



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

### **TEMA**

**“RASGOS DE PERSONALIDAD PREDOMINANTES EN SUJETOS CON  
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO RELACIONADO CON  
SUSTANCIAS”**

**Disertación de Grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico**

### **Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

### **Autor:**

SANTIAGO ISRAEL CHICA PADILLA

### **Director:**

PS. CL. RODRIGO MORETA HERRERA

**Ambato - Ecuador  
Marzo 2015**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACION**

**Tema:**

**“RASGOS DE PERSONALIDAD PREDOMINANTES EN SUJETOS CON  
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO RELACIONADO CON  
SUSTANCIAS”**

**Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autor:**

SANTIAGO ISRAEL CHICA PADILLA

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Psc. Cl. f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADOR**

Mario Santiago Poveda Ríos, Psc. Cl. f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADOR**

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Psc. Cl. f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADOR**

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lic. Mg f. \_\_\_\_\_

**DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGIA**

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr. f. \_\_\_\_\_

**SECRETARIO GENERAL DE LA PUCESA**

**Ambato - Ecuador  
Marzo 2015**

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Santiago Israel Chica Padilla portador de la cédula de ciudadanía No. 180483205-1 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicólogo Clínico son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones, efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Santiago Israel Chica Padilla

C.I 180483205-1

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco profundamente a mi Poder Superior por estar siempre presente, a mi esposa e hijo, mis padres, mi familia, a mis maestros quienes han guiado e impartido sus conocimientos y experiencia a lo largo de mi carrera y de modo especial al Ps. Cl. Rodrigo Moreta y lectores por servir de instrumentos fundamentales y brindarme su ayuda constante en la realización de este proyecto

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo indudablemente a todos mis seres queridos quienes son el motor fundamental en mi vida, a mi esposa e hijo quienes motivan y me inspiran a ser mejor cada día, a mis padres y hermanos por brindarme ese amor incondicional.

A toda la comunidad de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos por la apertura y confianza brindada para realizar este proyecto.

De modo especial lo dedico al adicto que todavía sufre deseando ser un aporte para mejorar la intervención y tratamiento de esta problemática.

## RESUMEN

La evaluación de los rasgos de personalidad predominantes en personas con una problemática asociada al trastorno relacionado con sustancias se ha constituido en un proceso necesario para la obtención de información objetiva que permita direccionar las intervenciones clínicas. El objetivo de la investigación es la búsqueda de los rasgos predominantes de personalidad en sujetos con trastorno relacionados con sustancias en el Centro de Rehabilitación de Adicciones La Fortaleza a través de la metodología de investigación descriptiva. Se trabajó con una población total de 30 participantes con diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias, en primera instancia se mantuvo una entrevista con los mismos indicando los objetivos del trabajo, posteriormente se procedió a evaluar a los sujetos, aplicando reactivos psicológicos ASI-6 para determinar el índice de gravedad de la adicción de los sujetos, conjuntamente con el cuestionario Ad Hoc para el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el cuestionario de personalidad 16 PF-5 para verificar rasgos de mayor predominancia en las personas evaluadas, mediante la calificación y correlación de variables se obtuvo valores que constatan la presencia mayoritaria de rasgos de personalidad como la tensión, vigilancia, aprehensión y sensibilidad frente a otros de menor presencia. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y limitaciones encontradas se procedió a diseñar herramientas que faciliten los procesos de evaluación y que permitan direccionar de modo objetivo la intervención clínica optimizando la eficacia del mismo.

**Palabras Clave:** rasgos, personalidad, trastornos, sustancias

## **ABSTRACT**

The evaluation of personality traits predominant in people with problems associated with a substance-related disorder has become a necessary process to obtain objective information which can help direct clinical interventions. The objective of this research is the search of predominant personality traits in people with substance-related disorders in La Fortaleza Addiction Rehabilitation Center by using a descriptive research methodology. The study worked with a total population of 30 participants with a presumptive diagnosis of substance-related disorder. First, an interview with the people was conducted indicating the objectives of this project, then, they were evaluated using the ASI-6 psychological tests in order to determine their addiction severity rate, together with the Ad Hoc Questionnaire to diagnose the substance-related disorder according to DSM-IV-TR diagnostic criteria and the 16 PF-5 Personality Questionnaire in order to verify which traits are the most predominant in the people who were evaluated. Through the qualification and correlation of variables, the values were obtained to confirm an overwhelming presence of personality traits such as tension, vigilance, apprehension and sensitivity among others which were less present. Keeping the obtained results and the detected limitations in mind, tools were then designed to facilitate the evaluation processes and which help to direct clinical intervention objectively, and in this way optimizing its efficiency.

Keywords: traits, personality, disorders, substances

## Índice de Contenidos

HOJA DE APROBACION .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA .....	v
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	xiii
Gráficos:.....	xiii
 CAPÍTULO I.....	 1
INTRODUCCIÓN .....	1
1. SITUACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN AMÉRICA DEL SUR Y EL ECUADOR.....	1
1.1.- Situación de las drogas en América del Sur .....	1
1.2.- Situación del consumo de sustancias en el Ecuador .....	2
1.3.- Justificación .....	5
 CAPÍTULO II .....	 7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.- CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS .....	7
2.1.- Modelos explicativos acerca del consumo de sustancias.....	7
2.1.1.- Introducción.....	7
2.1.2.- Modelo biológico.....	10
2.1.3.- Modelos psicológicos .....	10
2.1.4.- Modelos sociológicos .....	12
2.2.- Definición de términos droga, tipos y modelos de clasificación .....	13

2.2.1.- Definición del término droga.....	13
2.3.- Clasificación de las drogas .....	16
2.3.1.- Clasificación de las drogas por sus efectos en el Sistema Nervioso.....	17
2.3.2.- Clasificación de las drogas por sus efectos globales en el organismo.....	18
2.4. Efectos de las drogas.....	19
2.4.1. Efectos biológicos o físicos de las drogas.....	20
2.4.2. Efectos psicológicos.....	23
2.4.3. Efectos psicológicos del consumo agudo de drogas. ....	30
2.4.4. Efectos psicológicos del consumo crónico de drogas .....	30
2.4.5. Efectos Sociales .....	32
2.5. Aspectos conductuales relacionados con el consumo de sustancias.....	36
2.5.1. Definición del término uso de una sustancia.....	36
2.5.2. Definición del término abuso de sustancias .....	37
2.5.3. Dependencia a una sustancia.....	39
2.5.6. Definición del término abstinencia al consumo de sustancias .....	44
2.6. Formas de consumo de sustancias.....	45
2.7. Ciclo de consumo.....	46
2.8. Factores de riesgo.....	47
2.8.1. Riesgos del consumo excesivo de las drogas.....	48
2.9.- La Personalidad.....	51
2.9.1. Introducción .....	51
2.9.2. Modelos explicativos acerca de la personalidad .....	51
2.9.3. Aproximaciones conceptuales del término personalidad.....	57
2.9.4. Características generales de la personalidad .....	58
2.9.5 Componentes de la personalidad.....	60

2.9.6	Carácter y temperamento como elementos constitutivos de la personalidad....	60
2.9.6.1.	El temperamento .....	60
2.9.6.1.1	Tipos de temperamento .....	61
2.9.6.2	El carácter.....	64
2.9.6.2.1	Tipos de carácter .....	65
2.9.7.	La dinámica de la personalidad.....	67
2.10.	Teoría de los rasgos de la personalidad.....	68
2.10.1	El modelo de cinco factores .....	68
2.10.2.	Estudios de la personalidad y modelos explicativos de los rasgos .....	71
2.10.3.	Estudios explicativos de los rasgos de personalidad. Kelly, Kretschmer y Jung .....	73
2.10.4.	Estudio explicativo de personalidad según Eysenck.....	74
2.10.5.	El modelo 16 PF.....	75
2.11.	Personalidad y Drogas.....	78
2.11.1.	Características de personalidad según el consumo .....	79
2.11.2.	Factores promotores de consumo y personalidad .....	80
2.11.3.	Alteraciones de la personalidad. ....	81
CAPITULO III.....		86
MARCO METODOLOGICO .....		86
3.1.-	Antecedentes del problema.....	86
3.2.	Significado del problema .....	88
3.3.	Definición del problema.....	89
3.4.	Paradigma de la investigación.....	89
3.5.	Tipo de estudio de investigación.....	90

3.6. Pregunta de investigación .....	91
3.7. Objetivos .....	91
3.7.1. Objetivo general .....	91
3.7.2. Objetivos específicos .....	91
3.8. Definición de variables .....	92
3.9. Instrumentos .....	93
3.10. Análisis de población y muestra .....	94
3.11. Procedimiento metodológico .....	96
CAPITULO IV .....	97
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	97
4.1. Análisis de las características sociodemográficas de la muestra .....	97
4.2. Análisis de los resultados de la evaluación de la gravedad de la adicción .....	100
4.2.1. Análisis de las características diagnósticas de la evaluación con el ASI-6....	103
4.3. Análisis de resultados de clasificación de los participantes de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. ....	106
4.4. Análisis de los resultados de la evaluación de los rasgos de personalidad .....	110
4.4.1. Rasgos de personalidad de mayor predominancia .....	112
4.5. Análisis de correlación entre los rasgos de personalidad, el Índice de gravedad de la adicción y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. ....	115
4.5.1. Correlación entre los rasgos de personalidad y el tipo de sustancia de consumo .....	115
4.5.2 Correlación entre los rasgos de personalidad y el nivel de gravedad de adicción .....	117

4.5.3. Análisis de relación entre los rasgos de personalidad predominantes y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR de trastornos relacionados con sustancias.	120
CAPITULO V .....	128
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	128
5.1. Conclusiones .....	128
5.2. Recomendaciones.....	131
CAPITULO VI.....	133
PROPUESTA.....	133
6.1 Tema.....	133
6.2. Objetivo.....	133
6.2.1. Objetivo General .....	133
6.2.2. Objetivos específicos .....	133
6.3. Justificación.....	134
6.4. Desarrollo de la propuesta.....	135
6.5. Evaluación por niveles de intervención .....	137
6.5.1. Esquema de evaluación y direccionamiento a la intervención.....	140
BIBLIOGRAFIA.....	147
ANEXOS.....	153
Anexo N°1: Cuadernillo 16 PF-5 .....	153
Anexo N°2: Consentimiento informado para evaluación.....	166
Anexo N°3: Cuestionario <i>Ad Hoc</i> para el diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.....	167
Anexo N°4: Índice de Gravedad de la Adicción ASI-6 .....	169

## ÍNDICE DE GRAFICOS

### Cuadros:

Cuadro 2.1: Clasificador de drogas.....	14
Cuadro 2.2.: Principales efectos físicos de las drogas .....	20
Cuadro 2.3: Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias.....	38
Cuadro 2.4: Criterios Diagnósticos para la Dependencia de Sustancias.....	42
Cuadro 2.5: Trastornos relacionados con sustancias del DSM-IV-TR .....	50
Cuadro 2.6: Características de comprensión de la personalidad.....	59
Cuadro 2.7: Tipos de temperamento según Hipócrates .....	62
Cuadro 2.8: Tipos de temperamento según Spranger .....	63
Cuadro 2.9: Modelos comparativos con el modelo de factores de los cinco grandes	70
Cuadro 2.10: Composición del 16 PF .....	76
Cuadro 2.11. Descripción de Escalas .....	77

### Gráficos:

Gráfico 4.1: Distribución de los participantes del estudio con respecto al sexo.....	98
Gráfico 4.2: Distribución de los participantes del estudio con respecto al tipo de tratamiento recibido para los trastornos relacionados con sustancias.....	99
Gráfico 4.3: Distribución de los participantes del estudio con respecto al tipo de sustancia de consumo que motivo la búsqueda de tratamiento por problemas derivados del consumo.....	100
Gráfico 4.4: Resultados de las medias obtenidas en las áreas de medición del ASI 6 junto el resultado promedio de todas las áreas. Además junto a los valores obtenidos se coloca el punto de corte I que muestra la categoría diagnóstica de gravedad leve,	

mientras que el punto de corte II hace referencia a la categoría diagnóstica de gravedad moderada. ....	102
Gráfico 4.5: Distribución de los participantes evaluados a través del ASI 6 de acuerdo a las categorías diagnósticas que obtuvieron.....	105
Gráfico 4.6. Representación gráfica de las medias obtenidas de los participantes evaluados de acuerdo a cada uno de los rasgos de personalidad evaluados. ....	112
Gráfico 4.7. Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes. Se encontraron diferencias significativas.....	114
Gráfico 4.8: Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes con respecto al consumo de sustancias. ....	116
Gráfico 4.9: Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes con respecto a las categorías diagnósticas. ....	122
Gráfico 4.10. Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes con respecto a las categorías diagnósticas...	126

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1. SITUACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN AMÉRICA DEL SUR Y EL ECUADOR

#### 1.1.- Situación de las drogas en América del Sur

En América del Sur la situación de las drogas ha sido un tema discutido en la década pasada y la actual, temas como el tráfico de drogas, la legalización de ciertas sustancias y sumado a los indicadores actuales de consumo en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay según la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (2010) los incrementos considerables de alcohol en dichos países son de suma preocupación, ya que el inicio del mismo da paso a drogas más fuertes e ilícitas siendo la edad de uso desde los 13 años. Países como Chile y Perú poseen índices altos en consumo pero también de tráfico de drogas ilegales.

Los pobladores de América del Sur resultan ser los mayores consumidores de drogas legales, el estudio realizado por la Comisión (ibid) ubicaron que en el indicador consumo realizado alguna vez en la vida, con relación al alcohol, situó en primer lugar a Uruguay y Ecuador con un 80% de individuos, seguidos por Chile con un 75,3% y Argentina con 73%. Así mismo, el *índice de riesgos* ubica a Uruguay como el país que presenta el menor porcentaje de percepción de gran riesgo. Es decir con un 50%, seguido por Argentina con el 57%. En resumen los dos países encabezan las declaraciones de consumo. Otro aspecto importante que se debe

considerar es la cultura, la sociedad y el estándar de vida de cada país sin olvidar las connotaciones psicológicas del sujeto.

En cuanto a las drogas ilegales se observa que el consumo difiere en algunos países, como por ejemplo; la prevalencia de consumo de inhalantes Bolivia y Chile encabezan la lista con cerca de 1,5% de la población de dicho consumo. Sin embargo, Ecuador, Argentina y Uruguay tienen prevalencias muy similares por encima del 1%. A esto se suma el consumo de Marihuana que ejerce mayor presencia en países como Chile y Uruguay. Además de ello la cocaína y la pasta base también se encuentra en los mencionados países. De ellos, Ecuador, Perú y Bolivia son consumidores, pero en un nivel leve (ibid).

Entre las principales causas o factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se mencionan: aspectos culturales, desintegración familiar, la migración, falta de control y comunicación en la familia, falta de educación integral en los niveles educativos, comunitario-familiar y laboral, deficiencia del sistema educativo, presión de grupo e inadecuada utilización del tiempo libre (CONSEP, 2009). Además de ello Polaino (2006) menciona que: “La actual difusión del consumo de drogas en los países occidentales hace que podamos considerar a las drogodependencias como la gran epidemia en nuestros días” (p. 5).

### **1.2.- Situación del consumo de sustancias en el Ecuador**

En el Ecuador las leyes vigentes sancionan el expendio de drogas, sin embargo el consumo en las instituciones educativas se ha ido acrecentando, por ello se han planeado políticas de prevención. Cabe destacar que el Ecuador no es considerado como un punto de expendio o comercialización significativo. En ese

caso se cita lo siguiente: “Aunque Ecuador se ha convertido en un importante país para el tránsito de drogas ilícitas e insumos químicos y para el lavado de dinero, el tráfico ilícito de drogas no ha sido considerado como una amenaza significativa a la seguridad” (Youngers, 2010, p. 2). La situación de las drogas en el país posee un manejo legislativo enfascado a varios indicadores (ibid) en el mismo se refiere:

1. Descriminalizar el consumo de drogas, tratándolo como un tema de salud pública y de políticas sociales, no como un problema judicial penal.
2. Desarrollar alternativas a la encarcelación para infractores de poca monta; y
3. Eliminar la sentencia mínima obligatoria y asegurar la proporcionalidad en el castigo.

Estos indicadores ahondan el hecho de que las drogas en todas sus dimensiones deben ser intervenidas como prioritarios en la salud pública, por ello es importante los acercamientos investigativos, prevención y tratamiento (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009). Además los autores mencionan que: “La mayoría de los países conviven con drogas aceptadas a nivel sociocultural, cuya producción, expendio y consumo están legalizados, junto a otras que son sancionadas” (p. 1). Lo cual se convierte en un parámetro de consideración para una intervención, ya que las cifras aumentan cada año.

Respecto al consumo de drogas en la población, a través de los datos proporcionados por el Informe Mundial de las Drogas (2009), éstos revelaron que el 3,2% de la población del Ecuador entre 15 y 65 años de edad está vinculada a algún tipo de consumo con respecto a las drogas ilegales (marihuana y cocaína de manera general). De la población mencionada, el 73,5% consume marihuana, el 14,8% cocaína y el 6,8% estimulantes, opiáceos u otros.

Si se toma en cuenta los datos de las personas entre 15 y 17 años, se estima que el consumo de marihuana en este colectivo oscila entre el 4% y el 9% (ONUDD, 2009).

Los datos de tratamiento proporcionados por los Centros de Recuperación revelaron que el 52,1% de los pacientes se encuentran bajo tratamiento para el consumo de cocaína, el 31,7% para el consumo de marihuana y el 16,2% estimulantes, opiáceos u otros (estos datos no incluyen a los pacientes que ingresan por consumo de alcohol) (ONUDD, 2009).

En el año 2012, se llevó a cabo la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en el Ecuador en estudiantes de 12 a 17 años (CONSEP - OND, 2012) con el objetivo de identificar los hábitos de consumo, patrones, tipos de consumo y tipos de sustancias más usadas entre la población mencionada. Los resultados mostraron que en el uso experimental de sustancias, 1,19% lo hacía con inhalantes, el 1,62% lo hacía con marihuana, el 0,25% con pasta base y el 0,53 con cocaína. En lo que respecta al uso ocasional el 4,17% con tabaco, el 20,6% alcohol, el 0,32% con inhalantes, el 0,87% con marihuana, el 0,13% con pasta base y el 0,24% con cocaína. En cambio para el uso regular se evidenció: que el 1,72% consume cigarrillos, el 7% alcohol, 0,06% inhalantes, 0,13% marihuana, 0,02% pasta base y 0,04 cocaína (2012).

Respecto al uso recurrente en cambio 1,66% consume cigarrillo, el 3,6% alcohol, 0,53% inhalantes, 0,8% marihuana, 0,19% pasta base y 0,32% cocaína. Y finalmente sobre el uso intenso se obtuvo que: 1,08% consume tabaco, el 2% alcohol, el 0,08% inhalantes, el 0,18% marihuana, el 0,02 pasta base y el 0,07

cocaína. La encuesta nacional se aplicó en una muestra nacional de 39634 estudiantes de todas las provincias del Ecuador (2012).

Los datos obtenidos, evidencia que un segmento representativo de la población juvenil y en general que, no solo se encuentra en contacto con sustancias y drogas legales o ilegales, sino también con el consumo en los diferentes niveles (2012).

### **1.3.- Justificación**

La presente investigación se desarrolla con la finalidad de conocer la manifestación de los rasgos de la personalidad predominantes presentes en consumidores de drogas que tienen algún tipo de Trastorno relacionado con Sustancias. Esto es llevado a cabo sobre todo por la limitada investigación que se hace a éstos temas en el contexto nacional, ya que por una parte es un fenómeno poco visibilizado y por ello la ejecución de la misma se vuelve pionera al existir deficiencias en la formación de quienes intervienen en centros de tratamiento de adicciones y comunidades terapéuticas lo que ha generado un pesimismo generalizado alrededor de la eficacia del tratamiento por la comercialización que circunda en el internamiento privado de sujetos que usan sustancias.

De la misma manera el avance en el consumo de sustancias y los trastornos derivados de los mismos comienzan a ocupar un espacio en la opinión pública, sobre todo por la percepción que se tiene en el incremento de uso, la diversificación de las sustancias de consumo, la violencia generada en torno a ella y la población que la usa. A más de ello, la deficitaria profesionalización que se tiene en la actualidad entorno al tratamiento y sus intervenciones debido a que los actores clínicos de los

centros de tratamiento carecen en su mayoría de formación especializada y en veces se trabaja empíricamente con monitores vivenciales que distorsionan la terapéutica.

Hoy en día es importante contextualizar los conocimientos científicos que se tienen alrededor del sujeto y sus drogas, de ahí la necesidad de investigar y explorar sobre el fenómeno del consumo de sustancias en nuestro entorno, por lo tanto este también corresponde a un estudio confirmatorio que servirá en la construcción de otros estudios de mayor tamaño (meta-análisis).

Se ha visto el incremento anual de los índices de uso y consumo de sustancias, la dificultad en nuevas propuestas de adherencia al tratamiento de parte de quienes tienen acceso a procesos de recuperación en su mayoría a través del sector privado gestionado por el Sistema Nacional de Salud y también la ausencia de una terapéutica sistematizada que aborde desde la individualidad con un diagnóstico clínico claro y no tan solo con diagnósticos empíricos.

También la presente investigación servirá como un instrumento de beneficio, ya que los participantes recibirán un proceso de evaluación y acceso a un diagnóstico psicológico más real y profesional, para a partir del mismo recibir un mejor tratamiento. También la PUCESA se beneficiará al poder intervenir sobre problemas que afectan a la sociedad y proporcionar propuestas de solución.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.- CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS**

##### **2.1.- Modelos explicativos acerca del consumo de sustancias**

###### 2.1.1.- Introducción

Muchos autores cuando desean indagar sobre lo que es un consumo de sustancias define lo que es una adicción (Osorio, 2006), en este caso se menciona que una adicción: “Se trata de la necesidad imperiosa de consumir una sustancia regularmente” (p. 41). Dicha necesidad contempla factores que determinan, facilitan y mantienen la conducta adictiva de ello (ibid). Además menciona que el consumo no regulado se transforma en adicción a una sustancia y que esta actividad promueve un consumo de dosis mayores para producir efectos similares, además Lorenzo y otros (2009) mencionan que: “entienden el consumo de drogas como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales” (p. 90).

En este aspecto, varios modelos explicativos para el consumo de drogas marcan a *la satisfacción y el escape de la realidad* como una manera de llegar a un equilibrio (ibid), además mencionan que una: “sustancia es capaz de modificar la realidad, favoreciendo la fantasía humana o evadiéndole de la dura existencia cotidiana para más tarde, dominarle por entero hasta quebrantar sus fuerzas y salud” (p. 3). Rescatando dicha explicación no cabe duda que tenga que ver la personalidad

del individuo con relación a ser o no vulnerable ha dicho escape de la realidad, sin dejar a un lado los mecanismos de adaptación. Las vivencias y aprendizajes refieren que la vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinadas drogas o a ciertas sustancias está relacionada con una serie de factores biológicos y psicológicos, lo que hace posible que se genere un consumo (ibid).

Son varios los expertos que hablan de una *personalidad adictiva*. Sin restar importancia a lo último se podría decir que existen ciertas formas de ser que se ligan fácilmente a un comportamiento de consumo (Polaino, 2006) además menciona que: “Los apáticos, aquellos que no parecen mostrar interés por casi nada, cansados y desmotivados, pueden encontrar en el consumo de drogas un aliciente que les saque de su apatía (...)” (p. 17). De igual manera el autor agrega que los solitarios tienen también un alto riesgo de caer en el alcoholismo o en las toxicomanías, y que lo mismo ocurre con las personas antisociales ya que se orientan a un mayor riesgo de convertirse en drogadictos, debido a su falta de interés y de respeto por las normas sociales y a su actitud egocéntrica, por ello ciertas personalidades son más vulnerables que otras (2006).

Otro aspecto que ayuda a explicar el consumo de sustancias parte de la *diferencia entre hombres y mujeres para el consumo*, ya que también posee un contenido de esclarecimiento (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009). También el sexo parece ser el factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias debido a características constitucionales de los individuos, las mujeres, por ejemplo: presentan una menor capacidad metabólica de etanol; lo cual significa que una dosis pequeña posee efectos significativos en dicho organismo. Otro indicador interesante es lo mencionado por las (Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito, 2004)

donde refieren que aunque la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas puede ser menor entre las mujeres en comparación a los hombres, las mujeres son más propensas a consumir fármacos ya sean estos con recetas o de forma ilícita (ibid).

La *integralidad* de la persona es otro elemento que permite comprender el fenómeno en mención. Es decir compaginar varios aspectos inherentes al ser humano como por ejemplo: la herencia, el ambiente, entre otros. Sobre el aspecto de la genética Lorenzo y otros (2009) refieren que: “La carga genética de la persona puede mediar en las características farmacocinéticas de la droga, dado que existe un polimorfismo de genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, el metabolismo, la eliminación de las drogas (...)” (p. 30). Por ello es que se habla de una predisposición genética a las drogas o una resistencia a las mismas. Por ejemplo los hijos de padres alcohólicos tienen más probabilidad de desarrollar alcoholismo, aunque luego vivan en ambiente libre de alcohol, dicha predisposición explica la existencia de familias drogodependientes o historial de familias consumidoras ocasionales o habituales (ibid).

Desde luego no se debe olvidar los *factores de riesgo* que dan otra orientación explicativa acerca de un consumo (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009), los autores acercan su postura hacia el desarrollo evolutivo, refieren que la *adolescencia* es un factor de riesgo para las drogodependencias, debido a las características del proceso de madurez psicológica, no obstante dicho término se enmarca en varios posturas de discusión psicológica. Los mismos autores mencionan que hoy en día no se pone en duda que son muchos los factores ambientales que condicionan el desarrollo de una drogodependencia, por ello es que el tema de las drogas y sus modelos explicativos son bastos (ibid).

### 2.1.2.- Modelo biológico

Uno de los modelos de consideración es el modelo biológico, Jellineck (1952) Dole y Nyswander (1965) citados por Lorenzo y otros (2009), mencionan que: “existe una predisposición genética que junto con las dificultades en el proceso madurativo personal provocan una susceptibilidad a la dependencia” (p. 31). Dicha dependencia de drogas no se aleja de los estudios comparativos con historial de consumo previo, dentro de este modelo se derivan otros tales como el modelo de la auto-medicación de Khantzian (1985). Lorenzo y otros (2009) refieren que la postura del autor, consideran que se requiere de la existencia de un trastorno de personalidad o de un trastorno mental previo presente en la persona dando como resultado la necesidad de usar drogas, a fin de dar alivio a esos padecimientos.

Otra postura enraizada en este esquema explicativo de consumo es el modelo de exposición propuesto por Weiss y Bozart (1987), estos autores según Lorenzo y otros (2009) mencionan que: “consideran que la dependencia se produce por la capacidad de las drogas de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas” (p. 31). Todo este modelo posee un componente orgánico que da una visión de cómo el consumo de sustancias se perfila en el ser humano.

### 2.1.3.- Modelos psicológicos

Los modelos psicológicos parten desde las teorías que explican el comportamiento y el sentir del ser humano. En este aspecto Lorenzo y otros (2009) describen la postura de *la escuela conductista* relacionada con el consumo de drogas. En la que se dice que esta postura sigue *el modelo de condicionamiento operante*,

define que el consumo de ciertas drogas se verá reforzado cuando la persona experimenta o produce una mejoría de su funcionamiento social a través de los efectos, así por ejemplo efectos que aparentemente ‘tranquilizan’ a la persona en un determinado momento condicionan a una respuesta a la persona.

*Las posturas cognoscitivas* se enfocan en el modelo de los *aprendizajes*, en especial lo referente al aprendizaje social-modelado. En esta postura se da importancia a los patrones de comportamiento de quienes sean las figuras a imitar *modelo social de referencia*, ejemplo cuando se imita la conducta de un padre o de un compañero al que se admire y la fuerza de esta imitación depende de la calidad de la relación de dichas figuras, por lo que se podría imitar incluso las conductas y formas de reflexión sobre las cosas de la vida cotidiana en este caso apegadas al consumo (ibid).

Otro de los modelos es el de la *adaptación*, para ello se menciona que: “los consumidores de drogas son ineficaces en la utilización de recursos personales o del contexto para dar solución a sus problemas” (p. 32). Esta falta de recursos podría decirse que es un sesgo cognitivo o una irracionalidad para poder solucionar problemas y enfrentar los desafíos de la vida en todas sus esferas. El modelo social de Peele citado por Lorenzo y otros (2009), señalan que: “el consumo dependiente viene determinado por el modo en que la persona interpreta la experiencia de consumo, efectos de la droga, cómo responde a nivel fisiológico y emocional a la misma” (p. 32). Interpretar las experiencias como todas negativas podría desencadenar un apego al consumo de sustancias, por ello este modelo comparte cierta similitud con ciertos modelos de aprendizaje y de modelos cognitivos.

#### 2.1.4.- Modelos sociológicos

Una de las cosas que destacar es que los modelos sociológicos aportan mucho a los modelos psicológicos debido a que toman una profundidad en la conducta social de la persona al igual que sus dificultades, uno de los modelos sociales es el de asociación diferencial (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009), además manifiestan que un indicador de consumo es la administración de droga por parte del mejor amigo del adolescente (o de una persona a fin) y, además, que la existencia de un desapego a la familia de origen facilita que los hijos se integren más fácilmente en asociaciones marginales y que desde luego sean propensas al consumo o que consuman más.

El modelo del control parental citado por el mismo autor sostiene que las consecuencias, a largo plazo, por la falta de afecto de los padres y desde luego a la ausencia de normas y reglas son reflejo de una conducta social desadaptada por parte de los hijos, es decir, adquieren un mayor riesgo para el consumo de drogas. Otro modelo es de la autoestima en el que se señala que: “la baja autoestima que tiene el adolescente en el marco de la familia se recupera en el grupo y si éstos son consumidores de drogas, ésta será la pauta del comportamiento adoptada” (p. 32).

Cada uno de estos modelos explicativos se orientan a la ilustración de cómo las personas se perfilan como posibles consumidores de droga o a su vez como vulnerables biológica y psicológicamente. Estas posturas desglosan la integralidad de la persona, se dice que el modelo más acertado para comprender el comportamiento y demás manifestaciones psicológicas y patológicas también, es el que engloba lo biopsicosocial de este modo se esclarecen de mejor manera los actos del individuo.

## **2.2.- Definición de términos droga, tipos y modelos de clasificación**

### **2.2.1.- Definición del término droga**

Los autores en su mayoría definen a las drogas desde una perspectiva de abuso, es decir, como parte de una afectación y no desde una connotación de sustancia que modifica varias funciones del ser humano. Dicha definición se enmarca en lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estipulaba en 1969, en el que define a la *droga* como aquella sustancia de uso no médico que posee efectos psicoactivos, los mismos que producen cambios en la percepción, el estado de ánimo o los afectos, la conciencia, el comportamiento y a la vez son susceptibles de ser auto-administradas. Aquello también marca una línea divisoria entre un uso terapéutico como los son los fármacos (ibid).

Otra definición es la propuesta por Osorio (2006) quien manifiesta que una droga: “Se trata de sustancias con efectos en el sistema nervioso central que crean adicciones y cuadros de abstinencia ante la interrupción de su consumo” (p. 41). Además dicho concepto justifica de alguna manera lo que es el consumo, el hábito o la adicción que invaden el espacio psicológico, social, físico de la persona y de la sociedad como tal.

### **2.2.2.- Tipos de drogas**

A continuación se muestra un cuadro clasificatorio de drogas con sus respectivos componentes:

**Cuadro 2.1: Clasificadorio de drogas****PRINCIPALES FAMILIAS DE DROGAS**

Nicotina	Tabaco
Alcohol y sustancias relacionadas con efectos sedantes	Alcohol etílico (etanol) Sedantes Barbitúricos: pentobarbital, secobarbital... Benzodiacepinas: diacepam, alprazolam... Inhalantes: Disolventes (gasolina, acetona...), gases (óxido nitroso, nitrito de amilo (poppers) ) Otros: gamma-hidroxitirato (GHB, éxtasis líquido)
Cocaína y anfetaminas	Cocaína Anfetaminas: Dextroanfetamina, metanfetamina, efedrina, cationina, metilfenidato... Anorexígenos: Fenfluramina, fentermina, mazindol
Drogas de síntesis	Anfetaminas entactágenas 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis) 3,4-metilendioxianfetamina (MDA) 3,4-metilendioxietilanfetamina (MDE) Anfetaminas alucinógenas (derivados metoxi) 4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina (DOB) 2,4,5-trimetoxianfetamina (TMA-2) Para-metoxianfetamina (PMA)
Cannabis	Tetrahidrocannabinol (THC)
Cafeína	Metilxantinas: cafeína, teofilina, teobromina
Psicodélicos	Derivados del ácido lisérgico : dietilamida del ácido lisérgico (LSD.-25) Triptaminas sustituidas: psilocibina, dimetiltriptamina (DMT), muscimol Feniletilaminas: mescalina, anfetaminas alucinógenas Aricicloalquilaminas: fenciclidina (PCP), ketamina (Special K)
Esteroides - anabolizantes	Andrógenos: testosterona, estanozolol, nandrolona

**Fuente:** GOLDSTEIN, 2001 citado por (Gálligo, Caudevilla, & semFYC, 2014)

De forma general el cuadro muestra ciertas drogas y varios de sus compuestos, según el DSM – IV-TR citado por (Vallejo, 2005) distingue 11 clases de sustancias psicoactivas asociadas al abuso y dependencia:

- 1) Alcohol
- 2) Alucinógenos
- 3) Anfetaminas
- 4) Inhalantes
- 5) Cannabis
- 6) Cocaína
- 7) Fenciclidina
- 8) Sedantes
- 9) Nicotina
- 10) Opiáceos
- 11) Hipnóticos y ansiolíticos

Las drogas de síntesis y semi- síntesis actualmente han sido analizadas a profundidad aun así queda mucho por cubrir a continuación se presenta una clasificación resumida de dichas drogas:

- a) **Éxtasis:** Su presentación habitual es en polvo o pastillas, son de colores rosado, amarillo o azul. Los usuarios a través de su consumo intentan tener mayor comunicación, mejor sociabilización y alcanzar sensación de euforia, reduciendo el agotamiento, apetito y sed.
- b) **Eva:** Su consumo habitual se da a través de pastillas. Produce neurotoxicidad sobre el sistema serotoninérgico e induce corporalmente a la hipertermia.

- c) **Píldora del amor:** Posee efectos alucinógenos y nivel de toxicidad mayor al del éxtasis, su consumo produce euforia y extroversión
- d) **Speed:** Tiene mayor efecto alucinógeno y toxicidad superior al éxtasis. Su consumo produce euforia y aumenta el contacto interpersonal, su presentación común es como un polvo blanquecino, carente de olor y con sabor amargo. Sus formas de consumo son distintas pudiendo ser fumada, inhalada, ingerida o inyectada.
- e) **Polvo de ángel:** El PCP inhibe en el consumidor la capacidad de concentrarse, y pensar lógicamente. En su consumo se presenta ambivalencia en el estado de ánimo, percepción alterada y pensamientos irracionales. Los usuarios experimentan euforia progresiva de leve a intensa, mientras que otros se sienten amenazados por el miedo y pensamientos de persecución.
- f) **Poppers:** Los poppers son drogas cuyo uso se asocia a la recreación, está compuesto principalmente por nitrato de amilo. Sus efectos principales son una fuerte sensación de euforia, ligereza, desinhibición sexual. Sus efectos desaparecen rápidamente presentándose posteriormente depresión y agotamiento.  
(Ministerio del Interior, 2002, p.p. 6,7,8,9,10)

### 2.3.- Clasificación de las drogas

Las drogas son sustancias que poseen diferentes componentes y efectos diversos. Su utilización varía de forma personal o colectiva y sin embargo, al poseer un contenido adictivo su uso en tiempo y frecuencia lo hace un problema de índole público de salud y desde luego está sujeto a varias problemáticas de la vida cotidiana. El amplio aspecto de las drogas las hace poseer determinadas clasificaciones, tipos,

efectos y demás, a fin de poder ser estudiadas y trabajadas con el objetivo de lograr su tratamiento y control.

En el presente trabajo de investigación se abordan dos clasificaciones: la primera con respecto a la clasificación por los efectos que provoca en el Sistema Nervioso y la segunda clasificación que se refiere a los efectos globales que provoca en el cuerpo las sustancias en mención.

### 2.3.1.- Clasificación de las drogas por sus efectos en el Sistema Nervioso

De manera general las drogas que se clasifican por el efecto que producen en el Sistema Nervioso se conoce como: los psico-analépticos, las psico-lépticas y los psico-dislépticos.

Las drogas estimulantes o *psico-analépticos* tienen como característica que excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009). Los estimulantes se llaman así porque excitan el sistema nervioso central, la OMS (2008) refiere que los estimulantes son: cualquier sustancia que activa, potencia o incrementa la actividad neuronal, también son llamados psico-estimulantes. Las anfetaminas, cocaína, cafeína y otras xantinas, la nicotina y los anorexígenos sintéticos como la fenmetrazina o el metilfenidato” forman parte del grupo de drogas estimulantes (p. 36), también se incluye al alcohol en sus primeras instancias (Osorio, 2006).

En cambio, las drogas depresoras o *psico-lépticas* se caracterizan porque principalmente retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009). También porque disminuyen la actividad cerebral por lo que se observa una lentificación de los

estados funcionales, además Vallejo (2005) menciona que: “Este término se utiliza para describir un grupo de sustancias que tienen en común el hecho de disminuir la actividad cerebral y por tanto, inducir sedación y somnolencia” (p. 659). Sus representantes más notorios son: el alcohol, la heroína, las benzodiazepinas y los disolventes volátiles y además los barbitúricos y el cannabis (Osorio, 2006).

Las drogas alucinógenas o *psico-dislépticos* producen un estado de consciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos intensidad, tono y forma, y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial- alucinaciones (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009). Para profundizar aún más los aspectos de dichas drogas Vallejo (2005) define a este conjunto como: “Sustancias que producen un abigarrado conjunto de efectos sobre las funciones psíquicas básicas y los procesos de senso-percepción, que redundan en fenómenos de desorientación, distorsión del espacio y tiempo, alteraciones psíquicas transitorias y alucinaciones” (p. 659). Sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LCD), el cannabis, los hongos alucinógenos y ciertas drogas de síntesis.

### 2.3.2.- Clasificación de las drogas por sus efectos globales en el organismo

Por otra parte, una clasificación distinta de las drogas corresponde al impacto global de las drogas en el organismo, así existen las llamadas: drogas fuertes o duras y las drogas leves o blandas. Dentro de este aspecto Polaino (2006) menciona que: “Tradicionalmente, aunque este concepto se está abandonando en la actualidad se han dividido las drogas entre las llamadas drogas duras y las drogas blandas en función de sus efectos y consecuencias” (p. 133). De acuerdo a esta definición se podría decir

que dicha clasificación se enmarca en el hecho de que las drogas blandas son de efectos moderados, poco tóxicas sin mucho riesgo para la salud del sujeto, mientras que las drogas duras son lo contrario, es decir, que poseen efectos considerables en la salud de la persona. De igual manera el autor menciona que: “se distinguían drogas de tipo blandas y de tipo duras pero que dicha distinción es superflua, un ejemplo de droga blanda sería la marihuana y una droga dura sería la heroína” (p. 133).

Esta clasificación se consideró nimia como menciona el autor ya que se podría tratar de una droga de tipo blanda pudiéndose ser consumida en grandes cantidades afectando de manera considerable a la persona y convirtiéndose en una droga peligrosa droga dura.

#### **2.4. Efectos de las drogas**

Al hablar de los efectos que ejercen las drogas en el ser humano se extiende un marco amplio de variantes, como por ejemplo: efectos a nivel orgánico, psicológico-mental y social. Estos efectos pueden derivar en serias consecuencias en la vida del consumidor de sustancias. Algunos sujetos que han estado inmersos en procesos de rehabilitación por el uso de drogas han tenido complicaciones posteriores debido a la dificultad para superar efectos crónicos de los mismos, aunque el objetivo de la intervención busca reducir dichos efectos y permitir al individuo reinsertarse nuevamente en la sociedad de una manera funcional y desde luego sin dejar a un lado los factores de riesgo que potencian el consumo de drogas y que son de consideración en el proceso terapéutico.

#### 2.4.1. Efectos biológicos o físicos de las drogas

Existe una variedad de efectos físicos causados por la ingesta de drogas, de ellas se describen las que son detectables mediante un proceso de chequeo, es decir, las que de alguna manera se aprecian visiblemente. A nivel general Cardona y otros (1993) refieren que los efectos físicos varían según el tipo de droga, destacando las más sobresalientes (Ver cuadro 2.2).

#### **Cuadro 2.2.: Principales efectos físicos de las drogas**

- 
- a) expresión somnolienta.
  - b) falta de coordinación.
  - c) pérdida del apetito,
  - d) estupor.
  - e) heridas en el cuerpo.
  - f) alucinaciones.
  - g) vómito.
  - h) dificultad respiratoria.
  - j) espasmos en las extremidades.
- 

**Fuente:** Cardona y otros (1993).

Para ejemplificar como son los efectos físicos de consumo de drogas (Rosa, 2003) esclarece este punto con la marihuana y refiere: “La marihuana afecta la función de la memoria, distorsiona la capacidad de la percepción, obstaculiza el juicio, y reduce la capacidad motora, incluyendo la aceleración de los latidos del corazón, aumenta la presión arterial” (p. 6). Otro aspecto a considerar es la química cerebral y las células neuronales que mueren producto de los fuertes químicos propios de la droga.

En este aspecto Lorenzo y otros (2009) citan lo siguiente: “Los estudios realizados con animales han demostrado que las drogas de abuso modifican la actividad de varios sistemas de neurotransmisores, como el dopaminérgico o el opioideérgico (...)” (p. 63). Otro de los aspectos importantes son los estudios que se realizan vinculando a la parte bioquímica cerebral del sujeto consumidor para ello se cita lo siguiente: “estudios demostraron rápidamente que las drogas de abuso eran capaces de estimular los circuitos de recompensa cerebral, alterando los umbrales de excitación necesarios para sostener la conducta de auto-estimulación” (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006, p. 7). Todas estas alteraciones conducen a un deterioro mental y desde luego comportamental ya que los lóbulos cerebrales poseen diversas funciones ejecutoras, lo cual sugiere que ante posibles conductas disruptivas u obsesivas estarían relacionados con usos considerables de sustancias nocivas, además se menciona que: “Desde el punto de vista biológico, distintos estados de ánimo pueden implicar disposiciones diferentes en la capacidad de recepción y de propagación de la señal producida por la interacción de la droga con aquellas regiones cerebrales sobre la que actúa” (p. 64). Dichos efectos fisiológicos pueden o no ser visibles con el tiempo, mucho dependerá del tipo de droga, el tiempo de consumo, la edad cronológica, y la personalidad del sujeto.

Varios expertos relacionan el consumo con enfermedades degenerativas en el adulto mayor, es común ver demencias seniles, entre ellas el Alzheimer. Sin dejar a un lado los tipos de manifestaciones que la droga ejerce sobre el organismo humano, la dependencia tanto física como psicológica dan una acertada explicación de varias de esas manifestaciones o efectos a nivel físico, la (Organización Mundial de Salud, 2008) “La dependencia psicológica se refiere a la pérdida del control sobre la

sustancia, mientras que la dependencia fisiológica se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia generados” (p. 31). La dependencia física al igual que la psicológica poseen efectos sobre el organismo humano, dicha dependencia está asociada con los cambios que ejerce la droga en el cuerpo, (Valleur, Debourg, & Matysiak, 1988) menciona: “Dependencia física se define como la aparición de trastornos, síntomas físicos cuando un individuo deja de tomar su droga habitual: apareciendo el síndrome de abstinencia” (p. 19), la sintomatología y demás que aparecen son el resultado de la adaptación del organismo a la droga, otros autores como (Martinez, Páez, Sanchez, & Piedras) manifiestan que la dependencia biológica es un “estado de adaptación del organismo que se traduce en la presencia de alteraciones físicas al suprimir la administración de la droga.” (p. 3).

En cuanto a otros fenómenos característicos de la presencia de drogas en el organismo la tolerancia física es un común denominador en la aparición de ciertos efectos; a continuación se destaca diversas definiciones y tipos de tolerancia:

- a) La tolerancia metabólica está relacionada con el aumento de la actividad de las enzimas encargadas de la degradación de la droga, al disminuir su concentración, tendrá una actuación más débil sobre el organismo
- b) La tolerancia celular representa una disminución de la sensibilidad a la droga de los sistemas sobre los que ésta actúa (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009, p. 68).

Mientras la tolerancia posee múltiples variaciones en el organismo, el más conocido; el síndrome de abstinencia tiene diferentes manifestaciones según varios factores como: tipo de droga, tiempo de consumo, medicamentos que son aceptados

o rechazados por el organismo cuando se realiza una desintoxicación, entre otros, en el siguiente párrafo se destacan algunos indicadores de abstinencia:

**a) Síndrome de abstinencia agudo:** es un conjunto de signos y síntomas físicos-psicológicos que aparecen de forma continúa a la interrupción del consumo de una sustancia de la que el consumidor es dependiente.

**b) Síndrome de abstinencia tardío:** es un conjunto de cambios del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que permanecen durante un largo período meses o años, posterior a la obtención de la abstinencia. Este cuadro clínico es el causal de múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente y contribuye sustancialmente en los procesos de recaída.

**c) Síndrome de abstinencia condicionado:** consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser expuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. (Martinez, Páez, Sanchez, & Piedras, p. 4)

#### 2.4.2. Efectos psicológicos

Existen efectos comportamentales típicos del consumo de drogas, se manifiestan dentro de las reacciones antisociales, el drogodependiente vive por la droga y hace todo lo posible por conseguirla sin que existan para él barreras morales (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009). Sumado al síndrome de déficit de actividad donde se hacen presentes la astenia, la indiferencia, la disminución o interrupción de la actividad motora, la disminución o pérdida de capacidades cognoscitivas *deterioro intelectual* que repercute seriamente en el proceso de

tratamiento de drogas, pasividad, apatía, aislamiento, abulia, entre otras, cabe notar que dichos indicadores se conjugan con otras anomalías (ibid).

Cabe desde estos puntos de actitud adictiva, señalar que los hábitos de consumo poseen una variedad amplia de factores sin dejar a un lado los de personalidad, por otra parte la habituación y demás comportamientos hacen a la persona ser más dependiente de la droga, mostrándose visiblemente, (García, 1999) menciona: “Por último, en muchas ocasiones, determinados efectos del consumo de una droga sobre la conducta del sujeto no son sino una manifestación exacerbada de sus hábitos y predisposiciones.” (p. 39). Tanto la abstinencia como la tolerancia psicológica de drogas son comunes cuando se ha realizado un proceso terapéutico de rehabilitación, en el caso de abstinencia psicológica mucho tiene que ver la personalidad y las nuevas formas de adaptación al entorno, responsabilidades y demás, (Martínez, Páez, Sánchez, & Piedras) refieren: “La dependencia psicológica es un estado de satisfacción causado por el consumo de una sustancia lo cual induce al sujeto a repetir su administración para continuar en ese estado y/o evitar la aparición de sintomatología asociada a la abstinencia” (p. 3), de igual manera otros como; (Valleur, Debourg, & Matysiak, 1988) manifiestan que: “Dependencia psíquica: se refleja también en un malestar, en un sufrimiento psíquico que sobreviene cuando se deja de tomar la droga. Sensación de angustia, irritabilidad, sensación de vacío, y de falta de ánimo (...)” (p. 20)

De manera general y para aclarar de mejor manera este punto de análisis se cita la siguiente definición:

Abstinencia. Resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, etc. Frecuentemente, en

encuestas o trabajos de investigación, el *abstinente* es definido como una persona que no ha consumido drogas en un determinado período anterior (por Ej., 3, 6 ó 12 meses) (...)” (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez, & Martínez, 2004, p. 17)

En cuanto a la tolerancia, las conductas psíquicas que no están desligadas a la parte biológica, dan como resultado un acostumbamiento del organismo y posteriormente dan lugar a conductas repetitivas donde el sujeto sabe hasta qué punto puede llegar con determinada droga, (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) refieren: “La tolerancia puede ser considerada como un fenómeno adaptativo del organismo, que en su intento por alcanzar un estado equivalente a la condición libre de droga, que al disminuir su concentración tendrá una actuación más débil sobre el organismo” (p. 68), de esta definición se ramifican otras como:

- a) **Tolerancia directa:** es un estado de adaptación que se caracteriza por el requerimiento de dosis mayores de una determinada sustancia para la obtención de efectos similares.
- b) **Tolerancia inversa:** es un estado contrario al anterior aquí se producen los mismos efectos con dosis menores de la sustancia.
- c) **Tolerancia cruzada:** es un estado que aparece con una sustancia o con otras del mismo tipo. Como ejemplo se tiene a la morfina y heroína. (Martínez, Páez, Sánchez, & Piedras, p. 3)

Dentro de los efectos psicológicos de las drogas, estudios demuestran que el entorno y los afectos son sin duda el sondeo preferido para detectar un posible comportamiento adictivo; (Martínez, Ortega, Díaz, Benitez, & Martín, 2005)

menciona: “Los estudios psicométricos reflejan trastornos psíquicos, afectaciones en la esfera afectiva- cognoscitiva y conductual, que se traduce en afectaciones psicosociales.” (p. 1). La población adolescente debido a su desarrollo evolutivo y demás características son más propensos y vulnerables a caer en adicciones, la relación con sus pares y los estándares ideales de una sociedad consumista, y la manera con la que los ídolos juveniles transmiten ejemplo sobre su vida con las drogas y excesos, la imitación y las presiones, hacen que la droga se cuele en la psicología del joven en proceso de crecimiento. En este apartado se muestra un sinnúmero de características de consumo:

Las causas de más frecuentes del consumo de estos jóvenes son:

- Bajo nivel escolar de la familia, fundamentalmente de origen campesino.
- Bajo nivel económico, bajos ingresos de las familias.
- Familias disfuncionales, incompletas, pérdida de uno de los miembros principales (cónyuges).
- Problemas en la orientación, comunicación.
- Relaciones interpersonales con jóvenes que no estudian.
- Medio social, etc.
- Las consecuencias del consumo son:
  - Pérdida de la autoestima, motivación e interés por el estudio (afectaciones psíquicas).
  - Violencia en las relaciones interpersonales y familiares.
  - Dificultades económicas.

- Enfermedades y trastornos psicológicos y sociales, etc. (Martínez, Ortega, Díaz, Benitez, & Martínéz, 2005, p. 1)

Como se aprecia en la cita anterior los efectos psicológicos por uso de drogas son variables, mucho dependerá de qué tipo de droga la persona consume, aun así las conductas más comunes de: irritabilidad, agresión, baja tolerancia a la frustración, aislamiento, conductas disruptivas y demás, dan un patrón general de lo que hace la droga en la salud mental de la persona:

Está demostrado por estudios realizados que estos factores psicológicos y socioeconómicos que tienen que ver con el modo de vida y estilos de vida atentan contra la salud del hombre y por tanto se traducen en comportamientos individuales inadecuados o no, lo que depende de la imagen y autoimagen del mundo que le rodea, de las concepciones, criterios y valoraciones acerca de lo que es salud o enfermedad. (Martínez, Ortega, Díaz, Benitez, & Martínéz, 2005, p. 1)

Los estudios bajo esta premisa son ineludibles, a continuación se destaca varios efectos a manera de resumen de algunas drogas, los mismos han sido recopilados con características como: conductuales, motivacionales, emocional, personalidad, y cognición:

Efectos del consumo de heroína:

- Euforia, analgesia, reducción de la ansiedad.
- Inestabilidad emocional, empobrecimiento afectivo.
- Cambios en la personalidad.

- Ausencia de preocupaciones, deterioro de las relaciones interpersonales
- Conductas antisociales, marginación.
- Aparición de trastornos psicóticos, de estado de ánimo, sexuales y del sueño.
- Cuadros depresivos, síndrome amotivacional. (García, 1999, p. 42)

#### Anfetaminas efectos:

- Euforia, ausencia de fatiga, sueño y apetito.
- Verborrea, irritabilidad, agresividad
- Cambios en la personalidad, abandono de las ocupaciones.
- Delirios paranoides, depresión melancolía.
- Gran excitabilidad, miedos,
- Delirium, trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, y sexuales (García, 1999, p. 48)

#### Éxtasis efectos:

- Deterioro cognitivo.
- Aumento de la capacidad de relación interpersonal.
- Euforia, alerta
- Sensación de caer, flotar.
- Disminución de la sensación de cansancio y sueño.
- Irritabilidad, ansiedad, temor (García, 1999, p. 54)

#### Cocaína efectos:

- Anorexia, abulia, déficit en la capacidad de atención

- Aislamiento afectivo, social
- Modificación de la personalidad.
- Crisis violentas
- Descuido en el aseo y atuendo
- Lucidez mental, euforia, miedos
- Pánico, deterioro de la capacidad del juicio. (García, 1999, p. 57)

#### Alucinógenos efectos:

- Depresión, irritabilidad, aislamiento.
- Recurrencias espontáneas de las alteraciones de percepción.
- Angustia.
- Alteraciones de las funciones básicas.
- Euforia, pánico, conductas autodestructivas y suicidad. (García, 1999, p. 60)

#### Cannabis efectos:

- Sensación de bienestar y relajación.
- Facilidad para la comunicación
- Cambios bruscos del estado de ánimo.
- Deterioro de la función escolar, social, laboral
- Oposicionismo, ideas paranoides
- Lenguaje farfullante
- Incontinencia emocional, deterioro del juicio. (García, 1999, p. 63)

Cabe anotar de forma general que los efectos de las drogas varían según la dosis y el tiempo que la persona ha consumido, es habitual según el autor citado la

aparición de cambios en la personalidad como producto del uso de drogas, evidenciándose de este modo la relación directa que tiene el consumo de una sustancia con la variabilidad en las respuestas y personalidad de los usuarios.

#### 2.4.3. Efectos psicológicos del consumo agudo de drogas.

El consumo agudo de sustancias tiene repercusiones graves que muchas veces es el desencadenante de producir trastornos mentales serios, Lorenzo y otros (2009) refieren que: “El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de trastornos psiquiátricos y cuando esto sucede, es decir, cuando se estima que la clínica es un efecto directo de la droga, se diagnóstica un trastorno psiquiátrico inducido por sustancias” (p. 20). De igual manera la Sociedad Española de Toxicomanías (2006) menciona que un trastorno inducido por sustancias se caracteriza por la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se asocian al consumo. Por ello se aprecia que el consumo a niveles extremos produce un efecto severo a nivel psicológico en las personas consumidoras.

Las conductas obsesivas repercuten seriamente en la salud mental del individuo, según la (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006) el abuso de sustancias se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo, de igual manera la dependencia se da cuando hay un uso excesivo de una sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo del tiempo.

#### 2.4.4. Efectos psicológicos del consumo crónico de drogas

Un consumo crónico de drogas posee efectos muy desalentadores para el sistema familiar y para la persona como tal. Efectos que repercuten antes, durante y

después de una intervención terapéutica están presentes en la cotidianidad del paciente y la causal son los efectos que se han producido en su salud mental. La Sociedad Española de Toxicomanías (2006) menciona que: “(...) han llegado a postular de forma global, que el consumo crónico de drogas provoca una hipoactividad del sistema dopaminérgico que resultaría en una disminución de la sensibilidad a los refuerzos naturales, explicándose así la anhedonia y la disforia (...)” (p. 2), esta forma de alteración química afecta al organismo y por su puesto al estado psicológico de la persona.

Así mismo Lorenzo y otros (2009) mencionan que: “las drogas de abuso ejercen sus efectos reforzadores positivos al actuar sobre un conjunto de áreas cerebrales inter-conexionadas entre sí por la actividad de varios neurotransmisores y que recibe el nombre de sistema de recompensa” (p. 35). Otro de los postulados mencionan que el desarrollo de varias enfermedades en sujetos drogodependientes son altas, la SET menciona que: “Estos estudios comparan el riesgo a desarrollar la enfermedad entre los parientes de los individuos que ya manifiestan la drogodependencia (...)” (p. 19). Dentro de lo que refiere a los efectos por consumo crónico de drogas a nivel psicológico son las siguientes:

- Alteraciones en el pensamiento en un nivel subjetivo
- Perturbaciones en la concentración, memoria, atención y el juicio
- Cambios en la expresión emocional que pueden ir de éxtasis hasta miedos y depresiones profundas.

Uno de los efectos a nivel psicológico en la persona son los pensamientos obsesivos acerca del consumo de tal modo que se vuelven irracionales, la SET manifiesta que las ideas relacionadas con el consumo de sustancias surgen una y otra

vez en la mente de las personas con trastornos adictivos con algunas características propias de una idea obsesiva sumado a que las drogodependencias también pueden ser entendidas como el resultado de una grave alteración de la memoria y de un proceso aberrante de aprendizaje. Sin duda estos efectos deben ser tratados previo un proceso diagnóstico que permita focalizar la intervención y así disminuir factores de riesgo en el consumidor.

#### 2.4.5. Efectos Sociales

El entorno social en relación a las drogas comprende un sinnúmero de variables, el ser humano es social por naturaleza, el sentido de pertenencia a ciertos grupos son afectados por las drogas; el aislamiento social, el deterioro de las relaciones sociales, interpersonales, familiares, son en general comportamientos propios del consumo, para ello (García, 1999) manifiesta: “Los efectos de una droga dependen, en algún grado de la personalidad del consumidor, de su funcionamiento cognitivo, emocional y conductual, así como del ambiente físico y social.” (p. 39). Para profundizar en los aspectos sociales relacionados con el consumo se cita lo siguiente:

Los resultados de los estudios evidencian que el nivel cultural influye decisivamente en la incorporación o no de modelos de conductas sanas, en los hábitos, costumbres, tradiciones, además de la influencia del grupo social al que pertenecen, de las relaciones sociales, de los métodos y estilos de dirección y comunicación empleados por la familia, de la preparación de ésta, para enfrentar el problema. (Martínez, Ortega, Díaz, Benitez, & Martínez, 2005, p. 1)

Varios son los autores que hablan de redes sociales primarias (microsociales) que contribuyen a un consumo de drogas, estas a su vez se propagan a escala mayor, dando lugar a sociedades donde el consumo es mayoritario haciendo que las políticas antidrogas tomen una postura permisiva lo que da lugar a la legalización de drogas que antes eran ilícitas. Profundizando sobre lo microsocioal, (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) mencionan: “Las variables microsocioales (la familia, el grupo de iguales y la escuela), cobran gran importancia en las conductas de consumo de droga, al haberse establecido empíricamente la relación que guardan entre sí, sobre todo en la adolescencia.” (p. 41)

El entorno familiar es un indicador importante en el análisis del consumo, se da a conocer factores cuando no existe funcionalidad:

- La desestructuración familiar
- La carencia de disciplina y organización
- La estructura de comunicación inexistente o deficiente
- Las actitudes de sobreprotección
- Los comportamientos agresivos a nivel físico y psicológico.
- Modelos paternos de consumo de drogas legales, a veces de drogas ilegales (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009, p. 42)

La relación entre pares también posee su influencia ya que la persona necesita de otras para poder identificarse y socializar, (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) refieren: “en la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse en un grupo afín, con objeto de tener un intercambio social.” (p. 43), es común ver que las personas de la misma edad incitan a otras a tomar partido de un consumo; ejemplo; en un grupo de amigos del colegio que son consumidores,

quienes ejercen a nivel social y psicológico un fuerte nivel de influencia sobre el usador. De igual manera la influencia de personas idealizadas (ídolos populares), que se han adherido al mundo de las drogas, dan pauta para que los jóvenes en especial, imiten esas conductas. En la micro sociedad educativa se observan algunos estímulos que conllevan consumir drogas:

- Clima escolar negativo
- Clima escolar indisciplinado e inseguro
- Clima escolar de bajas expectativas
- Clima escolar rígido
- Clima escolar sin política clara de relación al consumo de drogas.

(Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009, p. 43)

Al nivel Macro social, los efectos del consumo por influencia de este, orientan hacia una normalidad social de uso de drogas, las presiones y demás consideraciones hacen que dichos efectos se manifiesten con fuerza, (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) mencionan: “Por otra parte, tenemos la disponibilidad y accesibilidad a la droga, lo que es una premisa básica para que se dé su consumo.” (p. 44), el acceso a las drogas independientemente del estrato social no es un impedimento, menores de edad, jóvenes, adultos, debido a la sociedad que da facilidades se ven a merced del consumo ocasional o riesgoso, los mismos autores refieren, que: En algunas culturas, el acceso a ciertas drogas se encuentra facilitado; por ejemplo, en la nuestra lo está el alcohol desde tiempos inmemoriales, (...). Sin embargo, en la actualidad el progreso en las vías de comunicación hace que el acceso a otras drogas tampoco resulte difícil. (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009, p. 44)

Los sociólogos y demás peritos en la materia advierten del peligro de una sociedad globalizada y facilista, donde el acceso a lo restringido es vulnerado con facilidad, por ello es común ver como las personas se han acomodado al sistema; la superficialidad de las relaciones humanas, los estereotipos, las nuevas drogas, las adicciones tecnológicas, el distanciamiento comunicacional, la negligencia personal y demás, contribuyen a la degradación de la estabilidad emocional, (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) refieren: “Por otra parte, el desarrollo técnico de la sociedad ha hecho que el ser humano adquiriera una serie de capacidades que por ejemplo le sumergen en un mundo de ilusión de omnipotencia y de poder viajes, internet, del todo fácil y rápido, de no existencia del dolor ni sufrimiento, el culto del fármaco y medicalización de los problemas, etc. (...)” (p. 44)

Las causas para que se dé un consumo de drogas provistas por la sociedad son las siguientes:

- La oferta y disponibilidad de cualquier tipo de droga
- Los anuncios publicitarios de las drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco)
- Ausencia de información veraz.
- Presión de los modelos sociales
- Dificultades para el uso sano y formativo del tiempo libre
- Valores transmitidos por los sistemas educativos. (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009, p. 44)

## 2.5. Aspectos conductuales relacionados con el consumo de sustancias

### 2.5.1. Definición del término uso de una sustancia

Varias son las definiciones sobre lo que respecta a un *uso de sustancia* drogas. En este caso Lorenzo y otros (2009) refieren que: “El uso de una sustancia no tiene significación sustancial clínica y social. El término uso indica consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc.” (p. 4). Dichos efectos se considerarían leves y casi nada significativos, aun así lo que respecta a consumidores ocasionales no están exentos de un inminente riesgo. Con ello se debe aclarar y más no confundir con lo que es un hábito de consumo, que según los autores sería la costumbre de consumir una sustancia por adaptación a sus efectos, por lo tanto en el Uso existe un deseo de la sustancia pero no existe la necesidad imperiosa de consumir.

El uso puede señalarse por otra parte también como: “El consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo” (Becoña, 2002). Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica.

Cuando se conoce lo que es un uso de sustancias, no solo se está poniendo a juicio el tiempo, frecuencia y cantidad sino además la intencionalidad del mismo. Los autores realizan una clasificación en cuando al uso de sustancias, menciona que un *uso no aprobado* es cuando existe un consumo que está legalmente sancionado; por ejemplo son los casos de consumo cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, conducir un vehículo, portar armas o cuando una persona está en una competencia deportiva (ibid).

De allí parte, otras definiciones como *uso peligroso*, el cual indica el consumo de una determinada droga cuando se encuentra el sujeto en situación de riesgo orgánico, por ejemplo cuando una persona consume alcohol aunque sabiendo que padece de una enfermedad hepática. Otra definición corresponde al término *uso dañino*, es decir que existe un consumo de drogas o sustancias por sujetos en contextos vitales o de riesgo por ejemplo en ancianos, niños, mujeres embarazadas. Por otra parte según el mismo autor el uso que provoca *disfunción* es aquel que describe un patrón clínico des adaptativo del consumo, sea este por una preferencia de consumo de la sustancia o por excesos que se realizan, lo cual significa una alteración del funcionamiento integral del sujeto, es decir en todas las áreas de la persona (ibid).

En el caso del término *consumo de una sustancia*, no siempre se relaciona con una patología determinada, la aparición de ésta requiere de un proceso continuado y persistente de uso (que comienza generalmente sin dificultades tanto en el individuo como en el entorno) hacía un consumo problemático que se desemboca en una dependencia marcada. Cuando se habla de consumo se habla de cantidad, por ello varios estudios estadísticos discuten los puntos de consumo importantes (Rosin, 2005). Con respecto a eso el DSM-IV-TR (APA, 2000) agrega que se establece el abuso como: “Un patrón des adaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de la sustancia”.

#### 2.5.2. Definición del término abuso de sustancias

El abuso de drogas conlleva efectos muchos más fuertes como también existe una propensión al deterioro generalizado en las esferas vitales del sujeto, de allí que

se puede diferenciar lo que es uso, de consumo y de un abuso de sustancias. El Real Colegio de Psiquiatras británicos citados por Lorenzo y otros (2009) definen al abuso de sustancias como: “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo o de la sociedad en general” (p. 4). Estos efectos se ligan a varias manifestaciones clínicas como por ejemplo la toxicomanía; los autores además manifiestan que la toxicomanía hace referencia al estado de intoxicación periódica o crónica del consumidor de una sustancia (Ver cuadro 2.3).

### **Cuadro 2.3: Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias**

---

- A. Un patrón des adaptativo 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.
  - B. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., 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).
  - C. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
  - D. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
  - E. 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 (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

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

---

**Fuente:** APA (2001).

### 2.5.3. Dependencia a una sustancia

En lo que respecta a la dependencia de drogas o *drogodependencia* según varios autores, la misma posee un componente relacional, esto quiere decir que existen comportamientos de imitación o de formas de pensar que conllevan a una dependencia de sustancias. Para ello Polaino (2006) menciona que: “Las personas muy influenciables tienen también mayor riesgo de establecer una dependencia, en razón del tipo de personas con las que tratan y a las que admiran, caso de que estas abusen del alcohol y las drogas, por efecto de imitación y participación.” (p. 16). La influencia social o grupal es desencadenante de conductas de consumo y como se muestra en la cita, también de una dependencia.

De igual manera dicha definición de dependencia consta de varios puntos importantes como lo es: la negación de un problema o un escape de la realidad objetiva. La OMS y la APA citados por Lorenzo y otros (2009) mencionan que la dependencia da lugar a una pérdida total de libertad, pues la persona se encuentra superditada, controlada y desde luego esclavizada por la sustancia psicoactiva, en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto, con afección en su integralidad.

Por su parte la dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana (Becoña, 2002). La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales 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 auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Dentro de los procesos de rehabilitación muchas son las personas que poseen ciertas dependencias ya sean de tipo orgánico o psíquico los autores antes mencionados refieren que: “Clásicamente, se ha descrito dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad se añade un tercer tipo: la social” (p. 6). Los autores mencionan que *la dependencia física*, recibe hoy en día la denominación de *neuro-adaptación*. Éste es un estado que se caracteriza por la necesidad imperiosa de conservar niveles determinados de una sustancia en el organismo, desarrollándose así una relación organismo-sustancia. Dicha dependencia física se puede claramente identificar en sujetos en rehabilitación que están siendo desintoxicados orgánicamente.

Como se aclaró también existe *la dependencia psicológica*, ésta se sujeta a varias posturas teóricas del comportamiento humano, lo cual genera amplios aspectos del ser humano sobre el consumo de sustancias y obviamente la dependencia. Lorenzo y otros (2009) citan lo siguiente: “La dependencia psicológica está sujeta tanto a la capacidad reforzada de la droga y a los niveles de condicionamiento clásico

existentes como a la forma que estos fenómenos se han integrado a la persona, configurando su particular estilo de vida” (p. 12).

Además existe un tercer tipo de dependencia llamado *dependencia social*, la misma se dice que está determinada por la necesidad de consumir una droga como signo de pertenencia a un grupo social (grupo de amigos, grupo de trabajo, compañeros, otros), el mismo que proporciona una clara señal de identidad personal. De igual forma esta identidad cabe destacar, es propia de la edad del adolescente y como ya se dijo, el consumo de sustancias comienza a estas edades del desarrollo evolutivo.

Otro indicador que parte de la dependencia es lo referente a la *tolerancia* y *abstinencia*, mismo que se dice que: “la tolerancia y el síndrome de abstinencia son elementos clave que ayudan a detectar que los procesos de adaptación se han iniciado” (p. 13). Esto ahonda el hecho de lo que hace una dependencia física en la vida del sujeto consumidor, sin olvidar el historial de consumo que es de suma importancia.

Según el DSM–IV–TR (American Psychological Association, 2001) la tolerancia está 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 la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

El diagnóstico de dependencia puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína (American Psychological Association, 2001) (Ver cuadro 2.4).

**Cuadro 2.4:** Criterios Diagnósticos para la Dependencia de Sustancias

---

Un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, 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:
  1. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  2. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  1. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  2. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada 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 (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) 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 (p. ej., consumo de la 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 en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana / Remisión parcial temprana / Remisión total sostenida / Remisión parcial sostenida
  - 2 En terapéutica con agonistas
-

- 
- 1 En entorno controlado
  - 4 Leve/moderado/grave

*Especificar si:*

**Con dependencia fisiológica:** signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

**Sin dependencia fisiológica:** no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

---

**Fuente:** American Psychological Association (2001).

Con estas aclaraciones de dependencia y tolerancia el DSM–IV–TR (American Psychological Association, 2001) liga a estos criterios lo referente a la abstinencia que igual manera está definida por cualquiera de los siguientes ítems en un breve resumen:

- a) Se ingiere la sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- b) La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- c) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o suprimir el consumo de la sustancia.
- d) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej, fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.

Algo que no se debe dejar de lado en los estudios sobre las drogas son los indicadores que orientan a posturas que enriquecen la dinámica con la que las drogas

actúan en el ser humano. Existe una definición denominada sensibilización y se describe como un: “fenómeno contrario a la tolerancia, se trata de una respuesta maximizada a una droga tras una repetición” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009, p. 9), estas manifestaciones clínicas se ligan obviamente a los procesos de consumo y dependencia.

#### 2.5.6. Definición del término abstinencia al consumo de sustancias

El *síndrome de abstinencia* es por así decirlo una manifestación que se da cuando la droga esta fuera del alcance y el consumo por parte del sujeto que lo adquiriría. Además se menciona que: “El síndrome que resulta de la retirada de la droga se denomina abstinencia por *supresión*, (...)” (Lorenzo L. L., 2009, p. 9), dicho resultado varía de acuerdo a múltiples factores ya que se han evidenciado la aparición de estos síntomas durante determinados períodos de tiempo, de este modo los mismos autores refieren que por ejemplo, el síndrome de abstinencia tardío puede tener presencia a los pocos días de haber dejado el consumo de la sustancia y generalmente posterior al síndrome de abstinencia agudo.

En resumen se podría decir que el síndrome de abstinencia además de poseer patrones de aparición en el tiempo, se caracteriza por una determinada sintomatología, los autores mencionan que el síndrome de abstinencia engloba un grupo de síntomas y signos que proceden de la falta de regulación del sistema nervioso autónomo y de las funciones psíquicas elementales como lo son la afectividad, el pensamiento, la percepción, la memoria, la concentración, la conciencia, la atención y la orientación, es decir las funciones psíquicas totales de la persona (ibid).

Al hablar de abstinencia después de un largo periodo de recuperación varios especialistas mencionan el tema de las recaídas, y que mucho depende de la personalidad y obviamente del tipo de droga que la persona consumía. El riesgo de recaída en relación al consumo es evidente, un ejemplo según el autor es que personas que consumían cannabis durante periodos de abstinencia de otras drogas, tras una desintoxicación, poseían una recaída importante. Por ello es que la abstinencia necesita control en todas sus esferas y más cuando hay recaídas significativas (ibid).

## **2.6. Formas de consumo de sustancias**

Las formas de consumo podrían decirse que están ligados con el comportamiento de consumo, cada persona posee su forma o manera de adquirir su droga y usarla, sin olvidar su predilección por alguna y la preparación para conseguir el efecto deseado (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009). Además refieren que existe una forma experimental de consumo, es decir que aquello se da de modo fortuito o se da durante un período de tiempo limitado o en cantidades leves. Otra forma según los autores corresponden al consumo ocasional, que viene a ser un intermitente consumo de cantidades y muchas veces son altas, donde la principal motivación es la integración grupal, logrando mayores niveles de desinhibición personal.

El consumo habitual según Lorenzo y otros corresponden a un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito el primero es aliviar el malestar psico-orgánico que la persona padece, esto puede ser una dependencia psicológica o

física y por otro lado el mantener un rendimiento. Otra forma es el comportamiento compulsivo en éste el consumo es intenso con una prevalencia de varias veces al día. El mismo da lugar a conductas perturbadas y comportamientos inadecuados que propician un sin número de consecuencias sociales como la pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, es decir las esferas de la vida cotidiana se ven seriamente afectadas.

## **2.7. Ciclo de consumo**

En lo que respecta a como es el proceso del consumo de drogas. Se evidencian comportamientos cíclicos, por ejemplo un consumidor posee repetidos patrones insistentes de abuso de drogas y esos periodos repetidos duran tiempos importantes. Autores como Lorenzo y otros (2009) refieren que: “La actuación repetida de las drogas va produciendo una serie de modificaciones que se traducen en diversas actividades, tanto metabólicas como funcionales” (p. 68). Cuando se da el ciclo de consumo los autores son enfáticos en que sus efectos son significativos tanto en lo orgánico como en lo psicológico, por ello es que las conductas son cada vez más obsesivas y perjudiciales *conducta agresiva, delictiva*.

Las drogas poseen el común denominador de ser adictivas, y eso conlleva a que los sujetos busquen los medios a fin de satisfacer su deseo, dicha necesidad se convierte en una rutina que ligan al comportamiento de forma patológica. Los autores mencionados anteriormente refieren que: “todas las drogas tienen en común su habilidad para controlar el comportamiento de forma similar a los reforzadores positivos naturales, como los alimentos y el agua” (p. 68). Esa fuerza imperiosa hace que se vuelva notorio que el sujeto esté involucrado en un proceso de adicción; los

actos delictivos, el vandalismo, las pandillas, sujetan al ser humano en un círculo vicioso, Otero citado por (Yubero & Jiménez, 2001) menciona que: “la droga causa delincuencia y asume que el consumo de droga precede a la delincuencia, y que es la necesidad de delinquir” (p. 76), de ahí parten varias de las problemáticas que se convierten en fenómenos alarmantes para la salud pública.

## **2.8. Factores de riesgo**

Existen factores de riesgo que entran en influencia para que se genere una adicción en la persona (Yubero & Jiménez, 2001), además refieren que existen factores de riesgo tales como: a) el uso temprano de drogas; b) una personalidad no convencional; c) una red social inadecuada; d) un comportamiento desviado; e) el uso de drogas por personas que ejercen de modelos como los padres, otros adultos relevantes como los hermanos mayores; a ello se suman otras como; f) la búsqueda de nuevas sensaciones; g) algunos factores de personalidad tales como signos de agresividad o comportamiento no sumiso; h) una baja o ausencia total religiosidad; i) bajo rendimiento académico; j) alteraciones psicológicas como la depresión, autoestima, auto-aceptación. Es importante destacar el papel participativo de la personalidad ya que ciertas conductas se potencian más con la llegada de una adicción

Otro de los factores que mencionan son los familiares, es decir que la familia posea: “la existencia de una historia de alcoholismo y comportamiento antisocial, el uso de drogas entre los padres y hermanos mayores, unas influencias familiares poco efectivas y la carencia de un ambiente entre padres e hijos” (p. 109), además factores

relacionados con los compañeros, que mencionan el uso de drogas por parte de éstos, la interacción social a través del propio grupo y la presión social por parte del grupo (ibid). Dichas presiones aunque parezcan relativas son decisivas en cuanto al comportamiento drogodependiente.

De igual manera los autores manifiestan que: “Las variables sociales y ambientales también predicen el consumo de drogas. Por ejemplo, una ruptura familiar o social, o la desorganización social pueden conducir a una socialización inadecuada (...)” (p. 110). Cada uno de estos sucesos o experiencias traumáticas alimentan la razón de un consumo, sin embargo existen personas que han experimentado lo mismo y se han adaptado satisfactoriamente sin poseer ningún adicción.

#### 2.8.1. Riesgos del consumo excesivo de las drogas

Entrando en el tema del consumo y sus riesgos en menor o en mayor grado, un riesgo se podría decir que es una proximidad hacia un evento provisto de consecuencias desfavorables para el sujeto, (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez, & Martínez, 2004) mencionan que un riesgo es una: “Probabilidad de que ocurra un hecho por ejemplo, desarrollar algún problema relacionado con el uso de drogas, dentro de un periodo de tiempo o edad determinados.” (p. 162)

El consumo excesivo de drogas adquiere una connotación clínica importante, los manuales de diagnóstico y el historial de consumo ofrecen un pronóstico que no es favorable ya que la persona consumidora ha pasado por etapas de riesgo, que han expuesto holísticamente al sujeto consumidor, (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) mencionan: “Otro aspecto a tener en cuenta en el consumo de

drogas con abuso, es que puede originar alteraciones en la funcionalidad cerebral similares a las que se producen en diversos trastornos mentales.” (p. 64)

El riesgo de poseer un trastorno mental por consumo excesivo de drogas se podría decir que es ineludible, pero este proceso posee otros acólitos nada agradables para la salud física y mental de la persona, de nuevo (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) refieren que existen infecciones y disminución de las defensas por la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable que puede dar lugar a cuadros de hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, (...) sida, etc. (p. 19), de igual manera (Osorio, 2006) manifiesta que preexisten alteraciones a nivel cerebral por la utilización de droga, así se tiene: “Sistema nervioso central. Produce excitación y desinhibición, euforia, optimismo, aumenta el tiempo de respuesta, aumento de la sociabilidad, incoordinación muscular, alteraciones de la visión, excitación psicomotriz.” (p. 43).

Otros riesgos tales como el peligro de sobredosificación (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) manifiestan: “este peligro existe, especialmente, en los drogodependientes a opiáceos como la heroína por vía endovenosa, cuando se inyecta la dosis máxima de una fase anterior, después de un período de abstinencia.” (p. 20), (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) también aclaran lo que es una Droga de *escalada*, ésta se contempla cuando se realizan excesivos consumos de alcohol o se comienza a consumir derivados cannábicos por algunas drogas blandas, con ello ya existe el riesgo ampliamente contrastado de iniciarse en consumos de otras drogas de mayor daño contextualizado como heroína, cocaína, drogas de síntesis, etcétera, lo cual hace que dicho riesgo se aumente.

Para profundizar más sobre los efectos agudos del consumo de drogas, en este caso los Trastornos relacionados con sustancias para ello se cita la Clasificación de los Trastornos relacionados con sustancias del DSM-IV-TR (American Psychological Association, 2001) (Ver cuadro 4.4).

<b>Cuadro 2.5: Trastornos relacionados con sustancias del DSM-IV-TR</b>
1. Trastornos relacionados con el alcohol (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium, amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por alcohol).
2. Trastornos relacionados con alucinógenos (por consumo [dependencia o abuso] o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del ánimo inducido por alucinógenos).
3. Trastorno relacionados con anfetaminas (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por anfetaminas).
4. Trastornos relacionados con la cafeína (trastorno de ansiedad o del sueño inducido por cafeína).
5. Trastornos relacionados con cannabis (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium, psicótico o de ansiedad, inducido por cannabis).
6. Trastornos relacionados con cocaína (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], abstinencia, delirium, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por cocaína).
7. Trastornos relacionados con fenciclidina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium por intoxicación, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por fenciclidina).
8. Trastornos relacionados con inhalantes (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por inhalantes).
9. Trastornos relacionados con nicotina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno abstinencia, inducido por nicotina).
10. Trastornos relacionados con opiáceos (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño inducido por opiáceos).
11. Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (por consumo

[dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium (por intoxicación o abstinencia), demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

12. Trastorno relacionado con varias sustancias:

- Dependencia de varias sustancias
- Trastornos relacionados con otras sustancias o con sustancias desconocidas (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico (con alucinaciones o ideas delirantes), de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño, inducido por otras sustancias o sustancias desconocidas).

**Fuente:** American Psychological Association (2001).

## 2.9.- La Personalidad

### 2.9.1. Introducción

El origen etimológico de la palabra *personalidad* se deriva del griego *prosopón* y ésta del latín *personare*, *persona* que significan resonar, sonar con fuerza. Esto en relación a la manera de desempeñarse que debía tener un actor en la antigüedad. La palabra *persona* era sinónima de *personaje* y se designaba con ello a la *máscara* que utilizaban los personajes para amplificar su voz y a la vez para ocultar su rostro para adaptarse mejor a la representación (Polaino-Loreto, Cabanyes, & Del Pozo, 2003).

### 2.9.2. Modelos explicativos acerca de la personalidad

Los modelos explicativos sobre personalidad comprenden varios postulados y teorías que intentan explicar de algún modo, la forma de ser y demás componentes del ser humano. Varios autores antes de explicar lo que es la personalidad conjeturan

lo que son los tipos, rasgos o factores que enmarquen un común denominador de personalidades.

Los denominados *tipos*, que según los autores dan un idea de personalidad única (Cloninger, 2003) menciona la diferencia entre tipo, rasgo y factores de la personalidad. El primero es decir tipo de personalidad según se menciona, se enfasca en una pertenencia de todo o nada, variable cualitativa, es decir una persona pertenece a una y sólo a una categoría, *categorías autoexcluyentes*. Teóricamente, un pequeño número de tipos describe a todos, una persona encaja en un solo tipo.

En cambio, en lo que respecta a los *rasgos* (Cloninger, 2003) refiere que los puntajes de rasgos son variables continuas es decir cuantitativas, una persona recibe un puntaje numérico para indicar en qué medida posee un rasgo. Por otra parte (Universidad de Alicante, Departamento de psicología de la salud, 2009), realiza algunos estudios de varios modelos de la personalidad y sus diversas posturas donde destaca que un rasgo es un “Patrón de comportamiento o una predisposición para sentir y actuar, tal como evalúan los inventarios de descripciones de uno mismo y los informes de los iguales” (p. 24).

En cambio los factores de personalidad también son variables continuas cuantitativas, es decir una persona puede recibir un puntaje numérico para indicar cuánto posee de un factor, en teoría, un pequeño número de factores describe a todas las personas y una persona puede ser descrita con cada factor.

Entre varios teóricos de la psicología de la personalidad y el análisis psíquico ponen su postura en una filosofía determinista, por ejemplo:

Sigmund Freud sugirió que la motivación sexual sustenta la personalidad; Carl Rogers propuso una tendencia para moverse hacia los niveles más altos del desarrollo. Otros teóricos, quienes sugirieron que los motivos o metas varían de una persona a otra, midieron estas diferencias como rasgos. (Cloninger, 2003, p. 8)

Otro de los enfoques que dan explicación sobre ciertas personalidades es que las mismas están sujetas por fenómenos externos es decir el ambiente, de esta manera surge el determinismo psíquico este menciona que el sujeto depende mayoritariamente de las influencias que se relacionan entre factores ambientales y la personalidad del sujeto. A partir de diversos enfoques surgen algunos muy importantes como por ejemplo la perspectiva socio cognitiva que tiene la premisa de que la mejor manera de pronosticar la respuesta de un individuo en un determinado contexto es constatar las respuestas en contextos similares. (Universidad de Alicante, Departamento de psicología de la salud, 2009, p.p. 28, 29), de esta manera se comprende como los factores externos influyen en la conducta de la persona y por ende en su personalidad.

Los modelos explicativos hablan de la adaptabilidad que posee la persona y aquello de alguna manera dará una aclaración sobre las reacciones que se adhieren a estas, dando como resultado una forma de ser personalidad, para corroborar esto (Cloninger, 2003), menciona lo siguiente: “Las situaciones requieren lidiar con ellas. La personalidad comprende la forma en que una persona se enfrenta al mundo, se adapta a demandas y oportunidades en el ambiente adaptación” (p. 8). No obstante las influencias externas poseen una gran fuerza que hace a las personas comportarse o adaptarse a diversas circunstancias.

Los cambios sociales, culturales, experiencias y demás empujan con fuerza en el actuar del ser humano (Cloninger, 2003), el mismo menciona que: “La personalidad es influida por nuestras formas de pensar acerca de nuestras capacidades, así como nosotros mismos y de la demás gente” (p. 9), el mismo autor manifiesta que la influencias por los cambios culturales y por el trabajo de los psicólogos sociales, los teóricos de la personalidad han empezado a considerar el papel de la cultura en la personalidad, y que además la dinámica de la misma involucra múltiples influencias, tanto del ambiente como dentro de la persona. No cabe duda que el Hombre es influenciado, sujeto a cambios, modificaciones, a fin de adaptarse al medio. Además: “La personalidad se desarrolla con el tiempo. La experiencia, especialmente en la niñez, influye en la manera en que cada persona se desarrolla hacia su propia y única personalidad” (p. 10).

El modelo explicativo del Determinismo generó una base de conocimiento interno sobre las fuerzas que conforman la personalidad no obstante el psicoanálisis es aquella postura que alimenta ese hecho, Cloninger (2003) menciona que: “La idea central de la perspectiva psicoanalítica es el inconsciente. En palabras sencillas, este concepto afirma que la gente no está consciente de los determinantes más importantes de su comportamiento” (p. 29). El determinismo es un eje solamente, pero éste, no puede dejarse a un lado ya que de alguna manera explica cómo se conforma y dinamiza la personalidad.

Dentro de los modelos se destacan varias posturas que dan una explicación más profunda de cómo se estudia a la personalidad de esta manera identificando varias premisas.

- a. *Libertad contra determinismo*. Los teóricos varían en cuanto a su creencia de que las personas tienen de manera básica control sobre sus conductas y entienden los motivos que hay detrás de éstas o que la conducta del individuo está determinada de manera básica por fuerzas internas o externas sobre las que tienen escaso control, si es que tienen alguno.
  
- b. *Hereditario contra ambiental*. Los teóricos difieren acerca de si las características heredadas e innatas o los factores ambientales tienen mayor influencia sobre la conducta de una persona.
  
- c. *Unidad contra universalidad*. Algunos teóricos creen que cada individuo es único y no puede ser comparado con los demás. Otros sostienen que las personas son de manera básica de naturaleza muy semejante.
  
- d. *Proactivo contra reactivo*. Las teorías proactivas perciben a los seres humanos como actuantes por su iniciativa en lugar de solo reaccionantes. Se considera que las fuentes de conducta se localizan dentro del individuo, quien hace más que solo reaccionar ante los estímulos del mundo externo.
  
- e. *Optimista contra pesimista*. ¿Ocurren cambios significativos en la personalidad y la conducta a lo largo del curso de una vida? Si un individuo es motivado ¿Pueden efectuarse cambios genuinos en la personalidad? ¿Podemos ayudar a otros a cambiar reestructurando su ambiente? Algunas teorías de la personalidad son más optimistas y alentadoras que otras respecto a estas posibilidades (Engler, 1996, p. 10)

Desde estas premisas se visualiza que la personalidad es entendida desde varias doctrinas que permiten comprender la dinámica de la personalidad. Cada enfoque es importante ya que sostiene argumentos que exploran los comportamientos y demás actitudes del ser humano. Para ahondar en los modelos explicativos de la personalidad existe también el llamado Biotipológico, el autor más conocido de esta base es Kretschmer quien estudio sobre rasgos de personalidad de tipo atlético, displásico, pícnico y el leptosómico. En este caso Quintanilla (2003) hace referencia a este modelo y menciona que: “Estudian la personalidad desde el punto de vista de la asociación de los diferentes rasgos psicológicos con las distintas configuraciones corporales” (p. 18). Aun muchos aplicados en la materia toman a Kretschmer como base de estudio con el fin de entender los componentes que conforman la personalidad.

Con respecto a la manera de evaluar a la personalidad y poderla entender, se han desarrollado conforme al estudio y teorización de la personalidad dos maneras de clasificar a la personalidad las mismas se consolidan en dos modelos:

- a) *El modelo tipológico o categorial de la personalidad.* Este modelo se refiere a que al individuo se le asigna un tipo o una categoría en función a si éste pertenece o no pertenece a una categoría a través del cumplimiento o no de criterios. Los modelos tipológicos de la personalidad tienen sus antecedentes históricos en los postulados griegos, en la Psicología moderna autores como Kretschmer, Sheldon, Jung, Spranger, han formulado diversas clasificaciones del tipo de personalidad, pero sobre todo con una intención predictora del comportamiento. Finalmente el criterio para la identificación de Trastornos de

Personalidad el modelo que maneja es el de tipo categorial (American Psychological Association, 2001).

- b) *El modelo dimensional o de rasgos de la personalidad.* Este modelo tiene que ver con la formulación de rasgos o dimensiones que se diseñan para evaluar al individuo y permite definir el lugar que ocupa o la relación que mantiene dentro de la dimensión.

### 2.9.3. Aproximaciones conceptuales del término personalidad

El término personalidad cobra interés para la Psicología, ya que constituye un constructo de la misma, sobre todo para destacar dos elementos fundamentales: la adaptación y el ajuste, esto en referencia a la convivencia cotidiana con el entorno.

El tema de la personalidad ha sido estudiado y analizado a lo largo del tiempo, de hecho en la actualidad la Personalidad se explica desde varias corrientes psicológicas, incluso los antiguos filósofos utilizaban el término para ilustrar un rol, gustos y demás. En este aspecto, Cloninger (2003) define a la personalidad de la siguiente manera: “Personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (p. 3). Otra de las definiciones es la propuesta por Kelly citado por (Polaino-Lorento, Cabanyes, & Del Pozo, 2003) quienes estudian la integralidad de la personalidad y refieren que la misma es el resultado del apretado resumen del cual haya sido su experiencia biográfica desde que nació. Es decir que la personalidad se desarrolla y depende de varios factores, esta definición también esta corroborada por Campo (1990) quien refiere que: “La personalidad, así entendida, viene a ser el resultado de un largo,

lento y complejo proceso de maduración, fruto de un laborioso, lento y cotidiano esfuerzo” (p. 47).

Por otra parte existen definiciones globales de lo que significa la personalidad, Yoshida (2004) por ejemplo cita lo siguiente: “Personalidad en su definición más sencilla y sin teorías, dice: respecto al desarrollo de cada individuo como ser único, particular, con características que lo hacen diferente de los demás como persona con aspectos físicos, sociales, psíquicos y culturales.” (p. 230). Este proceso de características acompaña al desarrollo evolutivo en donde son manifiestas varias conductas comportamentales como la individualidad, la identidad, la socialización, la identificación de roles entre otros.

#### 2.9.4. Características generales de la personalidad

Entre las características que definen a la personalidad se puede resumir como un cúmulo de criterios en el que se evidencia factores genéticos, familiares y socio-culturales que expresan su interacción con el entorno, pero a la vez es una vivencia interna. Para ello Pinillos (1975) destaca algunas características para entender a la personalidad (ver cuadro 2.6).

### **Cuadro 2.6: Características de comprensión de la personalidad**

1. Algo distintivo y propio de la persona.
2. La presencia de un modo habitual de responder a situaciones heterogéneas.
3. Tienden a interpretarse en un sistema de rasgos o de organización global de funciones adaptativas más que como un mero sumatorio de elementos inconexos.
4. Está abierta a un conjunto de determinantes biológicos y sociales, que inscriben las funciones cognoscitivas y decisorias del yo en una red de relaciones que las condicionan profundamente.
5. Es el sistema de indicadores que permiten la predicción del comportamiento bajo condiciones específicas y que en tanto que puedan formularse leyes reguladoras de dicho funcionamiento, constituyen el objeto de la psicología de la personalidad.

---

**Fuente:** Pinillos (1975)

Como se aprecia en el cuadro, la personalidad posee varias características que permiten comprender su funcionalidad, entre las que destaca las conductas innatas, varias aptitudes adquiridas a lo largo del tiempo, funciones cognoscitivas, de tal manera que permiten a la persona responder al medio que le rodea.

De igual manera dentro de las características generales de personalidad los tipos de personalidad hacen alusión a un amplio grupo de características resumidas en conjuntos, varios autores que conjugan estas características describen y diferencian a las personas unas de otras. En este aspecto Cloninger (2003) menciona que: “Se han informado que incluso el antiguo conjunto de cuatro tipos de Galeno (melancólico, sanguíneo, flemático y colérico) predice los estados de ánimos de la gente (Howarth y Zumbo, 1989)” (p. 194), pero, ¿qué son los tipos de personalidad? Para ello Yoshida (2004) cita que: “tipos básicos de personalidad son conjunto de

rasgos comportamentales agrupados” (p. 230), ésta agrupación de rasgos característicos son los que conforman los tipos de personalidad.

Es necesario además aclarar que el concepto de persona no define a la personalidad; la primera es el fundamento de la personalidad, en cambio la personalidad es la explicación penúltima e incompleta del modo en que se conduce cada ser humano (Polaino-Lorento, Cabanyes, & Del Pozo, 2003). De este modo parten las múltiples explicaciones sobre varios tipos de personalidad.

### 2.9.5 Componentes de la personalidad

Dentro de la conformación de la personalidad las instancias como el temperamento y el carácter son componentes del mismo, ya que sin ellos no sería posible comprender la personalidad y sus variaciones que presenta cuando ésta se manifiesta en diversas circunstancias (Taylor, 2003), el autor además menciona lo siguiente: “En este enfoque el temperamento es la individualidad fisiológico o mejor psicofisiológica, de la persona”; y por su parte “el carácter es la individualidad psicológica del hombre” según Giacomo Lorenzini. Con la integración de varios elementos se conforma la personalidad” (p. 282).

### 2.9.6 Carácter y temperamento como elementos constitutivos de la personalidad

#### 2.9.6.1. El temperamento

Uno de los componentes que conforman la personalidad es el *carácter* y el *temperamento*. En el caso del temperamento, Quintanilla (2003) menciona que: “Puede afirmarse que el temperamento es el tono emocional o tempo, característico del individuo: se asume que está basado biológicamente y que surge en la infancia o

en la niñez temprana” (p. 16), el autor también refiere que el temperamento es responsable de las emociones espontáneas y de las reacciones típicas frente a los estímulos externos. De este modo dichas reacciones y demás son parte de la personalidad.

El temperamento posee una base biológica innata, a partir de este hecho es que aun las enfermedades mentales, orgánicas, incluido el consumo de drogas son analizadas desde la herencia biológica. Corroborando la definición de temperamento Cloninger (2003) menciona: “El término temperamento se refiere a los estilos consistentes del comportamiento y a las reacciones emocionales que se presentan desde la infancia, presumiblemente debido a las influencias biológicas” (p. 10), dichas influencias dan un acercamiento profundo sobre la personalidad, tanto el carácter como el temperamento son instancias que explican las actitudes, sentimientos, y demás reacciones del ser humano.

#### 2.9.6.1.1 Tipos de temperamento

En la antigüedad Hipócrates (400 A.C) basaba su clasificación de temperamento haciendo un paralelismo de la doctrina de los 4 elementos de Empédocles de Agrigento, de esta manera se describe el cuadro siguiente:

**Cuadro 2.7: Tipos de temperamento según Hipócrates**

<b>Tipo</b>	<b>Característica</b>
<b>Sanguíneo</b>	(Sangre) activo, alegre, optimista, sociable, inconstante
<b>Colérico</b>	(Bilis amarilla) dominante, apasionado, de reacciones emocionales violentas, emprendedor, constante.
<b>Melancólico</b>	(Bilis negra) muy sensible con reacciones débiles, inclinado a la tristeza, y el pesimismo. Constitución corporal débil de mala digestión.
<b>Flemático</b>	(Flema) lento, incommovible, constante, poco comunicativo, indiferente, reacciones lentas.

**Fuente: (Aceves, 2000, p. 217)**

Los tipos de Temperamento según Hipócrates se constituyen a partir de varios elementos orgánicos, los mismos que dan como resultado diversas reacciones tanto emocionales como de comportamiento tales como: optimismo, reacciones débiles, dominante, etc. Otro de los teóricos que plantea sobre tipos de temperamento es Spranger, quien posee una base filosófica en relación a los valores, de esta manera se establecen los siguientes:

<b>Cuadro 2.8: Tipos de temperamento según Spranger</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Característica</b>
<b>El hombre teórico</b>	Es intelectualista, idealista, vive del pasado y del futuro, es poco sociable, políticamente inepto, pues no capta lo concreto.
<b>El hombre económico</b>	Su máximo valor es lo útil, tiene predilección por lo bienes físicos (el dinero). Es productor y consumidor. Hombre práctico, ordenado, ahorrativo, hábil.
<b>El hombre estético</b>	Su máximo valor es lo bello, su comportamiento es subjetivo, su vida interior es muy rica y lo exterior lo ve de acuerdo a su interior. Es poco práctico y no tiene sentido de lo económico. Poco social.
<b>El hombre social</b>	De fáciles relaciones; proyecta y recibe influencias sociales; no es egoísta. Lo estético le interesa como manifestación social, lo mismo lo económico. No es hombre de mando.
<b>El hombre político</b>	Su ambición es el poder; desea dominar; para él, el mundo es algo por conquistar; es bueno todo lo que facilita el poder. El prójimo es un instrumento para el dominio.
<b>El hombre religioso (místico)</b>	Su finalidad es lo sobrenatural. Considera lo material como instrumento que puede ser bueno y necesario. Da a los conocimientos un valor limitado, ya que “la verdad está solo en Dios

**Fuente: (Aceves, 2000, p.p. 219, 220)**

Spranger refiere muchas de las características ya mencionadas en los ítems anteriores, con enlace directo con los valores humanos, de esta manera se describen varios tipos de temperamento que indican las reacciones naturales de los Hombres entre ellos: la estética, la sociabilidad, el poder, la espiritualidad, la economía, la

reflexión (hombre teórico), otros que explican de alguna manera ciertas personalidades.

Robert Cloninger, teórico de la personalidad hace hincapié en la importancia del temperamento y el carácter en la personalidad define cuatro tipos de temperamento que se acompañan de respuestas emocionales básicas:

- Búsqueda de la novedad o la tendencia hereditaria hacia la búsqueda de excitación o interés por los estímulos novedosos.
- Evitación al daño es la tendencia hereditaria de responder intensamente a señales de estímulos adversos estimulando el sistema de inhibición conductual, probablemente a través de serotonina (...)
- Dependencia a la recompensa es la tendencia a responder intensamente a estímulos o señales de recompensa y mantener la conducta previamente asociada con dicha recompensa.
- Persistencia implica una tendencia neurobiológica a mantener conductas en condiciones de extinción (Bordalejo, y otros, 2014).

De esta manera Cloninger prescribe ciertas características temperamentales poniendo énfasis en las funciones biológicas (herencia) asociadas a las emociones como indicadores de respuesta a ciertas circunstancias.

#### 2.9.6.2 El carácter

Por otra parte, en cuanto al *carácter* como componente base de la personalidad, (Yoshida, 2004) refiere: “La definición de carácter también es sinónimo de valores morales. Son los aspectos de la personalidad que constituyen el ego y diferencian a las personas unas de otras. (p. 230). El carácter en definitiva es

sujeto de aprendizaje, de creencias que se desarrollan a lo largo del tiempo y se hacen evidentes en las situaciones donde el sujeto se comporta.

#### 2.9.6.2.1 Tipos de carácter

Así como se describen varios tipos de temperamento, el carácter de igual manera posee diversos tipos que varían según la perspectiva de ciertos autores entre ellos Heymans y Le Sene, estos holandeses realizaron indagaciones sobre aspectos estadísticos y biográficos en donde ejecutan un acercamiento sobre la tipología del carácter denominándoles disposiciones, de los cuales se tiene:

- *Disposiciones enérgicas:* emotividad y actividad, EMOTIVIDAD (E) es la capacidad de connotación psicológica (impresionabilidad ante los estímulos interiores y exteriores) ACTIVIDAD (A) capacidad de pasar rápidamente a la acción, a la realización de ideas y proyectos.
  
- *Disposiciones morales:* 1- rentabilidad, 2 - amplitud del campo de conciencia.
  1. La rentabilidad es una propiedad mixta con base fisiológica y expresión caracterológica. (...)
  2. Amplitud del campo de conciencia. El sujeto tendrá un campo estrecho o amplio según la capacidad de retener en la conciencia un número de representaciones diferentes. (...)
  
- *Disposiciones tendenciales:* indican la dirección hacia donde se dirige el interés del YO.

1. Hacia sí mismo: es el egocentrismo que tiende a centrarlo todo en la propia persona; falta de desprendimiento y generosidad.
  2. Hacia los demás: alocentrismo o tendencia a ocuparse de los demás para servirles. Es un tipo sociable
  3. Hacia los valores; espirituales (religiosidad), materiales.
- *Disposiciones auxiliares*: inteligencia (analítica o sintética), pasión intelectual, aptitudes mentales. (Aceves, 2000, p.p. 221, 222)

Estos tipos de carácter están enfrascados en ciertas tendencias que contienen dinamismo, energía, actitudes morales, intelecto, apertura social o pasividad, las mismas que se manifiestan a lo largo del tiempo, y que son el resultado o la respuesta a las demandas del entorno.

Cloninger postula tipos de carácter poniéndoles como tipos de funciones que el ser humano adquiere para regular su conducta y adaptarse al medio que le rodea donde se hacen evidentes las diferencias individuales.

1. Autodirección (...) es la habilidad para regular la conducta y de comprometerse con las metas elegidas. Se relaciona con la madurez, la autoestima y los recursos generales de adaptación.
2. Cooperatividad (...) es la capacidad de identificarse y aceptar a los demás. Tiene que ver con altruismo, la empatía y la solidaridad. Es una medida de buena adaptación.
3. Autotrascendencia (...) representa la capacidad de identificarse como parte integral del universo. Se relaciona con la creatividad, la fantasía y la imaginación. (Bordalejo, y otros, 2014, p. 266)

Partiendo desde estos tres tipos de carácter se destaca que los mismos poseen características como las habilidades sociales para enfrentarse al mundo circundante, identificación de recursos como valores morales para una adecuada calidad de vida, y por otro lado, el logro o cumplimiento de metas donde la creatividad y el esfuerzo hacen a la persona trascender en sus actividades afines.

#### 2.9.7. La dinámica de la personalidad

El dinamismo de la personalidad posee varios ejes explicativos, los autores de la psicología de la personalidad dan ciertos acercamientos según sus estudios, Allport citado por (Campo, 1990) refiere que la personalidad es: “La organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos, que determinan su conducta y su pensamiento característico” (p. 47), en esta definición los componentes biológicos no están del todo descartados, más bien, son el fundamento de una explicación integral. Allport, Rogers, Kelly, por nombrar algunos, hallan en el dinamismo la base con la cual el individuo está sujeto.

Varios son los términos que se adhieren a las definiciones de la personalidad ya que al hablar de dinamismo es necesario destacar algunos términos; por ejemplo, el concepto de individuo, que según Polaino y otros (2003) hace alusión a un ser que no es divisible, por tanto no puede ser dividido, por otro lado el mismo autor da un concepto más amplio de lo que es la personalidad y menciona que no es una entidad estática e inamovible sino que, por el contrario, está sometida a continuos cambios y transformaciones. Esto además sustenta lo que muchos autores sostienen como la *dinámica de la personalidad*, la misma está influenciada, crece

, es decir sujeta a ciertas modificaciones (Cloninger, 2003), además el autor señala que: “El término dinámica de personalidad se refiere a los mecanismos mediante los cuales se expresa la personalidad, con frecuencia enfocándose en las motivaciones que rigen el comportamiento” (p. 8).

## **2.10. Teoría de los rasgos de la personalidad**

Los rasgos de personalidad son un conjunto de características personales cuantificables que explican la raíz de la personalidad en todas sus esferas (Yoshida, 2004) menciona que los rasgos: “Son patrones de comportamiento que se presentan de forma duradera” (p. 230). No cabe duda que dichos patrones son constantes en la dinámica del ser humano.

En lo que se refiere a la forma de identificar a las personas y las dimensiones o características que presentan, permiten diferenciar las características de comportamiento de una persona. Un *rasgo* hace referencia a la forma en que se comporta una persona, para ello también se requiere una disposición estable a comportarse de similar manera ante las diversas circunstancias. Un conjunto de rasgos de personalidad da lugar a un tipo, que hace referencia a un conjunto de personas que poseen rasgos comunes y aquello permite identificar un modelo de comportamiento que puede incluir a las personas en un grupo.

### **2.10.1 El modelo de cinco factores**

Es un modelo teórico desarrollado y probado por Costa y McRae (1985) basado en los *cinco grandes factores* que subyacen agrupados a rasgos relacionados de

personalidad: neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, escrupulosidad y agradabilidad. Estas se definen a continuación:

- a) *Neuroticismo*: Es un grupo de seis rasgos negativos que indican inestabilidad emocional y son: ansiedad, hostilidad, depresión, consciencia de sí mismo, impulsividad y vulnerabilidad.
- b) *Extroversión*: También tiene seis facetas: calidez, carácter gregario, asertividad, actividad, búsqueda de excitación y disfrute de la vida.
- c) *Apertura a la experiencia*: Conste de fantasía, estética, sentimiento, acciones, ideas y valores.
- d) *Escrupulosidad*: En este grupo comprenden Esfuerzo por el logro, deliberación, competencia y autodisciplina.
- e) *Agradabilidad*: Es un grupo que contiene y evalúa: altruismo, conformidad, cariño y franqueza.

El modelo de los cinco grandes se busca incluir de forma integral los principales rasgos de personalidad que se encuentran consolidados en el comportamiento individual de las personas. Para su evaluación y detección de los rasgos de personalidad se utiliza el Big Five (Caprara, Barbaranelli, & Borgogni, 2007) es el instrumento que permite extraer las dimensiones, factores o rasgos que son 5 y a su vez obtener 10 sub-dimensiones para a partir de ellos configurar el tipo de personalidad. Eso no quiere decir que sea el único instrumento de evaluación. Existen otras formas de evaluación y modelos de interpretación de los rasgos que pueden ser comparados con el modelo de los cinco grandes (Ver cuadro 2.9).

**Cuadro 2.9: Modelos comparativos con el modelo de factores de los cinco grandes**

<b>Estudios</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>
(Krug & Johns, 1986)	Extraversión	Dureza	Fuerza del Súper Yo	Ansiedad	Independencia
(McRae C. C., 1989)	Actividad social	Disposición Paranoide	Autocontrol	Estabilidad Emotiva	Reflexividad
(McRae & Costa, 1985)	Extraversión	Psicoticismo		Neuroticismo	
(Noller, Law, & Comrey, 1987)	Extraversión Actividad	Empatía Confianza	Orden	Estabilidad emotiva Masculinidad	Conformismo social
(McRae & John, 1992)	Sociabilidad	Feminidad Normas	Respeto	Bienestar	Éxito
(McRae & John, 1992)	Extraversión	Sentimiento	Percepción		Intuición

**Fuente:** Caprara, Barbaranelli y Borgogni, (2007).

Otro punto importante añadido a los factores de personalidad que constituyen un grupo de elementos tanto internos como externos del individuo son que tienen un nivel de influencia sobre la formación y desarrollo de actitudes comportamentales (LinkedIn Corporation, 2012). Así mismo aspectos que le permitirán interactuar ante el medio. Todos los indicadores que influyen en la formación y desarrollo de la personalidad se concentran en tres grandes grupos:

- a) *Factores hereditarios:* Constituyen los aspectos orgánicos y biológicos que hereda el individuo y que a la vez estos aspectos condicionaran el desarrollo de la misma y se ve expresado a través del temperamento.

- b) *Factores sociales*: Estos factores son constituidos por los elementos externos o ambientales en el campo de lo social que influyen sobre el individuo, marcado propiamente por los agentes de socialización que aparezcan: familia, amigos, escuela, barrio, otros. Esto es también llamado carácter.
- c) *Factores personales*: Los factores personales están compuestos por la actividad del individuo sobre el medio y la del contexto sobre el sujeto.

#### 2.10.2. Estudios de la personalidad y modelos explicativos de los rasgos

Cattell es uno de los autores más enfocados al tema de los rasgos, de modo que citado por Cloninger (2003) refiere que un rasgo es un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad. A continuación se presenta dos posturas acerca de los rasgos:

- a. Los enfoques de los rasgos ponen énfasis en las diferencias individuales de las características que son o menos estables a través del tiempo y de las situaciones.
- b. Los enfoques de los rasgos ponen énfasis en su medición por medio de test a menudo cuestionarios de auto-reporte.

Por otra parte Cattell (1972) citado por (Polaino-Lorento, Cabanyes, & Del Pozo, 2003) menciona: “se define a la personalidad como aquello que nos dice que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada” (p. 226). Dicha explicación abre el panorama de la personalidad y sus rasgos, no obstante el mismo autor profundiza que los rasgos son las unidades básicas de la estructura de la personalidad y se definen como la tendencia, relativamente permanente y amplia, a reaccionar de una forma determinada.

Por ende estas formas de reaccionar están compendiadas en diversos tipos de rasgos, para Cattell existen varios tipos de ellos:

- a) *Los rasgos aptitudinales*: son los relativos al patrón de recursos de que dispone el sujeto para hacer frente a una situación y para solucionar los problemas que dicha situación le plantea.
- b) *Los rasgos temperamentales*: por su parte, son los que hacen referencia al estilo y al modo particular de comportarse cada persona y dan información acerca de la rapidez, energía y cualidad emotiva de las acciones.
- c) *Los rasgos dinámicos*: son los que se refieren a la motivación de la conducta e intentan explicar por qué el individuo reacciona de una forma determinada. (Polaino-Loreto, Cabanyes, & Del Pozo, 2003, p. 227)

Cada uno de estos tipos de rasgos son dinámicos y varían según características, por otro lado según Cattell citado por Polaino-Loreto, Cabanyes y Del Pozo (2003) distingue los rasgos comunes de los rasgos únicos, los primeros se aplican a la mayoría de la población, mientras que los rasgos únicos se dan sólo cuando se desprenden de un individuo determinado. De igual manera en función de su origen Cattell divide en rasgos constitucionales a aquellos que se asocian a condiciones existentes en el organismo y que los rasgos ambientales son aquellos que suelen estar asociados a condiciones externas.

En otra instancia Cattell hace alusión a los rasgos en función de su significación, en el cual distingue entre los rasgos superficiales y rasgos causales. Los rasgos superficiales son de algún modo conductas que suelen aparecer juntas en diversas ocasiones, y los rasgos causales vienen definidos por los focos de variación existentes entre las conductas constitutivas de rasgo superficial. Dichas variaciones

de rasgos de personalidad explican la profundidad de como el ser humano es un ser biopsicosocial, complejo, adaptable, creciente.

### 2.10.3. Estudios explicativos de los rasgos de personalidad. Kelly, Kretschmer y Jung

Otra teoría que ha venido tomando fuerza en estos tiempos es la propuesta por Kelly, en la que Polaino-Lorento, Cabanyes y Del Pozo (2003) mencionan: “La teoría de Kelly es esencialmente ideográfica, es decir, centrada en los modos en que una persona se enfrenta al mundo; y holística, ya que tiene en cuenta la totalidad de la persona” (p. 281). En definitiva son varias las posturas que surgen por la complejidad con la que el ser humano se maneja en el diario vivir, por ejemplo, Kretschmer citado por Quitanilla (2003) cita lo siguiente: “Rasgos de personalidad: Se asume que las personas con un tipo asténico o leptónico demuestran poca afectividad, son fríos, rígidos e insensibles en sus pensamientos (...)” (p. 21).

Como se destacó en la cita, las posturas de rasgos varían pero el común de ellas es que están basadas en manifestaciones emocionales naturales del ser humano, Kretschmer hace una apreciación de diversos rasgos (Quitanilla, 2003) así:

- Pícnico: sociables, platicadores, relajados, fiestas ceremonias.
- Asténico: introvertidos, tímidos, intelectuales, poco sociables.
- Atlético: enérgico, asertivo, optimista y amante al deporte.

Autores como Carl Jung (1875–1961), también aporta en el desarrollo de las teorías de la personalidad quien hace referencia a lo conocido en la cotidianidad como: introvertido y extrovertido. De allí se desprende el análisis de los tipos retraídos y con bajo nivel de sociabilidad como también de los que poseen un mayor

nivel de comunicación y se muestran más abiertos a experiencias de interacción social. Cada una de estas instancias son modos en que la gente se comporta de forma general y particular (ibid).

#### 2.10.4. Estudio explicativo de personalidad según Eysenck

Eysenck propuso tres factores de personalidad basados en las diferencias biológicas, el primer factor, extroversión - introversión pone en manifiesto la excitación e inhibición del sistema nervioso los mismos que son generadores de respuestas condicionadas, Eysenck supone que en varias personas la excitación es relativamente más fuerte y que para otras es inhibida, de allí la explicación del autor cuando refiere que el organismo con más extroversión es el más fuerte y el introvertido el débil, aun así varias de estas instancias poseen sus características propias, es decir, que existen beneficios funcionales al poseer rasgos de introversión a cierta circunstancia donde la extroversión tendría dificultades y viceversa.

El segundo factor es el *neuroticismo*, en el cual el nivel mayor de actividad en el sistema límbico ocasiona que varias personas tengan mayor excitación emocional cuando se encuentran amenazadas o en peligro y otras que muestran menor nivel de actividad muestran una respuesta emocional con un menor tono. El tercer factor es el de *no conformidad-psicoticismo* es aquella que exagera una imagen patológica, es decir, una persona con alta creatividad es propensa a obtener altas puntuaciones de psicoticismo, dicho factor está relacionado con el sistema gastrointestinal (Cloninger, 2003, p. 261).

### 2.10.5. El modelo 16 PF

El modelo de los 16 rasgos de personalidad es el resultado de un estudio realizado por Cattell partiendo de la investigación realizada anteriormente por Allport y Odbert (1936) quienes analizaron cerca de 18000 adjetivos para formar un amplio léxico de rasgos que permita describir a las personas. Según los autores (Russell & Karol, 1994) “El instrumento contiene 184 elementos destinados a medir tanto los 16 rasgos primarios como el índice MI (Manipulación de la imagen o deseabilidad social)” (p. 11)

Cattell y sus colegas propusieron medir toda la riqueza de la personalidad, supusieron que las distintas denominaciones deberían estar relacionadas con los adjetivos que la gente usa normalmente para describir a las personas, en dicho proceso y mediante observación se fijaron que había subconjuntos de rasgos lo cual hizo necesario aplicar formulas estadísticas. De este modo se estandarizó el 16pf al igual que con el paso del tiempo se dieron modificaciones para que sean más asequibles a la hora de evaluar y estar acorde con la evolución social o los cambios sociales que siempre están latentes, y que son determinantes a la hora de evaluar.

Los autores (Russell & Karol, 1994) citan lo siguiente: “En resumen Cattell identifica los rasgos primarios de la conducta mediante el análisis factorial del conjunto de los descriptores de la personalidad total” (p. 12), lo cual hace de este reactivo completo y útil a la hora de visualizar rasgos que aclaran el manejo de la persona y como ésta se adapta o maniobra en el entorno.

En cuanto al instrumento de evaluación de personalidad el mismo es muy útil en la práctica clínica, ya que se sustenta en una característica funcional, es decir, que

se apoya o sustenta en los rasgos propios del desarrollo normal de la personalidad, así mismo brinda resultados que permiten predecir comportamientos en los sujetos.

Su ámbito de aplicación se da en los siguientes planos:

- a) Aplicaciones Laborares
- b) Orientación y consejo escolares
- c) Diagnóstico clínico
- d) Aplicaciones experimentales (Russell & Karol, 1994)

Estas áreas de evaluación permiten vislumbrar que la profundidad del test es completa, por lo cual a la hora de evaluar la personalidad el 16 PF-5 constituye un instrumento basto y adecuado en la práctica clínica.

---

Cuadro 2.10: *Composición del 16 PF*

---

**Escalas**

---

A	Afabilidad
B	Razonamiento
C	Estabilidad
E	Dominancia
F	Animación
G	Atención-normas
H	Atrevimiento
I	Sensibilidad
L	Vigilancia
M	Abstracción
N	Privacidad
O	Aprensión
Q1	Apertura Cambio

---

---

Q2	Autosuficiencia
Q3	Perfeccionismo
Q4	Tensión

---

**Fuente:** Institute Personality and Ability Testing (1994)

Cuadro 2.11. Descripción de Escalas

<b>Escala</b>	<b>Polos bajo (-) y alto (+) definen al sujeto</b>
Afabilidad	A- fría, impersonal y distante
	A+ cálida, afable, generosa y atenta con los demás
Razonamiento	B- concreta
	B+ abstracta
Estabilidad	C- reactiva y emocionalmente cambiabile
	C+ emocionalmente estable, adaptada y madura
Dominancia	E- deferente, cooperativa, y evita los conflictos
	E+ dominante, asertiva y competitiva
Animación	F- seria, reprimida y cuidadosa
	F+ animosa, espontánea, activa y entusiasta
Atención-normas	G- inconformista, muy suya e indulgente
	G+ atenta a las normas, cumplidora y formal
Atrevimiento	H- tímida, temerosa y cohibida
	H+ atrevida/segura en lo social y emprendedora
Sensibilidad	I- objetiva, nada sentimental y utilitaria
	I+ sensible, esteta y sentimental
Vigilancia	L- confiada, sin sospechas, y adaptable
	L+ vigilante, suspicaz, escéptica y precavida
Abstracción	M- práctica, con los pies en tierra y realista
	M+ abstraída, imaginativa e idealista
Privacidad	N- abierta, genuina, llana y natural
	N+ privada, calculadora, discreta y no se abre
Aprensión	O- segura, despreocupada y satisfecha
	O+ aprensiva, insegura y preocupada

---

Apertura Cambio	Q1-	tradicional y apegada a lo familiar
	Q1+	abierta al cambio, experimental y analítico
Autosuficiencia	Q2-	seguidora y se integra en el grupo
	Q2+	autosuficiente, individualista y solitaria
Perfeccionismo	Q3-	flexible y tolerante con el desorden a las
	Q3+	perfeccionista, organizada y disciplinada
Tensión	Q4-	relajada, placida y paciente
	Q4+	tensa, enérgica, impaciente e intranquila

**Fuente:** Institute Personality and Ability Testing (1994)

### 2.11. Personalidad y Drogas

Cuando se habla de conducta es imprescindible hablar de personalidad y más si ciertas conductas se orientan a un consumo de sustancias, por ello varios autores hablan sobre los factores de personalidad, Lorenzo y otros (2009) refieren: las investigaciones para identificar los rasgos de personalidad que aumentan la vulnerabilidad del individuo para presentar una drogodependencia son innumerables (p. 39). Las fuerzas conductuales están íntimamente relacionadas a la personalidad y desde luego a los rasgos inherentes del mismo.

Existen maneras de identificar ciertas conductas y ciertos rasgos de personalidad que se relacionan directamente con el consumo Lorenzo y otros (2009) indican que un drogodependiente presenta un tipo de personalidad caracterizada por un perfil de rasgos que señalan inmadurez afectiva – emocional, lo cual se asemeja a características adolescentes.

Y es que aquello no se aleja mucho de realidad, las personas que pertenecen al grupo de trastornos de personalidad de *tipo teatral*, superficiales como los

histriónicos, antisociales, narcisistas, límite, otros, poseen ciertas características que denotan inmadurez, de igual forma la prevalencia de consumo de sustancias en estas personas es alta, en especial en el trastorno límite de la personalidad donde uno de los criterios y características es que se encuentra en mayor rango de vulnerabilidad a las adicciones.

Profundizando el tema varios autores tienen una postura antagonista a otros, descartando el concepto de una personalidad adictiva, más bien lo establecen como factores que son contribuyentes a un consumo, sin embargo otros, ponen énfasis en el temperamento y varias instancias de la personalidad que señalan un riesgo de consumo (Cervera, Haro, & Martínez, 2005) menciona: “De la primacía del tóxico pasamos a la hegemonía de una supuesta personalidad, casi fatalmente, al abuso de drogas y que, en esta época, vienen representados sobre todo por el alcohol.” (p. 137). De igual modo los mismos autores manifiestan que la noción primera de un trastorno de personalidad contextualizado al consumo de drogas se liga directamente a un abuso o dependencia de sustancias.

#### 2.11.1. Características de personalidad según el consumo

Se extienden características de personalidad y factores que desde el desarrollo evolutivo se hacen manifiestas para que la persona sea propensa a un consumo.

Los factores por los que un adolescente se introduce en el consumo de drogas son múltiples y están interrelacionados. Además de los factores familiares, sociales, escolares y de grupo, la adicción a drogas es más fuerte en individuos con baja autoestima, inmadurez, intolerancia a la frustración, timidez, inseguridad, dependencia afectiva, sentimientos de culpa e

inferioridad, inconformismo o en constante búsqueda de nuevas sensaciones.

(Rodés, Piqué, & Trilla, 2007, p. 112)

Cada una de las características expuestas son propias de la personalidad del individuo, para afrontar de algún modo las demandas del grupo particular y de la sociedad como tal.

Para anotar ciertas características de conducta con relación al consumo se tiene:

- Dependencia afectiva, labilidad afectiva,
- Baja autoestima, incapacidad de futurizar
- Agresividad y egocentrismo, temor al abandono
- Habilidades sociales deficientes (retraimiento social)
- Escasa tolerancia a la frustración,
- Dificultad en las relaciones sociales (fobias sociales) (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009).

#### 2.11.2. Factores promotores de consumo y personalidad

El tipo de personalidad y como varios autores mencionan, los estilos de personalidad sugieren pautas de acercamiento sobre una probabilidad de caer o no en el uso de sustancias, obviamente mucho dependerá del modelo de crianza, oportunidades y demás factores externos e internos.

En este punto cabe mencionar ciertos factores promotores de consumo de los cuales se destacan:

- Presión por modelos sociales, la satisfacción inmediata
- Consumismo, doble moral entre los adultos

- Ejemplo de los padres y convivencia
- Problemas escolares, presión grupal (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009)

Los riesgos a dar paso a un consumo activo de sustancias son mayores dependiendo de los factores ya mencionados (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) citan lo siguiente: “Se ha podido establecer que los individuos que tienen familiares de primer grado con problemas de trastorno de abuso de sustancias, son los que más riesgo tienen a generar una conducta adictiva” (p. 86).

El estilo de vida insano también se considera como promotor de consumo de drogas, obviamente las maneras en las que el individuo se maneja dentro de su entorno es significativo:

Los niveles de salud de las personas están determinados por cuatro factores esenciales: el primero es la herencia genética, con un peso específico del 27%; el segundo es el medio ambiente o entorno en que se vive que influye el 19%; el tercer factor es el sistema sanitario, que aporta el 11%; y el cuarto nos encontramos con el estilo de vida individual, que representa el 43% y es, por lo tanto, el primer aspecto que debe considerarse (...). (Rodés, Piqué, & Trilla, 2007)

### 2.11.3. Alteraciones de la personalidad.

La personalidad, sus alteraciones y patologías han sido parte de un fenómeno clínico ampliamente estudiado, del cual se han desprendido varios conceptos y postulados que ayudan a entender sus variaciones y diferentes factores constitutivos como lo de la personalidad anormal, que según (Quitánilla, 2003) “Una persona con

algunos rasgos anormales puede poseer también muchos rasgos normales o positivos que ayudan a equilibrar su personalidad” (p. 33). El equilibrio es la base fundamental para descartar alguna patología, sin dejar de lado los signos, síntomas, tiempo, duración, que en definitiva son guías en el diagnóstico de una enfermedad, en este caso de un trastorno de personalidad, (Quitánilla, 2003) menciona: “La persona que presenta un rasgo anormal de personalidad, no puede dejar de ponerlo en juego, y por ello, se vuelve patológico.” (p. 83) así mismo el autor refiere que la personalidad puede ser anormal ya sea en el balance de sus componentes, su cualidad de expresión, o en todos sus aspectos.

Se habla además de un modelo de personalidad adictiva como se citó anteriormente, (Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, 2009) refieren: “hay que considerar que las personas con una adicción usan mucho el mecanismo de defensa de negación, lo que les lleva a la no aceptación del problema y la tendencia a la ocultación y a la mentira patológica. (p. 89). En definitiva se podría hablar de personalidades con predisposición a las adicciones debido a su construcción individual y al modo en que dan respuestas carentes de funcionalidad y objetividad.

En lo que respecta a la personalidad de forma general pueden darse confusiones entorno a diferenciar entre los rasgos de personalidad y los trastornos de la personalidad, sobre todo porque ambas constituyen patrones sistematizados de comportamiento presentes. El DSM-IV-TR (American Psychological Association, 2001), con respecto a los rasgos de personalidad establece como: “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y

personales”, con esto para marcar la presencia de comportamientos habituales de reaccionar ante el entorno y adaptarse.

Mientras que los trastornos de la personalidad se conciben como: “Un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (2001).

Por lo tanto un trastorno de la personalidad es la presencia de rasgos de personalidad con características propias que la desvían de la expectativa social. Es por eso que el (DSM-IV-TR, 2001) establece que: “Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo”. Esto implica la importancia que cobra la cultura del sujeto y su capacidad de adaptación a la misma, sin descuidar al mismo tiempo la afectación del aspecto personal del individuo.

Algunos autores (Vázquez, Ring, & Avia, 1990) indican que: “los trastornos de personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, estables temporalmente y que reflejan alteraciones globales de la persona”. Desde este punto de vista se entiende que dichas conductas han perdurado en la dinámica habitual de los individuos y han logrado sostenerse aun a pesar de la dificultad mostrada para adaptarse al entorno.

Los trastornos de personalidad (TP), afectan significativamente la vida de las personas, y es que el patrón de creencias y esquemas mentales se encuentra

trastocado con relación a lo normal, lo cual dificulta su modificación y por ello no se habla de una cura sino de un tratamiento. Desde luego son varios los factores que inciden en la posible aparición de un trastorno, sin embargo como ejemplo pedagógico es claro ver como las conductas obsesivas en la edad adolescente son preponderantes para el historial de personas con un trastorno obsesivo, dicho esto cabe mencionar que de no ser hereditaria la influencia será por excelencia producto de una construcción e interacción.

Según el DSM-IV-TR existen alrededor de diez tipos de trastornos de personalidad definiendo a esta patología como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Los trastornos de la personalidad incluidos en este ítem se exponen de esta manera:

1. El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
2. El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
3. El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

4. El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
5. El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
6. El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
7. El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
8. El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
9. El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
10. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control (DSM-IV-TR, 2001, p. 645)

Cada uno de los parámetros normales y patológicos de personalidad se enlaza a múltiples factores tanto internos como externos y que son a la vez desencadenantes de otras patologías como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, entre otros.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLOGICO

#### 3.1.- Antecedentes del problema

En la actualidad en el Ecuador los trastornos relacionados con sustancias como la problemática de las drogas en general se han convertido en un problema de salud pública, debido a que los indicadores de ésta problemática van en aumento y las alternativas de intervención son insuficientes para rehabilitar y reinsertar a la sociedad a sujetos con adicciones, dicha condición debe ser abordada desde una perspectiva bio-psico-social, mejorando la salud mental de las personas (Wicks-Nelson, 1997). Desde la adolescencia existe una práctica frecuente de conductas de riesgo entre los adolescentes como por ejemplo: uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, conducta sexual promiscua, hábitos dietéticos alterados, sedentarismo, conductas de violencia e inseguridad que conducen a los accidentes y a la delincuencia, sin dejar de lado los modelos de crianza, las oportunidades ligadas a las condiciones de vida, el ambiente social, y las características de personalidad.

Las conductas y patrones conflictivos son considerados como Indicadores de Riesgo (IR) de conductas problema que se pueden manifestar a futuro (Gómez-Maqueo, Barcelata, & Durán, 2010) y que desde luego están directamente relacionados con la personalidad. Éstas prácticas o IR no necesariamente muestran una condición de problema, pero pueden incrementar la probabilidad a futuro de adquisición de situaciones de vulnerabilidad en la adolescencia o en la aparición de

alteraciones o trastornos físicos y psicológicos. Por otra parte, las prácticas problema (PP) como consumo de sustancias, desórdenes conductuales y demás alteraciones están ligados a los estilos de aprendizaje, vínculos familiares y a factores de personalidad.

Por otra parte las demandas de la sociedad y cultura consumista favorecen a que el uso de drogas obtengan un carácter permisivo, conllevando esto a un posible consumo progresivo y problemático, por ello es que las estadísticas en cuanto a la edad de inicio y conductas desadaptativas asociadas son prematuras, esto ligado a distintos factores sociales como: negligencia familiar, deprivación ambiental, sistema de prevención deficitario, entre otros, promueve a la dificultad de abordaje terapéutico y escasa promoción de intervención profesional eficaz. Todo esto convierte la relación del sujeto con las drogas en un tema de profundidad que adquiere importancia de todas sus aristas, el cual debe ser manejado con mucha sutileza contextualizando la problemática y dando una lectura partiendo desde la individualidad del caso.

La experiencia obtenida en el Centro De Rehabilitación de Adicciones (CRALF) de la Provincia Tungurahua y el trabajo con los pacientes en las modalidades de tratamiento (internamiento- ambulatorio), es un referente importante ya que la evaluación de los trastornos relacionados con sustancias y compaginando con los rasgos de personalidad, despierta el interés por identificar si ciertos rasgos se encuentran ligados a la adicción y sirven de predictores o son predisponentes para la misma.

### 3.2. Significado del problema

Dentro del estudio de las disciplinas de las Ciencias Sociales, entre ellas de la Psicología y para una mayor comprensión de un fenómeno de investigación social es necesario advertir la necesidad de posicionarse dentro de un modelo o un paradigma específico de investigación, para así poder definir, entender el problema y a su vez para encontrar el potencial de solución al mismo. En este caso, el posicionamiento parte de un paradigma de investigación, el cual es entendido por Kuhn como las realizaciones científicas universalmente conocidas, que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Kuhn, 1970). Desde luego para ello se requiere de: a) una base de afirmaciones teóricas y conceptuales; b) Un cierto acuerdo entre los problemas urgentes a resolver; c) un grupo de técnicas de experimentación concretas; d) Supuestos meta-físicos que encuadran y dirigen la investigación y sobre los que no hay ninguna duda aunque sean incomprensibles (ibid).

Por lo tanto, al intentar identificar el paradigma de investigación más acertado es importante reconocer que es lo que se quiere obtener y que necesidades se pretenden plantear. En este estudio lo que se busca es identificar que rasgos de personalidad son más comunes y como los mismos están directamente relacionados con los trastornos relacionados con sustancias, lo cual contemplaría un factor preponderante de estudio de la misma personalidad y las adicciones en su máxima expresión.

Para todo ello por lo tanto es necesario centrarse en un paradigma descriptivo del problema a investigar.

### **3.3. Definición del problema**

El presente trabajo de investigación comprende un estudio exploratorio de los rasgos de personalidad predominantes y trastornos relacionados con sustancias, con una representativa de personas con diagnóstico presuntivo de trastorno relacionado con sustancias, para determinar la presencia o no de dichos rasgos, además de dar un acercamiento a varios factores que se adquieren del mismo, como el carácter, el temperamento, sin dejar de lado las creencias y los modelos de crianza que son complementarios para el estudio del mismo y que aportan datos importantes, así como también los niveles de gravedad de la adicción y su prevalencia.

### **3.4. Paradigma de la investigación**

El paradigma de investigación se centra en un modelo de indagación de carácter descriptivo a propósito de esto, Ramírez y otros manifiestan que: “Ésta se ubica en los primeros niveles del proceder científico y refiere e interpreta lo que es: describe características de un conjunto de sujetos, de una población o de un área de interés. Describe situaciones o acontecimientos tal como aparecen en el presente, en el momento mismo del estudio” (2004, p. 97). En este caso se desea describir la relación existente entre los rasgos de personalidad predominantes y los Trastornos Relacionados con sustancias en sujetos que se encontraron bajo tratamiento en el Centro de Rehabilitación de Adicciones La Fortaleza (CRALF).

A su vez, al tratarse de una investigación descriptiva, ésta se apoya en un modelo de investigación empírico y positivista, los autores mencionados refieren que: “La investigación descriptiva se vale de técnicas estadísticas descriptivas para

observar, organizar, concentrar, visualizar, comparar y presentar los datos. Los estudios descriptivos más comunes se hacen por observación y por encuesta” (p. 97). Sobre todo porque la finalidad en sí es representar la realidad a través de los datos obtenidos, tener un mayor acercamiento y objetivo ante los hechos estudiados.

### **3.5. Tipo de estudio de investigación**

La presente investigación comprende un estudio descriptivo, exploratorio, relacional y de corte transversal entre los Trastornos relacionados con sustancias y los rasgos de personalidad predominantes.

Es un estudio descriptivo ya que se busca conocer las distintas situaciones, costumbres y actitudes predominantes teniendo como objetivo primordial la identificación de las relaciones que existen entre las dos variables. Es exploratorio porque pretende dar una visión general y aproximativa respecto a la relación entre los rasgos de personalidad predominantes y los trastornos relacionados con sustancias, procurando aumentar el grado de interrelación entre los objetos de estudio. Es correlacional porque busca encontrar una asociación entre dos variables: rasgos de personalidad predominantes y trastornos relacionados con sustancias, para conocer el nivel de relación que existe entre las dos, una vez culminado el proceso investigativo. Finalmente es de corte transversal porque los datos son levantados temporalmente en un mismo momento, accediendo al conocimiento de todos los casos de personas con trastorno relacionado con sustancias (igual condición), sin importar que tiempo mantengan esta característica, ni el momento que la adquirieron.

### **3.6. Pregunta de investigación**

- ¿Qué rasgos de personalidad son predominantes en los sujetos que presentan trastorno relacionado con sustancias?

### **3.7. Objetivos**

#### **3.7.1. Objetivo general**

- Determinar los rasgos de personalidad predominantes en sujetos que presentan Trastornos relacionados con sustancias.

#### **3.7.2. Objetivos específicos**

- Diagnosticar a través de un proceso de evaluación psicológica los rasgos de personalidad predominantes en sujetos bajo tratamiento para trastorno relacionados con sustancias.
- Clasificar a los sujetos participantes de acuerdo al tipo de trastorno relacionado con sustancias presente durante el proceso de tratamiento.
- Identificar los rasgos de personalidad predominantes de acuerdo a los distintos tipos de Trastornos relacionados con Sustancias encontrados.

### 3.8. Definición de variables

- Variable Rasgos de Personalidad
  - Afabilidad
  - Razonamiento
  - Estabilidad
  - Dominancia
  - Animación
  - Atención-normas
  - Atrevimiento
  - Sensibilidad
  - Vigilancia
  - Abstracción
  - Privacidad
  - Aprensión
  - Apertura Cambio
  - Autosuficiencia
  - Perfeccionismo
  - Tensión
  
- Variable Trastorno relacionado con sustancias
  - Trastornos relacionados por consumo de sustancias.
    - Abuso por consumo de sustancias.
    - Dependencia por consumo de sustancias.
  - Trastornos inducidos por sustancias.

- Intoxicación por sustancias.
- Abstinencia por sustancias.

### 3.9. Instrumentos

- **Variable Rasgos de Personalidad:** Cuestionario de personalidad de los 16 factores, quinta edición (16-PF5) (Cattell, Cattell, & Cattell, 1995). Evalúa los rasgos de personalidad dividido en 16 rasgos de personalidad: afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención a las normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión.

Los 16 rasgos proporcionan información amplia y detallada de la personalidad de los sujetos evaluados. Estos rasgos utilizan una terminología vigente y entendible a través de la descripción mediante adjetivos de las polaridades altas y bajas. Las dimensiones globales se asemejan a los rasgos resultantes del modelo de los Big Five, por lo que la comparación con otros reactivos y la comprensión de estas dimensiones de segundo orden se hace sencilla y entendible.

- **Variable Trastornos Relacionados con sustancias:** Índice de Evaluación de la Adicción versión 6 (ASI-6) (Bobes, Bascarán, Bobes-Mascaran, Carballo, Díaz Mesa, & Flores, 2007). El objetivo principal es conocer el grado de dependencia que presenta una persona y evalúa el nivel de deterioro significativo en 7 áreas: médico, laboral/estudios, legal, alcohol, drogas, familia y trastornos psicológicos, con preguntas de tipo Likert (Ninguna, leve, moderada, considerable, extrema).

Siendo más específico la versión definitiva del ASI 6 es una entrevista semi-estructurada con criterios claros de evaluación y puntuación. Su amplitud proporciona un indicador fiable y adecuado para la visualización de dificultades en diferentes áreas en especial sobre las drogas y el entorno (Bobes, Bascarán, Bobes-Mascaran, Carballo, Díaz Mesa, & Flores, 2007).

- **Diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias:** Cuestionario *Ad Hoc* para el diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychological Association, 2001).

### 3.10. Análisis de población y muestra

#### **Población**

Para la elaboración de la presente investigación se consideró como al conjunto población a todos los sujetos de interés para el estudio. Es decir el número total de observaciones que recayeron en el número total de participantes del programa de recuperación de problemas relacionados con sustancias en el Centro de Recuperación de Adicciones La Fortaleza (CRALF) ubicado en el cantón de Cevallos, provincia de Tungurahua.

El número total de casos correspondió a 38, los cuales se encontraron realizando su tratamiento de recuperación en dos modalidades de tratamiento. La primera modalidad correspondió al de internamiento y estuvo constituido por 8 casos, mismos que se encontraban realizando su tratamiento en el interior de las instalaciones de la institución las 24 horas del día. La segunda modalidad

correspondió al de tipo ambulatorio, constituido por 30 casos que realizaron su tratamiento en modalidad de *grupo de autoayuda*, manteniendo reuniones diarias con monitores designados por la institución.

### **Muestra:**

Debido a la naturaleza del tratamiento, a la movilidad de los participantes y al deseo de participación voluntaria de los mismos, se consideró como grupo de trabajo a 30 participantes (30 observaciones) repartidos entre aquellos que forman parte de la modalidad de internamiento (8 observaciones) así como en el ambulatorio (22 observaciones).

### **Muestreo:**

El proceso de selección de los participantes o muestreo se lo hizo de manera no probabilística por conveniencia esto es “una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador" no se considera las características de inclusión como factor primordial sino que se trabaja directamente con generalidades que homogenizan la población (Explorable psychology experiments, 2009).

Los criterios de inclusión fueron: A) Interés de participación en el proyecto bajo el deseo expreso de anonimato de la información. B) Ser mayor de 18 años. C) Encontrarse con un diagnóstico presuntivo de Trastorno Relacionado con Sustancias. D) Ser parte integra de una de las modalidades de intervención (no se consideró como criterio de inclusión el tiempo de tratamiento ni la etapa de tratamiento).

### 3.11. Procedimiento metodológico

Para la realización de la presente investigación se analizó y se determinó la población que estuvo constituida en su totalidad por 30 casos, distribuidos del siguiente modo: ocho casos bajo la modalidad de tratamiento residencial o internamiento y 22 casos bajo la modalidad de seguimiento – grupo autoayuda quienes cumplieron con los criterios establecidos para el desarrollo de la investigación. Posterior a esto se procedió al encuentro y respectiva socialización con los participantes de los objetivos del trabajo investigativo en el que se presentaron las razones de estudio, además se solicitó el consentimiento por escrito para formar parte del proceso investigativo.

A continuación se solicitó información del historial clínico para verificar los diagnósticos de los pacientes y se identificó que carecían de un diagnóstico clínico estandarizado. Se procedió a evaluar el nivel de gravedad de la adicción con el reactivo psicológico (ASI 6) y se aplicó el Cuestionario *Ad Hoc* para el diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Seguido de esto se procedió a la aplicación del reactivo 16-PF-5 para verificar los rasgos predominantes en los participantes.

Obtenidos los datos necesarios se procedió inmediatamente a la tabulación de la información y se elaboró una base datos a través del uso el programa SPSS versión 21. Con esto, se realizó un análisis estadístico descriptivo e interpretación de resultados, para la obtención de conclusiones del estudio y las limitaciones encontradas.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de las características sociodemográficas de la muestra

Durante el desarrollo del análisis de resultados preliminares realizado en 30 participantes de este estudio, se procedió a la interpretación de los resultados de la variables sociodemográficas que fueron: la edad, el sexo y el tipo de tratamiento realizado en el proceso de tratamiento por trastorno relacionado con sustancias.

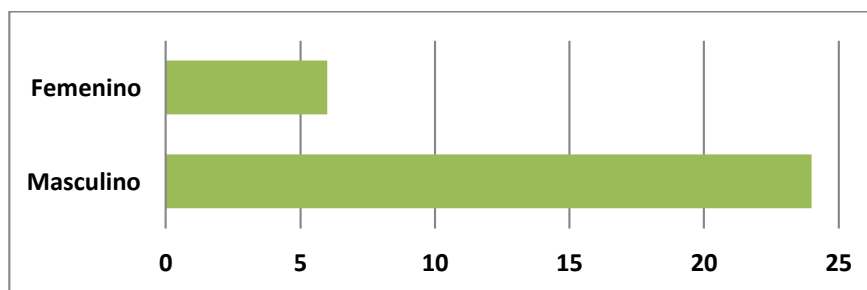
La presentación de los resultados se lo hace con la media aritmética ( $M$ ) y la desviación estándar ( $Ds$ ) en el caso de las variables discretas (edad), mientras que para las variables nominales (sexo y tipo de tratamiento) los resultados se muestran con la frecuencias ( $f$ ) y la representación porcentual de la misma (%). En el caso de variables nominales se utilizó la prueba Ji Cuadrado ( $X^2$ ) para identificar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas (Ver cuadro 4.1).

**Cuadro 4.1.****Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas**

<i>Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	
Edad	34,73	13,43	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Contraste</i>
<b><i>Sexo</i></b>			
Masculino	26	86,7%	16,113***
Femenino	4	13,3%	
<b><i>Tipo de tratamiento</i></b>			
Ambulatorio	22	73,3%	6,533*
Internamiento	8	26,7%	
<b><i>Sustancia que motivo el tratamiento</i></b>			
Alcohol	7	23,3%	9,600***
Cannabis	3	10,0%	
Cocaína y derivados	20	66,7%	

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

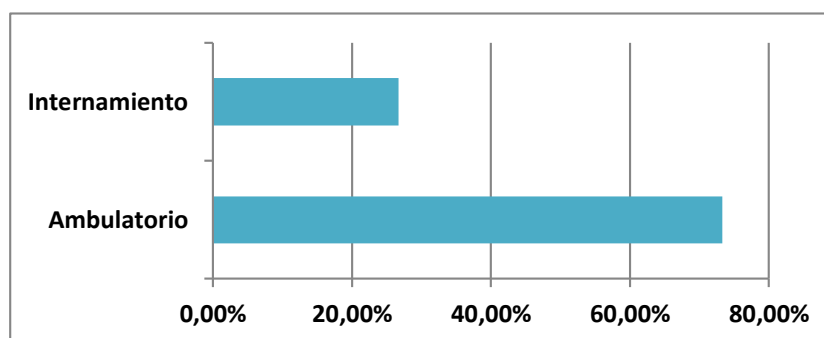
Con respecto a la edad, los participantes presentaron 34,73 años de edad como media con una desviación estándar de 13,43. En el caso de la variable sexo (ver gráfico 4.1), el masculino representó el 86,7% mientras que el femenino fue de 13,3%; además se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = 16,113$ ;  $p < ,001$ .



**Gráfico 4.1:** Distribución de los participantes del estudio con respecto al sexo.

El gráfico muestra una mayor predominancia del sexo masculino en relación al femenino. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto concuerda con el fenómeno de mayor incidencia de hombres con trastorno relacionados con el consumo de sustancias que las mujeres (APA, 2013) y también la predominancia de centros de recuperación para drogodependencias destinados a hombres que a mujeres.

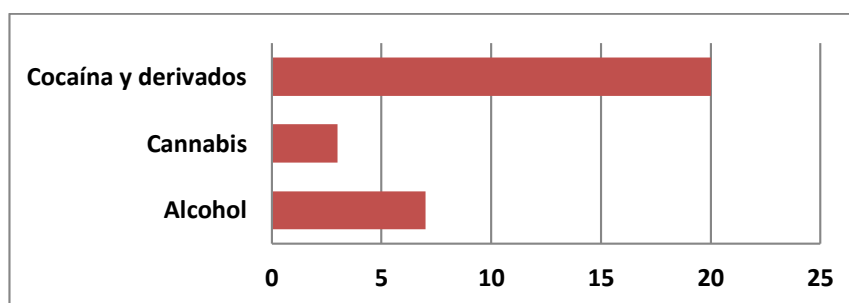
En lo que respecta a la variable tipo de tratamiento los resultados fueron que el 73,3% tuvieron un tratamiento ambulatorio para la atención de sus problemas derivados del consumo de sustancias, mientras que el 26,7% realizaron tratamiento bajo internamiento; en el análisis se encontraron diferencias significativas  $X^2= 6,533$ ;  $p < ,05$  (Ver gráfico 4.2).



**Gráfico 4.2:** Distribución de los participantes del estudio con respecto al tipo de tratamiento recibido para los trastornos relacionados con sustancias.

El gráfico muestra mayor presencia de los participantes que reciben tratamiento bajo la modalidad Ambulatorio y en el que han logrado estabilizarse que los que han reciben tratamiento bajo la modalidad internamiento y encontrado el mismo efecto.

Acerca del tipo de sustancia que motivo la búsqueda de tratamiento, el 23,3% lo hizo por consumo de alcohol, el 10% por cannabis y el 66,7% por Cocaína y derivados. La prueba de contraste Ji cuadrado  $X^2= 9,6$ ;  $p < ,001$  mostrando la presencia de diferencias estadísticamente significativas (Ver gráfico 4.3).



**Gráfico 4.3:** *Distribución de los participantes del estudio con respecto al tipo de sustancia de consumo que motivo la búsqueda de tratamiento por problemas derivados del consumo.*

El gráfico muestra una presencia relevante del consumo de Cocaína y sus derivados para el tratamiento por trastornos relacionados con sustancias, la segunda sustancia de consumo le correspondió al alcohol en la búsqueda de tratamiento y en menor proporción el consumo de cannabis.

#### **4.2. Análisis de los resultados de la evaluación de la gravedad de la adicción**

La escala de evaluación de la gravedad de la adicción (ASI-6) es el reactivo que se encarga de valorar el nivel de gravedad del consumo de sustancias psicotrópicas en función de siete áreas: médico, empleo/deportes, alcohol, drogas, legal, familia/social y psicológica. Cada área valora la gravedad del consumo en valores que fluctúan en 0 a 9 puntos, a mayor puntaje se presenta mayor gravedad.

Además se muestra un resultado acumulado de los puntajes obtenidos en todos los indicadores y un resultado promedial del puntaje global de la prueba dividida para el número total de áreas.

Los resultados se encuentran representados por la media ( $M$ ) obtenida de cada uno de las áreas evaluadas junto con el error típico de la muestra ( $Etm$ ) y finalmente la Desviación estándar ( $Ds$ ) (Ver cuadro 4.2).

**Cuadro 4.2.**  
*Análisis descriptivo de la gravedad de la adicción*

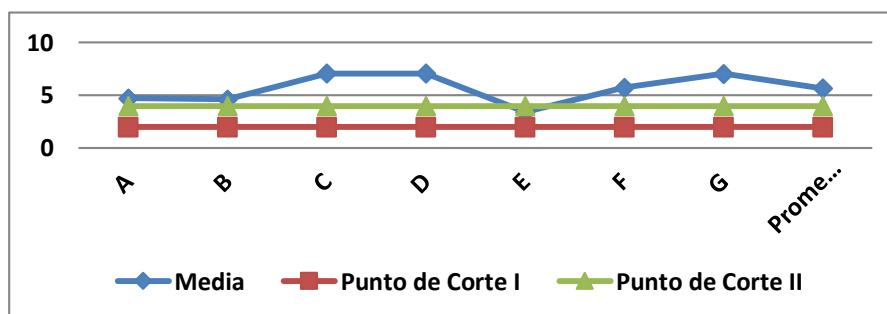
<i>Áreas implicadas</i>	<i>Media</i>		<i>Desv. típ. Estadístico</i>
	<i>Puntos</i>	<i>Error típico</i>	
Médico	4,73	,25	1,36
Empleo/Deportes	4,63	,26	1,40
Alcohol	7,07	,25	1,36
Drogas	7,07	,32	1,76
Legal	3,40	,24	1,33
Familia/Social	5,73	,27	1,46
Psicológica	7,03	,21	1,16
Total	39,67	1,26	6,91
Promedio	5,64	,18	,98

**Nota:**  $n = 30$  casos.

El cuadro 4.2 muestra que el área relacionada con la salud obtuvo una media de  $M = 4,73$ ;  $Ds = 1,36$  con un error típico de la media  $Etm = ,25$  esta se encuentra por encima del criterio de necesidad de atención leve en la sección. En el área Empleo/Deportes se obtuvo una media de  $M = 4,63$ ;  $Ds = 1,40$  con un error típico de la media  $Etm = ,26$  similar que en área anterior, el puntaje de los participantes en promedio se encuentran en la sección considerada de atención leve. Para el caso de la sección gravedad del consumo de alcohol, se obtuvieron los siguientes resultados:  $M = 7,07$ ;  $Ds = 1,36$  con un error típico de la media  $Etm = ,25$  estos datos se interpretan que el tipo de consumo es de gravedad moderada y requiere intervención.

Similar interpretación recibe el área de consumo de drogas en el que se obtuvo:  $M= 7,07$ ;  $Ds= 1,76$  con un error típico de la media  $Etm= ,32$ . Con respecto al indicador de la gravedad en el área legal, se obtuvo  $M= 3,40$ ;  $Ds= 1,33$  con un error típico de la media  $Etm= ,24$  la misma que identifica que se encuentra por debajo del punto de referencia de gravedad leve. En referencia a la situación de familia/social los resultados fueron:  $M= 5,73$ ;  $Ds= 1,46$  con un error típico de la media  $Etm= ,27$  la misma que se interpreta los resultados en el área de gravedad leve. Finalmente en el área en referencia a la gravedad psicológica los resultados alcanzados fueron  $M= 7,03$ ;  $Ds= 1,16$  con un error típico de la media  $Etm= ,21$  que al igual que en caso anterior, éste ocupa el criterio diagnóstico de gravedad leve.

El resultado global alcanzado por la prueba ASI-6 mostró los siguientes resultados de los participantes:  $M= 39,67$ ;  $Ds= 6,91$  con un error típico de la media  $Etm= ,126$  que se identifica como un nivel de gravedad en instancia leve tras la obtención de un promedio en base a todos los indicadores  $M= 5,64$ ;  $Ds= ,98$  con un error típico de la media  $Etm= ,18$  (Ver gráfico 4.4).



**Clave:** A: Médico; B: Empleo/deportes; C: Alcohol; D: Drogas; E: Legal; F: Familia; G: Psicológica.

**Gráfico 4.4:** Resultados de las medias obtenidas en las áreas de medición del ASI 6 junto el resultado promedio de todas las áreas. Además junto a los valores obtenidos se coloca el punto de corte I que muestra la categoría diagnóstica de gravedad leve, mientras que el punto de corte II hace referencia a la categoría diagnóstica de gravedad moderada.

Las áreas de consumo de alcohol, drogas e implicaciones psicológicas son las áreas que presentan mayor puntaje y que se encuentra categorizadas en la sección de nivel moderado de gravedad con respecto al consumo. Las áreas médico, laboral/estudios y familia/social ocupan la categoría de nivel leve de gravedad con respecto al consumo. Finalmente el área legal ocupa la categoría diagnóstica relacionada con nivel de gravedad casi inexistente.

#### 4.2.1. Análisis de las características diagnósticas de la evaluación con el ASI-6

El instrumento de evaluación de la gravedad de la adicción arroja como resultados globales cuatro categorías diagnósticas: Consumo espontáneo, consumo problemático, abuso de sustancias y dependencia. La determinación de la categoría dependerá de los niveles de gravedad que haya adquirido en cada uno de los indicadores que al final arroja un resultado global de la situación relacionada con el consumo.

Los resultados obtenidos de la evaluación muestra la distribución de los participantes repartidos en las distintas categorías diagnósticas, estos resultados se presentan con la frecuencia obtenida en cada una de las categorías así como en la representación porcentual.

Se espera encontrar una mayor frecuencia en las categorías de abuso de sustancias y de dependencia de sustancias dado que se asumió que el proceso de tratamiento era motivado por alto deterioro general motivado por el consumo de sustancias. La verificación de la hipótesis se la planteará a través de la prueba Ji Cuadrado (Ver cuadro 4.3).

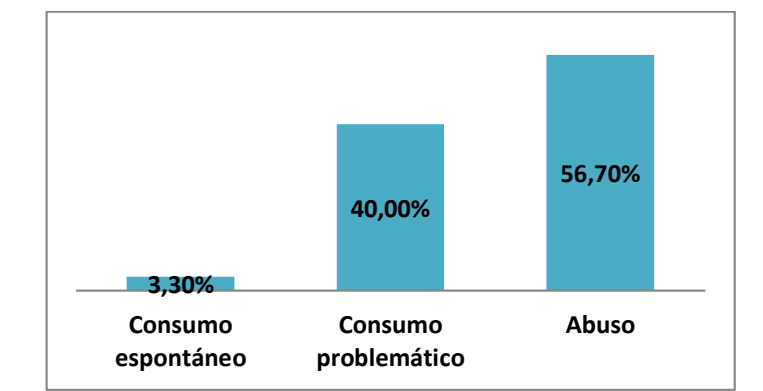
**Cuadro 4.3.*****Distribución de los participantes en las categorías diagnósticas obtenidas***

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia n= 30</i>	<i>Frecuencia esperada</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>X<sup>2</sup></i>
Consumo espontáneo	1	7	3,3%	
Consumo problemático	12	12	40,0%	(2)8,1416*
Abuso	17	11	56,7%	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

Los resultados de la distribución de los participantes en referencia a las categorías diagnósticos mostraron que el 3,3% de los participantes presentaban un consumo espontáneo; mientras que el 40% de los participantes evidenciaron un consumo problemático con las drogas; finalmente el 56,7% resulto en un consumo abusivo de drogas cuyos resultados pueden compararse con los criterios diagnósticos del DSM\_IV-TR (APA, 2001) o la CIE-10 (OMS, 1994).

También se pudieron identificar diferencias estadísticamente significativas  $X^2(2) = 8,1416$ ;  $p < ,05$  tras la aplicación de la prueba Ji Cuadrado, por lo tanto la hipótesis planteada anteriormente no se cumple y la distribución actual no correspondería a lo esperado dada la aparente situación clínica de los pacientes (Ver gráfico 4.5).



**Gráfico 4.5:** *Distribución de los participantes evaluados a través del ASI 6 de acuerdo a las categorías diagnósticas que obtuvieron.*

Los resultados del ASI-6 muestran una presencia mayor de participantes con criterios diagnósticos denominado abuso de sustancia y que han motivado el ingreso para tratamiento, en segundo lugar ocupa aquellos con el criterio diagnóstico de consumo problemático y en menor medida quienes han presentado consumo espontáneo de sustancias. Dado que se trata de personas que han pasado por procesos terapéuticos es de esperarse que presenten una mayor presencia aquellos con criterios diagnósticos de abuso y dependencia que por consumo problemático o consumo espontáneo.

### 4.3. Análisis de resultados de clasificación de los participantes de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Con la finalidad de realizar una distribución adecuada y clasificación de los participantes del presente estudio, se procedió a la categorización de información de la situación con respecto al consumo de sustancias a través de la evaluación del ASI-6 con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002). Para ello se utilizó el cuestionario Ad Hoc con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Ver Anexo N°3) y del que se obtuvo la respectiva clasificación diagnóstica (ver cuadro 4.4).

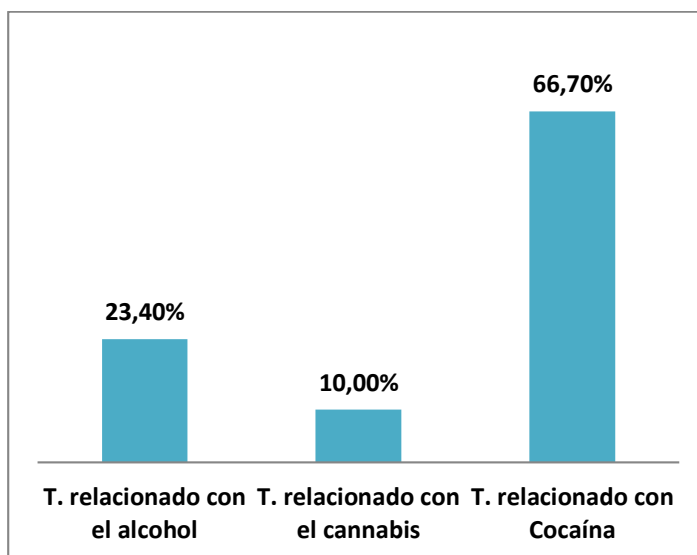
#### **Cuadro 4.4**

#### ***Distribución de los participantes en relación a los diagnósticos del DSM-IV-TR en los Trastornos Relacionados con sustancias***

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
T. relacionado con el Alcohol	7	23,4%
T. relacionado con el Cannabis	3	10,0%
T. relacionado con Cocaína	20	66,7%

**Nota:** 30 observaciones.

El 23,4% de los participantes, es decir 7 casos, coincidieron con los criterios de clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR (APA, 2002) para trastornos relacionados con el Alcohol; el 10% (tres casos) para trastornos relacionados con el Cannabis y el 66,7% (20 casos) para trastornos relacionados con Cocaína (ver gráfico 4.6).



**Gráfico 4.6** *Distribución de los participantes con respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.*

Son tres (Alcohol, Marihuana y Cocaína) las sustancias que tienen representación con los Trastornos relacionados con sustancias en la presente investigación, lo que permite denotar que el resto de sustancias clasificadas en el Trastorno Relacionado con sustancias (alucinógenos, anfetaminas, cafeína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) no tienen representación en el trabajo investigativo.

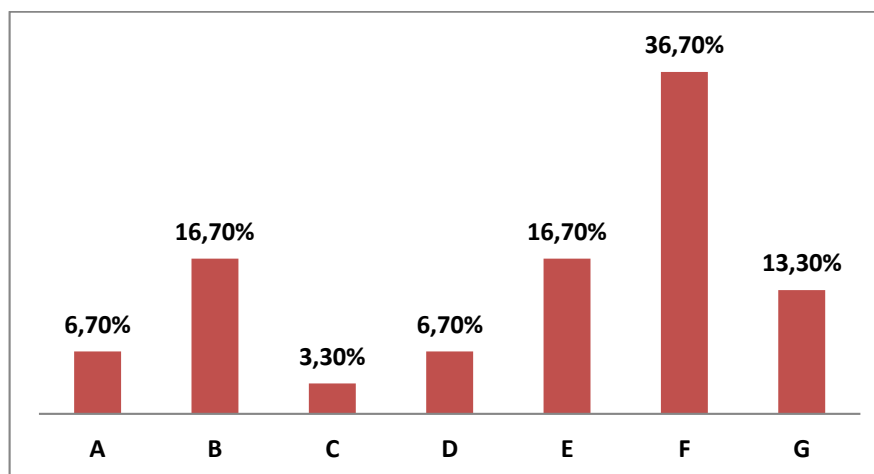
De acuerdo con el nivel de especificidad del Trastorno relacionado con sustancias se procedió al análisis de los trastornos relacionados con sustancias de acuerdo a la sustancia de consumo y a la sub-clasificación (Ver cuadro 4.5).

**Cuadro 4.5*****Distribución de los participantes en relación a los diagnósticos del DSM-IV-TR en los Trastornos Relacionados con sustancias***

	<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1	T. relacionado con el alcohol - abuso	2	6,7%
2	T. relacionado con el alcohol - dependencia	5	16,7%
3	T. relacionado con el cannabis - abuso	1	3,3%
4	T. relacionado con el cannabis - dependencia	2	6,7%
5	T. relacionado con Cocaína - Abuso	5	16,7%
6	T. relacionado con Cocaína - dependencia	11	36,7%
7	T. relacionado con Cocaína Dependencia Remisión total sostenida	4	13,3%

**Nota:** 30 observaciones.

Se encontró un total de dos participantes (6,7%) cuyos datos concuerdan con los criterios para el Trastorno relacionado con el Alcohol (Abuso), 5 participantes que representan el (16,7%) identificado con el Trastorno relacionado con el Alcohol (Dependencia). Un caso (3,3%) con los criterios de Trastorno relacionado con el Cannabis (Abuso). El 6,7% que corresponde a 2 participantes con Trastorno relacionado con el Cannabis (Dependencia). El Trastorno relacionado con Cocaína y sus categorías es el de mayor frecuencia. Distribuyéndose 5 participantes (16,7%) con Trastorno relacionado con Cocaína (Abuso), el 11 participantes (36,7%) identificados con Trastorno relacionado con Cocaína (Dependencia) y 4 participantes (13,3%) con Trastorno relacionado con Cocaína (Dependencia- Remisión total sostenida).



**Clave:** A: T. relacionado con el alcohol – abuso. B:T. relacionado con el alcohol – dependencia. C: T. relacionado con el cannabis – abuso. D: T. relacionado con el cannabis – dependencia. E: T. relacionado con Cocaína – Abuso. F: T. relacionado con Cocaína - dependencia. G: T. relacionado con Cocaína Dependencia Remisión total sostenida.

**Gráfico 4.7** Distribución de los participantes con respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

El trastorno que presentó mayor presencia fue el Trastorno Relacionado con Cocaína (dependencia) lo cual contrasta con la Investigación del Observatorio Ecuatoriano de Drogas (2007) en el que se encontró que la Cocaína y sus derivados están en el grupo de mayor difusión de consumo en la población ecuatoriana y por ende la sustancia que se vinculará con el Trastorno relacionado con sustancias (cocaína) denotando una mayor prevalencia del mismo.

#### 4.4. Análisis de los resultados de la evaluación de los rasgos de personalidad

La evaluación de la personalidad aplicada a los participantes (n=30 observaciones) a través del cuestionario 16PF-5, que es un instrumento de medición de la personalidad basado en la combinación de 16 rasgos que son: Afabilidad, Razonamiento, Estabilidad, Dominancia, Animación, Atención a normas, Atrevimiento, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprensión, Apertura al cambio, Autosuficiencia, Perfeccionismo, Tensión permitió analizar el desempeño general de cada uno de los rasgos.

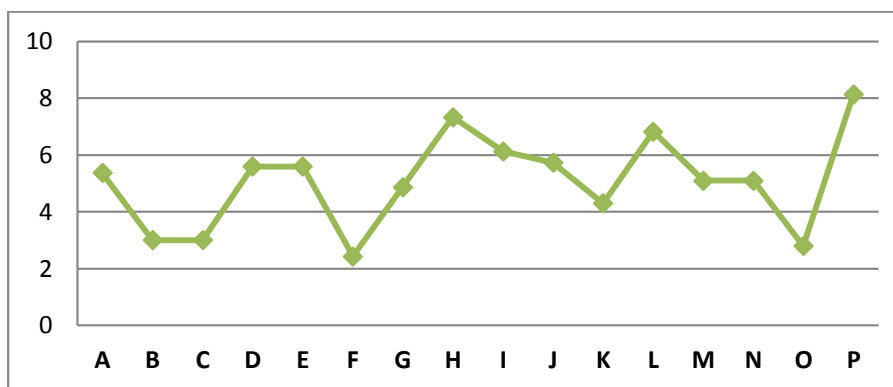
Los resultados que se presentan a continuación están representados a través de la media aritmética (*M*) junto con la desviación estándar (Ds) y el error típico de la media (Etm) (Ver cuadro 4.6).

**Cuadro 4.6: Análisis descriptivo de la evaluación de la personalidad**

<i>Rasgos</i>	<i>Media</i>		<i>Desv. típ.</i>
	<i>Estadístico</i>	<i>Error típico</i>	
Afabilidad	5,37	,29	1,57
Razonamiento	3,00	,25	1,39
Estabilidad	3,00	,22	1,20
Dominancia	5,60	,29	1,59
Animación	5,60	,27	1,45
Atención a normas	2,43	,25	1,36
Atrevimiento	4,87	,19	1,04
Sensibilidad	7,33	,30	1,65
Vigilancia	6,13	,34	1,87
Abstracción	5,73	,25	1,36
Privacidad	4,30	,39	2,14
Aprensión	6,83	,25	1,37
Apertura al cambio	5,10	,30	1,65
Autosuficiencia	5,10	,273	1,49
Perfeccionismo	2,80	,29	1,58
Tensión	8,13	,22	1,22

**Nota:** n= 30 casos.

Los resultados de la evaluación con el 16PF-5 mostraron que en el rasgo Afabilidad se obtuvo como resultados  $M= 5,37$ ;  $Sd= 1,57$  con un error típico de  $Etm= ,29$ . Para el caso del rasgo Razonamiento los resultados que se obtuvieron fueron  $M= 3$ ;  $Sd= 1,39$  con un error típico de  $Etm= ,25$ . En el rasgo Estabilidad se obtuvo  $M= 3$ ;  $Sd= 1,2$  con un error típico de  $Etm= ,2$ . Para el rasgo Dominancia los valores fueron  $M= 5,6$ ;  $Sd= 1,59$  con un error típico de  $Etm= ,29$ . En el rasgo Animación los resultados obtenidos fueron  $M= 5,37$ ;  $Sd= 1,45$  con un error típico de  $Etm= ,27$ . Con respecto al rasgo Atención a normas los resultados fueron  $M= 2,43$ ;  $Sd= 1,23$  con un error típico de  $Etm= ,45$ . Para el caso del rasgo Atrevimiento se obtuvo  $M= 4,87$ ;  $Sd= 1,04$  con un error típico de  $Etm= ,19$ . En el rasgo Sensibilidad se obtuvo  $M= 7,33$ ;  $Sd= 1,65$  con un error típico de  $Etm= ,3$ . Los resultados para el rasgo Vigilancia correspondieron a  $M= 6,13$ ;  $Sd= 1,87$  con un error típico de  $Etm= ,34$ . Con respecto al rasgo Abstracción los valores obtenidos fueron  $M= 5,73$ ;  $Sd= 1,36$  con un error típico de  $Etm= ,25$ . En el caso del rasgo Privacidad los datos que se encontraron fueron  $M= 4,3$ ;  $Sd= 2,14$  con un error típico de  $Etm= ,39$ . Para el rasgo Aprensión se obtuvo  $M= 6,83$ ;  $Sd= 1,37$  con un error típico de  $Etm= ,25$ . Con respecto al rasgo Apertura al cambio se encontraron los siguientes resultados:  $M= 5,1$ ;  $Sd= 1,65$  con un error típico de  $Etm= ,3$ . Los valores encontrados en el rasgo Autosuficiencia son  $M= 5,1$ ;  $Sd= 1,49$  con un error típico de  $Etm= ,27$ . En el caso del rasgo Perfeccionismo los resultados obtenidos fueron  $M= 2,8$ ;  $Sd= 1,58$  con un error típico de  $Etm= ,29$ . Finalmente para el rasgo Tensión los valores obtenidos fueron  $M= 8,13$ ;  $Sd= 1,22$  con un error típico de  $Etm= ,22$  (Ver gráfico 4.8).



**Clave:** A: Afabilidad; B: Razonamiento; C: Estabilidad; D: Dominancia; E: Animación; F: Atención a normas; G: Atrevimiento; H: Sensibilidad; I: Vigilancia; J: Abstracción; K: Privacidad; L: Aprensión; M: Apertura al cambio; N: Autosuficiencia; O: Perfeccionismo; P: Tensión.

**Gráfico 4.6.** Representación gráfica de las medias obtenidas de los participantes evaluados de acuerdo a cada uno de los rasgos de personalidad evaluados.

Los rasgos de personalidad con mayor puntaje de media y que se encuentran por encima del 50% que es el criterio de norma (punto de corte) fueron Afabilidad, Dominancia, Animación, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Aprensión, Apertura al cambio, Autosuficiencias y Tensión. Estos resultados transmiten la tendencia de los participantes a evidenciar la predominancia de ciertos rasgos con mayor puntaje por encima de otros.

#### 4.4.1. Rasgos de personalidad de mayor predominancia

Durante este análisis se desea conocer la distribución de los participantes de acuerdo a los rasgos de personalidad que presentaron mayor dominancia por sobre el resto de rasgos. Este análisis corresponde un paso previo al proceso de identificación entre los rasgos de personalidad dominantes y su relación con el trastorno relacionado con sustancias.

La prueba de contraste en este proceso fue el estadístico Ji cuadrado ( $X^2$ ), la hipótesis nula ( $H_0$ ) para este caso es que existe una igual proporcionalidad de rasgos

de personalidad entre los participantes, mientras que la hipótesis alternativa (H1) es que no existe igual proporcionalidad en la distribución de los rasgos de personalidad y que hay mayor predominancia de ciertos rasgos de personalidad que del resto (Ver cuadro 4.10).

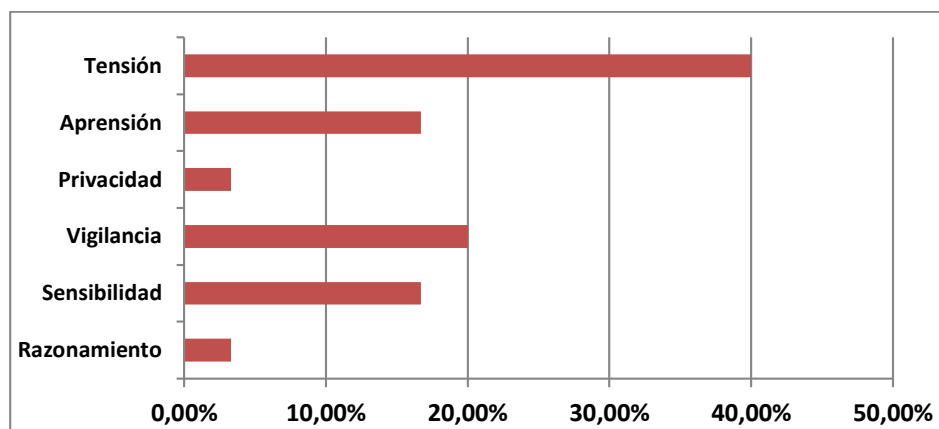
**Cuadro 4.7**  
*Rasgos de personalidad de mayor predominancia en los participantes*

<i>Rasgos de personalidad</i>	<i>Frecuencia n= 30</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia esperada</i>	<i>Contraste X<sup>2</sup></i>
Razonamiento	1	3,3%	5,0	(5) 16,400**
Sensibilidad	5	16,7%	5,0	
Vigilancia	6	20,0%	5,0	
Privacidad	1	3,3%	5,0	
Aprensión	5	16,7%	5,0	
Tensión	12	40,0%	5,0	

*Nota:* \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

Los resultados de los 30 participantes acerca de los rasgos de personalidad de mayor predominancia mostraron evidencias que el rasgo Razonamiento obtuvo un porcentaje de 3,3%, mientras que el rasgo Sensibilidad obtuvo 16,7%, el rasgo Vigilancia con 20%, el de Privacidad 3,3%, el rasgo de Aprensión 16,7% y finalmente el rasgo Tensión con el 40%. No tuvieron representación el resto de los 10 rasgos de personalidad.

Los resultados de la evaluación Ji cuadrado considerando solo a aquellos rasgos de personalidad que han tenido representación mostraron que  $X^2(5) = 16,4$ ;  $p < ,01$  y se encontraron diferencias estadísticamente con relación a la Ho, por lo tanto se rechaza y se acepta la H1, es decir que la distribución de los rasgos de personalidad no se distribuyen de manera igual (Ver gráfico 4.9).



**Gráfico 4.7.** *Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes. Se encontraron diferencias significativas.*

El gráfico 4.9 muestra que los rasgos de personalidad con mayor representatividad fueron los rasgos Tensión con el 40% de la distribución y el rasgo Vigilancia con el 20%, la presencia de estos rasgos representan el 60% del total de la distribución, además se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

#### 4.5. Análisis de correlación entre los rasgos de personalidad, el Índice de gravedad de la adicción y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

##### 4.5.1. Correlación entre los rasgos de personalidad y el tipo de sustancia de consumo

En este proceso de análisis se pretende conocer de qué manera se da la distribución de los participantes considerando la sustancia de consumo (alcohol, cannabis, cocaína y derivados) que conllevó a la intervención por problemas derivados del consumo y los rasgos de personalidad (razonamiento, sensibilidad, vigilancia, privacidad, aprensión y tensión) con mayor predominancia. Para ello se construyó una tabla de contingencia también para identificar la existencia o no de correlación entre el tipo de sustancia y el rasgo de personalidad de mayor predominancia, como estadístico de contraste se utilizó el Ji Cuadrado ( $X^2$ ). Se estima que existe una correlación entre el tipo sustancia y los rasgos de personalidad de mayor predominancia (H1) (Ver cuadro 4.8).

**Cuadro 4.8.**

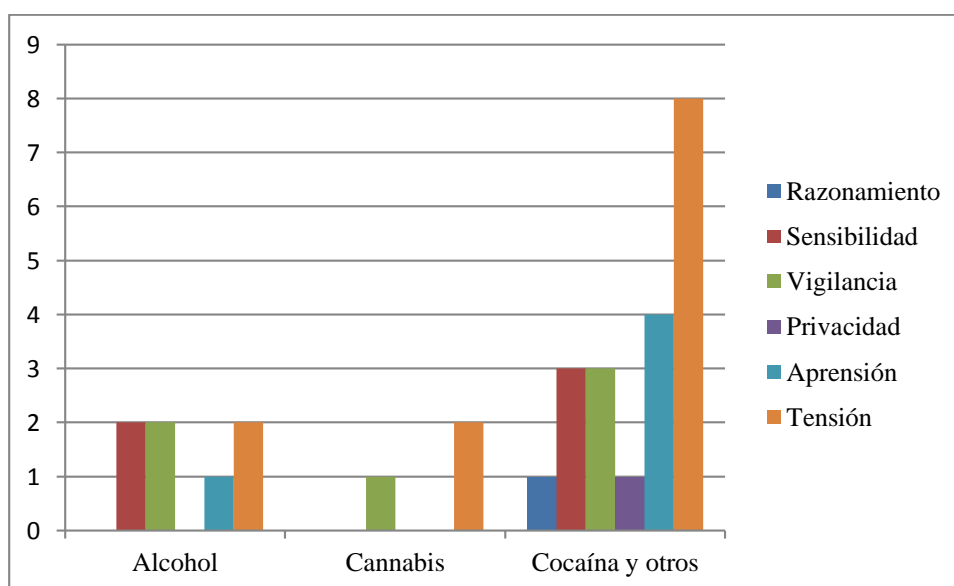
*Tabla de contingencia entre los rasgos de personalidad de mayor predominancia y la sustancia de consumo*

<i>Rasgo de mayor predominancia</i>	<i>Sustancia de consumo</i>			<i>Total</i>	<i>Contraste <math>X^2</math></i>
	<i>Alcohol n= 7</i>	<i>Cannabis n= 3</i>	<i>Cocaína y otros n= 20</i>		
Razonamiento	-	-	1	1	(10) 4,321
Sensibilidad	2	-	3	5	
Vigilancia	2	1	3	6	
Privacidad	-	-	1	1	
Aprensión	1	-	4	5	
Tensión	2	2	8	12	

*Nota:* \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001.

Con respecto a los participantes que buscaron tratamiento sobre problemas derivados del consumo de sustancias, en este caso alcohol (7 casos), se encontró que dos tuvieron el rasgo sensibilidad como predominante, en el caso del rasgo Vigilancia se obtuvieron dos casos, en el rasgo de tensión dos casos y finalmente en el rasgo Aprensión un caso. Siguiendo el análisis, en el caso de la sustancia cannabis (3 casos) se detectó dos casos con el rasgo Tensión como predominante y un caso con el rasgo Vigilancia.

Finalmente para el consumo de Cocaína y otras sustancias derivados (20 casos), se encontró un caso con el rasgo razonamiento como predominante, tres para el rasgo Sensibilidad, tres para el rasgo Vigilancia, uno para el rasgo Privacidad, cuatro el rasgo Aprensión y finalmente ocho casos para el rasgo Tensión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa (Ver gráfico 4.10).



**Gráfico 4.8:** Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes con respecto al consumo de sustancias.

El rasgo Tensión es el rasgo que se encuentra presente en los participantes independientemente del tipo de sustancia de consumo, aunque su predominancia es mayor en quienes consumen Cannabis y Cocaína. El rasgo Vigilancia de la misma manera se encuentra presente entre los tres tipos de sustancias presentes. El rasgo Sensibilidad se encuentra presente en quienes consumieron Alcohol y Cocaína similar fenómeno se repite para el rasgo Aprensión, este rasgo es el segundo más predominante en la distribución para las sustancias Cocaína y sus derivados. Además no se encontró evidencia que demuestre una asociación clara entre el consumo de sustancias y un rasgo de personalidad predominante.

#### **4.5.2 Correlación entre los rasgos de personalidad y el nivel de gravedad de adicción**

En este proceso de análisis se pretende conocer de qué manera se da la distribución de los participantes considerando las categorías diagnósticas (uso espontáneo, uso problemático, abuso de sustancias) que presentaron y los rasgos de personalidad (razonamiento, sensibilidad, vigilancia, privacidad, aprensión y tensión) con mayor predominancia. Para ello se construyó una tabla de contingencia también para identificar la existencia o no de correlación entre las categorías diagnósticas y el rasgo de personalidad de mayor predominancia, como estadístico de contraste se utilizó el Ji Cuadrado ( $X^2$ ). Se estima que existe una correlación entre las categorías diagnósticas y los rasgos de personalidad de mayor predominancia (H1) (Ver cuadro 4.09).

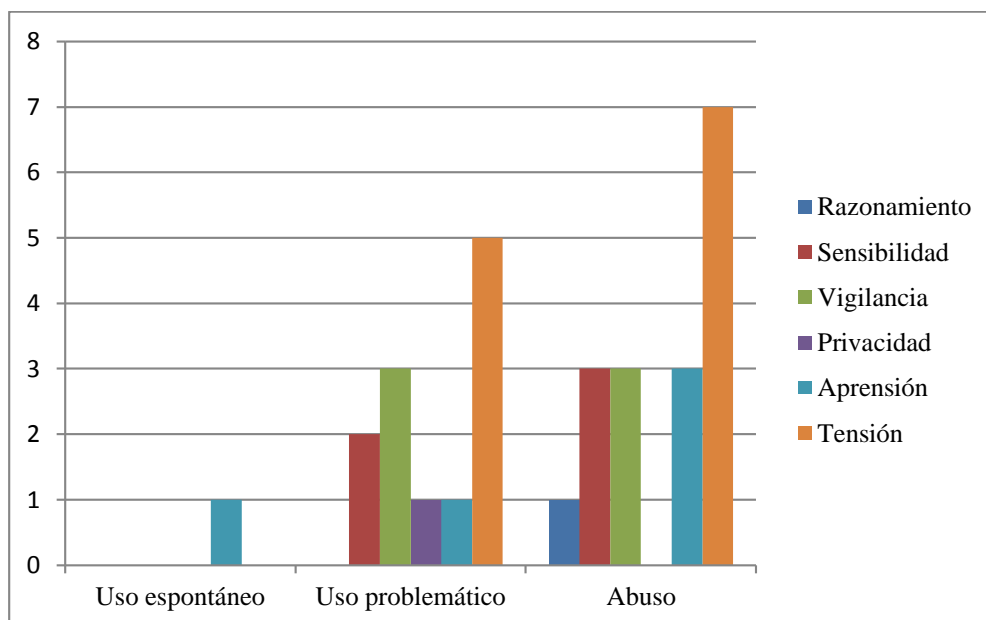
**Cuadro 4.9.****Tabla de contingencia entre los rasgos de personalidad de mayor predominancia y las categorías diagnósticas del ASI-6**

<i>Rasgos de mayor predominancia</i>	<i>Interpretación</i>			<i>Total</i>	<i>Contraste X<sup>2</sup></i>
	<i>Uso espontáneo</i>	<i>Uso problemático</i>	<i>Abuso</i>		
Razonamiento	-	-	1	1	(10) 7,929
Sensibilidad	-	2	3	5	
Vigilancia	-	3	3	6	
Privacidad	-	1	-	1	
Aprensión	1	1	3	5	
Tensión	-	5	7	12	

*Nota:* \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001.

Con respecto a los participantes con diagnóstico de uso problemático (un caso), se encontró 1 caso en el que el rasgo predominante era la aprensión. En quienes el diagnóstico correspondió a uso problemático (12 casos) se encontró que el rasgo sensibilidad fue predominante en el caso del rasgo sensibilidad, tres en el rasgo Vigilancia, uno en los rasgos Privacidad y Aprensión y cinco en el rasgo Tensión. Finalmente para los aquellos con diagnóstico de Abuso (17 casos) se encontró que un caso el rasgo predominante fue el Razonamiento, tres para el rasgo Sensibilidad, Privacidad y Aprensión y siete casos para el rasgo Tensión.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que no se pudo rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ = no existe relación entre las categorías diagnósticas y los rasgos de personalidad predominantes) (Ver gráfico 4.11).



**Gráfico 4.11:** *Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes con respecto a las categorías diagnósticas.*

El rasgo Tensión resulta ser el rasgo de mayor predominancia tanto para los diagnósticos de uso problemático como para el abuso; en segunda posición de distribución ocupa el rasgo Aprensión que se distribuye entre las tres categorías; finalmente el rasgo Vigilancia es el tercer rasgo de mayor predominancia que ocupa representatividad en las categorías Uso problemático y abuso.

#### **4.5.3. Análisis de relación entre los rasgos de personalidad predominantes y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR de trastornos relacionados con sustancias.**

En el presente proceso de análisis se procura conocer de qué manera se da la distribución de los rasgos de personalidad predominantes (Razonamiento, Sensibilidad, Vigilancia, Privacidad, Aprensión, Tensión) y las categorías diagnósticas (Trastorno relacionado con el alcohol, trastorno relacionado con el cannabis y trastorno relacionado con la cocaína). Para ello se construyó una tabla de distribución de los participantes en relación a los diagnósticos del DSM-IV-TR en los trastornos relacionados con sustancias y los rasgos de mayor predominancia para identificar la existencia o no de correlación entre las categorías diagnósticas y el rasgo de personalidad de mayor predominancia (Ver cuadro 4.10).

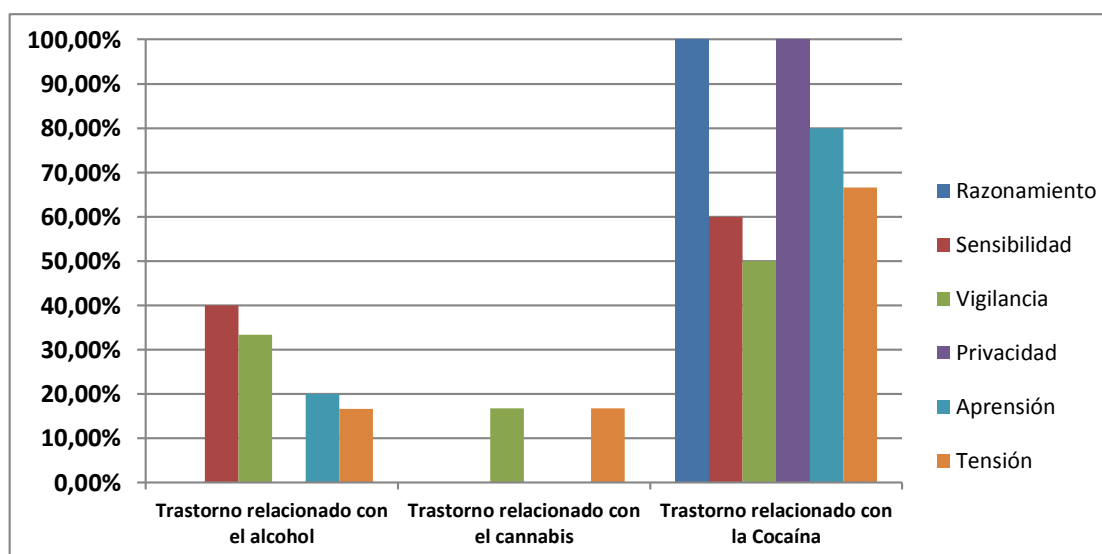
**Cuadro 4.10**

*Distribución de los participantes en relación a los diagnósticos del DSM-IV-TR en los trastornos relacionados con sustancias y los rasgos de mayor predominancia*

<i>Diagnósticos</i>	<i>Rasgo de mayor predominancia</i>												<i>Total</i>	
	<i>Razonamiento</i>		<i>Sensibilidad</i>		<i>Vigilancia</i>		<i>Privacidad</i>		<i>Aprensión</i>		<i>Tensión</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Trastorno relacionado con el alcohol	0	0,0%	2	40,0%	2	33,4%	0	0,0%	1	20,0%	2	16,6%	7	23,4%
Trastorno relacionado con el cannabis	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	16,7%	3	10,0%
Trastorno relacionado con la Cocaína	1	100,0%	3	60,0%	3	50%	1	100,0%	4	80,0%	8	66,6%	20	66,6%

**Nota:** 30 observaciones.

El rasgo Razonamiento (un caso) fue predominante en el trastorno relacionado con la cocaína (100%). Con respecto al rasgo Sensibilidad (5 casos), el 40% fue predominante en el Trastorno relacionado con el alcohol, mientras que el restante fue predominante en el Trastorno relacionado con la cocaína. El rasgo Vigilancia (6 casos) fue predominante en el Trastorno relacionado con la Cocaína (50%), seguido por el (33,4%) identificado con el Trastorno relacionado con el alcohol y el (16,7%) con el Trastorno relacionado con el cannabis. El rasgo Privacidad (un caso) fue predominante en el trastorno relacionado con la cocaína (100%). El rasgo Aprensión (5 casos) encontró predominancia en el Trastorno relacionado con la Cocaína (80%), mientras que el (20%) tuvo relación con el Trastorno relacionado con el alcohol. El rasgo Tensión (12 casos) encontró mayor presencia en el Trastorno relacionado con la Cocaína (66,6%), mientras que el restante se distribuyó paralelamente entre el Trastorno relacionado con el alcohol y el Trastorno relacionado con el cannabis (Ver cuadro 4.10).



**Gráfico 4.9:** Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes con respecto a las categorías diagnósticas.

El rasgo de personalidad Tensión fue el que se encontró mayoritariamente presente en los casos con Trastorno Relacionado con Sustancias (12 casos). El segundo rasgo predominante fue Vigilancia (6 casos). Constituyendo el tercer lugar en predominancia se encontró dos rasgos de personalidad Aprensión y Sensibilidad con (5 casos) cada uno. Esto concuerda con las investigaciones realizadas por Peris (2010) quien constató que existen rasgos centrales de personalidad que predicen muchos tipos de trastornos relacionados con las sustancias.

Existen datos proporcionados por la (ONU DC, 2009) donde se encontró que en los centros de recuperación el 52,1% de los pacientes se encuentran bajo tratamiento para el consumo de cocaína, el 31,7% para el consumo de marihuana y el 16,2% otros, lo cual concuerda con los datos encontrados en el proceso investigativo, notándose claramente una presencia destacada del trastorno relacionado con Cocaína, frente a la presencia de las otras sustancias

Una vez determinada la distribución entre los rasgos de personalidad predominantes en los Trastornos relacionados con las sustancias encontradas en el presente trabajo, a continuación se procedió a la identificación de los rasgos de personalidad predominantes en relación al tipo de diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias identificado en los distintos participantes del estudio.

Para ello se muestra un cuadro de contingencia entre los rasgos de personalidad predominantes y el tipo de Trastorno Relacionado con sustancias que se ha identificado. Además se utilizó la prueba Ji - Cuadrado ( $X^2$ ) para identificar diferencias estadísticas (Ver cuadro 4.11).

**Cuadro 4.11**

*Distribución de los participantes en relación a los diagnósticos del DSM-IV-TR en los trastornos relacionados con sustancias (subcategorías) y los rasgos de mayor predominancia.*

<i>Diagnósticos</i>	<i>Factor de mayor predominancia</i>												<i>Total</i>	
	<i>Razonamiento</i>		<i>Sensibilidad</i>		<i>Vigilancia</i>		<i>Privacidad</i>		<i>Aprensión</i>		<i>Tensión</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Trastorno relacionado con el alcohol - abuso	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	2	6,7%
Trastorno relacionado con el alcohol - dependencia	0	0,0%	2	40,0%	1	16,7%	0	0,0%	1	20,0%	1	8,3%	5	16,7%
Trastorno relacionado con el cannabis - abuso	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%
Trastorno relacionado con el cannabis - dependencia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	16,7%	2	6,7%
Trastorno relacionados con Cocaína - Abuso	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%	1	20,0%	3	25,0%	5	16,7%
Trastorno relacionados con Cocaína - dependencia	1	100,0%	2	40,0%	2	33,3%	0	0,0%	2	40,0%	4	33,3%	11	36,7%
Trastorno relacionados con Cocaína Dependencia Remisión total sostenida	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	20,0%	1	8,3%	4	13,3%

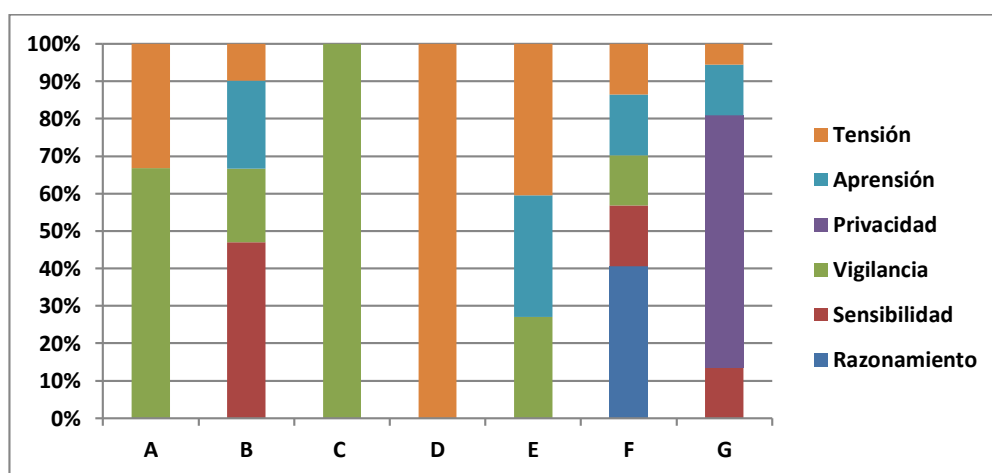
**Nota:** 30 observaciones.

$X^2(29) = 21,620; p > ,05$

Con respecto al rasgo 'Razonamiento' se encontró que este fue predominante (un caso) equivalente al 100% en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia). En el rasgo 'Sensibilidad' se encontraron dos casos (40%) en el trastorno relacionado con el alcohol (dependencia); dos casos (40%) en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia) y un caso (20%) en remisión total sostenida. En el rasgo Vigilancia se encontró un caso, equivalente al 16,7% en el trastorno relacionado con el alcohol (abuso); un caso (16,7%) en el trastorno relacionado con el alcohol (dependencia); un caso en el trastorno relacionado con cannabis equivalente al (16,7%); un caso en el trastorno relacionado con cocaína (abuso) equivalente al (16,7%); dos casos (33,3%) en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia). En el rasgo 'Privacidad' fue predominante (un caso) equivalente al 100% en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia remisión total sostenida). El rasgo 'Aprensión' presento un caso equivalente al (20%) en el trastorno relacionado con el alcohol (dependencia); un caso en el trastorno relacionado con cocaína (Abuso) equivalente al (20%); dos casos equivalentes al (40%) en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia); un caso en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia remisión total sostenida) equivalente al (20%). El rasgo 'Tensión' presento un caso (8,3%) en el trastorno relacionado con el alcohol (abuso); un caso (8,3%) en el trastorno relacionado con el alcohol (dependencia); dos casos (16,7%) en el trastorno relacionado con el cannabis (dependencia); tres casos en el trastorno relacionado con cocaína (abuso) equivalente al (25%); cuatro casos (33,3%) en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia) y un caso en el trastorno relacionado con cocaína (dependencia remisión total sostenida) equivalente al (8,3%).

El rasgo de personalidad Tensión (12 casos) fue el predominante en la mayoría de diagnósticos de trastorno relacionado con sustancias encontrados, teniendo mayor presencia en el Trastorno relacionado con cocaína (abuso, dependencia y remisión), siendo este grupo donde se denota una categórica dominancia y representación del mismo. El rasgo de personalidad Vigilancia (6 casos) fue el segundo en jerarquía de presencia en los trastornos relacionados con sustancias, apareciendo en trastornos relacionados con el alcohol, cannabis y cocaína sin denotar representación en ninguno de ellos. Los rasgos Sensibilidad (5 casos) y Aprensión (5 casos) mostraron presencia en los trastornos relacionados con el alcohol, cannabis y cocaína (abuso y dependencia) careciendo de representatividad cuantitativa en ninguno de ellos.

La prueba Ji Cuadrado  $X^2= 21,620$ ;  $p > ,05$  mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre un rasgo de personalidad predominante y un Trastorno de Relacionado con sustancias (Ver gráfico 4.13).



**Clave:** A: Trastorno relacionado con el alcohol – abuso. B: Trastorno relacionado con el alcohol – dependencia. C: Trastorno relacionado con el cannabis – abuso. D: Trastorno relacionado con el cannabis – dependencia. E: Trastorno relacionados con Cocaína – Abuso. F: Trastorno relacionados con Cocaína - dependencia. G: Trastorno relacionados con Cocaína Dependencia Remisión total sostenida.

**Gráfico 4.10.** Distribución de los rasgos de personalidad de mayor predominancia tras la evaluación de los participantes con respecto a las categorías diagnósticas.

Los rasgos de personalidad (Tensión, Vigilancia, Sensibilidad y Aprensión) fueron los que tuvieron mayor presencia denotando predominancia en los trastornos relacionados con sustancias encontrados, esto coincide con investigaciones realizadas sobre patología dual donde se concluye que existe una alta comorbilidad entre la personalidad y las adicciones (Regier, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchments Area (ECA), 1990). La investigación realizada por Hervas a 140 participantes asociados al consumo de sustancias constata que existe concentración de ciertos rasgos en la población indicada, obteniendo similares resultados encontrando que los sujetos que se encuentran usando sustancias tienden a presentar con mayor probabilidad los siguientes rasgos *Dominancia, Sensibilidad, Vigilancia, Aprensión, Apertura Cambio* (Psicothema, 1996), verificando de este modo que existe cierto nivel de relación entre los rasgos de personalidad y los trastornos relacionados con sustancias, pero existen limitaciones caracterizadas generalmente por sesgo en la población de estudio.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones**

La investigación presentada ha demostrado que existen rasgos de personalidad que se presentan con mayor frecuencia en sujetos con diagnóstico del trastorno relacionado con sustancias y que a su vez mantienen una relación Sujeto – Objeto con los diferentes tipos de drogas, evidenciándose de este modo que existen una predominancia de ciertos rasgos de personalidad en personas que consumen sustancias.

A través de la evaluación realizada se puede concluir que existe una predominancia de género en el trastorno relacionado con sustancias, misma que se evidencia notablemente en la presencia mayoritaria de hombres en relación con las mujeres quienes ocupan el 86.7% frente al 13.3% de presencia del género femenino, esta información contrasta claramente con la información de investigaciones realizadas en las cuales la presencia masculina es notable frente a la del sexo contrario. Existe un rango de edad promedio que oscila entre los 35 años de edad, la sustancia de mayor predominancia en relación con motivación hacia el tratamiento es la Cocaína y sus derivados cuya presencia en relación con las otras sustancias de mayor uso es notable, de este modo se evidenció que la presencia de la Cocaína y sus

derivados fue de un 66.7% frente al 23.3% del Alcohol y 10.0% de Cannabis, el tipo de tratamiento recibido de parte de los participantes para atender su problemática relacionada con el consumo de drogas tuvo mayor presencia en la modalidad Ambulatoria la cual corresponde un 73.3% frente al 26,7% en la modalidad de internamiento.

Con respecto al primer objetivo del presente trabajo investigativo que era determinar los rasgos de personalidad predominantes en sujetos que presentan Trastornos relacionados con sustancias se encontró que existe una predominancia de rasgos de personalidad en sujetos con Trastornos relacionados con sustancias los cuales a través de la evaluación con el reactivo psicológico 16PF-5 se conforman en un grupo con mayor presencia, siendo cuatro rasgos con mayor predominancia el rasgo Tensión obtuvo un porcentaje de 40.00%, mientras que el rasgo Vigilancia alcanzo un porcentaje de 20.00%, los rasgos Aprensión y Sensibilidad alcanzaron iguales porcentajes siendo este 16,7%, siendo notable la supremacía de presencia en relación con el resto de rasgos de personalidad que conforman la escala de evaluación esto permite evidenciar y comprobar que existe una predominancia notable de ciertos rasgos de personalidad relacionalmente con los trastornos relacionados con sustancias. (Ver cuadro 4.06)

En lo que refiere al segundo objetivo planteado, el cual era clasificar a los sujetos participantes de acuerdo al tipo de trastorno relacionado con sustancias se concluye que son 3 las sustancias presentes en los trastornos relacionados con sustancias (Alcohol, Cannabis y Cocaína) donde se encontró distribuida la población del siguiente modo con los siguientes diagnósticos: 7 casos con trastorno relacionado con el Alcohol correspondiendo al 23,4% casi una cuarta parte del total de la

población evaluada, se encontró 3 casos con trastorno relacionado con el Cannabis el cual fue el grupo con menor representación dentro del proceso. El trastorno relacionado con Cocaína fue el de mayor presencia con 20 casos identificados con el diagnóstico mencionado, el mismo tuvo una representación significativa con casi tres cuartas partes de la población total. (Ver cuadro 4.04)

En lo que corresponde al tercer objetivo que era identificar los rasgos de personalidad predominantes de acuerdo a los distintos tipos de Trastornos relacionados con sustancias se encontró que en la correlación de los resultados el rasgo Tensión tiene presencia en la mayoría de diagnósticos de trastorno relacionado con sustancias encontrados, teniendo mayor representación. en el Trastorno relacionado con cocaína (abuso, dependencia y remisión), el rasgo Vigilancia tiene en jerarquía el segundo lugar en lo que respecta a presencia en los diagnósticos de trastornos relacionados con el alcohol, cannabis y cocaína sin denotar representación significativa en ninguno de ellos, los rasgos de Aprensión y Sensibilidad son los rasgos que ocupan el tercer lugar en lo que respecta a mayor predominancia en las categorías diagnósticas de trastornos relacionados con el alcohol, cannabis y cocaína (abuso y dependencia) careciendo de representatividad cuantitativa en ninguno de ellos, esto permite evidenciar claramente que existe una relación cercana entre un determinado rasgo y categoría diagnóstica lo cual se constituye en un elemento sustancial y de suma importancia para focalizar alternativas de abordaje que permitan potencializar el diseño objetivo de planes terapéuticos para dar tratamiento a la problemática establecida entre el sujeto, su relación particular con las sustancias y de este modo generar herramientas útiles que se adapten ergonómicamente con las individualidades y particularidades de cada sujeto. (Ver cuadro 4.11)

Finalmente se concluye que existieron dentro del proceso de investigación limitaciones que contribuyen a plantear una propuesta objetiva de acuerdo a la necesidad generada. Se identificó que no existen procesos diagnósticos establecidos que permitan categorizar la situación clínica de los pacientes (falta de diagnóstico), también se carece de métodos que dirección alternativas de intervención diseñadas para las distintas categorías diagnosticas que pueden tener los pacientes.

## **5.2. Recomendaciones**

Existe un abordaje y modelo intervención dentro de los Centros de rehabilitación, cuyo proceso de internamiento y tratamiento es de tipo generalizado, el cual se basa mayoritariamente en el trabajo grupal con los pacientes lo cual brinda sus ventajas y beneficios pero descuida puntos focales importantes dentro del abordaje de la problemática de las Adicciones. Se recomienda utilizar diversas alternativas que brindan los distintos enfoques psicológicos alineados al abordaje individual, diseñados desde la particularidad para generar herramientas inéditas en los pacientes que tengan mayor funcionalidad, operatividad y resultados en las intervenciones de corte clínico, destacando el desarrollo de habilidades en el paciente que permitan generar una dinámica asertiva y coherente respecto a su vida.

Es necesaria la generación de espacios de debate, estudio e investigación que permitan contextualizar la problemática, así también como la estandarización a de los reactivos existentes para evaluar Adicciones, debido a que existe una notable fuente investigativa externa pero son escasos los estudios científicos que se han realizado con la población ecuatoriana lo cual evidenciará siempre un sesgo con los datos

obtenidos. Se sugiere llevar este estudio a un meta análisis, ampliando la población para verificar si existe correlación significativa.

Sistematizar procesos de evaluación y diagnóstico que permitan dar objetividad al momento de valorar al paciente, debido que constituye una etapa significativa de la cual se inicia el direccionamiento y elección de las herramientas de intervención terapéutica, se sugiere la creación de esquemas de procesos de acción que se ajuste a la demanda del paciente optimizando la elección de los puntos focales de intervención.

Finalmente se torna necesario la creación de Centros de Intervención de Adicciones públicos para que las personas con problemas relacionados con sustancias tengan acceso a evaluaciones integrales que los permitan situar en un modelo de tratamiento para su problemática, la creación de programas de reinserción social los cuales brindaran apoyo y contención social lo cual tiene una importancia sustancial para el mantenimiento en los procesos de recuperación, la creación de modelos de sociabilización de las drogas y su prevención desde una perspectiva contextual, es decir realizando estudios para trabajar en base a sus resultados y dejar de lado la perspectiva de estigma social que no contribuye en nada al tratamiento de los usuarios.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 Tema**

Plan de evaluación psicológica para personas que presentan presuntamente Trastornos relacionados con sustancias como requisito para la elección de alternativas de intervención psicoterapéutica.

#### **6.2. Objetivo**

##### **6.2.1. Objetivo General**

Establecer un Plan de evaluación psicológica para personas que presentan presuntamente Trastornos relacionados con sustancias como requisito para la elección de alternativas de intervención psicoterapéutica.

##### **6.2.2. Objetivos específicos**

- Estandarizar un protocolo de evaluación para el Diagnóstico de Trastornos Relacionados con sustancias en personas solicitantes de intervención psicoterapéutica para problemas relacionados con el consumo de sustancias.

- Determinar el nivel de categoría diagnóstica en problemas relacionados con el consumo de sustancias en la población involucrada, para la selección de alternativas psicoterapéuticas basadas en el diagnóstico clínico.
- Plantear un esquema de evaluación e intervención psicoterapéutica en problemas relacionados con el consumo de sustancias basado en el diagnóstico clínico.

### **6.3. Justificación**

En vista de los resultados obtenidos donde existe cierta predominancia de los rasgos de personalidad en los trastornos relacionados con sustancias es necesario plantear un modelo de evaluación estandarizado que permita focalizar intervenciones basadas en las particularidades encontradas en el paciente, de modo que el abordaje clínico tenga un diseño operativo y funcional en contraste con la problemática individual del paciente, donde se torna necesario valorar por niveles la distinta especificidad dependiendo del requerimiento del caso y los recursos disponibles.

La presente propuesta se enmarca en la valoración y determinación de la categoría diagnóstica del trastorno relacionado con sustancias a fin de brindar una respuesta a un diagnóstico acertado y al direccionamiento óptimo en las áreas donde la persona involucrada es más vulnerable. Con esta proposición evaluativa se pretende mejorar la calidad de la intervención clínica la cual fomenta un adecuado proceso de tratamiento así como la proyección de la salud mental.

#### **6.4. Desarrollo de la propuesta.**

La presente propuesta tiene como eje principal ejecutar en esquema de evaluación en adicciones donde sus niveles se acompañan de varios indicadores que permiten conocer el nivel de consumo de sustancias, este tipo de esquema está basado en los autores (Ortuño, J, & Paya, 2013), quienes proponen varios parámetros de evaluación clínica para un óptimo y adecuado diagnóstico así como el acercamiento a un tratamiento en problemas adictivos sin dejar de lado las áreas donde la persona es más vulnerable como por ejemplo la salud física–psicológica, afectividad, lo psicosocial, la calidad de vida entre otras áreas.

Dentro del desarrollo de la propuesta los ejes principales son los siguientes:

1. Nivel de gravedad de la adicción
2. Personalidad
3. Estadios de cambio, motivación al tratamiento y *craving*,
4. Trastornos psicopatológicos
5. Funciones cognitivas
6. Problemas psicosociales y ambientales del individuo
7. Actividad global y calidad de vida.

Dichos ejes permiten dar un acercamiento óptimo de las áreas donde la persona consumidora está siendo más vulnerable, tanto los niveles de gravedad de la conducta adictiva hasta la valoración de la calidad de vida permiten el monitoreo y el re direccionamiento del proceso terapéutico de ser necesario. Otro de los aspectos importantes es la personalidad que ayuda a conocer las múltiples reacciones,

debilidades y fortalezas de la persona a fin de brindar un acercamiento más funcional en base a su individualidad.

Los niveles en los que se realiza la evaluación comprenden los siguientes puntos:

- Nivel 1 – Evaluación de la conducta problema.
- Nivel 2 – Evaluación de síntomas asociados a personalidad, ansiedad, depresión y funciones cognitivas.
- Nivel 3 - Evaluación de Síntomas Asociados a Problemas psicosociales, ambientales, funcionamiento psicosocial y calidad de vida.

Estos niveles ayudan a que la evaluación sea adecuada, dando importancia a que los problemas focales sean tomados muy en cuenta a la hora de un proceso de intervención, así mismo el determinar el tipo de droga que la persona usa y factores de riesgo asociados. Aquí se especifican los niveles de consumo y cada una con su respectiva evaluación, los indicadores son los siguientes:

Para determinar nivel de gravedad de la adicción: ASI-6 EuropASI.

- Uso espontáneo: ASI-6 y EuropASI.
- Uso problemático: ASI-6 y EuropASI
- Abuso: ASI-6 y EuropASI

Para determinar el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias: Cuestionario *Ad Hoc* para el diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

### 6.5. Evaluación por niveles de intervención

El nivel 1 corresponde a la evaluación de la conducta problema donde los reactivos que se van a utilizar brindan una adecuada visualización del aspecto clínico del paciente, partiendo de que tipo de sustancia es la que consume, y las áreas donde existe mayor incidencia de problemas e indicadores de riesgo.

<b>Nivel 1:</b>	
<b>EVALUACION DE LA CONDUCTA PROBLEMA</b>	
<b>Instrumentos</b>	<b>Descripción</b>
ASI-6	Evalúa el grado de gravedad del problema en siete áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales, y estado psicológico.
EuropASI	Este reactivo evalúa distintos aspectos de la vida de los pacientes que han podido contribuir al desarrollo del síndrome de abuso de sustancias. Explora las siguientes áreas de la vida potencialmente problemáticas (salud física, empleo/recursos, drogas/alcohol, situación legal, historia familiar, relaciones familiares/sociales, salud mental).
Cuestionario Ad Doc	El Cuestionario <i>Ad Hoc</i> para el diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR es un instrumento que determina el diagnóstico asociado al consumo de sustancias que identifica a cada sujeto evaluado.

El Nivel 2 corresponde a la Evaluación de Síntomas Asociados a; personalidad, ansiedad, depresión y funciones cognitivas, dicha valoración permite un acercamiento en cuanto a diversos rasgos de personalidad predominantes que son

fundamentales para el proceso de intervención en trastornos relacionados con sustancias, de igual manera la ansiedad y depresión dan un parámetro de las dificultades latentes del sujeto, así también el espacio de las funciones cognitivas mirando el grado de afectación que ha producido la sustancia a nivel psicofisiológico en la persona.

<b>Nivel 2:</b>	
<b>Evaluación de síntomas asociados a: personalidad, ansiedad, depresión y funciones cognitivas</b>	
<b>Instrumentos</b>	<b>Descripción</b>
16 PF-5 o Big Five	16 PF-5: Evalúa los rasgos de personalidad, dicho inventario de los 16 factores propuestos por Cattell (16PF-5) Big five: El test de personalidad de 5 factores de McRae y Costa es una de las pruebas de personalidad de mayor justificación por ello constituye una herramienta útil de evaluación
Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMIII)	Evalúa 11 patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo; y tres patrones graves: esquizotípico, límite y paranoide. Evalúa también síndromes del eje I (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante).
Inventario de ansiedad de Beck	Evalúa los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.
STAI (Ansiedad estado rasgo)	Evalúa únicamente síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad, fácil corrección y disposición de baremos estandarizados para poder comparar al sujeto con su grupo normativo

Inventario para la depresión de Beck	Instrumento autoadministrado que mide la gravedad de la depresión en adultos y adolescente mayores de 13 años, Consta de 21 ítems diferenciados en dos factores: subescala afectiva (pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad).
El Cuestionario Dis-ejecutivo (DEX)	Valora problemas en las siguientes áreas: pensamiento abstracto, la planificación, el insight, la secuenciación temporal, el control de impulsos, la inhibición de respuestas, la toma de decisiones, así como la presencia de fabulaciones, impulsividad, euforia, apatía, agresividad, inquietud motora, respuestas afectivas superficiales, perseveraciones, distractibilidad y despreocupación por reglas sociales.

En cuanto al Nivel 3 encargado de la evaluación de síntomas Asociados a problemas: psicosociales, ambientales y calidad de vida, permite visualizar las áreas donde el sujeto posee dificultades lo cual podría ser preponderante a la hora de buscar factores que han predisposto o facilitado a que la persona ingrese en un consumo activo o a su vez que estén latentes haciendo que retrasen el proceso de tratamiento clínico.

<b>Nivel 3:</b>	
<b>Evaluación de síntomas asociados a problemas: psicosociales, ambientales y calidad de vida.</b>	
<b>Instrumentos</b>	<b>Descripción</b>
El Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas, (TECVASP)	Explora y valora el funcionamiento físico y psicosocial del individuo a través de diversos factores como la dependencia física y psicológica, el funcionamiento cognitivo, la percepción de salud, las expectativas o el funcionamiento social.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)	Mide el funcionamiento psicosocial del individuo mediante la evaluación de la gravedad de los síntomas y el deterioro en su actividad a través de un proceso evaluativo de salud-enfermedad (0-100) que está complementado por el terapeuta en relación a la actividad psicológica, social y laboral.
La Escala de Estrés Percibido (PSS)	Escala con 14 ítems con preguntas que hacen referencia a los sentimientos y pensamientos durante el último mes asociados al estrés.

#### 6.5.1. Esquema de evaluación y direccionamiento a la intervención

A continuación se esquematiza específicamente las áreas de evaluación con sus respectivos objetivos y resultados.

<b>Categoría Diagnóstica</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultado esperado</b>
Por evaluar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Categorizar los niveles de la gravedad de la adicción en la población participante.</li> <li>- Establecer un diagnóstico clínico</li> <li>- Verificar las áreas más vulnerables del sujeto.</li> <li>- Establecer las pautas para un proceso de intervención clínico dependiendo del diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI-6</li> <li>- EuropASI</li> <li>- Cuestionario Ad Hoc (Constantes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista Inicial</li> <li>- Ficha Psicológica</li> <li>- Aplicación reactivos</li> <li>- Valoración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer el nivel de gravedad de la adicción e identificar áreas de intervención urgente e importante para el proceso terapéutico.</li> <li>- Diagnóstico Clínico</li> <li>- Direccionar la Intervención clínica focalizada.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer el tipo de sustancia de mayor uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI-6</li> <li>- EuropASI</li> <li>- Inventario Clínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista</li> <li>- Historia Clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer el tipo de sustancia de mayor uso.</li> </ul>

<p>Trastorno relacionado con sustancias (Abuso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las áreas de mayor vulnerabilidad del sujeto.</li> <li>- Evaluación de las áreas en personalidad, ansiedad, conducta adictiva.</li> <li>- Evaluación de área psicosocial</li> <li>- Evaluación de Craving</li> <li>- Establecer las pautas para un proceso de intervención.</li> </ul>	<p>Multiaxial de Millon (MCMII-III)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- STAI (Ansiedad estado rasgo)</li> <li>- Inventario para la depresión de Beck</li> <li>- El Cuestionario Dis-ejecutivo (DEX)</li> <li>- El Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP).</li> <li>- La Escala de Estrés Percibido (PSS)</li> <li>- Cuestionario de Craving (CAC)</li> <li>- Escala de Evaluación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración</li> <li>- Diagnostico</li> <li>- Intervención</li> <li>- Seguimiento</li> <li>- Revaloración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las áreas focales conflictivas del sujeto.</li> <li>- Establecer rasgos y tipo de personalidad, niveles de ansiedad y conductas problema.</li> <li>- Determinar los factores de riesgo y de protección con el consumo.</li> <li>- Direccionar la Intervención clínica focalizada.</li> <li>- Obtención de nuevos resultados para verificación de indicadores de</li> </ul>
---	---	---	--	--

		de la Actividad Global (EEAG)		recuperación.
Trastornos relacionados con sustancias (dependencia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer el tipo de sustancia de mayor uso.</li> <li>- Identificar las áreas de mayor vulnerabilidad del sujeto.</li> <li>- Evaluación de las áreas en personalidad, ansiedad, conducta adictiva.</li> <li>- Evaluación de área psicosocial</li> <li>- Evaluación de Craving</li> <li>- Establecer las pautas para un proceso de intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI-6</li> <li>- EuropASI</li> <li>- 16 PF-5 o Big Five</li> <li>- STAI (Ansiedad estado rasgo)</li> <li>- Inventario para la depresión de Beck</li> <li>- El Cuestionario Dis-ejecutivo (DEX)</li> <li>- El Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista</li> <li>- Historia Clínica</li> <li>- Valoración</li> <li>- Diagnostico</li> <li>- Intervención</li> <li>- Seguimiento</li> <li>- Revaloración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer el tipo de sustancia de mayor uso.</li> <li>- Determinar las áreas focales conflictivas del sujeto.</li> <li>- Establecer rasgos y tipo de personalidad, niveles de ansiedad y conductas problema.</li> <li>- Determinar los factores de riesgo y de protección con el consumo.</li> <li>- Direccionar la Intervención clínica</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Escala de Estrés Percibido (PSS)</li> <li>- Cuestionario de Craving (CAC)</li> <li>- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)</li> </ul>		<p>focalizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtención de nuevos resultados para verificación de indicadores de recuperación.</li> </ul>
Trastornos inducidos por sustancias (Intoxicación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso-Estabilizar paciente.</li> <li>- Aplicar pruebas de laboratorio para detección de sustancias.</li> <li>- Desintoxicación breve</li> <li>- Verificar estado global del paciente</li> <li>- Direccional a tratamiento de rehabilitación focalizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención médica-farmacoterapia</li> <li>- Prueba de detección de tóxicos (urino análisis)</li> <li>- Entrevista y observación de cuerpo clínico</li> <li>- Protocolo de diagnóstico para trastornos relacionados con sustancias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica.</li> <li>- Valoración médica.</li> <li>- Intervención médica.</li> <li>- Valoración global.</li> <li>- Inserción tratamiento rehabilitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer un primer contacto e intervenir en la sintomatología presente.</li> <li>- Indagación de sustancias de consumo y derivaciones en el sujeto</li> <li>- Desintoxicación</li> </ul>

				<p>con fines de estabilización general.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico clínico, determinar la situación contextual generalizada en el paciente</li> <li>- Orientar las estrategias de intervención focalizada.</li> </ul>
<p>Trastornos inducidos por sustancias (Abstinencia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso-Estabilizar paciente.</li> <li>- Aplicar pruebas de laboratorio para detección de sustancias.</li> <li>- Desintoxicación breve</li> <li>- Verificar estado global del paciente-</li> <li>- Direccionar a tratamiento de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención médica-farmacoterapia</li> <li>- Prueba de detección de tóxicos (urino análisis)</li> <li>- Entrevista y observación de cuerpo clínico</li> <li>- Protocolo de diagnóstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica.</li> <li>- Valoración médica.</li> <li>- Intervención médica.</li> <li>- Valoración global cuerpo clínico.</li> <li>- Direccionamiento a proceso de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer un primer contacto e intervenir en la sintomatología presente.</li> <li>- Indagación de sustancias de consumo y</li> </ul>

	rehabilitación focalizado.	para trastornos relacionados con sustancias	evaluación focalizado	<p>derivaciones en el sujeto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desintoxicación con fines de estabilización general.</li> <li>- Diagnóstico clínico, determinar la situación contextual generalizada en el paciente</li> <li>- Orientar las estrategias de intervención focalizada.</li> </ul>
--	----------------------------	---	-----------------------	--

## BIBLIOGRAFIA

- Aceves, J. (2000). *Psicología General*. México: Publicaciones Cruz O., S.A.
- Allport, G. (1937). *Personality: An Psychological interpretation*. New York: Henry Holt.
- Alonso, C., Salvador, T., Suelves, J., Jiménez, S., & Martínez, I. (2004). *Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. España, España: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud .
- American Psychological Association. (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (IV-TR ed.)*. Washington: Masson.
- Barcelata, B., Lucio, E., & Durán, C. (2003). El Inventario Autodescriptivo del Adolescente: desarrollo y potencialidades. *IV Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica*.
- Barcelata, B., Lucio, E., & Durán, C. (2006). Construcción, confiabilidad, validez de contenido y discriminante del Inventario Autodescriptivo del Adolescente. *Acta colombiana de Psicología*, 9(2), 5-18.
- Becoña, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional de Drogas,.
- Becoña, E. (2002a). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional de Drogas,.
- Becoña, E. (2002b). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Becoña, E., López, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Fraga, J., Osorio, J., y otros. (2011). ¿Tienen una personalidad distinta los adolescentes consumidores de psicoestimulantes? *Psicothema*, 23(4), 552-559.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Mascaran, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. M., & Flores, G. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Bordalejo, D., Boullosa, O., Hadid, E., Puricelli, M., Romero, E., Tannenhaus, L., y otros. (2014). Factores de carácter y temperamento según el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger en una muestra de pacientes eufímicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica*, 263 - 265.
- Campo, J. (1990). *La personalidad del Adolescente*. Chile: Andres Bello.

- Caprara, G., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2007). *Cuestionarios Big Five*. (J. Bermúdez, Trad.) Madrid: Tea Ediciones.
- Cardona, J., Carreño, P., Cervera, J., García, E., Mesones, H., & Polaino, A. (1993). *No te rindas ante la droga*. España: RIALP.
- Cattell, R. B., Cattell, A. K., & Cattell, H. E. (1995). *16 PF - Cuestionario Factorial de Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cervera, G., Haro, G., & Martínez, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson Educación.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- cols, R. D. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchments Area (ECA)*. Study JAMA.
- Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas - Oficina de las Naciones Unidas. (2010). *Informe subregional sobre uso de Drogas en población escolarizada*.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). *Evaluación del test 16 - PF*. Obtenido de [www.cop.es](http://www.cop.es/uploads/pdf/16pf5.pdf): <http://www.cop.es/uploads/pdf/16pf5.pdf>
- CONSEP - Observatorio Ecuatoriano de Drogas. (2007). *INFORME DEL ESTUDIO NACIONAL A HOGARES SOBRE CONSUMO DE DROGAS*.
- CONSEP - OND. (2012). *Cuarta Encuesta Nacional sobre el uso de drogas en el Ecuador en estudiantes de 12 a 17 años*. Quito: CONSEP - OND.
- CONSEP. (2009). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2009 - 2012*. Quito.
- DSM-IV-TR. (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Washington: Masson.
- Eisenstein, E., & Pagnoncelli de Souza, R. (1994). *Situaciones de riesgo para la salud en niños y adolescentes*. Buenos Aires, ARG.: FUSA 2000 Editora.
- Engler, B. (1996). *Teorías de la Personalidad*. México: DERGRAW - HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Explorable psychology experiments. (16 de Septiembre de 2009). Recuperado el 31 de Enero de 2015, de <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>

- Explorable.com.* (s.f.). Recuperado el 29 de Enero de 2015, de <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>
- Explorable.com.* (s.f.). Recuperado el 31 de Enero de 2015, de <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>
- Explorable.com.* (16 de Septiembre de 2009). Recuperado el 31 de Enero de 2015, de <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>
- Fantin, M. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones, 18*(3), 282-292.
- Gállego, Caudevilla, F., & semFYC, G. d. (2014). *Comsegovia.com*. Obtenido de [/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf](#)
- Garcia, J. (1999). *Drogodependencia y justicia penal*. Madrid: Ministerio de Justicia y Ministerio del Interior.
- Gómez-Maqueo, E., Barcelata, B., & Durán, C. (2010). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). Manual de Aplicación*. México D.F.: Editorial Manual Moderno.
- Krug, S. E., & Johns, E. F. (1986). A large sample validation of second-order personality structure defined by the 16PF. *Psychological Reports, 59*, 683-693.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions* (2nd Ed. ed.). Chicago & Londres: Univ. of Chicago Press.
- LinkedIn Corporation. (01 de 07 de 2012). *LinkedIn Corporation*. Obtenido de sitio web de LinkedIn Corporation: <http://www.slideshare.net/dicefalo18/09-la-personalidad>
- Lorenzo, L. L. (2009). *Drogodependencias*. España: Panamericana .
- Lorenzo, Ladero, Leza, & Hernández, L. (2009). *Drogodependencias*. España: Panamericana.
- Lucio, E., Barcelata, B., & Durán, C. (2002). Assessment of emotional problems in mexican adolescents and development of prevention programs. *110th Annual Convention APA*.
- Martinez, J., Páez, A., Sanchez, M., & Piedras, M. (s.f.). <http://www.medynet.com/>. Obtenido de <http://www.medynet.com/> Medinet.com: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>

- Martínez, L., Ortega, D., Díaz, S., Benitez, R., & Martínéz, A. (2005). Efectos psicosociales de las drogas de tipo legal. Prevención y educación. *Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 1.
- McRae, C. C. (1989). Why I advocate the Five Factor model: Joint Analysis of the NEO-PI and other instruments. En D. M. Buss, & N. Cantor, *Personality Psychology: Recent trends and emerging directions*. New York: Springer Verlag.
- McRae, C., & Costa, P. T. (1985). Comparisons of EPI and Psychoticism scales with measures of the Five Factor model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 6, 587-597.
- McRae, R., & John, O. (1992). An introduction to the five-factor model and its Applications. *Journal of Personality*(60), 175-215.
- Ministerio del Interior. (Agosto de 2002). <http://www.uv.es/>. Obtenido de <http://www.uv.es/>: [http://www.uv.es/choliz/Drogas%20sintesis%20\(PND\).pdf](http://www.uv.es/choliz/Drogas%20sintesis%20(PND).pdf)
- Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito. (2004). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer*.
- Noller, P., Law, H., & Comrey, A. (1987). Cattell, Comrey and Eynseck personality factors compared: More evidence for the five robust factors? *Journal of Personality and Social Psychology*(53), 775-782.
- ONUDD. (2009). *Informe Mundial de las drogas 2009*. ONUDD.
- Organización Mundial de Salud. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de sanidad y consumo.
- Ortuño, T., J. M., & Paya, M. (2013). Murcia, España.
- Osorio, F. (2006). *Uso y Abuso de drogas*. Argentina : Novedades Educativas.
- Peris, L. (2010). *Patología Dual*. Edikamed.
- Pinillos, J. L. (1975). *Principios de Psicología*. Madrid: Alianza.
- Polaino Lorente, J. C. (2003). *Fundamentos de la psicología de la personalidad*. España: Rialp.
- Polaino, J. d. (2006). *Como prevenir el consumo de Drogas*. España: Palabra, S.A.
- Polaino-Lorento, A., Cabanyes, J., & Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Madrid: Instituto de Ciencias para la Familia.

- Psicothema. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 457-463.
- Quitánilla, B. (2003). *Personalidad Madura Temperamento y Carácter*. México: Publicaciones Cruz O. S.A.
- Ramírez, L., Arcila, A., Buriticá, L., & Castrillón, J. (2004). *Paradigmas y modelos de investigación. Guía didáctica y módulo* (2da ed.). Medellín, CO: Fundación Universitaria Luís Amigó.
- Regier. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchments Area (ECA)*. Study JAMA.
- Richard, D. (2002). *Las drogas*. México: siglo xx1 s.a de c.v.
- Rodés, J., Piqué, J., & Trilla, A. (2007). *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBV*. España: Nerea S.A.
- Rosa, M. (2003). *Los efectos y las consecuencias de las drogas y el alcohol*. Estados Unidos: Bloomington, IN.
- Rosin, C. Y. (2005). *Drogas y Democracia en América Latina*. Buenos Aires: Biblos.
- Russell, M., & Karol, D. (1994). *Manual 16 PF - 5*. TEA.
- Sáiz, P., González, M. J., Delgado, Y., Liboreiro, M., Granda, B., & Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Revista adicciones*, 11(3).
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en Psicología* (Séptima ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. España: Médica Panamericana.
- Taylor, A. (2003). *Introducción a la Psicología*. México: Pearson Educación.
- Universidad de Alicante, Departamento de psicología de la salud. (2009). <http://rua.ua.es/dspace/>. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/:http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/10/Tema%2010.%20Personalidad..pdf>
- Vallejo, J. (2005). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: MASSON, S.A.

- Valleur, M., Debourg, A., & Matysiak, J. (1988). *La droga sin tapujos*. Bilbao: SAL TERRAE.
- Vázquez, C., Ring, J., & Avia, M. (1990). Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro, & C. Vázquez, *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría* (Vol. vol. 2º). Madrid.: Interamericana McGraw Hill.
- Wicks-Nelson, R. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ra Edición ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Wille, F. (2011). Bases neeurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas desde la mirada social. *Revista Costarricense de Psicología*, 77 - 94.
- Yoshida, M. L. (2004). *El adoelscente y su Psicología*. Bogotá - Colombia: San Pablo.
- Youngers, S. G. (2010). *Reforma sobre Legislación de Drogas en Ecuador*:.
- Yubero, & Jiménez, S. (2001). *Drogas y Drogadicción Un enfoque social y preventivo*. España: Humanidades.

# ANEXOS

## Anexo N°1: Cuadernillo 16 PF-5

N° 228



ANOTE TODAS LAS CONTESTACIONES  
EN LA HOJA DE RESPUESTAS



Autores: F.S. Cattell, A.K.S. Cattell y H.E.P. Cattell.  
Copyright © 1995 by Institute for Personality and Ability Testing, Inc. - 16 PF® es una marca registrada por IPAT.  
Copyright © 1995 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28031 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.  
Este ejemplar está impreso en tinta azul y negra. Si le presentan otro impreso únicamente en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE.  
Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Casillas, S.L.; Agustín Calvo, 47, 28043 MADRID - Depósito Legal: M. 19.819 - 1998.

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. En un negocio sería más interesante encargarse de:</p> <p>A. las máquinas o llevar registros.</p> <p>B. ?</p> <p>C. entrevistar y hablar con personas.</p>                          | <p>9. Normalmente soy el que da el primer paso al hacer amigos.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p>  |
| <p>2. Normalmente me voy a dormir sintiéndome satisfecho de cómo ha ido el día.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p>   | <p>10. Me encantan las buenas novelas u obras de teatro/cine.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. falso.</p>  |
| <p>3. Si observo que la línea de razonamiento de otra persona es incorrecta, normalmente:</p> <p>A. se lo señalo.</p> <p>B. ?</p> <p>C. lo paso por alto.</p>                             | <p>11. Cuando la gente autoritaria trata de dominarme, hago justamente lo contrario de lo que quiere.</p> <p>A. Si.</p> <p>B. ?</p> <p>C. No.</p>  |
| <p>4. Me gusta muchísimo tener invitadas y hacer que se lo pasen bien.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p>  | <p>12. Algunas veces no congenio muy bien con los demás porque mis ideas no son convencionales y corrientes.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p>                         |
| <p>5. Cuando tomo una decisión siempre pienso cuidadosamente en lo que es correcto y justo.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p>   | <p>13. Muchas personas te "apuntalarán por la espalda" para salir ellas adelante.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p>  |
| <p>6. Me atrae más pasar una tarde ocupado en una tarea tranquila a la que tengo afición que estar en una reunión animada.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p>          | <p>14. Me meto en problemas porque a veces sigo adelante con mis ideas sin comentarlas con las personas que puedan estar implicadas.</p> <p>A. Verdadero.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Falso.</p> |
| <p>7. Admiro más a:</p> <p>A. una persona con capacidad de tipo medio, pero con una moral estricta.</p> <p>B. ?</p> <p>C. una persona con talento, aunque a veces no sea responsable.</p> | <p>15. Hablo de mis sentimientos:</p> <p>A. con facilidad cuando las personas parecen estar interesadas.</p> <p>B. ?</p> <p>C. sólo si no tengo más remedio.</p>                           |
| <p>8. Sería más interesante ser:</p> <p>A. ingeniero de la construcción.</p> <p>B. ?</p> <p>C. escritor de teatro.</p>  | <p>16. Me aprovecho de la gente.</p> <p>A. Algunas veces.</p> <p>B. ?</p> <p>C. Nunca.</p>   |

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

17. Mis pensamientos son demasiado complicados y profundos como para ser comprendidos por muchas personas.  
 A. Casi nunca.  
 B. ?  
 C. A menudo.

18. Prefiero:  
 A. comentar mis problemas con los amigos.  
 B. ?  
 C. guardarlos para mis adentros.

19. Pienso acerca de cosas que debería haber dicho pero que no las dije.  
 A. Casi nunca.  
 B. ?  
 C. A menudo.

20. Siempre estoy alerta ante los intentos de propaganda en las cosas que leo.  
 A. Sí.  
 B. ?  
 C. No.

21. Si las personas actúan como si yo no les gustara:  
 A. no me perturba.  
 B. ?  
 C. normalmente me hace daño.

22. Cuando observo que difiero de alguien en puntos de vista sociales, prefiero:  
 A. discutir el significado de nuestras diferencias básicas.  
 B. ?  
 C. cambiar de tema.

23. He dicho cosas que hirieron los sentimientos de otros.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

24. Si tuviera que cocinar o construir algo seguiría las instrucciones exactamente.  
 A. Verdadero, para evitar sorpresas.  
 B. ?  
 C. Falso, porque podría hacer algo más interesante.

25. A la hora de construir o hacer algo preferiría trabajar:  
 A. con otros.  
 B. ?  
 C. yo solo.

26. Me gusta hacer planes con antelación para no perder tiempo entre las tareas.  
 A. Raras veces.  
 B. ?  
 C. A menudo.

27. Normalmente me gusta hacer mis planes yo solo, sin interrupciones y sugerencias de otros.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

28. Cuando me siento tenso incluso pequeñas cosas me sacan de quicio.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

29. Puedo encontrarme bastante a gusto en un ambiente desorganizado.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

30. Si mis planes, cuidadosamente elaborados, tuvieran que ser cambiados a causa de otras personas:  
 A. eso me molestaría e irritaría.  
 B. ?  
 C. me parecería bien y estaría contento de cambiarlos.

31. Prefiriría:  
 A. estar en una oficina, organizando y atendiendo a personas.  
 B. ?  
 C. ser arquitecto y dibujar planos en un despacho tranquilo.

32. Cuando las pequeñas cosas comienzan a marchar mal unas detrás de otras:  
 A. me siento como si no pudiera dominarlas.  
 B. ?  
 C. continúo de un modo normal.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

33. Me satisface y entretiene cuidar de las necesidades de los demás.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

34. A veces hago observaciones tantas, a modo de broma, para sorprender a los demás.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

35. Cuando llega el momento de hacer algo que he planeado y esperado, a veces no me apetece ya continuarlo.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

36. En las situaciones que dependen de mí siento bien dando instrucciones a los demás.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

37. Preferiría emplear una tarde:

- A. haciendo con tranquilidad y sosiego algo por lo que tenga afición.
- B. ?
- C. en una fiesta animada.

38. Cuando yo sé muy bien lo que el grupo tiene que hacer, me gusta ser el único en dar las órdenes.

- A. Sí
- B. ?
- C. No.

39. Me divierte mucho el rápido y vivaz humor de algunas series de televisión.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

40. Le doy más valor y respeto a las normas y buenas maneras que a una vida fácil.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

41. Me encuentro tímido y retraído a la hora de hacer amigos entre personas desconocidas.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

42. Si pudiera, preferiría hacer ejercicio con:

- A. la esgrima o la danza.
- B. ?
- C. el tenis o la lucha libre.

43. Normalmente hay una gran diferencia entre lo que la gente dice y lo que hace.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

44. Resultaría más interesante ser músico que mecánico.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

45. Las personas forman su opinión acerca de mí demasiado rápidamente.

- A. Casi nunca.
- B. ?
- C. A menudo.

46. Soy de esas personas que:

- A. siempre están haciendo cosas prácticas que necesitan ser hechas.
- B. ?
- C. imaginan o piensan acerca de cosas sobre sí mismas.

47. Algunas personas creen que es difícil intimar conmigo.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

48. Puedo engañar a las personas siendo amigable cuando en realidad me desagradan.

- A. Verdadero
- B. ?
- C. Falso

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

49. Mis pensamientos tienden más a girar sobre cosas realistas y prácticas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

50. Suelo ser reservado y guardar mis problemas para mis adentros.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

51. Después de tomar una decisión sobre algo sigo pensando si será acertada o errónea.  
 A. Normalmente verdadero.  
 B. ?  
 C. Normalmente falso.

52. En el fondo no me gustan las personas que son "diferentes" u originales.  
 A. Verdadero, normalmente no me gustan.  
 B. ?  
 C. Falso, normalmente las encuentro interesantes.

53. Estoy más interesado en:  
 A. buscar un significado personal a la vida.  
 B. ?  
 C. asegurarme un trabajo con un buen sueldo.

54. Me perturbo más que otros cuando las personas se enfadan entre ellas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

55. Lo que este mundo necesita es:  
 A. más ciudadanos íntegros y constantes.  
 B. ?  
 C. más reformadores con opiniones sobre cómo mejorar el mundo.

56. Prefiero los juegos en los que:  
 A. se forman equipos o se tiene un compañero.  
 B. ?  
 C. cada uno hace su partido.

57. Normalmente dejo algunas cosas a la buena suerte en vez de hacer planes complejos y con todo detalle.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

58. Frecuentemente tengo períodos de tiempo en que me es difícil abandonar el sentimiento de compadecerte a mi mismo.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

59. Mis mejores horas del día son aquellas en que estoy solo con mis pensamientos y proyectos.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

60. Si la gente me interrumpe cuando estoy intentando hacer algo, eso no me perturba.  
 A. Verdadero, no me siento mal.  
 B. ?  
 C. Falso, me molesta.

61. Siempre conservo mis pertenencias en perfectas condiciones.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

62. A veces me siento frustrado por las personas demasiado rápidamente.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

63. No me siento a gusto cuando hablo o muestro mis sentimientos de afecto o cariño.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

64. En mi vida personal, casi siempre alcanzo las metas que me pongo.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

65. Si el sueldo fuera el mismo preferiría ser un científico más que un directivo de ventas.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

66. Si la gente hace algo incorrecto, normalmente le digo lo que pienso.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

67. Pienso que mis necesidades emocionales.  
A. no están demasiado satisfechas.  
B. ?  
C. están bien satisfechas.

68. Normalmente me gusta estar en medio de mucha actividad y excitación.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

69. La gente debería insistir más de lo que hace ahora, en que las normas morales sean seguidas estrictamente.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

70. Preferiría vestir:  
A. de modo aseado y sencillo.  
B. ?  
C. a la moda y original.

71. Me suele sentir desconcertado si de pronto paso a ser el centro de la atención en un grupo social.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

72. Me pone irritado que la gente insista en que yo siga las mínimas reglas de seguridad.  
A. Verdadero, porque no siempre son necesarias.  
B. ?  
C. Falso, porque es importante hacer las cosas correctamente.

73. Comenzar a conversar con extraños:  
A. nunca me ha dado problemas.  
B. ?  
C. me cuesta bastante.

74. Si trabajara en un periódico preferiría los temas de:  
A. literatura o cine.  
B. ?  
C. deportes o política.

75. Dejo que pequeñas cosas me perturben más de lo que deberían.  
A. A veces.  
B. ?  
C. Raras veces.

76. Es acertado estar en guardia con los que hablan de modo amable, porque se pueden aprovechar de uno.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

77. En la calle me detendría más a contemplar a un artista pintando que a ver la construcción de un edificio.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

78. Las personas se hacen perezosas en su trabajo cuando consiguen hacerlo con facilidad.  
A. Casi nunca.  
B. ?  
C. A menudo.

79. Se me ocurren ideas nuevas sobre todo tipo de cosas, demasiadas para ponerlas en práctica.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

80. Cuando hablo con alguien que no conozco todavía, no doy más información que la necesaria.  
A. Normalmente verdadero.  
B. ?  
C. Normalmente falso.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

81. Pongo más atención en:  
 A. las cosas prácticas que me rodean.  
 B. ?  
 C. los pensamientos y la imaginación.

82. Cuando la gente me critica delante de otros me siento muy descorazonado y herido.  
 A. Casi nunca.  
 B. ?  
 C. A menudo.

83. Encuentro más interesante a la gente si sus puntos de vista son diferentes de los de la mayoría.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

84. Al tratar con la gente es mejor:  
 A. "poner todas las cartas sobre la mesa".  
 B. ?  
 C. "no descubrir tu propio juego".

85. A veces me gustaría más ponerme en mi sitio que perdonar y olvidar.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

86. Me gusta la gente que:  
 A. es estable y tradicional en sus intereses.  
 B. ?  
 C. reconsidera seriamente sus puntos de vista sobre la vida.

87. A veces me siento demasiado responsable sobre cosas que suceden a mi alrededor.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

88. El trabajo que me es familiar y habitual:  
 A. me aburre y me da sueño.  
 B. ?  
 C. me da seguridad y confianza.

89. Logro terminar las cosas mejor cuando trabajo solo que cuando lo hago en equipo.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

90. Normalmente no me importa si mi habitación está desordenada.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

91. Me resulta fácil ser paciente, aun cuando alguien es lento para comprender lo que estoy explicándole.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso, me cuesta ser paciente.

92. Me gusta unirme a otros que van a hacer algo juntos, como ir a un museo o de excursión.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

93. Soy algo perfeccionista y me gusta que las cosas se hagan bien.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

94. Cuando tengo que hacer una larga cola por algún motivo, no me pongo tan intranquilo y nervioso como la mayoría.  
 A. Verdadero, no me pongo  
 B. ?  
 C. Falso, me pongo intranquilo

95. La gente me trata menos razonablemente de lo que merecen mis buenas intenciones.  
 A. A veces.  
 B. ?  
 C. Nunca.

96. Me lo pasa bien con gente que muestra abiertamente sus emociones.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

97. No dejo que me depriman pequeñas cosas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

98. Si pudiera ayudar en el desarrollo de un invento útil preferiría encargarme de:  
 A. Investigarlo en el laboratorio.  
 B. ?  
 C. mostrar a las personas su utilización.

99. Si ser cortés y amable no da resultado puedo ser rudo y astuto cuando sea necesario.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

100. Me gusta ir a menudo a espectáculos y diversiones.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

101. Me siento insatisfecho conmigo mismo.  
 A. A veces.  
 B. ?  
 C. Raras veces.

102. Si nos perdiéramos en una ciudad y los amigos no estuvieran de acuerdo conmigo en el camino a seguir:  
 A. no protestaría y les seguiría.  
 B. ?  
 C. les haría saber que yo creía que mi camino era mejor.

103. La gente me considera una persona animada y sin preocupaciones.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

104. Si el banco se descuidara y no me cobrara algo que debiera, creo que  
 A. lo indicaría y lo pagaría.  
 B. ?  
 C. ya no tengo por qué decirlo.

105. Siempre fingo que estar luchando contra mi timidez.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

106. Los profesores, sacerdotes y otras personas emplean mucho tiempo intentando impedirnos hacer lo que deseamos.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

107. Cuando estoy con un grupo, normalmente me siento, escucho y dejo que los demás lleven el peso de la conversación.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

108. Normalmente aprecio más la belleza de un poema que una excelente estrategia en un deporte.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

109. Si uno es franco y abierto los demás intentan aprovecharse de él.  
 A. Casi nunca.  
 B. ?  
 C. A menudo.

110. Siempre me interesan las cosas mecánicas y soy bastante bueno para arreglarlas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

111. A veces estoy tan enfrascada en mis pensamientos que, a no ser que salga de ellos, pierdo la noción del tiempo y desordeno o no encuentro mis cosas.  
 A. Verdadero      B. ?      C. Falso

112. Parece como si no pudiera confiar en más de la mitad de la gente que voy conociendo.  
 A. Verdadero, no se puede confiar en ella.  
 B. ?  
 C. Falso, se puede confiar en ella.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

113. Normalmente descubro que conozco a los demás mejor que ellos me conocen a mí.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

114. A menudo los demás dicen que mis ideas son realistas y prácticas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

115. Si creo que lo merecen, hago agudas y sarcásticas observaciones a los demás.  
 A. A veces.  
 B. ?  
 C. Nunca.

116. A veces me siento como si hubiera hecho algo malo, aunque realmente no lo haya hecho.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

117. Me resulta fácil hablar sobre mi vida, incluso sobre aspectos que otros considerarían muy personales.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

118. Me gusta diseñar modos por los que el mundo pudiera cambiar y mejorar.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

119. Tiendo a ser muy sensible y preocuparme mucho acerca de algo que he hecho.  
 A. Casi nunca.  
 B. ?  
 C. A menudo.

120. En el periódico que acostumbro a hojear me intereso más por:  
 A. los artículos sobre los problemas sociales.  
 B. ?  
 C. todas las noticias locales.

121. Preferiría emplear una tarde libre en:  
 A. leer o trabajar en solitario en un proyecto.  
 B. ?  
 C. hacer alguna tarea con los amigos.

122. Cuando hay algo molesto que hacer, prefiero:  
 A. dejarlo a un lado hasta que no haya más remedio que hacerlo.  
 B. ?  
 C. comenzar a hacerlo de inmediato.

123. Prefero tomar la comida de mediodía:  
 A. con un grupo de gente.  
 B. ?  
 C. en solitario.

124. Soy paciente con las personas, incluso cuando no son carísimas y consideradas con mis sentimientos.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

125. Cuando hago algo, normalmente me tomo tiempo para pensar antes en todo lo que necesito para la tarea.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

126. Me siento molesto cuando la gente emplea mucho tiempo para explicar algo.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

127. Mis amigos probablemente me describen como una persona:  
 A. cálida y amigable.  
 B. ?  
 C. formal y objetiva.

128. Cuando algo me perturba, normalmente me olvido pronto de ello.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

NO SE DETENGA, CONTINÜE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

129. Como afición agradable prefiero:  
 A. hacer o reparar algo.  
 B. ?  
 C. trabajar en grupo en una tarea comunitaria.

130. Creo que debo reclamar si en el restaurante recibo mal servicio o alimentos deficientes.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

131. Tengo más cambios de humor que la mayoría de las personas que conozco.  
 A. Normalmente verdadero.  
 B. ?  
 C. Normalmente falso.

132. Cuando los demás no ven las cosas como las veo yo, normalmente logro convencerlos.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

133. Creo que ser libre para hacer lo que desee es más importante que tener buenos modales y respetar las normas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

134. Me encanta hacer reír a la gente con historias ingeniosas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

135. Me considero una persona socialmente muy atrevida y comunicativa.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

136. Si una persona es lo suficientemente lista para eludir las normas sin que parezca que las incumple:  
 A. podría incumplirlas si tiene razones especiales para ello.  
 B. ?  
 C. debería seguirlas a pesar de todo.

137. Cuando me uno a un nuevo grupo, normalmente encajo pronto.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

138. Prefiero leer historias rudas o de acción, realista más que novelas sentimentales e imaginativas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

139. Sospecho que la persona que se muestra abiertamente amigable conmigo pueda ser desleal cuando yo no esté delante.  
 A. Casi nunca.  
 B. ?  
 C. A menudo.

140. Cuando era niño empleaba la mayor parte de mi tiempo en:  
 A. hacer o construir algo.  
 B. ?  
 C. leer o imaginar cosas ideales.

141. Muchas personas son demasiado quisquillosas y sensibles, y por su propio bien deberían "endurecerse".  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

142. Me muestro tan interesado en pensar en las ideas que a veces paso por alto los detalles prácticos.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

143. Si alguien me hace una pregunta demasiado personal intento cuidadosamente evitar contestarla.  
 A. Normalmente verdadero.  
 B. ?  
 C. Normalmente falso.

144. Cuando me piden hacer una tarea voluntaria digo que estoy demasiado ocupado.  
 A. A veces.  
 B. ?  
 C. Raras veces.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

145. Mis amigos me consideran una persona algo abstracta y no siempre práctica.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

146. Me siento muy abatido cuando la gente me critica en un grupo.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

147. Les surgen más problemas a quienes:  
 A. se cuestionan o cambian métodos que son ya satisfactorios.  
 B. ?  
 C. descartan enfoques nuevos o prometedores.

148. Soy muy cuidadoso cuando se trata de elegir a alguien con quien "abrirme" francamente.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

149. Me gusta más intentar nuevos modos de hacer las cosas que seguir caminos ya conocidos.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

150. Los demás dicen que suelo ser demasiado crítico conmigo mismo.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

151. Generalmente me gusta más una comida si contiene alimentos familiares y cotidianos que si tiene alimentos poco comunes.  
 A. Verdadero.      B. ?      C. Falso

152. Puedo pasar fácilmente una mañana entera sin tener necesidad de hablar con alguien.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

153. Deseo ayudar a las personas.  
 A. Siempre.  
 B. ?  
 C. A veces.

154. Yo creo que:  
 A. algunos trabajos no deberían ser hechos tan cuidadosamente como otros.  
 B. ?  
 C. cualquier trabajo habría que hacerlo bien si es que se va a hacer.

155. Me resulta difícil ser paciente cuando la gente me critica.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

156. Prefiero los momentos en que hay gente a mi alrededor.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

157. Cuando realizo una tarea no me encuentro satisfecho a no ser que ponga especial atención incluso a los pequeños detalles.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

158. Algunas veces me "sacan de quicio" de un modo insoportable pequeñas cosas, aunque reconozca que son triviales.  
 A. Sí.  
 B. ?  
 C. No.

159. Me gusta más escuchar a la gente hablar de sus sentimientos personales que de otros temas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

160. Hay ocasiones en que no me siento de humor para ver a nadie.  
 A. Muy raras veces.  
 B. ?  
 C. Bastante a menudo.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

161. Me gustaría más ser consejero orientador que arquitecto.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

166. La mayoría de las normas se han hecho para no cumplirlas cuando haya buenas razones para ello.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

162. En mi vida cotidiana casi nunca me encuentro con problemas que no pueda afrontar.  
 A. Verdadero, puedo afrontarlos fácilmente.  
 B. ?  
 C. Falso.

167. Me cuesta bastante hablar delante de un grupo numeroso de personas.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

163. Cuando las personas hacen algo que me molesta, normalmente:  
 A. no le doy importancia.  
 B. ?  
 C. se lo digo.

168. Preferiría un hogar en el que:  
 A. se sigan normas estrictas de conducta.  
 B. ?  
 C. no haya muchas normas.

164. Yo creo más en:  
 A. ser claramente serio en la vida cotidiana.  
 B. ?  
 C. seguir casi siempre el dicho "Diviértete y sé feliz".

169. En las reuniones sociales suelo sentirme tímido e inseguro de mí mismo.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

165. Me gusta que haya alguna competitividad en las cosas que hago.  
 A. Verdadero.  
 B. ?  
 C. Falso.

170. En la televisión prefiero:  
 A. un programa sobre nuevas inventas prácticas.  
 B. ?  
 C. un concierto de un artista famoso.

Las cuestiones que vienen a continuación se diseñaron como ejercicios de resolución de problemas. En ellas hay una y sólo una respuesta correcta. Si no está seguro de cuál es la correcta, elija la que crea mejor. Vea un ejemplo aquí debajo:

Ejemplo:

"Toro" es a "ternero" como "caballo" es a:

- A. potro.
- B. ternera.
- C. yegua.

La contestación correcta es "potro"; es la cría del caballo como ternero es la cría del toro.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

171. "Minuto" es a "hora" como "segundo" es a:  
 A. minuto.  
 B. milisegundo.  
 C. hora.

172. "Renaquajo" es a "rana" como "larva" es a:  
 A. araña.  
 B. gusano.  
 C. insecto.

173. "Jamón" es a "cerdo" como "chuleta" es a:  
 A. cordero.  
 B. pollo.  
 C. merluza.

174. "Hielo" es a "agua" como "roca" es a:  
 A. lava.  
 B. arena.  
 C. petróleo.

175. "Mejor" es a "pésimo" como "peor" es a:  
 A. malo.  
 B. santo.  
 C. óptimo.

176. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?  
 A. Terminal.  
 B. Estacional.  
 C. Cíclico.

177. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?  
 A. Gato.  
 B. Cerca.  
 C. Planeta.

178. Lo opuesto de "correcto" es lo opuesto de:  
 A. bueno.  
 B. erróneo.  
 C. adecuado.

179. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?  
 A. Probable.  
 B. Eventual.  
 C. Inseguro.

180. Lo opuesto de lo opuesto de "inexacto" es:  
 A. casual.  
 B. puntual.  
 C. incorrecto.

181. ¿Qué número debe seguir al final de éstas?  
 1 - 4 - 9 - 16...  
 A. 20.  
 B. 25.  
 C. 32.

182. ¿Qué letra debe seguir al final de éstas?  
 A - B - D - G...  
 A. H.  
 B. K.  
 C. J.

183. ¿Qué letra debe seguir al final de éstas?  
 E - I - L...  
 A. M.  
 B. N.  
 C. O.

184. ¿Qué número debe seguir al final de éstas?  
 1/12 - 1/6 - 1/3 - 2/3...  
 A. 3/4.  
 B. 4/3.  
 C. 3/2.

185. ¿Qué número debe seguir al final de éstas?  
 1 - 2 - 0 - 3 - 1...  
 A. 5.  
 B. 4.  
 C. -3.

SI HA TERMINADO ANTES DEL TIEMPO,  
 REPASE SUS CONTESTACIONES.

**Anexo N°2: Consentimiento informado para evaluación****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE  
REACTIVO PSICOLOGICO**

Yo,.....participante del proyecto de investigación “Rasgos de Personalidad predominantes en sujetos con diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias”, me comprometo y autorizo voluntariamente a formar parte del proceso de evaluación, en donde se recolectara información mediante la aplicación de reactivos psicológicos, siendo el responsable el Sr. Santiago Israel Chica Padilla quien tiene acuerdo consentido con los Directores de Centros de Rehabilitación de Tungurahua.

Fecha:

**Anexo N°3:** Cuestionario *Ad Hoc* para el diagnóstico de Trastorno relacionado con sustancias según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

***FICHA DIAGNÓSTICA DE TRASTORNO RELACIONADO CON  
SUSTANCIAS***

***N°: de identificación:***

***Indicaciones:*** Marcar con un visto o una x si se cumple el criterio diagnóstico

<b><i>Criterios Diagnósticos DSM IV para la dependencia de sustancias</i></b>	
Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, 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 (v. Criterios 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 es tomada 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 (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) 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 (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)	
<b><i>Criterios Diagnósticos DSM IV para el abuso de sustancias</i></b>	
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 (p. ej., 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 (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)	
3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., 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 (p. ej., 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.	
<b><i>Criterios Diagnósticos DSM IV para la intoxicación por sustancias</i></b>	
A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.	
B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.	
C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.	
<b><i>Criterios Diagnósticos DSM IV para la abstinencia de sustancias</i></b>	
A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.	
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.	
C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.	

***Presuncion diagnostica:***

## Anexo N°4: Índice de Gravedad de la Adicción ASI-6

## 3.2. Instrumento (ASI-6)\*

## INFORMACIÓN GENERAL

Esta es una entrevista estandarizada que formula preguntas acerca de varios aspectos de su vida-salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc. Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días o a los últimos 6 meses, mientras que otras abarcan toda su vida. Toda la información que Vd. nos dé es confidencial (explicar con precisión) y será utilizada para (explicar el propósito). Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión. Si hay preguntas que no entiende o que prefiere no contestar, por favor dígame. La entrevista dura aproximadamente una hora. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?... Primero empezaremos con algunas preguntas de información general.

Nombre del paciente: .....

I1. N° identificación del paciente: □□□□

Nombre del entrevistador: .....

I2. N° identificación del entrevistador: □□□

o

I3. N° identificación del observador: □□□

I4. Fecha de entrevista: □□/□□/□□□□

I5. Fecha de admisión: □□/□□/□□□□

I6. Marco temporal de la entrevista: □

1 Anterior a la fecha de la entrevista

2 Anterior a la fecha de admisión a tratamiento

3. Anterior a otra fecha:

□□/□□/□□□□

I7. Hora de inicio: □□ : □□

I8. Género (1-Hombre, 2-Mujer): □

I9. Fecha de nacimiento: □□/□□/□□□□  
(Edad:.....)

I10a. País de nacimiento:

I10b. País de nacimiento del padre:

I10c. País de nacimiento de la madre:

I11. ¿Con qué nacionalidad se identifica?: (Puede decir 2)

I11a. ....

I11b. ....

I12. ¿Cuál es su estado civil actual? □

6 → I14

1. Casado/a
2. Vive como si estuviera casado/a
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Separado/a
6. Nunca casado/a

I13. ¿Cuánto tiempo lleva (respuesta G12)?

□□      □□  
años      meses

I14. ¿Quién le derivó al tratamiento? □

-e.d., derivado a este programa específico de tratamiento

1. Vd. mismo, familia o amigos
2. Servicio o unidad de tratamiento de toxicomanías o alcoholismo
3. Médico de Asistencia Primaria
4. Otros servicios sanitarios
5. Sistema educativo
6. Mutua laboral
7. Agentes sociales (INEM, centro de acogida, iglesia, etc.)
8. Sistema legal o judicial

E F M A M J J A S O N D

\* © 2004 University of Pennsylvania - Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo 2006

**ALOJAMIENTO**

Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses desde..... y durante los 30 últimos días desde.....

[NOTA: 6 meses = 180 días, informe al paciente si fuera necesario.]

A1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas noches ha permanecido en un hospital, en una unidad de hospitalización para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido?

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → AB

De esas noches, cuántas fueron en un/una:

A. B.

A2. unidad residencial para alcohol o drogas?

A3. servicio de hospital general distinto de psiquiatria?

A4. servicio de psiquiatria?

A5. comisaría / prisión?

A6. piso protegido o intermedio?

A7. otro tipo de alojamiento restringido o supervisado?

Qué tipo? .....

A8. ¿Cuántas noches ha estado en un albergue para gente sin hogar?

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → AB

A9. ¿Cuántas noches ha pasado en la calle, o en lugares como edificios abandonados, coches o parques porque no tenía otro lugar para quedarse?

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → NOTA

[NOTA: Si A9A o A9B > 0 (e.d., si ha permanecido en albergues o en la calle en los últimos 6 meses), vaya a la siguiente NOTA.]

A10. ¿Alguna vez se ha quedado en un albergue para gente sin hogar o ha vivido en la calle (edificios abandonados, coches, o parques) porque no tenía otro lugar para quedarse?  1-Sí, 0-No

[NOTA: Si A1B + A8B = 30 (e.d., si ha estado todos los últimos 30 días en un alojamiento restringido o albergue), vaya a Estado de Salud Física.]

A11. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con (... alguien más)? [Señale todas las que correspondan]

1. Solo  
 2. Cónyuge/Pareja  
 3. Hijo/s < 18 años  
 4. Padres  
 5. Otros familiares adultos  
 6. Otros adultos no familiares  
 7. No contestado

A12. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma drogas?  
 1-Sí, 0-No

**SALUD FÍSICA**

Las siguientes preguntas se refieren a su salud física.

SF1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? [Señale todas las que correspondan]

1. Ninguno  
 2. Seguro privado (ASISA, IMESA, Sanitas...)  
 3. Seguro de salud de las Fuerzas Armadas, MUFACE  
 4. Seguridad social (Régimen normal)  
 5. Seguridad social (Régimen pensionista)  
 6. Otro (especifique: .....)  
 7. No respuesta

[NOTA: Si es varón, ignore SF2.]

SF2. ¿Está embarazada?   
 1-Sí, 0-No, 2-No Sabe

¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico o un profesional sanitario alguna de las siguientes enfermedades?  
1-Sí, 0-No

SF3. Hipertensión arterial

SF4. Diabetes

SF5. Enfermedades cardíacas

SF6. Accidente cerebrovascular

SF7. Epilepsia o convulsiones

SF8. Cáncer

SF9. VIH/SIDA

SF10. Tuberculosis o test positivo de tuberculina

SF11. Hepatitis

SF12. Cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas

SF13. Nefropatía crónica

SF14. Enfermedad respiratoria crónica  
ej. asma, enfisema, EPOC

SF15. Otras enfermedades crónicas  
ej. artritis, dolor de espalda crónico, problemas digestivos (colitis, etc)

-si la respuesta es "Sí" especifique:.....

SF16. ¿Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad?

-si la respuesta es "Sí" especifique:.....

**[NOTA: Si SF3 - SF16 son todas 0-No, ignorar SF17]**

SF17. ¿Alguna vez le han prescrito medicación para alguna de esas enfermedades?

0. No

1. Sí, todavía tomo todos los medicamentos prescritos

2. Sí, debería estar tomando la medicación pero no la tomo

3. Sí, pero me han dicho (un Dr.) que la medicación ya no es necesaria

SF18. ¿Recibe algún tipo de pensión (o paga) por una enfermedad o discapacidad física?  1-Sí, 0-No

- Excluir discapacidad psiquiátrica

SF19. En los últimos 30 días, ¿cómo diría que ha sido su salud física?

0. Excelente

1. Muy buena

2. Buena

3. Regular

4. Mala

**(SF20 - SF23) En los últimos 30 días:**

**[NOTA: NO incluir problemas debidos a estados de intoxicación o abstinencia provocados por alcohol o drogas.]**

SF20. ¿Cuántos días ha tenido algún problema de salud física?  Días  
ej. enfermedad, herida, dolor, malestar, discapacidad  
-incluir problemas dentales

SF21. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a problemas de salud física?  Días

**[NOTA: Presentar la Escala de Evaluación del Paciente.]**

SF22. ¿Cuánto dolor o malestar físico ha experimentado?

0. Ninguno

1. Leve

2. Moderado

3. Considerable

4. Extremo

SF23. ¿Cuánta preocupación ha tenido por culpa de su salud física o sus problemas médicos?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

SF24. ¿Cuánta importancia tiene para Ud, el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas de salud física actuales?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

SF25. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado (al menos una noche) por problemas de salud física?

-No incluir tratamiento de alcohol/drogas, hospitalizaciones psiquiátricas, o parto sin complicaciones  
 Veces

SF26. ¿Cuántas veces ha acudido a un servicio de urgencias por cualquier problema de salud física?  
 A. 6 meses B. 30 días  
   
 000 → SF27

SF27. ¿Cuántos días ha tomado la medicación prescrita para una enfermedad física?  
 A. B.  
   
 000 → SF28

-No incluir medicación para problemas de alcohol/drogas/psiquiátricos.

SF28. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha realizado con un médico u otro profesional sanitario?  
 A. B.  
   
 000 → E/M

ej. exploraciones físicas o cualquier otro control o seguimiento por alguna enfermedad física.  
 -No incluir tratamiento para alcohol/drogas o psiquiátrico.

**EMPLEO/RECURSOS**

**Las siguientes preguntas se refieren a su educación, empleo y situación económica.**

E1. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado?

1. Obligatoria (1ª y 2ª)
2. Bachillerato/ FP
3. Diplomatura
4. Licenciatura
5. Postgrado (Máster/Doctorado)
6. Ninguno

E2. ¿Tiene algún otro título, diploma o certificado de enseñanzas regladas?  
 1-Sí, 0-No

E3. ¿Cuál es el último curso que completó?  
  
 01= 1ª Primaria

02= 2ª Primaria ...  
 08= 2º ESO/ Graduado Escolar (antiguo)  
 10= 4º ESO/ Graduado en Educación Secundaria  
 12= 2º Bachillerato/ FP  
 13= 1º Carrera/ Estudios Superiores  
 14= 2º Carrera  
 15= Diplomatura  
 17= Licenciatura  
 18= 1º curso Doctorado/Máster  
 19= 2º curso ....

E4. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas españolas?  1-Sí, 0-No

E5. ¿Actualmente cursa algún tipo de estudio académico o de formación laboral?  
 ej. clases para el Graduado en Educación Secundaria, formación profesional, universidad, etc.  
 0-No, 1-Tiempo parcial,  
 2-Tiempo completo

E6. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?  
 1-Sí, 0-No

E7. ¿Tiene coche propio?  
 1-Sí, 0-No

E8. Actualmente, ¿le resulta difícil acudir al tratamiento, al trabajo/estudios, o encontrar trabajo por culpa del transporte?  
 1-Sí, 0-No

[NOTA: Codifique E9. Haga la pregunta sólo si no puede codificarla basándose en la información previa.]

E9. ¿Lee/escrbe (español) lo suficientemente bien como para rellenar una solicitud de empleo?  1-Sí, 0-No

E10. ¿Cuál es su situación laboral actual? [Señale una]  
 1. Tiempo completo (≥35 hrs/sem).  E12  
 2. Tiempo parcial (< 35 hrs/sem).  E12  
 3. Paro y buscando empleo activamente (suspendido temporalmente por falta de trabajo)  E14

4. Fuera del mercado laboral  
-no está trabajando y no está buscando empleo activamente

E11. [Si está fuera del mercado laboral] ¿Cuál describe mejor su situación actual?  
[Señale una,  E14]  
1. Ama de casa  
2. Estudiante  
3. Incapacitado  
4. Jubilado  
5. No busca empleo  
6. Institucionalizado  
7. Otro

**E12.** ¿Qué tipo de trabajo realiza (empleo principal)?    
(Especifique).....  
[NOTA: Codifique una categoría en las casillas E12.]

01. Profesiones especializadas y técnicas  
02. Ejecutivos, administrativos y directivos  
03. Ventas  
04. Oficinistas y apoyo administrativo  
05. Producción precisa, oficios y reparaciones  
06. Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores  
07. Transportistas y mudanzas  
08. Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones  
09. Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico  
10. Granjero / director de granja  
11. Empleado/a de granja  
12. Fuerzas Armadas  
13. Empleado/a del servicio doméstico  
14. Otros

E13. Ese trabajo, ¿es un empleo sumergido?  1-Sí, 0-No

**E14.** ¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo a tiempo completo?  
Meses     
- Continuadamente por cuenta ajena/propia **000 → E17**

E15. ¿Hace cuánto que finalizó ese empleo?  
Meses     
[NOTA: Codifique 000 sólo si el empleo a TC actual es el más largo.]

E16. ¿Cuál era su empleo/ocupación entonces?    
(Especifique).....  
[NOTA: Codifique una categoría de la NOTA E12.]

**E17.** En los últimos 6 meses (desde .....), ¿Cuántas semanas ha trabajado remuneradamente?   Semanas  
-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido **00 → E22**

E18. En los últimos 6 meses, ¿Cuál era su sueldo bruto?     €

**(E19-E22) En los últimos 30 días:**

E19. ¿Cuántos días ha trabajado remuneradamente?  
Días    
**00 → E22**  
-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido

E20. ¿Cuál era su sueldo bruto?  
    €

E21. ¿Cuántos días ha tenido problemas laborales?   días  
- ej. bajo rendimiento, discusiones, amonestaciones, ausencias laborales, etc.

E22. ¿Ha solicitado algún empleo?  
  1-Sí, 0-No  
ej. enviado el currículum, rellenado una solicitud de empleo, hablado con un contratador potencial

E23. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. ahora cualquier tipo de orientación laboral (como asesoramiento, formación o educación) que le ayude a encontrar un empleo o a solucionar los problemas relacionados con el trabajo?   
-istencia actual o adicional  
0. Ninguna  
1. Leve  
2. Moderada  
3. Considerable  
4. Extrema

**Las siguientes preguntas (E24-E32) se refieren a sus fuentes de ingresos y recursos económicos.**

E24. ¿Vive en un alojamiento pagado por el gobierno o recibe algún tipo de subvención para la vivienda?  1-Sí, 0-No

**En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha recibido de:**

E25. pensión, seguridad social, o paro?  
□□□□□€

E25b. ...últimos 6 meses? □□□□□€

E26. servicios sociales? €  
p.e. subsidio social, ONGs

E26b. ... últimos 6 meses? □□□□□€

E27. otras ayudas institucionales?  
□□□□□€  
p.e. alimentación, facturas luz, agua...

E27b. ... últimos 6 meses? □□□□□€

E28. pensión alimenticia y compensatoria?  
□□□□□€  
-del padre/madre de los hijos o ex-cónyuge

E28b. ... últimos 6 meses? □□□□□€

E29. actividades ilegales? □□□□□€  
p.e. tráfico de drogas, prostitución, juego ilegal, venta de objetos robados

E29b. ... últimos 6 meses? □□□□□€

E30. cualquier otra fuente? □□□□□€  
p.e. préstamo/ayuda de familiar o de otros, ingresos imprevistos (herencia, impuestos, lotería, etc.)

E30b. ... últimos 6 meses? □□□□□€

E31. ¿Cuáles son en la actualidad sus fuentes de ingresos para los gastos de vivienda, alimentación y otros gastos? (Señale todas las que correspondan)

1. Empleo

2. Jubilación

-ej. plan de pensiones privado, seguridad social

3. Incapacidad

ej. seguro privado, seguridad social por incapacidad

4. Paro

5. Servicios sociales

-ej. subsidios, préstamos, prestación social, ONGs

6. Pensión alimenticia o compensatoria

7. Familia, amigos o asociados

8. Ingresos ilegales

9. Institución o alojamiento supervisado

-p.e. hospital, comunidad terapéutica, piso protegido, centro de acogida, etc.

10. Otros, ej. ahorros, etc:

Especifique: .....

11. Ninguno

E32. ¿Alguna vez le han declarado legalmente en bancarrota?  1-Sí, 0-No

E33. ¿Alguna vez ha sido moroso en la devolución de un préstamo del Estado?  1-Sí, 0-No  
p.e. préstamo de vivienda

E34. ¿Lleva más de un mes de retraso en alguno de sus pagos habituales?  1-Sí, 0-No

p.e. vivienda, tarjetas de crédito, pensión alimenticia, otros (facturas médicas, costes de juicios, préstamos personales)

E35. ¿Cuántas personas (excluyéndose) dependen actualmente de usted económicamente?  1-Sí, 0-No

ej. para vivienda, alimentación, dinero para gastos, pensión de manutención a hijos  
-Incluya las personas que mantiene y las que está obligado/a a mantener

E36. ¿Tiene suficientes ingresos para pagar sus necesidades básicas como vivienda, alimentación y vestido, y las de las personas a su cargo?  1-Sí, 0-No

-Excluya el dinero procedente de actividades ilegales

DROGAS/ALCOHOL	• USO DE ALCOHOL
<p><b>Las siguientes preguntas se refieren a su uso de alcohol y otras drogas, y a cualquier tratamiento para abuso de sustancias que haya recibido.</b></p>	
<p>• HISTORIAL DE TRATAMIENTOS</p>	
<p>D1. ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento por su uso de alcohol/drogas? -Incluya las evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">00 → D6</p>	<p>D8. ¿Cuántos años ha bebido alcohol de forma regular, 3 o más días a la semana? - Excluya el tiempo sin consumo <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">00 → D10</p>
<p>D2. ¿Cuántos de esos tratamientos fueron sólo de desintoxicación? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> -Desintoxicación no seguida de tratamiento adicional</p>	<p>D9. ¿Cuántos años ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas al día de forma regular, 3 o más días a la semana? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">00 → D11</p>
<p>D3. ¿Qué edad tenía la primera vez que entró en un tratamiento para abuso de alcohol/drogas? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>D10. ¿Ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día, 50 o más días de su vida? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p>
<p><b>Cuántos días ha:</b></p>	
<p>D4. acudido a un programa ambulatorio o a consulta (para tratamiento de alcohol/drogas)</p> <p style="text-align: center;">A. Últimos 6 meses <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> B. 30 Días <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">000 → D5</p>	<p>D11. ¿Qué edad tenía la primera vez que bebió alcohol y notó sus efectos? [si nunca, codifique 99] <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>D12. En los últimos 6 meses, durante el mes que más bebía, ¿con qué frecuencia bebía? <input type="checkbox"/></p> <p>0. Abstinente 1. 1-3 veces al mes 2. 1-2 veces a la semana 3. 3-6 veces a la semana 4. Diariamente</p>
<p>D5. tomado medicación prescrita para tratar su uso de alcohol/drogas? ej. metadona, naltrexona, Revia, etc. -Excluya fármacos para la dependencia nicotínica <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">000 → D5</p>	<p>D13. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha bebido alcohol? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">00 → D20</p>
<p>D6. acudido a grupos de autoayuda como AA, NA? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">000 → D5</p>	<p>D14. ¿Cuándo bebió por última vez? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> [00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.]</p>
<p>D7. ¿Cuánto duró el periodo de tiempo continuado más largo que estuvo acudiendo a grupos de autoayuda al menos 2 días por semana? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> años      <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> meses</p>	<p>D15. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tomado al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>D16. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha gastado en alcohol para usted mismo? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>€</p>
<p>• SINTOMATOLOGÍA ALCOHÓLICA</p>	
<p><b>En los últimos 30 días:</b></p>	
<p>D17. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir el consumo o dejar de beber? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p>	

- D18. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o abstenerse de beber alcohol; o ha empleado la mayor parte del día bebiendo?  1-Sí, 0-No
- D19. Debido a la bebida, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley?  1-Sí, 0-No
- D20.** ¿El ansia o los impulsos de beber han supuesto un problema para usted?  1-Sí, 0-No
- D21. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de alcohol?   
00 →D23
- D22. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por estos problemas relacionados con el alcohol?
0. Ninguna  
1. Leve  
2. Moderada  
3. Considerable  
4. Extrema
- D23.** ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de beber?
0. Ninguna  
1. Leve  
2. Moderada  
3. Considerable  
4. Extrema
- D24. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. lograr/mantener la abstinencia total del alcohol (es decir, no beber nada)?
0. Ninguna  
1. Leve  
2. Moderada  
3. Considerable  
4. Extrema

**TABLA DE USO DE DROGAS -  
SUSTANCIAS INDIVIDUALES**

**NOTA:** Entregue al paciente la Lista de Drogas, y dígame: **Le preguntaré sobre cada grupo de las siguientes drogas. Ya hemos hablado sobre el alcohol, así que empezaremos con la Marihuana:**

Pre-A. ¿Alguna vez probó o consumió

(incluso si fue sólo una vez o se lo habían prescrito)?

- A. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió .....
- B. ¿Cuántos años en su vida ha consumido 3 o más días a la semana?  
-Excluya los periodos de abstinencia
- C. ¿Ha consumido ..... durante 50 o más días de su vida?

D. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió .....

E. En los últimos 30 días, ¿consumió ..

{0}-sólo lo prescrito (tratamiento), o  
{1}-legalmente o más de lo prescrito  
{no como tratamiento}?

**NOTA:** Si el paciente dice que:

1. Nunca probó una determinada droga (ej. D25-A), **codifique "99" y vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**
2. Ha consumido 3 o más días a la semana durante un año o más (ej. D25-B), **vaya al siguiente ítem (D25-C), y continúe.**
3. No ha consumido en los últimos 30 días (ej. D25-D = 00), **vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**

	A. ¿Edad del primer consumo? {99 ->siguiente A}	B. ¿Años de consumo regular (a lo largo de la vida)? {>00 ->0}	C. ¿Consumido 50 o más días (a lo largo de la vida)? {1-51 0-No}	D. ¿Consumo en los últimos 30 días? {00 ->siguiente A}	E. ¿Consumida como tratamiento (últimos 30 días)? {0- como prescrito, 1-no como prescrito}
D25. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Otros Opiáceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSUMO DE SUSTANCIAS-  
CATEGORÍAS DE PROBLEMAS**

01. Alcohol
02. Marihuana
03. Sedantes
04. Cocaína / Crack
05. Estimulantes
06. Alucinógenos
07. Heroína
08. Metadona
09. Otros Opiáceos
10. Inhalantes
11. Otras Sustancias
12. Ninguna

**Problema Principal**

D34. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **mas** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

**A. Categoría**

12 → 037

Indique la sustancia específica de la categoría codificada: .....

**Problema Secundario**

D35. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **2ª mas** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

**A. Categoría**

12 → 037

Indique la sustancia específica de la categoría codificada: .....

**Problema Terciario**

D36. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **3ª mas** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

**A. Categoría**

12 → 037

Indique la sustancia específica de la categoría codificada: .....

**Via(s) de Administración**

¿De qué forma ha consumido ..... ?

**B. A lo largo de la vida** **C. Últimos 30 días**  
(señale las que correspondan) (señale las que correspondan)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| ..... 1. Oral      | ..... 1. Oral      |
| ..... 2. Inhalada  | ..... 2. Inhalada  |
| ..... 3. Fumada    | ..... 3. Fumada    |
| ..... 4. Inyectada | ..... 4. Inyectada |
| ..... 5. Otro      | ..... 5. Otro      |

**B. A lo largo de la vida** **C. Últimos 30 días**  
(señale las que correspondan) (señale las que correspondan)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| ..... 1. Oral      | ..... 1. Oral      |
| ..... 2. Inhalada  | ..... 2. Inhalada  |
| ..... 3. Fumada    | ..... 3. Fumada    |
| ..... 4. Inyectada | ..... 4. Inyectada |
| ..... 5. Otro      | ..... 5. Otro      |

**B. A lo largo de la vida** **C. Últimos 30 días**  
(señale las que correspondan) (señale las que correspondan)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| ..... 1. Oral      | ..... 1. Oral      |
| ..... 2. Inhalada  | ..... 2. Inhalada  |
| ..... 3. Fumada    | ..... 3. Fumada    |
| ..... 4. Inyectada | ..... 4. Inyectada |
| ..... 5. Otro      | ..... 5. Otro      |

[NOTA: 4. Inyectada = inyección IV y no-IV; ej. intramuscular, subcutánea, etc.]

**CONSUMO DE DROGAS-  
ASPECTOS GLOBALES**

D37. ¿Cuántos años ha consumido 3 o más días a la semana drogas ilegales (excluyendo alcohol), o ha abusado de la medicación prescrita?

D38. En los últimos 6 meses, en el mes de máximo consumo de drogas ilegales (y/o abuso de la medicación prescrita), ¿con qué frecuencia estuvo consumiendo drogas?

0 - No Consumo (→D45)

1 - 1-3 veces al mes

2 - 1-2 veces a la semana

3 - 3-6 veces a la semana

4 - Diariamente

D39. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita?

0 → D45

D40. ¿Cuándo consumió por última vez drogas ilegales o abusó de la medicación prescrita?

00 si hoy,  
01 si ayer  
02 si hace 2 días, etc.

D41. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero gastó en drogas? €

-Excluya el dinero para los medicamentos que son parte del tratamiento de drogas (e.j. metadona, medicamentos de desintoxicación, etc.)

**SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS**

**En los últimos 30 días:**

D42. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir o dejar de consumir alguna droga?  1-Sí, 0-No

D43. ¿Ha tenido alguna problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga;  
o  
ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla?  1-Sí, 0-No

D44. Debido a las drogas, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos;  
o  
en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley?  1-Sí, 0-No

D45. ¿El ansia o los impulsos de consumir drogas han supuesto un problema para usted?  1-Sí, 0-No

D46. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de drogas?

00 → D46

D47. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas relacionados con las drogas?

0 - Ninguna  
1 - Leve  
2 - Moderada  
3 - Considerable  
4 - Extrema

D48. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas?

0 - Ninguna  
1 - Leve  
2 - Moderada  
3 - Considerable  
4 - Extrema

D49. ¿Cuánta importancia tiene para vd lograr/mantener la abstinencia total de drogas (e.d., no consumir drogas)?

0 - Ninguna  
1 - Leve  
2 - Moderada  
3 - Considerable  
4 - Extrema

D50. Desde que empezó a consumir, ¿ha estado alguna vez completamente abstinente de **drogas y alcohol** durante al menos 1 año?  
 1-Sí, 0-No

0 → D52  
-Excluya medicación prescrita y tomada apropiadamente (e.j. metadona, psicofármacos...)

D51. ¿Hace cuánto tiempo terminó este período de abstinencia?  
 Años  Meses  
{Si actualmente abstinente 1 año o más odifique 00 00. Codifique el período de abstinencia más reciente de al menos 1 año.}

**CONDUCTAS DE RIESGO**

[NOTA: Si todavía lo desconoce, pregunte D52. De lo contrario, cumpliméntelo basándose en la información previa.]

**D52.** ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?

[Inyectado = inyección IV y no-IV]

1-Sí, 0-No

0 → D54

**D53.** ¿Cuándo fue la última vez que compartió jeringuillas o material para inyectarse?

Hace:

Años  Meses

-Si nunca, codifique NN NN

-Si en el último mes, codifique 00 00

**D54.** En los últimos 6 meses, ¿con cuántas personas distintas ha mantenido relaciones sexuales orales, anales o vaginales?

**D55.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del VIH/SIDA? Hace:

-Si nunca, codifique NN NN

Años  Meses

-Si en el último mes, codifique 00 00

**TABACO**

**D56.** ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó cigarrillos o consumió tabaco de otras formas?

1-Sí, 0-No

99 → D58

ej. tabaco de mascar, puros, pipas

-Si nunca consumió, codifique 99

**D57.** ¿Cuántos años ha fumado cigarrillos (o consumido tabaco de otras formas) diariamente?

**D58.** En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha fumado cigarrillos (o consumido tabaco de otras formas)?

**JUEGO PATOLÓGICO**

**D59.** ¿Alguna vez ha sufrido algún problema económico debido al juego?

1-Sí, 0-No

**D60.** En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha jugado a cualquier tipo de juego como lotería, cupón, quiniela, máquinas tragaperras, bingo, apuestas en las carreras, casinos, ... o a cualquier tipo de juego ilegal?

**SITUACIÓN LEGAL - Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales.**

**L1.** ¿Alguna vez ha estado en el calabozo / cárcel, incluso unas pocas horas?  1-Sí, 0-No

**L2.** ¿Ha sido detenido alguna vez?

1-Sí, 0-No

0 → L3B

**L3.** ¿Qué edad tenía la primera vez?

>17 → (L7-14)

**L4.** Antes de los 18 años, ¿alguna vez fue realmente detenido, (tiene antecedentes penales) por?

[Señale todas las que correspondan]

.....1. Delitos violentos o contra las personas  
ej. atraco, agresión, violación

.....2. Delitos de drogas  
ej. posesión, tráfico, fabricación

.....3. Delitos con ánimo de lucro o contra la propiedad  
ej. hurto en tiendas, robos en viviendas, robo de coches, vandalismo, incendios provocados

.....4. Delitos sólo aplicables a menores de edad  
ej. fugarse de casa, consumo de alcohol, absentismo escolar

.....5. Otros delitos  
(Especificar:..... )

L5. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido antes de los 18 años de edad?   Veces

L6. Antes de los 18 años, ¿cuánto tiempo estuvo en un calabozo, en un centro de rehabilitación de menores, o en un reformatorio?   Meses

**(L7 - L14) DESDE LOS 18 AÑOS:**

Pre-A. ¿Le han detenido por ..... ?  
**[NOTA: Si No, codifique 00 en A. y vaya al siguiente ítem]**

**A.** ¿Cuántas veces en total?  
**B.** ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?

L7. Posesión de drogas?  
-o material relacionado (parafarmacia)  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L8. Venta o fabricación de drogas?  
-venta incluye tráfico/ distribución  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L9. Atraco?  
-robo con fuerza o con amenazas de fuerza  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L10. Otros delitos contra la propiedad?  
-hurtos en tiendas, robos  
-fraude, venta de objetos robados, vandalismo, provocación de incendios, allanamiento  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L11. Delitos violentos?  
-agresión, violencia doméstica, violación, homicidio  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L12. Posesión de armas, prostitución\*, o juego ilegal?  
-\*incluye proxenetismo, E por sexo, pornografía  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L13. Conducir bajo los efectos de (CBE)...?  
- alcohol o drogas  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L14. Cualquier otro delito penal?  
-violación de la libertad provisional o condicional, escándalo público, traspasar una entrada terminantemente prohibida, violación de una orden de alejamiento, negligencia o abandono, etc.  
**A. Total**   **B. 6 meses**

L15. ¿Hace cuánto que le detuvieron por última vez?   Años   Meses  
[Codifique 00 si en el último mes (30 días)]

L16. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido después de los 18 años de edad?   Veces  
-ej. libertad provisional, encarcelamiento, multas

L17. Desde los 18 años, ¿cuánto tiempo en total ha pasado en la cárcel o prisión?   Años   Meses

L18. ¿Su admisión a tratamiento es judicial?  1-Sí, 0-No  
-ej. por orden judicial

Actualmente, ¿se encuentra en alguna de las siguientes situaciones?

L19. Libertad provisional  1-Sí, 0-No  
L20. Libertad condicional   
L21. Pendiente de juicio o cargos   
L22. Pendiente de sentencia   
L23. Participando en un programa de reinserción   
L24. Otros   
-ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario, monitorización electrónica,

L25. ¿Cuánta gravedad tienen para usted sus problemas judiciales actuales?   
0 - Ninguna  
1 - Leve  
2 - Moderada  
3 - Considerable  
4 - Extrema

<b>(L26 - L30) En los últimos 6 meses:</b>			
Pre-A. ¿Ha .....	?		
<b>[NOTA: Si No, codifique 000 en A. y vaya al siguiente ítem]</b>			
<b>A.</b> número de días, últimos 6 meses			
<b>B.</b> número de días, últimos 30 días			
L26. vendido o fabricado drogas?			
-tráfico o distribución para obtener dinero, sexo, o cualquier otro beneficio			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	<b>B. 30 Días</b>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
L27. robado a alguien?			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	<b>B. 30 Días</b>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
L28. robado algo, vendido objetos robados, falsificado recetas o cheques, destruido propiedades o provocado incendios?			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	<b>B. 30 Días</b>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
L28c. ...hurtos en tiendas			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L28d. ...robos / allanamiento			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L28e. ...robo de vehículos			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L28f. ...falsificación			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L28g. ...fraude			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L28h. ...vandalismo			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L28i. ...provocado incendios			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L28j. ...otros delitos de robo/ contra la propiedad			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L29. amenazado o agredido a alguien?			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	<b>B. 30 Días</b>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		-con o sin armas; incluye violencia doméstica, violación y homicidio	
		-excluye robo	
L29c. ... amenaza sin agresión física			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L29d. ...agresión con arma			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L29e. ... agresión sin arma			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L29f. ... agresión sexual			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L29g. ... homicidio			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L29h. ... otros			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	
		<input type="text"/>	
L30. cometido algún otro acto ilegal?			
		-tenencia ilícita de armas, envuelto en prostitución o proxenetismo o juego ilegal, etc. [excluye uso o posesión de drogas para uso personal, CBE]	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
L30c. ...tenencia ilícita de armas			
		<input type="text"/>	
L30d. ...prostitución/proxenetismo			
		<input type="text"/>	
L30e. ...juego ilegal			
		<input type="text"/>	
L31. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en alguno de los delitos anteriores?			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
L32. ¿Cuántos días en total ha conducido bajo los efectos del alcohol o drogas?			
		<b>A. Últimos 6 Meses</b>	<b>B. 30 Días</b>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**FAMILIA/RED SOCIAL: Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.**

F1. ¿Ha mantenido alguna relación romántica o sexual con una pareja en el último mes?  1-Sí, 0-No  
**[NOTA: Si No, salte F3A-F9A.]**

F2. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?    
 -Excluya cónyuge / pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto  
**[NOTA: Si 00, salte F3C-F9C.]**

**NOTA: Para F3 - F9:**  
**A.** Se refiere a la pareja o cónyuge  
**B.** Se refiere a cualquier otro miembro adulto de la familia ej. padres, abuelos, hermanos, hijos adultos, tíos, primos  
**C.** Se refiere a cualquier amigo íntimo

**En los últimos 30 días, ¿Ha:**  
 (1 - Sí, 0 - No)

F3. pasado tiempo (en persona) con (su / cualquier):  

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F4. tenido algún contacto como llamadas telefónicas, cartas o e-mail con (otro):  
 -Si F3+F4 = 0, vaya a F9  

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F5. hablado con (A/B/C) sobre sentimientos o problemas:  

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F6. tenido problemas de relación con:  

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7. tenido discusiones con:  

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F8. ¿Tiene su (A/B/C) algún problema con el alcohol o las drogas actualmente?

-Incluye sólo a las personas con las que ha pasado tiempo o ha estado en contacto en los últimos 30 días  

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F9. Si necesita ayuda, ¿puede contar con...?  

A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos íntimos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F10. ¿Tiene actualmente una orden de alejamiento de alguna persona?  1-Sí, 0-No

F11. En los últimos 30 días, ¿alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabó en empujones/golpes, o arrojando objetos?  1-Sí, 0-No

F12. Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos íntimos; ¿hay otras personas con las que realmente puede contar si necesita ayuda?  1-Sí, 0-No  
 -ej., cura, médico, terapeuta, abogado, asistente social

F13. En global en los últimos 30 días, ¿cuánta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos?   
 ej. número de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.  
 0 - Ninguna  
 1 - Leve  
 2 - Moderada  
 3 - Considerable  
 4 - Extrema

F14. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido debido a problemas en sus relaciones con otros adultos?   
 0 - Ninguna  
 1 - Leve  
 2 - Moderada  
 3 - Considerable  
 4 - Extrema

<p>F15. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para sus problemas de relación con otros adultos? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ninguna 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Considerable 4 - Extrema</p> <p>F16. ¿Le resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>F17. ¿Se siente nervioso o incómodo cuando está con otras personas? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>F18. ¿Es importante para usted tener relaciones cercanas con alguien? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p><b>En los últimos 30 días (F19-F22):</b></p> <p>F19. ¿Ha acudido a servicios religiosos o a actividades promovidas por su comunidad religiosa? -Excluye grupos de autoayuda/reuniones de AA <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>F20. ¿Ha realizado algún trabajo de voluntariado? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>F21. ¿A menudo, ha estado aburrido o ha tenido dificultades para pasar simplemente el rato? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>F22. ¿Cuánta satisfacción le ha producido su forma de emplear el tiempo libre? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ninguna 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Considerable 4 - Extrema</p>	<p><b>Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido a lo largo de su vida.</b></p> <p>F23. ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted físicamente? -Excluye abuso sexual y codificado <input type="checkbox"/> 0 → F25</p> <p>F24. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>F25. ¿Cuándo sucedió por última vez? -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Hace Años <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Hace Meses</p> <p><b>F26.</b> ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente? <input type="checkbox"/> 0 → F29</p> <p>F27. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>F28. ¿Cuándo sucedió por última vez? -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Hace Años <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Hace Meses</p> <p><b>F29.</b> ¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen violento como un atraco o agresión? -Excluye abuso anteriormente codificado y experiencias de guerra <input type="checkbox"/> 0 → F32</p> <p>F30. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>F31. ¿Cuándo sucedió por última vez? -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Hace Años <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Hace Meses</p> <p><b>F32.</b> ¿Alguna vez ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida? -ej. grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra -Excluye abuso, crímenes violentos anteriormente codificados <input type="checkbox"/> 0 → F35</p>
--	---

F33. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F34. ¿Cuándo sucedió por última vez?  
-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'  
Hace Años Hace Meses

**F35.** ¿Alguna vez ha visto cómo mataban, atracaban, agredían o herían gravemente a alguien?  
-Excluya grandes catástrofes, accidente/incendio grave, guerra anteriormente codificados  
  
**0 →NOTA**

F36. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F37. ¿Cuándo sucedió por última vez?  
-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'  
Hace Años Hace Meses

**[NOTA:** si no hay historia de abuso o trauma (e.d., F23, F26, F29, F32, y F35 son todos 0-No), vaya a F40.]

F38. En los últimos 30 días, ¿cuánta molestia o preocupación ha tenido por sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos acontecimientos?   
-Incluya pesadillas/sueños, "flashbacks", etc.

0 - Ninguna  
1 - Leve  
2 - Moderada  
3 - Considerable  
4 - Extrema

F39. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para los sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos sucesos?

0 - Ninguna  
1 - Leve  
2 - Moderada  
3 - Considerable  
4 - Extrema

**Las siguientes preguntas se refieren a sus hijos o a cualquier otro niño que viva con usted.**

F40. ¿Cuántos hijos ha tenido o adoptado?  
  
**00 →F45**

F41. ¿Qué edades tienen sus hijos vivos, comenzando por el mayor?

Hijo 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hijo 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hijo 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**[NOTA:** Si todos sus hijos tienen 18 años o más, →F45]

F42. ¿Tiene algún proceso de custodia abierto con la madre, padre o cualquier otro familiar?  1-Sí, 0-No

F43. ¿Cuántos de sus hijos se hayan actualmente en régimen de acogimiento por orden judicial?  Hijos  
-Incluye también acogimiento familiar por orden judicial

F44. En los últimos 30 días, ¿cuántos de sus hijos (menores de 18 años) han vivido con usted al menos un tiempo?  Hijos

**F45.** En los últimos 30 días, ¿algún otro niño (nietos, sobrinos, etc.) menor de 18 años ha vivido con usted al menos un tiempo?  1-Sí, 0-No  
-Codifique niños que permanecen con regularidad, o que hayan permanecido en casa durante periodos largos de tiempo

**[NOTA:** Si F44 y F45 son 0, es decir, sin niños en los últimos 30 días, vaya a F51]

F46. ¿Cuántos de los niños (que han vivido con usted) tienen un problema médico, de conducta o de aprendizaje grave y requieren cuidados, tratamiento o servicios especializados?  niños

<p>F47. Actualmente ¿cuánta necesidad tiene de servicios adicionales para tratar esos problemas de los niños? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ninguna 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Considerable 4 - Extrema</p> <p>F48. En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido en la relación con los niños (&lt; 18) que han vivido con Ud al menos un tiempo? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ninguna 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Considerable 4 - Extrema</p> <p>F49. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el asesoramiento (p.e. clases de padres) para ayudarle en la relación con esos niños (&lt;18)? <input type="checkbox"/></p> <p>-asesoramiento actual o adicional</p> <p>0 - Ninguna 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Considerable 4 - Extrema</p> <p>F50. Actualmente, ¿necesita ayuda adicional en el cuidado de los niños para que vd pueda acudir al tratamiento de su abuso de sustancias, al trabajo/estudios, o a buscar trabajo? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p><b>F51.</b> ¿Alguna vez ha sido investigado o ha estado tutelado por los servicios de protección del menor (SPM)? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>F52. ¿Alguna vez los SPM se han llevado a alguno de sus hijos del domicilio familiar? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>F53. ¿Alguna vez le han quitado la patria potestad? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p>-Sus derechos de paternidad fueron suspendidos permanentemente por decisión judicial</p>	<p>F54. ¿Actualmente se halla envuelto en un caso de custodia o está siendo investigado o tutelado por los servicios de protección del menor? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p><b>SALUD MENTAL: Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tratamiento o evaluaciones que pueda haber recibido debido a problemas emocionales o psicológicos.</b></p> <p>P1. En su vida, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado debido a problemas emocionales o psicológicos? ej. en un hospital o comunidad terapéutica <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Veces</p> <p>P2. En su vida, ¿Alguna vez le han prescrito fármacos para tratar problemas emocionales/ psicológicos? <input type="checkbox"/> 1-Sí, 0-No</p> <p><b>00 → P4</b></p> <p>P3. ¿Cuántos días ha tomado medicación para tratar problemas emocionales o psicológicos?</p> <p><b>A. Últimos 6 Meses B. 30 Días</b></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><b>000 → P4</b></p> <p><b>P4.</b> En su vida, ¿a cuántas consultas ambulatorias ha acudido por problemas emocionales/ psicológicos? <input type="checkbox"/></p> <p><b>0 → NOTA</b></p> <p>-Incluye evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento adicional</p> <p>-Incluye también consultas relacionadas = médico de atención primaria por problemas psicológicos, y monitorización de psicofármacos</p> <p>0 - Ninguna 1 - 1-5 consultas 2 - 6-25 consultas 3 - 26-50 consultas 4 - más de 50 consultas</p> <p>P5. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha tenido?</p> <p><b>A. Últimos 6 Meses B. 30 Días</b></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><b>000 → NOTA</b></p>
---	---

[NOTA: Si P1, P2, P4 son todas 0-No, es decir, no historia de tratamiento psiquiátrico, vaya a P7]

P6. ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió un tratamiento o fue evaluado por problemas emocionales o psicológicos?  Años

P7. ¿Actualmente recibe una pensión por discapacidad psicológica?  1-Sí, 0-No

**Las siguientes preguntas se refieren a diferentes maneras en que vd puede haberse sentido o actuado. Algunas preguntas se refieren a si alguna vez en su vida se sintió o actuó de una manera determinada, y otras se centran sólo en los últimos 30 días.**

Codificación para A/B:

0 - No

1 - Sí

2 - Sí, pero sólo estando intoxicado o en abstinencia

[NOTA: Si el paciente reconoce un síntoma, es decir, "Sí", pregúntele: "¿Estuvo así SÓLO cuando estaba intoxicado o en abstinencia?" y codifique 1 ó 2 según corresponda.]

(P8 - P17):

**A. A lo largo de su vida**  
**B. En los últimos 30 días**  
**C. Hace cuántos días por última vez.....?**

**Ha tenido/Se ha sentido (alguna vez):**

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. problemas para dormirse, permanecer dormido\* o despertarse demasiado temprano?

\*dormir toda la noche

P9. deprimido o bajo de ánimo la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ha tenido/Se ha sentido/Ha (alguna vez):**

P10. ansioso, nervioso o preocupado la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P11. alucinaciones?

-oir o ver cosas que otras personas no podían oír o ver

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P12    0 → 12

P12. dificultad para pensar, concentrarse, comprender o recordar hasta el punto de causar problemas?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P13

P13. (desde los 18 años) dificultad para controlar su carácter o impulsos de pegar o hacer daño a alguien?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P14    0 → 14

P14. (desde los 18 años) empujado, golpeado o tirado objetos a alguien, o utilizado un arma contra alguien?

A.	B.	C.
Vida	30 Días	Hace "x" días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 → P15    0 → 15

<p>P15. pensado seriamente en suicidarse?</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> 30 Dias <input type="checkbox"/> Hace "n" dias</p> <p>0 → P16    0 → P16</p>	<p><b>(P18 - P20) En los últimos 30 días:</b> -Excluya P8 (problemas con el sueño) para P18 - P21</p>
<p>P16. intentado suicidarse?</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> 30 Dias <input type="checkbox"/> Hace "n" dias</p> <p>0 → P17    0 → P17</p>	<p>P18. ¿Cuántos días ha experimentado estos problemas emocionales o psicológicos? <input type="text"/> <input type="text"/> Dias</p>
<p>P17. experimentado otros problemas emocionales o psicológicos no mencionados anteriormente? -ej. trastorno de la conducta alimentaria, manía, etc.</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> 30 Dias <input type="checkbox"/> Hace "n" dias</p>	<p>P19. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades normales debido a problemas o síntomas psicológicos/emocionales? <input type="text"/> <input type="text"/> Dias</p>
<p>Especifique:.....</p>	<p>P20. ¿Cuánta molestia o preocupación ha tenido por estos problemas psicológicos o emocionales? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ninguna 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Considerable 4 - Extrema</p>
<p><b>[NOTA:</b> Si P9 - P17 son todos 0-No, es decir, no problemas o síntomas psiquiátricos en los últimos 30 días, vaya a P21]</p>	<p>P21. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas psicológicos? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ninguna 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Considerable 4 - Extrema</p>
<p>I15. Hora de finalización: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	