaborar a la configuración estable de su funcionamiento. Esto dotaría a la sustancia de una doble dimensión: por una parte, actuaría como elemento activo en la construcción cerebral y, por otro, operaría como estrategia de afrontamiento amortiguadora de las consecuencias emocionales. La primera cuenta con apoyo en recientes hallazgos en relación al consumo de estimulantes y su efecto sobre la configuración dendrítica neuronal y la función serotoninérgica así como del viejo concepto de neuroadaptación y su verificación mediante técnicas de neuroimagen. En relación a la segunda, algunos trabajos apuntan en esta dirección, estimando que las cinco dimensiones de personalidad son los mejores predictores disponibles para la reactividad emocional bajo condiciones de estrés en las cuales, el consumo de sustancias es un recurso de afrontamiento. De entre todas, esta es la dimensión que parece más relacionada con el desarrollo de conductas de salud inadecuadas, mayor sintomatología, mayor frecuencia de acontecimientos diarios y sucesos vitales estresantes y, en definitiva, con la predisposición a desarrollar conductas de riesgo para la salud (Pedrero Pérez, 2002).

También se detectaron alteraciones a nivel de Tesón y Apertura Mental, y Energía (que corresponde a “Responsabilidad”, “Apertura a la experiencia” y “Extraversión, respectivamente, en Castro Solano (2000) con respecto a la población normal (Pedrero Pérez, 2002 citado en Di Pede, 2003).

En relación al género, Fernández y Rodríguez (1993) encontraron en su investigación, que de la población utilizada había una mayor presencia de hombres que de mujeres en los cuatro grupos considerados. Estos datos coincidieron con otros estudios realizados en población drogodependiente, donde se ha verificado una mayor presencia de varones.

En relación a las sustancias se apreció una tendencia a la Extraversión en los consumidores de cocaína, al contrario que los bebedores, quienes parecen tener una menor vulnerabilidad emocional que el resto de consumidores y también una menor Apertura Mental: en ninguno de los grupos se constata una tendencia a la Búsqueda de Sensaciones (como correlato de la Apertura Mental) asociada a su conducta de consumo (Pedrero Pérez, 2002).

Acerca de este tema, Hammersley, Lavelle, y Forsyth (1995) encontraron que los consumidores de drogas duras tienden a tener los rasgos de personalidad más acentuados, están deprimidos, neuróticos, con una baja autoestima, ansiosos y desean experimentar nuevas sensaciones; estas variables de personalidad también están relacionadas con el hecho de sentirse subjetivamente menos sanos.

Sáiz et al. (1999) deducen que la variable Neuroticismo se relaciona positivamente con el consumo de drogas ilegales en ambos sexos. Un argumento para explicar esta relación ha sido el de la reducción de la tensión emocional. En este sentido, existen estudios que ponen de manifiesto que los sujetos con un elevado nivel de Neuroticismo podrían fumar para reducir su ansiedad (Eysenck et al., 1960; Frith, 1971; citados en Sáiz et al., 1999). Otra posible explicación sería que el Neuroticismo podría tener importancia en interacción con las variables sociales y/o ambientales del consumo de drogas (Pérez y García Sevilla, 1986 citados en Sáiz et al., 1999). Así, una mayor emotividad podría aumentar la evitación pasiva de conductas antinormativas, y un alto grado de neuroticismo en combinación con otras variables de personalidad, podría modular la conducta de consumo de drogas en función de la permisividad de dicho consumo.

Existen personas que para conseguir un rendimiento óptimo necesitan aumentar su nivel de activación central. Este tipo de sujetos, que serían extravertidos, se caracterizan por presentar una fuerte necesidad de estimulación. Pensamos que este rasgo de Búsqueda de Sensaciones, podría explicar la relación positiva existente en ambos sexos entre extraversión y consumo de drogas legales e ilegales (Eysenck y Zuckerman, 1978; Zuckerman, 1984; citados en Sáiz et al., 1999).

Sáiz et al. (1999) encontraron que existe una consistente relación entre el consumo de drogas y la existencia de un perfil de buscador de sensaciones. Teichman (1989, citado en Sáiz et al., 1999), considera que la Búsqueda de Sensaciones es el mejor predictor del uso de drogas y es de gran utilidad a la hora de identificar a los no-consumidores, los consumidores experimentales y los usuarios de toda clase de drogas. Este rasgo, definido por Zuckerman se caracteriza por la búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, novedosas, variadas y complejas, y por la voluntad de experimentar y participar en experiencias que comporten riesgos de diversos tipos (físico, social, legal, etc.). En un estudio posterior amplió este rasgo de la personalidad pasándolo a denominar “impulsividad no socializada/ búsqueda de sensaciones”. Además, diferencia en él 4 subdimensiones: búsqueda de emociones (aventuras,

riesgos); búsqueda de excitación (experiencias); desinhibición; y susceptibilidad al aburrimiento.

Calafat et al. (1998, citados en Sáiz et al., 1999) exponen 2 posibles explicaciones para justificar esta relación. Zuckerman proporcionaría la primera de ellas al tratar de conectar las propiedades farmacológicas de cada droga con su teoría, y en una muestra compuesta por 80 usuarios de drogas encontró que la búsqueda de sensaciones esta interrelacionada con el uso de drogas estimulantes y alucinógenas, y guarda una correlación inversa con el consumo de drogas depresoras. Otra posible explicación, podría ser que el buscador de sensaciones es un individuo interesado en los cambios que las drogas producen sobre su personalidad y comportamiento, considerando el tipo de droga como un elemento secundario.

A medida que se agrava cualitativa y cuantitativamente el consumo de sustancias ilegales progresivamente se acentúa los rasgos de personalidad, llegando a alcanzar niveles clínicamente significativos, como en el caso de la dimensión de Psicoticismo. En la escala de Búsqueda de Sensaciones podríamos decir que a mayor gravedad de consumo, mayor acentuación de este rasgo, resultado que cabría esperar ya que este rasgo de la personalidad está incorporado en la dimensión de Psicoticismo de Eysenck. Los estudios sobre este rasgo ponen de manifiesto una elevación de las subdimensiones de búsqueda de excitación y desinhibición así como un aumento de la impulsividad. En este estudio González et al., (2000) encontraron que las escalas que más diferencia presentan respecto a la norma son las de desinhibición y la de susceptibilidad al aburrimiento.

Algunos trabajos han abordado las relaciones entre los instrumentos de medida de los trastornos de personalidad y los cuestionarios de rasgos elaborados desde el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad en población adicta. Brooner et al. (1993, citados en Pedrero Pérez, 2003) utilizaron el NEO-PI sobre una muestra de 203 adictos a opiáceos dividiéndolos en grupos según hubieran recibido un diagnóstico simple de trastorno antisocial, un diagnóstico mixto de éste y algún otro trastorno de personalidad y un grupo sin diagnóstico en el Eje II. Como resultado se destacaba la significación de la dimensión de Neuroticismo, que era mayor cuantos más diagnósticos se presentaban, sucediendo lo mismo aunque en menor magnitud con la dimensión de Afabilidad (que corresponde a “Agradabilidad” en Castro Solano, 2000) y no encontrándose diferencias significativas en el resto de factores. El estudio, de carácter longitudinal, es revisado con posterioridad encontrándose relaciones entre

Neuroticismo, Afabilidad y Tesón, así como la subescala de Búsqueda de Sensaciones del factor Extraversión, con los diagnósticos del Eje II, resultados que confirman las relaciones obtenidas en otros estudios y encontrando el alto potencial predictivo de respuesta al tratamiento (Pedrero Pérez, 2003).

En esta investigación, Pedrero Pérez (2003) encontró que la muestra presenta valores ligeramente más altos en Afabilidad y más bajos en Tesón y Estabilidad Emocional, teniendo en cuenta que la muestra fue sobre sujetos que se encontraban en diversos momentos del tratamiento en un mismo dispositivo. También destacó que la dimensión que aparecía más consistentemente relacionada con la presencia de trastornos era la de Neuroticismo o Inestabilidad Emocional, implicada en la mayor parte de los trastornos.

El objetivo de Pedrero Pérez et al. (2008) fue buscar las diferencias en el temperamento y el carácter entre sujetos que se encuentran en tratamiento por trastornos adictivos y sujetos de población general, equiparados en las variables sexo, edad y nivel de estudios, obteniendo como datos que son dos las dimensiones que ofrecen diferencias netamente significativas a través de los diversos análisis: la Búsqueda de Novedad y la Autodirección, permitiendo considerar que son estos rasgos los que marcan una distinción real entre adictos y no adictos.

Su estudio se efectuó a partir de 2 premisas:

1. Entendiendo que existe una personalidad presente en todos los adictos a drogas, en forma similar y en condiciones equiparables (McLellan, 1979 citado en Pedrero Pérez et al., 2008);
2. Considerando los rasgos o combinaciones de rasgos que favorecen la conducta adictiva (Esbaugh, 1982 citado en Pedrero Pérez et al., 2008).

Mientras la primera perspectiva ha sido descartada, la segunda ha generado un importante caudal de investigación. Schuckit, Klein, Twitchell y Smith (1994, citados en Pedrero Pérez et al., 2008), en un estudio longitudinal, y utilizando diversas pruebas (EPQ, MMPI y otros), no encontraron diferencias entre aquellos que desarrollaron problemas con el consumo de alcohol y aquellos que no los desarrollaron. Tampoco las encontraron Sánchez Hervás y Berjano (1996, citados en Pedrero Pérez et al., 2008) utilizando el 16-PF en un grupo de adictos a heroína en tratamiento frente a un grupo control equiparado en edad, sexo y nivel de estudios. Utilizando el MBTI, Janowsky, Hong, Morter y Howe (1999, citados en Pedrero Pérez et al., 2008) encontraron muy pocas diferencias entre alcohólicos y población normativa (mayor sensibilidad y menor

intuitividad en adictos), pero amplias y generalizadas cuando al trastorno adictivo se sumaba un síndrome depresivo. Marchiori, Loschi, Marconi, Mioni y Pavan (1999, citados en Pedrero Pérez et al., 2008) tampoco encontraron diferencias significativas entre alcohólicos y no alcohólicos en diversas variables psicológicas, como apego y locus de control.

Por el contrario, también son abundantes los estudios en los que se encontraron amplias y consistentes diferencias en rasgos y patrones de personalidad entre adictos y no adictos. Gossop y Eysenck (1980, citados en Pedrero Pérez et al., 2008) sugirieron que el rasgo de Neuroticismo podría ser la clave principal para distinguir a adictos de sujetos controles. El Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad ha sido aplicado a muestras de adictos, encontrándose apoyo consistente a la propuesta sobre elevados niveles de Neuroticismo, pero también bajo Tesón, tanto cuando se utilizó el NEO-PI-R, como cuando se aplicó el BFQ (Pedrero Pérez et al., 2008).

El modelo psicobiológico de Cloninger también se ha aplicado al estudio de las diferencias de personalidad entre adictos y no adictos. Este se sustenta en la existencia de 4 dimensiones de temperamento (Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño, Dependencia de Recompensa y Persistencia), que se suponen más vinculadas a factores biológicos (herencia, neurotransmisión) y 3 rasgos caracteriales (Autodirección, Cooperatividad y Autotrascendencia), más vinculados a factores experienciales y de aprendizaje (Pedrero Pérez et al., 2008). En una muestra con 117 varones en tratamiento a los que se aplicó la versión inicial del TCI (Barrón, Mateos y Martínez Villate, 2004, citados en Pedrero Pérez et al., 2008) se encontró que los consumidores de heroína obtenían puntuaciones menores que un grupo control en Dependencia de Recompensa, Autodirección y Cooperatividad y sólo diferencias significativas en algunas subescalas de Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño. El grupo de adictos a cocaína presentó puntuaciones mayores que el grupo control en Búsqueda de Novedad y menores en Cooperatividad y Autodirección. Un estudio con 316 sujetos adictos a diversas sustancias, en el que se utilizó la última versión revisada del TCI, el TCI-R (Pedrero Pérez, 2006, citado en Pedrero Pérez et al., 2008), encontró diferencias significativas con la población normativa en todas las dimensiones del cuestionario, salvo la Dependencia de Recompensa, observándose que los adictos puntuaron más en Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño y Autotrascendencia, y menos en Persistencia, Autodirección y Cooperatividad (Pedrero Pérez, 2006 citado en Pedrero Pérez et al., 2008).

El rasgo afectado por diferencias significativas entre adictos y población general en prácticamente todas las comparaciones es la Autodirección. Este rasgo mide disposiciones a organizar la conducta y dirigirla a metas, la asunción de responsabilidades derivadas de las propias decisiones, la adecuada gestión de los recursos disponibles y un sentido general de coherencia entre la propia concepción del sí mismo, las metas establecidas y las estrategias utilizadas para alcanzarlas. Los menores de 20 años de ambos grupos presentan puntuaciones críticamente bajas, como corresponde a su nivel de maduración. Sin embargo, desde los 20 años y hasta los 40, la capacidad de dirigir la propia vida crece en los sujetos de población general hasta alcanzar los niveles promedio observados en la muestra normativa, declinando levemente poco después. En cambio, en los sujetos adictos esta capacidad apenas se desarrolla con el paso del tiempo, manteniéndose en los mismos niveles críticamente bajos que en la etapa adolescente. Y ello independientemente del sexo y del nivel de estudios. Lo que estos datos sugieren es que el contacto con la droga bloquea, de algún modo, la capacidad de establecer las propias metas y dirigir la conducta hacia ellas (Pedrero Pérez et al., 2008).

Algunas teorías, como la teoría transaccional de la adicción de Wills, han vinculado el desarrollo de conductas adictivas con factores de socialización familiar, de modo que algunos rasgos de personalidad operarían como protectores, mientras que otros, en determinadas circunstancias familiares, supondrían riesgos en dos sentidos: el pobre aprendizaje de estrategias de autocontrol y las conductas de toma de riesgos. En presencia de estresores se favorecerían mecanismos de socialización secundaria que acercarían al sujeto al consumo y podrían cronificarlo. La teoría de Wills, inicialmente centrada en la idea de que el consumo de sustancias representaría principalmente una modalidad de afrontamiento del estrés, ha ido evolucionando hasta considerar que los rasgos de personalidad son factores de riesgo o protección frente al efecto de las sustancias (Pedrero Pérez et al., 2008).

Acerca de factores de riesgo y protección Graña Gómez y Muñoz Rivas (2000) consideran:

1. Depresión y ansiedad: Algunos autores han sugerido que normalmente el uso de drogas suele estar precedido por algún tipo de malestar emocional (Lerner y Vicary, 1984; Kaplan, 1985; Huba, Newcomb y Bentler, 1986, Shedler y Block, 1990; citados en Graña Gómez et al., 2000) o suele ser uno de los métodos más utilizados para

aliviar problemas de tipo emocional (Aneshensel y Huba, 1983; Labouvie y McGee, 1986; citados en Graña Gómez et al., 2000), aunque sus efectos no sean muy duraderos o eficaces a largo plazo ya que el consumo suele potenciar los síntomas depresivos (Calafat y Amengual, 1991; Bleichmar, 1994; citados en Graña Gómez et al., 2000). Elliot, Huizinga y Ageton, 1985, citados en Graña Gómez et al., 2000).

2. Características de la personalidad: Brook, Witheman, Gordon y Cohen (1989, citados en Graña Gómez et al., 2000) concluyeron que rasgos como un pobre control de las emociones, la no convencionalidad y la introversión social aparecían estrechamente asociados con la escalada en el consumo de sustancias. Esto estaría en consonancia con estudios como el de Kellam, Brown, Rubin y Ensminger (1983, citados en Graña Gómez et al., 2000), que enfatizaron el poder predictivo de rasgos como la timidez, la agresividad y la personalidad depresiva en la infancia en relación con el posterior uso de drogas. En estudios comparativos se ha descrito un amplio espectro de trastornos y características de la personalidad en los hijos de alcohólicos, donde los resultados señalan una mayor presencia de rasgos antisociales (Nylander, 1960; Winokur, Reich, Rimmer y Pitts, 1970; citados en Graña Gómez et al., 2000), de una personalidad de tipo pasivo-agresiva (Aronson y Gilbert, 1963, citados en Graña Gómez et al., 2000) y de mayores niveles de introversión y desadaptación social (Knowles y Schroeder, 1990 citados en Graña Gómez et al., 2000), junto con rasgos de impulsividad, una excesiva dependencia de los demás y otros signos de manifiesta incapacidad para desarrollar y mantener relaciones gratificantes (Schuckit, 1982; McKenna y Pickens, 1983; Schuckit, 1983; citados en Graña Gómez et al., 2000).

a- Búsqueda de Sensaciones: Cárdenas y Moreno Jiménez (1989, citados en Graña Gómez et al., 2000) encontraron que el consumo de alcohol correlacionaba positivamente con la búsqueda de sensaciones, aunque no ocurría así en el caso del consumo de tabaco. En este mismo sentido, Del Barrio y Alonso (1994, citados en Graña Gómez et al., 2000), señalaron que aquellos sujetos que mostraron mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones eran los que presentaban un mayor consumo de drogas legales como el tabaco y las bebidas alcohólicas.

b- Personalidad antisocial/ problemas de conducta tempranos y persistentes: La conducta agresiva en niños parece ser una señal de la conducta antisocial posterior. Se ha encontrado que la agresividad en niños entre los 5 y los 7 años puede ser un potente predictor de la conducta antisocial posterior que incluye la frecuencia de uso de drogas en la adolescencia (Kellam y Brown, 1982; Brook et al. 1990; citados en Graña Gómez

et al., 2000), los problemas de drogas en la edad adulta (Nylander, 1979; Lewis, Robins y Rice, 1985; citados en Graña Gómez et al., 2000) y la delincuencia en la etapa adolescente (Spivack, 1983; Loeber, 1988; citados en Graña Gómez et al., 2000).

3- Actitudes favorables hacia la droga: En este campo de estudio destaca la especial contribución de Jessor y Jessor (1977, citados en Graña Gómez et al., 2000), que señalaron que tanto las actitudes de los adolescentes como las normas de los grupos de iguales cambiaban, con relación al consumo de drogas, antes de que los usuarios comenzasen a consumir, siendo el primer paso en dirección al consumo de cualquier sustancia psicoactiva un cambio de actitud desde una postura condenatoria a otra mucho más favorable.

4- Ausencia de valores ético-morales: Muchos estudios han propuesto que la alienación de los valores dominantes de la sociedad (Kandel, 1982; Penning y Barnes, 1982; citados en Graña Gómez et al., 2000), la baja religiosidad (Jessor, Donovan y Windmer, 1980; Robins, 1980; Kandel, 1982; Ruiz, 1993; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994; citados en Graña Gómez et al., 2000), y la rebeldía (Bachman, Lloyd y O'Malley, 1981; Kandel, 1982; citados en Graña Gómez et al., 2000) están relacionadas positivamente con el uso de drogas y la conducta delincuente. Una alta tolerancia de la desviación (Jessor y Jessor, 1977 citados en Graña Gómez et al., 2000), una fuerte necesidad de independencia (Jessor, 1976 citado en Graña Gómez et al., 2000) y la ausencia de normas (Paton y Kandel, 1978 citados en Graña Gómez et al., 2000) parecen vincularse de forma directa con el consumo de sustancias psicoactivas. Estas cualidades suelen aparecer caracterizando a jóvenes que no tienen lazos de unión con la sociedad y en los que la ausencia de la interiorización consolidada de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos se confirma en repetidas ocasiones (Del Barrio y Carpintero, 1983; Elzo et. al., 1987; Elzo, 1989; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994; Pons, Berjano y García, 1996; citados en Graña Gómez et al., 2000).

De acuerdo a Graña Gómez et al. (2000), la dimensión que predice un mayor riesgo para el uso del total de las sustancias analizadas es la presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad así como la realización de actividades predelictivas. Con respecto a la Búsqueda de Sensaciones, ésta sólo aparece incluida como variable relevante de riesgo (en su faceta de búsqueda de desinhibición) en el caso de las drogas convencionales, hecho que también ha sido observado por otros estudios que afirmaron que éste tipo dimensiones sólo estaba asociado al consumo frecuente de tabaco y bebidas alcohólicas. El hecho de que sea la

dimensión de búsqueda de desinhibición y no otras como la búsqueda de excitación o de emociones, la que prediga una mayor implicación en el uso de alcohol o tabaco puede explicarse si se considera que la desinhibición hace referencia a situaciones en las que el adolescente podría superar sus propias inhibiciones o los convencionalismos en el caso de que éstas se dieran pero que no busca o precisa para satisfacer su necesidad de descubrir situaciones novedosas o excitantes como podría ser el caso de la búsqueda de excitación.

Atendiendo a otro de los rasgos de personalidad, es necesario subrayar que sólo en el caso de las drogas ilegales, aparece la impulsividad como variable predictora de una mayor implicación en su uso. Parece que aquellos jóvenes que suelen actuar de forma impulsiva sin pensar en los pros o en los contras de sus comportamientos, tendrían una probabilidad mayor de llegar a etapas más avanzadas de consumo utilizando sustancias como la cocaína o las drogas de síntesis, mientras que aquellos que son más empáticos y sintonizan más con las personas cercanas a su entorno o incluso con las desconocidas tendrían un riesgo mayor de hacer uso de cualquier tipo de fármaco o derivado (Muñoz Rivas y Graña López, 2001).

Del mismo modo, Bolinches et al. (2002, citados en Pedrero Pérez, 2003) plantea que

De entre todos los patrones de personalidad disfuncional, los más relacionados con el consumo de sustancias son aquellos que se basan en dimensiones de impulsividad, lo que puede ser entendido a partir de la vulnerabilidad para consumir sustancias, sin medir el riesgo que significa su uso, y caer en la adicción tras el consumo (p. 205).

En relación a los Trastornos de Personalidad, Sánchez Hervás y Berjano Peirats (1996) mencionan que coexisten 2 modelos teóricos que explican la interrelación entre éstos y la dependencia a sustancias psicoactivas:

1. El modelo de adaptación (Peele, 1985 citado en Sánchez et al., 1996): aquí la conducta adictiva sería una consecuencia de los problemas personales, familiares y sociales que padecen los individuos en su entorno social. Así, la interacción de trastornos genéticos, problemas ambientales (estrés ambiental) y dificultades en el proceso de maduración personal (como los trastornos de personalidad), producirían un fracaso en los recursos personales para una adecuada adaptación personal y ambiental, con los consiguientes problemas antes señalados. Esto último produciría la búsqueda de adaptaciones sustitutivas como la adicción a las drogas, juego patológico, etc.;

2. El modelo de la automedicación (Khantzian, 1985 citado en Sánchez Hervás y Berjano Peirats, 1996): presta una mayor atención a las variables internas, como la psicopatología o los trastornos de personalidad. Aquí las personas con trastornos adictivos seleccionan la droga de abuso en función de determinantes internos, concretamente la modulación de aspectos afectivos. Se le denomina hipótesis de la automedicación porque se presupone la existencia de trastornos ansiosos afectivos o psicóticos en los adictos a opiáceos.

Para algunos la psicopatología precede trastorno adictivo, y se considera un factor de riesgo. Para otros, es un fenómeno que coexiste con el trastorno adictivo. En esta controversia se ha venido considerando la personalidad de 2 formas diferenciadas:

1. Prevalciendo un rasgo principal, entendiendo que existe una personalidad presente en todos los adictos a drogas, en la misma forma y en las mismas condiciones (McLellan, 1979 citado en Sánchez et al., 1996);
2. Considerándola en términos de perfiles, argumentando la no existencia de una estructura “tipo” de personalidad del adicto, sino solamente algunos rasgos comunes a todos ellos (Esbaught, 1982; Cabal Bravo et al., 1989; citados en Sánchez Hervás y Berjano Peirats, 1996).

En los resultados de Sánchez Hervás y Berjano Peirats (1996) la variable que aparece como más importante es la que considera que los sujetos adictos son más inestables emocionalmente, toleran menos la frustración y tienden con más frecuencia a evadir todo tipo de responsabilidades, cuando se les compara con sujetos que no presentan problemas de dependencia a drogas. Estos autores se encontraron con algunos pacientes, que previamente al uso de sustancias psicoactivas, mostraban otro tipo de trastornos, entre ellos los de personalidad. Este tipo de trastornos obstaculizan la deshabitación a drogas, que en el caso de la adicción a opiáceos es por si sola lo suficientemente compleja.

Sobre este tema, Pedrero Pérez (2008) dice:

1. Una buena parte de los pacientes presentan, en los momentos iniciales de su tratamiento, suficientes criterios como para estimar una elevada prevalencia de trastornos de la personalidad; queda por saber si tales criterios se mantendrán con el tiempo, a medida que avanza el tratamiento, o son lo que algunos autores han denominado “trastornos de personalidad inducidos por el estrés”;
2. No existe una personalidad exclusivamente vinculada a la adicción a sustancias, sino que cualquier patrón desadaptativo puede encontrar una función para las drogas;
3. Existe un predominio de los trastornos del espectro impulsivo;

4. Existen rasgos de personalidad que sí parecen vincularse más estrechamente a los trastornos adictivos: la Impulsividad (Búsqueda de Novedad o Déficit en el Control de los Impulsos, según el modelo teórico), posiblemente vinculado al inicio temprano y los episodios de abuso, y el Neuroticismo (Evitación del Daño o Control de las Emociones), posiblemente más vinculado al mantenimiento del hábito, la dependencia y la severidad;
5. Los trastornos de la personalidad pueden descomponerse en las combinaciones de rasgos que los constituyen, lo que permite actuar farmacológica, psicoterapéutica y educativamente sobre los trastornos;
6. Existen una serie de dimensiones básicas de personalidad o variables de interacción psicosocial, que son ampliamente comunes a una gran parte de los adictos; la baja autoestima y autoeficacia general, la falta de autocontrol y el afrontamiento emocional o inadecuado del estrés, que se convierten en dianas del tratamiento y requieren formar parte de los programas de tratamiento de adictos de forma ineludible (p. 43).

Es este autor quien plantea el conocimiento de la personalidad en 3 niveles:

- Clínico: considera los patrones disfuncionales de personalidad o trastornos de la personalidad, el patrón general de conducta de los sujetos que favorecería el desarrollo de relaciones disfuncionales con las sustancias hasta configurar una conducta adictiva. Éste permite el diagnóstico de trastornos del Eje II, lo que facilita la comprensión global del patrón de conducta interna y externa de los sujetos y la comunicación entre profesionales; permite conocer, mediante la consulta de estudios epidemiológicos y clínicos, la posible evolución de los sujetos en función de su patrón de personalidad; permite establecer los objetivos más apropiados en función de la severidad del trastorno, así como los posibles límites y el margen de maniobra que la estructura de personalidad de cada sujeto nos impone; permite conocer la función que cumple la droga en relación al repertorio general de conductas que posee el sujeto, lo que sugiere líneas estratégicas para individualizar los tratamientos.
- De rasgos: considera la exploración de la personalidad normal y algunas combinaciones que explicarían los patrones disfuncionales de comportamiento. Los modelos predominantes del funcionamiento normal y anormal de la personalidad parecen converger en 4 grandes dominios: extraversión-introversión; oposicionismo-amabilidad; compulsividad-impulsividad; y estabilidad emocional-disregulación emocional. Éste permite el conocimiento dinámico de la personalidad, las interrelaciones entre rasgos, las motivaciones principales de la conducta de los

sujetos, los elementos más estables de la estructura de personalidad del individuo a través de las diversas situaciones que puedan presentarse; permite también el estudio de las variables biológicas implicadas en la emisión de conductas, así como la investigación de los procesos de aprendizaje que subyacen a la existencia de los diferentes rasgos y la interacción entre elementos biológicos y psicosociales que derivan en el patrón de comportamiento habitual de cada sujeto. Y esto nos sugiere tácticas de intervención: farmacológica, para el control o modulación de elementos biológicos, y psicoterapéutica, para la reestructuración cognitiva, la extinción y el reaprendizaje de conductas.

- De variables de interacción psicosocial: supondría los elementos cognitivos más nucleares de la personalidad, entendida ésta como la mutua interdependencia entre las condiciones ambientales y las conductas manifiestas y encubiertas de los individuos, que se modifican entre sí. Permite el conocimiento de los déficits nucleares, los elementos cognitivos y emocionales más primarios del comportamiento observable, así permite la intervención mediante técnicas bien conocidas para mejorar las capacidades básicas. Por ejemplo, las técnicas de habilidades de solución de problemas permiten abordar las dificultades de los individuos para afrontar activamente (centrados en la tarea) las dificultades a las que debe enfrentarse en su vida cotidiana; las técnicas de control emocional permiten aminorar la activación que los sujetos experimentan en situaciones de conflicto (afrontamiento centrado en la emoción) y que bloquea su capacidad para resolverlo; las técnicas de inoculación de estrés engloban a las anteriores y desarrollan un programa de entrenamiento en afrontamiento eficaz (Pedrero Pérez, 2008).

Antes, Pedrero Pérez (2003) ya había mencionado que

La vía abierta por el estudio del Modelo de los Cinco Factores y su relación con los desórdenes de conducta puede favorecer la adopción de enfoques más adecuados en la clínica. Las estrategias ya bien conocidas en el ámbito de las drogodependencias, como la prevención de recaídas, el entrenamiento asertivo, en habilidades sociales, en afrontamiento del estrés, los enfoques educativos y, por supuesto, el abordaje farmacológico, pueden beneficiarse de un mejor conocimiento de los aspectos básicos de la conducta y la manera en que pueden entrelazarse y manifestarse. No sería descabellado pensar que, en pocos años, los sujetos fueran atendidos selectivamente en función de las necesidades estimadas a partir de sus rasgos de personalidad, de modo que, por ejemplo, un paciente con pronunciada inestabilidad emocional, recibiera los fármacos adecuados para su modulación en tanto acudía a grupos específicos de terapia enfocada al control emocional; grupo al que no tendrían por qué acudir personas con

adecuados recursos en esta dimensión pero, por ejemplo, un bajo Tesón y una baja Apertura Mental, que serían abordados desde grupos específicos de terapia ocupacional y educativos. Paralelamente ambos realizarían actividades, individuales o grupales, encaminadas a la prevención de recaídas que, sin embargo, conocerían de antemano los límites a los que se podría llegar y no tendrían como única meta la abstinencia, sino unos objetivos adecuados a las capacidades y limitaciones de cada individuo en particular (p. 216).

En un intento de fundamentar la personalidad en la adicción a través de la Neuropsicología, los autores Sánchez de León, Pedrero Pérez, Olivar Arroyo, Llanero Luque, Rojo Mota, Puerta García (2010) plantearon que el Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad parte del estudio factorial de los rasgos de personalidad obtenidos a partir de autoinformes basados en categorías presentes en el léxico habitual de las personas, sin proponer explícitamente ningún sustrato biológico para los factores encontrados.

En esta investigación dicen que

Aunque a pesar de la pretendida ateoricidad del Modelo de los Cinco Grandes Factores, diversos estudios han puesto de manifiesto la relación entre algunos rasgos de personalidad y la activación de determinadas áreas cerebrales. Por ejemplo, se ha encontrado que la extraversión se corresponde con la reactividad emocional frente a estímulos positivos que conlleva la activación de amplias zonas corticales, en tanto que el neuroticismo se relaciona con la activación de los lóbulos frontales y el lóbulo temporal izquierdo (Canli et al., 2001, citado en Sánchez de León et al., 2010), así como con una actividad específica de la amígdala (p. 233).

El observatorio argentino de drogas realizó un estudio en la Región de Cuyo - Mendoza, La Rioja y San Juan- (2010) donde indagó características sociodemográficas de pacientes en tratamiento obteniendo los siguientes resultados:

- La mayor concentración de pacientes se encuentra entre los 15 y los 19 años (41,6%) y el 19.9% entre 20 y 24 años.
- Es una población preponderantemente masculina (89,1%).
- Tienden a concentrarse en la categoría que indica secundario incompleto (51.7%).
- La mayoría son solteros (80,4). Es importante destacar que casi la mitad de los pacientes tiene hasta 19 años. La diferencia entre sexos indica que las mujeres están en mayor proporción divorciadas o separadas y unidas o juntas, y los hombres en mayor medida casados.

- El 51.6% son activos económicamente (trabajadores y desempleados), cerca de la mitad de ellos trabaja a tiempo completo. La distribución según el sexo, nos muestra que las mujeres son inactivas económicamente en mayor proporción que los varones.
- Teniendo en cuenta la historia de consumo, solo un 9.2% son monocunsumidores; la mayor parte de ellos consumió dos o más sustancias, alcanzando el pico de concentración en la categoría que indica un consumo de cuatro sustancias a lo largo de la vida.
- Consumen principalmente alcohol y marihuana, ya que alrededor del 82% de los pacientes declaró haber consumido estas sustancias en algún momento de su vida. Le siguen en orden de importancia tabaco y cocaína. El 45.2% de los pacientes están en tratamiento por consumo de marihuana, en segundo lugar por consumo de cocaína (24%) y en tercer lugar por consumo de alcohol (15.4%) y solventes (9.2%).
- La cantidad de pacientes que tiene un consumo exclusivo de sustancias lícitas (tabaco, alcohol) representa a un 9.5 % del total de pacientes registrados. Enfocando a los pacientes que se iniciaron con drogas ilícitas y con sustancias inhalables, el 59.3% declararon dar comienzo al consumo de sustancias con marihuana, situando a esta droga como la principal droga de inicio. Asimismo se ubica como la de mayor porcentaje como droga incorporada en segundo y tercer lugar en la historia de consumo de los pacientes. Los solventes (30.5%) se ubican en segundo lugar como droga de inicio seguido por cocaína (8.5%). Estas sustancias se mantienen en segundo y tercer lugar como segundas y terceras drogas incorporadas por los pacientes, sin embargo la cocaína alcanza mayores porcentajes que los solventes.
- En primer lugar los pacientes están en tratamiento motivados por el consumo de marihuana. Esto representa a un 45.2% de los pacientes. En segundo lugar aparece cocaína, motivando un 24% de las consultas. En tercer lugar, los pacientes se encuentran en tratamiento por consumo de alcohol y de solventes.
- Los pacientes que iniciaron su tratamiento por consumo de alcohol tienen más edad que aquellos que se vieron motivados por las otras sustancias, siendo que el 64% tiene más de 30 años. En cambio, el 87.9% de quienes iniciaron tratamiento por consumo de marihuana tienen hasta 24 y los que comenzaron motivados por cocaína el 72.2% tiene entre 15 y 29 años.
- Las sustancias que motivan tratamiento no difieren mucho según el sexo de los pacientes. Se observa que las mujeres se vieron motivadas en mayor medida que los

hombres por consumo problemático de alcohol y tabaco. En cambio los hombres consultan más frecuentemente por solventes y tranquilizantes.

- Los pacientes que iniciaron tratamiento motivados por alcohol son quienes poseen un nivel educativo más alto: el 20% ha completado el secundario. El 33.3% de los pacientes motivados por consumo de solventes no han ingresado al nivel primario, y la mayor parte de los pacientes, independientemente de la sustancia, se concentran en la categoría primario completo.

- Los pacientes en tratamiento por consumo de alcohol son los que en mayor medida son activos económicamente, ya que el 83.7% de los mismos se encuentra trabajando o buscando empleo. En segundo lugar se encuentran los pacientes que consultan por cocaína que alcanzan un 66.7%. De los pacientes inactivos, el 41.5% de los pacientes que iniciaron tratamiento por consumo de marihuana no trabaja, representando el valor máximo para esta categoría.

- Según los centros que participan en el Registro Continuo, los pacientes analizados están mayoritariamente en tratamiento en centros especializados y, en menor medida, en comunidades terapéuticas. El 71.5% está bajo tratamiento ambulatorio. Observados los pacientes en general, el 48% se atiende en centros privados. El tipo de tratamiento que predomina es de tipo ambulatorio, el 76.2% de los pacientes reciben esta modalidad de tratamiento.

- El 27.9% de los pacientes declararon haber recibido tratamiento por consumo de sustancias alguna vez en su vida.

De Mendoza especialmente los datos son:

- Más del 70% de los pacientes se concentra entre los 15 y los 29 años, con una edad promedio de 26 años.

- Son en su mayoría varones (87.9%) y el 73.4% están solteros.

- En relación al nivel educativo, el 80% no ha completado el nivel medio de educación formal.

- El 68% de los pacientes son activos económicamente y el 24.8% no trabaja ni declara estar buscando empleo.

- Las principales drogas consumidas por los pacientes en tratamiento son alcohol (79.2%), marihuana (78.4%) y cocaína (70.8%).

- Las sustancias que motivan principalmente el inicio de tratamiento en esta provincia son marihuana y cocaína, seguida de alcohol y solventes.

Estos datos se utilizarán más adelante en la discusión de resultados.

PARTE A

Marco teórico

Capítulo I

LAS ADICCIONES

Adicción y conducta adictiva

La OMS definió **droga** como toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones de las funciones psíquicas básicas y del comportamiento (OMS, citado en Vallejo Ruiloba, 2005).

Becoña (2002) sostiene que

Droga de abuso es cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral (p.26).

Y por **potencial adictivo** de una droga se entiende como la tendencia que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan (Becoña et al., 2010).

Son muchas las teorías que intentan responder por qué se consumen drogas, aunque no hay una respuesta acabada sobre el tema. Existen muchas definiciones pero tomaremos una que, por su amplitud, nos permitirá pensar el fenómeno en su complejidad. Definiremos entonces una **adicción** como:

Una relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto familiar y cultural y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad (Cuadernillo del Centro de Capacitación Permanente, Plan Provincial de Adicciones, Mendoza, 2009).

Becoña et al. (2010) indican que

Una característica común y central a las conductas adictivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fueren a buscarlo (p.15).

Gossop (1989, citado en Becoña et al., 2010) definió como elementos característicos de una adicción:

- (1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible);
- (2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre);

(3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y

(4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

El primer aspecto que está presente en todas las conductas adictivas es la **compulsión o pérdida de control**, la característica principal de este problema.

El segundo aspecto son los **síntomas de abstinencia** que produce la no realización de la conducta adictiva voluntariamente o porque le impiden hacerla al individuo. Este se entiende como un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico, denominándose en este caso al síndrome de abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitado (Becoña et al. 2010).

La **abstinencia** puede definirse como

“El conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que pueden aparecer como consecuencia de la supresión del consumo de una droga que produzca dependencia”
(OMS, citado en Puentes, 2004, p. 108).

Es decir, que el corte abrupto del consumo de determinada sustancia genera una descompensación de base orgánica, ya que el cuerpo se ha acostumbrado a la presencia de esa sustancia.

TABLA N° 1. *Criterios para la abstinencia de sustancias* (DSM IV, 1995).

- | |
|--|
| <p>A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.</p> <p>B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p> |
|--|

El tercer aspecto es el de **tolerancia**, esta se define como el acostumbramiento del organismo a una cierta toxicidad, es decir, “ (...) es un fenómeno de adaptación del organismo a la droga, de manera que éste ya no responde a la cantidad recibida y exige volúmenes cada vez mayores para obtener el efecto deseado” (Puentes, 2004). La

tolerancia **conductual** (o condicionada) se refiere al efecto que tiene la sustancia en el individuo como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la droga. En ello influyen las expectativas o el estado de ánimo, que pueden cambiar la intensidad de los efectos. La tolerancia **cruzada** atañe a la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia psicoactiva como consecuencia del consumo continuado de otra sustancia (Becoña et al. 2010)

Pereiro (2005, citado en Becoña et al., 2010) dice que

Junto al concepto de tolerancia suele hablarse de **neuroadaptación**, entendiendo por tal el proceso por el que la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales provoca en éstas una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había la sustancia. Funcionaría como un mecanismo homeostático; de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (p. 19).

El cuarto aspecto es el de **intoxicación**, que se produce en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas como en las conductas que producen adicción. En este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra (Jacobs, 1989 citado en Becoña et al., 2010).

El quinto aspecto que consideramos significativo, se refiere a que el individuo con una adicción padece graves **problemas en la esfera física y/o sanitaria**, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas (Becoña et al., 2010).

Drogodependencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964), la drogodependencia es un: “Estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, evitar las sensaciones desagradables que su falta produce. Los fenómenos de la tolerancia pueden o no estar presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga”.

Por su parte Puentes (2004) explica que el sujeto drogodependiente tiene una compulsión a consumir, ya que la abstinencia de dicha sustancia le genera un monto intolerable de angustia, que sólo se alivia con una nueva ingesta.

Uso, abuso y dependencia

Puentes (2004) señala al respecto:

“Desde el punto de vista clínico-psicológico definimos que un sujeto hace **uso** de drogas cuando, ante la inesperada ausencia de la sustancia, no se angustia” (p.41).

Entonces, “(...) el uso está definido como la relación que establece un sujeto con una sustancia psicoactiva pero sin generar un vínculo de necesidad” (Puentes, 2004).

Es importante señalar que si bien muchas veces se hace referencia al denominado “continuum del consumo” (que intenta explicar como un sujeto comienza haciendo uso de una sustancia y termina en la adicción), el mismo no es una norma; es decir, puede darse o no. Existe el uso de drogas sin conducir al abuso o a la dependencia. “Así como hay personas que les gusta ir al casino y no son jugadores compulsivos (...), miles de personas hacen uso de drogas ilegales y nunca caerán en abuso o dependencia” (Puentes, 2004).

Sobre **abuso** de sustancias el DSM IV (1995) explica:

“La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionada con el consumo repetido de sustancias”. El abuso implica un daño, o una amenaza de daño a la salud física, psicológica o social del sujeto involucrado (p.225).

TABLA N° 2. *Criterios para el abuso de sustancias (DSM IV-TR, 2002).*

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);

3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);

4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Y, por último, sobre **dependencia** el DSM IV (1995) señala:

“La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (p.218).

TABLA N° 3. *Criterios para la dependencia de sustancias* (DSM IV-TR, 2002).

A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Codificación del curso de la dependencia: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida; 2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/moderado/grave o especificar si:

• Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2)

• Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

De acuerdo a la CIE 10 (citada en OMS, 1992): El síndrome de dependencia se trata de “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de

comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a veces fuerte, a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas legales o ilegales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico”. Sólo debe realizarse el diagnóstico de dependencia si durante algún momento o de modo continuo, a lo largo de los últimos 12 meses, han estado presentes tres o más de los siguientes síntomas (ver tabla N° 4):

TABLA N° 4: *Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas* (CIE 10, 1992).

a	Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia
b	Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo, para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida
c	Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia o de otra similar con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
d	Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas
e	Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
f	Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios

Los criterios de la CIE 10 (1992) sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia,

neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente).

Puentes (2004) dice que cuando hablamos de dependencia, es importante recordar que puede existir una dependencia fisiológica o no. El DSM IV aclara que

La dependencia **fisiológica** refiere a la existencia de signos de tolerancia o abstinencia. Cuando no hay signos de tolerancia o abstinencia decimos que no hay dependencia fisiológica, aunque sí puede haber una dependencia **psicológica**. Sobre esta última Kaplan & Sadock (2001) expresan: “La dependencia psicológica, también conocida como habituación, se caracteriza por un anhelo continuo o intermitente por la sustancia, para evitar los estados disfóricos” (p. 429).

Algunos autores, como Vallejo (2005), proponen también hablar de “dependencia **social**”, consistente en la necesidad de consumir tóxicos como signo de pertenencia a un determinado grupo social que proporciona claros signos de identidad.

Intoxicación

De acuerdo al DSM IV (1995) la característica esencial de la intoxicación por sustancias es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (o exposición) (Criterio A). Los cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (p. ej., agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después (Criterio B). Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C).

Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico específico en la intoxicación por sustancias varía entre los sujetos y depende de la sustancia implicada, de la dosis, la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha

tomado. Los síntomas y signos de la intoxicación difieren según su consumo sea inmediato o agudo o sostenido o crónico.

Politoxicomanía

De acuerdo al DSM IV (1995) un concepto que está asociado el uso, abuso y dependencia de las distintas sustancias psicoactivas es conocido con el nombre de politoxicomanía, poliadicción o uso de sustancias múltiples. Por él nos referimos al abuso y dependencia que suelen darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia en una sustancia psicoactiva al mismo tiempo están consumiendo otra.

Sustancias

De acuerdo a Becoña (2002) para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios:

Por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto utilizándose clasificaciones clínicas (p. 27).

En el presente trabajo sólo se nombrarán las más frecuentes observadas en la muestra.

Cocaína

La cocaína es el principal alcaloide de las hojas del arbusto *Erythroxylum coca*. La planta puede ser silvestre o cultivada en América del Sur y Central. Antiguamente se utilizaba el alcaloide como anestésico local; hoy, la cocaína se comercializa mundialmente en forma ilegal (Plan provincial de adicciones, 2011). Sus propiedades, como impedir la aparición del cansancio, eliminar la sensación de hambre, perder la sensación de frío y actuar como anestésico, tenían una enorme utilidad en muchas zonas

donde el hombre vivía y vive a miles de metros de altitud sobre el nivel del mar (Pascual, 2001, citado en Becoña, 2002).

La coca se puede administrar por vía oral en forma de hojas masticadas o fumada mediante el crack (pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico, conocido también por «la cocaína de los pobres», ya que es mucho más barata que la cocaína), y para esnifar o inyectarse en forma de polvos de clorhidrato de cocaína. En nuestro medio está comercializado el clorhidrato de cocaína, que es el que recibe realmente el nombre de cocaína. El modo más rápido de absorción de la cocaína es fumada, llegando en este caso por vía pulmonar al cerebro en pocos segundos (San, 1996 citado en Becoña, 2002).

En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos claramente diferenciados: el episódico y el crónico, diario o cuasi-diario. En el primer caso, el consumo se hace en fines de semana, en fiestas, ante una sobrecarga de trabajo, etc. A veces se produce el «colocarse», consistente en consumir esporádicamente pero a dosis altas. Cuando esto ocurre la bajada suele ser intensa y en ocasiones se produce un síndrome de abstinencia que dura varios días. En el consumo crónico, éste se da diariamente o casi diariamente, en dosis moderadas o altas, a lo largo de todo el día o a unas horas determinadas. Conforme transcurre el tiempo se produce el fenómeno de tolerancia, lo que exige ir incrementando la dosis. En un momento determinado la droga deja de producir efectos placenteros o éstos son muy escasos, por lo que se consume básicamente más para evitar el síndrome de abstinencia (American Psychiatric Association, 2000; Llopis, 2001, citados en Becoña, 2002).

Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiper alerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hiper sexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Como ocurre en otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también de otras drogas, con abuso o dependencia, como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo de aliviar los efectos negativos de la intoxicación por cocaína. Algunos de los efectos producidos por la abstinencia de cocaína son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía y aislamiento social. Igual que ocurre con el cannabis, puede haber disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria (Llopis, 2001, citado en Becoña, 2002).

Cuando se deja de consumir cocaína se produce un intenso crash (síndrome de abstinencia), caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones

desagradables como craving (o deseo intenso de consumir), depresión, trastorno de los patrones del sueño, hiper somnolencia e hiperalgesia. Distintos estudios han encontrado relación entre trastornos afectivos y abuso de cocaína, lo que sugeriría un uso de la misma para controlar el estado de ánimo depresivo. Esto parece claro cuando después del síndrome de abstinencia no remite la depresión, que puede confundirse inicialmente con uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la cocaína. Este hecho se aduce con frecuencia como apoyo de la hipótesis de la automedicación. Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída ante el recuerdo de los efectos eufóricos que produce la cocaína (Becoña, 2002, 39).

La cocaína produce un elevadísimo grado de dependencia psicológica y poca dependencia física, como ha demostrado la investigación con animales. Así, cuando se suspende bruscamente la administración de cocaína no se producen trastornos fisiológicos tan graves como los observados con otras sustancias (Becoña, 2002, 39).

Alcohol

El consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra sociedad, esto se debe a que es una sustancia que viene siendo elaborada y consumida desde hace miles de años. Se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (Ej. granos, frutas), la cual da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones. Es soluble tanto en un medio lipídico como acuoso, esto le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbido y distribuido por el sistema circulatorio a los tejidos, incluido el cerebro (Echeburúa, 1996, citado en Becoña, 2002).

Di Pardo (1993, citado en Becoña, 2002) enumera las siguientes funciones de esta sustancia: psicotrópica, terapéutica, alimentaria, como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, como mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, de control social, como instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social, como mecanismo de transgresiones estructurales, de adaptación en situaciones de cambio, de «solución» al tiempo «vacío» social y/o individual, y como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad. De ahí que el alcohol se consume frecuentemente, a

diario o esporádicamente, acarreado a un gran número de personas graves problemas, a nivel físico, familiar, psicológico, psiquiátrico y social.

Dentro de la problemática psiquiátrica y psicológica se han estudiado las repercusiones a nivel familiar, el estrés, la personalidad previa del alcohólico, las clasificaciones del alcoholismo, los diagnósticos duales, etc. De ellos, destaca el que la familia del alcohólico sufre directamente las graves consecuencias del alcoholismo a través de relaciones conflictivas con la pareja, agresividad en las relaciones familiares y las posibles repercusiones en los hijos, etc., que se pueden graduar en cuatro niveles: desajuste familiar, separación conyugal, disgregación familiar y degradación familiar (Becoña, 2002).

Tradicionalmente, el alcoholismo ha sido considerado como un trastorno progresivo. Su consumo se inicia en la adolescencia y progresa lentamente, llegando a constituirse en un problema hacia la mitad o al final de la segunda década de la vida (Jellinek, 1960, citado en Becoña, 2002). Para llegar a ser un adicto se requiere un patrón de gran bebedor y muy reiterativo, y esto se desarrolla de un modo característico durante unos años. No obstante, hoy sabemos que muchos alcohólicos comienzan a serlo a una edad avanzada, sin haber tenido previamente problemas de abuso o dependencia del alcohol, dándose más este fenómeno en mujeres que en varones mayores, cuando en edades tempranas es a la inversa (Abrams y Alexopoulos, 1998, citado en Becoña, 2002).

Una exposición crónica al alcohol produce dependencia física. Cuando alguien ha estado bebiendo durante un largo tiempo y luego deja de hacerlo de repente, el síndrome de abstinencia puede ser grave e incluso mortal. Los trastornos de abstinencia se alivian instantáneamente con el alcohol, las benzodiazepinas o los barbitúricos (Eastman, 1974; Goldstein, 1995, citados en Becoña, 2002).

Alucinógenos

Son aquellas sustancias que producen distorsión subjetiva de la realidad que resulta en la percepción de cosas que realmente no existen. También conocidos como psicodélicos o ilusógenos, ya que producen una distorsión perceptiva y marcada alteración del proceso del pensamiento. Se pueden clasificar en sintéticos (LSD, éxtasis,

fenciclidina, mescalina, ketamina, antiparkinsonianos, etc.), plantas (floripondio, marihuana, etc.) y hongos. (Plan provincial de adicciones, 2011).

La primera experiencia con los alucinógenos resulta negativa o aversiva lo que facilita que muchas personas después de la primera prueba no realicen otras, aunque hay personas a las que les divierte la experiencia y continúan con su uso. La realidad indica que sus consumidores, dependientes o no de otras sustancias psicoactivas, lo usan mayoritariamente de forma esporádica. Los alucinógenos tienen, con frecuencia, reacciones adversas como reacción aguda de pánico, alucinaciones desagradables, miedo por las sensaciones experimentadas, estados psicóticos, flashbacks (relampagueos de escenas retrospectivas de lo sentido bajo el efecto de la droga, meses o años después del último consumo) (Becoña, 2002).

Algunos de los sintéticos utilizados son:

El **LSD** (ácido lisérgico), descubierto por Hofmann y Stoll en 1938, es el más potente de los alucinógenos que se comenzó a usar en los 60, con la expectativa de explorar el “espacio interno” y obtener una “realidad alternativa”. La vía de ingreso puede ser oral, inhalatoria o conjuntival (Plan provincial de adicciones, 2011). La ingestión de LSD produce mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa. Pero también alteraciones de las formas y colores, dificultad para enfocar objetos y agudización del sentido del oído. Puede producir alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales, estos suelen considerarse efectos agudos. Los efectos crónicos incluyen estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad (Weiss y Millman, 1998, citados en Becoña, 2002).

No produce dependencia física, desarrolla rápida tolerancia, no produce síndrome de abstinencia (Plan provincial de adicciones, 2011).

La **marihuana** se extrae de la planta Cannabis Sativa, de ella se pueden fumar sus hojas, su resina, o sus flores. En la cannabis Sativa se han identificado 60 cannabinoides, siendo el más importante y principal componente psicoactivo el tetrahidrocannabinol (Becoña, 2002). El origen de la planta parece situarse en Asia, habiéndose utilizado desde la antigüedad dentro de prácticas religiosas, para la búsqueda del placer y en terapéutica (Ramos y Fernández, 2000, citado en Becoña, 2002). Es actualmente la droga ilegal más consumida y en muchos casos la puerta de entrada a drogas de mayor poder adictivo, como la heroína y la cocaína (Becoña, 1999,

citado en Becoña, 2002). Produce dependencia y tolerancia, no produce síndrome de abstinencia específico (DSM IV, 1995).

Produce estado de euforia y relajación, disartria, vértigo, vómitos, taquicardia e inyección conjuntival, ilusiones en la percepción del tamaño de objetos y distancias, en el sentido del tiempo, en la discriminación de colores, y deterioro de la coordinación motora (Plan provincial de adicciones, 2011). Sobre la salud mental, el mayor problema es que el THC puede causar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de conciencia que son diferenciables de las psicosis. De darse, la psicosis no sería producida directamente por el THC, aunque parece que el THC aceleraría el proceso de aparición de la esquizofrenia en personas genéticamente predisuestas. El consumo prolongado de dosis altas de THC puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (síndrome amotivacional) (Quiroga, 2000, citado en Becoña 2002), caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persisten una vez interrumpido dicho consumo (Becoña, 2002).

Inhalantes

Son sustancias químicas que se caracterizan por ser gaseosos o evaporizarse a temperatura ambiente. La mayoría son derivados hidrocarbonatos que pertenecen a diferentes grupos, ampliamente distribuidos: gas natural, derivados del petróleo, nafta, kerosén, solventes de grasas, pegamentos, pinturas, propelentes de aerosoles, extintores, lacas, barnices, tintes, quitamanchas, cementos, aceites, plásticos, resinas (Plan provincial de adicciones, 2011).

Es otra droga que tiene una enorme relevancia en los barrios marginales de Latinoamérica, su obtención es fácil y/o de muy bajo coste. Se consume introduciendo la sustancia en un plástico e inhalando sus gases o impregnando con la sustancia un paño y luego aspirar los vapores del mismo por la nariz (Becoña, 2002). Los efectos producidos por cada inhalación duran sólo unos pocos minutos, aunque pueden realizarse múltiples inhalaciones para conseguir efectos de horas. Los efectos psicoactivos iniciales son similares a la intoxicación alcohólica (Weiss y Millman, 1998, citados en Becoña, 2002), buscando sus usuarios el “rush”, para conseguir de modo rápido un sentimiento de euforia que puede estar asociado con una sensación de

flotar y desaparición de las inhibiciones. Este estadio inicial de excitación va seguido de otro de sedación, pudiendo, frecuentemente, aparecer otro final de irritabilidad. Posteriormente, aparecen síntomas físicos como dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales (náusea y vómitos, diarrea, calambres intestinales, etc.). Si el consumo de inhalantes persiste a lo largo del tiempo surgen problemas más graves de tipo pulmonar, circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc. (Rodríguez-Martos, 1996; Schuckit, 2000; Weiss y Millman, 1998, citados en Becoña, 2002).

Producen dependencia psíquica y tolerancia. El síndrome de abstinencia consta de cefaleas, vómitos, contracciones musculares y calambres (Plan provincial de adicciones, 2011).

Factores psicológicos de riesgo y protección para las adicciones

Entendemos por **factor de riesgo** “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. Y, por **factor de protección** “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, citado en Becoña et al., 2010).

Existe una serie de principios generales que Clayton (1992, citado en Becoña et al., 2010) afirma que debemos tener presentes al referirnos a los factores de riesgo:

- (1) los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto; obviamente si un factor de riesgo está presente, es más probable que el individuo use o abuse de las sustancias que cuando no lo está;
- (2) la presencia de un solo factor de riesgo no determina que se vaya a producir el abuso de sustancias, ni su ausencia implica que no se dé;
- (3) el número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados;

(4) la mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas; y,

(5) las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

TABLA N° 5. *Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas* (Becoña et al., 2010)

1. Factores familiares
1.1 Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres.• Baja supervisión familiar.• Baja disciplina familiar.• Conflicto familiar.• Historia familiar de conducta antisocial.• Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial.• Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.• Bajas expectativas para los niños o para el éxito.• Abuso físico.
1.2 Factores de protección
<ul style="list-style-type: none">• Apego familiar.• Oportunidades para la implicación en la familia.• Creencias saludables y claros estándares de conducta.• Altas expectativas parentales.• Un sentido de confianza positivo.• Dinámica familiar positiva.

2. Factores comunitarios

2.1 Factores de riesgo

- Deprivación económica y social.
- Desorganización comunitaria.
- Cambios y movilidad de lugar.
- Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias.
- La disponibilidad y accesibilidad a las drogas.
- La baja percepción social de riesgo de cada sustancia.

2.2 Factores de protección

- Sistema de apoyo externo positivo.
- Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad.
- Descenso de la accesibilidad de la sustancia.
- Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes.
- Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

3. Factores de los compañeros e iguales

3.1 Factores de riesgo

- Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.
- Compañeros consumidores.
- Conducta antisocial o delincuencia temprana.
- Rechazo por parte de los iguales.

3.2 Factores de protección

- Apego a los iguales no consumidores.
- Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras.
- Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.
- No ser fácilmente influenciado por los iguales.

4. Factores escolares
<p>4.1 Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento académico. • Bajo apego a la escuela. • Tipo y tamaño de la escuela (grande). • Conducta antisocial en la escuela. <p>4.2 Factores de protección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuela de calidad. • Oportunidades para la implicación prosocial. • Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. • Clima institucional positivo.
5. Factores individuales
<p>5.1 Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biológicos. • Psicológicos y conductuales. • Rasgos de personalidad. <p>5.2 Factores de protección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religiosidad. • Creencia en el orden social. • Desarrollo de las habilidades sociales. • Creencia en la propia autoeficacia. • Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. • Orientación social positiva. • Poseer aspiraciones de futuro. • Buen rendimiento académico e inteligencia. • Resiliencia.

Por preferencia de la investigadora se desarrollarán los **factores de riesgo individual**, clasificados como:

Factores biológicos

McGue (1994, citado en Becoña, 2010) dice que la mayor parte de los estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos y están relacionados con el consumo de alcohol de los padres y el que realizan los hijos. Los estudios genéticos muestran que los hijos de alcohólicos tienen un mayor riesgo (1,6 – 3,6) de desarrollar alcoholismo que los hijos de no alcohólicos.

Los estudios de Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth y Stewart (1996, citado en Becoña, 2010) señalan que los factores genéticos juegan un papel más importante en la transición del uso de drogas al abuso, que en su propio uso. Identifican dos patrones biológico-genéticos diferenciados en el desarrollo del abuso de sustancias de los sujetos adoptados: el primero, relacionado con el abuso de sustancias por parte del padre biológico y que se limita al abuso y dependencia en el sujeto adoptado; y el segundo, que parece ser expresión de una agresividad subyacente y que se relaciona con la criminalidad en el padre biológico. “Existe una gran relación familiar entre el abuso de sustancias entre padres e hijos; que hay alguna especificidad de agrupación familiar con respecto a drogas de abuso específicas, e independencia entre alcoholismo y los trastornos por uso de sustancias; que los factores familiares se asocian en mayor medida con la dependencia que con el abuso de sustancias; y que los trastornos psiquiátricos están asociados de forma importante con el desarrollo de trastornos por uso de sustancias, tanto como factores de riesgo premórbidos, como en cuanto a secuela” (Merikangas y Avenevoli, 2000, citado en Becoña, 2010).

Factores psicológicos y conductuales

Parece haber una relación bidireccional entre trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001, citado en Becoña, 2010). Tanto el abuso como la dependencia aumentan el riesgo de sufrir trastornos afectivos, mientras que en el caso de los trastornos de ansiedad sólo la dependencia se constituye como un factor de riesgo. Por otro lado, debemos señalar que las patologías más asociadas habitualmente al consumo

de drogas son el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Así, el 52% y el 50% de los adolescentes en tratamiento que cumplen criterios de trastorno de conducta y TDAH, respectivamente, lo hacen también para algún trastorno por uso de sustancias. Además, los pacientes con TDAH comienzan a consumir antes, presentan abusos más severos y tienen mayores probabilidades de presentar trastornos de conducta (Reebye, Moretti y Lessard, 1995; Horner y Scheibe, 1997, citados en Becoña, 2010).

La conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias y, de hecho, existe una relación entre éste último y otras conductas delictivas. Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008, citado en Becoña 2010). Cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente (American Psychiatric Association, 2002, citado en Becoña 2010).

La existencia en la infancia de eventos traumáticos, como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocia con la aparición de trastornos mentales, especialmente con depresión y trastorno de estrés postraumático, y con el abuso de sustancias. Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000, citados en Becoña, 2010).

Una actitud más favorable hacia el consumo se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y en las creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas, una menor resistencia a la presión grupal y una mayor disposición conductual al consumo y, por tanto, con una mayor probabilidad del mismo (Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006, citados en Becoña, 2010).

Rasgos de personalidad

Según Becoña et al. (2010)

Una constante en la investigación en adicciones es el intento de descubrir una posible relación entre el consumo habitual de sustancias y la personalidad de los individuos que las usan, con el objetivo de predecir la posible aparición posterior de abuso y

dependencia, así como mejorar el tratamiento y la prevención de los mismos, teniendo en cuenta las hipotéticas características distintivas de dichos individuos. (p. 58).

Los modelos más utilizados son: (a) el Modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae –Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad–; y (b) el Modelo Alternativo de los Cinco Factores, como pueden ser el de Zuckerman y sus colaboradores; y c) los Modelos de Tres Factores, entre los que destacan el de Eysenck –Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo– y el de Cloninger –Evitación del Dolor, Dependencia de la Recompensa y Búsqueda de Novedad– (Sher, Bartholow y Wood, 2000, citado en Becoña et al. 2010).

En lo que se refiere al modelo de Costa y McCrae, los estudios muestran consistentemente que los adultos y los adolescentes que presentan abuso o dependencia de sustancias, tienen un patrón caracterizado por altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Amabilidad y Responsabilidad (Ej. Anderson, Tapert, Moadab, Crowley y Brown, 2007; Ball, Poling, Tennen, Kranzler y Rousanville, 1997, citados en Becoña et al. 2010).

Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, dentro de la cual podemos distinguir dos dimensiones. La primera de ellas estaría más relacionada con las dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, y parece tener mayor relevancia en el inicio del consumo y en la conducta de adquisición del consumo de la sustancia. Por otro lado, la denominada impulsividad no planeada, se asocia a una respuesta rápida, espontánea e incluso temeraria, y se relaciona con el mantenimiento del consumo y con la presencia de psicopatología, a la que puede subyacer un déficit a nivel de lóbulos frontales (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; Dawe y Loxton, 2004; Hayaki, Stein, Lessor, Herman y Anderson, 2005, citados en Becoña et al. 2010). Los estudios muestran una clara relación entre el uso y el abuso de sustancias y una alta impulsividad, así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y, consecuentemente, con un número más elevado de eventos vitales estresantes. Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con una menor percepción de riesgo (Clark, Robbins, Ersche y Sahakian, 2006; Hayaki et al., 2005; Ryb, Dischinger, Kufera y Read, 2006, citados en Becoña et al. 2010).

Marvin Zuckerman define la Búsqueda de Sensaciones como “la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas,

junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas” (Zuckerman, 1979, citado en Becoña et al, 2010). Este constructo está compuesto por cuatro dimensiones: (a) Búsqueda de Emociones, que supone una tendencia a implicarse en deportes y pasatiempos físicamente peligrosos; (b) Búsqueda de Excitación, que hace referencia a cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente; (c) Desinhibición, relacionada con conductas de extraversión social; y (d) Susceptibilidad hacia el aburrimiento, que es la incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía. Existe clara evidencia de la relación existente entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias, pudiendo incluso predecir su presencia o ausencia, siendo un factor de riesgo para el uso y el abuso (Fergusson et al., 2008, citado en Becoña et al. 2010). Así, los individuos con baja puntuación en búsqueda de sensaciones tenderían a consumir más alcohol y cannabis, mientras que los que puntúan alto buscarían sustancias con efectos estimulantes. También las motivaciones para el consumo serían diferentes, ya que mientras los primeros tratan de evitar el malestar, los segundos procuran la obtención de placer a través de la estimulación. (Becoña et al, 2010).

Intervención psicológica en adicciones: etapas e intervenciones de atención primaria en salud

Podemos pensar en distintos tipos de intervenciones de acuerdo a la situación del paciente que nos llega.

- (a) Intervención terapéutica breve y conserjería.
- (b) Desintoxicación de forma ambulatoria.

Intervención terapéutica breve y conserjería

Casado y Arauzo (2004) plantean que la intervención terapéutica breve y conserjería consiste en un conjunto ordenado de actividades educativas y terapéuticas orientadas a:

- (a) Disminuir los riesgos o daños asociados al consumo.
- (b) Disminuir la cantidad y frecuencia del consumo de la sustancia psicoactiva.
- (c) Lograr la supresión o abstinencia de la droga.
- (d) Mejorar las condiciones generales de salud física o mental.

- (e) Lograr un mayor grado de ajuste psicosocial.
- (f) Lograr un mayor nivel de motivación al cambio de la conducta adictiva y promover una toma de decisión de las estrategias terapéuticas a continuar en los próximos meses en el centro de la salud o centro especializado.
- (g) Derivar oportunamente al paciente al nivel de atención en salud que se adecue a sus necesidades (de acuerdo a la complejidad y/o severidad del caso). (p. 227-228).

Casado y Arauzo (2004) plantean que el tiempo que demandaría una intervención breve y conserjería es variable en función del diagnóstico inicial de la situación del paciente en cuanto a:

- (a) Ajuste psicosocial. Factores protectores y de riesgo individual, familiar y socio-contextual.
- (b) Patrón de consumo: tipo de droga, frecuencia, vía de administración, etc.
- (c) Tipo de consumo: uso, en riesgo, problemático o dependiente.
- (d) Motivación en el cambio de la conducta adictiva: precontemplador, contemplador, preparación, acción, mantenimiento.
- (e) Compromiso físico y mental: comorbilidad psiquiátrica y problemas de salud asociados. (p. 230).

Desintoxicación de forma ambulatoria

Cada una de las posibles intoxicaciones representa un cuadro específico que debe abordarse con las condiciones de atención urgente. En la mayoría de los casos el tratamiento suele ser sintomático y de soporte. (Plan Provincial de Adicciones, 2008)

La tarea fundamental es aliviar los síntomas de privación que presionan hacia el consumo y que aparecen minutos después de dejar de consumir (cocaína y pasta base), horas (alcohol, benzodiazepinas, anfetaminas) u horas a días (marihuana).

La mayoría de las veces los consumidores de alcohol y/o sustancias lícitas superan los síntomas de privación por si solos y suprimen el consumo sin ayuda sanitaria alguna. (Plan provincial de adicciones, 2008).

Modelo de cambio de la conducta adictiva

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional, a partir de un análisis sistemático de las teorías y

de las investigaciones en psicoterapia, y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas, básicamente en fumadores (Touze, 2010).

Este modelo en su versión más reciente, es tridimensional, proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que los autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio (Plan Provincial de adicciones, 2010).

Estadios de cambio: El cambio no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio. Desde el momento que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que esta ya no existe. Así el abandono de una conducta problema engloba una progresión desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento, pasando por los de contemplación, preparación y acción. No obstante y dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio es el de las elevadas tasas de recaídas, el modelo transteórico resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresa linealmente a través de los estadios de cambio. Por ejemplo: la mayoría de los fumadores siguen un patrón cíclico y reciclan entre tres y cuatro veces a través de los diferentes estadios hasta consolidarse en el de mantenimiento (Touze, 2010).



FIGURA N° 1. *Modelo de cambio en espiral* (Prochaska y Diclemente, 1992).

Precontemplación

- a. El drogodependiente que se encuentra en esta fase no se cuestiona su situación, puede que ni siquiera vea el problema, por lo que invierte muy poco tiempo y energía en plantear un posible cambio de su conducta.
- b. No es consciente de las consecuencias que tiene, para sí mismo y para las personas que le rodean, su conducta adictiva, porque cree que lo que hace y su estilo de vida no suponen problema alguno. Experimenta menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de su problema, en comparación a la reactividad observada en fases posteriores.
- c. En esta fase lo gratificante del consumo de drogas tiene para él más peso que los aspectos negativos.
- d. Es probable que la persona permanezca en esta fase porque no dispone de la suficiente información sobre su conducta adictiva.
- e. Dado que no consideran tener ningún problema, cuando acuden a tratamiento lo hacen presionados, de modo que si lo inician lo hacen con el único objetivo de reducir la presión bajo la que se encuentran. Si no se trabaja su nivel motivacional, cuando disminuye la presión externa suelen reinstaurar su estilo de vida previo.
- f. Es probable que, en esta fase, la persona se muestre a la defensiva ante cualquier presión externa hacia el cambio. En esta etapa es importante que el terapeuta sepa manejar la resistencia del paciente, siendo una buena técnica para ello la entrevista motivacional.

Contemplación

- a. En esta etapa los drogodependientes son más conscientes de los problemas derivados de su conducta adictiva, lo que le ayuda a reevaluarse a nivel cognitivo y afectivo, estando más abiertos a recibir feedback sobre su consumo de drogas. Incluso pueden valorar la posibilidad de dejar de consumir, aunque no han elaborado un compromiso firme de cambio. El cambio se plantea a nivel intencional, pero no se observa ninguna conducta que manifieste de manera objetiva esa intención cognitiva.

- b. Comienzan a equilibrarse las consecuencias positivas y negativas del consumo de drogas y, como consecuencia de ello, empiezan a plantearse dejar de consumir, aunque básicamente mantienen su ambivalencia en este balance.
- c. Los drogodependientes en esta etapa se caracterizan por la necesidad de hablar sobre su problema, tratando de comprender su adicción, sus causas, consecuencias y posible tratamiento.
- d. El drogodependiente puede permanecer en esta etapa años.

Preparación

- a. Es el momento en que el drogodependiente toma la decisión (intención) y realiza pequeños cambios en su conducta adictiva (conducta manifiesta), destinados a abandonar el consumo de drogas. Entre los cambios que realiza destaca, por ejemplo, el disminuir la cantidad que se consume.
- b. El progreso hacia la siguiente etapa requiere cambios respecto a cómo se siente y cómo valora el estilo de vida vinculado al consumo de drogas.

Acción

- a. Se produce un cambio importante en su conducta problema. El drogodependiente deja de consumir drogas.
- b. El paciente cambia su conducta encubierta y manifiesta en relación al consumo de drogas, así como los condicionantes que afectan a la conducta de consumo.
- c. Representa los cambios más manifiestos y requiere por parte de la persona un compromiso importante que le exigirá un gran esfuerzo y tiempo.
- d. Como consecuencia de la abstinencia, que es la conducta manifiesta más llamativa para el entorno, la persona obtiene apoyo y refuerzo social, lo que refuerza todos los cambios que está realizando.
- e. El estadio de acción hace referencia a los 6 primeros meses de cambio.

Mantenimiento

- a. En esta etapa la persona intenta consolidar los logros de la etapa anterior y prevenir una recaída. El estadio de mantenimiento se inicia a los 6 meses de iniciado el cambio.

- b. Puede tener miedo no solo a la recaída, sino también al cambio en sí mismo, porque puede creer que cualquier cambio puede llevarle a una recaída. La consecuencia inmediata en estas circunstancias es el retraimiento y búsqueda de la máxima estructuración en su nuevo estilo de vida.
- c. Probablemente en esta etapa lo más importante para el paciente es su sensación de que se está convirtiendo en el tipo de persona que quiere ser.

Recaída

La recaída ocurre cuando las estrategias que emplea la persona para mantener su estado de abstinencia del consumo de drogas fallan. Generalmente, en esta fase presenta sentimientos de culpa, de fracaso y posible desesperanza, lo que suele afectar negativamente a su autoeficacia. Como en problemas como las conductas adictivas, la recaída es la regla más que la excepción resulta necesario un cambio en la conceptualización de una progresión lineal a través de etapas. En vez de ello, se puede ilustrar en la forma de un espiral como los sujetos se mueven a través del cambio, donde puede haber recaídas durante las cuales regresan a los estadios anteriores. Las investigaciones demuestran cada vez que los que han recaído reinician el ciclo de cambio, potencialmente aprenden de sus errores y pueden tratar algo diferente la próxima vez. (Plan provincial de Adicciones, 2010).

Para el enfoque de Prochaska y DiClemente (1992), es poco probable que una persona pueda desvincularse completamente de todo lo que implica su conducta adictiva, ya que para ellos la finalización se alcanza cuando se cumplen dos criterios:

- a- “El deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo”.
- b- “La confianza y seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100%.” (p. 71)

Procesos de cambio: Prochaska y Prochaska (1993) definen los procesos de cambio como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales”. Estos procesos, que incluyen tanto actividades cognitivas como conductuales, ayudan a los sujetos a avanzar en el proceso de modificación de su hábito adictivo. Estos son:

1. **Aumento de concienciación.** El paciente intensifica el análisis que realiza en torno a los problemas asociados a su conducta adictiva y los beneficios que obtendría si modifica esos hábitos.
2. **Autorreevaluación.** Consiste en una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en torno a cómo afecta esa conducta a sus valores y manera de ser, así como también en lo relativo a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.
3. **Reevaluación ambiental.** Consiste en una valoración del impacto que está teniendo el consumo de drogas en la gente que le rodea y en las relaciones interpersonales y cómo cambiarían si dejara de consumir drogas.
4. **Alivio dramático.** Hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales derivadas de la concienciación de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas.
5. **Autoliberación.** Representa un compromiso personal caracterizado por un aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. Implica también la creencia de que se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar.
6. **Liberación social.** La capacidad de toma de decisiones aumenta también por la toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla.
7. **Manejo de contingencias.** Es una estrategia conductual que consiste en hacer aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del auto-refuerzo.
8. **Relaciones de ayuda.** Consiste en la utilización del apoyo social con el que cuenta la persona para superar su adicción. El paciente confía en alguna persona del entorno para abordar su problema.
9. **Contracondicionamiento.** Consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Lleva consigo la emisión de conductas alternativas al consumo de drogas.
10. **Control de estímulos.** Se caracteriza porque la persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

Niveles de cambio: El modelo de Prochaska y Diclemente (1992) propone cinco niveles de intervención que se encuentran interrelacionados de modo que los cambios en uno de ellos repercuten en el resto. Los niveles son: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales. Los distintos niveles de cambio de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados siguen una organización jerárquica.

Se recomienda desde este modelo comenzar a intervenir por el primer nivel, síntoma/situación por varias razones: el cambio en este nivel es más fácil de conseguir, habitualmente corresponde con la demanda principal de los pacientes convirtiéndolo en el objetivo principal por el que acuden a tratamiento, es un nivel de intervención que le exige al paciente menos inferencias y por tanto es un nivel de cambio con más conciencia por parte del paciente. No obstante, aunque se comience por intervenir en el primer nivel por las razones expuestas, las intervenciones terapéuticas deben dirigirse a todos los niveles de cambio para incrementar el éxito de las mismas.

TABLA N° 6. *Integración de los estadios y procesos de cambio* (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994).

ETAPAS DE CAMBIO				
Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Elevación de conciencia				
Alivio dramático				
Reevaluación ambiental				
	Autoreevaluación			
		Autoliberación		
			Manejo de contingencias	
			Contracondicionamiento	
			Control de estímulos	
			Relaciones de ayuda	

Capítulo II

LA PERSONALIDAD

Historia de la personalidad

El término personalidad procede del vocablo latino *persona*, que originariamente se refería a la máscara que utilizaban los actores en el teatro clásico. Como la máscara asumida por el actor, el término *persona* sugería una intensión de apariencia, es decir, la pretensión de poseer rasgos distintos de los que caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara. Con el tiempo, el término *persona* perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no a la máscara, sino a la persona real o a sus características explícitas. Otro significado del término personalidad profundiza en la impresión superficial para iluminar al mundo interno, casi nunca manifiesto, y las características psicológicas ocultas de la persona. Por tanto, a lo largo de la historia, el significado del término ha pasado de ser una ilusión de lo externo a referirse a una realidad externa, y finalmente, a rasgos internos oscuros u ocultos. Éste último significado es el más cercano al uso contemporáneo del término (Millon, 2006).

Millon (2006) define a la personalidad como

“un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma autónoma en casi todas las áreas de la actividad psicológica” (p. 2).

En latín, también se utilizó para designar a una de las personas de la Santísima Trinidad. Si bien ha tenido diversos sentidos, la mayoría de los filósofos y psicólogos prefieren definir la personalidad como algo que tiene entidad objetiva (Allport, 1970).

Por otro lado, y sumando a lo ya descrito, el término personalidad deriva del latín medieval *personalitas*. En el latín clásico se usaba *personam*, palabra que, como ya mencione anteriormente designaba a la máscara con que cubrían su rostro los actores en el teatro griego durante las representaciones dramáticas, y que luego continuaron usándola los romanos; siendo que, la voz natural del actor sonaba a través de la boca de la máscara dejando la sensación de algo falso, inauténtico, teatral (Länge 1990, citado en Fiochetta, 2007).

Definiciones de personalidad

Allport (1986) es quien define a la personalidad como una

“Organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos” (p. 47).

Este desglosa dicha definición a modo de comprender más su significación:

- Organización dinámica: la organización es de vital importancia considerarla a la hora de explicar el desarrollo y estructura de la personalidad, así también como lo es la desorganización en caso de trastornos o personalidades anómalas.
- Psicofísicos: la personalidad tomada en su conjunto, sin separar de manera tajante el cuerpo de la mente.
- Sistema: todo sistema es un conjunto de partes en mutua interacción, influyéndose unos con otros, siendo un potencial para la actividad.
- Determinan: todos los sistemas que comprenden la personalidad ejercen cierto efecto sobre los actos adaptativos y expresivos mediante los cuales es reconocida.
- Característicos: cada uno de los actos y pensamientos que una persona tiene son únicos y característicos incluso conceptos y actos que de alguna manera se consideran compartidos.
- Conducta y pensamiento: ambos se consideran modos de adaptación y acción sobre el medio, cuyo origen esta dado por la situación ambiental en la que el individuo se encuentre (p. 48).

Fierro (1998) es quien describe a la personalidad como un

“Conjunto de características (psicológicas, biológicas y socioculturales) que hacen que un individuo sea él mismo y no otro, sean cuales sean las circunstancias de la vida en las que se encuentre” (p. 255).

Uno de los elementos más importantes que considera este autor es la propiedad de estabilidad de la personalidad a lo largo del tiempo. Este elemento vale tanto para caracterizar a las personalidades sanas o normales como a las perturbadas o anormales. Este aspecto es importante porque sirve para establecer un punto de partida fundamental cuando se habla de una personalidad anormal, patológica o trastornada, ya que hace referencia a todo el modo de ser patológico de un individuo, y no aspectos concretos o parciales (Fierro, 1998).

Millon (1997) propone que la personalidad, puede ser entendida como la

“Representación de mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o una especie particular frente a sus entornos habituales” (p. 26).

Filloux (1994) dice que la personalidad es

La configuración única que toma, en la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta. (p. 12).

Además propone que reúne las siguientes características:

- Es única, propia de cada individuo, aunque éste presente rasgos comunes con otros;
- Es una integración, es decir, no es sólo una suma o una totalidad de funciones, sino una organización;
- Es temporal, porque es la personalidad de un individuo que vive históricamente;
- Implica una variable intermediaria, es decir, que se afirma como un estilo a través de la conducta y por medio de ella (p. 12).

Otro exponente importante es Murray que consideraba que el concepto de personalidad representaba una hipótesis que permitía explicar la conducta de un individuo. Para él la personalidad se asocia con procesos cerebrales, cuya base anatómica es el cerebro (Engler 1996). El término personología es desarrollado por Murray para referirse al estudio de vidas humanas y los factores que influyen en su curso. Para él los Psicólogos debían estudiar de manera primaria las vidas individuales (Engler 1996).

Por otro lado, Pervin (1996), considera que la Personalidad es:

“Una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas a la vida de la persona. Se encuentra integrada por estructuras, como por procesos y refleja tanto la naturaleza como el aprendizaje. Además, engloba los efectos del pasado, incluyendo los recuerdos del pasado, así como las construcciones del presente y del futuro” (p. 23).

Kaplan (2001) considera a la personalidad como un conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles.

Rogers, es quien rescata que la personalidad total es el grado de interrelación e intersección del campo estructural del yo con el campo de la experiencia. El enfoque de Rogers de la personalidad implica que la persona se desarrolle con su propio estilo y en su propio camino. La misma persona tiene básicamente las mismas potencialidades que

tienen otras, la diferencia es en que grados las tienen desarrolladas y si sabe como desarrollarlas (Martínez Bernal, 2004).

Modelos

Dentro de la psicología de la personalidad aparecen dos conceptos que se discuten en cuanto su aplicabilidad. El término estilo implica connotaciones diferentes que el término rasgo utilizado para entender que las actividades que realiza una persona derivan de cualidades internas, desde la teoría clásica.

Utilizar la palabra estilo tiene sus diferencias con el concepto de rasgo. Los rasgos de la personalidad eran entendidos como etiquetas que resumían los actos de conducta de las personas, aunque no proveían explicaciones causales de las mismas. Muchos enfatizaban la existencia de características como unidades fundamentales de comportamiento que determinan la consistencia en la conducta de los seres humanos, estos teóricos han sido denominados como psicólogos del rasgo (Fiochetta, 2007).

Rasgos

Para comenzar, los rasgos son descriptores que se utilizan para caracterizar la personalidad. La utilización de los términos del rasgo para describir las diferencias individuales empezó con los primeros intentos para clasificar a la gente por categorías. Uno de los pioneros en proponer este término fue Allport, quien definió que los rasgos son los elementos fundamentales de la personalidad. (Allport, 1937, citado en Pervin, 1998).

Pese a que los psicólogos del rasgo no han consensuado acerca de cómo definir y medir un rasgo, si están de acuerdo en dos aspectos:

1. Los rasgos hacen referencias a continuidades o a consistencias generales de comportamiento en la conducta de la gente. Es decir, representan categorías básicas de diferencias individuales en funcionamiento.
2. Como descriptores de esas amplias diferencias de funcionamiento, los rasgos son útiles como elementos básicos de la personalidad (Pervin, 1998).

Los rasgos son características internas que tienden a ser estables (se mantienen a lo largo del tiempo) y consistentes (se manifiestan en una amplia gama de situaciones),

éstas definen los patrones de comportamiento de una persona. (Antuña Bellerin et al., 2009).

(Antuña Bellerin et al., 2009) Realiza una clasificación de los rasgos según se presenten como:

- Unipolares: son los que distribuyen la variabilidad del rasgo entre la ausencia de la misma y su máxima expresión. Por ejemplo si la inteligencia fuera un rasgo, algunos objetos podrían ser no inteligentes (ej. las piedras), otros un poco más, otros mucho más, etc. Pero no es posible localizar alguna conducta que sea anti-inteligencia, sino de poca inteligencia o ausencia de la misma.
- Bipolares: son los que distribuyen una variable entre máxima expresión de un patrón de comportamiento hasta la máxima expresión del comportamiento contrario, pasando por un punto intermedio que dista de ambos, por ejemplo si un rasgo fuera la sociabilidad algunas personas pueden ser muy sociables y otras antisociales o retraídas. (p. 58)

Los rasgos son esas disposiciones o tendencias que hacen que la persona actúe o se desenvuelva de determinada manera. Son pautas, perfiles u observables de conducta, que al mismo tiempo, constituyen factores internos para poder explicar las pautas diferenciales observables (Fierro, 1998). Es decir, un rasgo no es sólo un patrón de conducta; también es una tendencia o disposición interna del sujeto que lo llevan a comportarse de una determinada forma.

El modelo asume que los rasgos tienen una gran influencia biológica, de forma que dichas tendencias a la acción están ligadas de una manera mediata a nuestra carga genética y de una manera inmediata a nuestro funcionamiento psicobiológico (Antuña Bellerin et al., 2009).

Bermúdez (1994) define

“Los rasgos son disposiciones altamente generalizadas, que subyacen e influyen en la conducta total del individuo” (p. 89).

Pervin (1996) dice que

“Los rasgos son descriptores que utilizamos para caracterizar la personalidad de alguien” (p. 34).

Psicología del rasgo de Allport

Un rasgo era una predisposición para responder de una forma determinada. Un rasgo conducía a la consistencia en la respuesta porque reunía varios estímulos “funcionalmente equivalentes” y representaba diversas formas de conducta adaptativa y expresiva. (Allport, 1986).

Profundizando en su teoría propuso varias categorías distintas de rasgos. La primera distinción es que lo que se conoce como el principio nomotético –ideográfico. Consideraba importante que debía haber rasgos aplicables a todas las personas (el énfasis nomotético), y por otra parte, una segunda distinción tenía que ver con cómo era de dominante y ampliamente descriptivo un rasgo. Allport (1986) Así distinguió tres categorías:

- Rasgos cardinales: expresan disposiciones tan profundas y penetrantes en la vida de una persona que prácticamente toda su conducta esta bajo su influencia.
- Rasgos centrales: expresan disposiciones que expresan una serie de situaciones más limitadas que los rasgos cardinales, pero aún representan amplias consistencias de la conducta.
- Disposiciones secundarias: Representan tendencias que cuando menos son conspicuas, generalizadas y uniformes (p. 560).

Allport no estaba de acuerdo con el uso del método del análisis factorial, ya que consideraba que el mismo trata a la persona como si estuviera compuesta de elementos independientes, más que como un sistema unificado de subestructuras interdependientes. No obstante esta postura, hizo esfuerzos por realizar una taxonomía de términos del rasgo. Para esto buscó términos en el diccionario y clasificó más de dieciocho mil términos en categorías. Estas consistían en características estables, estados de ánimo, actividades temporales, evaluaciones sociales y una categoría mixta de características físicas, talentos o aptitudes. (Allport, 1937 citado en Pervin 1998).

El autor concordaba con el hecho de la variabilidad de la conducta y su complejidad, creía que la gente se comporta consistentemente y por lo tanto que concepto de rasgo era útil. (Allport, 1937 citado en Pervin, 1998).

Psicología del rasgo de Catell

Además de utilizar en análisis factorial y de crear el Cuestionario de los 16 factores de la personalidad (16PF), contribuyó con dos importantes aportes. En primer lugar estuvo interesado en las causas determinantes y del desarrollo de los rasgos. Para estudiar las primeras desarrolló un método para determinar cuánto influyen la herencia y el ambiente en el desarrollo de los distintos rasgos. A pesar de que se descubrió que las influencias relativas de la herencia y del ambiente variaban considerablemente, se estimó que la personalidad en conjunto estaba determinada por el ambiente en dos terceras partes y una tercera parte por la herencia (Hundleby, Pawlik y Catell, 1965

citado en Pervin 1998). También investigó la progresión del desarrollo del rasgo a lo largo del tiempo, es decir si los mismos eran aplicables a personas de todas las edades y si las puntuaciones eran estables a lo largo del tiempo. (Catell, 1965 citado en Pervin, 1998).

El segundo gran aporte es el interés del autor por los aspectos dinámicos de la personalidad así como por sus aspectos estructurales. No creía que la persona fuera una entidad estática que se comportara de la misma manera en todas las situaciones. Reconoció que la manera de comportarse de una persona está influenciada por numerosos factores motivacionales y situacionales. Por lo tanto también utilizó la técnica del análisis factorial para trazar una taxonomía de motivos e intentó desarrollar una fórmula para predecir la conducta basada en los rasgos pertinentes y las variables situacionales. (Pervin, 1998).

Psicología del rasgo de Eysenck

Eysenck, como Catell, exploró los elementos rasgo básicos, desarrolló cuestionarios de personalidad, e investigó los determinantes genéticos y las bases biológicas de la personalidad, además, los determinantes de la creatividad. Sin embargo, difiere de Catell en algunos aspectos. En primer lugar, destaca menos dimensiones rasgo que Catell. Segundo, más recientemente ha hecho un mayor esfuerzo para relacionar las diferencias individuales en los rasgos, con las diferencias en el funcionamiento biológico. (Herrerias, 2005).

Eysenck defendió de forma sistemática una organización estructural de la personalidad de carácter jerárquico, destacando diversos niveles de análisis; un primer nivel, relacionado a la ocurrencia de actos o cogniciones singulares; un segundo nivel referido a actos o cogniciones habituales del individuo (estos dos primeros niveles representarían los niveles más próximos a la conducta, con una distinción implícita de rasgo y estado). Un tercer nivel, o nivel del rasgo, y por último, el cuarto nivel o nivel de tipo. (Estos últimos niveles sería en producto de procesos inferenciales, es decir, no directamente observables). Por tanto, cada nivel se obtendría a partir de intercorrelaciones existentes entre las variables constitutivas del nivel inferior. (Herrerias, 2005).

Estilos

En cuanto al término estilo Aparicio García y Sánchez López (1999). Refieren que se trata de una categoría de clasificación de las variables de la persona, es útil si nos interesa conocer una perspectiva más dinámica que estática o estructurada del comportamiento humano y del desarrollo de las diferencias individuales. Es decir, es válido cuando nos interesa estudiar el patrón de cambio que es lo que en muchas ocasiones caracteriza realmente al sujeto. (Aparicio García y Sánchez López, 1999).

Ponen énfasis en el patrón de cambio concediendo especial importancia a los aspectos procesuales de la personalidad. La idea básica que subyace al concepto de estilo psicológico es que los procesos de personalidad son fenómenos relativamente estables, pero no estáticos, es decir, son patrones consistentes de cambio. La categoría de clasificación "estilo psicológico" responde mejor que otras a la finalidad de estudiar "las regularidades a través de las irregularidades"; es decir, las regularidades que se pueden entresacar a partir del cambio. (Aparicio García y Sánchez López, 1999).

Aparicio García y Sánchez López (1999) refieren que el estilo psicológico expresa de una manera más acertada el concepto de coherencia de la personalidad:

"La coherencia, como el estilo, es considerada como una característica dinámica, no estática, de la personalidad, y, en ambos casos, la variable tiempo tiene una importancia fundamental" (p. 192).

Introducción al Modelo de Rasgos

La psicología de la personalidad se ha ocupado de tres cuestiones básicas: (1) el estudio biográfico de las personas, (2) las motivaciones profundas que causan los actos de conducta, y (3) las diferencias individuales. Los seres humanos diferimos en nuestros comportamientos, pero no diferimos al azar ni de modo desorganizado o incoherente. Existen determinados patrones o pautas identificables en las personas que nos permiten distinguir determinados estilos de comportamiento. Psicólogos enrolados en la tradición correlacional intentaron aislar estas dimensiones mediante métodos estadísticos con el fin de identificar estructuras de la organización comportamental. Así surgieron los psicólogos "rasguistas" que aislaron un puñado de rasgos o dimensiones que diferenciaban a las personas. Esta corriente en psicología de la personalidad se

denominó nomotética (*nomos* = ley). En general consistía en el estudio de muchos sujetos y tenía como objetivo encontrar las dimensiones específicas en las que las personas diferían (Fierro, 1996, citado en Castro Solano, 2005). Frente a hechos similares, las personas, en función de ciertos rasgos o disposiciones tienden a comportarse de modo diferente. El foco de este abordaje era por lo tanto identificar las leyes diferenciales que guían los comportamientos humanos, tanto en el plano individual como grupal. Esta tradición diferencialista estuvo muy ligada a la psicometría en sus inicios y muy preocupada por describir las diferencias y no tanto por explicarlas (Castro Solano, 2005).

Los rasgos eran entendidos como etiquetas que resumían los actos de conducta de las personas, aunque no preveían explicaciones causales de su accionar (Sánchez Cánovas y Sánchez López, 1994, citado en Castro Solano, 2005). Cattell, Eysenck (1960) y Guilford (1959) fueron autores que, para construir sus modelos teóricos, se han apoyado en los rasgos como unidades básicas de análisis. Por lo tanto, el modelo de los rasgos supone que:

- La existencia de tendencias latentes que predisponen a las personas a comportarse de un modo determinado.
- Que los rasgos son responsables de las diferencias de conducta entre los individuos. Son constructos teóricos que explican y predicen la conducta humana.
- Que la relación entre rasgos y conducta efectiva es probabilística. A mayor predominancia del rasgo, mayor fuerza en la conducta.
- Que la consistencia es relativa. Si bien la conducta varía en función de la situación, está mayormente influida por rasgos (Castro Solano, 2005, p. 160).

Esta aproximación se ubica dentro de los modelos empíricos para el estudio de la personalidad, tanto en su aproximación monotaxonómica como politaxonómica (Millon, 1996, citado en Castro Solano, 2005). La primera de ellas se focaliza en pocas categorías de análisis o sólo en una. Considera que el conocimiento avanza mediante la explicación de la estructura de los datos obtenidos con instrumentos de medida existentes y no mediante la exploración de nuevos conceptos y teorías. Típicamente, uno o varios instrumentos son desagregados en sus elementos constituyentes, sean éstos factores, clusters o inspecciones gráficas de dendogramas. La validez de este enfoque demanda una perfecta correspondencia entre variables latentes y observadas. Se asume que los factores o variables extraídos, generalmente de procedimientos estadísticos multivariados, representan diferentes aspectos de los constructos, tal como existen en la

realidad. Aparentemente, las variaciones individuales son explicadas por medio de un escaso número de rasgos. El problema aparece cuando tenemos que decidir cuáles de estos rasgos o variables son necesarios para describir y explicar la personalidad. (Castro Solano, 2005).

Cattell fue uno de los defensores pioneros de la aproximación analítico-factorial para establecer dimensiones de personalidad. Mediante estos procedimientos obtuvo dieciséis dimensiones básicas de personalidad o factores primarios. Luego sometió estas dimensiones a un análisis factorial de segundo orden obteniendo otras siete dimensiones. De éstas otorgó mayor importancia a dos, sobre las que construyó cuatro tipos de personalidad. Las dimensiones son baja/alta Ansiedad e Introversión/Extraversión. A pesar de sus esfuerzos, el problema de esta tipología es no proveer un marco integral que explique de manera acabada las diferencias individuales. Eysenck ha seleccionado tres dimensiones fundamentales que explican la personalidad: Neuroticismo, Introversión/Extraversión y Psicoticismo. Siguiendo las ideas de Jung, Pavlov y Kretschmer construyó un marco explicativo en términos biológicos, relacionando la condicionabilidad de los estímulos con la reactividad nerviosa autónoma. (Castro Solano, 2005).

La aproximación empírica politaxonómica opera desde abajo hacia arriba, tratando de encontrar los factores comunes resultantes de la combinación de instrumentos de medida de banda corta con los de banda ancha. No toma componentes indiferenciales o no observables. El modelo más representativo de este enfoque es la teoría de los Cinco Factores (Big Five), basada en las afirmaciones de Mc Dougall (1932) hace más de setenta años, quien decía que la personalidad podía entenderse como la expresión de cinco factores perfectamente identificables. Las preguntas básicas que solemos hacernos cuando conocemos a un sujeto son:

- (1) ¿es más o menos estable emocionalmente hablando? (Neuroticismo/Estabilidad emocional);
- (2) ¿es sociable, conversador o es traído y distante? (Extraversión/Introversión);
- (3) ¿está abierto a las nuevas experiencias que le suceden? (Apertura a la experiencia);
- (4) ¿es una persona agradable que suele llevarse bien con los demás o es hostil en los vínculos personales? (Agradabilidad), y
- (5) ¿suele ser una persona responsable y escrupulosa o desordenada y poco confiable? (Responsabilidad). (Castro Solano, 2005, p. 161)

Diferentes autores (Cattell, 1965; Fiske, 1949; Goldber, 1993; Norman, 1963, citados en Castro Solano, 2005, p.162) han empleado este modelo para examinar la

estructura subyacente de rasgos que caracterizan la personalidad. Pero no es sino hasta la década de 1980 cuando se plantea que todos los rasgos de personalidad podían ser explicados por cinco grandes factores que agrupan las fuentes de variación de todas las conductas y actos manifiestos de las personas. McCrae y Costa (1985) demostraron que esta estructura pentafactorial era sólida y a través del tiempo, empleando diferentes métodos, instrumentos y fuentes de información. Esta lectura personológica descansa en la hipótesis léxica de que las grandes diferencias entre las personas han sido codificadas en el lenguaje cotidiano. (Castro Solano, 2005). Si bien no existe demasiado acuerdo sobre el origen de las diferencias personológicas, los autores del campo de la personalidad tratan al Big Five como un edificio taxonómico con el cual clasificar las diferencias individuales de las personas (John y Srivastava, 1999, citado en Castro Solano, 2005). En segundo término y más recientemente, el modelo presenta utilidad de cara a la predicción de importantes aspectos de la vida de las personas. Así, por ejemplo, baja Agradabilidad y baja Responsabilidad predicen la delincuencia juvenil. Alto Neuroticismo y baja Responsabilidad predicen la prevalencia de trastornos internalizantes; Responsabilidad y Apertura a la experiencia predicen buen rendimiento en la escuela. En cuanto al ciclo vital, personas con alta Responsabilidad tienen un envejecimiento exitoso y mejor salud física mientras que baja Agradabilidad y alto Neuroticismo aparecen como factores de riesgo importantes de la salud (Adams, Cartwright, Ostrove y Stewart, 1998). Uno de los terrenos donde se estudió la validez predictiva del modelo fue la psicología laboral.

Hay un relativo consenso de que hay una estabilidad relativa de los factores de personalidad, al menos evaluados con los cinco factores, cuando se ha llegado a la edad adulta (Costa y McCrae, 1994, citado en Becoña, 2002), aunque no ocurre siempre de este modo con otros instrumentos. Por ejemplo, Roberts y DelVecchio (2000) realizaron un meta-análisis con 152 estudios longitudinales para comprobar la consistencia de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo. Conforme se incrementaba la edad de los individuos también se incrementaba la correlación test-retest de los estudios, desde 0.31 en la infancia (de 0 a 3 años) a casi 0.50, de 3 a 21 años, a 0.60 de 22 a 50 años y 0.70 o más para los de 50 años en adelante. Otros tipos de análisis, sin considerar la edad, indican correlaciones de 0.50. Esto muestra tanto cierta estabilidad como cierto cambio. Nótese que la varianza explicada de una correlación de 0.50 es del 25%, al tiempo que estos estudios están realizados en poblaciones amplias, no considerándose el aspecto

individual, en el sentido que puede que unos sean muy estables, otros cambien mucho, y otros estén en un punto medio.

Recientemente, Tickle, Hatherton y Wittenberg (2001, citados en Becoña, 2002) han revisado si la personalidad puede cambiar. Junto a la dificultad de evaluarla, lo que se entiende por estabilidad y por cambio, y los distintos tipos de estabilidad y cambio, así como a que nos referimos por una personalidad estable, que diferencian de una persona estable, y otras diferenciaciones que plantean, consideran difícil contestar a esta cuestión si previamente no se ha definido a que nos referimos por personalidad y por estabilidad, así como que instrumentos se han utilizado para evaluar una y otra. En función de ellos, en ocasiones encontramos una clara estabilidad y en otras un claro cambio, junto a posiciones intermedias. Lo que sí parece bastante claro es que cuando se dan cambios en la personalidad éstos son más probables que ocurran en la infancia y en la adolescencia, que a partir de la adultez temprana. Esto va en la línea de lo más atrás afirmado y de lo que sabemos sobre la evolución y desarrollo psicológico del ser humano.

En suma, la evidencia indica que no todas las personas son igualmente estables ni consistentes a lo largo de su vida (Pelechano, 2000, citado en Becoña, 2002). Algunos atributos serían muy consistentes y estables; otros no. Esto significa que se pueden hacer cambios de personalidad, aunque no se dan rápidamente sino de modo lento, por la propia característica que tiene la personalidad en sí. A su vez estos cambios, de darse, vendrían dados por otros factores que inciden en el constructo de personalidad, o en los constructos, características, atributos o rasgos que nos interesa cambiar.

En los estudios sobre los programas preventivos es frecuente la inclusión de distintas medidas sobre rasgos o características de personalidad, de ahí la relevancia de conocer en qué consiste la misma, su fundamentación y conceptos más relevantes, junto al proceso de su evaluación y modelos y teorías subyacentes a la misma. En palabras de Millon: el propósito último de la evaluación de la personalidad es reducir el número de hipótesis que el clínico debe manejar respecto a la intervención, visualizar los caminos a seguir para afrontar los problemas del paciente (Pedrero et al., 2008).

Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad

El estudio de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias se ha configurado en los últimos años como un tópico de especial interés para la investigación, en la medida en que su estudio se refiere a las características estables de los pacientes, no directamente dependientes de los efectos de las sustancias, que dotan a su conducta de cierto grado de consistencia transituacional y que permiten, además, su agrupación en torno a características comunes. Todo ello, en suma, proporciona, a su vez, elementos de trabajo para la intervención clínica sobre una base estable y consistente no habitual en un mundo tan mutable y diverso como el tratamiento de la drogodependencia (Pedrero Pérez, 2002).

Tal estudio se ha realizado fundamentalmente desde dos perspectivas: el enfoque médico-clínico o modelo de enfermedad, presta especial atención a los trastornos de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias. El modelo de rasgos estudia más habitualmente la personalidad normal, entendiendo que la normalidad y la psicopatología pueden considerarse conceptos relativos que representan puntos arbitrarios sobre un gradiente o continuum, sin que exista una línea divisoria clara entre ambos (Pedrero Pérez, 2002).

El análisis factorial ha proporcionado un nuevo paradigma para la investigación de la estructura de la personalidad, en la medida en que pretende, de forma atórica, el aislamiento de los factores que son comunes a todos los instrumentos anteriores en el estudio de la personalidad normal, alejándose de perspectivas clínicas. Inicialmente desarrollado por Eysenck y su cuestionario EPQ11 y Catell, mediante el cuestionario 16-PF12, este enfoque ha adquirido mayor relevancia en los últimos años a partir del paradigma de los Cinco Grandes Factores, que se caracteriza por una particular concepción de la ciencia (empirismo), una particular metodología (análisis factorial), un particular modelo estructural (rasgos dimensionales) y una particular tradición investigadora (hipótesis léxica), y propugna que cualquier tipo de personalidad puede ser conceptualizada a partir de cinco amplias dimensiones ortogonales, aunque para la descripción de la personalidad se hace necesario desglosar esas cinco dimensiones en constructos más específicos, que denominan facetas o subdimensiones en el cuestionario NEO-PI-R13 (Pedrero Pérez, 2002).

No parece clara aún la verdadera naturaleza de las cinco dimensiones: si se trata de la medida de la expresión de estructuras biológicas, o bien constructos psicológicos que reflejen, en alguna medida, la presencia de tales estructuras en función de patrones

de conducta y la experiencia de los propios sujetos. Los autores del modelo no han fundamentado sus hallazgos en una teoría psicobiológica, a diferencia de sus predecesores, considerando que ni desde un punto de vista teórico ni desde la perspectiva empírica pueden asimilarse las dimensiones obtenidas mediante análisis factorial a estructuras o funciones concretas del sistema nervioso central, al menos en el estado de conocimiento actual sobre el funcionamiento del cerebro humano. Esta ateoricidad ha provocado algunas críticas en el sentido de considerar al modelo como un artefacto estadístico, o una simple descripción que no facilita la comprensión del funcionamiento real de la personalidad. Otras críticas hacen referencia a la insuficiencia de factores para explicar la estructura de la personalidad y el déficit científico que provoca la excesiva dependencia de los términos del lenguaje cotidiano. Está en cuestión si la cifra adecuada para abarcar todas las facetas de la personalidad es de cinco, o si bastaría con las tres propuestas por Eysenck, aunque los estudios no apoyan consistentemente la superioridad de unos y de otros (Pedrero Pérez, 2002).

No obstante, diversos estudios han puesto de manifiesto la gran estabilidad temporal de las medidas obtenidas mediante este modelo, su consistencia y replicabilidad y su aplicabilidad y la posibilidad de generalizarlo a diversos entornos culturales. De especial interés son los trabajos que se han realizado para traducir los trastornos de personalidad según la formulación DSM al esquema de este cuestionario, especialmente en población drogodependiente, encontrándose la superioridad del modelo de cinco factores en la predicción de la severidad de los trastornos de personalidad (Pedrero Pérez, 2002).

En términos generales este modelo evidencia, mediante el análisis factorial, una solución de cinco factores que tiende a repetirse, aunque no está claro aún si con ese número se agota el número total de dimensiones de la personalidad a considerar o si todas las dimensiones poseen el mismo poder explicativo (Pelechano et al., 1995, citado en Pedrero, 2003). Diversos estudios han puesto de manifiesto la gran estabilidad temporal de las medidas obtenidas mediante este modelo (Costa y Mc Crae, 1988), su consistencia y replicabilidad y su aplicabilidad y la posibilidad de generalizarlo a diversos entornos culturales.

No está clara aún la verdadera entidad de los cinco factores, pero empieza a acumularse evidencia empírica de que su existencia está ligada tanto a factores genéticos como ambientales. Los datos más recientes apuntan a que el 40% de la varianza de estos rasgos de personalidad son aportados por factores genéticos y que es

el ambiente el que proporciona el 60% restante (Borkeanu et al., 2001; Plomin et al., 1997, citados en Pedrero, 2003). La estructura de personalidad basada en los cinco factores parece claramente fundamentada en ambos aspectos, siendo superior a modelos de más o de menos factores, como los de Cloninger y Eysenck respectivamente, incluso cuando se estudian muestras de diversas culturas (McCrae et al., 2001, citado en Pedrero, 2003).

El modelo de cinco factores no es el único que apoya el enfoque dimensional de los trastornos de personalidad. Millon y su teoría bio-social (Millon y Davies, 1998) o la teoría de siete factores de Cloninger (Cloninger et al., 1993) investigan la personalidad y sus desórdenes desde la metodología dimensional, aunque desde perspectivas sensiblemente diferentes. En concreto Millon, desde un eclecticismo psicológico y una visión biologicista de la génesis de los patrones desadaptativos de la personalidad, procura un acercamiento entre los enfoques dimensionales y los categoriales a partir de una metodología a medio camino entre lo racional y lo empírico. Cloninger, más próximo al modelo de cinco factores, propone una más amplia taxonomía incluyendo los componentes biológicos implicados en la etiología de los trastornos. En todo caso, parece incuestionable en el momento actual la superioridad de las aproximaciones dimensionales aunque es necesaria una mayor acumulación de investigaciones que demuestren empíricamente las ventajas de tal perspectiva (Nathan y Langenbucher, 1999; Widiger, 2000). (Pedrero Pérez, 2003).

TABLA N° 7. Dimensiones y subdimensiones de acuerdo a la versión española de Bermúdez (1995, citado en Pedrero Pérez, 2003).

<p>ENERGÍA (Extraversión) Extrovertido, dinámico, activo, enérgico, dominante, locuaz</p>	<p>DINAMISMO Comportamientos enérgicos, facilidad de palabras, entusiasmo</p>
	<p>DOMINANCIA Capacidad de imponerse, sobresalir, influir sobre los demás</p>
<p>AFABILIDAD (Agradabilidad) Cooperativo, amigable, cordial, altruista, generoso, empático</p>	<p>COOPERATIVIDAD Capacidad para comprender los problemas de otros y trabajar con ello</p>
	<p>CORDIALIDAD Afabilidad, confianza y apertura a los demás</p>
<p>TESÓN (Responsabilidad) Reflexivo, escrupuloso, ordenado, minucioso, diligente y tenaz</p>	<p>ESCRUPULOSIDAD Meticulosidad, fiabilidad, amor por el orden</p>
	<p>PERSEVERANCIA Persistencia, tenacidad, compromiso con las tareas propuestas</p>
<p>ESTABILIDAD EMOCIONAL (bajo Neuroticismo) Tranquilo, fuerte, frío emocionalmente, controlado</p>	<p>CONTROL DE LAS EMOCIONES Control de la tensión asociada a la experiencia emotiva</p>
	<p>CONTROL DE LOS IMPULSOS Capacidad de controlar la respuesta en situaciones de conflicto y peligro</p>

APERTURA MENTAL (Apertura a la experiencia) Culto, informado, interesado por las cosas nuevas y diferentes culturas	APERTURA A LA CULTURA Interés por mantenerse informado, por el conocimiento
	APERTURA A LA EXPERIENCIA Disposición favorable hacia las novedades, y la experimentación

McCrae y Costa (1999, citados en Pérez, 2008) han formulado una teoría de la personalidad a partir de los hallazgos del modelo y su relación con los trastornos de la personalidad que contempla como tendencias básicas a los cinco factores del modelo, determinadas únicamente por factores genéticos, enfermedades o intervenciones farmacológicas. Las adaptaciones características constituyen una amplia clase de características psicológicas que se desarrollan en la relación del sujeto con su ambiente, y reflejan las influencias de los rasgos, el entorno social y sus interacciones; incluyen hábitos, actitudes, roles, relaciones y, especialmente, el autoconcepto. Aunque todas estas características adquiridas tienen como objetivo ayudar al individuo a adaptarse a los requisitos y a las oportunidades del ambiente social, algunas de ellas no son adaptativas, lo que supone el sustrato de los trastornos de la personalidad (McCrae, Löckenhoff y Costa, 2005 citados en Pérez, 2008).

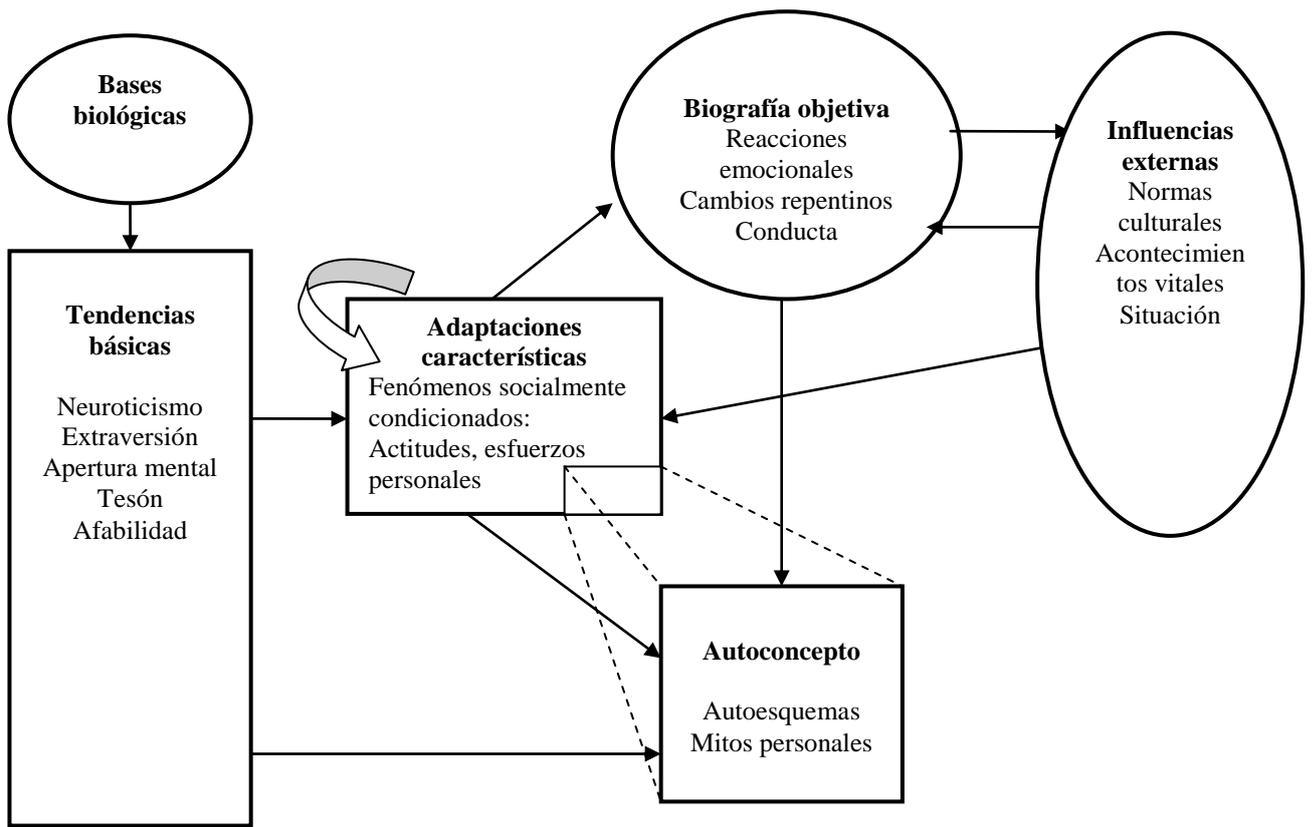


FIGURA N° 2. Representación esquemática del sistema de la personalidad según el modelo de cinco factores (McCrae, Löckenhoff y Costa, 2005 citados en Pérez, 2008).

PARTE B

Marco metodológico

Capítulo III

OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS

Objetivos

Los objetivos propuestos para la siguiente investigación se dividen en:

Objetivo general

- Describir las dimensiones de personalidad en sujetos drogodependientes.

Objetivos específicos

- Analizar qué dimensión/es de personalidad prevalece/n en un grupo de sujetos drogodependientes.
- Describir la relación de algunas variables sociodemográficas relacionadas al consumo de sustancias con dimensiones de personalidad de sujetos drogodependientes.

Capítulo IV

MÉTODO

Diseño de investigación

Se trata de una investigación no experimental, dada la imposibilidad de asignar aleatoriamente a los sujetos a condiciones específicas y de manipular las variables independientes. Es decir, consiste en la observación de ciertos fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, no provocados intencionalmente por el investigador, para analizarlos posteriormente (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Lucio, 2010).

Es una investigación dónde no se hace variar intencionalmente las variables independientes. El investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Otra característica de este tipo de investigaciones es que no hay una asignación al azar de los sujetos, sino que, al momento de la recolección de datos, éstos ya pertenecen a un grupo o nivel determinado de la variable a considerar. Lo que se hace es analizar y sacar conclusiones de la información que se recolecta de características preexistentes.

Además es un diseño de investigación transversal, dado que hemos medido el nivel de ciertas variables en un momento determinado, sin involucrar el seguimiento de éstas en el tiempo (Hernández Sampieri et al., 2010)

El objetivo de la misma es describir una población determinada en un momento dado, y establecer diferencias y relaciones entre los distintos grupos que componen la población.

Tipo de estudio

La investigación realizada es de *carácter descriptivo* (Hernández Sampieri et al., 2010).

Tiene como propósito indagar sobre la incidencia y valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir, en un grupo de personas u objetos, una/s variable/s y proporcionar su descripción. Permiten tener un panorama de las mismas en un determinado momento.

Por lo tanto, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas de forma independiente, con el objetivo de describir lo que se

está investigando. Para ello, el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo lograr precisión en esa medición.

Procedimiento

La selección de quienes participaron en el estudio fue intencional, es decir, que los sujetos fueron elegidos de acuerdo a las necesidades de la investigación; careciendo de representatividad y de posibilidades de generalizar los resultados a otras organizaciones o empresas.

El contacto con los sujetos participantes fue posibilitado luego de haber obtenido la aprobación de la coordinadora y psicóloga del Centro Preventivo y Asistencial de Adicciones “Conexión”, quién le transmitió al resto de los profesionales que allí trabajan sobre la investigación y les solicitó su permiso para la misma, todos accedieron. Posteriormente, se tomó contacto con los pacientes, se les explicó el propósito de la investigación para aplacar ansiedades existentes, el carácter anónimo de la misma, y la participación voluntaria; una vez obtenido su consentimiento se realizó la recolección de datos pertinente.

La administración del instrumento fue individual, ya que los horarios de los encuestados no coincidían para realizarla de manera colectiva. La institución brindó sus instalaciones (sala de espera, sala de profesionales, consultorios) para esta tarea. La técnica ha sido auto-administrada, es decir, se les proporciona directamente a los respondientes, quienes las contestan luego de una breve explicación, no hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos mismos. Completar ambos instrumentos tomo 15/20 minutos aproximadamente por vez; mientras que la muestra alcanzada se consiguió en 3 meses, ya que los pacientes que asistían iban más de una vez por semana, por lo tanto había que esperar por el ingreso de nuevos. Para concluir, se agradeció a cada sujeto su colaboración en la investigación.

La devolución a la institución fue muy satisfactoria, los profesionales agregaron al expediente de cada paciente los resultados de su cuestionario, dijeron considerarlo de mucha utilidad, sobre todo en pacientes nuevos y aceptaron la investigación de más variables.

Descripción de la institución

“Conexión” es un Centro de Tratamiento especializado en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, que brinda atención a las personas que acuden con una demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Es privado. Se maneja con la modalidad de Centro de día, es decir que los pacientes asisten con una frecuencia estipulada a tratamiento. Este cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran: diagnóstico y psicoterapia (terapias individuales, familiares y grupales); atención médica y psiquiátrica; capacitación y formación; y, seguimiento y prevención de recaídas. También se realizan talleres de Estimulación neurocognitiva, Orientación escolar y social, Educación en valores, Chi Kung, etc.

Descripción de la muestra

La muestra utilizada es no probabilística de carácter intencional, es decir, que los participantes fueron seleccionados por poseer características de interés para la investigación. La elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador (Hernández Sampieri et al., 2010). Entonces, las conclusiones a las que se llegan son válidas sólo para los sujetos que han sido investigados, no pueden generalizarse al resto de la población.

Como se mencionó anteriormente, los sujetos que participaron de la investigación son pacientes en tratamiento ambulatorio en una Institución privada de la provincia de Mendoza, por problemáticas relacionadas al consumo de sustancias.

La muestra objeto del estudio quedó compuesta por un total de 50 pacientes:

- 82% varones (N= 41) y 18% mujeres (N=9).
- El 30% corresponde a edades que oscilan entre 15 y 20 años (N= 15); el 26% entre 26 y 35 (N= 13); el 22% entre 36 y 45 (N= 11); el 10% entre 46 y 55 (N= 5); el 6% entre 21 y 25 (N= 3); el 4% entre 56 y 65 (N= 2); el 2% entre 66 y 70 (N= 1). La edad mínima es de 16 años mientras que la máxima es de 70. El promedio es de $39,2 \pm 13,5$.
- Hay un predominio de sujetos solteros, alcanzando el 52% de la muestra (N=26); el 30% corresponde a divorciados (N= 15); y el 18% a casados (N= 9).
- El 58% no tiene hijos (N= 29), mientras que el 42% sí (N= 21).
- El 100% de los sujetos participantes son de nacionalidad argentina.
- El 64% tiene estudios secundarios (N= 32); con el 14% estudios primarios (N= 7); con el 12% terciarios (N= 6); y el 10% universitarios (N= 5).
- El 50% posee una profesión u oficio que desempeña (N= 25); el 24% está desocupado (N= 12); el 11% estudia (N= 11); y el 4% está jubilado (N= 2).
- Casi con los mismos valores, el 52% ha realizado tratamientos previos (N= 26), mientras que el 48% no (N= 24).
- En tratamiento actual encontramos un 42% que lleva de 0 a 6 meses (N= 21); un 20% de un año (N= 10); un 18% de dos años (N= 9); un 14% de 6 a 12 meses (N= 7); y un 6% que lleva más de 2 años (N= 3).
- Hay un predominio de sujetos que no tienen antecedentes familiares en problemáticas relacionadas a la salud mental con un 64% (N=32), mientras que el 36% (N= 18) no posee.
- Es destacable que el 54% de los sujetos presenta como sustancia que motivó la consulta a la cocaína (N= 27); el 22% al alcohol (N= 11); con el 10% ambas sustancias (N= 5), como así también 10% por marihuana (N= 5); y finalmente inhalantes el 4% (N= 2).

Instrumentos

- Cuestionario Big Five.
- Encuesta semi-estructurada Ad Hoc.

Cuestionario Big Five

Características

El “Cuestionario Big Five” - adaptado por Castro Solano en 2005 - es un inventario de 44 ítems que evalúa los cinco grandes rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, agradabilidad y responsabilidad. Los ítems se responden en una escala con formato lickert con 5 opciones de respuesta, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Para la interpretación, se transforman los puntajes brutos en percentiles y se interpretan de acuerdo a sus valores según sean bajos o altos. La prueba posee propiedades psicométricas adecuadas, a través de los análisis de consistencia interna y validez factorial de los ítems. Así como también baremos de referencia actualizados para realizar la interpretación de los puntajes.

Objetivos de la prueba

El Cuestionario Big Five es una operacionalización del modelo de la personalidad expuesto. Es para uso en población adulta o adolescente, dado que sus ítems son de fácil comprensión. Es especialmente útil en tareas de investigación o en evaluaciones psicológicas en las que hay que evaluar a gran cantidad de personas en poco tiempo y proporciona una idea de los rasgos básicos de personalidad. El cuestionario fue diseñado para ser autoadministrado, puede administrarse de forma individual o colectiva y se responde en 10 minutos.

La ventaja del Cuestionario Big Five consiste en

“La brevedad de su administración y en sus propiedades psicométricas (alta fiabilidad y validez) comparado con otros inventarios que evalúan rasgos” (Castro Solano, 2005, p. 166”).

Administración

Los evaluados tienen que leer 44 ítems que describen las características básicas de las personas. En una escala del 1 al 5 deberán responder el grado de acuerdo con la frase propuesta, indicando la medida en que la frase los describe, desde *Completamente de acuerdo* (5 puntos) hasta *Completamente en desacuerdo* (1 punto) (Castro Solano, 2005).

Evaluación e interpretación

Cada grupo de ítems corresponde a una dimensión de la personalidad: 1) neuroticismo; 2) extraversión; 3) apertura a la experiencia; 4) agradabilidad; 5) responsabilidad. Se pueden obtener cinco puntuaciones, una para cada dimensión.

Para calcular la puntuación bruta en cada dimensión de la personalidad hay que sumar los valores que el sujeto marcó para cada grupo de ítems. La escala tiene algunos ítems inversos. Estos ítems están señalados en la clave de corrección con una “R”. En el caso de los ítems señalados con una “R” (inversos) el evaluador debe convertirlos previamente en directos antes de proceder a la suma total de la dimensión.

La puntuación bruta obtenida se transformará en percentiles. Estas se interpretan tomando como corte los percentiles 25 y 75. Las puntuaciones inferiores al percentil 25 indican que el evaluado es menos propenso a exhibir ese rasgo en sus actos de conducta. Las puntuaciones superiores al percentil 75 reflejan propensión a poseer el rasgo en cuestión. La interpretación se realizará sobre la base del modelo de los cinco factores de la personalidad (Castro Solano, 2005).

- Neuroticismo (N). Este factor expresa una tendencia general a expresar miedo, tristeza, venganza, enojo, culpa y disgusto. Las personas que puntúan alto en N son más vulnerables al impacto de los sucesos vitales. En general, el factor N indica una disposición a experimentar afectos negativos. Las personas que obtienen puntajes bajos en N son en general estables emocionalmente. No hay que confundir el factor N con la

categoría nosológica de neurosis ni con la presencia de trastornos psiquiátricos. Se recuerda que N es una disposición de la personalidad normal. Las persona que puntúan alto en N pueden no ser pacientes psiquiátricos, ni ser neuróticos graves. Sin embargo, la presencia de N alto indica cierta predisposición a padecer trastornos psicológicos.

- Extraversión (E). Los extrovertidos son personas sociables, prefieren los grupos grandes, son activos y firmes en sus opiniones, enérgicos y optimistas. Les gusta generalmente la excitación y tienen una disposición alegre. Los introvertidos (bajo E) son personas más reservadas y poco amistosas; si bien no sufren de ansiedad social, prefieren estar solos. Hay que tener en cuenta que tener bajo E no significa que la persona sea pesimista. El alto E está relacionado con bienestar psicológico. No se debe confundir la teoría junguiana de la extraversión-introversión con el factor E. Así, por ejemplo, tanto la reflexión como la introspección no se relacionan con E, sino con la dimensión de Apertura a la experiencia.
- Apertura a la experiencia (O). La imaginación, la sensibilidad estética, la preferencia por la variedad y la curiosidad intelectual integran O. Los individuos que puntúan alto en O tienen valores no convencionales, están abiertos a los datos de la experiencia tanto interna como externa y tienen tendencia a experimentar tanto emociones negativas como positivas con mayor intensidad. En general este factor se relaciona con el pensamiento divergente y la creatividad. A veces se lo denomina “intelecto”, pero téngase presente que O no es equivalente a inteligencia. En términos generales las habilidades cognitivas formarían un sexto factor que no se encuadra en los rasgos de personalidad propiamente dichos, desde la óptica de este modelo. Bajos puntajes en O indican personas convencionales y conservadoras, que prefieren lo familiar a lo novedoso, con pocos intereses.
- Agradabilidad (A). Es una dimensión que atañe a las relaciones interpersonales. La persona que tiene una puntuación alta en A es generalmente altruista, está dispuesta a ayudar a los demás, y tiende a ser complaciente y conformista. El polo opuesto de A lo constituyen las personas egocéntricas, escépticos respecto de las intenciones de los demás, y que son más competitivas que cooperativas. Un bajo puntaje en A está asociado a las conductas antisociales y los rasgos paranoicos. Un alto puntaje en A indica conductas dependientes.
- Responsabilidad (C). Se trata de personas escrupulosas, ordenadas, con fuerte voluntad y determinación. Se trata de personas puntuales y confiables. Un alto puntaje en C se asocia con logros académicos y laborales. Si C es muy alto, se trata de personas con rasgos obsesivos, irritables, en exceso ordenadas y adictas al trabajo. Las personas que registran bajo puntuación en C son en general menos exigentes para alcanzar sus metas, y mucho más hedonistas. (Castro Solano, 2005, p.171-172). (Ver tabla N° 8).

En relación a la consistencia interna, para verificar la homogeneidad de cada una de las escalas se realizó un análisis de fiabilidad calculando el coeficiente alfa de

Cronbach para cada escala, obteniendo valores superiores a 0.70 en todas ellas. En cuanto a la validez factorial, se llevó a cabo un análisis factorial de los ítems. Se comprobó previamente que la matriz de correlaciones era adecuada para este tipo de análisis, a ésta se impuso una estructura de cinco factores que explicaban el 45% de la varianza de las puntuaciones. Los factores fueron rotados en forma ortogonal según el método Viramax.

TABLA N° 8. *Facetas de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad* (Castro Solano, 2005).

Nombre	Facetas
Extraversión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afecto ▪ Gregarismo ▪ Asertividad ▪ Actividad ▪ Búsqueda de emociones ▪ Emociones positivas
Agradabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confianza ▪ Sinceridad ▪ Altruismo ▪ Sumisión ▪ Modestia ▪ Sensibilidad
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Competencia ▪ Orden ▪ Obediencia ▪ Esfuerzo para el logro ▪ Disciplina ▪ Reflexión

Neuroticismo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad ▪ Depresión ▪ Hostilidad ▪ Autoconciencia ▪ Impulsividad ▪ Vulnerabilidad
Apertura a la experiencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fantasía ▪ Estética ▪ Sentimientos ▪ Acciones ▪ Ideas ▪ Valores

Encuesta Ad Hoc

Montañés Serrano (2001) dice que

La encuesta consiste en aplicar un cuestionario estándar a una muestra representativa de un determinado universo poblacional. Diseñada la estructura de la investigación (fijado el objeto de estudio, los objetivos, las hipótesis, los temas y las variables de la investigación), dos son las tareas que se imponen: elaborar el cuestionario y extraer una muestra representativa del universo objeto de estudio. En la encuesta, el cuestionario es el instrumento utilizado para recabar tanto información objetiva como subjetiva de la población representativa del universo poblacional objeto del estudio. En la encuesta hemos de distinguir entre preguntas de hechos y preguntas sobre hechos subjetivos. Las preguntas de hecho se realizan para obtener información objetiva referida al propio sujeto. Por ejemplo: nivel de renta, partido al que se vota, edad, nivel de estudios., etc. Las preguntas sobre aspectos subjetivos abarcan todo el amplio espectro de las opiniones, actitudes, intenciones, valores, juicios, sentimientos, motivos, aspiraciones, expectativas, etc. (p. 117).

Capítulo V

RESULTADOS

En primer lugar se analizó si la distribución de valores presentaba una distribución normal. Los valores obtenidos en asimetría y curtosis para las cinco dimensiones del Test Big Five se encuentran dentro de valores normales (+1 – 1). Posteriormente se eliminaron los casos atípicos, aquellos que se encontraban por fuera de la media y desviación estándar de los puntajes. En total se eliminaron 6 casos.

De acuerdo al **primer objetivo** se describen los puntajes medios en las cinco Dimensiones de Personalidad (ver tabla N° 9).

TABLA N° 9. Frecuencias y resultados correspondientes a las Cinco Dimensiones del Cuestionario Big Five de la totalidad de la muestra.

SUBESCALA	PUNTAJE		
	Bajo	Normal	Alto
Extraversión	14	14	28
Agradabilidad	4	10	41
Responsabilidad	22	20	14
Neuroticismo	26	7	23
Apertura a la experiencia	15	13	28

TABLA N° 10. Puntajes de las Dimensiones de Personalidad del Cuestionario Big Five.

	Puntaje Bruto	DE	Percentil	Clasificación
Extraversión	29.3	6.02	63	Normal
Agradabilidad	37	4.2	93	Alto
Responsabilidad	31.4	6.6	33	Normal
Neuroticismo	25.2	7.2	38	Normal
Apertura a la Experiencia	37.4	7	67	Normal

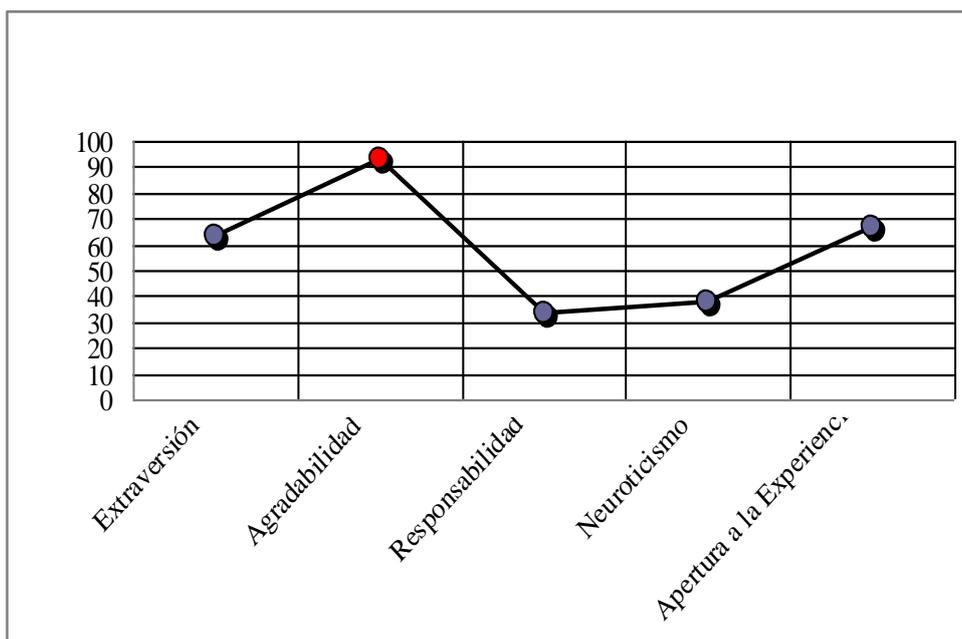


GRÁFICO N° 1. *Puntajes de las Dimensiones de Personalidad del Cuestionario Big Five.*

En la dimensión Extraversión, 12 sujetos presentan valores bajos (24%) y 28 sujetos valores altos (56%). En la dimensión Agradabilidad, 1 sujeto presenta valores bajos (2%) y 41 valores altos (82%). En la dimensión Responsabilidad, 20 presentan valores bajos (40%) y 14 valores altos (28%). En la dimensión Neuroticismo, 27 presentan valores bajos (54%) y 21 presentan valores altos (42%). En la dimensión Apertura a la Experiencia, 11 presentan valores bajos (22%) y 25 valores altos (50%).

De acuerdo al **segundo objetivo** se realizó la relación de Dimensiones de Personalidad con variables asociadas al tratamiento, habiendo sujetos con tratamientos previos (N= 26) y sin tratamientos previos (N= 24) (ver tabla N° 11). Esto también se hizo en sujetos con antecedentes familiares de consumo problemático de sustancias (N= 18) con aquellos que no poseían (N= 32) (ver tabla N° 12). En el análisis de la prueba T de Student no se encontraron diferencias significativas en ambos casos.

TABLA N° 11. *Puntajes de la relación de las variables Tratamientos previos con Dimensiones de personalidad.*

	Tratamientos Previos	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
PB Extraversión	Sí	26	8,5769	6,45088	1,26512
	No	24	30,1667	5,53775	1,13039
PB Agradabilidad	Sí	26	37,1538	3,72765	,73105
	No	24	36,6250	4,78959	,97767
PB Responsabilidad	Sí	26	32,0769	5,62084	1,10234
	No	24	30,7500	6,74537	1,37689
PB Neuroticismo	Sí	26	26,1923	7,26647	1,42507
	No	24	24,2917	7,18379	1,46639
PB Apertura a la experiencia	Sí	26	36,2308	6,77825	1,32932
	No	24	38,7500	6,91721	1,41197

TABLA N° 12. Puntajes de la relación de las variables Antecedentes familiares con Dimensiones de personalidad.

	Antecedentes	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
PBExtraversión	Sí	18	29,3333	4,60179	1,08465
	No	32	29,3438	6,76142	1,19526
PBAgradabilidad	Sí	18	36,0556	3,53923	,83420
	No	32	37,3750	4,56318	,80666
PBResponsabilidad	Sí	18	32,2222	4,72236	1,11307
	No	32	31,0000	6,86741	1,21400
PBNeuroticismo	Sí	18	23,3333	6,46256	1,52324
	No	32	26,3750	7,48224	1,32269
PB Apertura a la experiencia	Sí	18	36,8333	6,47393	1,52592
	No	32	37,7813	7,19648	1,27217

Para comprobar la relación de Dimensiones de Personalidad con tiempo transcurrido de tratamiento, se realizó una correlación de Spearman. No se encontraron correlaciones significativas. Sin embargo, se comentan las tendencias de las correlaciones, a saber, a mayor tiempo de tratamiento:

- disminuyen los valores de Apertura a la Experiencia y Extraversión, y
- aumentan los valores de Neuroticismo (ver tabla N° 13).

TABLA N° 13. *Puntaje de la relación de las variables Tiempo de tratamiento con Dimensiones de personalidad.*

Rho de Spearman	Tiempo de tratamiento	Coeficiente de correlación	Tiempo de tratamiento
			1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	50
	PB Extraversión	Coeficiente de correlación	-,129
		Sig. (bilateral)	,374
		N	50
	PB Agradabilidad	Coeficiente de correlación	,029
		Sig. (bilateral)	,840
		N	50
	PB Responsabilidad	Coeficiente de correlación	,011
		Sig. (bilateral)	,940
		N	50
	PB Neuroticismo	Coeficiente de correlación	,091
		Sig. (bilateral)	,529
		N	50
	PB Apertura a la experiencia	Coeficiente de correlación	-,042
		Sig. (bilateral)	,775
		N	50

Finalmente se relacionó Dimensiones de Personalidad con la sustancia que referían los pacientes como motivo principal de consulta. Se efectuó la prueba ANOVA de un factor. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas. Neuroticismo obtuvo un valor cercano a ser significativo ($p = .056$). Los grupos extremos de puntajes fueron alcohol (M: 20,7 DE: 6,9) e Inhalantes (M= 28.5 DE: 7.8).

TABLA N° 14. Relación de las variables Sustancia con Dimensiones de personalidad.

		N	Mean	Desviación estándar
PB Extraversión	Cocaína	27	29,3333	5,78459
	Alcohol	11	31,1818	4,99636
	Cocaína y alcohol	4	29,0000	9,76388
	Marihuana	5	27,6000	8,04984
	Inhalantes	2	25,5000	4,94975
	Juego	1	27,0000	.
	Total	50	29,3400	6,02244
PB Agradabilidad	Cocaína Alcohol	27	36,3704	4,55013
		11	37,8182	3,54452
	Cocaína y alcohol	4	39,0000	4,24264
	Marihuana	5	36,2000	2,94958
	Inhalantes	2	40,5000	,70711
	Juego	1	29,0000	.
	Total	50	36,9000	4,23421

PB Responsabilidad	Cocaína	27	30,0741	6,31193
	Alcohol	11	34,0000	5,07937
	Cocaína y alcohol	4	34,5000	3,69685
	Marihuana	5	30,6000	7,82943
	Inhalantes	2	36,0000	1,41421
	Juego	1	23,0000	.
	Total	50	31,4400	6,15832
	PB Neuroticismo	Cocaína	27	27,3704
Alcohol		11	20,7273	6,85698
Cocaína y alcohol		4	24,2500	8,18026
Marihuana		5	22,6000	3,84708
Inhalantes		2	28,5000	7,77817
Juego		1	30,0000	.
Total		50	25,2800	7,21687

PB Apertura a la experiencia	Cocaína	27	37,1481	7,38347
	Alcohol	11	39,2727	7,64318
	Cocaína y alcohol	4	35,2500	4,11299
	Marihuana	5	38,4000	5,68331
	Inhalantes	2	34,5000	7,77817
	Juego	1	35,0000	.
	Total	50	37,4400	6,89324

Capítulo VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las conclusiones como momento de cierre del proceso, y de reflexión sobre los datos encontrados, me guían necesariamente a reconsiderar los objetivos planteados a partir de los cuales se fue construyendo esta investigación, intentando responder a los mismos; y también permitiendo un espacio para pensar nuevas líneas que la realización de esta tesina me despertó.

Es importante aclarar que las mismas son un recorte que como autora opté por tomar como eje de este trabajo. Además se tendrá en cuenta el criterio de reconocer las tendencias.

Partiendo de lo que plantean investigadores de la personalidad en sujetos con adicciones, una muestra con dependencia hacia alguna sustancia, debería tener puntuaciones altas en Agradabilidad y Neuroticismo y bajas en Responsabilidad. De acuerdo a la sustancia, altas en Extraversión en consumidores de cocaína y bajas en Apertura a la experiencia en bebedores.

Aquí se hallaron:

- Niveles significativos de Agradabilidad, mientras que en el resto de las dimensiones no sucedió lo mismo. Como se mencionó en su descripción, ésta atañe a las relaciones interpersonales, es importante nombrar que un alto puntaje representa conductas dependientes;
- Neuroticismo obtuvo un puntaje cercano a ser significativo, indicando una tendencia general a expresar miedo, tristeza, venganza, enojo, culpa y disgusto. La puntuación alta señala más vulnerabilidad en la persona al impacto de los sucesos vitales, muestra una disposición a experimentar afectos negativos y a tener poco control de impulsos y emociones;
- Además, la relación de variables arrojó que, a mayor tiempo de tratamiento disminuyen los valores de Apertura a la Experiencia y Extraversión y aumentan los valores de Neuroticismo.

Esto puede relacionarse con que, rasgos como un pobre control de las emociones, la no convencionalidad y la introversión social aparecían estrechamente asociados con la escalada en el consumo de sustancias.

Respecto de los datos sociodemográficos diré que coinciden en su mayoría con los aquí presentados, tanto internacional como nacionalmente, inclusive en la Región de Cuyo y en la Provincia de Mendoza:

- Hay mayor presencia de hombres que mujeres, con un 82%;
- La edad principal es entre 15 y 20 años, con un 30%;
- El nivel académico predominante es secundario;
- Son solteros, mostrando un 52%;
- Sin hijos, el 58%, que puede relacionarse con la edad;
- Con un oficio u ocupación, con un 64%;
- Y, respecto de la sustancia, es la cocaína la que ocupa el segundo lugar en Cuyo como motivo de consulta; mientras que en Mendoza, el primero, con un 54%.

En la teoría se insiste en que las experiencias del drogodependiente se han ido cristalizando y su comienzo se corresponde con una etapa de la vida en la que la maduración de sus comportamientos y valores no se encontraban desarrollados. Al mismo tiempo, la maduración en la drogodependencia se corresponderá con el desarrollo de unos cuadros que unidos a su estado social y cultural pueden generar diferencias individuales, tanto dentro del proceso de maduración en la drogodependencia como en el mantenimiento de la misma. Además, en que el rasgo afectado por diferencias significativas entre adictos y población general en prácticamente todas las comparaciones es la Autodirección, que mide disposiciones a organizar la conducta y dirigirla a metas, la asunción de responsabilidades derivadas de las propias decisiones, la adecuada gestión de los recursos disponibles y un sentido general de coherencia entre la propia concepción del sí mismo, las metas establecidas y las estrategias utilizadas para alcanzarlas. Los menores de 20 años generalmente presentan puntuaciones críticamente bajas, como corresponde a su nivel de maduración.

Como inquietudes diré que:

- Sería oportuno realizar esta misma investigación en una muestra mayor para ver si arroja resultados que puedan confirmar el resto de las dimensiones significativas descubiertas por otros autores;
- Quedó pendiente revisar si las personas de la muestra poseían conductas delictivas, o alguna derivación de la ley por la que se hallaban en tratamiento ya que parte de la información recavada nombra la presencia de trastornos de personalidad o con conductas desviadas de la norma en esta temática;

- Es de especial interés conocer los rasgos de personalidad más vinculados a la adicción, en todos sus estadios: adquisición, establecimiento del hábito, abuso, dependencia y abandono, porque pueden dar cuenta de la manera que se establece la relación con la droga y del repertorio de conductas disponibles de cada sujeto, es el mejor conjunto de variables estructuradas que puede dar cuenta de la manera en que una persona establece relaciones con las drogas., y esto daría lugar a estrategias nuevas, además de las ya conocidas en el ámbito de las drogodependencias como: la prevención de recaídas, el entrenamiento asertivo, en habilidades sociales, en afrontamiento del estrés, los enfoques educativos y el abordaje farmacológico. Los sujetos podrían ser atendidos en función de las necesidades estimadas a partir de sus rasgos de personalidad, de modo que, por ejemplo, un paciente con pronunciado Neuroticismo, recibiera los fármacos adecuados para su modulación en tanto acudía a grupos específicos de terapia enfocada al control emocional; grupo al que no tendrían por qué acudir personas con adecuados recursos en esta dimensión pero, por ejemplo, bajas Responsabilidad y Apertura a la experiencia, serían abordadas desde grupos específicos de terapia ocupacional y educativos. Paralelamente ambos realizarían actividades, individuales o grupales, encaminadas a la prevención de recaídas que, sin embargo, conocerían de antemano los límites a los que se podría llegar y no tendrían como única meta la abstinencia, sino unos objetivos adecuados a las capacidades y limitaciones de cada individuo en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. W. (1970). *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. (3ª ed.) Barcelona: Herder.
- Allport, G. W. (1986). *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. (8ª ed.) Barcelona: Herder.
- Antuña Bellerín, M. A., Cano García, F. J. & García Martínez, J. (2009). *Modelos teóricos en psicología de la personalidad*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson (original 2000).
- Aparicio García, M. E. & Sánchez-López, M. P. (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario Millon de los estilos de personalidad. *Anales de psicología*, 2 (15), 191-211.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM IV*. Barcelona: Ed. Masson.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de prevención de la drogodependencia*. Ministerio del interior. Imprenta nacional del boletín oficial del estado. Madrid.
- Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Gobierno de España.
- Casado, V. & Arauzo Palacios, D. (2004). *Intervención de drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas*. Adicciones. Vol. 16, num. 3 (225-234).
- Castro-Solano, A. (2005). *Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares. Motivación, valores y liderazgo*. Bs. As.: Paidós.
- Di Pede, V. (2003). *Rasgos de personalidad en sujetos dependientes de cocaína y de alcohol*. Facultad de Medicina de la Universidad de Zulia, Venezuela.
- Engler, B. (1996). *Teorías de la Personalidad*. México: Mc Graw-Hill, 1996, p. 281.
- Fernández, E., & Rodríguez, E. (1993). Evaluación de la personalidad de los drogodependientes. Vía parenteral en una muestra asturiana.
- Fierro, A. (1998). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Filloux, Jean- Claude. (1994). *La personalidad*. (24 ed.) Buenos Aires: EUDEBA.
- Fiochetta, H. F. (2007). *Plenitud existencial y estilos de personalidad*. Memoria para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Gómez, J. L. G., & Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8 (2), 249-269.
- González, M. P.; Sáiz, P. A.; Quirós, M., & López, J. L. (2000). Personalidad y uso-abuso de cannabis. *Monografía Cannabis*, 185.
- Hammersley, R., Lavelle, T. L., & Forsyth, A. J. (1995). Consumo de drogas en adolescentes, salud y personalidad. *RET: Revista de Toxicomanías*, (4), 11-19.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Lucio, M. del P. B. (2010). *Metodología de la investigación*. (5° Ed.). México: McGraw-Hill.
- Kaplan H. & Sadock, B. (2001). Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Medica Panamericana, 8° edición: España.
- León, G., Montero, I. (1993). Diseño de investigaciones, introducción a la lógica de investigación en psicología y educación. Madrid. Ed: McGraw Hill.
- Millon, T., (1997). *MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T., (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2° ed.). Barcelona: Masson, S.A.
- Observatorio argentino de drogas. Área de investigaciones (2010). *Informe cuarta fase del registro continuo de pacientes en tratamiento*. Argentina.
- OMS (1964). *XIII Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Drogas Toxicomanígenas*, Ginebra, Suiza, serie de Informes Técnicos núm. 273.
- OMS (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Páramo, M. A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Pedrero Pérez, E. J. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big Five Questionnaire. *Trastornos adictivos*, 4 (3), 138-150.

- Pedrero Pérez, E. J. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 15 (3), 203-220.
- Pedrero Pérez, E. J. (2008). El tratamiento de la dependencia de la cocaína guiado por la personalidad. *Trastornos adictivos*, 10 (4), 226-241.
- Pedrero Pérez, E. J. (2008). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista peruana de drogodependencias*, 6 (1), 9-54.
- Pedrero Pérez, E. J., y Rojo Mota, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20 (3), 251-261.
- Pervin, L. (1996). *La ciencia de la personalidad*. Buenos Aires: Ed. Mc Graw Hill.
- Pervin, L. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Plan provincial de adicciones (2008). *Centros preventivos asistenciales de adicciones*. Ministerio de salud. Gobierno de Mendoza.
- Plan Provincial de Adicciones (2011). *Atención Primaria en Salud ante el consumo problemático de drogas*. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.
- Puentes, M. (2004). *Tú droga, mi droga, nuestra droga. Cómo entender y qué hacer frente a la problemática de la drogadicción*. Bs As, Argentina: Lugar editorial.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Nueva York, NY: Plenum.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C y Norcross, J. C. (1994). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Sáiz, P. A.; González, M. P.; Jiménez, L., Delgado, Y.; Liboreiro, M. J.; Granda, B., & Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11 (3), 209-220.

- Sánchez Hervás, E., & Berjano Peirats, E. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8 (3), 457-463.
- Serrano Montañés, M. (2001). La encuesta. In *Prácticas locales de creatividad social* (pp. 163-169). El Viejo Topo.
- Touze, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas*. Buenos Aires. Ed. Troquel.
- Vallejo Ruiloba, J. (2005). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ed. Masson Salvat.

ANEXOS

ANEXO 1. BFQ (Big Five Questionnaire).

Aquí tiene un listado de características que usualmente se utilizan para describir a las personas. Deberá indicar en qué medida la frase lo describe adecuadamente. Si está completamente de acuerdo con la descripción, marque con una cruz 5. Si está en completo desacuerdo marque 1. Si no está ni de acuerdo ni en desacuerdo marque 3.

Total desacuerdo // 1-2-3-4-5 // Total acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo: 3

N° de ítem	<i>Yo me veo a mi mismo como alguien</i>	1	2	3	4	5
1	A quien le gusta hablar.					
2	Que tiende siempre a encontrar fallas en los demás					
3	Que tiene capacidad para finalizar una tarea					
4	Que es depresivo/a o triste					
5	Que es original y a quien se le ocurren nuevas ideas					
6	Que es reservado/a					
7	Que ayuda a los demás y no es egoísta					
8	Que puede ser un poco descuidado/a					
9	Que es relajado/a y que maneja bien los problemas					
10	Que es curioso/a respecto de las cosas					
11	Que está lleno/a de energía					
12	Que empieza peleas con los demás					
13	Que es un/a trabajador/a confiable					
14	Que puede ser tenso/a					
15	Que es ingenioso/a					
16	Que siempre genera mucho entusiasmo					
17	Que tiene una naturaleza por lo cual puede perdonar					
18	Que tiende a ser desorganizado/a					
19	Que se preocupa mucho por todo					

<i>Yo me veo a mí mismo como alguien</i>		1	2	3	4	5
20	Que tiene una imaginación muy activa					
21	Que tiende a ser callado/a					
22	Que generalmente es muy confiable					
23	Que tiende a ser perezoso/a					
24	Que es emocionalmente estable y que no se altera fácilmente					
25	Que es imaginativo/a					
26	Que tiene una personalidad asertiva					
27	Que puede ser frío y distante					
28	Que persevera hasta que las tareas estén terminadas					
29	Que puede tener alteraciones en los estados de ánimo					
30	Que tiene valores artísticos y disfruta de las experiencias estéticas.					
31	Que a veces es tímido/a e inhibido/a					
32	Que es muy considerado/a y amable con los demás					
33	Que hace las cosas de modo eficiente					
34	Que permanece calmo/a en situaciones tensas					
35	Que prefiere el trabajo rutinario					
36	Que es sociable.					
37	Que a veces puede tratar mal a los demás					
38	Que puede fijarse metas y seguirlas					
39	Que se pone nervioso/a fácilmente					
40	A quien le gusta pensar y reflexionar					
41	Que tiene pocos intereses artísticos					
42	A quien le gusta cooperar con los demás					
43	Que se distrae fácilmente					
44	Que tiene gustos sofisticados en arte, música o literatura					

ANEXO 2. Encuesta Ad Hoc

Fecha: / / 2013

Edad:

Género: M F

Estado civil soltero casado/juntado divorciado/separado

Hijos SI NO

Máximos estudios alcanzados:

- Primarios
 - Secundarios
 - Terciarios
 - Universitarios
-

¿Ocupación?

¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento?

¿Tiene antecedentes familiares en problemáticas relacionadas a la salud mental? SI NO

¿Qué sustancia motivó su consulta?

ANEXO 3. Tablas de resultados del Cuestionario Big Five de acuerdo al SPSS.

1. Resultados de las Dimensiones de Personalidad del BFQ.

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PBExtraversiónBF	50	15,00	40,00	29,3400	6,02244
PBAgradabilidadBF	50	28,00	45,00	36,9000	4,23421
PBResponsabilidad	50	19,00	43,00	31,4400	6,15832
PBNeuroticismo	50	11,00	40,00	25,2800	7,21687
PBAperturaalaexperiencia	50	22,00	50,00	37,4400	6,89324
Valid N (listwise)	50				

2. Resultados de la Dimensión Extraversión.

	Centil Extraversión				
		Frecuencia	Porcentaj e	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	5	10,0	10,0	10,0
d	8,00	1	2,0	2,0	12,0
	18,00	4	8,0	8,0	20,0
	25,00	2	4,0	4,0	24,0
	33,00	2	4,0	4,0	28,0
	42,00	2	4,0	4,0	32,0
	50,00	4	8,0	8,0	40,0
	63,00	2	4,0	4,0	44,0
	75,00	7	14,0	14,0	58,0
	83,00	1	2,0	2,0	60,0
	90,00	2	4,0	4,0	64,0
	95,00	2	4,0	4,0	68,0
	99,00	16	32,0	32,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

3. Resultados de la Dimensión Agradabilidad.

Centil Agradabilidad					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Vali	25,00	1	2,0	2,0	2,0
d	33,00	3	6,0	6,0	8,0
	42,00	1	2,0	2,0	10,0
	50,00	1	2,0	2,0	12,0
	58,00	2	4,0	4,0	16,0
	67,00	1	2,0	2,0	18,0
	75,00	4	8,0	8,0	26,0
	83,00	4	8,0	8,0	34,0
	90,00	3	6,0	6,0	40,0
	93,00	10	20,0	20,0	60,0
	95,00	2	4,0	4,0	64,0
	96,00	5	10,0	10,0	74,0
	97,00	4	8,0	8,0	82,0
	98,00	2	4,0	4,0	86,0
	99,00	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

4. Resultados de la Dimensión Responsabilidad.

Centil Responsabilidad					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Vali	5,00	13	26,0	26,0	26,0
d	10,00	1	2,0	2,0	28,0
	18,00	3	6,0	6,0	34,0
	25,00	3	6,0	6,0	40,0
	33,00	5	10,0	10,0	50,0
	42,00	5	10,0	10,0	60,0
	50,00	3	6,0	6,0	66,0
	67,00	3	6,0	6,0	72,0
	75,00	3	6,0	6,0	78,0
	90,00	2	4,0	4,0	82,0
	96,00	5	10,0	10,0	92,0
	97,00	2	4,0	4,0	96,0
	99,00	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

5. Resultados de la Dimensión Neuroticismo.

		Centil Neuroticismo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Vali	5,00	14	28,0	28,0	28,0
d	8,00	3	6,0	6,0	34,0
	10,00	3	6,0	6,0	40,0
	18,00	3	6,0	6,0	46,0
	25,00	4	8,0	8,0	54,0
	50,00	1	2,0	2,0	56,0
	63,00	1	2,0	2,0	58,0
	75,00	4	8,0	8,0	66,0
	93,00	4	8,0	8,0	74,0
	95,00	1	2,0	2,0	76,0
	97,00	2	4,0	4,0	80,0
	99,00	10	20,0	20,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

6. Resultados de la Dimensión Apertura a la experiencia.

		Centil Apertura a la experiencia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Vali	5,00	3	6,0	6,0	6,0
d	10,00	1	2,0	2,0	8,0
	15,00	2	4,0	4,0	12,0
	20,00	5	10,0	10,0	22,0
	31,00	1	2,0	2,0	24,0
	38,00	1	2,0	2,0	26,0
	44,00	2	4,0	4,0	30,0
	50,00	3	6,0	6,0	36,0
	58,00	6	12,0	12,0	48,0
	67,00	1	2,0	2,0	50,0
	75,00	4	8,0	8,0	58,0
	90,00	5	10,0	10,0	68,0
	95,00	2	4,0	4,0	72,0
	99,00	14	28,0	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	