



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIO-HUMANÍSTICA**

**TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Rasgos de personalidad y Sintomatología prefrontal en personas adictas a sustancias químicas institucionalizadas en centros de adicciones de las ciudades de Cuenca y Quito**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTORA:** Gía Peralta, María Salomé

**DIRECTOR:** Paladines Costa, María Belén, Mgtr.

**LOJA – ECUADOR**

**2019**



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2019

## ACEPTACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION

Magister.

María Belén Paladines Costa

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN.**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Rasgos de Personalidad y Sintomatología Prefrontal en personas adictas a sustancias químicas institucionalizadas en un centro de adicciones de las ciudades de Cuenca y Quito”, realizado por María Salomé Gía Peralta, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre del 2019

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo María Salomé Gía Peralta, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Rasgos de Personalidad y Sintomatología Prefrontal en personas adictas a sustancias químicas institucionalizadas en un centro de adicciones de las ciudades de Cuenca y Quito, de la Titulación de Psicología, siendo Mgtr. María Belén Paladines Costa directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f) .....

Autora: María Salomé Gía Peralta

Cédula: 110399734

## **DEDICATORIA**

A mi padre Marcelo que desde el cielo ha sido mi inspiración.

A mi amada madre Bertha, que con su amor, paciencia y esfuerzo me ha permitido llegar a ser el ser humano en el que me he convertido hoy, gracias por ser mi modelo a seguir y mi mayor fortaleza, sin ella no habría podido cumplir mis sueños.

A mi querido esposo Franz, con su amor y apoyo incondicional me ha acompañado por el largo camino de la vida.

A mi sobrina Camila, que ha sido mi respiro y me ha llenado de energía en los momentos difíciles.

A mi Martín por ser mi refugio en los días oscuros.

A toda mi familia por creer en mí y alentarme a alcanzar mis metas con su cariño y apoyo incondicional.

A mí misma porque he recorrido un largo camino para encontrar mi vocación.

**Salomé Gía.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecida inmensamente con Dios por darme la vida y por guiar mi camino.

A mi madre Bertha, quien con su esfuerzo y lucha constante me ha dado la oportunidad de llegar a este momento, gracias por cada sacrificio, por cada consejo y principalmente gracias por creer siempre en mi

A mi querido esposo Franz, por su apoyo, comprensión y por ser mi motivación, gracias por ayudarme a crecer.

A mi Sobrina Camila, por darme tanto cariño.

A mi Tía Clemencia, por todo su apoyo y cariño.

A mi directora de tesis, Mgtr. María Belén Paladines, por sus valiosas enseñanzas, su compromiso y dedicación.

A mi querido amigo Diego S. por ser tan buen compañero y amigo, gracias por compartir este camino conmigo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja y su grupo docente por todos los conocimientos compartidos.

## INDICE DE CONTENIDOS

ACEPTACIÓN PROYECTO DE TESIS.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Consumo de sustancias.....	7
1.1.1. Drogas y toxicidad.....	7
1.1.2. Clasificación de las Drogas.....	8
1.1.3. Uso, abuso y hábitos.....	15
1.1.4. Dependencia y drogodependencia.....	19
1.1.5. Tolerancia, abstinencia e intoxicación.....	21
1.2. Epidemiología del uso de drogas.....	24
1.2.1. Tendencias actuales del consumo de drogas.....	24
1.2.2. Situación actual del consumo de drogas y problemática del Ecuador.....	26
1.2.3. Comorbilidad: consumo de sustancias y otros trastornos mentales.....	28
1.3. Personalidad y consumo problemático de sustancias psicoactivas.....	29
1.3.1. Personalidad normal y patológica.....	29
1.3.2. Teoría de la Personalidad de los Cinco Grandes.....	31
1.3.3. Estudios de personalidad y adicciones.....	34
1.4. Sintomatología Prefrontal.....	36

1.4.1.	Estructuras del lóbulo frontal: Introducción al concepto de sintomatología prefrontal	36
1.4.2.	Funciones ejecutivas .....	39
1.4.3.	Síndrome prefrontal y consumo de sustancias. ....	41
1.4.4.	Estudios relacionados al consumo de drogas .....	44
CAPITULO II: METODOLOGÍA .....		46
2.1.	Objetivos.....	47
2.1.1.	General.....	47
2.1.2.	Específicos .....	47
2.2.	Diseño de investigación .....	47
2.3.	Participantes .....	47
2.4.	Instrumentos .....	48
2.5.	Procedimiento.....	51
2.6	Recursos:.....	52
2.7	Tratamiento de resultados .....	53
CAPITULO III: ANALISIS DE RESULTADOS .....		55
3.1	Resultados obtenidos .....	56
3.2	Discusión de Resultados.....	61
CONCLUSIONES.....		68
RECOMENDACIONES.....		69
Bibliografía.....		70
ANEXOS.....		76
ANEXO 1 .....		77
ANEXO 2.....		81
ANEXO 3.....		86

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de las drogas.....	9
Tabla 2: Drogas estimulantes del sistema nervioso central.....	10
Tabla 3: Drogas depresoras del sistema nervioso central.....	12
Tabla 4: Drogas alucinógenas. ....	14
Tabla 5: Clasificación del uso de drogas.....	15
Tabla 6: Consumo perjudicial (CIE-10) .....	17
Tabla 7: Criterios diagnósticos de Drogodependencia (CIE-10).....	20
Tabla 8: Intoxicación Aguda (CIE-10) .....	23
Tabla 9: Dimensiones de la teoría de los Cinco Grandes.....	33
Tabla 10: Zonas de la corteza prefrontal.....	37
Tabla 11: Corteza prefrontal y funciones ejecutivas .....	40
Tabla 12: Cuestionario Big Five .....	48
Tabla 13: Inventario de Síntomas Prefrontales .....	50
Tabla 14: Percentiles para interpretación de BFI .....	53
Tabla 15: Resultados de la edad actual y la edad del inicio de consumo .....	56
Tabla 16: Resultados de los datos sociodemográficos.....	56
Tabla 17: Droga de consumo y droga de mayor consumo .....	58
Tabla 18: Estadísticos descriptivos de Rasgos de personalidad .....	58
Tabla 19: Frecuencia de puntuaciones .....	59
Tabla 20: Descriptivos Inventario de Síntomas Prefrontales .....	60
Tabla 21: Análisis correlacional de Rasgos de personalidad y Sintomatología prefrontal .....	61

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Lóbulos cerebrales.....	37
Figura 2: Región Prefrontal .....	38
Figura 3: Distribución de puntuaciones en percentiles BFI.....	59

## RESUMEN

La presente investigación determina los rasgos de personalidad predominantes y la presencia de sintomatología prefrontales en usuarios de dos Centros de adicciones de las ciudades de Cuenca y Quito. Metodología: esta investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional y transversal; con una muestra de 56 sujetos varones; se utilizó un Cuestionario sociodemográfico Ad Hoc; el Cuestionario Big Five (BFI) y el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-46),

La muestra presenta una edad media de 34 años, son soltero, de un nivel socioeconómico medio. En el BFI el rasgo predominante fue Apertura mental (M= 32.07; DT: 3.597); en el ISP-46 las dimensiones con mayor puntuación fueron problemas de: control emocional (M= 14.63; DT= 8.04), conducta social (M= 12,59; DT= 5.97) y la puntuación total del inventario (M=56.86; DT=26.95). Además, el rasgo de apertura mental presenta una correlación con las dimensiones de problemas: motivacionales ( $r = .461$ ;  $p = .001$ ), de control ejecutivo ( $r = .350$ ;  $p = .007$ ); conducta social ( $r = .398$ ;  $p = .001$ ), control emocional ( $r = .404$ ;  $p = .001$ ) y finalmente con la puntuación total en sintomatología prefrontal ( $r = .447$ ;  $p = .000$ ).

**PALABRAS CLAVE:** Consumo de drogas, Adicción, Personalidad, Síntomas prefrontales, Big Five.

## ABSTRACT

The present investigation determines the predominant personality traits and the presence of prefrontal symptoms in users of two Addiction Centers in the cities of Cuenca and Quito. Methodology: this research was quantitative, non-experimental, descriptive, correlational and transversal; with a sample of 56 male subjects; an Ad Hoc sociodemographic questionnaire was used; the Big Five Questionnaire (BFI) and the Prefrontal Symptom Inventory (ISP-46),

The sample has an average age of 34 years, single, of a medium socioeconomic level. In the BFI, the predominant trait was an openness ( $M = 32.07$ ;  $DT: 3.597$ ); In the ISP-46 the dimensions with the highest score were problems of: emotional control ( $M = 14.63$ ;  $DT = 8.04$ ), social behavior ( $M = 12.59$ ;  $DT = 5.97$ ) and the total inventory score ( $M = 56.86$ ;  $DT = 26.95$ ). In addition, the openness feature presents a correlation with the dimensions of problems: motivational ( $r = .461$ ;  $p = .001$ ), executive control ( $r = .350$ ;  $p = .007$ ); social behavior ( $r = .398$ ;  $p = .001$ ), emotional control ( $r = .404$ ;  $p = .001$ ) and finally with the total score in prefrontal symptomatology ( $r = .447$ ;  $p = .000$ ).

**Key words:** Drug use, Addiction, Personality, Prefrontal symptoms, Big Five.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende estudiar las variables de personalidad y la sintomatología prefrontal en sujetos institucionalizadas en dos centros de tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias químicas, con el objetivo general de: analizar la relación entre rasgos de personalidad y sintomatología prefrontal en personas adictas a sustancias químicas, mismo que permitirá conocer las características individuales de los participantes, de manera que se consiga mejorar los programas de intervención.

En la actualidad, el consumo de sustancias psicoactivas se ha vuelto un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que, afecta al individuo en sus distintas dimensiones: sociales, psicológicas, biográficas y económicas (Tirado-Otálvaro, 2016). Además, genera efectos negativos en el desarrollo y las actividades económicas de los países, representando altos costos tanto políticos como sociales y económicos (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)., 2016).

Para entender la temática sobre el consumo de sustancias de manera apropiada es importante considerar algunas definiciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969) el término droga se define como cualquier sustancia que al entrar al organismo puede causar alteraciones en una o varias funciones, ya sean cognitivas o de estado de ánimo. Además, la Organización de los Estados América [OEA], Secretaria de Seguridad Multidimensional [SSM], Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], Secretaria Nacional Antidrogas [SENAD], y Secretaría de Seguridad Pública [SENASP] de Brasil, (2011), definen a las sustancias psicoactivas, como sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento de un individuo.

El estudio de la personalidad y su relación con el consumo problemático de sustancias psicotrópicas, es un tema importante en la actualidad, debido a que, determinados rasgos de personalidad pueden relacionarse con ciertos patrones de consumo, interviniendo en el inicio y mantenimiento del mismo (González, 2015). Se la define como la integración la totalidad de los rasgos y las características que determinan la conducta de los sujetos, por lo se entiende que se forma en función al desarrollo del individuo y a su interacción con el ambiente a partir de las características biológicas y sociales que explican, modulan y mantiene el comportamiento (Cloninger, 2003).

Por otra parte, las drogas de abuso al ser ingeridas de manera crónica producen alteraciones neurobiológicas en el cerebro de los sujetos adictos, produciendo la aparición de cambios en los circuitos neuronales tales como el circuito de refuerzo, provocando así la pérdida del equilibrio cerebral, principalmente en las funciones relacionadas a la corteza prefrontal, misma que interviene en el mantenimiento de la conducta, el control de impulsos, el aprendizaje, la motivación y la toma de decisiones (Orio, Gómez, & Ruiz-Sánchez De León, 2014). El deterioro de las funciones ejecutivas posee una íntima relación con el mantenimiento del consumo, ya que dichas funciones permiten dar una respuesta conductual a los estímulos externos, dando como resultado la presencia de una menor capacidad de control ejecutivo (Villalba y Verdejo-García, 2012; Ruiz Sánchez de León & Pedrero-Pérez, 2014).

De acuerdo a lo antes mencionado, se puede entender la importancia del estudio de estas variables y su relación con el consumo de sustancias químicas, por ende, la presente investigación identificará los rasgos predominantes de personalidad en los usuarios de los centros de tratamiento de adicciones participantes; el nivel de deterioro en sus funciones ejecutivas y la relación existente entre estas; tomando en cuenta sus características sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, estado civil). Para dar respuesta a los objetivos planteados se utilizó un diseño de investigación no experimental, descriptivo, correlacional y transversal, la muestra participante está constituida por 56 sujetos adictos a sustancias químicas. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario sociodemográfico Ad Hoc., Cuestionario Big Five (BFI) de 44 ítems (John, Donahue & Kentle, 1991) y el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP- 46) (Ruiz Sánchez de León, J.M., Pedrero Pérez, E.J., Lozoya Delgado, P., Llanero Luque, M., Puerta García, C. 2012).

La estructura del presente trabajo consta de 5 apartados: marco teórico, metodología, análisis de resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones. El primer apartado, *marco teórico*, está constituido por cuatro temas: Consumo de drogas, Epidemiología del uso de drogas, Personalidad y consumo problemático de sustancias psicoactivas y Sintomatología prefrontal, los cuales cuentan con definición, prevalencia y estudios previos relacionados. Seguidamente, se desarrollará el segundo capítulo en donde se encontrará la *metodología* utilizada, la cual se conforma por: objetivos, diseño de investigación, población y muestra, instrumentos y procedimiento. En el tercer capítulo se desarrolla el análisis de resultados y discusión de los mismos, siendo las variables a tratar: personalidad y sintomatología prefrontal, las mismas que se contrastaran por medio de los resultados obtenidos con un sustento teórico e investigaciones

previas realizadas en esta línea. Finalmente se presentarán las conclusiones y recomendaciones del trabajo realizado.

## **CAPITULO I: MARCO TEÓRICO**

## **1.1. Consumo de sustancias**

En el siguiente apartado se definirá los conceptos de drogas y toxicidad, clasificación de las drogas, uso, abuso y hábito, dependencia, y finalmente tolerancia, abstinencia e intoxicación.

### **1.1.1. Drogas y toxicidad**

El uso de sustancias psicoactivas con fines terapéuticos, recreativos o relacionados con rituales espirituales y religiosos, ha estado presente en la historia del hombre desde sus inicios (Caudevilla, 2007). La palabra “droga” tiene su origen en el francés “drogue”, utilizada para denominar a un extracto, por lo general de origen vegetal, que introducido en el organismo puede alterar una o varias de sus funciones del individuo (Castaño y Bernal, 2006).

De igual manera, en la antigüedad la palabra griega “*farmakon*”, fue utilizada para referirse tanto a un remedio como a un veneno de forma inseparable, considerándose cura o amenaza, ya que algunos fármacos se consideraban más tóxicos que otros.(Arcila, Valencia, Bernal, y Castaño, 2006).

Desde que las drogas existen han tenido variadas definiciones, el primer concepto universal fue propuesto por el Comité de Expertos sobre Drogas Adictivas de la Organización Mundial de la Salud [OMS], definiendo “droga” como “cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (OMS, 1952, p.: 5). Así mismo, el Diccionario de Psicología Larousse (Sillamy, 2003), la define como toda sustancia que, ingresada al cuerpo por cualquier vía, produce un efecto directo sobre el sistema nervioso central, promoviendo el deseo de repetir una conducta, ya sea para evitar un dolor o malestar físico y/o emocional.

El glosario de términos de alcohol y drogas de la OMS (Dalglish et al., 2007) manifiesta que el término “droga”, es utilizado de una forma muy variada, ya que puede representar en medicina a una sustancia usada para prevenir o curar una enfermedad; en farmacología a una sustancia que puede alterar los procesos fisiológicos y químicos de un organismo; y finalmente, en el lenguaje cotidiano se refiere a sustancias psicoactivas de uso ilegal.

En la naturaleza existe un sinnúmero de sustancias tóxicas, que pueden ser consideradas una droga con la capacidad de producir en el organismo del ser humano una reacción psicoactiva, las

mismas que, debido a su composición química, pueden llegar a producir alteraciones orgánicas graves, siendo propio de una droga el ser venenosa o toxica (Pérez del Río, 2011).

En la misma línea, Waller y Sampson (2018), manifiesta que la mayoría de drogas de uso terapéutico están diseñadas para producir una respuesta beneficiosa en el organismo humano, mediante alteraciones en sus procesos homeostáticos, sin embargo, toda droga puede producir algún tipo de efecto adverso, convirtiéndose en un veneno potencial dependiendo de la dosis en la que sea administrada.

Dada la dificultad para discriminar entre una sustancia usada para prevenir o curar una enfermedad, o aumentar el bienestar físico y mental de un individuo, de las que son utilizadas con fines no médicos, se ha decidido utilizar el término “sustancias psicoactivas” para referirse a aquellas que son utilizadas para producir efectos psicoactivos sobre la percepción o conciencia, que son autoadministradas y poseen la capacidad de producir trastornos de dependencia o abuso (Barreto, Perez, Roa, López, y Rubiano, 2015).

Por otra parte, es importante mencionar que, según, Rehman et al. (2018), la utilización de sustancias psicoactivas con fines recreativos se ha transformado en un problema cada vez más presente en las sociedades modernas. Ellos definen como droga recreativa a una sustancia que es usada sin justificación médica por sus efectos psicoactivos y produce un deseo en el individuo de repetir dicha conducta.

Se concluye que, droga es una sustancia que afecta el funcionamiento del organismo de un ser vivo, produciendo en él un refuerzo positivo, debido a que su administración está ligada a una recompensa emocional o a la evitación de un malestar, de igual manera, estas sustancias pueden afectar de manera negativa al comportamiento del individuo, a su funcionamiento social, laboral y afectivo.

### **1.1.2. Clasificación de las Drogas**

La clasificación de las drogas, se ha vuelto uno de los temas de mayor discusión en los últimos años, de ésta depende que una sustancia sea sometida a un marco de fiscalización internacional y el grado de control que posea. A principios del siglo XX, un grupo de estados transnacionales, consideraba que la producción, distribución y uso de drogas, necesitaba de una regulación específica; por lo que se llevó a cabo el primer tratado internacional “la Convención para la Limitación de la Fabricación y Reglamentación de la Distribución de

Estupefacientes” de 1931, donde se incluyó por primera vez la idea de una clasificación universal de las drogas (Hallam, Bewley-Taylor, y Jelsma, 2014).

Las sustancias psicoactivas se clasifican de diferentes maneras: por sus efectos, distribución, composición, legalidad y sus vías de administración; existiendo varias clasificaciones reconocidas internacionalmente, entre las que se encuentra al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tabla 1: Clasificación de las drogas

<b>Clasificación de las Drogas</b>	
<b>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)</b>	Cataloga diez distintas clases de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos con una categoría separada para la fenciclidina, opiáceos, inhalantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes como por ejemplo la cocaína y sustancias anfetamínicas, tabaco y otras sustancias desconocidas
<b>Glosario de Términos de Alcohol y Drogas de la OMS</b>	Drogas lícitas o legales: sustancias que están disponibles bajo prescripción médica o de venta libre, es decir, que su venta es permitida. Drogas ilícitas o ilegales: sustancias psicoactivas cuya producción, distribución, venta y consumo está prohibida por la ley o que son consumidas sin estar medicamente recetadas.
<b>Lewin (1970)</b>	Divide a las drogas en cinco tipos: 1) <i>euphorica</i> que incluye la cocaína, heroína y derivados del opio; 2) <i>inebriantia</i> o embriagantes como el alcohol y el éter; 3) <i>hipnóticas</i> o agentes del sueño, en este grupo se encuentran los barbitúricos y el bromuro; 4) <i>excitantia</i> o estimulantes como le café, tabaco, kat y tónicos 5) <i>phantastica</i> o los alucinógenos, en este grupo forman parte drogas como la mezcalina, el cannabis, la amanita, el estramonio, la belladona

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría et al. (2014); Dalglish et al. (2007); Escohotado, (1995).  
Elaborado por: Autora.

Además, para Barreto et al. (2015), las drogas según su accesibilidad y su significado para la sociedad conforman cinco grandes grupos: drogas sociales, que incluyen alcohol y tabaco; productos industriales como diluyentes de pintura, pegamentos y combustibles derivados del petróleo; medicamentos como las benzodiazepinas; drogas ilegales a las que pertenecen el

cannabis, la cocaína, éxtasis y heroína y las drogas étnicas o folclóricas como los hongos y plantas.

Por otra parte, para Pérez del Río (2011), en la práctica cotidiana suele utilizar una clasificación más sencilla, haciendo referencia a los efectos sobre el sistema nervioso central (SNC), según esta clasificación, las drogas se dividen en estimulantes del SNC como la cocaína, anfetaminas y cafeína; las drogas depresoras del SNC como el alcohol y barbitúricos; y las drogas alucinógenas entre las que incluyen el LSD y la ketamina. Esta clasificación se detalla a continuación

### a) Drogas estimulantes del sistema nervioso central

Según el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas de la OMS (Dalglish et al., 2007), el término estimulante hace referencia a cualquier sustancia que, sobre el SNC, activa, potencia o incrementa la actividad neuronal. En este grupo de sustancias se encuentran: anfetaminas, cocaína, cafeína, nicotina y anorexígenos sintéticos como fenmetrazina o el metilfenidato.

El mismo autor manifiesta que el uso crónico e inadecuado de dichas sustancias pueden producir alteraciones en la conducta y la personalidad como agresividad, irritabilidad e impulsividad; cuando el consumo es interrumpido luego de un largo periodo de consumo, es posible que se presente un síndrome de abstinencia

Tabla 2: Drogas estimulantes del sistema nervioso central.

<b>Drogas estimulantes del sistema nervioso central</b>			
<b>Tipo de droga</b>	<b>Cocaína</b>	<b>Anfetaminas</b>	<b>Khat</b>
<b>Otros nombres</b>	Coca, crack, nieve, copos basuko, suko, farlopa, perico, dama blanca.	Anfetas, cristal, pastis o pastillas, speed, ice.	Khat
<b>Efectos</b>	Se encontrará eufórico, irritable, hiperactivo, con tendencia a la “fuga de ideas”, nervioso, tembloroso, con pupilas dilatadas, pálido, con taquicardia y respiración agitada. En ocasiones convulsiones.	Estará pálido, con pupilas dilatadas, taquicardia y respiración rápida, sudoroso en ocasiones, con temblores o convulsiones. Disminución de la	Hipertensión arterial, taquicardia y palpitaciones o arritmias. Aumenta la temperatura, cefalea, dilatación pupilar, boca seca

---

**Drogas estimulantes del sistema nervioso central**

---

		fatiga y aumento del estado de alerta y concentración. Anorexia.	o estomatitis, temblores y en ocasiones convulsiones. Trastornos digestivos, retención urinaria y leves alteraciones hepáticas
<b>Vías de administración</b>	Esnifada, fumada, venosa	Oral, venosa, esnifada, rara vez fumada.	Oral (masticando las hojas). Muy rara vez fumada
<b>Duración del efecto (Vida media)</b>	1-2 horas (3 horas)	2-4 horas (7-34 horas)	2-4 horas (4 horas)
<b>Síndrome de abstinencia</b>	No existe un gran síndrome de abstinencia, pero en ocasiones el ansia de la droga le producirá leves trastornos físicos junto con una gran alteración psíquica. Insomnio o somnolencia. Irritable, agitado, tendencia a la violencia y a la actuación en “cortocircuito”	Leve síndrome de abstinencia, que cursa con sueño, confusión, temblores, fatiga y ansiedad. Irritabilidad, insomnio. En ocasiones tendencia a la violencia.	No se conoce síndrome de abstinencia. Cierta irritabilidad y ansiedad.
<b>Presentación</b>	Polvo blanco, cristalino, inodoro.	Pastillas, cápsulas, polvo blanco cristalino.	Hojas en distinto grado de secado.

Fuente: Pérez del Río, (2011)

Elaborado por: Autora.

## b) Drogas depresoras del sistema nervioso central

Para García (1986) y Caudevilla, (2007) una droga posee un efecto depresor del SNC cuando disminuye los niveles de actividad cerebral, reduciendo tanto el ritmo de los procesos cerebrales, como el nivel general de atención frente a los estímulos del medio.

Entre las sustancias con efecto depresor del SNC se encuentran los derivados del opio, morfina, codeína, heroína, los opiáceos, tranquilizantes mayores y menores, somníferos, cloroformo, éter, gas de la risa, fentanilos, los vinos y licores.

Tabla 3: Drogas depresoras del sistema nervioso central

<b>Drogas depresoras del sistema nervioso central</b>			
<b>Tipo de droga</b>	<b>Heroína (opiáceos)</b>	<b>G.H.B (gamma Hidroxibutirato)</b>	<b>POPPERS (nitrito de isobutilo)</b>
<b>Otros nombres</b>	Caballo, nieve blanca, pico, morfo.	Biberones éxtasis líquido, líquido X, Oro bebible, Gib.	Poppers
<b>Efectos</b>	Actitud pasiva, lentitud, distanciada, lenta de entendimiento, tendencia al sueño, pupilas contraídas y respiración lenta o entrecortada. Puede tener dolores cólicos, retención urinaria y de heces, y vasodilatación cutánea	Depresión neurológica, con anestesia, somnolencia, obnubilación y euforia. Puede llegar al coma, debilidad muscular, bradicardia y cefalea,	Puede producir meta-hemoglobinemia. Cursa con enrojecimiento de la piel, cefalea y trastornos digestivos. Causa hipotensión, taquicardia, depresión respiratoria, convulsiones, euforia, letargia, vértigos, coma.
<b>Vías de administración</b>	Venosa, nasal (esnifada) inhalatoria (fumada).	Oral. Pudiera emplearse vía venosa.	Inhalatoria. Excepcionalmente (y peligrosa) oral.
<b>Duración del efecto (Vida media)</b>	3-6 horas (7 horas con sus metabolitos activos)	30 minutos 2 horas (20-40 minutos) 5	5 – 7 minutos (Escasos minutos)
<b>Síndrome de abstinencia</b>	Presenta ansiedad, dolores, náuseas o vómitos, diarrea, fiebre,	Apenas se conoce síndrome de abstinencia,	No se conoce bien el síndrome de abstinencia, aunque puede aparecer

<b>Drogas depresoras del sistema nervioso central</b>			
	dilatación pupilar, sudoración, malestar general, irritabilidad, temblores, trastornos gastrointestinales, insomnio. El ansia de la droga le producirá leves trastornos físicos junto con una gran alteración psíquica, tendencia a la violencia y a la actuación en “cortocircuito”	caracterizado por insomnio, temblor, taquicardia y confusión. Puede haber delirios, agitación, ansiedad, paranoia o alucinaciones.	espasmo coronario tras su abuso.
<b>Presentación</b>	Polvo blanquecino, pardo, marrón. En ocasiones líquido..	Por lo general en forma líquida, pero también como polvo blanco cristalino.	Líquido se presenta en botellitas de entre 10 y 30 cc.

Fuente: Pérez del Río, (2011)  
Elaborado por: Autora.

### **c) Drogas alucinógenas**

Se considera alucinógena a toda sustancia química que produce alteraciones sobre la conciencia, percepción, pensamiento y sensaciones, similares a las alteraciones producidas en episodios de psicosis. Entre los alucinógenos más conocidos se encuentra el dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mezcalina, la metanfetamina (MDA), éxtasis y la fenciclidina (PCP) (Dalglish et al., 2007).

De igual manera, la OMS en su Glosario de términos de alcohol y drogas (Dalglish et al., 2007), manifiesta que la mayoría de estas sustancias son administradas por vía oral, dicho consumo suele ser episódico y los casos de uso crónico son poco frecuentes, los efectos comienzan luego de 20 a 30 minutos de su ingesta y la fase psicodélica disminuye luego de 4 o 5 horas.

Tabla 4: Drogas alucinógenas.

<b>Drogas alucinógenas</b>			
<b>Tipo de Droga</b>	LSD	Cannabis	Drogas de síntesis
<b>Otros nombres</b>	Tripi, ácido, barriles, Disney, pizca, relámpago, terrón de azúcar.	Haschis, marihuana, grifa, hierba, costo, porro, etc.	Pastis o pastillas, éxtasis, Eva, droga o píldora del amor. También se llaman según el troquelado de la pastilla.
<b>Efectos</b>	Alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, del propio cuerpo y del sentido del tiempo. Dilatación pupilar, hipertensión, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblores, visión borrosa, incoordinación, piloerección.	Se encuentra locuaz, con tendencia a la risa, leve taquicardia, ansiedad, alteraciones de memoria, desorientación, inyección conjuntival, visión amarillenta.	Presentan ansiedad, hiperactividad, taquicardia, aumento de temperatura, en ocasiones alteraciones visuales y más rara vez alucinaciones, temblores o cierta rigidez y dilatación pupilar. Comparten buena parte de los efectos de las anfetaminas.
<b>Vías de administración</b>	Oral. Sublingual. Rara vez venosa.	Fumada, rara vez oral.	Oral. Rara vez otras vías.
<b>Duración del efecto (Vida media)</b>	8-12 horas (1,5-4 horas)	2-4 horas (14-38)	2-3 días.
<b>Síndrome de abstinencia</b>	No hay síndrome de abstinencia. En función del “viaje” puede presentar gran agitación y pánico o sentimientos místicos tras abandonar el consumo. Episodios de recurrencia.	No hay apenas síndrome de abstinencia. Síndrome amotivacional, en ocasiones tendencia a las transgresiones leves de la legalidad.	Apenas hay síndrome de abstinencia. Irritabilidad, insomnio, temblores. Conducta algo agitada, ansiedad.
<b>Presentación</b>	“Sellos” con distintas figuras geométricas o personajes, comprimidos	Aglomerado de hojas, flores y tallos; pasta; resina; líquido oleoso.	Comprimidos de distintas formas y colores, cápsulas, en ocasiones polvo cristalino blanco.

---

### Drogas alucinógenas

---

de reducido tamaño  
o polvo cristalino  
blanco

---

Fuente: Pérez del Río, (2011)

Elaborado por: Autora.

Es importante mencionar que la mayoría de las sustancias psicoactivas, fueron empeladas primeramente como medicamentos y posteriormente fueron utilizadas como drogas de abuso u ocasionaron algún tipo de farmacodependencia. Cabe recalcar, que las distintas clasificaciones existentes, pone en evidencia la complejidad del fenómeno de consumo y cómo evoluciona de manera rápida, dependiendo del contexto y de la población en la que se presenta.

#### 1.1.3. Uso, abuso y hábitos.

Con respecto al consumo de drogas, los términos uso, hábito y abuso son difíciles de precisar, su definición depende en gran medida al contexto social en el que se presentan; por ejemplo en la cultura musulmana el ingerir alcohol está prohibido y cualquier consumo es percibido como una conducta rechazada y considerado como abuso, mientras que en la cultura occidental la ingesta de alcohol no representa mayores conflictos (Del Moral y Lorenzo, 2006).

Los términos uso y abuso son utilizados en el lenguaje coloquial para referirse con frecuencia a términos como drogodependiente o adicto, mas es importante hacer una aclaración de estos términos, pues poseen significados diferentes (García, 1986).

El término “uso”, hace referencia al consumo de una sustancia psicoactiva que no representa ningún riesgo físico ni social para el individuo, en otras palabras, como uso se debe entender el consumo aislado y ocasional, sin presentarse ningún tipo de tolerancia o abstinencia en la persona (del Moral y Fernández, 2006; Dalglish et al., 2007)

Tabla 5: Clasificación del uso de drogas

Clasificación	Definición	Ejemplo
<b>Uso no aprobado</b>	El uso de sustancias psicoactivas que se encuentran legalmente sancionadas, en los casos en los que la persona se encuentre	Durante el manejo de maquinaria de precisión, conduciendo un vehículo o portando armas de fuego.
<b>Uso peligroso</b>	Está relacionado al consumo de	Consumo en una persona con cirrosis

Clasificación	Definición	Ejemplo
	sustancias por individuos que se encuentran en riesgo orgánico o en un momento no oportuno	hepática por ingesta de alcohol o consumo de alcohol antes de conducir un vehículo; este tipo de uso está relacionado con las conductas de riesgo.
<b>Uso dañino</b>	En este caso el consumo es realizado por personas en situaciones vitales que lleva a una disminución importante o total de la tolerancia a la sustancia psicoactiva consumida	Consumo en ancianos, niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
<b>Uso que provoca una disfunción</b>	En este tipo de uso se presenta un patrón desadaptativo de consumo debido a la importancia que se da a la administración de la sustancia o por excesos de consumo en momentos específicos	Consumo que conlleva a alteraciones psicológicas y funcionales, este término está relacionado con el trastorno por abuso de sustancias.

Fuente: del Moral y Fernández, (2006)

Elaborado: Autora.

Por otra parte, la OMS en su glosario (Dalglish et al., 2007), define al uso de drogas de la siguiente manera:

- **Uso con fines no médicos:** se define de esta manera al empleo de medicamentos con o sin receta médica por un tiempo mayor al prescrito, o de una manera distinta al recetado.
- **Uso disfuncional:** se considera al uso de sustancias que produce un deterioro en las funciones psicológicas y sociales de persona.
- **Uso inadecuado de drogas o alcohol:** se considera un equivalente de abuso y se utiliza para referirse a un uso de sustancias menos crítico, con fines no legales o fuera del uso médico.
- **Uso recreativo:** se refiere al uso de una sustancia considerada ilegal dentro de un contexto social o relajante e implica que no existe una dependencia ni otros problemas relacionados con el consumo.

Como se ha dicho, el uso se define como el consumo moderado de una sustancia psicoactiva en un momento o situación determinada o de manera esporádica, con el objetivo de experimentar, que no produce dependencia ni tolerancia (Pérez del Río, 2011). El uso de drogas deriva en problemas mayormente de tipo social, en el que la persona consumidora se

encuentra más propensa a ser estigmatizada por esta actividad, sin embargo, el uso de alcohol, tabaco y marihuana es percibido de manera más aceptada a nivel social por la mayoría de poblaciones occidentales (Caudevilla, 2007).

El siguiente punto a tratar en relación al consumo de sustancias, es el “*abuso*”, término utilizado para referirse a la búsqueda compulsiva y al consumo de una sustancia psicoactiva, independientemente de las consecuencias que estas puedan representar para la vida y las relaciones del individuo (Velásquez y Ortiz, 2014).

Según el Colegio de Psiquiatras Británicos, el abuso se define como cualquier consumo que produzca daño o amenace con dañar la integridad de la salud física y psicológica, o altere el bienestar social de una persona o grupo de personas (del Moral y Fernández, 2006; Seijas, 2017)

En el CIE-10 el término *abuso* no está especificado como tal (ver Tabla 6), en su lugar el “consumo perjudicial” es utilizado para referirse a un consumo que afecta a la salud física y mental del individuo (Pérez del Río, 2011); de igual manera en el manual diagnóstico DSM-V, los términos abuso y dependencia fueron omitidos, y pasaron a ser parte de una sola dimensión subyacente a los trastornos por consumo de sustancias (Portero Lazcano, 2015).

Tabla 6: Consumo perjudicial (CIE-10)

---

<b>Consumo perjudicial (CIE-10)</b>
Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.
Criterios diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"><li>A. Existencia de consecuencias sociales adversas (detenciones policiales, problemas matrimoniales, deterioro del rendimiento laboral, etcétera).</li><li>B. Lo anterior o la reprobación por terceros no es, por sí solo, suficiente para este diagnóstico.</li><li>C. Las intoxicaciones agudas no son, tampoco, por sí solas o por sí mismas suficientes para considerarlas “daño de salud”.</li><li>D. No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas o se cumplen los criterios de dependencia.</li></ul>

---

Fuente: Organización Mundial de la Salud [OMS], (1994).

Elaborado: Autora.

Dicho lo anterior, es conveniente señalar que el abuso también depende del contexto en que se realice el consumo, la vulnerabilidad del individuo y del potencial adictivo de la sustancia psicoactiva ingerida. Al hablar de abuso, también se puede hablar de un abuso social o abuso ocasional ya que puede presentarse con diferentes matices (Pérez del Río, 2011)

El siguiente escalón en el consumo es el “*hábito*”. La Real Academia Española (2001) define el hábito como “el modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”.

En relación al empleo de drogas, el hábito se refiere a la costumbre de consumir una sustancia psicoactiva por haber ocurrido una adaptación a sus efectos, por lo tanto, existe un deseo de consumir la sustancia, mas no una necesidad urgente de la misma, además el individuo no presenta alteraciones importantes a nivel físico, psicológico o social (del Moral y Fernández, 2006).

Para Dalgleish et al. (2007), la habituación comprende el efecto de acostumbrarse a la conducta de consumo de alcohol, tabaco o cualquier tipo de droga. El mismo autor manifiesta que la OMS en su Comité de Expertos en 1957, establece una diferenciación entre habituación y adicción basándose en la carencia de dependencia física y de una conducta compulsiva de consumo.

A su vez, Vandaele y Janak (2018), en relación con los trastornos por uso de sustancias, explican que el uso compulsivo de drogas estaría ligado al desarrollo progresivo y el predominio de hábitos relacionados con el consumo; los comportamientos habituales se caracterizan por acciones rígidas e inflexibles. Para el autor el concepto de “hábito patológico” explica la conducta de búsqueda de drogas habituales, pues estos comportamientos son insensibles a las consecuencias negativas que se presenten en la vida del adicto.

Como resultado, los términos uso, abuso y habito marcarían el proceso de inicio de una conducta adictiva, ya que la principal diferencia entre estos radica en la gravedad y frecuencia de la ingesta de una sustancia psicoactiva, siendo el uso un consumo esporádico, sin la existencia de alteraciones orgánicas y, en el abuso y el hábito se encuentra ya un consumo problemático, que ocasiona un malestar ya sea físico o psicológico en el individuo, afectando su normal funcionamiento a nivel personal, profesional y social.

#### 1.1.4. Dependencia y drogodependencia

La dependencia puede definirse de diferentes manera y puntos de vista, la Real Academia Española (2001), la define como una situación en la que una persona que no puede valerse por sí misma o como la necesidad compulsiva de alguna sustancia como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación.

Para el Glosario de alcohol y drogas de la OMS (Dalglish et al., 2007), la “*dependencia*” es el “estado de necesitar o depender de algo o de alguien, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal” (p.30). Además, manifiesta que el término dependencia, fue introducido por el Comité de Expertos de la OMS en 1964 para sustituir a la expresión de adicción y habituación, pudiendo así referirse a cualquier sustancia psicoactiva o a una droga en específico.

A su vez, el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994), entiende la dependencia como un conjunto de manifestaciones de carácter fisiológico, cognitivo y comportamental, en el que el consumo de droga toma una importancia primordial en el individuo, que adquiere un grado mayor a otras actividades que poseían valor en el pasado.

Una de las características fundamentales de un síndrome de dependencia es el deseo irrefrenable por consumir sustancias psicoactivas ya sean legales o ilegales, por lo que la recaída en el consumo, luego de mantenerse en un periodo de abstinencia, lleva a la manifestación de los síntomas de dependencia de manera más fuerte que en sujetos no dependientes (Arias et al., 2010).

Cabe mencionar que, clásicamente la dependencia ha sido clasificada en dos tipos uno de origen biológico y otro de origen psicológico, permitiendo entender mejor este concepto:

- **Dependencia física:** este tipo de dependencia se caracteriza porque el sujeto desarrolla un grado de tolerancia, debido a las propiedades químicas de las sustancias psicoactivas, produciéndose una disminución de forma gradual de los efectos de la droga administrada, por lo que la dosis se aumenta para obtener el mismo resultado, y que al suprimir su ingesta produce una serie de trastornos orgánicos que se denominan síndrome de abstinencia (Tirado-Otálvaro, 2016; Pons, 2007).

- **Dependencia psicológica:** por este tipo de dependencia se entiende a la existencia de una necesidad de carácter emocional por consumir una sustancia psicoactiva, de manera regular para disminuir o eliminar un malestar o producir una sensación de placer (Arias et al., 2010; Pons, 2007).

En cuanto a la “*drogodependencia*”, fue definida por la OMS en 1964 como:

“El estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (del Moral y Fernández, 2006, p. 5).

De igual manera, González (2015) define a la drogodependencia como el consumo de sustancias psicoactivas por parte de un individuo, en el que se presenta ya una dependencia física, psicológica o las dos de forma conjunta; cuando se exhibe un consumo crónico de al menos tres sustancias de manera simultánea se considera como polidependencia.

En los últimos años se ha usado el término drogodependencia, como sinónimos de adicción y toxicomanía, ya que estos han sido empelados para referirse de una manera más peyorativa a las personas con problemas de consumo, por lo que el uso de “drogodependencia” tiene la finalidad de dar un significado más científico y preciso (del Moral y Fernández, 2006).

Tabla 7: Criterios diagnósticos de Drogodependencia (CIE-10)

<b>Criterios diagnósticos de Drogodependencia (CIE-10)</b>
<p><b>A.</b> Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.</p> <p><b>B.</b> Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.</p> <p><b>C.</b> Hay un deseo (fuerte o insuperable) de administración.</p> <p><b>D.</b> Las recaídas, después de un período de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes</p>
<p>Si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deseo o compulsión de consumir la sustancia.</li> <li>2. Disminución de la capacidad de control el consumo: para comenzar o para terminarlo.</li> <li>3. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo.</li> </ol>

- 
4. Tolerancia.
  5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
  6. Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales”.
- 

Fuente: Organización Mundial de la Salud [OMS], (1994).

Elaborado: Autora

Después de lo antes expuesto se enfatiza que, poseer un correcto entendimiento del término dependencia es de importancia para la comprensión de una conducta de consumo problemático, pues como se mencionó anteriormente, la dependencia a drogas ocasiona alteraciones tanto fisiológicas como psicológicas, existiendo un deseo irrefrenable de consumo, lo que podría ocasionar la presencia de episodios de abstinencia que potencien dicha dependencia y así intervengan en el mantenimiento de la adicción.

#### 1.1.5. Tolerancia, abstinencia e intoxicación

La tolerancia a sustancias psicoactivas y la presencia de un síndrome de abstinencia, son factores que manifiestan la presencia de un proceso neuroadaptativo, caracterizado por una necesidad de mantener constantes los niveles de una sustancia en el organismo, generándose un vínculo droga-organismo (del Moral & Fernández, 2006).

Por tolerancia, se entiende a la necesidad del sujeto consumidor de recurrir a dosis más altas de drogas, debido a la disminución notable de los efectos producidos por las mismas con la dosis de consumo habitual; además, la tolerancia implica en si los 2 tipos de dependencia, ya que están presentes tanto la dependencia física como psicológica, siendo una manifestación más marcada de la tolerancia a fármacos generales (Arias et al., 2010).

Así pues, según del Moral y Fernández (2006), a la tolerancia se la puede clasificar según las propiedades de las sustancias, clasificándose en aguda, inversa y cruzada.

- **Tolerancia aguda:** se genera por la administración de la misma dosis de una droga de forma sucesiva en un momento determinado, por lo que su reacción disminuye con cada administración; por ejemplo, la administración repetida de cocaína en una noche.
- **Tolerancia inversa:** se presenta por la capacidad de algunas sustancias psicoactivas de producir los mismos efectos con dosis más pequeñas, debido a la acumulación de la sustancia en los tejidos del cuerpo; este tipo de tolerancia se presenta en personas que consumen alcohol de forma crónica debido a hepatopatías.

- **Tolerancia cruzada:** se presenta en consumidores que presenta tolerancia a una droga por el consumo de otra que posee el mismo mecanismo de acción, es común entre fármacos opiáceos con mecanismos análogos.

Por otra parte, el síndrome de abstinencia está formado por un grupo de síntomas físicos y psicológicos, que se producen por la retirada de forma abrupta de una sustancia psicoactiva que se ha administrado de forma recurrente, por un tiempo prolongado y en dosis altas, en un sujeto que ha desarrollado una dependencia. Ya que cada droga presenta su grupo de síntomas de abstinencia propios, pudiendo presentar perturbaciones graves e irreversibles (Pons, 2007).

A causa de la retirada de la droga consumida, los síntomas del síndrome de abstinencia pueden presentarse en las horas posteriores al último consumo, y por lo general duran varios días después del mismo; este cuadro está relacionado con el mantenimiento de la conducta de consumo y con la recaída en el mismo (Arias et al., 2010).

Dicho de otra manera, según del Moral y Fernández (2006), los signos y síntomas del síndrome de abstinencia, se producen de acuerdo al tipo de drogas consumida, siendo estos discrepantes con los efectos de la misma, por lo que son considerados como un efecto rebote de los sistemas biológicos que han sido perturbados por la administración de dicha sustancia. La intensidad del síndrome dependerá del tipo de droga, de la vía de administración, de la frecuencia de consumo y de la velocidad de absorción, por lo que, si una droga es eliminada de forma lenta y progresiva, la abstinencia se presentará de forma lenta y atenuada; por lo contrario, si se elimina de forma rápida, los síntomas se presentarán de forma más brusca e intensa.

En cuanto a la intoxicación producida por el consumo de sustancias psicoactivas, para la OMS en su Glosario de términos de alcohol y drogas (Dalglish et al., 2007), la intoxicación hace referencia al “estado posterior a la ingesta de una droga que causa alteraciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en el juicio, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.” (p.40).

De esta manera, la intoxicación suele manifestarse con síntomas propios de cada droga, mismos que pueden ir desde la pérdida del equilibrio, alteraciones de la conciencia,

inestabilidad en el estado de ánimo, presencia de conductas agresivas y desinhibidas. Se considera importante mencionar que la presencia de los síntomas de intoxicación dependerá del contexto en el que cada persona consume la sustancia, la dosis administrada, del tipo de droga e incluso si se ha ingerido alimentos previamente (Pérez del Río, 2011).

Tabla 8: Intoxicación Aguda (CIE-10)

---

<b>Intoxicación Aguda (CIE-10)</b>
<p><b>G1.</b> Debe haber evidencia clara de consumo reciente de una sustancia psicoactiva (o sustancias) en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.</p>
<p><b>G2.</b> Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de una sustancia en particular (o sustancias), como se especifica más adelante, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento de modo clínicamente relevante.</p>
<p><b>G3.</b> Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.</p>

---

La intoxicación aguda ocurre frecuentemente en personas que, además, presentan otros problemas relacionados con el consumo de alcohol drogas. Cuando existen tales problemas, por ejemplo, consumo perjudicial (Flx.1), síndrome de dependencia (Flx.2) o trastorno psicótico (Flx.5), también deben ser registrados

---

Fuente: Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994.  
Elaborado: Autora

Como resultado, es importante mencionar que, en el año 2017, el 0.6% de la población mundial presenta un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, y de los casos de intoxicación por drogas que se presentan en los servicios de emergencias y en la unidad de cuidados intensivos, el 85% son producidos por el uso de drogas recreativas como alcohol, cannabis, heroína y cocaína (Rehman et al., 2018)

En definitiva, la tolerancia, la abstinencia y la intoxicación representen la escala más alta de la conducta de consumo; la existencia de tolerancia marca la presencia de una habituación del organismo a la ingesta de una sustancia, por lo que el sujeto se ve obligado a aumentar la dosis o experimentar con otras sustancias, lo que podría dar inicio a un policonsumo. Así mismo la abstinencia interviene en el mantenimiento de la conducta adictiva, puesto que, al no ingerir la sustancia a la que el individuo es dependiente, se presentan una serie síntomas desagradables que el adicto desea evitar. Estos dos términos presentan una estrecha relación con la

intoxicación, ya que al tener la necesidad de aumentar la dosis para tener los efectos de una sustancia psicoactiva y así evitar la presencia de un síndrome de abstinencia.

## **1.2. Epidemiología del uso de drogas.**

En el siguiente apartado se tratará las tendencias del consumo de drogas, la situación actual del consumo de drogas y problemática del Ecuador, y finalmente la comorbilidad del consumo de sustancias con otros trastornos mentales.

### **1.2.1. Tendencias actuales del consumo de drogas.**

El problemática del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, representa la principal dificultad de salud mental en el mundo, siendo la sobredosis por drogas una de las principales causas de muerte en los servicios de emergencia en los Estados Unidos, aumentando del 6% en 1999 al 13.8% en el año 2013 (Dasgupta, 2017).

Según, el Informe mundial sobre drogas publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2018), más de 275 millones de personas en edades comprendidas entre 15 y 65 años, consumieron drogas en el transcurso del año 2016, representando el 5.6% de la población mundial, de estas, 31 millones sufren algún tipo de trastorno derivado de su consumo.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016), manifiesta que en el año 2015 alrededor de 450.000 personas fallecieron a causa del consumo de alguna sustancia psicotrópica, de estas muertes, se estima que 167.750 fueron relacionadas directamente por el consumo de drogas, el resto de muertes están relacionadas a causas como virus del VIH y la Hepatitis C, contraídos por drogas inyectables.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ([UNODC], 2018) evidencia que una de cada seis personas que presenta un trastorno por consumo de sustancias, recibió atención y tratamiento por dicho trastorno en el año 2016; de igual manera, manifiesta que la edad media en la que se inicia un consumo temprano de drogas es de 12 a 14 años, y el consumo tardío entre los 15 y 17 años de edad, siendo entre los 18 a 25 años la edad donde se presenta una conducta de abuso de drogas.

Además, en el año 2017 la producción de opioides aumentó un 65% con respecto a 2016; en ese mismo año la producción de cocaína alcanzó las 1 410 t, considerada la cifra más alta

alcanzada. Por otra parte, el cannabis fue en el año 2016, la droga más usada a nivel mundial con un estimado de 192 millones de personas consumidoras (UNODC, 2018).

Con lo que respecta a las estadísticas de consumo, en los Estados Unidos de Norte América según la Organización de Estados Americanos [OEA], la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y el Observatorio Interamericano de Drogas (2015), en población general comprendida de 12 a 64 años, el consumo de alcohol en el año previo al estudio fue del 65%, en lo respecta al cannabis del 12%, cocaína del 1,6% e inhalantes del 0,6%.

En España, según el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (2017), el consumo de sustancias consideradas ilegales se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, presentando a la marihuana como la primera sustancia ilegal consumida (17.1%), seguida por la cocaína (3%), el MDMA (éxtasis) (1.6%), y las anfetaminas (1%); siendo los adultos jóvenes menores a 35 años quienes usan drogas con mayor regularidad.

En el caso de América Latina según la Organización de Estados Americanos [OEA] et al. (2015), el consumo de alcohol en la población general comprendida entre los 12 y 65 años varía mucho de un país a otro. En el 2014, en Argentina, Canadá, Paraguay, Estados Unidos y Uruguay alrededor del 65% de la población general ingirió alcohol; en México, Venezuela, Chile, Perú y Colombia su ingesta fue de un 50% a 60%; en Brasil el uso fue inferior al 50%; y en Belice, Ecuador, Costa Rica y El Salvador estuvo por debajo del 40%.

En el mismo informe, con respecto al consumo de cannabis se evidencia que países como Canadá, al menos un 40% de la población general de 12 a 64 años ha probado marihuana al menos una vez en su vida; en países como Chile y Uruguay el consumo disminuye a la mitad en relación a Canadá, siendo los países con mayor nivel de consumo en América Latina con un 20% de consumo; por otra parte, en México, Bolivia, Venezuela y Paraguay encontramos un consumo de marihuana del 6% o menos (OEA et al., 2015).

En relación al consumo de cocaína, en el mismo informe realizado por OEA et al. (2015), en México en el 2011 al menos el 3.3% de la población general de 12 a 64 años consumió cocaína al menos una vez en su vida y un 0.5% en el año previo; en el caso de Colombia en el 2013, el 3.23% de la población consumió esta droga al menos una vez en su vida y un 0.70% previo a este año; en Brasil en el 2005, un 2.90% ingirió una vez en su vida y un 0.70% en el último año;

y finalmente en Argentina en el 2011 un 3.08% de la población general de 16 a 64 años consumió dicha sustancia al menos una vez en su vida y un 0.68% en el último año.

### **1.2.2. Situación actual del consumo de drogas y problemática del Ecuador.**

En Ecuador, la Constitución de la República del año 2008 declara las adicciones como un problema de salud pública. Así mismo, la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y el Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, es la encargada de proporcionar el marco legal y constitucional sobre la prevención, control y regulación de sustancias y medicamentos estupefacientes sometidos a fiscalización (Asamblea Nacional del Ecuador, 2015).

Por la posición geográfica del Ecuador y su cercanía a los países catalogados como productores de sustancias estupefacientes, se lo considera como un país de recepción, almacenamiento y tránsito de drogas hacia el mercado internacional; razón por la que el estado ecuatoriano ha considerado como deber el estudio y entendimiento de este fenómeno, además, de la elaboración de estrategias que permitan abordar y enfrentar dicha problemática, motivo por el cual en el año 2017 se elaboró el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021, de donde se extrae la planificación e implementación de las políticas públicas dirigidas a la prevención y control de drogas en Ecuador (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2017; Naranjo, Jaramillo y Secretaría Técnica de Drogas, 2017).

En lo que respecta al nivel de consumo de sustancias estupefacientes en el territorio ecuatoriano, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012, los niveles de consumo de alcohol y tabaco estaban concentrados en una población de entre 20 y 59 años; los resultados del estudio mencionan que el 41.3% consume alcohol y 31.5% tabaco, en lo que respecta al consumo de acuerdo al sexo se encuentra que los hombres presentan una prevalencia del 56.5% y las mujeres de 25,4% (Freire et al., 2014).

En relación a la prevalencia del consumo anual de cocaína, la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (2017), manifiesta que en los hombres el consumo fue de 3.1% mientras que en mujeres del 1.4%, siendo Quevedo (3.4%) Durán (3.2%) y Esmeraldas (3.2%) las ciudades con mayores niveles de consumo en el territorio nacional. En el caso de la pasta base de cocaína existe una prevalencia similar, presentándose con mayor frecuencia en hombres con un

consumo del 2.7% y en mujeres de un 1.1%, existiendo un uso más elevado en las ciudades de Milagro (3%), Guaranda (2.9%) y Guayaquil (1.9%).

Seguidamente, según la Secretaria Técnica de Prevención Integral de Drogas, en el territorio nacional en el periodo de enero a julio del año 2017 se registraron un total de 15.914 primeras atenciones ambulatorias vinculadas con la prevención y el consumo de drogas, de las cuales 12 530 atenciones (78.74%) fueron realizadas en hombres y 3.384 (21.26%) en mujeres, las edades en las que se encontraron la mayor concentración de las mismas fue de 18 a 25 años; además, de las atenciones ambulatorias realizadas en dicho periodo, por uso de heroína fueron 4 454 (27.97%), por uso de múltiple de drogas 2.662 (16.72%) y por consumo de alcohol 2 292 (14.40%).

Según la Secretaria Técnica de Prevención Integral de Drogas (2017), en su Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021, se expone que el fenómeno de las drogas presenta un comportamiento diferenciado de acuerdo al territorio, grupo étnico y al género al que pertenece el consumidor; considerando como factores de riesgo la pobreza, un ambiente familiar violento, el fácil acceso a las drogas y la presión social de los pares. El estado ecuatoriano mediante sus políticas públicas, garantiza la inclusión integral de las personas con problemática de abuso de sustancias químicas, para lo que instaura planes de acompañamiento y seguimiento en inserción social, educativa y laboral de las mismas.

El desarrollo de planes y políticas públicas encaminadas a la reducción de los diferentes factores de riesgo, como la pobreza y el desempleo, son fundamentales para reducir los niveles de consumo de drogas a nivel nacional; en provincias donde estos factores de riesgo están más presentes, como es el caso de las provincias de Morona Santiago, Esmeraldas, Pichincha y Sucumbíos, donde se observa un mayor porcentaje de consumo de alcohol, tabaco y marihuana (Naranjo et al., 2017).

En definitiva, el fenómeno del consumo de drogas representa una problemática de gran importancia a nivel mundial, que genera daños tanto a nivel social e individual; como se manifestó anteriormente en los últimos años se ha incrementado de manera significativa, en Ecuador la información presentada enciende una alerta, debido al aumento del consumo por el fácil acceso a edades tempranas de sustancias psicoactivas, razón por la cual es importante su estudio.

### **1.2.3. Comorbilidad: consumo de sustancias y otros trastornos mentales**

El término comorbilidad se entiende como la coexistencia de dos trastornos en un individuo en un mismo periodo de tiempo o ser uno subsiguiente al otro; por lo que estos dos trastornos o enfermedades interactúan entre sí, empeorando su evolución (National Institute on Drug Abuse, 2011).

Del mismo modo, la expresión patología dual (PD) se refiere a la existencia de manera simultánea de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias, en estos casos, los trastornos mentales suelen presentarse antes que el trastorno por consumo de drogas; los pacientes con PD presentan una mayor resistencia al tratamiento, suelen presentar un mayor número de recaídas, mayor probabilidad de policonsumo y una peor calidad de vida; (Larrañaga, 2006; Tristante, Miñarro-lópez, Montoya-Castilla, y Pérez-Marín, 2017).

El trastorno mental más relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas es el trastorno bipolar (TB) de tipo I, superado únicamente por el trastorno antisocial, esto puede explicarse debido a un alto índice de automedicación o a una mayor vulnerabilidad al consumo de drogas, además, los individuos que padecen este trastorno consumen mayormente cuando se encuentran en fase maniaca debido a la presencia de conductas impulsivas y desinhibidas; estos pacientes son más propensos al suicidio, presentan síntomas crónicos y trastornos afectivos mixtos (Ruiz, Coca, y Martínez, 2016; Arias et al., 2017).

Según Larrañaga (2006), los trastornos más frecuentes en comorbilidad con el consumo de drogas son los trastornos de personalidad encontrándose en un 50% de la población consumidora presentan deficiencias en el control de impulsos, y entre un 15% y 20% exhiben rasgos de personalidad esquizotípica; además otro trastorno que aumenta significativamente el riesgo de las personas a desarrollar una adicción es la depresión, debido a que los sujetos presentan limitadas estrategias de afrontamiento, poseen una autoestima baja y distorsiones cognitivas.

Por otra parte, el mismo autor menciona que un 47% de las personas con esquizofrenia poseen un trastorno por consumo de sustancias, presentándose mayores complicaciones en el tratamiento, encontrándose expuestos a interacciones de los antipsicóticos y la droga a la que presentan adicción, además de ser más propensos a convertirse en habitantes de calle y poseer un mayor riesgo de suicidios (Becoña & Míguez, 2004; Larrañaga, 2006).

Tristante et al. (2017), en un estudio a 63 participantes que acudieron para solicitar una primera visita en la Unidad de Cuidados Adictivos en Valencia-España, observó que las drogas que mayormente se vinculan a psicopatologías son la cocaína, seguida por el alcohol, los opiáceos y la marihuana. Los trastornos más frecuentes fueron: trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

El mismo autor expresa que existen psicopatologías asociadas según el tipo de droga: la cocaína se relaciona con el TDAH, las agorafobias y las manías; cannabis, estrés postraumático y la ansiedad generalizada; y los opiáceos con los trastornos psicóticos y las crisis de pánico. También señala que alrededor del 80% de los participantes presentaron síntomas de tipo depresivo; 55.6% TEPT; 41.3% psicopatología psicótica y 37.4% psicopatología ansiosa; concluyendo que existe prevalencia en la existencia de patología dual en sujetos con una problemática de adicción a sustancias químicas.

Como resultado, la conducta adictiva en su mayor porcentaje se encuentra directamente vinculada a la existencia concomitante con otro problema de salud mental, siendo así los trastornos del estado de ánimo y de personalidad los principales. Es importante mencionar que dichos trastornos pueden ser o no anteriores a la aparición de la conducta de consumo y ser un factor predisponente a la misma.

### **1.3. Personalidad y consumo problemático de sustancias psicoactivas.**

En los siguientes apartados se abordará la temática sobre la personalidad normal y patológica, la teoría de la personalidad de los cinco grandes y estudios sobre personalidad y adicciones.

#### **1.3.1. Personalidad normal y patológica.**

La personalidad es considerada un constructo abstracto que hace referencia a las cualidades innatas de un individuo; se constituye por factores biopsicosociales que permiten a la persona autorregular su conducta; es considerada un proceso inconsciente y poco variable, que se pone de manifiesto en todas las esferas del funcionamiento del sujeto (Sánchez, 2013; Conti y Stagnaro, 2004).

Leal et al. en el año 1997 dividieron la personalidad en tres aspectos: 1) atributos personales que se refieren a la organización de la persona de acuerdo a sus diferentes etapas de

desarrollo; 2) fenómenos evolutivos de adaptación y supervivencia al entorno en relación a las características innatas de cada individuo; 3) las características individuales de la personalidad (Montaño, Palacios, y Gantiva, 2009).

A su vez, en el año de 1994 Claude Robert Cloninger propuso un mecanismo que explica la personalidad desde un origen biológico y ambiental del comportamiento; plantea dos grandes dimensiones de la personalidad “temperamento” y “carácter” que a su vez están constituidas por varias subdimensiones (García-Méndez, 2005).

El temperamento, es regulado por el sistema límbico y se define como la raíz genética de la personalidad, es poco variable desde la niñez hasta la edad adulta, sin verse afectado por el aprendizaje o el medio cultural en el que se encuentre el sujeto. Está constituido por cuatro subdimensiones: 1) Evitación al Daño relacionada con la inhibición del comportamiento; 2) Búsqueda de Novedad que participa en la activación comportamental; 3) Dependencia al refuerzo que participa en la búsqueda de evitar un malestar por la separación social y la dependencia a la aprobación de terceros y; 4) Persistencia que mantiene la conducta en ausencia de riesgos ambientales; éstas subdimensiones se relacionan con las respuestas automáticas a los estímulos emocionales y determinados hábitos (Heath, Cloninger, y Martin, 1994; Minaya, Fresán, y Lozaga, 2009).

Otra dimensión de la personalidad es el carácter, regulado principalmente por el hipocampo y el neocórtex, es en menor medida afectado por la herencia y se explica a través del aprendizaje e influencia del contexto social y la educación del sujeto, son las actitudes del individuo realizadas de forma consciente y se relaciona con el autoconcepto. Está constituido por tres subdimensiones: 1) Auto-trascendencia que es la identidad del individuo y sus preferencias, se relaciona con la creatividad y la inspiración artística; 2) Auto-directividad representa el compromiso del sujeto a la iniciación y consecución de metas y; 3) Cooperatividad, corresponde a la empatía, la compasión y los principios morales (García-Méndez, 2005; Orengo Caus et al., 2007).

Cabe señalar que, los términos “normalidad” y “anormalidad” en psicología han generado una gran polémica, debido a que es difícil establecer un parámetro universal con que medir estos conceptos, puesto que depende mucho del contexto social en que se presente una conducta, además de parámetros médicos, legales, culturales, políticos y morales, por lo que su definición es muy amplia y difusa (Bergeret, 2005; Sánchez, 2013).

Para definir normalidad hay que considerar que existen un sin número de criterios y propuestas a tener en cuenta; se podría considerar “normal” todo aquello que es aceptado, que es natural y común, aquellas conductas que se encuentran dentro de los patrones aceptados, además de percibirse como un funcionamiento armónico de autorregulación del comportamiento y la capacidad del sujeto de enfrentar distintos episodios de su vida de manera estable, aprendiendo de las experiencias, siendo capaz de desarrollar sentimientos sociales y adaptarse de manera adecuada a los cambios (Bergeret, 2005; Montaña et al., 2009; Sánchez, 2013).

Por otro lado, al tratar la personalidad desde un punto de vista patológico nos referimos a la desviación de la conducta con respecto a lo que se considera normal, en la que el sujeto presenta una serie de signos y síntomas que producen un conjunto de actitudes y conductas desadaptadas, presentando un desajuste social que origina malestar significativo en el individuo y su entorno, pudiendo adquirir diferentes niveles de gravedad (R. Sánchez, 2003; Conti y Stagnaro, 2004; Bergeret, 2005).

De ahí que se considere que la principal diferencia entre un sujeto normal y uno con características patológicas en su personalidad, se encuentra en la flexibilidad de adaptarse frente a los cambios de su entorno; las personas con trastornos en su personalidad presentan una menor estabilidad en situaciones de estrés, además de conductas más rígidas y desadaptativas (R. Sánchez, 2003).

En consecuencia, la personalidad es un constructor de relevancia, ya que nos permite entender y predecir el comportamiento de un sujeto; el reto se encuentra en establecer una diferenciación asertiva entre lo que podemos definir como “normalidad” y “anormalidad o patología”, pues su conceptualización dependerá de diversos factores socioculturales, médicos y legales, que pueden variar de una comunidad a otra.

### **1.3.2. Teoría de la Personalidad de los Cinco Grandes**

La personalidad al ser un constructo estable, es considerada de una importancia relevante para esta investigación, pues ciertos rasgos de personalidad estarían relacionados a ciertos patrones de consumo de sustancias psicoactivas (González, 2015).

Uno de los primeros académicos en estudiar la personalidad fue Gordon Allport, proporcionando el primer esbozo del concepto de personalidad conformada por rasgos. Para él la personalidad “ es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan

sus ajustes únicos al ambiente” (Cloninger, 2003, p. 202); se desarrolla a partir de las características biológicas y sociales que explican, modulan y mantiene el comportamiento en función al crecimiento del individuo y a su interacción con el ambiente.

Los rasgos son definidos como los descriptores utilizados para identificar la personalidad, son empleados para detallar las diferencias individuales, siendo conceptualizados como los elementos fundamentales de la personalidad; los rasgos son características internas consistentes y estables que permiten determinar un patrón de comportamiento en los sujetos (Martín, 2014).

Antuña Bellerín, Cano García, y García Martínez, (2009) clasifican a los rasgos como:

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

A su vez, Cattell, explica que la personalidad es lo que permite realizar predicciones de lo que hará una persona en una situación dada. Este autor definió un rasgo como la unidad de la personalidad que presenta un valor predictivo y los consideraba conceptos abstractos y útiles, con características predictivas que no se correspondían de manera necesaria a una realidad física; habló de a) rasgos constitucionales que poseen su origen en causas biológicas, principalmente genéticas, denominándose, y b) rasgos modelados por el ambiente que son el resultado del aprendizaje y la experiencia social (Cloninger, 2003; Polaino-Lorente, Truffino, y del Pozo Armentia, 2003; Librán, 2015).

En este sentido, Cattell agrupó los rasgos de personalidad de la siguiente manera: 1) comunes, propios de cada sujeto; 2) superficiales, fáciles de observar e identificables únicamente mediante sistemática; 3) constitucionales con origen biológico, dependientes de la herencia y moldeados por el ambiente; 4) dinámicos, dirigen a la persona a consecución de metas (Montaño et al., 2009).

Cabe señalar que el análisis factorial de la personalidad que fue el principal enfoque de Cattell, ha sido el origen para posteriores investigadores y su visión de la personalidad basada en rasgos que abarquen la totalidad de personalidad fue la plataforma de un nuevo modelo denominado los Cinco Grandes (Cloninger, 2003).

El modelo de personalidad de los Cinco Grandes, se origina del análisis factorial de las palabras que las personas utilizan de manera cotidiana para describir su personalidad; consta de cinco rasgos básicos: extraversión, afabilidad, neuroticismo, responsabilidad y apertura; estos permiten predecir la conducta y las posibles psicopatologías presentes en un individuo (Cloninger, 2003; E. J. Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez De León, y Llanero, 2015; Murillo, 2017).

Tabla 9: Dimensiones de la teoría de los Cinco Grandes.

<b>Dimensiones de la teoría de los Cinco Grandes</b>	
<b>Extraversión</b> (energía, surgencia, dominio-sumisión)	Permite predecir la conducta y el desarrollo social, es el grado en que una persona se presenta sociable, amigable, asertivo, dinámico y locuaz. Las personas que obtienen puntuaciones altas en esta dimensión tienden a ser más sociables y a hacer amigos con mayor facilidad de aquellos que obtienen puntuaciones bajas.
<b>Amabilidad</b> (agradabilidad, afabilidad)	Corresponde a una personalidad amistosa, se describe a la persona como cordial, altruista, generosa y empática, son individuos complacientes que evitan la hostilidad y por lo general se llevan bien con los demás.
<b>Neuroticismo</b> (estabilidad emocional, inquietud)	Es uno de los constructos claves de esta teoría, describe una personalidad ansiosa, vulnerable, irritable, emotiva e impulsiva; son personas que se dejan llevar por sus emociones negativas,
<b>Responsabilidad</b> (tesón, rectitud)	Describe el orden y la disciplina de las personas, son sujetos con capacidad de autorregulación o autocontrol, son personas muy reflexivas, ordenadas, diligentes y perseverantes.
<b>Apertura</b> (apertura a la experiencia, apertura mental)	Esta dimensión es la más difícil de describir, debido a que no corresponde con el lenguaje cotidiano de forma tan clara como las otras dimensiones, las individuos que obtienen puntuaciones altas en esta dimensión se describen como cultas, informadas, interesadas por las cosas y experiencias nuevas que disfrutan del contacto con otras culturas y costumbres distintas.

Fuente: Caprara, Barbaranelli, Borgogni, & Bermúdez, (1993); Cloninger, (2003); Aguado, Lucia, Ponte, & Arranz, (2008).

Elaborado por: Autora

Para García-Méndez (2005) éste modelo permite no solo especificar la organización de la personalidad, sino también concretar la naturaleza de los rasgos, así como su utilidad en las diferentes áreas de la psicología aplicada e investigativa. Se considera que los factores de éste modelo aparecen en casi cualquier método de evaluación de la personalidad.

Con referencia a lo anterior, existen varios instrumentos que permiten medir la personalidad con base en la teoría de rasgos de la personalidad como: Test de personalidad de los 16 facores (16PF), desarrollado por Cattell; Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), elaborado por Starke R. Hathaway y J. C. McKinley; y Eyseck Personality Inventory, (EPI) (Montaño et al., 2009).

Uno de los instrumentos más utilizado para medir personalidad es el cuestionario Big Five (BFQ), este instrumento fue propuesto por Caprara, Barbaranelli y Borgogni en 1993, la selección de los ítems para este cuestionario estuvo basado en la comparación con otros ítems de otros cuestionarios que miden la personalidad en el modelo de los Cinco grandes como el NEO-PI de Costa y McCrae (1985). Por otra parte, existe una versión abreviada de este instrumento denominado Inventario Big Five (John, Donahue y Kentle, 1991) el cuál mide la personalidad a partir del modelo de los Cinco Grandes evaluando sus 5 dimensiones, este cuestionario se utiliza cuando no es necesaria una medición diferenciada de cada faceta individual (Murillo, 2017).

Por consiguiente, la personalidad vista desde el modelo de los cinco factores, nos permite entender la organización de la misma tomando en cuenta las diferencias individuales, por medio de las palabras cotidianas que utilizan las personas para describir la personalidad. Entender la personalidad de los sujetos es de gran utilidad para poder predecir futuros comportamientos que pueden estar relacionadas o no con la aparición de conductas de riesgo.

### **1.3.3. Estudios de personalidad y adicciones**

En lo que respecta a estudios anteriormente realizados, que buscan relacionar los rasgos de personalidad y sus dimensiones con el consumo problemático de sustancias psicotrópicas, se mencionan los siguientes:

Un estudio realizado por Pedrero Pérez (2007), en el que se utilizó una muestra de 432 sujetos que solicitan tratamiento por consumo problemático de sustancias en un centro público ambulatorio, del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (CAD-4 San Blas). Se aplicó el

BFQ para evaluar las cinco dimensiones de personalidad, y la estructura de dichos rasgos subyace a un trastorno de personalidad que se encuentran relacionados con el consumo de drogas, obteniendo los siguientes resultados:

Los datos obtenidos en este estudio muestran una diferencia significativa entre la población adicta y la población normativa; en la dimensión de energía se obtuvieron puntuaciones más altas ( $m = 51,0$ ;  $t = 2,1$ ;  $g.l. = 431$ ;  $p < 0,05$ ) por lo que se puede representar una relación con un contacto temprano y una mayor susceptibilidad a sustancias. De igual manera, las puntuaciones obtenidas en estabilidad emocional se encuentran debajo a la población general ( $m = 43,9$ ;  $t = -13,2$ ;  $g.l. = 431$ ;  $p < 0,001$ ), en este caso la persistencia del consumo y la dependencia, parecen estar ligadas a una patología concomitante.

Además, la población de adictos presenta puntuaciones bajas en tesón ( $m = 46,4$ ;  $t = -7,2$ ;  $g.l. = 431$ ;  $p < 0,001$ ), lo que puede estar relacionado con la dificultad para abandonar hábitos y hacer frente a cambios de conducta dirigidos a culminar la adicción.

Un estudio realizado por Fairbairn et al., (2015), fue llevado a cabo únicamente con la dimensión de extraversión realizado con el inventario NEO-FFI, ya que el rasgo de personalidad se ha relacionado con patrones de consumo problemático y los efectos gratificantes en un contexto social. Se realizó con 720 bebedores sociales sanos, de los cuales 360 eran mujeres, en un rango de 21 a 28 años, los participantes obtuvieron una puntuación de extraversión media de 32,11 ( $DE = 6,52$ ), que corresponde a las puntuaciones promedio por los participantes en muestras de estandarización ( $M = 30,58$ ,  $DE = 6,67$ ). Los resultados obtenidos revelaron que los participantes que presentaron un mayor nivel de extraversión, fueron más sensibles a los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y los vínculos sociales que aquellos participantes que obtuvieron un nivel más bajo de este rasgo.

Otro estudio realizado por Barbosa et al., (2016), para obtener una evaluación psicológica y neuropsicológica en usuarios de ayahuasca en los Estados Unidos, donde se evaluó los rasgos de personalidad, la impulsividad, el uso de drogas, la calidad de vida, la religiosidad extrínseca e intrínseca, y la función neuropsicológica en una muestra de 30 participantes voluntarios consumidores miembros de "De la União do Vegetal" (UDV) y en 27 participantes de control que no consumieron ayahuasca, utilizando la versión corta del BFI que consta de 44 ítems se obtuvo puntuaciones significativamente más altas que los miembros del grupo de control, en los

factores de personalidad evaluados por el Inventario Big Five (BFI) en amabilidad ( $U = 268$ ,  $p = 0.028$ ,  $r = .29$ ) y apertura a la experiencia ( $U = 275$ ,  $p = 0.037$ ,  $r = .28$ ).

Los datos obtenidos por el grupo UDV en este estudio, presentaron puntuaciones más altas en las dimensiones de amabilidad ( $p=0.028$ ,  $r=.29$ ) y apertura ( $p =0.037$ ,  $r=.28$ ), el estudio realizado por Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F y Watson, D (2010), sugiere una relación entre los rasgos de personalidad y los trastornos de ansiedad, depresión y uso de sustancias, proponen que las puntuaciones más altas en estas dos dimensiones presentan una correlación negativa con el consumo de alcohol y otras sustancias, la ansiedad, depresión y los trastornos de personalidad antisocial (Barbosa et al., 2016).

Según la evidencia presentada en los estudios previos realizados en esta temática, se puede concluir que existe una relación importante entre el consumo de sustancias psicoactivas y el dominio de determinados rasgos de personalidad presentes en sujetos con problemas de adicción; razón por la cual se considera importante el estudio de esta variable.

#### **1.4. Sintomatología Prefrontal.**

En el siguiente apartado se tratará los temas de estructura del lóbulo frontal, introducción al concepto de sintomatología prefrontal, funciones ejecutivas, síndrome prefrontal y finalmente estudios relacionados al consumo de drogas.

##### **1.4.1. Estructuras del lóbulo frontal: Introducción al concepto de sintomatología prefrontal**

El cerebro humano posee en su superficie una estructura denominada “corteza cerebral”, que comprende el 80% de su volumen total y constituye el sustrato biológico de los procesos mentales. Está conformado por dos hemisferios simétricos (izquierdo y derecho), cada uno dividido en cuatro lóbulos: frontal, parietal, temporal y occipital; posee tres áreas funcionales: receptora, motora y asociativa; esta última ocupa una gran extensión del cerebro y comprende la corteza prefrontal y parietotemporooccipital donde se producen los procesos de integración cognitiva dando origen a las funciones mentales superiores; y la corteza asociativa límbica relacionada con el control emocional, la motivación y la memoria (Garía-Porrero y Hurlé, 2014).

El lóbulo frontal se considera la estructura más nueva y compleja del sistema nervioso central; se encuentra ubicado en la cara anterior del cerebro, comprendiendo todos los tejidos delante

del surco central; sus límites anatómicos corresponden a la circunvolución central que lo separa del lóbulo parietal, la cisura de Silvio que lo separa del lóbulo temporal, y el cuerpo calloso que separa los lóbulos frontales entre sí y de las estructuras subcorticales; constituye el 20% de la neocorteza; su desarrollo está determinado por el número de relaciones sociales que posea el individuo en su edad temprana, por lo que interviene en el mantenimiento y control de la conducta; se halla constituido por varias regiones agrupadas en tres categorías: motora, premotora y prefrontal (Kold y Whishaw, 2006; Peña-Casanova, 2007), siendo esta última de interés en el presente estudio.

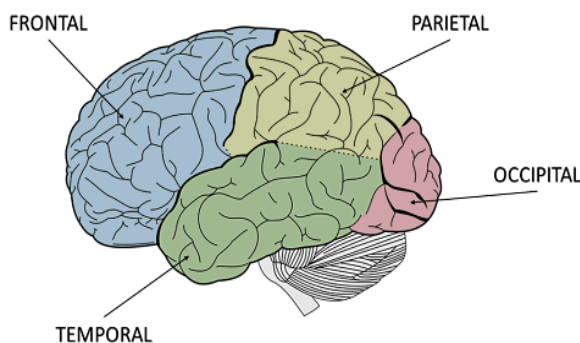


Figura 1: Lóbulos cerebrales

Fuente: Redolar (2014)

Elaborado por: Redolar

La corteza prefrontal se encuentra localizada delante de las áreas motoras y el área de Broca, constituyendo el 30% del total de la corteza cerebral en los seres humanos, es considerada el área integrativa de la información procedente de otras regiones cerebrales y el principal centro de procesamiento de las funciones superiores (Peña-Casanova, 2007). De forma funcional, la corteza prefrontal está compuesta por tres zonas: corteza orbitomedial (ventromedial), corteza prefrontal medial y la corteza dorsolateral.

Tabla 10: Zonas de la corteza prefrontal

Zonas	Funciones
<b>Corteza orbitomedial</b>	Se encuentra asociado al sistema límbico e implicado en las emociones, motivación, toda conducta vinculada con la obtención de placer o castigo y con la adaptación a la vida social. La región ventromedial del área orbitofrontal se relaciona con la detección

Zonas	Funciones
	de condiciones de riesgo, mientras que la región lateral se interviene en el procesamiento de los matices negativo-positivo de las emociones.
<b>Corteza prefrontal medial</b>	Corresponde con los procesos de inhibición de respuestas, la regulación de la atención, de la conducta y de estados motivacionales, incluyendo la agresión. El cíngulo anterior funciona de manera integral con esta región participando en la detección de errores y solución de conflictos.
<b>Corteza dorsolateral</b>	Se asocia con la planificación de la conducta, y la elaboración de estrategias frente a acciones futuras, por lo que relaciona el juicio y el razonamiento; interviene de manera esencial en la memoria de trabajo, permitiendo relacionar datos y establecer una secuencia temporal en el pensamiento

Fuente: Lozano y Ostrosky, 2011; Garía-Porrero y Hurlé, 2014.  
Elaborado: Autora.

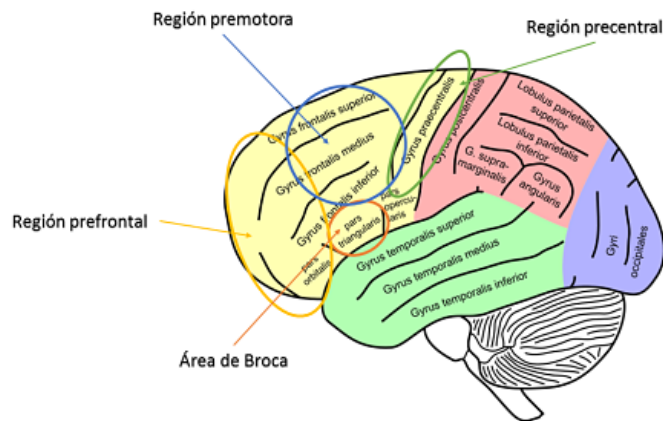


Figura 2: Región Prefrontal

Fuente: Redolar (2014)  
Elaborado por: Redolar

Garía-Porrero y Hurlé (2014), expone que la corteza prefrontal establece conexiones con diferentes áreas cerebrales de importancia en la conducta entre las que se encuentran: las áreas de procesamiento superior de los lóbulos parietales, el sistema límbico interviniendo en el estado de ánimo, y los núcleos basales formando parte de los circuitos asociativos que intervienen en la regulación de las funciones ejecutivas, motivación y emoción.

Como se ha dicho, la corteza prefrontal tiene participación en el potencial de adaptación del ser humano, interviniendo en la identificación de objetivos, planificación y en la iniciación de la

acción; se encuentra conectada a las áreas corticales, subcorticales y límbicas por lo que reciben gran cantidad de información sobre estímulos externos e internos, permitiendo dar respuesta a estos. Razón por la cual, su maduración se ve retrasada hasta finales de la adolescencia, siendo la última área asociativa en alcanzar su tamaño y mielinización definitiva (Peña-Casanova, 2007).

Para Calle, Cuéllar, Chede, Quintero, y Villamizar (2017), la función principal de la corteza prefrontal, es el procesamiento y regulación de la emoción y la conducta, mientras que la corteza medial prefrontal se asocia con los procesos de inhibición de la conducta y con la identificación y solución de conflictos; por lo que una lesión en dichas estructuras produciría una serie de alteraciones comportamentales que afectan a la reacción del sujeto frente a cambios repentinos en su ambiente y en situaciones en las que se desarrolla.

Con relación a las adicciones, la pérdida de control en la conducta de consumo se vincula a una disminución significativa de las funciones de la corteza prefrontal, razón por la que, en el cerebro de la persona adicta se producen varios cambios asociados con la ingesta de drogas, existiendo alteraciones neuropsicológicas comunes a toda adicción, que implican la presencia de: problemas de memoria, alteraciones del funcionamiento ejecutivo y carencias en el procesamiento de emociones y varían dependiendo del tipo de droga, la edad de inicio y el tiempo de consumo (Ruiz-Sánchez de León y Pedrero-Pérez, 2014).

Por consiguiente, el estudio del lóbulo frontal y sus sintomatologías asociadas al consumo de sustancias, nos permitiría determinar la relación existente entre las estructuras cerebrales que se encuentran relacionadas con la conducta y su mantenimiento, mismas que son de interés en la presente investigación.

#### **1.4.2. Funciones ejecutivas**

Las funciones ejecutivas involucran un gran número de procesos que permiten al ser humano sintetizar los estímulos que provienen del medio externo, asociar ideas y acciones dirigidos a la resolución de problemas, formular metas y estrategias, desarrollar y ejecutar de acciones planificadas, dando como resultado una conducta eficaz, dirigida a metas y socialmente aceptada (Lozano y Ostrosky, 2011; Tirapu-Ustároz, Cordero-Andrés, Luna-Lario, y Hernández-Goñi, 2017).

Para Tirapu-Ustárróz et al. (2017), “Las funciones ejecutivas se consideran un conjunto de habilidades implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos...que precisan una solución creativa” (p.75), dichas funciones permiten enfrentar los retos del diario vivir y adaptarse a los cambios ambientales y situaciones no previstas de manera aceptable.

Por otra parte, las funciones ejecutivas han sido asociadas en cinco grupos conformados por: memoria de trabajo, capacidad de inhibición, fluidez verbal, flexibilidad cognitiva y toma de decisiones; influyendo en procesos cognitivos como la organización, anticipación, autorregulación y conductas que participan en la resolución de problemas (Álvarez et al., 2015).

Desde un punto de vista estructural, las funciones ejecutivas tienen su origen en la corteza prefrontal, debido a que ésta zona recibe y orquesta la información proveniente de una gran cantidad de sistemas cerebrales (sistemas sensoriales y motores) (Lozano y Ostrosky, 2011).

Tabla 11: Corteza prefrontal y funciones ejecutivas

<b>Corteza prefrontal y funciones ejecutivas</b>	
<b>Corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL)</b>	Se relaciona con los procesos de planeación, memoria de trabajo, solución de problemas, flexibilidad, inhibición y organización temporal La porción anterior de la CPF DL, exclusiva del ser humano, está relacionada con los procesos de mayor jerarquía cognitiva, como la metacognición, la cognición social, la conciencia del yo y el autoconocimiento
<b>Corteza prefrontal medial</b>	Está relacionada con aspectos afectivos y motivacionales de las funciones ejecutivas. En lesión focal se ve afectada la adaptación y el aprendizaje de cambios que conciernen relaciones estímulo-respuesta; dichos procesos resultan ser relevantes en los diferentes contextos sociales cotidianos; además, está relacionada a la toma de decisiones con contenido motivacional. Su región orbitomedial se relaciona con la detección de condiciones de riesgo y su región lateral con los procesamientos de matices negativos-positivos de las emociones.
<b>Corteza orbitofrontal (ventromedial)</b>	Está íntimamente relacionada con los procesos de inhibición de respuestas, la regulación de la atención, de la conducta y de estados motivacionales, incluyendo la agresión; el cíngulo anterior funciona de manera integral con esta región participando en la detección de errores y solución de conflictos

Fuente: Lozano y Ostrosky, (2011).  
Elaborado: Autora.

A su vez, las funciones ejecutivas poseen una relación estrecha con el manteniendo del consumo de drogas; para Villalba y Verdejo-García (2012), las personas con dependencia a sustancias químicas presentan alteraciones en la corteza prefrontal ventromedial, mostrando variaciones en la ejecución de acciones orientadas a recompensas; por lo que el sostén del consumo se vería explicado por un incorrecto funcionamiento e integración de los estados emocionales implicados en la experiencia de los impulsos y en el direccionamiento hacia la toma de decisiones.

Para el mismo autor, la adicción se puede producir por la presencia de alteraciones en: “a) la generación de señales necesarias para anticipar las consecuencias de distintas opciones de decisión; b) la lectura de éstas por los sistemas interoceptivos; y c) la influencia que generan estas señales en los sistemas de selección de respuesta” (Villalba y Verdejo-García, 2012, p. 11).

En un estudio realizado por Álvarez et al. (2015) en 25 pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia a cocaína para evaluar el estado de sus funciones ejecutivas (FFEE), se observó que los consumidores presentaban un déficit notable en sus FFEE principalmente en sus componentes atencionales, en la fluidez verbal, abstracción, resolución de problemas y flexibilidad psicológica; se establece que los sujetos policonsumidores presentan mayores dificultades para afrontar situaciones cambiantes por intervención de factores externos y no presentan habilidades para identificar estrategias comportamentales para adaptarse a su entorno.

Por consiguiente, las funciones ejecutivas al permitirnos sintetizar estímulos dando una respuesta conductual a los mismos, poseen una relación estrecha con el mantenimiento de las conductas adictivas; las alteraciones existentes en la estructura de la corteza prefrontal dependerán de la sustancia consumida, el tiempo de consumo y la frecuencia de mismo.

#### **1.4.3. Síndrome prefrontal y consumo de sustancias.**

Para entender de mejor manera el síndrome prefrontal, es necesario conocer el mecanismo de acción de las drogas en las distintas estructuras cerebrales. Orio, Gómez, y Ruiz-Sánchez De León (2014), presentan una visión clara del mecanismo de acción de las sustancias psicoactivas en el mismo.

Dichos autores manifiestan que, toda droga posee una acción directa sobre el sistema nervioso central, provocando cambios en determinados circuitos neuronales como el circuito de refuerzo; la pérdida de la homeostasis cerebral, específicamente el dominio de la corteza prefrontal sobre la conducta y el control de impulsos, serían las piezas claves en el manteniendo de la adicción; además su abuso produce modificaciones neuroanatómicas y funcionales persistentes en regiones cerebrales encargadas del aprendizaje, la motivación; y la toma de decisiones.

Ruiz y Pedrero (2014), establecen un enfoque neurobiológico para entender como el uso de drogas pasa al abuso y posteriormente se convierte en adicción; comenzando por neuroadaptaciones que se mantienen a largo plazo, por lo que se entiende al consumo como una conducta reforzada debido a que estimulan ciertas áreas cerebrales que intervienen en que el sujeto se mantenga en contacto con el estímulo por considerarlo placentero.

Las drogas de abuso activan el circuito de recompensa sensible a la dopamina; las principales neuronas sensibles a este neurotransmisor se encuentran en el área tegmental ventral, enviando proyecciones hacia la corteza prefrontal medial. El abuso recurrente de estas sustancias produce modificaciones en las redes neuronales antes mencionadas de manera progresiva, de modo que las estructuras cerebrales se adaptan produciendo la aparición de ciertos ajustes que son los responsables del mantenimiento de la adicción ,(Ruiz-Sánchez de León y Pedrero-Pérez, 2014).

En la conducta adictiva se produce una sensibilización neurobiológica basada en el aprendizaje por incentivos, lo que produce un sesgo atencional en el adicto que hace que todo estímulo relacionado con el consumo sea atendido, dejando de lado los estímulos que sean principales para el cumplimiento de tareas que le lleven a la consecución de metas, como resultado de una deficiente capacidad para la evaluación de situaciones de la vida cotidiana debido a disponer de pobres recursos atencionales y una menor capacidad de control ejecutivo (Ruiz Sánchez de León y Pedrero-Pérez, 2014).

Con respecto a la menor capacidad de control ejecutivo presente en los adictos, Bausela y Santos (2006), define a la “disfunción ejecutiva” como “la incapacidad de seguir una secuencia desconocida de actos dirigidos a un fin determinado, evidenciando, por otra parte, la imposibilidad de poner en juego las diferentes variables que intervienen y decidiendo con relación a lo juzgado” (p. 7); presentando como síntomas las siguientes dificultades: el mantenimiento de la atención, reconocer prioridades, establecimiento de metas, dificultad para

analizar las estrategias necesarias para la consecución de metas, y dificultades para la ejecución de un plan.

Para Ruiz Sánchez de León y Pedrero-Pérez, (2014), se distinguen tres áreas en la corteza prefrontal (CPF) relacionadas con los síntomas presentes en los sujetos adictos siendo estas: la corteza prefrontal dorsolateral, ventromedial y orbital; la cognición, la emoción y la conducta aparecen alteradas en los procesos adictivos, se encuentra relacionadas con estas tres áreas funcionales de la CPF.

Los ajustes neuroadaptativos antes mencionados pueden provocar un daño en la CPF dorsolateral originando la pérdida del habla fluida y problemas para solucionar conflictos; ésta área al ser catalogada como el centro de la inteligencia, los sujetos presentan alteraciones en la memoria operativa, la que permite manipular la información sensorial, por lo que se dificulta el razonamiento, el entendimiento del habla y la eficacia de la conducta diaria, además de interviene en la planificación y coordinación de acciones a futuro originando el síndrome disejecutivo. (Peña-Casanova, 2007; Mendoza, López, y Cuello, 2019).

De esta manera, las lesiones por consumo de drogas en la corteza orbitofrontal, pueden representar alteraciones en la adecuación de la intensidad y tiempo del comportamiento en respuesta a estímulos externos, por lo que la respuesta conductual no es consecuencia de la razón; la corteza orbitofrontal es de importancia en la conducta social por lo que una lesión puede producir alteraciones conductuales y en el manejo de emociones (síndrome apático) (Peña-Casanova, 2007).

Los adictos con una lesión orbitofrontal, presentan conductas desadaptativas, infantiles y maníacas; son personas con altos niveles de energía, y poseen deficiencias en la inhibición de impulsos, no prestan atención a conductas sociales y pueden participar en conductas de riesgo (robos, asaltos, hipersexualidad, consumo recurrente de varias drogas). En relación a la conducta social, presentan poca preocupación frente a normas éticas, sin prestar atención a los efectos que su conducta pueda tener en otros sujetos, siendo propensos a desarrollar características sociopáticas (Delgado-Mejía y Etchepareborda, 2013).

Así, para Mendoza et al. (2019) la Sintomatología Prefrontal “comprende los síndromes clásicos de esta zona del cerebro, asociados con múltiples trastornos ya sean afectivos, de personalidad, motivación, de carácter, atención, control de movimiento, memoria, razonamiento,

solución de problemas, percepción y lenguaje” (p.196), síntomas que pueden estar presentes entre un 30 y 80% en los adictos dependiendo del método de evaluación neuropsicológica utilizada y las funciones valoradas (Ruiz Sánchez de León y Pedrero-Pérez, 2014).

Para concluir, los sujetos adictos presentan adaptaciones neurobiológicas originadas por las alteraciones de las conexiones neuronales presentes en la corteza prefrontal, misma que al ser la encargada de las funciones ejecutivas y estar relacionada con la personalidad, producen cambios en la cognición, emoción y conducta de los sujetos, mismas que se ven evidenciados en las dificultades de planeación y razonamiento; manejo de emociones, dificultad en la inhibición de impulsos y en la presencia de conducta de riesgo.

#### **1.4.4. Estudios relacionados al consumo de drogas**

En lo que respecta a investigaciones realizadas previamente en las que se busca relacionar la sintomatología prefrontal con el consumo problemático de sustancias psicotrópicas, se mencionan las siguientes:

Ruiz-Sánchez De León et al. (2012), realizó un estudio para elaborar un instrumento específico para la evaluación de sintomatología prefrontal (SP) en sujetos con adicciones; la muestra estuvo conformada por 1.624 participantes, de los cuales 445 eran adictos y 1.179 eran población no clínica. Para este estudio se utilizó el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP) para obtener la puntuación de (SP). En los varones participantes se obtuvieron medias más altas en todas las dimensiones del ISP en comparación a la muestra no clínica: *Problemas motivacionales* (M= 12,17; DT= 7,80) (M= 7,42; DT= 6,00); *Problemas de control ejecutivo* (M= 16,15; DT= 8,54) (M= 10,05; DT= 6,76) *Problemas atencionales* (M= 9,42; DT= 5,37) (M= 6,16; DT= 4,35); *Problemas en la conducta social* (M= 10,95; DT= 6,90) (M= 6,70; DT= 5,66); *Problemas en el control emocional* (M= 11,00; DT= 6,41) (M= 76,96; DT= 5,19); y una puntuación total (M= 59,68; DT= 29,20) (M= 37,29; DT= 22,66).

Se concluyó que el ISP, es una herramienta útil para valorar la sintomatología prefrontal presente en sujetos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas, proporcionando una escala breve que entrega una gran cantidad de información acerca de las dificultades que presentan los consumidores en la vida cotidiana.

Por otra parte Pedrero-Pérez et al. (2013), realizó una investigación en sujetos con dependencia a heroína, cocaína, alcohol y cannabis; de estos 260 fueron varones con una edad media de

37,6 años ( $\pm$  8,9), y 111 mujeres con una media de 37,8 años ( $\pm$  10,7); se utilizó el ISP para medir sintomatología prefrontal y el Inventario clínico multiaxial de Millon-II para identificar los patrones clínicos de personalidad; donde se obtuvo las siguientes puntuaciones en relación a la sintomatología reciente: *Problemas motivacionales* ( $r= 0,53$ ;  $p<0, 0008$ ); *Problemas de control ejecutivo* ( $r= 0,52$ ;  $p<0, 0008$ ); *Problemas atencionales* ( $r= 0,48$ ;  $p<0, 0008$ ); *Problemas en la conducta social* ( $r= 0,37$ ;  $p<0, 0008$ ); *Problemas en el control emocional* ( $r= 0,51$ ;  $p<0, 0008$ ). Los resultados obtenidos exponen que los individuos diagnosticados con algún trastorno de personalidad muestran un perfil de síntomas prefrontales directamente superiores al que se observa en quienes no cumplen criterios para un diagnóstico clínico; los datos apuntan a una relación muy significativa entre los síntomas que indican un mal funcionamiento prefrontal en el comportamiento diario y los patrones disfuncionales de personalidad.

Mendoza, Cuello, y López (2016), realizaron un estudio en 689 pacientes de los cuales 338 presentaban problemas con consumo de sustancias y 351 eran personas no consumidoras, en edades comprendidas entre 17 y 70 años; se utilizó el ISP en donde el grupo de consumidor puntúa más alto y se diferencia significativamente de la población no consumidora en todas las dimensiones del ISP y en su puntuación total: *Problemas del control ejecutivo* ( $t 11.09$ ;  $p=0.000$ ); *Problemas de la conducta social* ( $t 8.55$ ;  $p=0.000$ ) ; *Problemas del control emocional* ( $t 11.80$ ;  $p=0.000$ ) ; y *la puntuación total del test* ( $t 11.70$ ;  $p=0.000$ ). Mostraron una magnitud del efecto grande, para el caso de los *Problemas del control ejecutivo* ( $d=0.93$ ), *Problemas del control emocional* ( $d=0.86$ ) y *para la puntuación total de sintomatología prefrontal* ( $d=0.91$ ), para la dimensión de *Problemas de la conducta social* el efecto fue medio ( $d=0.67$ ).

Con respecto a la relación existente entre los efectos de la adicción a sustancias psicotrópicas y SP, los resultados presentaron puntajes mayores de SP en el grupo de adictos en comparación con los no consumidores; por lo que los resultados son consistentes con investigaciones anteriormente realizadas con este constructo.

## **CAPITULO II: METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivos**

### **2.1.1. General**

- Analizar la relación entre Rasgos de personalidad y Sintomatología Prefrontal en personas adictas a sustancias químicas

### **2.1.2. Específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las personas evaluadas.
- Determinar los rasgos de personalidad predominantes en las personas evaluadas.
- Determinar la Sintomatología prefrontal en las personas evaluadas.
- Examinar la relación entre los rasgos de personalidad y la sintomatología prefrontal.

## **2.2. Diseño de investigación**

La presente investigación posee un enfoque cuantitativo, con el fin de obtener datos concretos, estructurados y estadísticos, el diseño es de tipo no experimental, descriptivo, correlacional y transversal. Se considera no experimental al no manipulará ninguna de las variables independientes, sino observará los fenómenos tal cual se presentan en su contexto natural; de tipo descriptivo, ya que recolecta datos y los describe en categorías; correlacional debido a que asocia las variables estudiadas; y finalmente se considera una investigación de tipo trasversal, porque los dato son recogidos en un solo momento (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014).

## **2.3. Participantes**

La muestra fue obtenida por muestreo no probabilístico, pues los participantes cumplieron con características especiales acordes a las necesidades de la investigación; además fue intencional debido a que todos los elementos fueron seleccionados bajo criterios estrictos establecidos de manera anticipada; y finalmente se considera intencional, porque los participantes fueron elegidos con un objetivo específico (Scharager & Reyes, 2001; Hernandez et al., 2014).

La muestra quedó constituida por 56 usuarios varones de los Centros de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD): Cuenca (14) y Quito (42); los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión para ser parte de la investigación:

- Que sean Hombres.

- Pertenecientes a la ciudad de Cuenca zona distrital 6 y a la ciudad de Quito zona distrital 9.
- Que sean mayores de edad y se encuentren en edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
- Que se encuentren internados en un centro de tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y drogas.
- Los sujetos deben tener mínimo un año de consumo antes de haber asistido al centro de rehabilitación.
- No deben presentar enfermedades médicas que sean evidentes y de suficiente gravedad que imposibiliten su participación en la investigación.
- Que firmen el consentimiento informado.

## 2.4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron los siguientes:

### 1) Cuestionario Sociodemográfico y Clínico

Para la recolección de datos sociodemográficos y clínicos se utilizará un cuestionario Ad Hoc, mismo que permite recolectar información sobre variables como: edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil y nivel socioeconómico; permitiéndonos conocer la historia familiar del participante, historia de salud y consumo.

### 2) Cuestionario Big Five (BFI)

Tabla 12: Cuestionario Big Five

<b>Autor</b>	John, Donahue & Kentle, 1991
<b>Tipo</b>	Cuantitativos con interpretación cualitativa.
<b>Aplicación</b>	Individual y grupal, manual o
<b>Tiempo</b>	Entre 20 y 30 minutos.
<b>Objetivo</b>	Se utiliza cuando se desea una evaluación eficiente y flexible de las cinco dimensiones cuando no sea necesario una medición diferenciada de las facetas individuales.
<b>Población</b>	Adultos.
<b>N° reactivos</b>	44 ítems.

<b>Escala</b>	5)	4)	3)	2)	1)
<b>tipo Likert</b>	Completamente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Completamente en desacuerdo

<b>Dimensiones</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Número de ítems</b>
	I: Neuroticismo	8 ítems
	II: Extraversión	8 ítems
	III: Apertura	10 ítems
	IV: Amabilidad	9 ítems
	V: Responsabilidad	9 ítems

<b>Interpretación de puntajes</b>	Para recodificarlas puntuaciones se debe restar la puntuación obtenida para todos los artículos con puntuación inversa de 6. Por ejemplo, si se dio un 5, calcule 6 menos 5 y su puntuación recodificada es 1. Es decir, una puntuación de 1 se convierte en 5, 2 se convierte en 4, 3 permanece en 3, 4 se convierte en 2 y 5 se convierte en 1.
<b>Confiabilidad y Validez</b>	<p><b>Confiabilidad:</b> El estudio de la consistencia interna del BFI en muestras estadounidenses y canadienses presentó coeficientes satisfactorios. Los valores oscilaron en un rango entre .75 y .90 con un promedio por encima de .80. La consistencia interna para la versión española fue ligeramente más baja, con una media de .78. El estudio de la fiabilidad tes-retest, medido en un intervalo de tres meses, presentó valores en un rango entre .80 a .90 con una media de .85.</p> <p><b>Validez:</b> La validez convergente con respecto a otros instrumentos, las escalas del BFI se correlacionaron altamente con las escalas de Costa y McCrae (1992) y Goldberg (1992), con unos valores en un rango entre .75 y .80.</p>
<b>Calificación</b>	<p>Para calificar el BFI, primero deberá revertir la puntuación de todos los elementos con clave negativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraversión: 6, 21, 31.</li> <li>• Conveniencia: 2, 12, 27, 37</li> <li>• Conciencia: 8, 18, 23, 43</li> <li>• Neuroticismo: 9, 24, 34.</li> <li>• Apertura: 35, 41.</li> </ul>

---

Seguidamente se creará puntuaciones de escala promediando los siguientes elementos para cada dominio B5 (donde R indica que se utiliza el elemento de puntuación inversa).

- Extraversión: 1, 6R, 11, 16, 21R, 26, 31R, 36
- Adecuación: 2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42
- Conciencia: 3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38, 43R
- Neuroticismo: 4, 9R, 14, 19, 24R, 29, 34R, 39
- Apertura: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35R, 40, 41R, 44

---

Fuente: Caprara et al., 1993; Murillo, 2017.

Elaborado: Autora.

### 3) Inventario de Síntomas Prefrontales

Tabla 13: Inventario de Síntomas Prefrontales

<b>Autor</b>	Ruiz Sánchez de León, J.M., Pedrero Pérez, E.J., Lozoya Delgado, P., Llanero Luque, M., Puerta García, C. (2012)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Aplicación</b>	Individual o Colectiva
<b>Tiempo</b>	30 minutos
<b>Objetivo</b>	Evalúa la Sintomatología Frontal en las tres esferas de la actividad humana: cognición, emoción y conducta, que están relacionadas con las áreas funcionales del lóbulo frontal que son la corteza pre-frontal dorsolateral, la corteza prefrontal ventromedial y la corteza prefrontal orbital; aportando de este modo, un estudio completo, amplio y profundo de su relación con las adicciones
<b>Población</b>	Adultos
<b>N° reactivos</b>	46 ítems
<b>Confiabilidad y Validez</b>	Confiabilidad: se obtuvo un coeficiente alpha de $\alpha= 0.93$ , lo cual, de acuerdo con el criterio establecido constituye un coeficiente alto y aceptable. El coeficiente $\alpha$ de Cronbach en cada una de las dimensiones del instrumento, cuyo $\alpha$ para cada factor fue: Problemas del control Ejecutivo $\alpha= 0.92$ ; para la dimensión de Problemas de la conducta Social $\alpha=0.76$ y para la dimensión de Problemas del control Emocional $\alpha=0.73$ . Validez: Este instrumento obtuvo un índice de adecuación muestral de Káiser-Mayer-Olkin de .92. Otra medida importante, que valida la realización del análisis factorial es la prueba de Bartlett, los resultados señalaron un Chi cuadrado alto

---

---

(9510.85, p=0.000).

---

<b>Escala</b>	0)	1)	2)	3)	4)
<b>Tipo Likert</b>	Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre

---

**Calificación** La puntuación total se obtiene de la sumatoria de las puntuaciones en cada ítem, del 1 al 46.

**Problemas en la Ejecución:**

- Problemas motivacionales: ítem 1 + ítem 14 + ítem 19 + ítem 24 + ítem 29 + ítem 38 + ítem 46.
- Problemas del control ejecutivo: ítem 6 + ítem 8 + ítem 9 + ítem 12 + ítem 15 + ítem 18 + ítem 21 + ítem 26 + ítem 30 + ítem 32 + ítem 35 + ítem 40.
- Problemas Atencionales: ítem 2 + ítem 3 + ítem 7 + ítem 11 + ítem 17 + ítem 20 + ítem 31.

**Problemas en la Conducta Social**  
Ítem 10 + ítem 16 + ítem 23 + ítem 27 + ítem 28 + ítem 33 + ítem 37 + ítem 39 + ítem 42 + ítem 43 + ítem 44 + ítem 45.

**Problemas de Control Emocional**  
Ítem 4 + ítem 5 + ítem 13 + ítem 22 + ítem 25 + ítem 34 + ítem 36 + ítem 41.

---

Fuente: Pedrero-Pérez et al., 2015; Mendoza & Cuello, 2016.  
Elaborado: Autora.

## 2.5. Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera:

- 1) Aprobación por parte de un comité de bioética:** los docentes miembros del grupo de investigación al que pertenece este trabajo de titulación, presentaron los documentos correspondientes para gestionar la aprobación de la investigación por parte de un comité de bioética de la Universidad San Francisco de Quito.
- 2) Contacto los CETAD:** en el mes de diciembre del 2018 se realizó el acercamiento a los centros de adicciones en la ciudad de Cuenca, donde se recibió la aprobación únicamente de un centro privado; posteriormente en el mes de febrero del 2019 se realizó el

acercamiento con un centro público de la ciudad de Quito donde de igual manera recibimos una respuesta positiva.

- 3) **Preparación de los materiales e instrumentos a utilizar:** en esta investigación se utilizó un Cuestionario Sociodemográfico Ad.hoc, el Inventario Big Five, el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP); mismos que son de libre acceso y se los puede encontrar en internet
- 4) **Aplicación de instrumentos:** Una vez obtenido el permiso para el ingreso el centro se procedió a la aplicación de los cuatro instrumentos antes mencionados con el fin de obtener la información necesaria para la investigación.

En el CETAD de la ciudad de Cuenca se trabajó los días 5, 10, 12, 17 y 18 del mes de abril; previo a la administración de los instrumentos psicológicos se aplicó un taller denominado “Proyecto de Vida” con una duración de 6 horas, con el fin de generar rapport con los usuarios del mismo; posteriormente se aplicó los instrumentos psicológicos en 3 grupos de 5 personas con una duración de 45 minutos.

De igual manera, en el CETAD de la ciudad de Quito se realizó la recogida de datos los días 8, 9 y 10 del mes de mayo; en el que también se realizó el taller “Proyecto de Vida” para interactuar de forma previa con los usuarios. La aplicación de los instrumentos se llevó en 2 días, en grupos de cinco personas.

- 5) **Calificación de instrumentos:** Una vez aplicados los instrumentos se procedió su calificación, proceso que se llevó a cabo en 3 días
- 6) **Ingreso de datos a una Matriz:** Obtenidos los resultados de los instrumentos aplicados se fueron ingresados en una matriz con el fin de tener la información lista para su posterior análisis.

**Análisis de resultados:** Una vez ingresados los datos en la matriz respectiva se procedió a introducirlos en el programa SPSS para obtener datos estadísticos, en el que se realizaron análisis descriptivos y correlaciones de Pearson.

## 2.6 Recursos:

- 1) **Recursos Humanos:** Las personas que formaron parte del presente estudio son los docentes pertenecientes al grupo de investigación “*Sintomatología prefrontal, rasgos de personalidad e inflexibilidad psicológica en personas adictas a sustancias químicas*”, conformado por el Dr. Víctor López Guerra (investigador principal), Dra. Silvia Vaca Gallegos (co-investigadora), Mgtr. Rafael Sánchez (co-investigador), Mgtr. Juan Carlos

Jaramillo Dueñas (co-investigador y tribunal de TT) y Mgtr. María Belén Paladines Costa (co-investigadora y directora de TT); el Mgtr. Diego Segundo Andrade Mejía (presidente de tribunal) y la estudiante María Salomé Gía Peralta, quién realizó el Trabajo de Fin de Titulación.

- 2) **Institucionales:** Como parte de esta investigación se contó con la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) y dos Centros de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas de las ciudades de Cuenca y Quito.
- 3) **Materiales:** Se contó con el uso de materiales como: libros, revistas científicas, instrumentos psicológicos, copias, lapiceros y esferográficos.
- 4) **Insumos tecnológicos:** Se utilizó computadoras, teléfonos inteligentes, internet, programas informáticos como Word 2016, Excel 2016, Mendeley y el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (IBM SPSS).

## 2.7 Tratamiento de resultados

Para la interpretación de los resultados obtenidos en el cuestionario BFI, se utilizó el baremo realizado por De la Iglesia y Stover, (2016), mismo que trasforma las puntuaciones medias obtenidas en percentiles

Tabla 14: Percentiles para interpretación de BFI

Baremos BFI 2015 para varones adultos					
Percentil	Extraversión	Amabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura mental
95	37	43	44	31	47
90	35	41	42	29	45
80	32	39	38	26	43
75	3	38	37	24	42
70	30	38	37	23	41
60	29	36	35	21	39
50	27	34	33	21	38
40	26	33	31	19	36

<b>30</b>	23	32	29	18	34
<b>25</b>	22	31	28	17	32
<b>20</b>	22	30	27	16	31
<b>10</b>	19	27	25	14	28
<b>5</b>	16	26	23	12	25

Fuente: de la Iglesia y Stover (2016)

Elaborado por: Autora

### **CAPITULO III: ANALISIS DE RESULTADOS**

### 3.1 Resultados obtenidos

A fin de dar respuesta a cada uno de los objetivos propuestos en esta investigación, a continuación, se presentan los resultados obtenidos.

En relación al primero objetivo “*Describir las características sociodemográficas de las personas evaluadas*”; se obtuvo los siguientes resultados (ver tabla 15):

Tabla 15: Resultados de la edad actual y la edad del inicio de consumo

<b>N=56</b> Perdidos= 1	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>
<i>Edad actual</i>	33.95	10,206
<i>Edad del primer consumo</i>	17.02	6,154

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico Ad.hoc

Elaborado por: Autora

La muestra utilizada para este estudio está conformada en su totalidad por personas de sexo masculino, con una edad media de 34 años ( $DT=10,206$ ), los participantes se encuentran en un rango de edad de 18 y 64 años. Además, la edad en que se realizó el primer consumo fue en promedio de 17 años ( $DT=6,154$ ).

Tabla 16: Resultados de los datos sociodemográficos

<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>		
<b>N=56</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
<b>Nivel académico</b>		
<i>Primaria</i>	8	14.3
<i>Secundaria</i>	33	58.9
<i>Superior</i>	14	25
<i>Maestría/Doctorado</i>	1	1.8
<b>Estado civil</b>		
<i>Soltero</i>	28	50.0
<i>Casado</i>	8	14.3
<i>Unión Libre</i>	6	10.7
<i>Divorciado</i>	11	19.6
<i>Separado</i>	3	5.4
<b>Convivencia Actual</b>		
<i>Solo</i>	11	19.6

<i>Pareja</i>	1	1.8
<i>Hijos</i>	2	3.6
<i>Pareja e Hijos</i>	8	14.3
<i>Padres</i>	22	39.3
<i>Amigos</i>	2	3.6
<i>Otros</i>	10	17.9
<b>Percepción de Ingresos</b>		
<i>Ninguno</i>	11	19.6
<i>Laboral</i>	19	33.9
<i>Ayuda familiar</i>	21	37.5
<i>Varios</i>	5	8.9
<b>Percepción del Nivel Socioeconómico</b>		
<i>Bajo</i>	11	19.6
<i>Medio</i>	43	76.8
<i>Alto</i>	2	3.6

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico Ad.hoc  
Elaborado por: Autora

En Tabla 16, se observa que 6 de cada 10 evaluados poseen estudios secundarios, seguido de los participantes con instrucción superior con un porcentaje del (25%). En la muestra se evidencia que, 5 de cada 10 son solteros, seguidos de las personas que se encuentran en una relación de pareja y los participantes que se encuentran separados en porcentajes iguales.

Con relación a la convivencia (previo a la institucionalización de los evaluados), el 4 de cada 10 participantes manifestaron vivir con sus padres, mientras que el 2 de cada 10 vivían solos y únicamente el 1 evaluado vivían con su pareja.

Con respecto a los ingresos percibidos por los participantes, se valora que el 4 de cada 10 evaluados reciben ingresos económicos por medio de ayuda familiar, 3 de cada 10 los recibe por medio de un empleo, el 2 de cada 10 participantes no recibe ningún tipo de ingreso económico y finalmente el 1 integrante del estudio percibe ingresos por medio de la ayuda de varios familiares. Así mismo, en relación a la percepción de nivel socioeconómico, más de la mitad de los usuarios de los centros se percibe con un nivel medio, mientras que únicamente el 2 de los 56 manifiesta pertenecer a un nivel socioeconómico alto.

Tabla 17: Droga de consumo y droga de mayor consumo

<b>Droga de consumo</b>		
<b>N=56</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Perdidos= 1		
<i>Alcohol</i>	3	5.4
<i>Policonsumo</i>	53	94.6
<b>Droga de mayor consumo</b>		
<i>Alcohol</i>	13	23.6
<i>Marihuana</i>	13	23.9
<i>Cocaína</i>	29	52.7

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico Ad.hoc

Elaborado por: Autora

Según los resultados obtenidos en el cuestionario sociodemográfico, 9 de cada 10 participantes presentan un policonsumo, es decir consume más de un tipo de droga; la droga consumida mayoritariamente en esta muestra es base de cocaína, siendo ingerida por la mitad de los evaluados, seguida de la marihuana y el alcohol en porcentajes iguales.

Por otra parte, con respecto al segundo objetivo “*Determinar los rasgos de personalidad predominantes en las personas evaluadas*”, se encontró los siguientes resultados:

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de Rasgos de personalidad

<b>N= 56</b>	<b>Puntuaciones medias</b>	<b>DE</b>	<b>Percentil</b>	<b>Clasificación</b>
<i>Rasgo de Extraversión</i>	24.59	2.294	40	Normal
<i>Rasgos de Amabilidad</i>	29.13	3.259	20	Bajo
<i>Rasgo de Conciencia</i>	26.43	4.233	20	Bajo
<i>Rasgos de Neuroticismo</i>	24 .89	2.535	80	Alto
<i>Rasgo Apertura mental</i>	32.07	3.597	25	Normal

Fuente: Cuestionario Big Five

Elaborado por: Autora

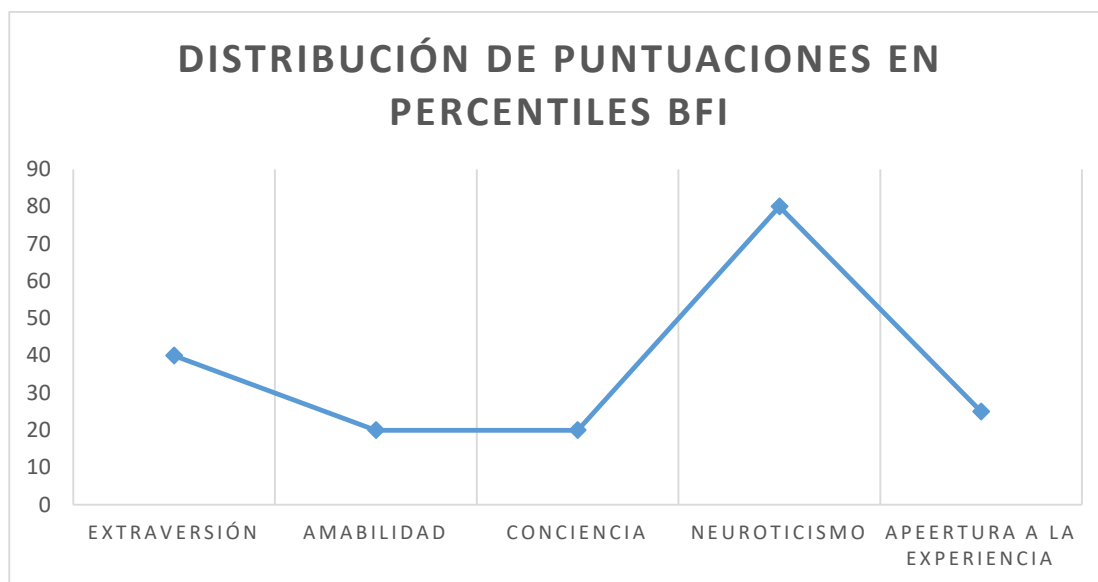


Figura 3: Distribución de puntuaciones en percentiles BFI

Fuente: Cuestionario Big Five

Elaborado por: Autora

En la tabla 18, se observa que el rasgo de Apertura Mental obtiene la puntuación más alta ( $M=31.98$ ) ( $DT=4.127$ ); mientras que el rasgo de Extraversión obtiene la media más baja en la muestra ( $M=24.77$ ) ( $DT=2.683$ ). Mientras que, al ser estos puntajes transformados a percentiles, el rasgo de Neuroticismo obtiene el puntaje más alto y Apertura mental y Conciencia presentan los más bajos, siendo estos rasgos los que se presentan en menor medida en nuestra muestra

Tabla 19: Frecuencia de puntuaciones

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuaciones</b>		
	<b>Bajo</b>	<b>Normal</b>	<b>Alto</b>
<i>Rasgo de Extraversión</i>	12	44	0
<i>Rasgo de Amabilidad</i>	41	14	1
<i>Rasgo de Conciencia</i>	34	21	1
<i>Rasgo de Neuroticismo</i>	0	30	26
<i>Rasgo de Apertura Mental</i>	24	31	1

Fuente: Cuestionario Big Five

Elaborado por: Autora

En el rasgo de Extraversión se observa que 44 de los participantes consiguieron puntuaciones normales (78.6%) y 12 puntúan bajo en este rasgo; con relación al rasgo de Amabilidad, 41 de

los evaluados (73%) presentan puntuaciones bajas y 14 obtienen calificaciones normales; en el rasgo de Conciencia, 34 de usuarios alcanzaron puntuaciones bajas (60.7%) y 21 obtuvieron notas normales; en el caso del rasgo de Neuroticismo 26 de los participantes puntuaron alto en este rasgo (46.4%) y 30 obtuvieron puntuaciones normales (53.6%); finalmente, en el rasgo de Apertura Mental 24 de usuarios de los CETAD alcanzaron puntuaciones bajas para este rasgo (42.9%), 31 consiguieron puntuaciones normales (55.4%), mientras que únicamente 1 evaluado obtuvo una puntuación alta (1.7%).

Con respecto al tercer objetivo “*Determinar la Sintomatología prefrontal en las personas evaluadas*” se muestra los siguientes resultados:

Tabla 20: Descriptivos Inventario de Síntomas Prefrontales

<b>Descriptivos Inventario de Síntomas Prefrontales</b>		
<b>N= 56</b>	<b>Media Estadístico</b>	<b>Desviación Estadístico</b>
<i>Problemas motivacionales</i>	7.84	4.950
<i>Problemas de control emocional</i>	14.93	8.040
<i>Problemas de control ejecutivo</i>	9.48	5.905
<i>Problemas atencionales</i>	12.14	7.082
<i>Problemas en la conducta social</i>	12.54	5.976
<i>Puntaje total ISP</i>	56.86	26.952

Fuente: Cuestionario Big Five

Elaborado por: Autora

En la tabla 20, se detallan los valores obtenidos por los evaluados en el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-46), se alcanzó una media en su puntuación total de 56.86 con una desviación de 26.95, lo que sugiere la presencia de síntomas prefrontales en la muestra perteneciente a este estudio; además, las dimensiones de problemas de control emocional (M= 14.93), problemas atencionales (M= 12.14) y problemas en la conducta social (M= 12.54) presentan las puntuaciones medias más altas de las 5 dimensiones pertenecientes a este instrumento, siendo estas las que presentan un mayor deterioro.

Para finalizar, con relación al cuarto y último objetivo “*Examinar la relación entre los rasgos de personalidad y la sintomatología prefrontal*”, se realiza una correlación de Pearson, en la que se obtienen los siguientes resultados (ver tabla 20):

Tabla 21: Análisis correlacional de Rasgos de personalidad y Sintomatología prefrontal

N= 56	Correlaciones					Puntaje total de Sintomatología Prefrontal
	Problemas Motivacionales	Problemas de control ejecutivo	Problemas atencionales	Problemas en la conducta social	Problemas de control de emociones	
Rasgo de extraversión	,183	,096	-,001	<b>,289*</b>	,131	,182
Rasgo de amabilidad	,035	,000	,004	-,072	-,038	-,024
Rasgo de conciencia	,224	,257	,129	,248	<b>,297*</b>	<b>,286*</b>
Rasgo de neuroticismo	-,112	-,237	-,131	-,138	-,073	-,163
Rasgo de Apertura mental	<b>,461**</b>	<b>,350**</b>	,199	<b>,398**</b>	<b>,404**</b>	<b>,447**</b>

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario Big Five e Inventario de Síntomas Prefrontales

Elaborado por: Autora

En la tabla 21 se pueden observar los resultados obtenidos en el análisis correlacional de las variables de rasgos de personalidad y sintomatología prefrontal, donde se observa que la muestra estudiada en el rasgo de Apertura mental (BFQ), presenta una correlación positiva y significativa, con un efecto moderado, con la puntuación total obtenida en el ISP ( $r=0,447$ ;  $p=0,001$ ), y con las dimensiones de problemas: motivacionales ( $r=0,461$ ;  $p=0,000$ ), control de emociones ( $r=0,404$ ;  $p=0,002$ ), en la conducta social ( $r=0,398$ ;  $p=0,008$ ) y de control ejecutivo ( $r=0,350$ ;  $p=0,008$ ). El rasgo de escrupulosidad (BFQ) se correlacionó de manera positiva y significativa, con un tamaño del efecto pequeño, con la dimensión de problemas de control emocional ( $r=0,297$ ;  $p=0,026$ ) y con el puntaje de total obtenido en el ISP ( $r=0,286$ ;  $p=0,032$ ). Y el rasgo de extraversión (BFQ) se correlacionó de forma positiva y significativa, con un tamaño del efecto pequeño, con la dimensión de problemas en la conducta social ( $r=0,289$ ;  $p=0,031$ ).

### 3.2 Discusión de Resultados

Para poder realizar una mejor discusión de los resultados obtenidos, se los abordara de acuerdo a los objetivos establecidos para esta investigación.

Con relación a los datos sociodemográficos de los usuarios de los CETAD participantes se encontró que: la edad media de los evaluados es de 34 años, con un rango de edad de 18 a 65 años, el nivel de académico alcanzando es secundario en un 58.9%, el 50% de los participantes son solteros, percibiéndose en un 76.8% en un nivel socioeconómico medio, el 37.5% de los sujetos percibe sus ingresos por medio de apoyo familiar, el 94.6% de los usuarios son policonsumidores, de los cuales el 52.7% consume principalmente cocaína, con una edad media de inicio de consumo de 17 años.

Las características sociodemográficas de la muestra perteneciente a esta investigación estuvo conformada por varones, con una edad media de 34 años, mayoritariamente solteros, con un nivel de instrucción secundario, de un nivel socioeconómico medio, policonsumidores, siendo la cocaína la droga de preferencia; estos resultados son similares y se corresponden con los datos obtenidos en otras investigaciones realizadas en poblaciones consumidoras de sustancias químicas por: Pedrero Pérez (2007) quién realizó un estudio en consumidores que asistían a un centro de tratamiento de adicciones, donde la muestra estuvo formada mayoritariamente por hombres, con una edad media de 34,6 años, en un rango de 18 a 64 años, donde se consumió principalmente heroína, alcohol y cocaína; de igual manera; Pedrero-Pérez et al. (2016) utilizó una muestra de 52 personas, de las cuales 31 eran hombres, con una edad media de 35,2 años, donde el 48.1% tenía estudios secundarios concluidos, el 40,4% de la muestra consumía cocaína, 30,8% alcohol y 13.5% marihuana; Rodríguez y Salgado (2018) realiza una investigación donde su muestra es conformada mayoritariamente por varones, solteros (68.87), con una edad media de 33.08 años, donde su principal fuente de ingresos es por apoyo familiar (52.38%), la edad de inicio de consumo es de 15,42 años, y las drogas mayormente consumidas son el alcohol, la cocaína y el cannabis.

Con respecto al segundo objetivo específico, referente a los rasgos de personalidad evaluados por el BFI, en el presente estudio se obtuvo como resultado que el rasgo de Neuroticismo presenta el puntaje transformado en percentil más alto (80), mientras que Amabilidad y Conciencia alcanzaron un percentil de 20 ubicándose en un nivel bajo, lo que haría que al contrario de Neuroticismo, los evaluados sean menos propensos a presentar las características de estos rasgos; por el contrario los rasgos de Extraversión y Apertura mental obtuvieron puntuaciones normales en los participantes de esta investigación. Por otra parte, los resultados en puntuaciones medias obtenidas en las 5 dimensiones de mismo instrumento, el rasgo de

Apertura mental logra la media más alta ( $M=37.4$ ), mientras que Neuroticismo consiguió el más bajo ( $M=24.89$ ) (ver tabla. 14)

Los resultados alcanzados en las 5 dimensiones del BFI, difiere con los resultados obtenidos en la investigación realizada en drogodependientes por Martín (2014) en Argentina, investigación que utiliza puntuaciones transformadas a percentiles para el análisis de resultados; en ésta, los rasgos de Neuroticismo (38) y Conciencia (33) consiguen una puntuación normal al igual que los rasgos de Extraversión (63) y Apertura mental (67), mientras que el rasgo de Amabilidad se ubica en el percentil 93, considerándose alto.

Por otra parte, al comparar las puntuaciones medias obtenidas en el presente estudio, con las presentadas por el mismo autor (Martín 2014), encontramos que el rasgo de Apertura mental alcanza la media más alta ( $M=37.4$ ), seguida de Amabilidad ( $M=37$ ), Conciencia ( $M=31.4$ ), Extraversión ( $M=29.3$ ) y finalmente Neuroticismo obtiene la media más baja ( $M=25.2$ ); datos que difieren poco de las puntuaciones medias de esta investigación (ver tabla 14), en las que la mayor diferencia se encuentra en las puntuaciones conseguida en amabilidad ( $M=29.13$ ), conciencia ( $M=26.43$ ) y apertura mental( $M=32.07$ ).

Por el contrario, un estudio realizado por Zilberman, Yadid, Efrati, Neumark, y Rassovsky (2018), realizada en una muestra de 216 participantes con problemas de adicción a sustancias y adicciones comportamentales; obtuvo como resultado en el BFI puntuaciones medias similares a las obtenidas en el presente trabajo (ver tabla 14). En los rasgos de extraversión ( $M=26,78$ ), conciencia ( $M=29.88$ ), y apertura mental ( $M=35.4$ ) obtuvo puntuaciones ligeramente más bajas; mientras que en neuroticismo ( $M=26,97$ ) se obtuvo un resultado ligeramente menor; la diferencia más significativa se encuentra en el puntaje de amabilidad ( $M=28.9$ ), mismo que se encuentra por debajo de la obtenida en la muestra de ésta investigación ( $M=34.9$ ).

Así mismo, Pedrero Pérez (2007), realizó una investigación en sujetos adictos a sustancias químicas, donde se utilizó el cuestionario Big Five de 132 ítems, obteniendo como resultados puntuaciones medias elevadas en Extraversión ( $M=51$ ), e inferiores en las dimensiones de Conciencia ( $M=46.4$ ), Estabilidad emocional ( $M=43.9$ ) y Apertura mental ( $M=47.1$ ). El autor manifiesta que los individuos que puntúan alto en extraversión son más propensos a la aparición de conductas de riesgo debido a la búsqueda de reforzamiento social, lo que podría dar inicio al consumo; por otra parte, la estabilidad emocional, dimensión inversa a neuroticismo, en la cual los adictos puntúan sistemáticamente por debajo de la población

general, estaría relacionado con el manteniendo del consumo y la dependencia a sustancias químicas.

Referente al tercer objetivo específico, la puntuación total media obtenida en Sintomatología prefrontal por medio del ISP, fue de  $M= 56.86$ , siendo similar a lo encontrado en un estudio realizado por Ruiz-Sánchez De León et al. (2012) ( $M= 59.68$ ); sin embargo, en las investigaciones hechas por Mendoza et al. (2016) ( $M= 49.19$ ); Terán-Mendoza, Sira-Ramos, Guerrero-Alcedo, y Arroyo-Alvarado, (2016) ( $M= 45.13$ ), la puntuación total media obtenida son inferiores a las encontradas en esta investigación.

Por otra parte Ruiz-Sánchez De León et al. (2012), realizó una comparación de las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes dimensiones que forman parte del ISP, en una muestra tanto consumidora como no consumidora, donde se evidenció diferencias significativas entre las puntuaciones alcanzadas, siendo elocuentemente más altas en consumidores de drogas; es importante mencionar que los puntajes medios alcanzados en el estudio realizado por dicho autor en la población consumidora de sustancias es similar a los alcanzados en el presente estudio en la dimensiones de Problemas atencionales ( $M= 9.42$ ;  $M= 9.34$ ), mientras que en las dimensiones de Problemas de conducta social ( $M= 10.95$ ;  $M=12.14$ ) y en Problemas de control emocional ( $M= 11$ ;  $M= 12.54$ ) las calificaciones obtenidas son ligeramente superiores; finalmente en Problemas motivacionales ( $M= 12,17$ ;  $M= 7.93$ ), Problemas de control ejecutivo ( $M= 16.15$ ;  $M= 14.95$ ) y el Puntaje total obtenido en el instrumento ( $M= 59.68$ ;  $M= 56.86$ ) se encuentran ligeramente por debajo a lo obtenido por Ruiz.

De manera similar Mendoza et al. (2016), realizó un estudio con 689 sujetos de los cuales 338 eran adictos con un año o más de tratamiento en un centro de rehabilitación, en donde se utilizó el ISP; obteniendo medias inferiores en todas las dimensiones y en la puntuación total del instrumento así, las dimensiones de problemas en la conducta social obtuvo una puntuación media de 9.78, en problemas de control emocional 10.59 y en la puntuación total 49.19; en el caso de las dimensiones de problemas motivacionales, de control ejecutivo y problemas atencionales el autor las cataloga en conjunto como problemas de control ejecutivo obteniendo una puntuación media sumada de 28.83 frente a 32.22 obtenida en el presente trabajo.

Considerando lo expuesto por el autor, en su investigación indica que la degeneración neuropsicológica presente en los sujetos consumidores de drogas, está relacionada de manera

principal con déficits tanto estructurales como funcionales de la corteza prefrontal, lo que explicaría las puntuaciones altas alcanzadas por los adictos en el ISP.

Para Coullaut, Arbaiza, De Arrúe, Coullaut, y Bajo (2011), los diferentes tipos de drogas producen cambios morfológicos en el cerebro de las personas adictas a sustancias química, además de intervenir de forma nociva, por medio de cambios en la organización de la conexión simpática; el tipo de droga consumida representa una variable moderadora de la sintomatología prefrontal, Mendoza et al. (2016), manifiesta que la cocaína actúa esencialmente como inhibidor de la receptación de dopamina; produciendo que el sistema dopaminérgico no funcione con normalidad, provocando así alteraciones moleculares, que tienen como consecuencia el deterioro progresivo de la corteza prefrontal (funciones cognitivos, emocionales, motores y sociales) (Madoz, Ochoa, & Martínez, 2009). Es importante mencionar que, en la muestra participante en éste estudio, la droga de mayor consumo es la cocaína.

Para finalizar con el último objetivo planteado en esta investigación, sobre la relación existente entre los rasgos de personalidad y la sintomatología prefrontal, se encontró que el rasgo de personalidad de apertura mental se correlacionó de forma positiva y significativa con la puntuación total obtenida en el ISP ( $r=0,447$ ;  $p=0,001$ ) y con las dimensiones de problemas motivacionales ( $r=0,461$ ;  $p= 0,000$ ), control de emociones ( $r=0,404$ ;  $p=0,002$ ), en la conducta social ( $r=0,398$ ;  $p= 0,008$ ) y de control ejecutivo ( $r=0,350$ ;  $p= 0,008$ ); este rasgo del BFI al ser mayormente cognitivo era de esperar que se correspondiera con el puntaje obtenido en el ISP, ya que está ligado con la preferencia a la variedad y la curiosidad intelectual, relacionándose con el pensamiento divergente y la creatividad; por lo que al haber un deterioro de las funciones ejecutivas se esperaría de igual manera un deterioro en este rasgo en concreto (Martín, 2014).

De forma similar, el rasgo de conciencia se correlacionó de manera positiva y significativa con la dimensión de problemas de control emocional ( $r= 0,297$ ;  $p=0,026$ ) y con el puntaje de total obtenido en el ISP ( $r=0,286$ ;  $p= 0.032$ ); esto podría explicarse debido a que este rasgo de personalidad se relaciona a sujetos que se caracterizan por ser ordenadas, escrupulosas, que poseen una fuerte voluntad y determinadas; por lo que al encontrar un deterioro en el control emocional es posible que se desarrollen alteraciones en este rasgo de personalidad, produciendo rasgos obsesivos, irritables y con características adictivas (Martín, 2014).

En cuanto al rasgo de extraversión, este se correlacionó de forma positiva y significativa, con la dimensión de problemas en la conducta social ( $r=0,289$ ;  $p= 0.031$ ); este rasgo se encuentra relacionado con personas sociables, que prefieren formar parte de grupos grandes, activos, enérgicos y optimistas; por lo que la obtención de una puntuación en esas dimensiones afectaría de forma significativa la forma en que el sujeto se desenvuelva en su contexto social (Martín, 2014).

Cabe mencionar que, durante la revisión bibliográfica para la realización de este trabajo no se encontró estudios previos que relacionaran la personalidad desde el enfoque de la Teoría de los Cinco Grandes y los síntomas prefrontales mediante el ISP; más se ha encontrado los siguientes estudios que relacionan dichas variables.

Un estudio realizado por Ruiz-Sánchez De León et al. (2009), en el que se busca establecer una relación entre los síntomas prefrontales y los rasgos de personalidad desde un enfoque biopsicosocial, mediante el modelo de personalidad de Cloninger y el Cuestionario Disejecutivo (DEX) en población consumidora; se encuentra una estrecha relación entre los síndromes prefrontales clásicos (medial, orbital y dorsolateral) y los patrones de personalidad. Los adictos se caracterizan por obtener niveles elevados en búsqueda de novedad y evitación al daño, las mismas que por sus definiciones pueden relacionarse con las dimensiones del BFI de apertura mental y neuroticismo; por el contrario, obtienen puntuaciones bajas en Autodirección, relacionándose de igual manera con la dimensión de responsabilidad, mismas que obtienen puntuaciones relevantes en esta investigación.

Por otra parte, Pedrero-Pérez et al. (2015), realizó un metanálisis acerca de los rasgos de personalidad desde el enfoque de los cinco grandes y su relación con las diferentes estructuras cerebrales, en el que encontró que principalmente los rasgos de extraversión y neuroticismo, rasgo que obtuvo el mayor puntaje en percentil de las 5 dimensiones del BFI, poseen relación comprobado con estructuras cerebrales específicas, éste último se encuentra estrechamente relacionado con un menor tamaño de las estructuras cerebrales como el área frontotemporal y una pobre integridad de la sustancia blanca que implica a interconexiones entre estructuras corticales como la corteza prefrontal y la amígdala.

Por otra parte, el rasgo de apertura mental, mismo que posee la mayor correlación con la sintomatología prefrontal, para Pedrero-Pérez et al. (2015), se encuentra relacionado con la

conexión entre la sustancia gris derecha del área tegmental ventral y la corteza prefrontal dorsolateral ipsilateral, siendo esta una región encargada de codificar y actualizar la información relevante para el mantenimiento de la conducta; lo que explicaría la posible existencia de una relación entre el daño ocurrido en la corteza prefrontal por el consumo de sustancia y una alteración en este rasgo de personalidad en el sujeto adicto, apoyando así los hallazgos realizados en este estudio.

## **CONCLUSIONES**

- 1)** En relación con los resultados sociodemográficos obtenidos se puede evidenciar que, la muestra participante es mayoritariamente soltera, de un nivel socioeconómico medio, con estudios secundarios y en una edad promedio de 34 años.
- 2)** La Apertura mental fue el rasgo de personalidad predominante en la muestra de estudio.
- 3)** La existencia de síntomas prefrontales en los participantes principalmente en las dimensiones de problemas de control emocional y en la conducta social.
- 4)** Existe una relación entre las variables de sintomatología prefrontal y personalidad, en sus dimensiones de problemas motivacionales, problemas de control ejecutivo y problemas de control de emociones con el rasgo de personalidad de apertura mental.

## **RECOMENDACIONES**

- 1)** Realizar un estudio de esta temática en población femenina, para conocer las características del consumo de drogas en mujeres y su impacto en la familia y comunidad.
- 2)** Ejecutar más estudios en esta línea de investigación, con el fin de obtener planes de intervención adecuados, que se adapten a las características individuales de los usuarios de los centros de rehabilitación.
- 3)** Validar los instrumentos utilizados en la población ecuatoriana, a fin de obtener resultados más precisos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, D., Lucia, B., Ponte, G., y Arranz, V. (2008). Análisis inicial de las Propiedades Psicométricas del Cuestionario BFCP Internet para la Evaluación de Big-Five. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 13(2), 15–30. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2860365>
- Álvarez, J. B., Castellano, A. S., Rivas, C. T., Sánchez, E. A., Cano, M., y Sevillano, C. P. (2015). Consumo de cocaína y estado de las funciones ejecutivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(2), 13–23.
- Antuña Bellerín, M., Cano García, F., y García Martínez, J. (2009). Modelos teóricos en psicología de la personalidad. Sevilla, España: Universidad de Sevilla, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- Arcila, J., Valencia, N., Bernal, M., y Castaño, E. (2006). Artículos conferencista del simposio colombiano internacional: Cultura y Droga, una mirada hacia adentro. *Revista Cultura y Droga*, 13, 406. Recuperado de [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/CULTURA Y DROGA\\_ANO\\_11\\_No\\_13 WEB.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/CULTURA_Y_DROGA_ANO_11_No_13_WEB.pdf)
- Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., LLorente, J., López, A., ... Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (Socidrogal). Barcelona.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., y Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29, 186–194.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2015). Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Control del Uso de Suatancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización. Quito: Editorial Nacional. Recuperado de <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/ecu167417.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría, Kupfer, D., Regier, D., Arango López, C., Vieta Pascual, E., y Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barbosa, P. C. R., Strassman, R. J., da Silveira, D. X., Areco, K., Hoy, R., Pommy, J., ... Bogenschutz, M. (2016). Psychological and neuropsychological assessment of regular hoasca users. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 95–105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.003>
- Barreto, P., Perez, M., Roa, M., López, A., y Rubiano, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: Estado Actual. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*, 2(1), 31–50.
- Bausela Herreras, E., y Santos Cela, J. J. (2006). Disfunción ejecutiva: sintomatología que acompaña a la lesión o disfunción del lóbulo frontal. *International On-Line Journal*, 5, 1–15.
- Becoña, E., y Míguez, M. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99–112. Retcuperado de <https://vpngateway.udg.edu/servlet/DanalInfo=dialnet.unirioja.es,SSL+articulo?codigo=1705530>
- Bergeret, J. (2005). *La Personalidad Normal y Patológica*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Calle, D., Cuéllar, M., Chede, P., Quintero, M., y Villamizar, D. (2017). Estudio comparativo del rendimiento de las funciones ejecutivas en la corteza prefrontal dorsolateral, orbitofrontal y frontomedial en adolescentes policonsumidores de sustancias psicoactivas, vinculados al sistema de responsabilidad penal en paralelo con. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 206. <https://doi.org/10.21501/24631779.2441>

- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., y Bermúdez, J. (1993). BFQ Cuestionario Big Five : Manual. Florencia: Organizzazioni Speciali. Recuperado de [http://catalog.uji.es/search~S1\\*cat?/dTests+neuropsicol%7Bu00F2%7Dgics/dtests+neuropsicologics/-3%2C-1%2C0%2CB/frameset&FF=dtests+neuropsicologics&49%2C%2C51](http://catalog.uji.es/search~S1*cat?/dTests+neuropsicol%7Bu00F2%7Dgics/dtests+neuropsicologics/-3%2C-1%2C0%2CB/frameset&FF=dtests+neuropsicologics&49%2C%2C51)
- Castaño, E., y Bernal, M. (2006). Droga, Drogue, Narcótico. *Cultura y Droga*, 13, 325–337. Recuperado de [http://200.21.104.25/culturaydroga/downloads/culturaydroga11\(13\)\\_14.pdf](http://200.21.104.25/culturaydroga/downloads/culturaydroga11(13)_14.pdf)
- Caudevilla, F. (2007). Drogas, conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/CursoDrogodependencias/Drogas, conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo.pdf>
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías De La Personalidad* (Tercera Ed). Person Educación.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2016). *Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas, 2016-2020*.
- Conti, N., y Stagnaro, J. (2004). Personalidad normal y patológica y Trastorno borderline de la personalidad: un enfoque historico-nosográfico. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 15, 267–273.
- Coullaut, R., Arbaiza, I., De Arrúe, R., Coullaut, J., y Bajo, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 168–173.
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G. ., Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., ... Watkins, E. (2007). Glosario de terminos de alcohol y drogas. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(1), 23–42.
- Dasgupta, A. (2017). Drugs of abuse: an overview. In *Alcohol, Drugs, Genes and the Clinical Laboratory: An Overview for Healthcare and Safety Professionals* (Vol. 40, pp. 29–89). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/bs.seda.2018.08.015>
- de la Iglesia, G., y Stover, J. (2016). Técnicas para la evaluación de psicopatología, personalidad normal y psicopatológica.
- del Moral, M., y Fernández, P. (2006). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias*, 25.
- Delgado-Mejía, I. D., y Etchepareborda, M. C. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 57(SUPPL.1), 95–103.
- Escohotado, A. (1995). *Aprender de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos* (10th ed.). Anagrama. Recuperado de <http://bit.ly/1dPGBfD>
- Fairbairn, C. E., Sayette, M. A., Wright, A. G. C., Levine, J. M., Cohn, J. F., y Creswell, K. G. (2015). Extraversion and the rewarding effects of alcohol in a social context. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 660–673. <https://doi.org/10.1037/abn0000024>
- Freire, W., Ramírez-Luzuriaga, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., ... Mnge, R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años*. Quito: Ministerio de Salud Publica/Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.
- García-Méndez, G. (2005). Estructura factorial del modelo de personalidad de Cattell en una muestra colombiana y su relación con el modelo de cinco factores. *Avances En Medición*, 3, 53–72. Recuperado de [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/1413/8574/8847/Articulo\\_3\\_Catell\\_y\\_cinco\\_factores\\_53-72\\_2.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/1413/8574/8847/Articulo_3_Catell_y_cinco_factores_53-72_2.pdf)
- García, C. V. (1986). El abuso de drogas y su prevención. *Estudios de Psicología*, 7(25), 91–101.

<https://doi.org/10.1080/02109395.1986.10821449>

- Garía-Porrero, J., y Hurlé, J. (2014). *Neuroanatomía Humana* (1ra ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- González, P. (2015). Evaluación clínica de la Personalidad del drogodependiente a través del MMPI-2. Salamanca. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/7101>
- Hallam, C., Bewley-taylor, D., y Jelsma, M. (2014). La clasificación en el Sistema Internacional de Control de Drogas. *Transnational Institute (TNI)*, 25(25), 28. Recuperado de [https://www.tni.org/files/download/serie\\_reforma\\_legislativa\\_no.\\_25.pdf](https://www.tni.org/files/download/serie_reforma_legislativa_no._25.pdf)
- Heath, A. C., Cloninger, C. R., y Martin, N. G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: A Comparison of the Personality Systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 762–765.
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill (Sexta Edic).
- Kold, B., y Whishaw, I. (2006). *Neuropsicología Humana* (5ta ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones "Depresión, ansiedad y trastornos del sueño asociados al consumo de drogas"*. (Vol. 1, pp. 1–12). Durango. Recuperado de <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0922-95.pdf>
- Librán, E. (2015). *Manual de Psicología de la Personalidad* (Editorial). Alicante.
- Lozano, A., y Ostrosky, F. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11, 159–172. Recuperado de <file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dialnet-DesarrolloDeLasFuncionesEjecutivasYDeLaCortezaPref-3640871.pdf>
- Madoz, A., Ochoa, E., & Martínez, B. (2009). Consumo de cocaína y daño neuropsicológico. Implicaciones clínicas. *Medicina Clínica*, 132(14), 555–559. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.07.019>
- Martín, C. (2014). Dimensiones de personalidad en pacientes drogodependientes. Universidad del Aconcagua. Recuperado de [http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/448/tesis-3714-dimensiones.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/448/tesis-3714-dimensiones.pdf)
- Mendoza, Y., Cuello, P., y López, V. (2016). Análisis psicométrico del Inventario de Sintomatología Prefrontal en sujetos adictos y no adictos Psychometric analysis Inventory Prefrontal Symptoms addicted and non-addicted subjects, 11(1), 24–29. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2016.11.01.05>
- Mendoza, Y., López, V., y Cuello, P. (2019). Sobre la sintomatología prefrontal y las adicciones en la vida cotidiana. *Revista Electrónica de Psicología Izatacala*, 22(1), 187–205.
- Minaya, O., Fresán, A., y Lozaga, C. (2009). Dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con primer episodio de depresión mayor. *Salud Mental*, 32(4), 309–315.
- Ministerio de Sanidad, y Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Informe del país sobre drogas, 1–21. Recuperado de [http://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC\\_1](http://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC_1)
- Montaño, M., Palacios, J., y Gantiva, C. (2009). Teorías de la Personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición, 3, 81–107. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>

- Murillo, L. T. (2017). Desarrollo de un Nuevo Instrumento de Evaluación : El Cuestionario Breve de Personalidad ( CBP ) Director :
- Naranjo, F., Jaramillo, D., y Secretaría Técnica de Drogas. (2017). Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015. Quito.
- National Institute on Drug Abuse. (2011). La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). Informe Mundial Sobre Las Drogas 2018. Recuperado de [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Orengo Caus, T., González Abolafio, M., Benito Delegido, A., Ballester Sánchez, F., Cervera Martínez, G., y Haro Cortés, G. (2007). El modelo psicobiológico de Cloninger en dependientes de opiáceos. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 108–115. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75636-2](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75636-2)
- Organización de Estados Americanos [OEA], Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, y Observatorio Interamericano de Drogas. (2015). *Informe sobre Uso de Drogas en las Américas. Drug and Alcohol Review* (Vol. 16). Washington, D.C. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700007>
- Organización de los Estados América (OEA), Secretaria de Seguridad Multidimensional (SSM), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), y Secretaría de Seguridad Pública (SENASP) de Brasil. (2011). *Estudio Exploratorio sobre Drogas y Violencia en una Muestra Intencional de Mujeres en Doce Países de las Américas*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/9788479034924>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. *CONSEJO EJECUTIVO 140.ª Reunión - Punto 10.3 Del Orden Del Día Provisional EB140/29*, 8, 1–7. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_29-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf)
- Orio, L., Gómez, R., y Ruiz-Sánchez De León, J. M. (2014). Neuroanatomía funcional: la adicción en el cerebro. In *Neuropsicología de la Adicción* (pp. 37–53). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez De León, J. M., y Llanero, M. (2015). Personalidad y cerebro: Un encuentro inevitable. *Papeles Del Psicologo*, 36(1), 54–61.
- Pedrero-Pérez, E., Ruiz Sánchez de León, J., Rojo Mota, G., Morales, S., Pedrero, J., Lorenzo, I., y González, Á. (2016). Inventario de síntomas prefrontales (ISP): validez ecológica y convergencia con medidas neuropsicológicas. *Revista de Neurología*, 63(06), 241. <https://doi.org/10.33588/rn.6306.2016143>
- Pedrero-Pérez, E J, Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., y Puerta-García, C. (2013). Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Revista de Neurología*, 56(4), 205–213. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84874195701&partnerID=MN8TOARS>
- Pedrero-Pérez, Eduardo J, Ruiz, J, Morales, S., Pedrero-Aguilar, J., y Fernández-Méndez, L. M. (2015). Inventario de Síntomas Prefrontales ( ISP e ISP-20 ) Manual Grupo de Investigación. *Revista de Neurología*, 60(9), 385–393. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3410.4401/1>
- Pedrero Pérez, E. J. (2007a). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: Estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II.

- Trastornos Adictivos*, 9(2), 116–125. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75637-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75637-4)
- Pedrero Pérez, E. J. (2007b). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: Estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 116–125. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75637-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75637-4)
- Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y Neuropsicología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pérez del Río, F. (2011). Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos (Tesis Doctoral). Madrid.
- Polaino-Lorente, A., Truffino, J., y del Pozo Armentia, A. (2003). Fundamentos de Psicología de la Personalidad. Ediciones Rialp. Recuperado de [http://books.google.com.ec/books?id=e033m2\\_cqDwC&pg=PA249&dq=neumonia+pdf&hl=es&sa=X&ei=jBGWU7SIHcLlSASJsYGgAQ&ved=0CCUQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false%5Cnhttp://books.google.com.ec/books?id=e033m2\\_cqDwC&pg=PA249&dq=neumonia+pdf&hl=es&sa=X&ei=jBGWU7SIHcLlSASJs](http://books.google.com.ec/books?id=e033m2_cqDwC&pg=PA249&dq=neumonia+pdf&hl=es&sa=X&ei=jBGWU7SIHcLlSASJsYGgAQ&ved=0CCUQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false%5Cnhttp://books.google.com.ec/books?id=e033m2_cqDwC&pg=PA249&dq=neumonia+pdf&hl=es&sa=X&ei=jBGWU7SIHcLlSASJs)
- Pons, X. (2007). Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas, 139. Recuperado de <https://books.google.com/books?id=qF7QKttbM58C&pgis=1>
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM - 5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ambito forense? *Cuad Med Forense*, 2121, 96–104. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv21n3-4/02\\_original01.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv21n3-4/02_original01.pdf)
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española. 22.º ed. Recuperado de <http://dle.rae.es>
- Redolar, D. (2014). *Neurociencia Cognitiva*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rehman, S., Vallamkonda, O., y Raut, N. B. (2018). Acute recreational drug toxicity: An update. *Indian Journal of Medical Specialities*, 9(3), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.injms.2018.04.002>
- Rodríguez, L., y Salgado, A. (2018). Patrones De Personalidad Y Otros Trastornos Psicopatológicos Asociados En Drogodependientes En Tratamiento. *Health and Addictions*, 18(1), 119–129.
- Ruiz-Sánchez De León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., y Puerta-García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de Neurología*, 54(11), 649–663.
- Ruiz-Sánchez De León, J. M., Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, A., Llanero Luque, M., Rojo Mota, G., y Puerta García, C. (2009). Personalidad y sintomatología frontal en adictos y población no clínica: hacia una neuropsicología de la personalidad. *Adicciones*, 22(3), 233–244.
- Ruiz, E., Coca, S., y Martínez, K. (2016). Manejo Clínico-Terapéutico en Pacientes con Trastorno Bipolar: Asociado al Trastorno del Consumo de Sustancias Psicoactivas. In *Perspectivas y Análisis de la Salud* (pp. 51–58).
- Ruiz Sánchez de León, J. M., y Pedrero-Pérez, E. J. (2014). *Neuropsicología de la Adicción*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez, A. (2013). Relación entre criterios de normalidad de la personalidad , trastornos neuróticos y valores ético-morales. *Humanidades Médicas*, 13(1), 5–21.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon , una teoría de la personalidad y su patología, 163–173.
- Scharager, J., y Reyes, P. (2001). Muestreo no-probabilístico. *Metodología de La Investigación Para Las*

*Ciencias Sociales*, (2001), 1–3.

- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. (2017). Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas. Recuperado de [http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/PLAN\\_NACIONAL\\_DE\\_PREVENCION\\_INTEGRAL\\_Y\\_CONTROL\\_DEL\\_FENOMENO\\_SOCIO\\_ECONOMICO\\_DE\\_LAS\\_DROGAS\\_2017-2021.pdf](http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/PLAN_NACIONAL_DE_PREVENCION_INTEGRAL_Y_CONTROL_DEL_FENOMENO_SOCIO_ECONOMICO_DE_LAS_DROGAS_2017-2021.pdf)
- Seijas, D. (2017). Psiquiatría De Enlace En Adicciones En El Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 881–892. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.011>
- Sillamy, N. (2003). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Larousse Planeta.
- Terán-Mendoza, O., Sira-Ramos, D., Guerrero-Alcedo, J., y Arroyo-Alvarado, D. (2016). Sintomatología frontal, estrés autopercebido y quejas subjetivas de memoria en adictos a sustancias. *Revista de Neurología*, 07, 296–302.
- Tirado-Otálvaro, A. (2016). El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(7), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177215>
- Tirapu-Ustárrroz, J., Cordero-Andrés, P., Luna-Lario, P., y Hernández-Goñi, P. (2017). Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Revista de Neurología*, 64(2), 75–84.
- Tristante, M., Miñarro-López, J., Montoya-Castilla, I., y Pérez-Marín, M. (2017). Trastorno mental y tipo de sustancia consumida : estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual ( ECDD ), 3(2), 12–20. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.2.03>
- Vandaele, Y., y Janak, P. (2018). Defining the place of habit in substance use disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87(April 2017), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.06.029>
- Velásquez, M., y Ortiz, J. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades En Psicología*, 28(117), 21. <https://doi.org/10.15517/ap.v28i117.14135>
- Villalba, E., y Verdejo-García, A. (2012). Procesamiento emocional, interocepción y funciones ejecutivas en policonsumidores de drogas en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 10–20. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70038-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70038-7)
- Waller, D. G., y Sampson, A. P. (2018). Drug toxicity and overdose. *Medical Pharmacology and Therapeutics*, 659–673. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-7167-6.00053-1>
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., y Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### INFORMACIÓN GENERAL:

1. Sexo (H/M): \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Edad: \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado?
  - Ninguno ( )
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Estudios Superiores ( )
  - Doctorado/Máster ( )
  
5. ¿Cuál es su estado civil actual?:
  - Soltero ( )
  - Casado/a ( )
  - Unión libre ( )
  - Viudo/a ( )
  - Divorciado/a ( )
  - Separado/a ( )
  
6. ¿Con quién vive actualmente?
  - Solo ( )
  - Con pareja ( )
  - Solo con hijos ( )
  - Con pareja e hijos ( )
  - Con padres ( )
  - Con amigos ( )
  - Otros. ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
  
7. ¿Cuáles son sus fuentes de ingreso?
  - Ninguno ( )
  - Laboral ( )
  - Ayuda familiar ( )
  - Bonos del gobierno ( )
  - Otras. ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál es el nivel socioeconómico en el que usted se ubica?

- Alto. ( )
- Medio. ( )
- Bajo. ( )

**HISTORIA FAMILIAR:**

9. ¿Alguno de sus familiares ha tenido problemas de abuso de drogas? Señale con una x a continuación:

Familiar	Colocar x
Padre 1	
Madre 2	
Hermanos 3	
Abuelos 4	
Tíos (hermanos de madre o padre) 5	
Ninguno 6	

10. ¿Alguno de sus familiares ha sido diagnosticado de trastornos psiquiátricos? Si su respuesta es sí, especifique.

- Sí ( )
- No ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

**ALOJAMIENTO:**

11. ¿Actualmente usted está consumiendo algún tipo de droga?

- Sí ( )
- No ( )

12. Si contestó no a la pregunta anterior, ¿qué tiempo en meses ha permanecido sin consumir?

- \_\_\_\_\_ (colocar el tiempo en meses)

13. ¿Qué edad tenía la primera vez que entró en un tratamiento para abuso de alcohol/drogas o asistió a un centro de AA o NA?

- Especifique la edad: \_\_\_\_\_

**SALUD:**

14.- ¿En algún momento un profesional de la salud mental (psiquiatra, psicólogo) lo ha diagnosticado a usted con algún trastorno mental?

- Especifique: \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA CRÓNICOS COMUNES EN PERSONAS DEPENDIENTES DE ALCOHOL:**

15. ¿Ha sido internado por sobredosis de drogas (alcohol, marihuana, cocaína, etc.)?

- Sí ( ) 1
- No ( ) 0

Qué tiempo: Colocar el tiempo en días ej: 1

año: 365 días \_\_\_\_\_

Cuántas veces: Colocar el número de veces

\_\_\_\_\_

**CONSUMO**

16. ¿A qué edad empezó a consumir drogas (alcohol, marihuana, cocaína, etc.)?

- Especifique la edad: \_\_\_\_\_

17. ¿Qué drogas ha consumido?

Tipo de drogas	Marque con una x
Alcohol (cerveza, vino, sidra, destilados (bebidas blancas), licores, etc.).	1
Marihuana (cannabis, hachís, THC, “hierba”, “maría”, “costo”, “chocolate”, “porros”, etc.).	2
Sedantes (Benzodiacepinas, Valium, Trankimazin, Tranxilium, Dorken, Lexatin, Halcion, Rohipnol, Orfdal, Idalprem, barbitúricos, etc.)	3
Cocaína (“crack” o cocaína base, “speedball”, etc.).	4
Estimulantes (anfetamina, metanfetamina, Rubifen, concerta, “speed”, “cristal”, “hielo”, “monster”, “crank”, etc.).	5
Alucinógenos (LSD, “ácido”, “blotter”, PCP, “polvo de ángel”, “polvo”, STP, DMT, mescalina, psilobice, hongos, MDMA, éxtasis, “X”, “green”, etc).	6
Heroína (caballo, jaco, brown sugar, chinos).	7
Otros opiáceos (Analgésicos: morfina, opio, codeína, fentanilo, etc).	8
Metadona	9
Inhalantes (pegamento, óxido nitroso (gas hilarante), nitrato de amilo,	10

“poppers”, disolventes, gasolina, etc.).	
Tabaco	11
Otras. Especifique: _____	

18. De su preferencia, ¿Cuál es la droga de mayor consumo?

- Especifique: \_\_\_\_\_

19. De su preferencia, ¿Cuál es la segunda droga de mayor consumo?

- Especifique: \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN LEGAL

20. ¿Ha tenido problemas legales (robo, asesinato, violaciones, etc.)?

- Sí ( )
- No ( )
- Otros. ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

### RED SOCIAL

21. Si necesita ayuda, ¿puede contar con el apoyo de...?

- Familia. ( )
- Amigos. ( )
- Pareja. ( )
- Nadie. ( )
- Otros. ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

### FINALIZACIÓN

A ser llenado por el entrevistador:

- Entrevistador: \_\_\_\_\_
- Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_
- Hora de inicio: \_\_\_\_\_
- Hora de finalización: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### INVENTARIO BIG FIVE (BFI):

**Instrucciones:**

Lea con precisión las expresiones que se presentan a continuación y conteste con la mayor sinceridad posible. Por favor escoja un numero para cada una, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo.

Preguntas	Completament e de acuerdo	Bastant e de acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerd o	Bastante en desacuerd o	Completament e en desacuerdo
<b>Me veo a mi mismo como alguien que:</b>					
1. Es bien hablador.					
2. Tiende a ser crítico.					
3. Es minucioso en el trabajo.					
4. Es depresivo, melancólico.					
5. Es original, se le ocurren ideas nuevas.					
6. Es reservado.					
7. Es generoso y ayuda a los demás.					
8. Puede a veces ser algo descuidado.					
9. Es calmado,					

controla bien el estrés.					
10. Tiene intereses muy diversos.					
11. Está lleno de energía.					
12. Prefiere trabajos que son rutinarios.					
13. Inicia disputas con los demás.					
14. Es un trabajador cumplido, digno de confianza.					
15. Con frecuencia se pone tenso.					
16. Tiende a ser callado.					
17. Valora lo artístico, lo estético.					
18. Tiende a ser desorganizado.					
19. Es emocionalmente estable, difícil de alterar.					
20. Tiene una imaginación activa.					
21. Persevera					

hasta terminar el trabajo.					
22. Es a veces maleducado con los demás.					
23. Es inventivo.					
24. Es generalment e confiado.					
25. Tiende a ser flojo, vago.					
26. Se preocupa mucho por las cosa.					
27. Es a veces tímido, inhibido.					
28. Es indulgente, no le cuesta perdonar.					
29. Hace las cosas de manera eficiente.					
30. Es temperamen tal, de humor cambiante.					
31. Es ingenioso, analítico.					
32. Irradia entusiasmo.					
33. Es a veces frio, distante.					
34. Hace planes y los sigue cuidadosam					

ente.					
35. Mantiene la calma en situaciones difíciles.					
36. Le gusta reflexionar, jugar con las ideas					
37. Es considerado y amable con casi todo el mundo.					
38. Se pone nervioso con mucha facilidad					
39. Es educado en arte, música y literatura.					
40. Es asertivo, no teme expresar lo que quiere.					
41. Le gusta cooperar con los demás.					
42. Se distrae con facilidad.					
43. Es extrovertido, sociable.					
44. Tiene pocos intereses artísticos.					

**Por favor compruebe que ha ingresado una respuesta frente a cada frase.**

### ANEXO 3

#### INVENTARIO DE SÍNTOMA PREFRONTAL

**Instrucciones:**

A continuación, se le plantearán 46 afirmaciones sobre cuestiones de la vida cotidiana que usted puede experimentar o no. Marque en la opción que mejor le represente. Señale con una X en la afirmación de NUNCA O CASI NUNCA si cree que esa afirmación no es correcta sobre usted; POCAS VECES si es algo que le ha pasado, pero en contadas ocasiones; A VECES SI Y A VECES NO, si le sucede o no le sucede con la misma frecuencia; MUCHAS VECES, si es algo que le pasa a menudo y SIEMPRE O CASI SIEMPRE si la afirmación define su modo habitual de pensar o actuar.

PREGUNTAS	Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si o a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1. Tengo problemas para empezar una actividad. Me falta iniciativa.					
2. Me resulta difícil concentrarme en algo.					
3. No puedo hacer dos cosas al mismo tiempo (por ejemplo, preparar la comida y hablar).					
4. Ríe con demasiada facilidad.					
5. Me enfado mucho por cosas insignificantes. Me irrito con facilidad.					
6. Tengo poca capacidad para resolver problemas.					
7. Mezclo algunos episodios de mi vida con otros. Me confundo al intentar ponerlos en orden.					
8. Llego tarde a las citas.					
9. Me cuesta adaptarme a los					

cambios de mis rutinas.					
10. Hablo con desconocidos como si los conociera.					
11. Me distraigo con facilidad.					
12. Tengo problemas para cambiar de tema en las conversaciones.					
13. Ciertas cosas me enojan demasiado y en esos momentos me paso de la raya.					
14. Estos muy aletargado, como adormecido.					
15. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
16. Hablo fuera de turno, interrumpiendo a los demás en la conversación.					
17. Me olvido que tengo que hacer cosas, pero me acuerdo cuando me lo recuerdan.					
18. Me hago tarde con mucha facilidad.					
19. No hago las cosas sin que alguien me diga que las tengo que hacer.					
20. Tengo dificultades para seguir el argumento de una película o un libro.					
21. Tengo dificultad para pensar cosas con antelación o para planificar el futuro.					
22. Puedo pasar de la risa al llanto con facilidad.					
23. Descuido mi higiene personal.					

24. No me entusiasmo con las cosas. No me interesa ninguna actividad.					
25. Corro riesgos sólo por el placer de hacerlo, aunque me meta en líos por ello.					
26. Me cuesta cambiar de planes cuando las cosas están saliendo mal.					
27. Cuento chistes inapropiados en situaciones inapropiadas.					
28. Actúo como si las demás personas no existieran.					
29. Me cuesta ponerme en marcha. Me falta energía.					
30. Repito los mismos errores. No aprendo de la experiencia.					
31. Cuando hay ruido en la calle, tengo problemas para pensar con claridad					
32. Me cuesta planificar las cosas con antelación.					
33. Toco o abrazo a la gente, aunque no los conozca demasiado.					
34. Doy portazos, golpeo muebles o lanzo cosas por el aire cuando me cabreo.					
35. Me cuesta encontrar la solución a los problemas.					
36. Hago las cosas impulsivamente.					
37. Hago comentarios sobre temas muy personales delante de los demás.					
38. Tengo ganas de hacer algunas cosas, pero luego no las hago.					
39. Hago o digo cosas					

embarazosas.					
40. Me confundo cuando estoy haciendo cosas en un orden.					
41. Tengo explosiones emocionales sin una razón importante.					
42. Tengo problemas para entender lo que otros quieren decir.					
43. Me manifiesto ante los demás de una manera sensual. Coqueteo demasiado.					
44. Hago o digo cosas que no debo cuando estoy con otras personas.					
45. Hago comentarios sexuales inapropiados.					
46. Todo me resulta indiferente. Me dan igual las cosas.					

**Por favor compruebe que ha ingresado una respuesta frente a cada frase.**