

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación

Escuela de Psicología Clínica

“DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, ANSIEDAD Y CRAVING EN ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS”

Trabajo previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Autor:

Juan Andrés Guillermo Anasicha

Director:

Mst. Sebastián Herrera

Codirectora:

Ana Lucía Pacurucu, Ph.D.

Cuenca-Ecuador

2020

DEDICATORIA

Principalmente dedico esta investigación a mis padres y hermanos, por sus inmensos esfuerzos y sacrificios para permitirme culminar mis estudios.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres [Edgar y María] y hermanos [Fernanda, Pablo, Lorena, Verónica y Mauricio], personas de gran sabiduría y corazón, quienes me han brindado su apoyo emocional y económico para llegar al punto en el que me encuentro. *Muchas gracias Familia.*

A mi director de tesis Mst. Sebastián Herrera, por ser mentor y guía durante el desarrollo de la presente investigación.

A mi codirectora de tesis prof .^a. Ana Lucía Pacurucu, Ph. D., por su significativa colaboración en el análisis estadístico del actual estudio. *Muchas gracias querida Anita.*

Al Centro de Rehabilitación CRATI, en especial a la Dra. Karina Manosalvas, directora técnica de la institución, por su inmediata colaboración al momento de presentar el proyecto y permitirme desarrollarlo a pesar de las condiciones en la que se encuentra actualmente la humanidad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE DE CONTENIDOS	III
ÍNDICE DE ANEXOS.....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
CAPÍTULO 1	7
1.1 ADOLESCENCIA.....	7
1.1.1 Características de la adolescencia	8
1.1.2 Otros autores y el desarrollo durante la Adolescencia	9
1.1.3 Desarrollo Cognoscitivo durante la Adolescencia	10
1.1.4 Piaget y el desarrollo cognoscitivo del adolescente	11
1.1.5 Desarrollo social y psicológico durante la adolescencia.....	12
1.2 ADICCIÓN A SUSTANCIAS	14
1.2.1 Clasificación de drogas:	15
1.2.2 Formas de consumo:.....	16
1.2.3 Vías de administración	16
1.2.4 Mecanismo de acción de las drogas	18
1.3 ADICCIÓN.....	19
1.3.1 Criterios diagnósticos de la CIE-10	20
1.3.2 Criterios diagnósticos del DSM-V	21
1.3.3 Manifestaciones clínicas de la adicción: <i>abstinencia, tolerancia y craving</i>	23
1.3.4 Modelos explicativos de la Adicción	24
1.3.5 Factores asociados al consumo de drogas	28
1.3.6 Consecuencias asociados al consumo	30
1.4 ADICCIÓN EN ADOLESCENTES	32
1.4.1 Modelos explicativos.....	33
1.4.2 Factores de riesgo.....	34

1.4.3	Adolescencia y consumo de drogas en Ecuador	35
CAPÍTULO 2	.....	38
1.5	PERSONALIDAD.....	38
1.5.1	Definiciones de la Personalidad	39
1.5.2	Componentes de la personalidad.....	40
1.5.3	Diferentes perspectivas sobre la personalidad	42
1.5.4	Enfoque Categorial de la Personalidad	46
1.5.5	Enfoque dimensional de la personalidad.....	47
1.5.6	Acercamiento a la Teoría de la Personalidad según Hans Eysenck.....	48
1.5.7	Dimensiones o rasgos de la personalidad y adolescentes adictos	53
1.6	CRAVING.....	56
1.6.1	Modelos teóricos del craving	57
1.6.2	Tipos de Craving	61
1.6.3	Características generales del Craving	62
1.6.4	Craving y Creencias Adictivas	63
1.6.5	Estrategias Cognitivo-Conductuales para el afrontamiento del craving	64
1.6.6	Craving y Recaídas.....	65
1.6.7	Drogas y nivel de craving.....	65
1.7	ANSIEDAD.....	66
1.7.1	Neurobiología de la Ansiedad	67
1.7.2	Ansiedad rasgo, ansiedad estado.....	67
1.7.3	Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica.....	68
1.7.4	Sintomatología de la Ansiedad.....	69
1.7.5	Ansiedad y trastornos de dependencia sustancias	70
1.8	Rasgos de Personalidad, Ansiedad y Craving en Adolescentes adictos a sustancias.....	72
CAPÍTULO 3	.....	74
1.9	METODOLOGÍA.....	74
1.10	Sujetos y Criterios de Inclusión.....	74
1.11	Instrumentos a utilizar	75
1.11.1	Ficha Sociodemográfica	75
1.11.2	Escala de Mannheim para el Craving (MaCS).....	75
1.11.3	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	76
1.11.4	Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-J).....	78
1.12	Objetivos de la investigación.....	80
1.13	Procedimiento.....	80

1.14	Análisis e interpretación de los resultados	81
CAPÍTULO 4	.....	98
1.15	DISCUSIÓN	98
CAPÍTULO 5	.....	102
1.16	CONCLUSIONES	102
CAPÍTULO 6	.....	104
1.17	RECOMENDACIONES	104
ANEXOS	.....	106
BIBLIOGRAFÍA	.....	115

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Ficha Sociodemográfica	106
Anexo B. Escala de Mannheim para el Craving (MaCS)	108
Anexo C. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	110
Anexo D. Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (EPQ-J).....	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de los participantes	82
Figura 2. Nivel escolar de los participantes	83
Figura 3. Estado civil de los progenitores	83
Figura 4. Tipo de Familia.....	84
Figura 5. Sustancias de consumo	85
Figura 6. Intensidad del Craving	87
Figura 7. Dimensiones de Personalidad	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la muestra	84
Tabla 2. Número de Sustancias	86
Tabla 3. Número de Internamientos	86
Tabla 4. Inventario de Ansiedad de Beck.....	87
Tabla 5. Relación entre Ansiedad y Edad	89
Tabla 6. Relación entre Edad y Craving.....	89
Tabla 7. Relación entre Número de Sustancias y Ansiedad.....	90
Tabla 8. Relación entre Craving y Número de sustancias.....	90
Tabla 9. Relación entre Número de internamientos y Ansiedad	91
Tabla 10. Relación entre el Número de Internamientos y Craving	91
Tabla 11. Relación entre el Tiempo actual de internamiento y Ansiedad.....	92
Tabla 12. Relación entre el Tiempo actual de internamiento y Craving	92
Tabla 13. Relación entre Ansiedad y Emocionabilidad	93
Tabla 14. Relación de Ansiedad y Extraversión	93
Tabla 15. Relación entre Ansiedad y Dureza	94
Tabla 16. Relación entre Ansiedad y Sinceridad	94
Tabla 17. Relación entre Craving y Emocionabilidad	95
Tabla 18. Relación entre Craving y Extraversión	95

Tabla 19. Relación entre Craving y Dureza	96
Tabla 20. Relación entre Craving y Sinceridad.....	96
Tabla 21. Relación entre Ansiedad y Craving.....	97

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo medir y relacionar las dimensiones de personalidad y los niveles de craving y ansiedad en adolescentes con diagnóstico de dependencia de sustancias. Se trabajó con una muestra de 20 adolescentes hombres de 12 a 17 años internos en un centro de rehabilitación de drogas de la ciudad de Cuenca. Entre los resultados más destacados se encontró lo siguiente: el 30% y el 40% de la muestra presentan ansiedad grave y moderada respectivamente, mientras que el 40% y el 10% muestran mayor intensidad de craving e intensidad media. Se pudo determinar que no existe relación significativa entre estas dos variables. Psicoticismo, Introversión y Neuroticismo son las dimensiones de personalidad que prevalecen en la muestra de adolescentes adictos; no existe ninguna correlación con craving y ansiedad. Existe una única correlación positiva, estadísticamente significativa, entre craving y número de sustancia.

Palabras clave: adolescencia, adicción, craving, ansiedad, dimensiones de personalidad.

ABSTRACT

This study aimed at measuring and relating personality dimension levels of craving and anxiety in adolescents with a diagnosis of substance dependence. The study consisted of a sample made up of 20 male adolescents aged between 12 to 17, who were admitted in a drug rehabilitation center in Cuenca. Among the most outstanding results were the following: 30% and 40% of the sample presented severe and moderate anxiety levels respectively, while 40% and 10% showed higher craving intensity and medium intensity. It could be determined that there is no significant relationship between these two variables. Psychoticism, Introversion and Neuroticism were the personality dimensions that prevailed in the sample of adolescent addicts. There was no correlation with craving and anxiety. Only one positive, statistically significant correlation between craving and substance number was found.

Key words: adolescence, addiction, craving, anxiety, personality dimensions.

Translated by



Juan Andrés Guillermo Anasicha

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye ser una etapa fascinante y, a la vez, compleja de la vida de todo ser humano, pues en ella ocurren cambios significativos, internos y externos, que reestructuran y definen, en la mayoría de los casos, al próximo adulto. Por consiguiente, los adolescentes en el transcurso de su desarrollo experimentan nuevas y novedosas sensaciones, mismas que motivarán y dirigirán la mayor parte de su comportamiento durante esta fase. Actualmente se puede considerar que esta *experimentación*, a menudo, ocurre con el consumo de sustancias psicotrópicas, las cuales, potencialmente, pueden causar repercusiones significativas en el desarrollo del sujeto, entre ellas la consolidación de un cuadro adictivo.

La investigación sobre adicción a sustancias es una preocupación constante dentro psicología clínica. Socialmente es difícil ignorar esta problemática, puesto que los índices de consumo e ingreso a centros especializados en rehabilitación de drogas cada vez son más altos. Así pues la iniciativa de este estudio nace del interés y preocupación por la dependencia a sustancias en adolescentes, de tal manera que sus objetivos se sostienen en medir algunos de los componentes característicos de un cuadro de adicción: craving y ansiedad; y relacionar los resultados con determinadas variables [edad, número de sustancias, número de internamientos y tiempo de internamiento por semanas] en base a la cuestión clave planteada: *¿existe relación entre ellas?*; además habría que decir también que se evaluará las dimensiones de la personalidad del adolescente adicto y se correlacionará con los componentes de la adicción mencionados. Por todo esto, la presente investigación pretende profundizar, ampliar e, incluso, contradecir información que conocemos hasta el día de hoy sobre la adicción en adolescentes.

A continuación, en el siguiente apartado se abordará la problemática de investigación.

La adolescencia, adicción a sustancias y adicción en adolescentes son explicados con precisión en el capítulo 1, para lo cual se recurrió a una revisión de textos y artículos científicos de referencia. De manera similar y siguiendo el mismo formato se desarrolla el capítulo 2, el cual se enfoca sobre la personalidad, personalidad del adolescente adicto, craving y ansiedad.

El capítulo 3 muestra los sujetos y criterios de inclusión de la muestra estudiada, la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, así como los objetivos de investigación y el procedimiento del estudio.

El capítulo 4, 5 y 6 constituyen la discusión, conclusiones y recomendaciones respectivamente; en ellos se compara los resultados obtenidos con la literatura previa y se detalla los resultados significativos hallados en la presente investigación.

Finalmente, en los anexos, se adjunta los instrumentos empleados para el desarrollo del estudio, incluyendo la ficha sociodemográfica propuesta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial existe preocupación sobre el incremento significativo del consumo de drogas legales e ilegales entre los adolescentes. De acuerdo al Informe Mundial de Drogas, realizado por la ONODC (2019) aproximadamente 35 millones de personas alrededor del mundo presentan trastornos relacionados con el uso de drogas. Según datos de la CICAD (2019) el uso de cualquier sustancia psicoactiva, incluidos el alcohol y el tabaco, se ha incrementado en los últimos años entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por lo que en el continente Americano existe un elevado consumo de marihuana, éxtasis y sustancias inhalables en adolescentes de entre 13 y 17 años. Asimismo el CONSEP y OND (2013) a través de la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, señalan que en Ecuador se registraron datos alarmantes sobre el consumo ocasional e intenso de sustancias de consumo tanto legal, ilegal y de fármacos no prescritos con fines médicos. Se observaron prevalencias significativas en alcohol, tabaco, cannabis y pasta base de cocaína.

Además del incremento de consumo de sustancias en adolescentes se ha evidenciado, paralelamente, un aumento de las problemáticas y conductas de riesgo típicas de la adolescencia. Éste consumo problemático conjuntamente con factores de riesgo [vínculos familiares débiles, amigos que consumen drogas, maltrato psicológico, rasgos de personalidad, entre otros] han permitido el desarrollo de trastornos adictivos en la adolescencia, el cual provoca una perturbación en el funcionamiento habitual del adolescente.

A pesar de que varios factores están involucrados en la comprensión de las drogodependencias [ya sea en adultos o adolescentes] el abordaje del craving [deseo por consumir una determinada sustancia tras un periodo de abstinencia] continúa siendo un

punto central en la mayoría de las investigaciones sobre adicciones a nivel internacional; ésta consideración parte de la premisa de que el craving posibilita conocer, en la mayoría de los casos, el estado subjetivo del sujeto al momento en el que se encuentra sin la sustancia. No obstante, es posible que tanto la personalidad del adicto así como la ansiedad presente contribuyan a la comprensión y abordaje de las drogodependencias.

Investigaciones previas han determinado la existencia de una relación significativa entre craving e impulsividad, lo cual ha permitido planificar de una mejor manera el tratamiento psicológico y/o farmacológico o prevenir futuras recaídas. Por otro lado, principalmente a nivel internacional, se han determinado algunos rasgos de personalidad que posiblemente influyen en las adicciones de los adolescentes, sin embargo a nivel nacional ésta información aún es muy escasa.

Actualmente no existen estudios que determinen qué rasgos de personalidad presentan mayor índice de craving y ansiedad en adolescentes adictos o investigaciones que determinen la posible relación de éstas tres variables. En definitiva existe la *necesidad* de abordar estos tres factores con el objetivo de aportar información a la clínica de las adicciones en adolescentes, especialmente de la fase de abstinencia pues en esta etapa los niveles de las variables [craving y ansiedad] son muy significativos y los rasgos de personalidad dominante son más evidentes .

CAPÍTULO 1

1.1 ADOLESCENCIA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] se define como adolescencia a la fase comprendida entre los 10 y 19 años, es un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Una de las etapas de transición más relevantes en la vida del individuo pues se caracteriza por un acelerado crecimiento y cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social (OMS, 2017).

Para Papalia, Olds & Feldman (2009), la adolescencia es aquella “transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales importantes” (p-461).

Se ha descrito por Cabezuelo & Frontera (2012) como un periodo del desarrollo humano en que aparecen cambios físicos y psíquicos en muy poco tiempo. Durante la adolescencia se forman las características corporales adultas y definitivas, además inicia la independencia y se construye definitivamente la personalidad del sujeto. En esta etapa, según consideración de los autores, el individuo ha progresado en su conocimiento del mundo, ha aprendido a razonar con lógica y a formar vínculos emocionales complejos: a sentir y a querer (Cabezuelo & Frontera, 2012).

En definitiva, la adolescencia representa tanto una continuidad como una discontinuidad con respecto a la niñez, dado que el desarrollo del adolescente está influenciado por factores genéticos, ambientales y sociales. Los genes que han sido heredados de los padres aun ejercen cierta influencia en los pensamientos y la conducta del adolescente, sin embargo la herencia, ahora, se combina con las condiciones sociales del entorno del individuo. En esta etapa las relaciones con los padres adoptan una forma distinta, en muchos de los casos se produce un distanciamiento, los momentos con los amigos se

vuelven más íntimos y las citas tienen lugar por primera vez, al igual que la exploración sexual y las posibles relaciones sexuales. Al mismo tiempo, los pensamientos del adolescente se convierten en más abstractos e idealista y los cambios biológicos dan espacio a un mayor interés por el aspecto físico (Santrock, 2003).

1.1.1 Características de la adolescencia

Como se había mencionado, la adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta, esta etapa requiere de cambios importantes, además de la maduración física y sexual, para lograr la transición hacia la independencia social y económica, así como para el desarrollo de la identidad y la adquisición de aptitudes, valores y habilidades que permitan asumir las funciones de un adulto; a su vez la adolescencia representa una etapa de numerosos riesgos, donde la presión social juega un papel importante para el desarrollo de diversas conductas (OMS, 2017).

La adolescencia, de acuerdo a la edad y a las características, está dividida en tres etapas. Ponce (2015) las clasifica de la siguiente manera:

*Adolescencia temprana [10-13 años].*_ Inicia la pubertad, caracterizado por el crecimiento rápido de los caracteres sexuales secundarios; posteriormente se produce la adaptación al cuerpo y a la imagen corporal así como el inicio de la separación de la familia. Asimismo ocurre la interacción con pares del mismo sexo y la atracción por el sexo opuesto [primer enamoramiento]. Se presenta ambivalencia en las relaciones familiares, se dan los primeros conflictos, peleas y conductas de rebeldía. Esta etapa se caracteriza también por la presencia de impulsividad y cambios de humor repentinos.

*Adolescencia media [14-16 años].*_ En esta etapa concluyen los cambios puberales. Comienza una intensa preocupación por la apariencia física así como la búsqueda de su propia identidad. Incrementa el distanciamiento con la familia y aumenta su círculo social

de amigo, incluyendo los grupos de pertenencia [positivos o negativos]. Se define la orientación sexual, ocurre los primeros enamoramientos y aparecen nuevas conductas.

Adolescencia Tardía [16-19 años]. Esta etapa se caracteriza por una labilidad emocional extrema. Ocurre mayor conflicto tanto con los padres como con otros adultos. Los adolescentes comienzan a cuestionar los valores familiares y sociales, así como determinadas conductas. Se convierten en hipercríticos de los adultos, especialmente de sus padres. Generalmente aparecen las conductas de riesgo y se evidencia mayor egocentrismo en su conducta. Existe la necesidad de mayor autonomía, por lo que surge un conflicto entre libertad y límites.

1.1.2 Otros autores y el desarrollo durante la Adolescencia

Una de las características que representan el *adiós a la infancia* se relaciona con los cambios físicos que comienza a experimentar niños y niñas al inicio de la adolescencia. Estos cambios se producen a lo largo de varios años en una secuencia prefijada que conducirá a la madurez física y sexual del sujeto (Moreno, 2007).

El desarrollo físico o puberal comienza con el inicio de la menstruación en las chicas y la aparición del vello púbico en los chicos. El “estirón”, el cual se refiere al aumento en talla y peso durante la adolescencia temprana, representa un cambio significativo en el desarrollo del sujeto, sin embargo es importante señalar que existe diferencias individuales en la edad de comienzo y duración de esta transformación (Coleman & Hendry, 2003).

En los chicos el estirón puede comenzar ya a los 9 años de edad, pero también retrasarse hasta los 15, mientras que en las chicas el mismo proceso puede comenzar a los 7 u 8 años, o no hacerlo hasta los 12, 13 o incluso 14 (Coleman & Hendry, 2003, p. 31-33).

Al mismo tiempo ésta etapa esta caracterizada por la maduración sexual:

En primer lugar, en ambos casos [hombre-mujer] las características sexuales primarias se agrandan y maduran. En efecto, en el caso de las mujeres se da un desarrollo de los ovarios, trompas de falopio, útero, clítoris y vagina; respecto a los varones incluye el desarrollo de los testiculos, el pene, el escroto, las vesiculas seminales y la próstata.

En segundo lugar las características sexuales secundarias [signos fisiologicos de la maduración sexual] definen aún mas las diferencias individuales de cada sexo. Esto es, desarrollo de los senos en las mujeres y los hombros anchos en los varones. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento de vello [púbico, facial, axilar y corporal] (Papalia & Martorell, 2017).

1.1.3 Desarrollo Cognoscitivo durante la Adolescencia

De acuerdo a Papalia & Martorell (2017) sobre el desarrollo cerebral del adolescente, señalan:

No hace mucho tiempo, la mayoría de los científicos creía que el cerebro había madurado por completo a la llegada de la pubertad. Sin embargo, el desarrollo del cerebro del adolescente todavía está en progreso. Entre la pubertad y la adultez temprana tienen lugar cambios espectaculares en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol (p. 329).

Las autoras señalan que la diferencia entre los niños y los adolescentes radica también en la forma en la que piensa y hablan de manera distinta a la primer población [infantes]. Además señalan que el pensamiento del adolescente aun es inmaduro pero algunos son capaces de adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales

complejos, además de poder realizar planes más objetivos para el futuro (Papalia & Martorell, 2017).

1.1.4 Piaget y el desarrollo cognoscitivo del adolescente

Según Linares (2007):

Piaget dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro grandes etapas: etapa sensoriomotora (0-2 años), etapa preoperacional (2-7 años), etapa de las operaciones concretas (7-11 años) y etapa de las operaciones formales (11 a 12 en adelante), cada una de las cuales representa la transición a una forma más compleja y abstracta de conocer. En cada etapa se supone que el pensamiento del niño es cualitativamente distinto al de las restantes. Según Piaget, el desarrollo cognoscitivo no sólo consiste en cambios cualitativos de los hechos y de las habilidades, sino en transformaciones radicales de cómo se organiza el conocimiento. Una vez que el niño entra en una nueva etapa, no retrocede a una forma anterior de razonamiento ni de funcionamiento. Piaget propuso que el desarrollo cognoscitivo sigue una secuencia invariable. Es decir, todos los niños pasan por las cuatro etapas en el mismo orden. No es posible omitir ninguna de ellas. Las etapas se relacionan generalmente con ciertos niveles de edad, pero el tiempo que dura una etapa muestra gran variación individual y cultural.

Como se ha dicho, entre los 11 y 12 años el sujeto se encuentra en la cuarta etapa del desarrollo cognoscitivo propuesta por Piaget. En esta fase comienza a formarse un sistema coherente de lógica formal. En particular el adolescente piensa en cosas con que nunca han tenido contacto, pueden generar ideas acerca de eventos que nunca ocurrieron y pueden hacer predicciones sobre hechos hipotéticos o futuros. Además conforme avanza su edad pueden discutir sobre complejos problemas sociopolíticos que incluyan ideas abstractas.

También pueden razonar sobre las relaciones y analogías proporcionales y analizar la validez intrínseca de un determinado argumento. En definitiva, en esta etapa se logra la capacidad de pensar de forma abstracta y reflexiva, la cual se caracteriza por lógica proposicional, razonamiento científico, razonamiento combinatorio y razonamiento sobre probabilidades y proporciones (Linares, 2007).

1.1.5 Desarrollo social y psicológico durante la adolescencia

A continuación se enumeran cuatro aspectos importantes que según Iglesias (2013) están relacionados con los cambios psicológicos y sociales que experimenta el adolescente durante su desarrollo:

La lucha independencia-dependencia._ durante en la primera adolescencia se dificulta la relación con los progenitores, existe mayor recelo y confrontación debido al humor o estados de ánimo inestable del adolescente, además de la existencia de un “vacío” emocional. En la adolescencia media (14 a 16 años) estos conflictos se exacerbaban, sin embargo con el pasar del tiempo tienden a declinarse. Se produce además una mayor independencia y madurez del adolescente y entre los 18 a 21 años hay una regresión a los valores de la familia.

Preocupación por el aspecto corporal._ En la primera adolescencia los cambios físicos y psicológicos que ocurren producen una preocupación significativa, donde prima un extrañamiento y rechazo del propio cuerpo e inseguridad respecto a la apariencia. Sin embargo se incrementa el interés por la sexualidad. En la adolescencia media prima la preocupación por la apariencia y las relaciones sexuales comienzan a ser más frecuentes, además son muy susceptibles presentar algún tipo de desequilibrio emocional. Entre los 18 y 21 años existe una mayor aceptación del propio cuerpo.

Integración en el grupo de amigos._ La amistad desplaza el apego sentido hasta el momento hacia padres y se dirige a los amigos; por ende las relaciones con el otro son

intensamente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. Debido a la intensidad de las relaciones con el otro, surgen vínculos sociales más estrechos, entre los que sobresalen las pandillas, los clubs y las reuniones para realizar deporte. Al igual se desatan los gustos por una determinada música y se adoptan signos comunes de identidad [conductas de riesgo, tatuajes, piercing, moda]. Entre los 18 a 21 años se reduce el círculo social de amigos, enfocándose en pocas personas y manteniendo una relación de pareja más o menos estable.

Desarrollo de la identidad._ En la primera adolescencia existen objetivos irreales, pobre control de impulsos y una inmensidad de dudas. Entre los 18 y 21 años los adolescentes se convierten en más realistas y racionales, se consolida sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro.

Todavía cabe señalar que durante éste periodo se presentan crisis de ansiedad, frustración, conflictos y enamoramiento, que en algunas ocasiones terminan en suicidio o en la adquisición de una dependencia de una determinada droga. Los cambios psicológicos que experimentan los adolescentes influyen en su seguridad, produciendo máscaras que ocultan, en muchos de los casos, inseguridad, agresividad, violencia verbal o física y rebeldía. Estas conductas surgen como una necesidad de ser comprendidos tanto por sus padres como por los adultos, sin embargo, al no obtener este entendimiento, el adolescente tiende a refugiarse en su grupo de amigos; el cual le otorga fortaleza frente a la amenaza. La inseguridad del adolescente lo puede llevar a realizar algunas conductas de riesgos, entre las que sobresale el consumo de drogas o inclusive actos vandálicos o la misma delincuencia (Mena & Muñoz, 2010).

1.2 ADICCIÓN A SUSTANCIAS

Este apartado se dedicará exclusivamente al abordaje de las adicciones a determinadas sustancias, excluyen a las adicciones no químicas o conductuales, las cuales no son objetivo de estudio de la presente investigación.

Resulta de suma importancia describir el concepto de “droga” debido a que constituye una de las adicciones más frecuentes y la que más repercusiones generan en el funcionamiento cotidiano del individuo.

En efecto, el término *droga* hace referencia a aquellas “sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo Fernández, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009, p.3).

Esta definición propuesta por los autores resalta la característica principal que genera una droga: dependencia, la cual hace referencia a que el sujeto se encuentra “atado” a una determinada sustancia y no puede funcionar cotidianamente sin ella.

La OMS mediante su prueba de detención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias [ASSIST v3.1] reconoce las siguientes drogas y sus derivados:

- a)** Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
- b)** Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
- c)** Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
- d)** Cocaína (coca, crack, pasta base, etc.)
- e)** Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
- f)** Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.).
- g)** Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)

- h)** Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
 - i)** Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
- (Organización Panamericana de Salud, 2011, p. 42).

Todas las drogas mencionadas, en elevadas dosis, son capaz de producir alteraciones o cambios en la conciencia, percepción, estado de ánimo y comportamiento (Lorenzo Fernández et al. 2009).

1.2.1 Clasificación de drogas:

La forma más práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus efectos; González (2011) establece las siguientes categorías en base a lo que provoca determinadas sustancias:

Drogas estimulantes: caracterizadas por generar euforia y sobrevaloración de las potencialidades del consumidor, generalmente se acompaña de sentimiento de omnipotencia y actitudes audaces. Los prototipos de estas drogas son: cocaína, anfetaminas y el ice.

Drogas Depresoras: Producen la inhibición de los centros corticales, lo cual produce el efecto de liberación de la subcorteza, aquella zona responsable de las conductas primarias instintivo afectivas. El alcohol, las benzodiazepinas, la heroína, la morfina y los hipnóticos se encuentran dentro de esta clasificación.

Drogas Psicodélicas o Distorsionantes: como su nombre secundario lo indica, estas drogas distorsionan la percepción espacial del sujeto además que producen alucinaciones, despersonalización, trastornos del esquema corporal y vivencias de tipo onírico. En este grupo se encuentra: la marihuana, LSD, hongos alucinógenos y la fenciclidina (polvo de ángel).

1.2.2 Formas de consumo:

Respecto a las formas de consumo, Barrionuevo (2015) distingue tres formas esenciales: uso, abuso y adicción: (Barrionuevo, 2015)

Uso: contacto ocasional con la droga. Consumo circunstancial y en determinadas ocasiones.

Abuso: Frecuente consumo de drogas, dosis o cantidades elevadas que superan a consumos previos o anteriores. Abusar de una determinada sustancia puede permitir el traspaso a una adicción propiamente dicha.

Drogadicción [Dependencia]: Constante y compulsiva dependencia a una sustancia de la cual el sujeto no puede renunciar. La dependencia provoca inestabilidad en el funcionamiento físico y psíquico del sujeto, además de su desestabilización en todas sus áreas de funcionamiento cotidiano [social, familiar, académico, etc.]

1.2.3 Vías de administración

De acuerdo a González, B, (2011) las principales rutas o vías de administración para consumir las sustancias psicoactivas son: inyectada, inhalada, fumada, ingerida, transdérmica, rectal o vaginal y sublingual. A continuación se describirán brevemente:

Inyectada._ Considerada como la vía más peligrosa pues destroza la barrera protectora de la piel y aumenta la posibilidad de sufrir infecciones, abscesos, coágulos o alguna patología fisiológica. Generalmente esta ruta provoca una mayor incidencia de muerte debido a la probabilidad de sobredosis. Los lugares en los que se libera la dosis inyectada son: Subcutánea, Intramuscular e Intravenosa.

Inhalada._ Consiste en aspirar la sustancia con el fin de aprovechar la membrana de las paredes nasales en su absorción y pasó al torrente sanguíneo; de esta manera se logra el

efecto deseado por el consumidor debido a su rápida acción y aparente seguridad frente a las inyecciones. Compartir los utensilios para inhalar provoca un alto riesgo de transportar virus o bacterias pues estos pueden ingresar en las microlaseraciones nasales generadas por el consumo de una determinada sustancia.

Fumada._ Para consumir una sustancia fumada es necesario calentarla en una pipa, cigarro u otro dispositivo donde se le pueda aplicar fuego e inhalar por la boca el humo de la combustión. Los efectos de la sustancia son más lentos que al inhalar pero dependiendo de la sustancia pueden ser más intensos.

Ingerida._ Cuando se ingiere una sustancia se incrementa el tiempo de absorción debido a la digestión del organismo; sin embargo para sentir [rápido] los efectos de una sustancia, el consumidor suele ingerir una segunda o tercera dosis, incrementando de esta manera un riesgo de sobredosis.

Transdérmica._ En esta vía se aprovecha la permeabilidad de la piel para absorber la sustancia. Generalmente ésta es frotada sobre la superficie de la piel logrando fácilmente los efectos deseados. El LSD es un claro ejemplo de la administración por esta vía.

Rectal o Vaginal._ Mediante esta vía se aprovecha las membranas y los vasos sanguíneos de estas zonas. El consumidor introduce la dosis al interior de la vagina o el recto, alrededor de 45-60 minutos se absorbe por completo la dosis generando el efecto deseado. El efecto de las sustancias administradas por esta vía es más intenso que muchas de las anteriores mencionadas, principalmente, debido a que la sustancia no se descompone ni se reduce su concentración por la ausencia de jugos gástricos.

Sublingual._ A través de esta ruta se coloca la sustancia debajo de la lengua y se deja que se absorba por un intervalo de tiempo. La hoja de coca y el tabaco masticado, generalmente, suelen consumirse por esta vía.

Del Río (2016) considera que la persona que utiliza una droga desea sentirse diferente a como se sentía antes de ingerirla. En otras palabras, el que consume drogas, por lo general, no se siente a gusto consigo mismo o con el mundo que le rodea y escoge este método para salir o escapar de su realidad.

1.2.4 Mecanismo de acción de las drogas

En un comienzo las drogas producen efectos activadores en los circuitos de recompensa, produciendo intensas sensaciones de placer y/o euforia y provocando un aumento de Dopamina a nivel del Nucleus Accumbens. Al principio, el consumo es voluntario, sin embargo la reiteración continuada altera las funciones del cerebro, deteriora la capacidad de controlar la ingesta y lo convierte al sujeto sensible al estrés y a los estados de ánimo negativos. Se produce una disfunción metabólica en las áreas frontales del cerebro, específicamente en la corteza orbito-frontal [área responsable de la motivación, la ejecución y el cambio del valor relativo de los reforzadores de la conducta] produciendo una debilitación del control inhibitorio, lo cual genera una etapa de motivación desenfrenada y por ende un consumo compulsivo. La repetición de la estimulación altera la intensidad de las aferencias glutamatérgicas sobre las neuronas dopaminérgicas del Striatum y el cerebro medio, produciendo un aumento de la reactividad a las señales asociadas con las drogas. De esta manera disminuye tanto la sensibilidad para las gratificaciones cotidianas [relaciones familiares, alimentación, sexualidad, entre otros] y la autorregulación emocional. De igual manera se incrementa la sensibilidad al estrés y suele producirse, en muchos de los casos, disforias. Repetir constantemente el consumo provoca que estos cambios sean duraderos y que se produzca la adquisición de trastornos severos o incluso la misma adicción a sustancias. (Riva-Posse, 2016).

1.3 ADICCIÓN

Antes que nada, es importante señalar que el término *adicción*, muy utilizado hasta ahora, está excluido de los manuales diagnósticos vigentes [CIE-10 y DSM-V] debido a su incierta definición y posibles connotaciones negativas (Riva-Posse, 2016). Cabe señalar que en la década de los sesenta, la OMS recomendó que se deje de utilizar el término *adicción* en favor al de *dependencia*, argumentando que engloba varios grados de severidad (Vega & Lörincz, 2017). Posiblemente esta decisión influyó tiempo después durante la elaboración de la CIE-10 en 1992, razón por la cual no incluye el término dentro del apartado de consumo de sustancias. Sin embargo, Morrison (2015) considera que *adicción* describe de manera adecuada y sucinta al Trastorno por consumo de sustancia que aparece en el DSM-V. En esta investigación se utilizará en ocasiones el vocablo debido a la existencia del mismo en varios de los documentos y portales consultados.

De acuerdo al Informe Mundial sobre las Drogas, 2019, a nivel mundial hay unos 35,3 millones de personas que padecen trastornos por consumo de drogas y necesitan tratamiento, esta cifra es superior a la estimación del año 2018, la cual era de 30,5 millones de personas. Este mismo informe señala que en el año 2017 hubo un incremento significativo en el número de víctimas que perdieron la vida por consumo de sustancias en comparación con años anteriores, alrededor de 585.000 personas (UNODC, 2019).

Indiscutiblemente se puede señalar que en la conducta adictiva prima la pérdida de control sobre el consumo; es decir, el sujeto no puede controlar esa conducta y por tanto genera una incidencia muy significativa en su vida (Becoña & Cortés, 2011).

La conducta adictiva es definida según la OMS (1994) como:

Un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor [denominado adicto] se intoxica periódicamente o de forma

continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia [o las sustancia] preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener la sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades (...) (p. 13).

Se hace necesario resaltar que la dependencia física o fisiológica está íntimamente relacionada con el síndrome de abstinencia, mientras que la dependencia psicológica está en correlación con el fenómeno de craving (Gállido, 2007).

La conducta adictiva constituye la adicción como tal, razón por la cual los diferentes manuales diagnósticos establecen criterios y nomenclaturas específicas con el fin de poder diagnosticar ésta patología.

1.3.1 Criterios diagnósticos de la CIE-10

La OMS mediante la clasificación internacional de enfermedades [CIE-10] describe y establece las pautas necesarias para realizar el Diagnóstico de *Síndrome de Dependencia*; sin embargo no hay que olvidar que este organismo excluye el término *adicción* por sus múltiples interpretaciones.

El síndrome de Dependencia hace referencia a un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro comportamiento que en el pasado tuvo un valor más alto.

Las pautas establecidas para el diagnóstico sugieren que al menos tres o más de los siguientes síntomas deben estar presentes al menos por un mes; sin embargo si han durado menos de un mes deben estar presentes simultáneamente en doce meses:

- 1) Deseo intenso o compulsión a consumir una sustancia.
- 2) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, en especial para controlar el comienzo y el fin del consumo y la cantidad consumida.
- 3) Cuadro fisiológico de abstinencia cuando el consumo de la sustancia disminuye o se interrumpe inesperadamente, cuando se presente síndrome de abstinencia propio de la sustancia o el consumo de la misma para evitar o aliviar los síntomas de la abstinencia.
- 4) Tolerancia, necesidad de incrementar la dosis de la sustancia para lograr el efecto deseado.
- 5) Incremento del tiempo para obtener, ingerir o recuperarse de los efectos de la sustancia, generando un distanciamiento progresivo de otras fuentes de placer.
- 6) Constancia en el consumo de sustancias a pesar del conocimiento [total o parcial] de sus consecuencias perjudiciales

1.3.2 Criterios diagnósticos del DSM-V

La adicción, al igual que en la anterior clasificación, no se utiliza como término diagnóstico en este manual; se utiliza la expresión más neutra *Trastorno por consumo de sustancias* para describir el amplio abanico de un trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Conjunto de síntomas fisiológicos, clínicos, comportamentales y cognitivos causados por múltiples sustancias. La repetición del consumo, mantenida a pesar de los significativos problemas que produce, puede evolucionar hacia niveles de severidad

extrema, desde leve hasta severo (Riva-Posse, 2016). Para determinar el diagnóstico es necesario que durante el año anterior existieran, en algún momento, dos o más de los criterios establecidos.

Los criterios determinados se agrupan en cuatro especificadores: control deficitario sobre el consumo de la sustancia [Criterio 1-4], deterioro social [Criterio 5-7], consumo de riesgo [Criterio 8-9] y criterios farmacológicos [Criterio 10-11]. A continuación se abordará brevemente cada uno de ellos:

- 1) Consumo de grandes cantidades de sustancias o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- 2) Deseos insistentes de dejar o regular el consumo y relatos de intentos fallidos por abandonar o disminuir el consumo.
- 3) El sujeto invierte demasiado tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola y recuperándose de sus efectos.
- 4) Presencia de deseo intenso de consumo caracterizado por una ansia y una urgencia en cualquier momento.
- 5) Incumplimiento de las responsabilidades a nivel académico, laboral o doméstico.
- 6) Constancia en el consumo a pesar de conflictos en la esfera social o interpersonal causada o exacerbada por los efectos del consumo.
- 7) Reducción o abandono de actividades sociales o recreativas debido al consumo de sustancias.
- 8) Consumo de la sustancia incluso en situaciones en la que ésta provoca un riesgo físico.
- 9) Persistencia en el consumo a pesar del conocimiento de un problema físico o psicológico.
- 10) Tolerancia, reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual.

11) Abstinencia, surgimiento de cuadro fisiológico cuando desciende los niveles de concentración de la sustancia en el cuerpo del sujeto (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014).

Una de las características principales del trastorno es el “cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se evidencian en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga” (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 483).

1.3.3 Manifestaciones clínicas de la adicción: *abstinencia, tolerancia y craving*

La abstinencia, tolerancia y craving caracterizan a la conducta adictiva como tal, por lo general los tres factores suelen estar presentes al mismo tiempo y causar alteraciones clínicamente significativas en el sujeto [adicto].

El DSM V (2014) estima que la *Abstinencia* consiste en un “síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada” (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 484). Los síntomas producidos por las diferentes drogas durante el síndrome de abstinencia no son los mismos, sin embargo la ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño, cambios en el estado del ánimo y, sobre todo, el craving están presentes en mayor o menor grado en casi todo tipo de drogas (Mas Bagá, s.f.).

El alcohol, cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y las amfetaminas y otras sustancias afines son grupos de sustancias que pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia (Jiménez F. , 2000).

Por otro lado, la **Tolerancia** es aquel “proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio” (Becoña & Cortés, 2011,p 18). Durante el uso continuo de la dosis mayor, nuevamente tiende a perderse el efecto con el transcurrir del tiempo, lo que obliga a un nuevo aumento de dosis. Tolerar elevadas dosis es mortal para la salud y el bienestar del sujeto (Malgor & Valsecia, s.f.).

De acuerdo a Echavarría & Giraldo (2015) la tolerancia y los síntomas de la abstinencia reflejan la neuroadaptación que ha creado el SNC ante la presencia de una droga o sustancia durante un determinado tiempo.

Respecto al **craving**, es definido como una experiencia subjetiva de intenso deseo por consumir o autoadministrarse una determinada sustancia (Robles-Martínez, García-Carretero, Gibert, Palma-Álvarez, Abad, Sorribes & Roncero, 2017). Además se considera como un fenómeno psicobiológico en el que influyen aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales, de personalidad, conductuales y situacionales. (Guardia, Segura, Gonzalvo, Trujols, Tejero, Suárez & Martí, 2004). Actualmente se puede afirmar que la intensidad del craving está muy relacionado con el pronóstico del paciente.

1.3.4 Modelos explicativos de la Adicción

Los modelos explicativos de la conducta adictiva tiene tres vertientes: la biológica, la psicológica y la sociológica:

1.3.4.1 -Modelo Biológico

Acosta (2015) en su investigación resalta y describe los siguientes modelos:

Modelo de Enfermedad: Propuesto en 1952 por el fisiólogo estadounidense Elvin Jeninek, este modelo postula que existe una predisposición genética asociado con

dificultades en el proceso madurativo personal que desencadenan una susceptibilidad a la dependencia. Estos factores mencionados se relacionan a la intervención de factores facilitares, en este caso la exposición a drogas y el estrés ambiental. Según este modelo, los problemas familiares, personales y sociales son consecuencias del consumo de drogas.

Modelo de la automedicación: desarrollado por Khantzian en 1985, este modelo señala que se requiere la existencia de un trastorno de personalidad o de un trastorno mental previo para el desarrollo de la adicción. De acuerdo a este modelo, la psicopatología presente [depresión, ansiedad, trastorno de personalidad, etc.] provoca la necesidad de consumir drogas con el fin de estabilizar sus síntomas. Actualmente este modelo es obsoleto debido a que la sintomatología de los trastornos mentales se va a sumar a los de la dependencia.

Modelo de Exposición: propuesto por Weiss y Bozarth en 1987; este modelo postula que la dependencia se origina por la capacidad de actuar de las drogas como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa. De esta manera, según este modelo, se explicaría la búsqueda y el consumo de la sustancia.

1.3.4.2 -Modelo Psicológico

Modelos Conductistas

De acuerdo a Velázquez (2013) citado en Vega & Lörincz (2017) el modelo de condicionamiento operante señala que el consumo de drogas es reforzado cuando la persona experimenta una mejoría significativa en su funcionamiento social mediante efectos desinhibidores sobre la conducta.

Aprendizaje Social de Bandura

La teoría de aprendizaje social fue originada por Albert Bandura; posteriormente éste mismo autor ha redenido su teoría a aprendizaje social cognitivo, la cual además de

incluir el condicionamiento operante y clásico, incluye variables como las normas culturales y los agentes de socialización [familia, amigos] que podrían influir en el inicio y mantenimiento de las conductas de consumo (Sánchez-Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás Gradóli, & Morales, Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas, 2002).

Bandura propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta:

En primer lugar se encuentran los *acontecimientos externos* que afectarían a la conducta mediante los mecanismos del condicionamiento operante.

En segundo lugar se encuentran las *consecuencias de la conducta* en forma de refuerzos externos; éstas ejercerían su influencia mediante los mecanismos de condicionamiento operante o instrumental.

Finalmente se encuentran los *procesos cognitivos reguladores* que mediatizarían la influencia del medio; estos procesos determinarán los estímulos a los que se presta atención y la influencia que estos ejercerán en la conducta futura (Sánchez-Hervás et al., 2002).

Además de los procesos de aprendizaje establecidos [C.C y C.O; Pávlov y Skinner respectivamente], Bandura introduce el aprendizaje vicario o modelado; es decir, el sujeto aprende por observación una determinada conducta de un modelo. Las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta facilitan la adquisición y la ejecución de la conducta observada; si estas son positivas se incrementa la probabilidad que el sujeto imite la conducta del modelo, sin embargo si son negativas ocurre todo lo contrario (Quintero, 2015).

En definitiva, la teoría de Bandura proporciona una manera ideal de conceptualizar el problema de las adicciones a diversas sustancias, pues da una visión de los elementos que llevan al inicio, mantenimiento o abandono del consumo.

Modelo de la Economía Conductual

Dentro de la Economía Conductual, la relación entre la conducta y el reforzador se aborda a través de la Ley de Igualación. De acuerdo a esta ley, la razón de las conductas emitidas se debe a los reforzamientos recibidos por esa actividad. Para explicar la preferencia por un determinado reforzador se considera a la Teoría de la Elección Conductual la cual establece la necesidad de considerar tanto los límites conductuales asociados a su acceso y la disponibilidad ambiental de esos reforzadores; estudios realizados con animales y humanos han demostrado que la preferencia por el alcohol y el consumo de otras drogas es por un lado, inversamente proporcional a la restricción sobre su consumo e inversamente proporcional a la disponibilidad de otros reforzadores alternativos y directamente proporcional a la restricción del acceso a éstos. De estas investigaciones se derivaron dos intervenciones para reducir el consumo de drogas: incrementar las limitaciones para acceder a la sustancia e incrementar la disponibilidad de otros reforzadores alternativos. Otros conceptos importantes dentro de la Economía Conductual son: *Demanda*, *Precio* y *Coste de Oportunidad*. El primer término hace referencia a la búsqueda y consumo de sustancias; en cuanto al Precio se refiere a la cantidad de recursos invertidos para el consumo y las consecuencias negativas del mismo y, finalmente, el Coste de Oportunidad se refiere a la pérdida de los reforzadores alternativos debido al uso de sustancias. Conviene subrayar que la Demanda variara en función del precio y del Coste de Oportunidad (García, 2008).

1.3.4.3 -Modelo Sociológico

Modelo Social

Modelo propuesto por Staton Peele en 1985, postula que la adicción a sustancias se produce por el modo como la persona interpreta la experiencia. Las experiencias pasadas, el entorno social y la personalidad influyen significativamente en el modo de afrontar al mundo

y hacia sí mismo; de igual manera influyen en la experiencia de consumo de drogas y el modo de enfrentarse a ellas. Las drogas son utilizadas por los sujetos para afrontar mejor su vida, principalmente ante situaciones de sufrimiento, estrés, ansiedad, inestabilidad emocional, entre otras. De acuerdo a este modelo, la cultura favorece el desarrollo de las adicciones puesto que posee valores centrales como el logro del éxito y la satisfacción inmediata. Al ser difícil de conseguir estas exigencias y la incapacidad para afrontar a nuestra realidad se incrementa paralelamente las dependencias a sustancias, principalmente como una forma de *escape* ante tales requerimientos (Sánchez, 2012).

1.3.5 Factores asociados al consumo de drogas

El consumo de drogas implica varios factores que posibilitan el desarrollo de una dependencia a sustancias; actualmente se puede afirmar que ésta patología cumple con el principio de *multicausalidad*, el cual consiste en que un determinado fenómeno, problema o enfermedad posee varias causas u orígenes.

Esto es, la dependencia a sustancias o adicción depende de factores biológicos y genéticos, factores psicológicos y psicosociales, culturales y ambientales. (OMS, 2004). A continuación se revisarán estas variables:

Sobre los *factores biológicos y genéticos* prima la convicción de la existencia de un determinado gen [heredado] asociado a la enfermedad. Se han identificado genes específicos de sustancias, tal como los genes del metabolismo del alcohol [ADH1B y ALDH2] o los que codifican moléculas dopaminérgicas [DRD2] que alteran la vulnerabilidad hacia diferentes adicciones y otras enfermedades mentales. Por otro lado, las evidencias sobre factores genéticos a partir de estudios familiares, en especial de gemelos, indican que más loci [mayor número de lugares donde se encuentra el cromosoma] asociado a los trastornos psiquiátricos serán encontrados en relación con adicciones específicas y no específicas de sustancias. De

igual manera, la presencia de endofenotipos [alteraciones en las funciones bioquímicas, neurofisiológicas, y neuroanatómicas determinadas por factores genéticos] indican un riesgo aumentado de manifestar la enfermedad (Bobes, Casas, & Gutiérrez, 2011). Sin embargo, no hay suficiente evidencia para afirmar que un gen explique el consumo de drogas, siendo más posible mediante la combinación de varios factores genéticos con factores ambientales (Cabanillas, 2012).

En cuanto a los *factores psicosociales*, como es bien conocido pertenecer a familias disfuncionales, influencias del entorno [amigos o familiares] y el acercamiento temprano a sustancias posiblemente pueden influir en el desarrollo de un cuadro de dependencia. Principalmente Mendoza & Vargas (2017) señalan que existe una fuerte relación entre las variables familiares y el posterior uso y abuso de sustancias psicoactivas, además agregan que cuanto mayor sea el contacto entre compañeros que incitan al consumo, mayor es la probabilidad para que la mayoría de jóvenes lo hagan. Por otro lado, la permisividad social, la ambivalencia, la falta de interés por parte de la sociedad ante el problema del consumo de drogas [legales o ilegales] y la ausencia de compromiso por diversos sectores sociales por asumir un rol significativo en contra de las drogas, posibilitan el desarrollo de ésta patología (Perea, 2004). Los *factores psicológicos* que predisponen a tomar drogas incluyen la sensibilidad general a experimentar sentimientos desagradables, poca motivación para controlar su conducta, impulsividad, búsqueda de excitación y poca tolerancia al aburrimiento, poca tolerancia ante la frustración e insuficientes alternativas prosociales para conseguir sentimientos placenteros y sensación de indefensión cuando se persigue un objetivo (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999).

Respecto a los *factores culturales* resaltan los valores predominantes en cada individuo, los estilos de vida y las creencias de la comunidad acerca de la drogas; estos

componentes influirán significativamente en la elección de la sustancias, así como en los patrones de consumo de la misma (Mendoza & Vargas, 2017).

Finalmente, en cuanto a los *factores ambientales* la literatura existente destaca a la edad inicio del consumo, al estrés en el que se encuentra envuelto la persona, a los traumas en la infancia y a la exposición temprana a determinadas sustancias (La Vanguardia, 2016).

En los últimos años, se han venido registrados varias alteraciones psicológicas como detonadores de un cuadro de dependencia a sustancias; alteraciones como ansiedad, depresión y estrés se asocian también al consumo y abuso de sustancias. La personalidad del sujeto también constituye un factor clave para el desarrollo de la patología, es por ello que en el siguiente capítulo se abordara esta variable con la población a estudiar.

1.3.6 Consecuencias asociados al consumo

La adicción además de ofrecer momentáneamente *placer* produce secuelas significativas que repercuten el normal funcionamiento tanto del individuo como de los que le rodean.

Por un lado alteran significativamente el comportamiento de las personas; es decir, el consumo, dependiendo de la sustancia, dosis y susceptibilidad individual, produce euforia, ansiedad, alucinaciones, delirio, agitación psicomotora, sedación, somnolencia, entre otros. Por otro lado, también está asociado con los accidentes de tránsito, agresiones verbales y/o físicas [principalmente domésticas], suicidios y contagios de VIH y otras enfermedades infecciosas (Organización de los Estados Americanos, 2013).

Se ha registrado que las sustancias alteran las diferentes funciones y áreas del cerebro; entre ellas, las áreas vinculadas a análisis, expresión y control emocional, planificación del comportamiento/control ejecutivo, toma de decisiones y condicionamiento

del miedo. En concreto, las áreas afectadas son: el córtex pre frontal, el córtex cingulado anterior, la amígdala y el sistema límbico (Molina, 2013).

Finalmente, la adicción perjudica en lo económico pues el dinero destinado para diferentes fines [alimentación, salud, educación, etc.] es invertido para la adquisición de diversas drogas (Cueva & Guerrero, 2016). En algunos casos, los sujetos tienden a la delincuencia con el fin de poder obtener los recursos y poder adquirir la sustancia. De manera similar, los adolescentes suelen tomar dinero de sus casas o empeñar algún bien de la familia.

1.4 ADICCIÓN EN ADOLESCENTES

En 2017, el 5.5% de la población mundial [271 millones de persona] de 15 a 64 años de edad había consumido drogas en el año anterior. Actualmente se conoce que la droga que más se consume en todo el mundo continuada siendo el cannabis (UNODC, 2019).

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo del cual no puede explicarse sobre la base de causas únicas; esta conducta se considera como resultado de la interacción conjunta de diferentes tipos de factores, entre los cuales se encuentran: las dimensiones de la personalidad y las variables sociales o contextuales [familiares, escolares y grupales] (López, Santín, Torrico, & Rodríguez, 2003).

Actualmente es usual que los adolescentes atreviesen por una prematura experimentación de nuevas sensaciones y experiencias. Lamentablemente esta *experimentación* atraviesa por el consumo de sustancia que aun siendo legales y socialmente aceptadas [en el caso del tabaco y alcohol] las consecuencias negativas en el desarrollo del adolescente comienzan hacerse patentes. Es importante resaltar que una de las causas de inicio en las drogas, además de la personalidad, es la conducta impulsiva del adolescente (Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero, Cardila, Martos, Barragán, Garzón, Carrión, Mercader, 2015).

Muchos investigadores han observado a adolescentes pasando del uso de sustancias legales [tabaco, alcohol e inhalantes] al uso de drogas ilegales, generalmente iniciando con la marihuana. Esta transición de sustancias legales a ilegales ha sido evidenciado por casi todos los estudio a largo plazo sobre el uso de drogas; además de que este orden es consistente con actitudes y normas sociales y la disponibilidad de estas sustancias (Maturana, 2011).

Anteriormente ya se había señalado las variables que se enfatizan para el diagnóstico de Síndrome de Dependencia o Trastorno por Consumo de Sustancias; en el caso de los adolescentes se utilizan los mismo lineamientos, sin embargo ahora se resaltarán los más significativos con dicha población: consumo continuo de la sustancia, el deseo por consumirla, cuadro fisiológico que aparece cuando no se tiene acceso a la sustancia, problemas asociados al consumo [escolares, familiares y sociales], abandono de responsabilidades propias de la edad [absentismo escolar] y el extenso tiempo dedicado al consumo; estos elementos provocan una perturbación en el funcionamiento habitual de adolescentes, además que lo desestabiliza de todas sus áreas de funcionamiento cotidiano.

1.4.1 Modelos explicativos

Dentro de los modelos teóricos que intentan dar una explicación sobre las adicciones en la adolescencia se encuentran, principalmente, el modelo de desarrollo social y el modelo de control parental. A continuación se abordará brevemente cada uno de los modelos citados.

1.4.1.1 Modelo de Desarrollo Social

De acuerdo a este modelo, factores biológicos, psicológicos, sociales, la familia, la escuela y el grupo de iguales contribuyen al desarrollo de conductas antisociales o de consumo de drogas en la adolescencia. Este modelo reconoce factores de riesgos que permiten el desarrollo de conductas desadaptadas. Por un lado se encuentran los factores de riesgo de la comunidad, los cuales incluyen a transiciones y la movilidad personal, desorganización comunitaria, escaso apego al vecindario, leyes y normas favorables al consumo de sustancias y disponibilidad para drogas y armas. Por el otro se encuentran los factores escolares, entre los que se incluyen el fracaso escolar y el escaso compromiso con la escuela. Finalmente se encuentran los factores individuales y de los iguales, los cuales hacen referencia al comportamiento antisocial, inicio temprano de comportamiento problemáticos,

consumo de drogas de los amigos, interacción con iguales antisociales y la implicaciones en bandas, escaso conocimiento de los riesgos del consumo, recompensas por el comportamiento antisocial, rebeldía y búsqueda de sensaciones. En cuanto a las conductas antisociales de los adolescentes que pueden influir en el consumo son: ser expulsado de la institución, ir borracho, drogado o llevar una al colegio, vender drogas o realizar actos vandálicos (López & Rodríguez, 2012).

1.4.1.2 Control parental

La falta de afecto, la ausencia de guía de los padres y el incumplimiento a las normas establecidas por los progenitores, provoca una conducta desadaptada en los hijos y representa un riesgo para el consumo de sustancias. Factores como la baja autoestima se ven recuperados mediante el consumo de la sustancia; el individuo al constatar los supuestos beneficios de las drogas [ser aceptado por su grupo de pares] conjuntamente con la ausencia de reglas por parte de sus padres, posibilita a que el adolescente adopte el comportamiento y recurra cada vez más al consumo de las sustancias (Vega & Lörincz, 2017).

1.4.2 Factores de riesgo

Maturana (2011) propone un Modelo Integrador de los Factores Etiológicos que pueden desencadenar el consumo o adicción a sustancias en los adolescentes:

- a) Variables Ambientales y Sociales:** incluye las variables sociodemográficas [región, condición económica, grado de escolaridad, etc.] al igual que el entorno cercano al adolescente [familia, escuela, amigos]. Se considera también a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación.
- b) Variables Individuales:** incluye el nivel de inteligencia, rasgos de personalidad y predisposición genética.

- c) *Variables Evolutivas*: se encuentran factores como la necesidad de diferenciación, omnipotencia y negación.
- d) *Variables relacionadas con las dificultades en Salud Mental*: existe mayor predisposición a desarrollar la patología aquellos adolescentes que presentan Trastornos del ánimo, Trastornos de conducta y TDAH.

De igual manera, Ponce (2015) señala algunos factores característicos que pueden causar un cuadro adictivo en la adolescencia: Violencia intrafamiliar, Maltrato o abuso sexual infantil, familias disfuncionales [con problemas económicos o laborales], dificultad para relacionarse con adolescentes de su edad, antecedentes de consumo o abuso de alcohol, medicinas u otras drogas en la familia e hijos de padres farmacodependientes.

1.4.3 Adolescencia y consumo de drogas en Ecuador

En los últimos años el consumo de drogas legales e ilegales en Ecuador ha presentado un crecimiento significativo. En 2016 la Secretaría Técnica de Prevención de Drogas llevó a cabo una Encuesta Nacional sobre el uso y consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media, con una muestra de 34.905 alumnos de 381 planteles educativos fiscales, fiscomisionales, municipales y particulares; se determinó en la investigación que la edad promedio de consumo de drogas es de 14 años y sustancias como la Heroína [14,39], cocaína [14,72] y marihuana [14,88] tienen mayor incidencia en los rangos más bajo de edad. De los estudiantes encuestados el 12,65% refirió haber consumido drogas ilegales en el último año y, de ellos, el 39% consumió más de una droga. Dentro del mismo informe se señala que el 9,57% de los encuestados afirmó haber consumido marihuana en el 2016, mientras que el otro 2,3% consumieron cocaína en el último año (Guadalupe, 2017).

A su vez un estudio nacional, del año 2018, sobre las causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes de Ecuador refiere que los individuos consumían sustancias debido

a que presentaban disfunciones familiares, carencias de apoyo familiar, influencia del entorno en el que se desarrollan y el desconocimiento del efecto que causan las drogas para su salud y sus relaciones sociales. La marihuana, el alcohol y los inhalantes son las sustancias más consumidas por los adolescentes con dichas problemáticas (Loor, Hidalgo, Macías, García, & Scrich, 2018). Simultáneamente otro estudio nacional señala que los adolescentes se vuelven adictos a sustancias debido a que son influenciados por la situación social [para ser aceptados y pertenecer a un grupo de amigos] o por factores socio-familiares; a ello se suma la facilidad para obtener las sustancias y la vulnerabilidad de los adolescentes para este tipo de situaciones (Guaranda, 2018).

Como se había mencionado, la facilidad para obtener una sustancia ha incrementado ultimamente; en Ecuador, 2015, según datos del informe Niñez y Adolescencia desde la intergeneracionalidad, a través de una encuesta realizada a 4.000 hogares, señala que el 29% de adolescentes de entre 12 y 17 años les resulta fácil acceder a drogas y estupefacientes; es decir, el 15% señala que puede conseguir marihuana fácilmente, el 8% heroína, el 6% cocaína, el 4% éxtasis y el 3% pasta base (Verni, 2016).

En definitiva, de acuerdo a los resultados obtenidos en varios estudios, parece ser que los adolescentes recurren al consumo de sustancias debido a múltiples causas, sin embargo la disfuncionalidad familiar que presentan sus hogares es uno de los factores que requiere más atención. En efecto, la familia representa el soporte para un adolescente; cualquier circunstancia que afecte a la familia le afecta directamente a él y le provoca dificultad para relacionarse adecuadamente, centrarse en una actividad y mantener un comportamiento normal. Cuando la familia se desestructura [cualquier suceso que altera la armonía familiar] el adolescente se encuentra en un estado de soledad tanto interior como exteriormente, aparecen creencias distorsionadas [no puedo, no sé, me da igual, entre otras] que lo debilitan y los hacen vulnerables a cualquier tipo de sustancias (Batllori, 2016). Según

la interpretación de Nava (2010) para disminuir la tensión y angustia provocado por el ambiente familiar, el adolescente busca la droga para refugiarse y tratar de resolver, aparentemente, los problemas suscitados.

CAPÍTULO 2

1.5 PERSONALIDAD

Los seres humanos y los organismos de todas las especies vivas muestran marcadas diferencias o variabilidad. En el caso de los animales se evidencia diferencias individuales consistentes en comportamiento. Sin embargo el grado en que los seres humanos se diferencian de uno a otro es única entre las especies existentes. En particular algunos son callados e introvertidos, otros necesitan el contacto y la estimulación social, algunos son calmados y equilibrados, mientras que otros son tensos y persistentemente ansiosos (Feist, Feist, & Roberts, 2014).

Etimológicamente la palabra personalidad deriva del vocablo latino *persona* el cual tiene su significado como *máscara*; es decir, algo asumido, que no es propio de uno (Salvaggio & Sicardi, 2014). Concretamente los griegos personificaban diferentes papeles en el drama mediante la utilización de máscaras [personas] que cubrían completamente sus rostros. El objetivo de ésta práctica era representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos. En definitiva asumían diferentes personalidades dentro de una misma persona (Montaño, Palacios, & Gantiva, 2009).

Personalidad es un término científico que han formulado los psicólogos con la intención de crear una idea sobre la manera de ser y actuar que caracteriza a una persona (Pueyo, 2016). No obstante es bien sabido que no existe un consenso específico que englobe una definición general sobre la misma, de modo que existe una divergencia entre enfoques y corrientes o escuelas de la psicología; las mismas que han generado una determinada definición en función de su corriente de pensamiento (Yáñez, 2019).

1.5.1 Definiciones de la Personalidad

A continuación se desarrollará una breve explicación sobre la personalidad de acuerdo a algunos autores que intentaron definir el constructo y darle una base científica.

Para Allport (1937) citado en Yáñez (2019) la personalidad es la “organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos” (p.4).

De acuerdo a Cattell (1950) es un conjunto de rasgos relativamente estables del comportamiento del individuo en una multitud de situaciones diferentes, mientras que Eysenck (1987) constituye una organización más o menos estable del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente (Galindo, 2015).

Millon describe a la personalidad como un patrón arraigado en el individuo, compuesto por cogniciones, afectos y conductas que persisten a través del tiempo y donde influyen tanto el aprendizaje experiencial y las disposiciones biológicas (Herrero, 2007).

Así mismo para Cloninger (2003) la personalidad son “aquellas causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (p. 3). No obstante para otros autores como Cervone & Pervin (2009) son “aquellas características de la persona que dan cuenta de los consistentes patrones de experiencia y de acción (p. 26).

La literatura científica contemporánea también ha sugerido algunas definiciones para personalidad. Por un lado es un “patrón que cada persona desarrolla como una forma de afrontar las experiencias, procesada por aquellos rasgos que en conjunto y en relación con el contexto social se activan y se encauzan en direcciones específicas, desarrollando una serie de experiencias integradoras” (Magallón, 2012, p.5). Por otro lado, es una “estructura

de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales que se desarrollan a partir de la interacción de los elementos biológicos y ambientales” (Fernández, 2015, p.62).

En definitiva estas definiciones presentan algunos aspectos a destacar: la personalidad se desarrolla con el tiempo, existe una base biológica y elementos que facilita su estructuración y la manifestación de la personalidad es mediante pensamientos, sentimientos o emociones, conductas, modos de afrontamiento a diversas situaciones y maneras de relacionarse con los demás.

1.5.2 Componentes de la personalidad

En base a las explicaciones abordadas anteriormente se puede afirmar que la personalidad contiene elementos de origen hereditario y ambiental. De acuerdo a Salvaggio & Sicardi (2014) los elementos constructivos de la personalidad son: temperamento y carácter, inteligencia y status y roles sociales.

1.5.2.1 Temperamento

El temperamento constituye el sustrato biológico [heredado] del que está constituido la base de la personalidad. Está conformado por estructuras bioquímicas y neurológicas subyacentes que provocan respuestas diferenciadas a estímulos determinados (Magallón, 2012). De acuerdo a Mayorga (2018) el temperamento engloba “el estado de ánimo, vigor de respuesta, humor predominante, motivación, nivel de actividad, grado de accesibilidad y la estabilidad general del individuo” (Yáñez, 2019, p.6). En pocas palabras se puede considerar al temperamento como una predisposición o tendencia para un determinado comportamiento.

1.5.2.2 *Carácter*

El carácter es una combinación de sentimientos, valores y actitudes determinados por factores socio-culturales. Es un componente adquirido que constituye la base psíquica de la personalidad (Iglesias, 2018). Para Salvaggio & Sicardi (2014) el carácter es un “conjunto de rasgos de personalidad, relativamente perdurables, que tienen importancia moral y social” (p. 3). Las experiencias [positivas o negativas] tanto de la niñez como de la adolescencia determinan la formación del carácter y por ende el modo de reaccionar y enfrentar la vida que presenta un individuo.

1.5.2.3 *Inteligencia*

De acuerdo a Andrés-Pueyo (2002) citado en Galindo (2015), la inteligencia es un “conjunto de capacidades cognitivas que determinan las diferencias individuales en el rendimiento” (p.37). Galindo (2015) sostiene que la inteligencia en este contexto [personalidad] constituye un elemento más de la individualidad psicológica de los individuos. En este sentido, cada persona se adapta a la realidad en base a su inteligencia; la inteligencia es una forma de interactuar con el mundo, de tal manera que ser inteligente es una forma de comportarse, actuar y vivir; una forma de ser (Salvaggio & Sicardi, 2014).

1.5.2.4 *Status y roles sociales*

La personalidad de un individuo se halla moldeada por el rol y el status que ocupa en la sociedad. Es decir, todo individuo ajusta su personalidad en base a la posición y el papel que desempeña en la sociedad. Conviene subrayar que el rol profesional está moldeado por la personalidad ya que cada individuo desempeña el papel social que le corresponde imprimiéndole sus características personales. En definitiva se produce una interrelación mutua: el status y el rol exigen un comportamiento determinado del individuo, y éste

impregna ciertas características de su personalidad, a su actuación (Salvaggio & Sicardi, 2014).

1.5.3 Diferentes perspectivas sobre la personalidad

Los teóricos de la personalidad han desarrollado teorías fundamentales para la comprensión del constructo, no obstante cada uno ellos abordan la personalidad desde un punto de vista propio debido a la falta de consenso sobre su naturaleza. Actualmente es necesario tener una visión integradora de teorías pues permite comprender la complejidad del ser humano desde diferentes perspectivas.

1.5.3.1 Teoría psicoanalítica y personalidad

Cuando se habla de personalidad es inevitable nombrar al padre del psicoanálisis: Sigmund Freud [1856-1939]. Freud es uno de los protagonistas de referencia teórica sobre la personalidad, mediante sus investigaciones trazó el campo para estudiar el desarrollo psíquico humano. Actualmente tanto en la educación como en la práctica psicológica y psiquiátrica se siguen empleando los conceptos propuestos por el psicoanálisis freudiano, llegando incluso a constituir un medio fundamental para la aproximación a las problemáticas y trastornos mentales (Seelbach, 2013).

Para Freud la conducta de un individuo es impulsada por fuerzas psicológicas que interactúan dentro del individuo, a menudo fuera de la conciencia (Morris & Maisto, 2009).

Según el psicoanálisis, las estructuras de la personalidad [*ello, yo, superyó*] aparecen durante el desarrollo de la vida. En primer lugar se encuentra el *ello*, el cual es la única estructura de la personalidad presente al nacimiento y la que contiene los instintos biológicos. El *ello* funciona mediante el principio del placer y por el proceso primario [gratificación inmediata] y se encuentra a nivel inconsciente. En segundo lugar se encuentra

el *Yo*, aquella estructura que conduce a la unidad de la personalidad y que está en constante contacto con el mundo real. El *Yo* opera de acuerdo al principio de la realidad y por el proceso secundario [retrasa la gratificación y planea]. La dimensión del *Yo* se encuentra a nivel consciente y se considera que su colapso puede provocar un episodio psicótico. Finalmente se encuentra el *Superyó*, considerada como la tercera estructura de la personalidad y representante interno de las reglas y restricciones [censura social]; funciona tanto a nivel inconsciente como consciente (Cloninger, 2003).

En el *ello* se encuentran las pulsiones fundamentales [sexualidad y agresividad] las cuales buscan su pronta satisfacción, sin embargo el *superyó* trata de impedir las exigencias del *ello*, principalmente aquellas que están relacionadas con la sexualidad, y amenaza con la culpa en caso de la satisfacción de los impulsos inmorales. El *yo* además de considerar la realidad externa, actúa como un intermediario entre las exigencias del *ello* y las prohibiciones del *superyó*. Al no existir una coexistencia pacífica entre estas tres estructuras se desencadena un conflicto intrapsíquico, el cual genera repercusiones en la vida del sujeto.

Es importante señalar que para la teoría freudiana las experiencias en la niñez influyen significativamente en la personalidad del adulto. El desarrollo de la personalidad implica un conflicto entre la satisfacción de impulsos instintivos y el mundo social que restringe éste deseo; a pesar de todo el individuo encuentra maneras de alcanzar la satisfacción hedonista, lo cual permite el desarrollo de estrategias adaptativas que constituyen la personalidad (Cloninger, 2003).

La personalidad se consolida junto con el desarrollo psicosexual [Oral, Anal, Fálica, Latencia y Genital] (Sierra, 2019). En éste largo proceso, que parte desde el nacimiento hasta la madurez, el individuo incorpora, introyecta y reprime aspectos relevantes para su inconsciente, los cuales determinarán el modo de ser del sujeto y el comportamiento dentro de una sociedad.

1.5.3.2 Teoría Humanista y Personalidad

La corriente humanista nace en Estados Unidos a finales de la década de los cincuenta; ésta corriente surge como una oposición tanto al conductismo en cualquiera de sus variantes como al psicoanálisis freudiano. La psicología humanista es considerada como la tercera fuerza o rama fundamental del campo general de la psicología; sus dos máximos exponentes son los psicólogos Abraham H. Maslow [1908-1970] y Carl R. Rogers [1902-1987] (Sánchez-Barranco, 2009).

Para Rosal (2017) la personalidad según el enfoque humanista:

“...no es la suma o yuxtaposición de funciones o procesos (cognitivos, emocionales y conductuales), sino un sistema organizado de manera particular en cada sujeto; un sistema configurado y en proceso de desarrollo. Los sistemas, o mejor subsistemas, psicofísicos que integran el sistema de la personalidad están interrelacionados, pudiéndose producir una influencia recíproca entre ellos” (p.89).

El ser humano es un ser cambiante debido a que debe adaptarse a las demandas de cada circunstancia. La adaptación es parte innata del individuo [tendencia actualizante] y depende de la capacidad de aprender de las experiencias que ha tenido. Por consiguiente el ser humano, según Rogers, se contruye, se moldea y se realiza todo el tiempo; la personalidad se desarrolla en base al autoconcepto [self], experiencias de la vida cotidiana y por la tendencia actualizante de cada individuo (Seelbach, 2013).

Similarmente para Maslow la personalidad se desarrollan mediante cinco niveles de una jerarquía de necesidades [fisiológicas, de seguridad, de amor y de pertenencia, de estima y de autorrealización]. En las cuatro etapas inferiores el sujeto es motivado por las deficiencias, mientras que en la etapa superior [autorrealización] es motivado por la

motivación del ser; ésta motivación posee características distintivas de las cuales sobresale la creatividad (Cloninger, 2003). En definitiva la personalidad es la consagración de desarrollo y crecimiento de las necesidades de un nivel máximo de forma creativa [persona actoactualizada]. Este desarrollo puede perjudicarse por la influencia social, presiones del grupo, problemas o experiencias pasadas, hábitos arraigados y por el uso defensas que nos mantienen fuera de nosotros mismos (Mercado, 2017).

Definitivamente la personalidad para la corriente humanista se determina por la historia de vida, la satisfacción de necesidades y el autoconcepto. Como lo señala Seelbach (2013) la personalidad no es una entidad fija sino una estructura que se desarrolla continuamente. Tampoco está definida por el comportamiento más bien esta relacionada a la percepción que tiene el sujeto con relación a su entorno. Es necesario recalcar que todo ser humano se encuentra dinamizado por el impulso hacia el crecimiento o la autorrealización, no obstante no todos alcanzan este nivel superior.

1.5.3.3 Teoría del aprendizaje Cognoscitivo-Social y Personalidad

La teoría del aprendizaje Cognoscitivo-Social supone que la conducta del sujeto es aprendida y que el ambiente influye significativamente en su desarrollo; además que otorga importancia al papel que cumplen los procesos cognitivos durante éste proceso. Su máximo referente es el psicólogo canadiense Albert Bandura [1925-presente].

Para esta corriente la personalidad son procesos cognoscitivos estables que subyacen a la conducta, la cual es producto de la persona y situación. Nuestras acciones son influidas por la gente de nuestro entorno y por la forma en que pensamos que debemos comportarnos en una situación específica (Morris & Maisto, 2009).

El determinismo recíproco [propuesto por Bandura] reconoce que la persona, el ambiente y la conducta se influyen todos entre sí y determinan el modo de ser del individuo

(Cloninger, 2003). Esta teoría sostiene que el ser humano adquiere la conducta a través de contingencias aprendidas por observación y modelamiento y mediante procesos cognoscitivos, emocionales y sociales; éstos factores interactúan de manera recíproca y desarrollan y consolidan la personalidad del sujeto (Dávila, 2017).

Lo dicho hasta aquí supone que tanto las experiencias de la niñez temprana así como el ambiente contribuyen al desarrollo de la personalidad de un sujeto; sin embargo conviene subrayar en qué difieren entre sí las personalidades adultas ya desarrolladas ó qué es lo que caracteriza o diferencia a un sujeto de otro.

1.5.4 Enfoque Categorical de la Personalidad

La tipología o tipos de personalidad se había planteado por Hipócrates en el siglo V a.c. Hipócrates formuló la Teoría de los Cuatro Temperamentos [Flemáticos, Coléricos, Sanguíneos y Melancólicos] para explicar porqué las personas al vivir en un mismo ambiente, cultura familiar y bajo el mismo régimen responden de manera diferente ante los estímulos. El temperamento sanguíneo está presente en los pacientes con hiperactividad, facies enrojecidas y sudorosas; el temperamento colérico se manifiesta por un comportamiento violento y agresivo mientras que el temperamento melancólico caracteriza a estados depresivos de diferente intensidad. Finalmente el temperamento flemático caracteriza a sujetos introvertidos, tranquilos y pasivos (Bernal & Cotrino, 2012).

Así mismo Kretschmer estableció una tipología morfopsicológica en la que se considera tanto las características físicas como psicológicas. Postulaba que sobre la base del tipo físico podría preverse el comportamiento y el carácter de las personas. Kretschmer distinguió 4 tipos somáticos [Pícnico-Asténico-Atlético-Displásico] y tres tipos psíquicos [esquizotímico, ciclotímico, gliscrotímico] (Pitre, 2016).

De manera semejante Sheldon postulaba una asociación entre los tipos de cuerpos humanos con tipos de temperamentos. El autor determinó tres clases en base a las tres capas que cubren al feto en un inicio: endomórfico, mesomórfico y ectomórfico; los temperamentos correspondientes establecidos son: viscerotónico, somatotónico y cerebrotónico (Buenaño, 2013).

Dicho brevemente, las propuestas revisadas pretenden encajar a un individuo con un tipo de personalidad, otorgan una importancia especial a las características físicas y establecen sus postulados a partir de ellas. Lo que surge de estas propuestas son medidas cualitativas de la personalidad, sin embargo no ofrecen una visión sobre qué tanto un sujeto pertenece a una determinada categoría. En contraste a esta deficiencia se encuentra el enfoque dimensional, el cual pretende enfocarse en la individualidad y proporcionar una visión cuantitativa de la presencia de un determinado rasgo.

1.5.5 Enfoque dimensional de la personalidad

Debido a que la personalidad posee aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos y morfológicos se hace necesario precisar los rasgos en cada uno de estos aspectos (Salvaggio & Sicardi, 2014). Para explicar ésta postura surge la Teoría de los Rasgos, la cual se fundamenta en que las personas difieren de acuerdo al grado en que poseen determinados rasgos o dimensiones de personalidad.

Allport (1967) fue uno de los primeros en considerar que los rasgos de la personalidad constituyen una disposición personal para varias creencias, sentimientos, acciones y percepciones que no son equivalentes al mundo natural o a la mente de cualquier otro. Para éste autor los rasgos son esencialmente únicos en cada persona y son fácilmente reconocibles, concretos y consistentes en nuestro comportamiento. Los tres tipos de rasgos que distinguió Allport son: Cardinales [son parte del propio núcleo de la persona y definen

su repertorio conductual], Centrales [características que forman la personalidad] y Secundarios [actitudes y preferencias]

Los teóricos contemporáneos han reducido los rasgos de la personalidad a cinco dimensiones básicas: extroversión, afabilidad, escrupulosidad, estabilidad emocional y cultura; éste conjunto de rasgo constituye el *Modelo de cinco Grandes* y se considera que son de importancia central para describir y entender la personalidad. Actualmente se considera que para cada uno de los Cingo Grandes existe al menos 6 facetas o componentes (Morris & Maisto, 2009).

Las teorías de los rasgos, en definitiva, son esencialmente descriptivas, tienen la ventaja de someterse a comprobación experimental y la investigación apoya su utilidad para identificar la personalidad (Salvaggio & Sicardi, 2014).

1.5.6 Acercamiento a la Teoría de la Personalidad según Hans Eysenck

El modelo de Eysenck se encuentra dentro del enfoque dimensional de la personalidad. Su postura está basada tanto en la psicología como en la genética; de tal manera que considera que nuestras diferencias en las personalidades se debe a los hábitos aprendidos y, principalmente, a elementos hereditarios (Boeree, 2003). Dicho de otra manera las diferencias individuales en comportamiento se deben a diferencias en el funcionamiento del Sistema Nervioso.

Los teóricos que influyeron en Eysenck para la elaboración de su modelo de personalidad fueron: F. Galton, K. Pearson, Ch. Spearman y L. Thurstone; éstos autores se caracterizaban, principalmnete, por el estudio de las diferencias individuales y el empleo de métodos específicos de trabajo (Schmidt, Firpo, Vion, De Costa, Casella, Cuenya, Blum & Pedrón, 2010). Eysenck adoptó el análisis factorial [técnica estadística para identificar grupos de objetos relacionados] debido a los satisfactorios resultados obtenidos por los

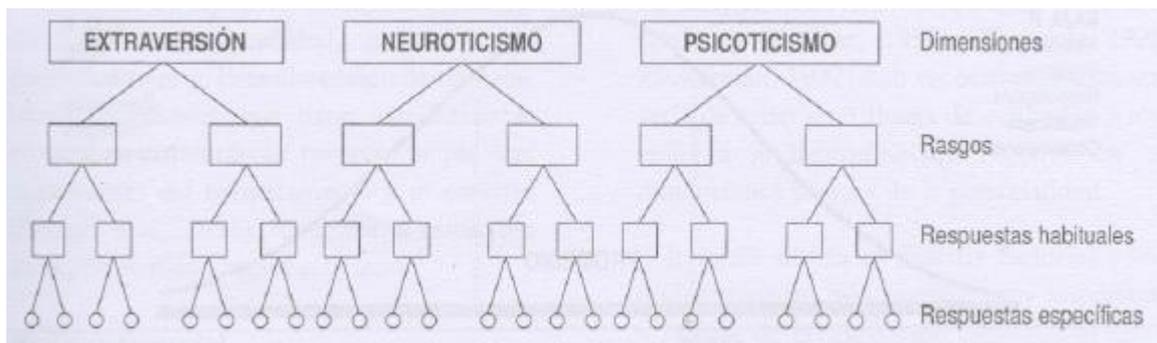
autores mencionados y lo utilizó como un método de contrastación base para su postulado sobre personalidad.

Con respecto a la personalidad, Eysenck y Eysenck (1985) citado en Schmidt et al. (2010) la definen como:

“Organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendócrina” (p.9).

La propuesta de Eysenck pretende encontrar las dimensiones básicas de la personalidad; es por ello que propone una estructura dimensional y jerárquica basada en los rasgos. De acuerdo a éste autor la personalidad constituye un Modelo Jerárquico de cuatro niveles. En el *nivel inferior* se encuentran los actos o cogniciones específicos que pueden o no caracterizar a una persona; en el *segundo nivel* están los actos o cogniciones habituales, varias reacciones habituales relacionadas forman un rasgo que corresponde al *tercer nivel* de conducta, siendo los rasgos características destacadas de la personalidad aparentemente permanentes; en el *cuarto nivel* se encuentran los tipos o superfactores, un tipo está formado por varios rasgos interrelacionados. Eysenck propuso tres superfactores o dimensiones independientes de personalidad en base a las diferencias biológicas: Extroversión-Introversión, Neuroticismo y Psicoticismo.

Modelo Jerárquico de la Personalidad de Eysenck



Ortet et al. (2001) citado en Schmidt et al. (2010)

1.5.6.1 Dimensiones de la Personalidad según Hans Eysenck

Eysenck mediante el análisis factorial determinó tres dimensiones heredables y con base fisiológica: **Extroversión-Introversión**, **Neuroticismo-Estabilidad Emocional** y **Psicoticismo-SuperEgo** [Modelo ENP]. Las tres dimensiones deben ser tratadas como categorías no excluyentes, del tal modo que las personas pueden ser descritas en función del grado de E, N y P y ser ubicadas en algún punto del espacio tridimensional que los factores generan (Schmidt et al., 2010).

1.5.6.1.1 Extroversión-Introversión

Mediante la relación entre las dimensiones propuestas por Jung [extraversión-introversión] y el nivel de actividad cerebral en el Sistema Activador Reticular Ascendente [SARA] Eysenck postula que los *extrovertidos* tienen un concepto no personalizado del mundo, son sociales, joviales, vivaces, perspicaces, impulsivos y aprecian las relaciones con los demás. Mientras que los *introvertidos* tienen una manera subjetiva de considerar el mundo, son discretos, pasivos, meticulosos, reservados, serios, formales, contenidos y poco sociables. En efecto, estas diferencias son de índole biológica y genética, siendo la causa principal el nivel de activación cortical.

Los extrovertidos [más activos] presentan un nivel de activación cortical inferior; sus umbrales sensoriales son superiores y reaccionan menos a estímulos. Por tal motivo necesitan estímulos más intensos para mantener un nivel óptimo de activación, de tal manera que se adaptan con mayor facilidad a los estímulos fuertes.

Por otro lado, los introvertidos [menos activos] presentan un nivel de activación cortical mayor, un menor umbral sensorial y reacciones intensas a los estímulos sensoriales. Los introvertidos para mantener un nivel de estimulación óptimo evitan situaciones demasiado intensas, multitudinarios, deportes de competencias, bromas, etc., ésto es debido a que pueden generar demasiadas emociones. Son menos propensos a perder interés en actividades cotidianas o en compartir con las mismas personas.

1.5.6.1.2 Neuroticismo

Esta dimensión oscila entre personas normales, tranquilas y calmadas y personas que tienden a la desestabilidad emocional (Boeree, 2003). La investigación fisiológica de Eysenck determinó que mayor actividad en el Sistema Límbico [responsable neuroanatómico de las emociones] desencadena en algunas personas una mayor excitación emocional cuando se encuentran en situaciones estresantes o cuando son amenazadas. Estas personas tienden a mostrar reacciones emocionales externas y por ende presentan dificultades para recuperar el estado de ánimo normal. Mayor excitación emocional puede hacer que las personas utilicen los mecanismos de defensa; de ahí el término *neuroticismo* (Cloninger, 2003).

De acuerdo a Eysenck (1997) citado en Bermeo & Ramírez (2018) “esta dimensión las componen personas que tienden a sufrir sentimientos de ansiedad, depresión, malhumor, generalmente tienen baja autoestima y suelen albergar sentimientos de culpa” (p. 34).

Conviene señalar que el neuroticismo no es un indicador de neurosis ya que altos niveles de neuroticismo no necesariamente están asociados con síntomas psicológicos debilitadores; sin embargo altos niveles de neuroticismo implica menor nivel de estrés que puede ser tolerado.

1.5.6.1.3 Psicoticismo

Psicoticismo es la tercera dimensión que incorporó Eysenck en su Modelo de Personalidad. Éste factor, según Zuckerman, Kuhlman y Camac (1988), define la “tendencia hacia la no conformidad o desviación social” (Cloninger, 2003, p. 260). Cabe señalar que ésta dimensión no se refiere al uso que se hace del término en el diagnóstico convencional sino que fue producto del análisis factorial de diferentes rasgos.

Las bases neurobiológicas de ésta dimensión están menos desarrolladas que las dimensiones anteriores; sin embargo la propuesta de Zuckerman sobre el rasgo “busqueda de sensaciones impulsivas no socializadas” [BS], ha demostrado una alta correlación con Psicoticismo e Impulsividad. Zuckerman además demostró que la característica de BS es la desinhibición de la conducta frente a una recompensa grande; ésta desinhibición se desencadenada por: activación de los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos, niveles bajos de serotonina, niveles altos de testosterona y bajos niveles de monoaminoxidasa (Schmidt et al., 2010).

Las personas con un alto nivel de Psicoticismo suelen ser egocéntricas, frías, rebeldes, impulsivas, hostiles, agresivas, desconfiadas y antisociales; mientras que niveles inferiores en esta dimensión se acercan al extremo de supergo y por ende tienden a ser altruístas, muy sociables, afectuosas, serviciales, flexibles y convencionales.

En definitiva los tres factores de la personalidad tienen fuertes determinantes biológicos, aproximadamente unas tres cuartas partes [75%] y sólo la cuarta parte [25%]

depende del entorno. Cómo se ha evidenciado, los antecedentes de éstos factores son biológicos y genéticos, mientras que las consecuencias incluyen por una parte rasgos como sensibilidad, memoria, etc., y por otra conductas sociales como creatividad, criminalidad, conducta sexual, psicopatología, etc. En conclusión, para Eysenck “la actividad del Sistema Nervioso Central es la fuente del funcionamiento de la personalidad” (Sollod, Wilson & Monte, 2009, p. 353).

1.5.7 Dimensiones o rasgos de la personalidad y adolescentes adictos

La personalidad de los adolescentes se encuentra en constante cambio y desarrollo, razón por lo cual no es posible categorizarlos dentro de una tipología o tipo de personalidad; sin embargo es posible identificar las características de la misma mediante una visión dimensional [rasgos].

En este sentido, los rasgos han sido investigados como elementos de riesgo para la conducta adictiva, de tal manera que se han encontrado diferencias significativas al comparar adolescentes consumidores de sustancias con no consumidores (Acosta & Sanango, 2018). Diversas investigaciones han empleado los siguientes instrumentos para identificar los rasgos de personalidad en adolescentes consumidores: EPQ, BFQ, 16 PF, MACI, entre otros.

De acuerdo a Pérez y García-Sevilla (1986), Eysenck y Zuckerman (1978) y Zuckerman (1984) citados en Sáiz, González, Jiménez, Delgado, Liboreiro, Granda & Bobes (1999), las personas con mayor necesidad de estímulos [*extrovertidos*] son propensas a realizar conductas de riesgo y conductas que impliquen estimulación; éstas personas tendrían una mayor predisposición a consumir drogas debido a la gran asociación de estímulos que provoca el consumo. De igual manera existe una asociación entre *psicoticismo* y consumo de drogas, lo cual no es de extrañarse debido a que éstas personas, al igual que los extrovertidos, también necesitan de una gran estimulación.

Sáiz et al. (1999) llevó a cabo un estudio para determinar la prevalencia del consumo de drogas y el perfil psicológico asociado al consumo; el instrumento empleado fue el EPQ-A y la muestra fue de 816 jóvenes de ambos sexos con media de edad de 15,9. Los resultados de la investigación determinaron que las drogas más consumidas fueron el alcohol, tabaco y cannabis y el consumo se asociaba con mayores niveles de inestabilidad emocional, extraversión y psicoticismo y un perfil marcado de búsqueda de sensaciones.

Así mismo un análisis del 2003 sobre estudios naturalísticos sobre la personalidad y el uso-abuso de éxtasis, encontró que rasgos como impulsividad, desinhibición y búsquedas de experiencias más prominentes están íntimamente asociados a consumidores de éxtasis (García-Portilla, Sáiz, Begoña, Martínez, & Bobes, 2003). Una investigación del 2008 enfocada en una revisión bibliográfica sobre la variable BS [búsqueda de sensaciones] en relación con la conducta de consumo, determinó que la búsqueda de sensaciones [BS], en estudios con adolescentes y jóvenes, está significativamente relacionada con el uso, abuso y dependencia de drogas [drogas ilegales, alcohol y tabaco] (Ramos & Garrote, 2008). Es importante recordar que Eysenck considera a los extrovertidos como personas sociables que anhelan la excitación y la búsqueda de sensaciones nuevas.

Investigaciones internacionales sobre la relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias en adolescentes sugiere lo siguiente:

“...se han encontrado evidencias de la relación entre el consumo y timidez, agresividad y personalidad depresiva, un alto grado de búsqueda de novedades o sensaciones y baja tolerancia a la frustración, pobre control de las emociones e introversión social, pobre autocontrol conductual, enfado y afecto negativo, inseguridad, impulsividad, inestabilidad emocional, mayor tendencia a la culpa, dependencia y extroversión” (Claver, 2014, p. 24).

Siguiendo ésta idea, un estudio sobre problemas conductuales en adolescentes, con una muestra de 264 individuos de 16 a 18 años de edad; encontró que las dimensiones de Neuroticismo y Psicoticismo son las principales predictores de la conducta disruptiva, entre las cuales se puede incluir al consumo de sustancias (Abella & Bárcena, 2014).

Por otro lado, a nivel nacional [Ecuador] una investigación realizada con 41 adolescentes entre 10 a 18 años sobre rasgos de personalidad y consumo de sustancias, mediante el BFQ; determinó que tanto la Estabilidad Emocional y los Acontecimientos Vitales Estresantes presentaron una relación estadísticamente significativa con consumo de alcohol, tabaco y drogas [marihuana y cocaína] (Acosta & Sanango, 2018). A nivel local [Cuenca] se desarrollo un estudio con 45 adolescentes varones de entre 14 a 18 años en proceso de rehabilitación de drogas; se utilizó el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon [MACI] y el objetivo de la investigación fue identificar los rasgos de personalidad de la población mencionada. Los resultados del estudio señalan la existencia significativa de rasgos de Rebelde y Rudo [personalidad antisocial] para aquellos adolescentes consumidores de marihuana y base de cocaína. (Torres & Mogrovejo, 2016).

1.6 CRAVING

El craving es un componente sustancial de las dependencias a sustancias; constituye un concepto nuclear en la comprensión, valoración y tratamiento de las adicciones. Sin embargo, éste término anglosajón se ha conceptualizado en varias definiciones, por lo que puede ser entendido desde una querencia por reexperimentar los efectos de una droga [deseo] hasta como un proceso cognitivo instaurado.

De acuerdo a Iraurgi & Corcuera (2008) en su investigación:

“El craving por drogas ha sido conceptualizado como: querencia o apetencia por reexperimentar los efectos de una droga, como un fuerte deseo subjetivo, como un deseo o ansia irresistible, como un pensamiento o requerimiento obsesivo, como la búsqueda de alivio ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, como un incentivo motivacional para la autoadministración de drogas, como expectativas hacia los efectos positivos o como un proceso cognitivo no automático” (p. 9-10).

A pesar de la variedad de comprensiones sobre el fenómeno y ante la dificultad de encontrar un término similar en castellano, en la actualidad se sigue empleando el término *craving* para remitir a los diversos conceptos propuestos por las diversas investigaciones (Iraurgi & Corcuera, 2008).

Resulta necesario señalar que en ésta investigación nos referiremos al *craving* como una sensación subjetiva de deseo o ganas de consumir una determina sustancias luego de un periodo, corto o largo, de abstinencia. En particular, el craving surge cuando el sujeto deja de consumir la sustancia y puede permanecer activo por días, meses e inclusive por años, siendo más intenso luego de haber dejado de consumir [etapas iniciales] y por largos períodos de abstinencia (Chiliquinga, 2019).

1.6.1 Modelos teóricos del craving

Existe varios modelos teóricos que intenta dar una explicación o respuesta al fenómeno del craving, sin embargo hasta ahora, únicamente, han aportado características muy específicas del deseo de consumo. Entre los modelos teóricos más relevantes y con mayor respaldo clínico e investigativo se encuentran: condicionamiento, neuropsicológico, sensibilización de incentivo, redes neuronales, neuroadaptativo y cognitivo.

1.6.1.1 Modelo de Condicionamiento

De acuerdo a los principios del condicionamiento, el craving es la respuesta de una exposición a estímulos condicionados. Esto es, el sujeto durante su trayectoria de consumo, de manera indirecta e inconsciente, ha asociado diversos factores [situaciones, amigos, emociones, señales, sentimientos, palabras, etc.] con el consumo de una determinada sustancia. Al exponerse a estos estímulos y no producirse el consumo inmediato, surge el craving como un mecanismo de respuesta frente a estas situaciones. El craving, según el condicionamiento, constituye un componente de un fenómeno multidimensional; la fuerza o intensidad de los estímulos relacionados con la droga puede variar en función del tiempo, cambios en el estado subjetivos o algunas circunstancias experimentadas, de tal modo que la presencia del craving, por sí solo, no puede determinar decisiones sobre el consumo debido, principalmente, a las diversas respuestas a estímulos condicionados (Chesa, Abadías, Fernández, Izquierdo, & Sitjas, 2004).

1.6.1.2 Modelo Neuropsicológico

El modelo neuropsicológico busca identificar las estructuras cerebrales que se ven afectadas o que a su vez pueden ser causantes del fenómeno del craving. De acuerdo a ésta postura, el craving está relacionado con los sistemas emocionales asociados, el cual constituye un procesamiento, de abajo hacia arriba, que involucra a la amígdala, el hipocampo

y el circuito estraído- talámico cortical. Desglosando la función de cada estructura se considera que la amígdala y sus regiones [basolateral y núcleos centromediales] procesan el significado emocional de los estímulos desencadenantes del craving y la respuesta psíquica y fisiológica que influye en la conducta del adicto. El Hipocampo es el encargado de señalar las situaciones contextuales asociadas al consumo [craving contextual] y el circuito estraído- talámico cortical procesa la motivación en acción, activando las conductas motoras apetitivas como búsqueda y localización de reforzadores (Muñoz, SanJuan, Fernández-Santaella, Vila, & Motonya, 2011).

1.6.1.3 Modelo de Sensibilización del Incentivo

Esta postura intenta descubrir el sustrato neurológico del craving y la explicación sobre su persistencia por largo períodos de tiempo. De acuerdo a este modelo, el constante consumo de drogas causa alteraciones duraderas en los sistemas implicados en los procesos de motivación del incentivo y recompensa, dejándolos hipersensibles y provocando un patrón de consumo compulsivo. El sistema dopaminérgico mesotelencefálico está relacionado con el proceso de desear los incentivos; una vez que el sistema dopaminérgico está sensibilizado por el pasado consumo de sustancias una nueva droga puede iniciar la respuesta y provocar la recaída. De igual manera , los estímulos ambientales asociados con las drogas pueden inducir al craving y precipitar la recaída debido a que actúa sobre el sistema mencionado (Jiménez, Graña, & Rubio, 2002).

1.6.1.4 Modelo de Redes Neuronales

El modelo neuroanatómico pretende relacionar las características del Craving con sistemas neuronales específicos. Determinadas situaciones estresantes durante la recuperación podrían activar la amígdala [encargada de modular el estrés y el estado del ánimo] que a su vez estimularía el cortex prefrontal dorsolateral [lugar donde se encuentra

ubicados los recuerdos de aspectos compensatorios o de recompensa del uso de drogas y la atención elevada o apetencia] y los ganglios basales [encargados de los pensamientos y conductas repetitivas] resultando, de ésta manera, en la experiencia del craving (Chesa et al., 2004).

1.6.1.5 Modelo Neuroadaptativo

Existe una gradual y, posiblemente, permanente adaptación de las funciones cerebrales a la presencia de una determinada sustancia. Esta neuroadaptación está relacionada con la memoria de recompensa, la cual esta desarrollada por los siguientes neurotransmisores: dopamina, glutamato, GABA, opiáceos endógenos, así como las neuronas que responden a estas moléculas. Los mecanismo cerebrales que se han adaptado a la presencia de la sustancia permanecen en un estado alterado, produciendo una inestabilidad fisiológica; éstos síntomas están relacionados con un sentimiento subjetivo de malestar que pueden llevar al craving o a un impulso para sentirse nuevamente normal. Definitivamente los sucesos ambientales o cambios emocionales internos provocan reacciones neuroquímicas, las cuales han estado programadas, por experiencias pasadas, para activar distintos sistemas cerebrales, provocando el surgimiento del craving (Sánchez-Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás & Morales, 2001).

1.6.1.6 Modelo Cognitivo

El craving, de acuerdo a este modelo, es resultado de funciones mentales superiores, de tal manera que constituye un complejo proceso multidimensional que refleja como la información de una determinada droga controla la vida del consumidor (Jiménez, Graña, & Rubio, 2002). Dentro de este modelo se distinguen cuatro clasificaciones:

1.6.1.6.1 Modelo de etiquetado Cognitivo

Los estímulos asociados con la sustancia pueden producir una activación condicionada, de tal manera que activan los procesos mentales que reconoce la situación o el contexto como una escena para consumir. Las reacciones fisiológicas que experimenta el consumidor son interpretadas como craving (Muñoz, 2007).

1.6.1.6.2 Modelo de Expectativa de Resultado

Las exposiciones a señales ambientales asociadas con la sustancia desencadenan el craving. Estas exposiciones activan expectativas positivas sobre los efectos de la sustancia (Chesa et al., 2004).

1.6.1.6.3 Modelo de regulación Dinámica de las recaídas

Este modelo postula que dependiendo del estado afectivo que se active, ya sea positivo o negativo, se producirá respuestas fisiológicas [síntomas de la abstinencia u otros síntomas] y diversas expectativas [mejora del estado del ánimo o reducción del estrés o ansiedad] (Jiménez, Graña, & Rubio, 2002). La percepción que el sujeto tenga de éste proceso generará la posible controlabilidad del consumo o no.

1.6.1.6.4 Modelo de Doble Afecto

De acuerdo a esta postura existe redes de memoria sobre estímulos que desencadenan el deseo, de tal manera que el Craving de afecto negativo es desencadenado por diversas situaciones desagradables, mientras que el Craving de afecto positivo es provocado por estados emocionales positivos o agradables.

1.6.2 Tipos de Craving

Se ha descrito por Beck, Wright, Newman & Liese (1999) los siguientes tipos de craving:

1.6.2.1 Respuesta a los síntomas de abstinencia

Las personas con un consumo intenso de drogas pueden experimentar un descenso en la satisfacción o placer que encuentran en el uso constante de la sustancia y además pueden experimentar un aumento de la sensación de malestar interno cuando no consume la droga. En estos casos el craving toma la forma de una necesidad para permitir que el sujeto se sienta nuevamente bien.

1.6.2.2 Respuesta a la falta de placer

Intentos de los pacientes para mejorar, de una manera rápida e intensa, sus estados de ánimo. Según Iraurgi & Corcuera (2008) es una forma de automediación en momentos que el sujeto no tiene recursos para afrontar diversas actividades.

1.6.2.3 Respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia

Los consumidores de sustancias han aprendido a relacionar algunos estímulos, en un principio neutros, con la intensa recompensa obtenida de la utilización de la droga. Los estímulos [cargados con significados] pueden inducir automáticamente al craving, inclusive sin la presencia de estresores ambientales.

1.6.2.4 Respuestas a los deseos hedónicos

El craving puede surgir cuando los consumidores desean aumentar una experiencia positiva. Por ejemplo, algunos sujetos han desarrollado el hábito de combinar sexo y drogas para incrementar la satisfacción sexual o buscan la sustancia para tener interacciones sociales

más espontáneas y divertidas. La posibilidad de repetir estas conductas permite la aparición del craving.

1.6.3 Características generales del Craving

Se ha descrito por Del Nogal (2009) cinco características más representativas del craving:

1._ Repentino._ El deseo por consumir aparece de manera rápida, fugaz y repentina, inclusive cuando el sujeto está lo más tranquilo posible. Por lo general, detrás de este deseo se encuenbren cogniciones de consumo que son desencadenadas por situaciones, acontecimientos o emociones no canalizadas o tratadas adecuadamente.

2._ No planificado._ Es necesario señalar que el craving no surge de manera previsible, sino que aparece cuando el sujeto menos se lo espera [inesperado]. A menudo está ligado con estímulos [externos o internos] que provocan su aparición.

3._ Igual que aparece, desaparece._ Mediante experimentos conductuales se ha demostrado que cuando los pacientes se exponen a estímulos asociados al consumo [lugares, amigos, problemas interpersonales, etc.] hasta que el deseo disminuya por completo, esos estímulos dejan de tener un valor significativo en cuanto a la respuesta de consumo.

4._ Depende del estado psicofísico del consumidor y de las exposiciones a estímulos que rodean a los consumos anteriores._ De acuerdo al estado psicofísico del sujeto, éste será propenso a presentar un mayor o menor [inclusive nulo] nivel de deseo de consumo. Además el nivel de deseo estará en función de la exposición a estímulos asociados a consumos anteriores [mayor nivel de deseo].

5._ Aprendido._ Los estímulos que rodean al consumo cuando se lleva a cabo, con el pasar del tiempo, se transformaron en estímulos condicionados [condicionamiento clásico] para la respuesta de consumo; de tal manera que aparece el deseo por consumir cuando se exponen a dichos estímulos. Además, el mantenimiento del consumo es el reforzador [condicionamiento operante] más fuerte que puede tener un consumidor habitual de sustancias.

1.6.4 Craving y Creencias Adictivas

Las creencias adictivas son un conjunto de ideas centradas en la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Estas creencias adictivas son características de los sujetos plenamente adictos a sustancias y están relacionadas con las siguientes distorsiones cognitivas [pensamientos irracionales]: la idea de que uno necesita la sustancia para mantener el equilibrio psicológico y emocional, la expectativa de que el consumo de la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual, además de que proporcionará fuerza y poder al sujeto, la idea de que la droga calmará el dolor físico o emocional y aliviará la ansiedad, depresión, aburrimiento y tensión. Estas creencias se activan ante la presencia de un estímulo condicionado con la droga y, por tanto, provocarán el surgimiento o la exacerbación del craving. Habría que decir también que los pacientes tienen un conjunto de creencias apropiadas para su justificación, el riesgo y sus derechos [creencias que permiten tomar drogas] (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999).

Se ha determinado que las creencias adictivas y las creencias que permiten tomar drogas conjuntamente con variables clínicas [principal sustancia de consumo y duración de la abstinencia] predicen significativamente el surgimiento o intensidad del craving, además de que podrían explicar el hecho de que algunos consumidores tenga deseo de consumo luego de un período largo de abstinencia (Martínez & Verdejo, 2011).

El modelo cognitivo postula que persistirá el craving en caso de que no se intervenga sobre las creencias adictivas o sobre las creencias facilitadoras de consumo. Martínez & Verdejo (2011) señalan que el craving no es causa directa de la situación sino que median las creencias mencionadas [adictivas y facilitadoras]. Cabe señalar que craving e impulso son dos constructos diferentes que a menudo son relacionados por los drogodependientes. . Cómo se había mencionado el craving se ha conceptualizado como una sensación subjetiva de deseo por el consumo de una sustancia mientras que impulso se refiere al determinante conductual de búsqueda y consumo de la droga [acción] (Sánchez-Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás & Morales, 2001). La presencia del craving no implica el surgimiento del impulso pues éste aparece únicamente cuando los recursos internos del sujeto han fracasado en el manejo del deseo. El modelo cognitivo busca modificar o eliminar creencias sobre esta relación con el fin de evitar el consumo.

1.6.5 Estrategias Cognitivo-Conductuales para el afrontamiento del craving

Los tratamientos [psicológicos y/o psiquiátricos] para las drogodependencias no deben pasar por alto el abordaje del craving, puesto que es considerado uno de los principales factores que contribuyen para el fracaso del tratamiento. La terapia Cognitivo-Conductual ha demostrado su eficacia para el tratamiento de las adicciones, más aún al momento de abordar el deseo de consumo a diversas sustancias. Beck, Wright, Newman & Liese (1999) postulan diversas estrategias para modificar las creencias o distorsiones cognitivas que median los procesos del craving: Técnicas de Distracción, Tarjetas-Flash, Técnicas de Imaginación [reenfoque con imaginación, sustitución por imagen negativa, sustitución por imagen positiva, repaso mediante imagen, dominio mediante imaginación] Técnica de respuestas racionales a pensamientos automáticos relacionados con los impulsos, Programación de actividades y Técnicas de relajación. Actualmente se continúan empleando

estas estrategias como opciones de primera mano para el afrontamiento del deseo por el consumo.

1.6.6 Craving y Recaídas

Con respecto al papel del craving en las recaídas, éstas no pueden ser explicadas únicamente con la presencia del deseo de consumo; de modo de que los planteamientos de que el craving es el máximo responsable de las recaídas no tiene tanta validez empírica como proponen las explicaciones causales simplistas (Drummond, 2001). No obstante, actualmente, varios autores consideran al craving como un elemento sustancial de abandono terapéutico o causante de recaídas tras largos períodos de abstinencia. Posiblemente estas discrepancias se deban a las múltiples definiciones postuladas para el constructo, ya que aún no existe un consenso definitivo sobre el origen y función del craving.

1.6.7 Drogas y nivel de craving

El craving es considerado como un componente indispensable para el diagnóstico de dependencia a sustancias tanto en la CIE-10 como en el DSM-V. Al formar parte de la adicción, propiamente dicha, es esperable que surja niveles elevados cuando el sujeto suspende el consumo de la sustancia; sin embargo la mayoría de los adictos suelen negar dicho deseo debido a creencias erróneas, principalmente, cuando están internados en un centro de rehabilitación. A pesar de la existencia de diversas investigaciones sobre el fenómeno, aún no se han podido determinar científicamente qué sustancias producen mayor o menor nivel de craving, por lo que hasta el momento conviene señalar que la intensidad dependerá tanto del tiempo de consumo de la sustancia y el tiempo de la abstinencia.

1.7 ANSIEDAD

La ansiedad constituye el factor de mayor determinación en el curso y evolución de cualquier psicopatología; en el caso de los trastornos de dependencia a sustancias ésta adquiere mayor relevancia debido a la presencia de niveles elevados cuando el sujeto se encuentra sin la droga.

Al igual que el craving, la ansiedad ha sido conceptualizada de diversas formas a lo largo tiempo, sin embargo el concepto propuesto por Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González, & Iruarrizaga (1994) reúne todas las características que se han establecido para el constructo a través de diversas investigaciones.

La ansiedad es una emoción poco grata, similar al miedo, que todos experimentamos en mayor o menor medida ante determinadas situaciones, tales como: hablar en público, hacer exámenes, etc. Se caracteriza por la aparición de sensaciones desagradables (temor, preocupación, tensión, inseguridad, etc.), que van acompañadas de sentimientos y pensamientos negativos sobre uno mismo. Además, esta experiencia suele ir unida a una alta activación fisiológica (especialmente del sistema nervioso autónomo y del sistema somático), así como a una actividad poco ajustada y desorganizada en nuestro comportamiento. La intensidad de estas manifestaciones de ansiedad depende de factores situacionales (intensidad de la situación, novedad, etc.), de factores personales (rasgo de ansiedad, tendencias personales, etc.), así como la interacción de ambos tipos de factores (p.146).

Cabe señalar que la existente ambigüedad terminológica ha dado paso a tergiversaciones de lo que realmente es la ansiedad, por lo que varias personas han optado

por una denominación errónea cuando se refiere al constructo: nervioso, angustiado, desesperado, etc.

1.7.1 Neurobiología de la Ansiedad

Las bases neurobiológicas de la ansiedad están localizadas en el sistema límbico, sin embargo no existe una región única encargada de la integración de la emoción puesto que son números centros nerviosos que participan en su producción y modulación. Neuroanatómicamente se considera a la amígdala [coordina y regula las acciones de alarma] como una de las estructura importante para la ansiedad, además de ella el sistema septo-hipocampal, la sustancia gris periacueductal, los núcleo rufé y el colículo inferior constituyen el sustrato neuronal de la ansiedad. De igual manera el locus cerelus [centro de respuesta ante cambios del medio interno y externo], el tálamo [involucrado en la activación simpática y en la liberación neuroendocrina y neuropéptica inducida por el estrés], la substancias gris periacueductal [relacionada a la respuesta al miedo], el hipocampo y la corteza orbitofrontal [interpreta eventos emocionalmente significativos, planea el comportamiento de respuesta ante una amenaza y monitorea la efectividad de la respuesta] median las emociones como la ansiedad. Los neurotransmisores implicados en los estados de ansiedad son: noradrenalina [estimula el sistema nervioso simpático y regula determinadas actividades voluntarias], serotonina y el ácido Gamma-amino butírico [controla el estado de excitabilidad en todas las áreas del cerebro] (Cedillo, 2017).

1.7.2 Ansiedad rasgo, ansiedad estado

De acuerdo a la persistencia de la ansiedad en la persona se reconoce dos tipos: ansiedad-rasgo y ansiedad- estado. Se considera *ansiedad rasgo* cuando permanece durante toda la vida del sujeto o su mayor parte; es una característica estable de la personalidad que posee componente genéticos y que provoca una misma respuesta ante los estímulos del

ambiente, sean estresantes o no. Los sujetos con ansiedad-rasgo tienden a valorar las situaciones como peligrosas o amenazantes provocando una sintomatología desagradable. A menudo estos individuos son vulnerables a desarrollar algún trastorno de ansiedad con el pasar del tiempo.

Por otro lado, la *ansiedad estado* alude a una emoción recortada en el tiempo, es temporal y varía en función de éste. Los sujetos experimentan sentimientos de tensión y aprensión transitorios [aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo] producto de un estímulo concreto.

1.7.3 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

La ansiedad *normal* es considerada como un dispositivo que todos disponemos genéticamente como posibilidad de reacción y adaptación, es adaptativa y deseable para conseguir una acción eficaz; sin embargo la ansiedad es considerada como *patológica* cuando hay una inadecuación entre el estímulo y la respuesta de nuestro organismo, no es adaptativa, provoca un gasto energético antieconómico e interfiere en los rendimientos psicomotores, psicosociales, decisiones y a nivel fisiológico (Rojo, 2017).

Se ha descrito por Bethancourt (2011) que la ansiedad normal puede ser incluso un motor de motivación para buscar nuevas experiencias que contribuyan a la autorrealización o el desarrollo de potencialidades humanas. A su vez para Cameron (1984) citado en Bethancourt (2011) la ansiedad patológica surge cuando nada parece justificarla, dura demasiado tiempo y provoca maniobras defensivas para proteger al sujeto de sus preocupaciones. Entre los ejemplos de ansiedad patológica se encuentran los trastornos de ansiedad y sus derivados.

1.7.4 Sintomatología de la Ansiedad

La ansiedad no es un pensamiento, es algo que se siente; un sentimiento de malestar que se evidencia a nivel psíquico y somático. Sea normal o patológica, provoca una sintomatología característica que dificulta el funcionamiento del individuo. Estos síntomas a menudo suelen presentarse antes de un estímulo temido o deseado y suelen desaparecer una vez que el estímulo ha sido retirado.

La obra de Rojo (2017) reúne los 13 síntomas más frecuentes relacionados a los estados de ansiedad; esta recopilación ha sido realizada en base a investigaciones clínicas sobre la ansiedad en pacientes con o sin trastorno ansioso. A continuación se enumeran los síntomas más frecuentes:

- 1.** Inquietud o excitación nerviosa, desasosiego. Tensión muscular, nalgia, cefalea tensional que suele aumentar a medida que pasa el día, sensación de incapacidad de relajarse (se manifiesta a menudo en pequeños movimientos de las manos, piernas, tics, muecas).
- 2.** Dificultad para concentrarse.
- 3.** Dolores erráticos (cambian de lugar, por lo que suelen haber sido motivo de múltiples análisis y pruebas diversas médicas). Parestesias (sensación de hormigueos o como corrientes).
- 4.** Sensación de opresión torácica o falta de aire, o sensación de opresión en abdomen o como un nudo en el estómago. A veces sensación de no poder tragar, como si tuviesen un nudo en el esófago. Vómitos, diarreas, eructos, meteorismo.
- 5.** Palpitaciones, taquicardia, hipertensión, temblores.

6. Oleadas de calor o «como algo que sube» desde el abdomen o por todo el cuerpo. Sudoración, polaquiuria (tener que ir muy a menudo a orinar), o tenesmo (sensación frecuente de tener que ir a defecar).
7. Anorexia y muchas otras veces aumento del apetito (bulimia), sequedad de boca.
8. Insomnio. Irritabilidad e hiperestesia a ruidos (molestan mucho más los ruidos) sobre todo si hay insomnio. También a veces hiperestesia a luces (molesta la luz).
9. Vivencia de miedo. Temores difusos. Miedo a volverse «loco», a perder el control.
10. Sensación de mareo, sobre todo en la calle, en sitios donde hay bullicio, almacenes, centros comerciales. Se vivencia como una inestabilidad, como si «no pisasen seguro» el suelo al andar. Mucho peor si van solos, menos o puede que inexistente si van acompañados, también desaparece cuando van en coche.
11. Ansiedad anticipatoria, antes de ir a lugares donde «saben» que se van a encontrar peor. Conductas de evitación de esos lugares.
12. Preocupaciones hipocondríacas.
13. Preocuparse mucho por los acontecimientos cotidianos (p. 19-20).

1.7.5 Ansiedad y trastornos de dependencia sustancias

Entre la ansiedad y el consumo de sustancias existe una relación bidireccional puesto que la ansiedad puede generar el consumo y el consumo y la abstinencia de la droga pueden provocar ansiedad (Cano-Vindel et al., 1994). Las drogas más comunes que cumplen este principio de bidireccional son: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos, alucinógenos, e inhalantes.

De acuerdo a Chacón & Torres (2016) los síntomas de ansiedad asociados al consumo de sustancias se relacionan con irritabilidad, incapacidad para relajarse y concentrarse, sequedad de boca, taquicardia, sudoración excesiva, aprensión, tensión, temblor corporal, temor, sensación de estómago vacío, onicofagia, dermatofagia, hiperfagia, excitabilidad exagerada, parestesias, anorexia, insomnio e hipersomnias, disminución de la libido, estreñimiento, micción frecuente, entre otros.

Conviene subrayar que las drogas y sus efectos a nivel del sistema nervioso central generan alteraciones a nivel cognitivo y emocional, de tal manera que los sujetos depresivos o ansiosos pueden recurrir al consumo de la sustancia para disminuir o eliminar sus síntomas; además es habitual que los adictos padezcan ansiedad o depresión como enfermedad asociada (Contreras, Miranda, & Torres, 2020).

La literatura existente sobre el papel de la ansiedad en las adicciones señala que a mayor tiempo de consumo aumenta la probabilidad de presentar sintomatología ansiosa durante la abstinencia. Un estudio llevado a cabo por Contreras et al. (2020) sobre la sintomatología depresiva y ansiosa en 88 pacientes adictos en deshabitación, pudo determinar que las alteraciones depresivas y ansiosas empeoran la evolución de la adicción ya que contribuyen a mantener o recaer en el consumo; además se concluyó que las alteraciones mencionadas y el tiempo de consumo están relacionadas con la intensidad de la sintomatología.

En un metanálisis llevado a cabo en el 2015 sobre la prevalencia del uso de sustancias comórbidas, ansiedad y trastornos del estado de ánimo, se determinó que existe una fuerte asociación entre adicción, ansiedad y depresión (Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015). De manera similar en Cuenca- Ecuador un estudio desarrollado en 2016 sobre la determinación de niveles de ansiedad y depresión en adolescentes varones adictos a sustancias, mediante el análisis de 291 historias clínicas, encontró una alta frecuencia de ansiedad y depresión. El

nivel de ansiedad que prevaleció fue ansiedad leve mientras que el nivel que mayormente se presentó fue depresión moderada (Chacón & Torres, 2016). Los estudios epistemológicos y clínicos posteriores muestran una elevada presencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias (Contreras et al., 2020).

1.8 RASGOS DE PERSONALIDAD, ANSIEDAD Y CRAVING EN ADOLESCENTES ADICTOS A SUSTANCIAS.

La vinculación entre craving e impulsividad está bien establecida en la literatura sobre el tema. Un estudio mexicano llevado a cabo en el 2019 sobre el perfil clínico y conductual de jóvenes usuarios de inhalantes, con una muestra de 11 participantes de entre 15 y 22 años, señaló que niveles elevados de craving conjuntamente con rasgos de personalidad, impulsividad y búsqueda de novedades, se asocian con el mantenimiento de los trastornos adictivos (Alonso-Matías, Reyes-Zamorano, & González-Olvera, 2019).

Por otro lado, se ha descrito por Del Nogal (2009) que el craving está muy relacionado con la ansiedad, puesto que lo que hay debajo del deseo de consumo no es otra cosa que ésta. Así mismo se ha considerado que la ansiedad es ampliamente causal en relación con el craving y el consumo de sustancias (McCaul, Hutton, Stephens, Xu, & Wand, 2017). Sin embargo, la asociación entre craving y ansiedad aún no han sido abordadas como variables de estudio debido a la creencia de que están íntimamente relacionadas. Una búsqueda exhaustiva sobre lo planteado no arrojó datos que demuestren estadísticamente esta relación, sin embargo se han encontrado dos estudios nacionales que implícitamente demuestran esta vinculación.

Criollo en el año 2012, llevó a cabo un estudio con pacientes hospitalizados de 16 a 65 años dependientes a la cocaína, el objetivo de esta investigación fue desarrollar un programa Cognitivo-Conductual para el manejo del craving. Los resultados demostraron que

entre la primera a la novena semana de tratamiento, el nivel de ansiedad grave disminuye de un 33% al 17%; acontecimiento que suscita también en el nivel de craving grave que desciende de 84% al 8%, demostrando así la factibilidad del programa aplicado y la posible relación existente entre las dos variables [Craving y Ansiedad].

De igual manera, Chiliquinga (2019) desarrolló un estudio comparativo sobre el craving de diferentes sustancias. El objetivo de la investigación fue determinar las diferencias existentes de los niveles de craving entre consumidores de cocaína y cannabis mediante una muestra de 60 participantes de 18 a 65 años de edad. La autora revela en sus resultados que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de craving de cannabis y cocaína de la muestra estudiada, sin embargo determinó que el craving tanto por el cannabis y la cocaína provoca un aumento de los niveles de ansiedad en los pacientes estudiados; demostrando, indirectamente, una posible relación entre las variables.

Por todo esto, se infiere que posiblemente existe una relación entre determinados rasgos de personalidad y adicción a sustancias, a su vez con niveles de craving y ansiedad puesto que la presencia de ansiedad suele incrementar los síntomas del craving, el cual forma parte de una dependencia a sustancias de un sujeto con determinadas características de personalidad.

CAPÍTULO 3

1.9 METODOLOGÍA

La presente investigación se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal debido a que se utilizó la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar posibles hipótesis; además se indagó la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de las variables en la población a estudiar.

1.10 SUJETOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El centro de Rehabilitación CRATI es una institución especializada en el tratamiento de las adicciones a sustancias en adolescentes, cuenta con un modelo de tratamiento integral cuyo objetivo es rehabilitar al adicto en todas sus áreas de funcionamiento cotidiano. Al momento de realizar la investigación, el universo de la institución fue de 26 internos [adolescentes hombres] de los cuales 20 fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

Criterios de Inclusión:

- Usuarios con diagnóstico de adicción a sustancias.
- Usuarios que firmaron voluntariamente el asentimiento informado.
- Usuarios con motivación para trabajar en el proyecto.

Criterios de Exclusión

- Usuarios mayores de 17 años.
- Usuarios con Discapacidades Visuales.

-Usuarios con dificultades cognitivas o de aprendizaje.

-Usuarios con Trastornos Psicóticos.

1.11 INSTRUMENTOS A UTILIZAR

La recolección de datos se lo realizó mediante la administración de una ficha sociodemográfica y 3 reactivos psicológicos (MaCS, BAI, EPQ-J).

1.11.1 Ficha Sociodemográfica

Se obtuvieron los siguientes datos: edad, ocupación, nivel escolar, estado civil de los progenitores, tipo de familia, sustancia de consumo, número de internamientos y tiempo de internamiento por semanas. Ver Anexo A

1.11.2 Escala de Mannheim para el Craving (MaCS)

Autores: H. Nakovies, A. Diehl, H. Geiselhart, K. Mann.

El MaCS se deriva de la estructura del conocido OCDS y consta de 12 ítems y 4 ítems adicionales. Los 12 ítems pueden asignarse a dos subescalas, cada una representando aspectos cognitivos compulsivos (pensamientos obsesivos) o aspectos conductuales y motivacionales compulsivos (comportamiento compulsivo). El modelo de ansia subyacente al cuestionario supone estructuras de deseo de sustancia de tipo obligatorio.

Las preguntas se relacionan con la continua participación mental con sustancias adictivas, con la incapacidad para escapar de esta idea y con la pérdida inminente de control del comportamiento. Las preguntas fueron formuladas para que cualquier adicción relacionada con sustancias pueda ser abordada. Cada uno de los 12 ítems ofrece 5 opciones de respuesta, que se codifican de acuerdo con la intensidad de respuesta creciente de 0 - 4 y se agrupan de igual forma. En cuanto a la corrección e interpretación del instrumento, no se

han propuesto puntos de corte por el momento; sin embargo se recomienda que a mayor puntuación, mayor intensidad del Craving

Los 4 ítems adicionales del MaCS incluyen 3 escalas analógicas visuales para estimar la intensidad del ansia promedio y máximo de sustancias y su frecuencia en los últimos 7 días, así como un ítem para determinar la duración de la abstinencia.

En cuanto a la validación del instrumento, éste se lo realizó mediante 3 evaluaciones de cada sujeto dentro de un proyecto para la evaluación de un tratamiento de desintoxicación en $n = 292$ pacientes dependientes de alcohol y drogas con abuso de múltiples sustancias. El instrumento mostró una confiabilidad de medición muy alta ($0.87 < \alpha < 0.93$). El puntaje total de MaCS se correlacionó altamente significativo con la intensidad media del deseo ($0.47 < r_{tc} < 0.64$, $p < 0.0001$), con el máximo de deseo ($0.52 < r_{tc} < 0.69$, $p < 0.0001$), y con la frecuencia del deseo ($0.43 < R_{tc} < 0.65$, $p < 0.0001$) medido por medio de escalas analógicas. Por lo tanto, el MaCS para las mediciones generales del deseo a través de múltiples sustancias mostró muy buena confiabilidad y validez y de este modo los resultados indican aplicabilidad en entornos clínicos cotidianos, así como en entornos científicos (Nakovics, Diehl, Geiselhart, & Mann, 2009). Ver Anexo B

1.11.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Autores: Aaron T. Beck, Gary Brown, Norman Epstein y Robert A. Steer.

El BAI es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión. Puede aplicarse a personas pertenecientes a poblaciones clínicas y también a la población general, adultas y adolescentes (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011).

De acuerdo a Beck, Brown, Epstein & Steer (1988):

El instrumento consta de 21 ítems, cada uno de los cuales describe un síntoma común de la ansiedad en sus cuatro aspectos relevantes: Subjetivo, Neurofisiológico, Autónomo y Pánico. Respecto a la validez y confiabilidad del BAI, la muestra (n = 160) para la investigación estaba compuesta por grupos con diagnósticos primarios de trastorno depresivo mayor (n = 40); trastorno distímico y depresión atípica (n = 11); trastorno de pánico (n = 45); trastorno de ansiedad generalizada (n = 18); agorafobia con ataques de pánico (n = 18); fobia social y simple (n = 12); y diversos trastornos de ansiedad, no depresión, tales como problemas académicos y trastornos de adaptación (n = 16). Los resultados demostraron que el BAI tiene una alta consistencia interna ($\alpha = .92$) y confiabilidad test-retest durante 1 semana, $r(81) = .75$. Además el BAI discrimina a los grupos de diagnóstico ansiosos [trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, etc.] de los grupos de diagnóstico no ansiosos [depresión mayor, trastorno distímico, etc.] y se correlaciona moderadamente con la Escala de calificación de ansiedad de Hamilton revisada, $r(150) = .51$ y solo se correlaciona levemente con la Escala de calificación de depresión de Hamilton revisada, $r(153) = .25$.

Para la administración del instrumento, se le pide al encuestado que califique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la semana pasada en una escala de 4 puntos que va de 0 [en absoluto] a 3 [severamente, casi no podía soportarlo]. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como ansiedad leve, de 16 a 25 como ansiedad moderada y de 26 a 63 como ansiedad grave. Ver Anexo C

1.11.4 Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-J)

Autores: H. J. Eysenck y Sybil B. G. Eysenck

El EPQ-J es un cuestionario de autorreporte compuesto por 81 preguntas de contestación dicotómica [SI/NO]. Está dirigido a adolescentes y evalúa tres dimensiones de la personalidad [**N**euroticismo, **E**xtraversión y **P**sicoticismo] y una de Sinceridad [**S**]. Al referirse a las variables **N**, **E**, **P** y **S** se deberá utilizar las siguientes expresiones respectivamente: Emocionabilidad, Extraversión, Dureza y Sinceridad.

Se ha descrito por Eysenck & Eysenck (1992):

Una puntuación alta en **N** se define al sujeto como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de desórdenes psicossomáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones emocionales le interfieren para lograr una adaptación adecuada, y le hacen reaccionar de una manera irracional y, en ocasiones, rígida. En definitiva es un sujeto preocupado acerca de acciones o cosas que pueden resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos.

El sujeto que puntúa alto en la escala **E** es sociable, le gustan las fiestas, necesita tener a alguien con quien hablar. Anhela la excitación, se arriesga, frecuentemente se mete en todo, actúa por los impulsos del momento. Es despreocupado, de fácil cambio, optimista. Prefiere estar moviéndose y haciendo cosas.

Un sujeto que puntúa alto en la escala **P** se puede definir como raros y solitarios, despreocupado de las personas, crea problemas a los demás y no compagina con los otros fácilmente; puede ser cruel, inhumano e insensible y tener falta de sentimientos y empatía; se muestra hostil, incluso con los más íntimos, y agresivo, incluso con las personas amadas.

Tales adolescentes intentan suplir su falta de sentimientos entregándose a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados.

La escala **S** intenta medir la tendencia al disimulo [en la versión española se utiliza la expresión *sinceridad* y su respectiva sigla en lugar de disimulo] de algunos sujetos para presentar un buen aspecto. Sin embargo existen algunas dificultades a la hora de interpretar las puntuaciones de **S** ya que no aumenta la fiabilidad de la escala **S** cuando hay mucha sinceridad, ni disminuye cuando hay baja sinceridad. Es por esto por lo que la escala debe medir alguna función estable de la personalidad, aunque, actualmente, no se conoce la naturaleza precisa de esta variable o función. Es indispensable aclarar que se debe analizar los datos sin eliminar a ningún sujeto por la variable **S**.

Respecto a la fiabilidad de las escalas del EPQ-J, en una muestra de 976 varones y 1002 mujeres, se determinó que a partir de los diez años la fiabilidad es superior a 0,60 y frecuentemente supera el valor de 0,70. Sobre la consistencia interna [coeficiente alfa] se han encontrado índices bastante aceptables sobre todo en las escalas **N** y **L**; aunque los obtenidos en las escalas **E** y **P** son más bajos, todavía son satisfactorios (Eysenck & Eysenck, 1992).

La corrección del EPQ-J se lo realiza mediante una plantilla transparente, la cual incluye las claves para calificar directamente las dimensiones de la personalidad. Posteriormente se suman las puntuaciones parciales para obtener el puntaje directo que, luego, deberán ser transformados en centiles. La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en el rasgo apreciado por el instrumento.

Ver Anexo D

1.12 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

- Medir los niveles de Craving mediante la Escala de Mannheim para el Craving (MaCS).
- Medir los niveles de Ansiedad por medio del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- Relacionar los resultados con las siguientes variables: número de sustancia, edad, número de internamientos y tiempo de internamiento por semanas.
- Evaluar las dimensiones de la personalidad mediante el Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (EPQ-J).
- Relacionar las variables: Craving, Ansiedad y Dimensiones de Personalidad [Emocionabilidad, Extraversión, Dureza y Sinceridad].

1.13 PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo del trabajo investigativo se realizaron los siguientes pasos:

- 1._ Se solicitó la autorización correspondiente a la directora técnica del Centro de Rehabilitación para Adolescentes Adictos a Sustancias [CRATI], con el objetivo de lograr la apertura de la institución y realizar las actividades planteadas; esto se lo llevó a cabo mediante un oficio en el que constó la petición y firma del interesado, así como la firma de su director y codirectora de tesis.
- 2._ Se procedió a elegir la muestra, la cual fue definida en base a criterios de inclusión y exclusión.
- 3._ Debido a la emergencia sanitaria, causada por el COVID-19, y las estrictas normas de bioseguridad imposibilitaron administrar los instrumentos en un formato grupal.

De tal manera que se procedió a aplicarlos de forma individual. El tiempo individual para completar la batería fue de 30 minutos aproximadamente y se lo realizó en dos sesiones debido al *toque de queda* que regía en el territorio nacional.

4._ Se entregó el asentimiento informado a los participantes seleccionados y se socializó con cada uno sobre los objetivos de la investigación.

5._ Se completó la ficha sociodemográfica entregada previamente y, posteriormente, se explicó las instrucciones de cada instrumentos. El orden en que fueron aplicados los test fue de la siguiente manera: MaCS, BAI y EPQ-J. Durante el desarrollo de las pruebas se solventaron las dudas surgidas.

6._ Una vez obtenidos los test completados se procedió a su respectiva calificación.

7._ Los datos obtenidos fueron procesados mediante Excel y el software SPSS versión 23.0, éste programa permitió presentar los resultados mediante frecuencias y tablas cruzadas.

1.14 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se muestra los resultados del proceso investigativo, se incluye los datos recogidos mediante la ficha sociodemográfica, los resultados de los cuestionarios aplicados y las asociaciones de las variables.

Descripción de la población y muestra

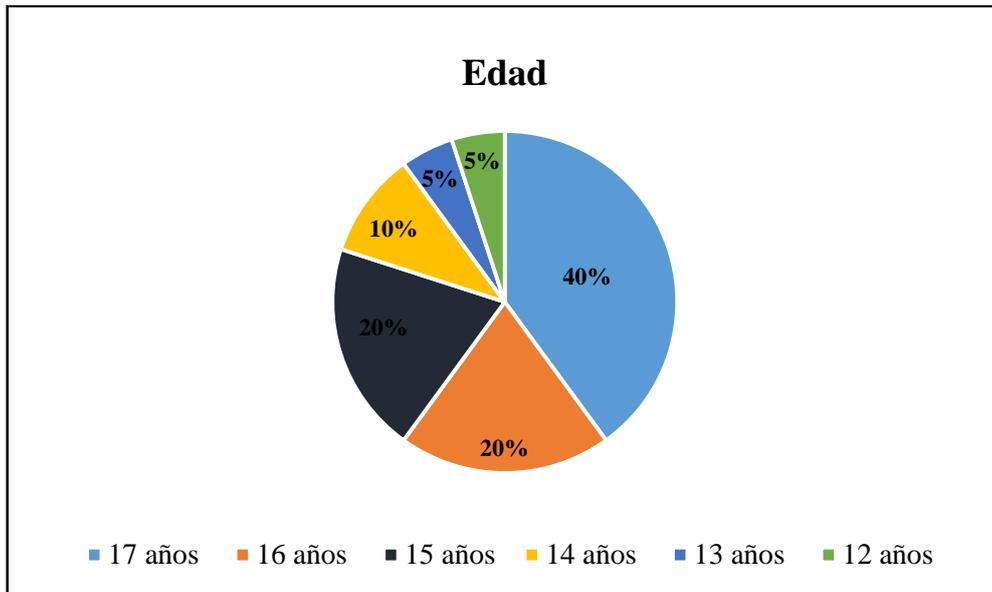


Figura 1. Edad de los participantes

La población total del Centro de Rehabilitación para Adolescentes Adictos a Sustancias [CRATI] fue de 26 internos adolescentes hombres, de los cuales se tomaron como muestra a 20 internos con una edad correspondiente a los valores presentados en la Figura 1. La media de la edad fue de 15.65 con una desviación estándar [DE] de 14.96; la edad mínima fue de 12 y la máxima 17 años.

En esta muestra el 100% de los participantes son estudiantes. Su nivel escolar oscila desde la Básica Superior hasta el Bachillerato. La Figura 2 muestra que el 50% de los participantes se encuentran en Primero y Segundo de Bachillerato; el 20% está cursando el Décimo año, en tanto que el 15% se encuentra en Octavo de Básica. Finalmente, el 10% de la muestra cursa el Tercero de Bachillerato, mientras que el 5% el noveno de Básica.

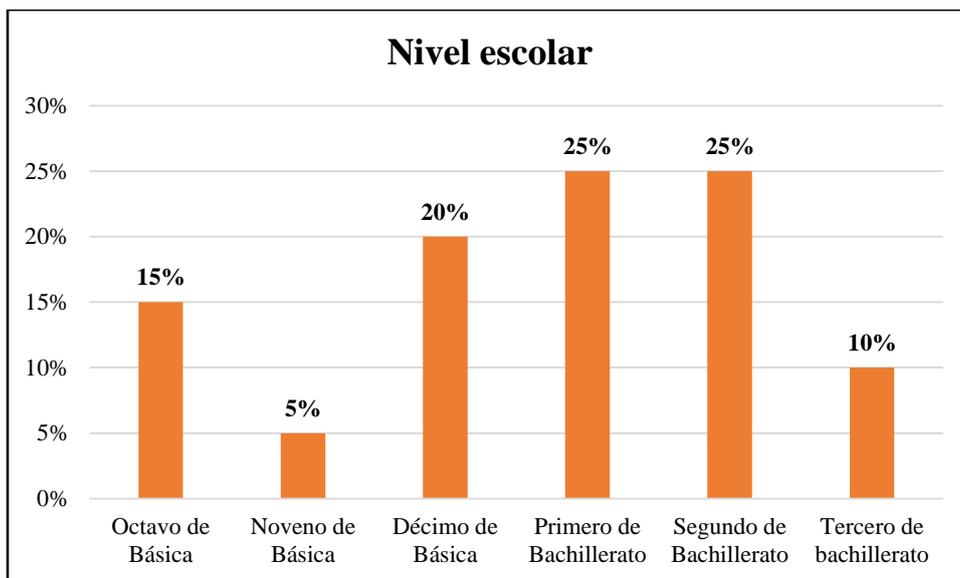


Figura 2. Nivel escolar de los participantes

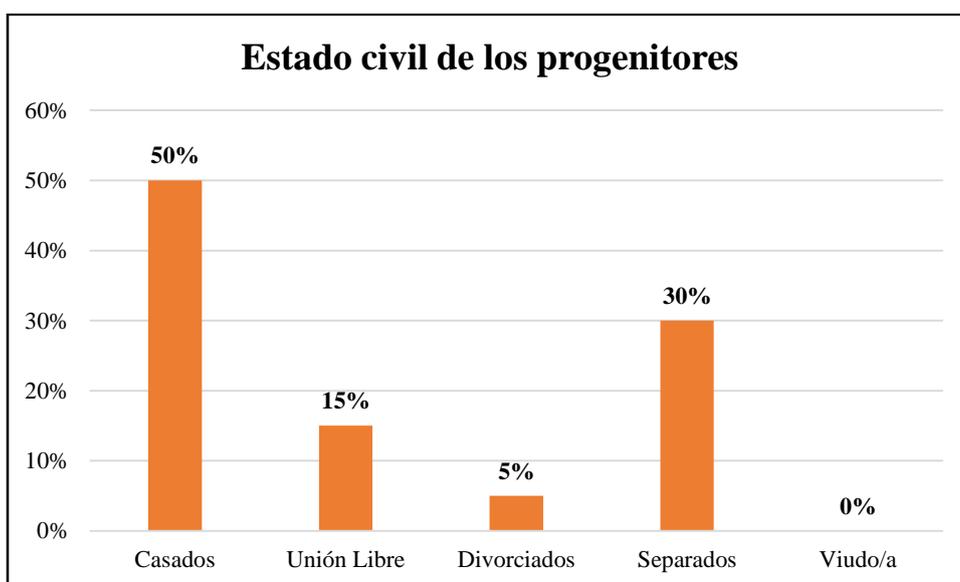


Figura 3. Estado civil de los progenitores

En la Figura 3 se visualiza el estado civil de los progenitores de los participantes; el 50% señalan que sus padres están casados, el 30% mencionan que están separados, el 15% manifiesta que sus progenitores están en unión libre y, finalmente, el 5% comentan que son divorciados.

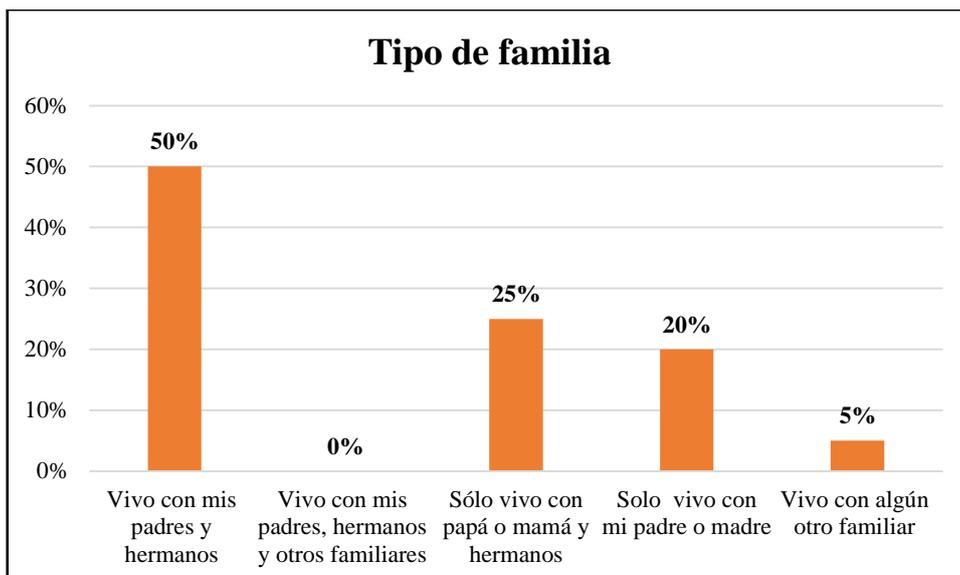


Figura 4. Tipo de Familia

En la Figura 4 se observa el Tipo de Familia de los adolescentes; el 50% de los participantes señalan que viven con sus padres y hermanos, el 25% mencionan que sólo viven con un progenitor [padre o madre] y hermanos; el 20% manifiesta que viven con un progenitor [padre o madre], mientras que el 5% señala que vive con algún otro familiar.

Tabla 1. Descripción de la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	20	12	17	15,65	1,496
Número de sustancias	20	1	6	3,25	1,410
Tiempo actual de internamiento por semanas	20	3	42	18,40	10,976
Ansiedad	20	3	34	18,85	9,767
Craving	20	6	26	15,55	5,907
Emocionabilidad	20	10	99	64,45	29,132
Extraversión	20	1	85	28,05	27,304
Dureza	20	70	99	94,00	7,746
Sinceridad	20	15	99	61,70	25,328
N válido (por lista)	20				

En la tabla 4 se describe los puntajes mínimos y máximo de las variables, así como la media (\bar{X}) y la Desviación estándar (DE). En la muestra de 20 adolescentes hombres la edad oscila entre 12 y 17 años, con una $\bar{X}=5.65$ y una $DE=1.496$. El mínimo de consumo es 1 y máximo 6 sustancias, con una $\bar{X}= 3.25$ y una $DE= 1,410$. El tiempo actual de internamiento es 3 semanas como mínimo y 42 como máximo, con una $\bar{X}=18.40$ y una $DE=10.976$. En cuanto a los niveles de ansiedad, el puntaje mínimo registrado es 3 y máximo 34 puntos, con una $\bar{X}= 18.85$ y una $DE = 9.767$. Respecto al Craving, el puntaje mínimo registrado es de 6 y máximo de 26 puntos, con una $\bar{X}=15.5$ y una $DE =5.907$. En cuanto a las dimensiones de la personalidad, el puntaje mínimo registrado para Emocionabilidad es de 10 y máximo 99 puntos, con una $\bar{X}=64.45$ y una $DE=29.132$; así mismo, el puntaje mínimo registrado para Extraversión es 1 y máximo de 85 puntos, con una $\bar{X}= 28.05$ y una $DE= 27.304$; de igual manera, el puntaje mínimo de Dureza es 20 y máximo de 99 puntos, con una $\bar{X}=94.00$ y una $DE=7.746$; finalmente, el puntaje mínimo registrado para Sinceridad es 15 y máximo 99 puntos, con una $\bar{X}= 61.70$ y una $DE=25.328$.

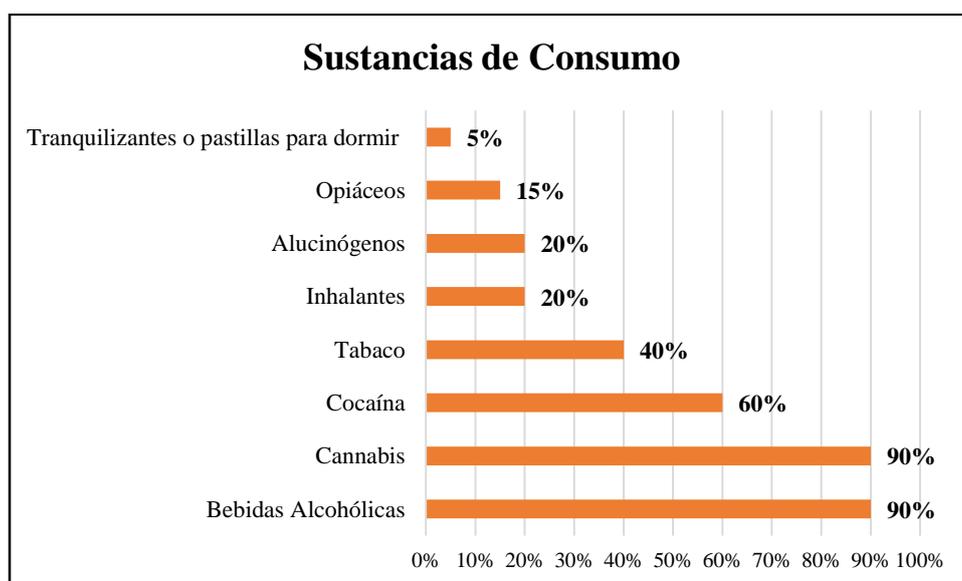


Figura 5. Sustancias de consumo

En la Figura 5 se muestra las Sustancias de Consumo de los participantes; tanto las bebidas alcohólicas como el cannabis son las sustancias de mayor preferencia por la muestra estudiada (90%). La cocaína es la segunda sustancia mayor consumida (60%), seguida del tabaco que representa al 40 %; los Inhalantes y Alucinógenos constituyen el 20%, mientras que los Opiáceos y Tranquilizantes o pastillas para dormir representan al 15% y 5% respectivamente.

Tabla 2. Número de Sustancias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	5,0	5,0	5,0
	2	7	35,0	35,0	40,0
	3	4	20,0	20,0	60,0
	4	3	15,0	15,0	75,0
	5	4	20,0	20,0	95,0
	6	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

En la Tabla 2 se observa que el 5% de la muestra consume 6 sustancias; el 20% consume 5 y, finalmente, el 15% cuatro sustancias.

Tabla 3. Número de Internamientos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	17	85,0	85,0	85,0
	2	2	10,0	10,0	95,0
	3	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Según los datos de la Tabla 2, se aprecia que para el 85% de los participantes es su primer internamiento, mientras que para el 10% constituye ser el segundo. En cuanto al 5% restante, actualmente, se encuentra en su tercer internamiento.

Análisis de los datos de los cuestionarios aplicados (Escala de Mannheim para el Craving, *MaCS*; Inventario de Ansiedad de Beck, *BAI* y Cuestionario de Personalidad para Adolescentes, *EPQ-J*)

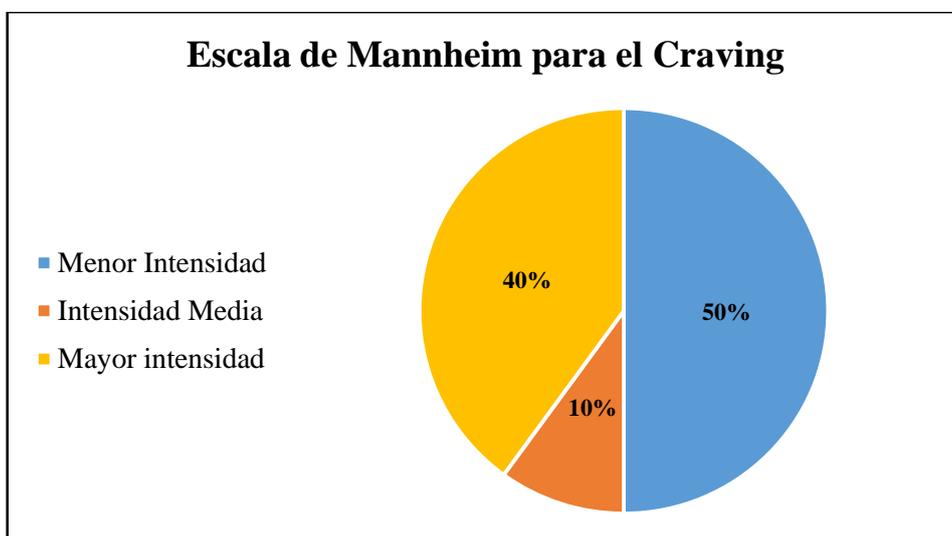


Figura 6. Intensidad del Craving

En la Figura 6 podemos ver que el 50% de la muestra presenta menor intensidad del Craving, mientras que el 40% representa a una mayor intensidad. En cuanto al 10% restante presentan una intensidad media de Craving.

Tabla 4. Inventario de Ansiedad de Beck

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mínimo	3	15,0	15,0	15,0
	Leve	3	15,0	15,0	30,0
	Moderado	8	40,0	40,0	70,0
	Grave	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

En la tabla 3 se puede apreciar que el 15% de la muestra presenta Ansiedad Mínima, mientras que el 15% manifiesta Ansiedad Leve. Por otro lado, el 40% de los participantes presenta Ansiedad Moderada y el 30% Ansiedad Grave.

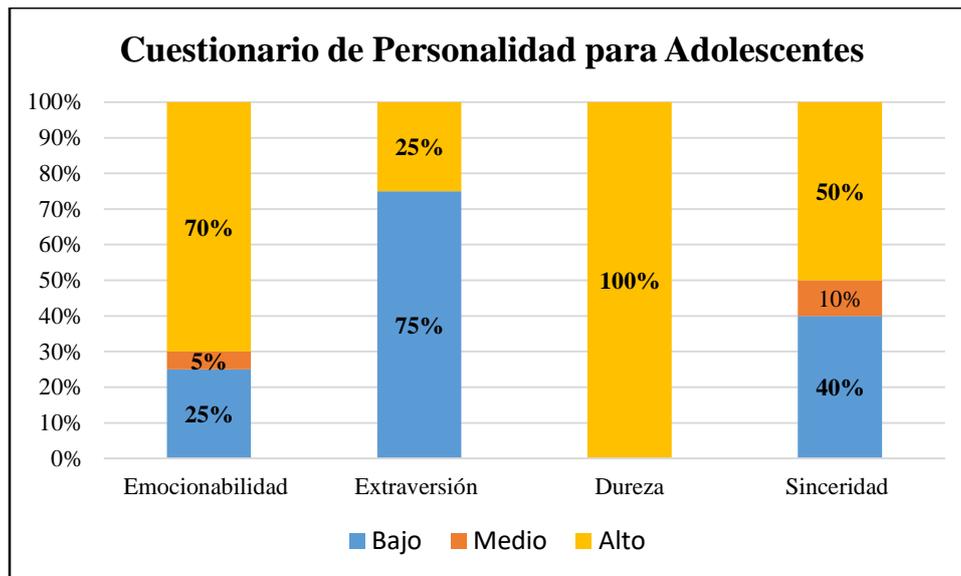


Figura 7. Dimensiones de Personalidad

En la Figura 7 se observa que el 50% de los adolescentes presenta altos niveles de Sinceridad, el 10% muestra niveles medios y el 40% bajos. Por otro lado, todos los adolescentes presentan *altos rasgos de Dureza* o Psicoticismo. Con respecto a la Extraversión se encontró que el 75% de los participantes muestran bajos niveles en esta variable, mientras que el 25% presenta altos niveles de extraversión. Finalmente se encontró que el 70% de la muestra posee altos niveles de Emocionabilidad, 5% niveles medios y el 25% bajos.

Correlación de las variables

Los puntajes de ansiedad y craving serán correlacionados con las variables: edad, número de sustancias, número de internamientos, tiempo actual de internamiento por semanas y Dimensiones de la personalidad [Emocionabilidad, Extraversión, Dureza y Sinceridad]. Finalmente se relacionará los puntajes de ansiedad y craving.

Para comparar los datos numéricos de las variables se utilizó el coeficiente de correlación de *Spearman* para muestras no paramétricas ($N < 50$); de tal manera que se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5. Relación entre Ansiedad y Edad

			Ansiedad	Edad
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	-,058
		Sig. (bilateral)	.	,807
		N	20	20
	Edad	Coeficiente de correlación	-,058	1,000
		Sig. (bilateral)	,807	.
		N	20	20

La tabla 5 muestra un coeficiente de correlación de -0.058 entre las dos variables y un nivel de significancia de 0.0807; lo que indica que *no existe ninguna relación* entre Ansiedad y Edad.

Tabla 6. Relación entre Edad y Craving

			Edad	Craving
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,388
		Sig. (bilateral)	.	,091
		N	20	20
	Craving	Coeficiente de correlación	,388	1,000
		Sig. (bilateral)	,091	.
		N	20	20

La tabla 6 evidencia un coeficiente de correlación de 0.388 entre las dos variables y un nivel de significancia de 0.91; lo que demuestra que *no existe ninguna correlación* entre Edad y Craving.

Tabla 7. Relación entre Número de Sustancias y Ansiedad

			Nº de sustancias	Ansiedad
Rho de Spearman	Nº de sustancias	Coefficiente de correlación	1,000	,299
		Sig. (bilateral)	.	,201
		N	20	20
	Ansiedad	Coefficiente de correlación	,299	1,000
		Sig. (bilateral)	,201	.
		N	20	20

La tabla 7 muestra un coeficiente de correlación de 0.299 entre las dos variables analizadas y un nivel de significancia de 0.201. Estos datos indican que *no existe relación* alguna entre el Número de Sustancias y la Ansiedad.

Tabla 8. Relación entre Craving y Número de sustancias

			Craving	Nº de sustancias
Rho de Spearman	Craving	Coefficiente de correlación	1,000	,548*
		Sig. (bilateral)	.	,012
		N	20	20
	Nº de sustancias	Coefficiente de correlación	,548*	1,000
		Sig. (bilateral)	,012	.
		N	20	20

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

En la tabla 8 se muestra un coeficiente de correlación de 0.548 entre las dos variables y un nivel de significancia de 0.012; lo que indica una *relación, estadísticamente significativa, positiva* entre el número de sustancias y la presencia de Craving. Esto es, a mayor número de consumo de sustancias, mayores son los niveles de Craving.

Tabla 9. Relación entre Número de internamientos y Ansiedad

			Ansiedad	Numero de internamiento
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,408
		Sig. (bilateral)	.	,074
		N	20	20
	Numero de internamiento	Coeficiente de correlación	,408	1,000
		Sig. (bilateral)	,074	.
		N	20	20

La tabla 9 indica un coeficiente de correlación de 0.408 entre las dos variables y un nivel de significancia de 0.074. Estos datos muestran que *no existe correlación* entre el Número de Internamientos y los Niveles de Ansiedad.

Tabla 10. Relación entre el Número de Internamientos y Craving

			Numero de internamiento	Craving
Rho de Spearman	Numero de internamiento	Coeficiente de correlación	1,000	,319
		Sig. (bilateral)	.	,170
		N	20	20
	Craving	Coeficiente de correlación	,319	1,000
		Sig. (bilateral)	,170	.
		N	20	20

La tabla 10 evidencia un coeficiente de correlación de 0.319 y un nivel de significancia de 0.170; lo que indica que *no existe relación* entre el Número de Internamientos y los Niveles de Craving.

Tabla 11. Relación entre el Tiempo actual de internamiento y Ansiedad

			Tiempo actual de internamiento por semanas	Ansiedad
Rho de Spearman	Tiempo actual de Internamiento por semanas	Coeficiente de correlación	1,000	-,302
		Sig. (bilateral)	.	,196
		N	20	20
	Ansiedad	Coeficiente de correlación	-,302	1,000
		Sig. (bilateral)	,196	.
		N	20	20

La tabla 11 muestra un coeficiente de correlación de -0.302, con un nivel de significancia de 0.196. Estos datos indican la *ausencia de una relación* entre el Tiempo actual de Internamiento y los niveles de Ansiedad.

Tabla 12. Relación entre el Tiempo actual de internamiento y Craving

			Craving	Tiempo actual de internamiento por semanas
Rho de Spearman	Craving	Coeficiente de correlación	1,000	-,079
		Sig. (bilateral)	.	,739
		N	20	20
	Tiempo actual de internamiento por semanas	Coeficiente de correlación	-,079	1,000
		Sig. (bilateral)	,739	.
		N	20	20

En la tabla 12 se muestra un coeficiente de correlación de -0.079 y un nivel de significancia de 0.739; de tal manera que *no existe relación* entre el Tiempo de internamiento y los niveles de Craving registrados.

Tabla 13. Relación entre Ansiedad y Emocionabilidad

			Ansiedad	Emocionabilidad
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,410
		Sig. (bilateral)	.	,073
		N	20	20
	Emocionabilidad	Coeficiente de correlación	,410	1,000
		Sig. (bilateral)	,073	.
		N	20	20

La tabla 13 evidencia un coeficiente de correlación de 0.410 entre las dos variables y un nivel de significancia de 0.073; lo que indica la existencia de una *relación positiva*, aunque no significativa, entre los Niveles de Ansiedad y Emocionabilidad. Esto es, mayor Ansiedad presentan los sujetos con mayores rasgos de Emocionabilidad.

Tabla 14. Relación de Ansiedad y Extraversión

			Ansiedad	Extraversión
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	-,089
		Sig. (bilateral)	.	,708
		N	20	20
	Extraversión	Coeficiente de correlación	-,089	1,000
		Sig. (bilateral)	,708	.
		N	20	20

La tabla 14 muestra un coeficiente de correlación de -0.089, con un nivel de significancia de 0.708. Estos datos indican una *relación negativa*, aunque no significativa, entre las variables. De tal manera que a mayor Ansiedad menor Rasgos de Extraversión.

Tabla 15. Relación entre Ansiedad y Dureza

			Ansiedad	Dureza
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	-,057
		Sig. (bilateral)	.	,810
		N	20	20
	Dureza	Coeficiente de correlación	-,057	1,000
		Sig. (bilateral)	,810	.
		N	20	20

En la tabla 15 se puede evidenciar un coeficiente de correlación de -0.057, con un nivel de significancia de 0.810; de tal manera que *no existe relación* entre Ansiedad y Dureza.

Tabla 16. Relación entre Ansiedad y Sinceridad

			Ansiedad	Sinceridad
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	-,165
		Sig. (bilateral)	.	,487
		N	20	20
	Sinceridad	Coeficiente de correlación	-,165	1,000
		Sig. (bilateral)	,487	.
		N	20	20

La tabla 16 muestra un coeficiente de correlación de -0,165, con un nivel de significancia de 0.487. Estos datos indican una ligera relación negativa entre las dos variables. Esto es, a mayor Ansiedad menor Sinceridad.

Tabla 17. Relación entre Craving y Emocionabilidad

			Craving	Emocionabilidad
Rho de Spearman	Craving	Coefficiente de correlación	1,000	-,169
		Sig. (bilateral)	.	,477
		N	20	20
	Emocionabilidad	Coefficiente de correlación	-,169	1,000
		Sig. (bilateral)	,477	.
		N	20	20

En la tabla 17 se evidencia un coeficiente de correlación de -0.169 entre las dos variables y un nivel de significancia de 0.477; lo que indica una *relación ligeramente negativa, pero no significativa*. Es decir a mayor Craving, menores rasgos de Emocionabilidad.

Tabla 18. Relación entre Craving y Extraversión

			Craving	Extraversión
Rho de Spearman	Craving	Coefficiente de correlación	1,000	-,022
		Sig. (bilateral)	.	,926
		N	20	20
	Extraversión	Coefficiente de correlación	-,022	1,000
		Sig. (bilateral)	,926	.
		N	20	20

En la tabla 18 se muestra un coeficiente de correlación de -0.022, con un nivel de significancia de 0.926. Estos datos indican que *no existe ninguna relación* entre los niveles de Craving y los rasgos de Extraversión.

Tabla 19. Relación entre Craving y Dureza

			Craving	Dureza
Rho de Spearman	Craving	Coefficiente de correlación	1,000	-,199
		Sig. (bilateral)	.	,400
		N	20	20
	Dureza	Coefficiente de correlación	-,199	1,000
		Sig. (bilateral)	,400	.
		N	20	20

La tabla 19 evidencia un coeficiente de correlación de -0.199, con un nivel de significancia de 0.400. Lo que indica una *relación ligeramente negativa, pero no significativa*, entre Craving y Dureza. Esto es, a mayor nivel de Craving menor rasgos de Dureza.

Tabla 20. Relación entre Craving y Sinceridad

			Craving	Sinceridad
Rho de Spearman	Craving	Coefficiente de correlación	1,000	,073
		Sig. (bilateral)	.	,761
		N	20	20
	Sinceridad	Coefficiente de correlación	,073	1,000
		Sig. (bilateral)	,761	.
		N	20	20

En la tabla 20 se muestra un coeficiente de correlación de 0.073 entre las dos variables, con un nivel de significancia de 0.76. Estos datos indican que *no hay ninguna relación* entre los niveles de Craving y Sinceridad.

Tabla 21. Relación entre Ansiedad y Craving

			Ansiedad	Craving
Rho de Spearman	Ansiedad	Coefficiente de correlación	1,000	,332
		Sig. (bilateral)	.	,153
		N	20	20
	Craving	Coefficiente de correlación	,332	1,000
		Sig. (bilateral)	,153	.
		N	20	20

La tabla 21 muestra un coeficiente de correlación de 0.332, con un nivel de significancia de 0.153; lo que indica estos datos es que *existe una ligera relación, aunque no significativa* entre Ansiedad y Craving. Esto es, a mayor nivel de Ansiedad, mayor intensidad del Craving.

CAPÍTULO 4

1.15 DISCUSIÓN

Este estudio se propuso determinar la relación entre las dimensiones de personalidad y los niveles de craving y ansiedad en adolescentes adictos a sustancias. A partir de los hallazgos encontrados, a continuación, se aclara y se contrasta los mismos con el estado del arte y el constructo teórico de la investigación, así como con los objetivos planteados.

Respecto al tipo de familia de los participantes se encontró que el 50% pertenecen a una familia nuclear, mientras que el 45% pertenecen a una familia monoparental (un progenitor y uno o varios hijos), solo el 5% de la muestra no vive con sus progenitores. Esta información permite conocer que la adicción a sustancias se presenta en cualquier estructuración familiar. Cabe señalar que el 5% de la muestra constituye a 1 participante de tal manera que no es significativo dentro de la investigación. Por otro lado, se encontró que el 50% de la muestra cursa el Primero (25%) y Segundo de bachillerato (25%).

Todos estos datos son similares a los resultados obtenidos por Palacios (2013) quien encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo o estructuración familiar y el consumo de drogas en adolescentes. De igual manera, en el mismo estudio se revela que los mayores usuarios de drogas se encuentran cursando el segundo, primero y tercero de bachillerato respectivamente.

Por otra parte, los resultados de este estudio reflejan que las sustancias más consumidas entre los adolescentes son fundamentalmente las bebidas alcohólicas (90%), cannabis (90%), cocaína (60%) y tabaco (40%) obteniéndose prevalencias de consumo

muy superiores al resto de sustancias. Esta tendencia es similar a lo reportado por el CONSEP y OND (2013) quienes señalan prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, cannabis y pasta base de cocaína en adolescentes de 12 y 17 años. Hallazgos similares se obtuvieron en una investigación desarrollada por Murillo (2013) quien revela que las drogas más utilizadas por los jóvenes son la marihuana, cocaína y tabaco; así mismo, Acosta & Sanango (2018) determinó en una muestra de 41 adolescentes adictos de 10 a 18 años las sustancias de mayor prevalencia: alcohol (100%), marihuana (95.1%) y cocaína (78%).

Con respecto al craving y la ansiedad, se encontró la presencia de estos en todos los adolescentes participantes (n=20); no obstante, es importante señalar que los resultados se hallan en distintos niveles o intensidad, desde el nivel mínimo a grave en el caso de la ansiedad y de menor a mayor intensidad en cuanto al craving. La literatura sobre adicciones plantea que en la fase de abstinencia, por lo general, los sujetos presentan ansiedad, craving, entre otros, como síntomas más representativos (Becoña & Cortés, 2011). Esta conclusión concuerda con los estudios desarrollados por Criollo (2012) y Chilibringa (2019), quienes muestran la presencia de estos síntomas en distintos niveles o intensidad, independientemente del tipo de sustancia, tanto en adolescentes y adultos hospitalizados en centros de rehabilitación de adicción a sustancias.

En cuanto a las dimensiones de la personalidad, el estudio reveló que todos los participantes [n=20] puntuaron alto [p>50] en la escala de Dureza [Psicoticismo]; ésta escala caracteriza a personas egocéntricas, frías, rebeldes, impulsivas, hostiles, agresivas, desconfiadas y antisociales; además el 70% de la muestra puntuó alto [p>50] en la escala de Emocionabilidad [Neuroticismo] la cual define a un sujeto preocupado sobre acciones

o cosas que pueden resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos.

Resultados semejantes se obtuvieron en un estudio realizado por Sáiz et al. (1999) sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en 816 jóvenes de enseñanza secundaria; se encontró que el consumo de drogas se asocia con mayores niveles de inestabilidad emocional [Emocionabilidad] y psicoticismo [Dureza]. De igual manera, un estudio llevado a cabo por González, Sáiz, Quirós & López (2000), sobre la asociación de rasgos de personalidad y el uso-abuso de cannabis, con una muestra de 2841 estudiantes de secundaria, encontró que los consumidores de cannabis más otras sustancias ilegales puntúan significativamente alto en la escala de Psicoticismo y Emociobanilidad [Neuroticismo] en comparación con los no consumidores de sustancias ilegales y con los consumidores únicamente de cannabis. Ello es acorde con lo que en este estudio se halla.

Pero en lo que no concuerdan los estudios de los autores referidos con el presente es que ellos mencionan, además, puntuaciones altas para Extraversión, no obstante en este estudio no se encuentran tales resultados; de modo que se puede inferir la presencia de un nivel significativo de introversión (75%) en la muestra estudiada.

Cabe señalar que las puntuaciones, bajo (40%), medio (10%), alto (50%), en Sinceridad no fueron consideradas en esta investigación como determinantes de la fiabilidad del instrumento, ya que la escala parece medir alguna función estable de la personalidad, sin embargo, hasta ahora, se desconoce la naturaleza o función de esta variable.

En lo que respecta a la correlación entre las dimensiones de personalidad, ansiedad, craving, se encontraron las siguientes relaciones para la primera variable:

mayor ansiedad presentan los sujetos con mayores rasgos de Emocionabilidad (neuroticismo); mayor ansiedad, presentan los sujetos con menor rasgos de extraversión y, finalmente, mayor ansiedad tiene los sujetos con menor rasgos de sinceridad. Es importante señalar que estas relaciones no son significativas. En cuanto a la relación con el craving, se determinó dos relaciones negativas, aunque no significativas, con Emociobanilidad (Neuroticismo) y Dureza (Psicoticismo).

Las correlaciones de ansiedad y craving con edad, número de internamiento y tiempo actual de internamiento, no demostró ninguna relación entre las variables, no obstante el hallazgo mas sorprendente resultó de la correlación de craving y número de sustancias, el cual mostró una relación significativamente positiva, lo que indica que a mayor número de consumo de sustancias, mayores son los niveles de craving.

Lamentable estos datos no pueden ser comparados con otras investigaciones debido a que son, por el momento, inexistentes en el terreno de la adolescencia.

Finalmente, la correlación de Ansiedad y Craving determinó una ligera relación, no significativa, entre las variables; esto permite contradicer, por un lado, lo expuesto por Del Nogal (2009) quien sostiene que el craving y la ansiedad estan muy relacionados y, por el otro, a McCaul et al. (2017) quienes plantea que la ansiedad es ampliamente causal en relación con el craving; en esta investigación no se encontró tales resultados.

CAPÍTULO 5

1.16 CONCLUSIONES

Hemos sido capaces de extraer una serie de conclusiones a partir de los resultados de este estudio, entre ellas:

-Las edades de 17 (40%) ,16 (20%) y 15 (20%) años constituyen ser el mayor porcentaje de adolescentes internados en un centro de rehabilitación de adicción a sustancias. Además, el primero (25%) y segundo de bachillerato (25%), así como el décimo de básica (20%) son los niveles escolares que cursa la mayor parte de adolescentes adictos de esta muestra.

-El 95% de los participantes proviene de familias nucleares (50%) y monoparentales (45%) respectivamente, de tal manera que se puede decir, hasta ahora, que el tipo o estructuración familiar no guarda relación con el consumo de sustancias. Cabe señalar que esta conclusión es independiente de variables como apego, valores, normas, situación económica, violencia, etc. dentro de un sistema familiar.

-Las dimensiones de Psicoticismo (100%) y Neuroticismo (70%) prevalecen significativamente en la muestra estudiada. Este descubrimiento podría ser de suma importancia a la hora de planificar la intervención terapéutica con el adolescente adicto.

-En lo que respecta a la escala de Sinceridad, hasta ahora, se puede concluir que no necesariamente determina la fiabilidad del instrumento puesto que evidencia ciertas características de personalidad que no son tomadas en cuenta por las demás escalas. No obstante futuras investigaciones deberán centrarse en la función de esta dimensión dentro de la personalidad.

-El 95% de adolescentes adictos a sustancias son poli consumidores. Las sustancias de mayor consumo son: bebidas alcohólicas (90%), cannabis (90%), cocaína (60%) y tabaco (40%).

-La ansiedad y el craving están presentes en adolescentes durante la abstinencia de sustancias. El 30% y el 40% de los participantes mostraron ansiedad grave y moderada respectivamente; por otro lado, el 40% presento mayor intensidad del craving, mientras que el 10% mostro una intensidad media. En esta investigación, los datos permiten concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

-No hay correlación de los niveles de ansiedad o craving con edad, número de internamientos y tiempo actual de internamiento.

-Existe una relación positiva, estadísticamente significativa, entre craving y número de sustancias, lo que indica que a mayor número de consumo de sustancias, mayores son los niveles de craving.

-No existe correlaciones estadísticamente significativas entre los niveles de craving y ansiedad con las dimensiones de personalidad. No obstante a continuación se nombra las relaciones no significativas: ansiedad-neuroticismo; relaciones negativas entre ansiedad-extraversión; ansiedad-sinceridad; craving-neuroticismo y craving-psicoticismo.

CAPÍTULO 6

1.17 RECOMENDACIONES

Finalizada la presente investigación se recomienda lo siguiente:

-Investigaciones futuras deberán utilizar muestras más significativas, las mismas que permitirán obtener información adicional sobre el tema y resultados más generalizadores.

-Se debería realizar estudios similares con muestras de adolescentes mujeres dependientes a sustancias; con el fin de poder comparar los resultados obtenidos en esta investigación y determinar si existen diferencias significativas entre poblaciones.

-De igual manera, resulta importante realizar más investigaciones sobre adicción a sustancias en adolescentes, puesto que la literatura y estudios sobre el tema son muy limitados. Quizá esto permita establecer si existe alguna diferencia con la población adulta.

-El tratamiento psicológico, en parte, deberá incluir objetivos que permitan trabajar la personalidad del adolescente adicto, ya sea flexibilizándola o rigidizándola; además deberá proporcionar estrategias terapéuticas para la ansiedad y el craving durante y después del internamiento.

-Finalmente, para contrarrestar esta problemática tan marcada en nuestra actual sociedad, tanto instituciones públicas como privadas deberán elaborar y aplicar iniciativas o programas de prevención en base a los siguientes lineamientos: **a)** deberán enfocarse en todas las formas de abuso tanto de drogas legales, ilegales y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente; **b)** se deberá potencializar los factores de protección y reducir los factores de riesgo en cuanto al consumo de sustancias; **c)** psicoeducar a los adolescentes sobre habilidades socio-afectivas y competencias sociales positivas; **d)** se tendrá que considerar las características de la población [sexo, cultura, edad] para la elaboración de

iniciativas; **e)** las familias de los adolescentes deberán ser incluidas en los programas de prevención, con el fin de psicoeducar sobre las drogas, mejorar las relaciones familiares y proporcionar habilidades de comunicación adaptativas en cuanto al consumo y/o abuso de sustancias; **f)** los docentes de las instituciones educativas tendrán que ser capacitados sobre esta temática, además se les deberá proporcionar estrategias pedagógicas que permitan otorgar una recompensa positiva [refuerzo] en base a un comportamiento adecuado, esto, posiblemente, permitirá una conexión, aún más fuerte, con la institución educativa y con sus responsabilidades académicas, además de qué fomentara un comportamiento positivo tanto dentro como fuera del aula. **g)** los programas deberán aplicados a largo plazo y en repetidas ocasiones para reforzar los objetivos planteados inicialmente; **h)** incorporar en los programas técnicas interactivas de discusión entre pares sobre el abuso de drogas; **i)** las campañas en medios de comunicación permitirán mayor cobertura y alcance de los programas elaborados.

ANEXOS

Anexo A. Ficha Sociodemográfica


UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Escuela de Psicología Clínica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad: 13 años.

2. Ocupación:
 Estudiante Trabajador Ambas Ninguno

3. Nivel de instrucción:
0+0.00

4. Estado civil de los progenitores
 Casados
 Unión libre
 Divorciados
 Separados
 Viudo/a

5. Tipo de Familia
 Vivo con mis padres y hermanos
 Vivo con mis padres, hermanos y otros familiares (abuelos, tíos, primos, etc.).
 Solo vivo con papá o mamá y hermanos
 Solo vivo con mi padre o madre
 Vivo con algún familiar que está a cargo de mí.

6. Sustancia de consumo

alcohol y cigarrillo

7. Número de internamientos

1 vez 2 veces 3 veces 4 veces o más

8. Tiempo de internamiento en la institución

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 semana | <input type="checkbox"/> 11 semanas (2 meses y 3 semanas) | <input type="checkbox"/> 21 semanas (5 meses y 1 semana) |
| <input type="checkbox"/> 2 semanas | <input checked="" type="checkbox"/> 12 semanas (3 meses) | <input type="checkbox"/> 22 semanas (5 meses y 2 semanas) |
| <input type="checkbox"/> 3 semanas | <input type="checkbox"/> 13 semanas (3 meses y 1 semana) | <input type="checkbox"/> 23 semanas (5 meses y 3 semanas) |
| <input type="checkbox"/> 4 semanas (1 mes) | <input type="checkbox"/> 14 semanas (3 meses y 2 semanas) | <input type="checkbox"/> 24 semanas (6 meses) |
| <input type="checkbox"/> 5 semanas (1 mes y 1 semana) | <input type="checkbox"/> 15 semanas (3 meses y 3 semanas) | <input type="checkbox"/> 25 semanas (6 meses y 1 semana) |
| <input type="checkbox"/> 6 semanas (1 mes y 2 semanas) | <input type="checkbox"/> 16 semanas (4 meses) | <input type="checkbox"/> 26 semanas (6 meses y 2 semanas) |
| <input type="checkbox"/> 7 semanas (1 mes y 3 semanas) | <input type="checkbox"/> 17 semanas (4 meses y 1 semana) | |
| <input type="checkbox"/> 8 semanas (2 meses) | <input type="checkbox"/> 18 semanas (4 meses y 2 semanas) | |
| <input type="checkbox"/> 9 semanas (2 meses y 1 semana) | <input type="checkbox"/> 19 semanas (4 meses y 3 semanas) | |
| <input type="checkbox"/> 10 semanas (2 meses y 2 semanas) | <input type="checkbox"/> 20 semanas (5 meses) | |

Anexo B. Escala de Mannheim para el Craving (MaCS)

IMPRIMIR

3.1.7. Escala Mannheim para el Craving (Mannheimer Craving Scale, MaCS) Puntaje = 9

Instrucciones: En las siguientes preguntas se le preguntará sobre su consumo de sustancias (alcohol o drogas) y las ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionadas con este consumo. Por favor, rodee el número que aparece junto a la frase que mejor se ajusta a su situación. Si no se indica de manera diferente, las preguntas se refieren al período de los últimos siete días.

1. ¿Cuánto tiempo (cuando no está consumiendo) ocupa al día en ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionadas con las sustancias?
 0. Ninguno
 1. Menos de 1 hora al día
 2. 1-3 horas al día
 3. 4-8 horas al día
 4. Más de 8 horas al día
2. ¿Con qué frecuencia ocurren estos pensamientos?
 0. Nunca
 1. No más de 8 veces al día
 2. Más de 8 veces al día, pero la mayoría de las horas del día están libres de ellos.
 3. Más de 8 veces al día y durante la mayoría de las horas del día
 4. Los pensamientos son demasiado numerosos para contarlos y rara vez pasa una hora sin tener varios pensamientos.
3. ¿Hasta qué punto estas ideas, pensamientos, impulsos o imágenes interfieren con su funcionamiento social o laboral? ¿Hay algo que no haga o no pueda hacer debido a ellos? [Si usted no está trabajando actualmente, ¿cuánto rendimiento se vería afectado si estuviera trabajando?]
 0. Estos pensamientos no interfieren en absoluto - Trabajo y actúo con normalidad
 1. Estos pensamientos interfieren con mi comportamiento social o desempeño ocupacional en un nivel bajo, pero mi comportamiento o rendimiento no se ve afectado
 2. Estos pensamientos interfieren con mi comportamiento social o rendimiento laboral de manera significativa, pero todavía lo puedo manejar
 3. Estos pensamientos interfieren con mi comportamiento social o desempeño ocupacional de forma considerable
 4. Estos pensamientos dificultan mi comportamiento social o desempeño ocupacional por completo
4. ¿Cuánto le preocupan o le molestan estas ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionados con el consumo, cuando usted no está consumiendo?
 0. Nada.
 1. Leve preocupación, infrecuente y no demasiado inquietante
 2. Preocupación moderada, frecuente y preocupante, pero todavía manejable
 3. Preocupación grave, muy frecuente y muy preocupante
 4. Extrema, casi constante, todo se ve afectado
5. Cuando no está consumiendo, ¿cuánto esfuerzo pone de su parte para resistir/ tratar de ignorar/ tratar de desviar la atención de estos pensamientos? (Intente graduar su esfuerzo para resistir estos pensamientos, no su éxito o fracaso en controlarlos de un modo efectivo).
 0. Mis pensamientos son tan mínimos, que no es necesario resistir activamente. Si tengo pensamientos, hago un esfuerzo para resistir siempre
 1. Trato de resistir la mayor parte del tiempo
 2. Hago algún esfuerzo para resistir
 3. Cedo ante esos pensamientos sin intentar controlarlos, pero lo hago con cierta reticencia
 4. Cedo completa y voluntariamente a todos esos pensamientos
6. Cuando usted no consume sustancias, ¿cuánto éxito tiene en detener o desviar estos pensamientos?
 0. Los detengo o desvío completamente
 1. Normalmente soy capaz de parar o desviar tales pensamientos con algo de esfuerzo y concentración
 2. Algunas veces soy capaz de parar o desviar tales pensamientos
 3. Rara vez consigo detener esos pensamientos y sólo los puedo apartar con dificultad
 4. Rara vez soy capaz de desviar tales pensamientos, incluso momentáneamente

3.1.7. Escala Mannheim para el Craving
(Mannheimer Craving Scale, MaCS)

2

7. ¿Cuánto se ve afectado su rendimiento laboral por el consumo de sustancias? ¿Hay algo que no haga o no pueda hacer debido a su consumo de sustancias? (Si usted no está trabajando actualmente, ¿cómo cree que su rendimiento se vería afectado si lo estuviera?)

0. No interfiere con mis actividades profesionales - funciono con normalidad
 1. Interfiere levemente con mis actividades profesionales, pero mi rendimiento no se ve afectado
2. Definitivamente interfiere con mi rendimiento laboral, pero todavía puedo controlarlo
3. Causa un deterioro sustancial en mi rendimiento laboral
4. Interfiere/deteriora totalmente en mi rendimiento laboral

8. ¿Cuánto interfiere el consumo de sustancias con su funcionamiento social? ¿Hay algo que no haga o no pueda hacer debido al consumo?

0. No interfiere - funciono con normalidad
 1. Interfiere levemente con mis actividades sociales, pero mi rendimiento en general no está alterado
2. Definitivamente interfiere con mi desempeño social, pero todavía puedo controlarlo
3. Causa un deterioro importante en mi desempeño social
4. Interfiere totalmente con mi desempeño social

9. Si se le impide el consumo de sustancias cuando lo desea, ¿cuán ansioso o irritado estaría?

0. No experimentaría ansiedad o irritación
1. Me sentiría un poco ansioso o irritado
2. Me sentiría ansioso o irritado, pero podría manejarlo
3. Experimentaría un aumento importante y preocupante en la ansiedad o la irritación
4. Experimentaría ansiedad o irritación incapacitante

10. ¿Cuánto esfuerzo hace para resistir el consumo de sustancias? (Sólo califique su esfuerzo por resistir, no su éxito o fracaso en controlar el consumo de modo efectivo)

0. Mi consumo es tan mínimo, que no es necesario resistir activamente. Pero si consumo, intento resistir
 1. Trato de resistir la mayoría de las veces
2. Hago algún esfuerzo para resistir
3. Cedo a casi todos los consumos, sin tratar de controlarlo, pero lo hago con cierta reticencia
4. Cedo al consumo completa y voluntariamente

11. ¿Cuán fuerte es el impulso de consumir sustancias?

0. No hay impulso
 1. Siento alguna presión
2. Siento una presión fuerte
3. Siento una presión muy fuerte
4. El impulso es completamente involuntario y abrumador

12. ¿Cuánto control tiene usted sobre su consumo de sustancias?

0. Tengo el control total
 1. Normalmente, soy capaz de ejercer un control voluntario sobre el consumo
2. Puedo controlarlo pero con dificultad
3. Tengo que consumir y sólo los puedo retrasar con dificultad
4. Rara vez soy capaz de retrasar el consumo, aunque sea momentáneamente

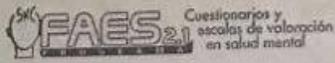
13. Durante los últimos siete días, ¿cuánta fue su ansia de drogas / alcohol como media?

Nunca 0 | 10 100 | 100 Muy fuerte

14. Por favor, piense otra vez: en el momento cuando el craving fue más fuerte en estos últimos siete días. ¿Cuán fuerte fue este deseo de consumir?

Nunca 0 | 10 100 | 100 Muy fuerte

Anexo C. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)



BAI ≡

Identificación Fecha

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: 30 A.F. A.S.

Ansiedad Grave

Anexo D. Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (EPQ-J)

N.º 97

	PD	PC
N	17	85
E	14	10
P	13	99
S	7	15
CA	—	

EPQ - J

Apellidos y nombre Edad Sexo

Centro Curso N.º

Profesión del padre Fecha

Instrucciones

Las preguntas siguientes se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Después de cada una están las palabras Sí y No.

Lee cada pregunta y contesta poniendo una cruz o aspo sobre la palabra Sí o la palabra No, según sea tu modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de truco.

Mira cómo se han contestado los siguientes ejemplos:

	Respuesta
A) ¿Te gustaría ir de vacaciones al Polo Norte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
B) ¿Alguna vez has llegado tarde al colegio?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

El niño que ha señalado las respuestas ha contestado que No le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte y que Sí, es verdad, que alguna vez ha llegado tarde al colegio.

Trabaja rápidamente y no pienses demasiado en el significado de las preguntas.

CONTESTA A TODAS LAS PREGUNTAS

Autores: H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck



Traducción adaptada con permiso de Hodder & Stoughton, Kent, England. Copyright © 1975 by H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck. Copyright © 1975 by TEA Ediciones, S. A. Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción total o parcial. - Edita: TEA Ediciones, S. A. - c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28033 Madrid. - Imprenta: Aguirre Cuadrado - Daganzo - 28102 Madrid. - Depósito legal: M. 38.279-1982.

	Respuesta
1. ¿Te agrada que haya mucha animación a tu alrededor?	Sí No
2. ¿Cambia tu estado de humor con facilidad?	<input checked="" type="checkbox"/> No
3. ¿Piensas que los policías castigan para que les tengamos miedo?	<input checked="" type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez has querido llevarte más de lo que te correspondía en un reparto?	<input checked="" type="checkbox"/> No
5. Cuando la gente te habla, ¿respondes en general rápidamente?	<input checked="" type="checkbox"/> No
6. ¿Te aburres con facilidad?	<input checked="" type="checkbox"/> No
7. ¿Te divierten las bromas que a veces pueden molestar a otros?	<input checked="" type="checkbox"/> No
8. ¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?	<input checked="" type="checkbox"/> No
9. ¿Frecuentemente te gusta estar solo?	<input checked="" type="checkbox"/> No
10. ¿Te vienen ideas a la cabeza que no te dejan dormir por la noche?	Sí No
11. ¿Siempre cumples todo lo que dicen y mandan en el colegio?	<input checked="" type="checkbox"/> No
12. ¿Te gustaría que otros chicos te tuviesen miedo?	<input checked="" type="checkbox"/> No
13. ¿Eres muy alegre y animoso?	<input checked="" type="checkbox"/> No
14. ¿Hay muchas cosas que te molestan?	<input checked="" type="checkbox"/> No
15. ¿Te equivocas algunas veces?	<input checked="" type="checkbox"/> No
16. ¿Has quitado algo que perteneciera a otro (aunque sea una bola o un cromó)?	Sí No
17. ¿Tienes muchos amigos?	Sí No
18. ¿Te sientes alguna vez triste sin ningún motivo para ello?	Sí No
19. ¿Algunas veces te gusta hacer rabiar mucho a los animales?	<input checked="" type="checkbox"/> No
20. ¿Alguna vez has hecho como que no habías oído cuando alguien te estaba llamando? ...	Sí No
21. ¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?	<input checked="" type="checkbox"/> No
22. ¿A menudo piensas que la vida es muy triste?	<input checked="" type="checkbox"/> No
23. ¿Crees que tú te metes en más riñas y discusiones que los demás?	<input checked="" type="checkbox"/> No
24. En casa, ¿siempre acabas los deberes antes de salir a jugar a la calle?	<input checked="" type="checkbox"/> No
25. ¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez?	<input checked="" type="checkbox"/> No
26. ¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?	<input checked="" type="checkbox"/> No
27. Cuando oyes que otro está diciendo palabrotas, ¿intentas corregirle?	<input checked="" type="checkbox"/> No
28. ¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?	<input checked="" type="checkbox"/> No

CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S	C.A.
6	5	5	2	8

	Respuesta
29. ¿Te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran faltas en tu conducta o trabajo?	Si No
30. ¿Te afectaría mucho ver un perro que acaba de ser atrapado?	Si No
31. ¿Siempre has pedido disculpas cuando has dicho o hecho algo mal?	Si No
32. ¿Crees que alguno piensa que tú le has hecho una faena y quiere vengarse de ti?	Si No
33. ¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático?	Si No
34. ¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello?	Si No
35. En general, ¿te divierte molestar a los demás?	Si No
36. ¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están hablando?	Si No
37. En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo?	Si No
38. Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haberlo hecho mejor?	Si No
39. ¿Crees que tú te metes en más peleas que los demás?	Si No
40. ¿Alguna vez has dicho una palabrota o has insultado a otro?	Si No
41. ¿Te gusta contar chistes o historietas divertidas a tus amigos?	Si No
42. En clase, ¿te metes en más líos o problemas que los demás compañeros?	Si No
43. En general, ¿recoges del suelo los papeles o basura que tiran los compañeros en clase?	Si No
44. ¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas?	Si No
45. ¿Algunas cosas te hieren y ponen triste con facilidad?	Si No
46. ¿Te gusta hacer picardías o jugarretas a los demás?	Si No
47. ¿Te lavas siempre las manos antes de sentarte a comer?	Si No
48. En una fiesta o reunión, ¿te quedas sentado mirando en vez de divertirse y jugar?	Si No
49. ¿Frecuentemente te sientes «harto de todo»?	Si No
50. ¿A veces es bastante divertido ver cómo una pandilla molesta o mete miedo a un chico pequeño?	Si No
51. ¿Siempre te comportas bien en clase, aunque el profesor haya salido?	Si No
52. ¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo?	Si No
53. ¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte sentado mucho rato en una silla?	Si No
54. ¿Crees que los pobres tienen iguales derechos que los ricos?	Si No
55. ¿Has comido alguna vez más dulces de los que te permitieron?	Si No

CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S	CA
5	3	6	1	9

	Respuesta
56. ¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos?	<input checked="" type="checkbox"/> No
57. ¿Son muy exigentes contigo tus padres?	<input checked="" type="checkbox"/> No
58. ¿Te gustaría ser paracaidista?	<input checked="" type="checkbox"/> No
59. ¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?	<input checked="" type="checkbox"/> No
60. ¿Siempre comes todo lo que te ponen en el plato?	<input checked="" type="checkbox"/> No
61. ¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho en una reunión o fiesta animada?	<input checked="" type="checkbox"/> No
62. ¿Piensas frecuentemente que la vida no merece la pena vivirla?	<input checked="" type="checkbox"/> No
63. ¿Sentirías mucha pena al ver un animal cogido en un cepo o trampa?	<input checked="" type="checkbox"/> No
64. ¿Has sido descarado alguna vez con tus padres?	<input checked="" type="checkbox"/> No
65. ¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones con rapidez a hacer las cosas?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
66. ¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
67. ¿Te gusta zambullirte o tirarte al agua en una piscina o en el mar?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
68. Cuando estás preocupado por algo, ¿te cuesta poder dormirte por la noche?	<input checked="" type="checkbox"/> No
69. ¿Has sentido alguna vez deseos de «hacer novillos» y no ir a clase?	<input checked="" type="checkbox"/> No
70. ¿Crean los demás que tú eres muy alegre y animoso?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
71. ¿Te sientes solo frecuentemente?	<input checked="" type="checkbox"/> No
72. ¿Eres siempre muy cuidadoso con las cosas que pertenecen a otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
73. ¿Siempre has repartido tus juguetes, caramelos o cosas con los demás?	<input checked="" type="checkbox"/> No
74. ¿Te gusta mucho salir de paseo?	<input checked="" type="checkbox"/> No
75. ¿Has hecho alguna vez trampas en el juego?	<input checked="" type="checkbox"/> No
76. ¿Te resulta difícil divertirte en una reunión o fiesta animada?	<input checked="" type="checkbox"/> No
77. ¿Te sientes unas veces alegre y otras triste, sin ningún motivo para ello?	<input checked="" type="checkbox"/> No
78. Cuando no hay una papelera cerca, ¿tiras los papeles al suelo?	<input checked="" type="checkbox"/> No
79. ¿Te consideras una persona alegre y sin problemas?	<input checked="" type="checkbox"/> No
80. ¿Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen?	<input checked="" type="checkbox"/> No
81. ¿Te gustaría montar en una motocicleta muy rápida?	<input checked="" type="checkbox"/> No

COMPRUEBA LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HAS DEJADO ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR

N	E	P	S	CA
6	6	2	4	0

BIBLIOGRAFÍA

- Abella, V., & Bárcena, C. (2014). PEN, modelo de los Cinco Factores y problemas de conducta en la adolescencia. *Acción psicológica*, 11(1). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100006
- Acosta, D. (2015). FACTORES BIOLÓGICOS QUE PREDISPONEN LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ESTIMULANTES. *Grafías Disciplinarias de la UCPR*(28), 51-61. Recuperado el 20 de 03 de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5615660>
- Acosta, R., & Sanango, M. (2018). RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES DE LOS CENTROS CASA DE LA NIÑEZ 2, CENTRO PUMAMAQUI EN LA CIUDAD DE QUITO y CETAD OTAVALO – 2017. (*Tesis de Posgrado*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14333/TESIS%20RASGOS%20DE%20PERSONALIDAD%20EN%20ADOLESCENTES%20FARMACODEPENDIENTES%20DE%20LOS%20CENTROS%20CASA%20DE%20LA%20NI%C3%91EZ%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Allport, G. (1967). Teorías de la Personalidad. Eudeba. Recuperado el 11 de Abril de 2020
- Alonso-Matías, L., Reyes-Zamorano, E., & González-Olvera, J. (2019). Perfil clínico y conductual de jóvenes usuarios de inhalables. *Actas españolas de Psiquiatría*, 47(5), 171-178. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Perfil%20cl%C3%ADnico%20y%20conductual%20de%20j%C3%B3venes.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría . (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5]*. Arlington: Medica Panamericana .
- Barrionuevo, J. (2015). *ADICCIONES; DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA*. Universidad de Buenos Aires. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/52119352/adicciones_y_alcoholismo.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAdicciones_y_alcoholismo.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200309%2Fus-e
- Batllori, A. (2016). *El consumo de Drogas entre Adolescentes. Prevención en la Escuela y en la Familia*. Madrid: Narcea Ediciones. Recuperado el 19 de 03 de 2020
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/1a3e/334f16b6888843a8150ddf7e4f46b2b28fd5.pdf>
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *MANUAL DE ADICCIONES PARA PSICÓLOGOS ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN FORMACIÓN*. Barcelona: Socidrogalcohol. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de [https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20(1).pdf?sequence=1)
- Bermeo, D., & Ramírez, L. (2018). Bienestar Psicológico y Dimensiones de la Personalidad en estudiantes de primer año de bachillerato de la unidad educativa César Dávila Andrade. (*Tesis de Grado*). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8754/1/14413.pdf>
- Bernal, J., & Cotrino, J. (2012). EL CONSTRUCTO DE TEMPERAMENTO: UN RECORRIDO DESDE HIPÓCRATES HASTA LA PSICOLOGÍA MODERNA. (*Tesis de Maestría*). UNIVERSIDAD DE LA SABANA, Cundinamarca, Colombia. Recuperado el 11 de Abril de 2020, de https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4028/JOHANA_COTRINO%20FINAL.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Bethancourt, B. (2011). ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADICTOS EN RECUPERACIÓN” (ESTUDIO REALIZADO EN GRUPO DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS ZONA 1 QUETZALTENANGO. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastorno Adictivos*. Madrid : Enfoque Editorial SC.
- Boeree, C. (2003). *TEÓRICOS DE LA PERSONALIDAD*. (R. Gautier, Trad.) Obtenido de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/teoricos-de-la-personalidad-george-boeree.pdf>
- Buenaño, A. (2013). DETERMINACIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE PERSONALIDAD EN PACIENTES PSICOSOMÁTICOS QUE PRESENTAN GASTRITIS Y QUE ACUDEN AL HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA. (*Tesis de Licenciatura*). PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, Ambato. Obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/584/1/80158.pdf>
- Cabanillas, W. (2012). Factores de riesgo/protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 104-111. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2012.v29n1/104-111/>
- Cabezuelo, G., & Frontera, P. (2012). *El Desarrollo Psicomotor. Desde la Infancia hasta la Adolescencia*. Madrid: Narcea.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H., & Iruarizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *anales de psicología*, 10(2), 145-156. Obtenido de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29591/28661>

- Cedillo, B. (2017). GENERALIDADES DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*(1), 239-251. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>
- Cervone, D., & Pervin, L. (2009). *Personalidad. Teoría e Investigación* (Segunda ed.). México, D.F, México: El Manual Moderno. Recuperado el 08 de Abril de 2020
- Chacón, J., & Torres, M. (2016). NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES VARONES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL CENTRO DE ADICCIONES “HOGAR CRECER”, 2011-2015. (*Tesis de Grado*). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador . Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25392/1/tesis.pdf>
- Chesa, D., Abadías, M., Fernández, E., Izquierdo, E., & Sitjas, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(89), 93-112. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a07.pdf>
- Chiliquinga, J. (2019). ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS NIVELES DE CRAVING ENTRE CONSUMIDORES DE COCAÍNA Y CONSUMIDORES DE CANNABIS DEL “CENTRO DE SALUD CHIMBACALLE” DE LA CIUDAD DE QUITO. (*Tesis de Grado*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato, Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2783/1/76949.pdf>
- Claver, E. (2014). Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en adolescentes. Obtenido de <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2016/04/Dianova-spain-infonova29-20160102.pdf>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed.). (A. Fernández, & M. Ortiz, Trads.) México: Pearson Educación. Recuperado el 08 de Abril de 2020
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia* . Madrid: Ediciones Morata.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). Evaluación del Inventario BAI. Madrid, España.
- Contreras, Y., Miranda, O., & Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71-85.
- Criollo, T. (2012). IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA EL CONTROL DE CRAVING EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA COCAÍNA HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), ENTRE LOS 16 A 55 AÑOS. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Nacional de Loja, Loja.
- Cueva, N., & Guerrero, S. (2016). Estrategias de Afrontamiento en Pacientes dependientes al alcohol y cocaína, internos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones CRA. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador . Recuperado el 19 de 03 de 2020, de <http://201.159.222.99/bitstream/datos/6470/1/12609.pdf>

- Dávila, S. (2017). ENFOQUES PSICOLÓGICOS DE LA PERSONALIDAD E INTERPRETACIÓN INTEGRATIVA DESDE UNA VISIÓN INTERDISCIPLINARIA. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Técnica de Machala, Machala. Recuperado el 10 de Abril de 2020, de <http://186.3.32.121/bitstream/48000/9913/1/ECUACS%20DE00085.pdf>
- Del Nogal, M. (2009). *EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE DROGAS. Una guía para el terapeuta*. España : DESCLÉE DE BROUWER.
- Del Río, P. (2016). *Adicción en la familia, que es y que podemos hacer?*
- Drummond, D. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96(1), 33–46. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.961333.x
- Echavarría, M., & Giraldo, A. (2015). *Abordaje Integral para las intervenciones de conducta adictiva. Manual Práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la Atención Primaria en Salud*. Medellín : Fundacion Universitaria Luis Amigo.
- Eysenck, H., & Eysenck, S. (1992). *EPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños (EPQ-J) y Adultos (EPQ-A)* (Sexta ed.). Madrid, España: TEA Ediciones.
- Feist, J., Feist, G., & Roberts, T. (2014). *Teorías de la Personalidad* (Octava ed.). México, D. F.: McGRAW-HILL. Recuperado el 08 de Abril de 2020
- Fernández, S. (2015). Características de Personalidad, Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en Patología Dual. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Recuperado el 08 de Abril de 2020, de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/400879/SFM_TESIS.pdf;jsessionid=1E0B70381CC54C70814353103F95FE66?sequence=3
- Galindo, D. (2015). Inteligencia Emocional y Personalidad de los Alumnos de Arte Dramático: ¿Qué los Define como Actores y Directores? (*Tesis Doctoral*). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado el 08 de Abril de 2020, de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/336667/TMDGM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gállido, F. (2007). *Drogas conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Grupo de Intervención en Drogas semFYC . Obtenido de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- García, O. (2008). Eficacia del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. (*Tesis de Doctorado*). Universidad de Oviedo, Oviedo, España. Recuperado el 20 de 03 de 2020, de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11158/UOV0030TOGR.pdf?sequence=2.txt>
- García-Portilla, M., Sáiz, P., Begoña, P., Martínez, S., & Bobes, J. (2003). Personalidad y uso-abuso de éxtasis (MDMA). *Adicciones*, 15, 199-205. Obtenido de <http://www.com.com.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/461/457>

- González, B. (2011). *VÍAS DE ADMINISTRACIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS*. Obtenido de Espolea:
<http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-viasdeadministracion.pdf>
- González, M., Sáiz, P., Quirós, M., & López, J. (2000). Personalidad y uso-abuso de cannabis. *Adicciones*, 12, 185-196. Obtenido de
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/681/670>
- González, R. (2011). *Tácticas Psicoterapéuticas con pacientes adictos*. La Habana : Editorial Ciencias Médicas .
- Guadalupe, C. (13 de 09 de 2017). *Consumo de drogas, cifras que todo padre debe saber*. Recuperado el 18 de 03 de 2020, de EL UNIVERSO :
<https://www.eluniverso.com/vida/2017/09/13/nota/6378178/cifras-que-todo-padre-debe-saber>
- Guaranda, J. (2018). Consumo problemático de sustancias adictivas en adolescentes. (*Tesis de Licenciatura*). UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ, Jipijapa, Ecuador . Recuperado el 17 de 03 de 2020, de
<http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/1354/1/UNESUM-ECUADOR-ENFERMERIA-2018-26.pdf>
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A., & Martí, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica*, 211-216. doi:10.1016/S0025-7753(04)74463-2
- Herrero, J. (2007). Psicodinamia en Millon: Del modelo Biopsicosocial al modelo Ecológico. *SUMMA Psicológica UST*, 4(2), 99-105. Obtenido de
<https://biblat.unam.mx/hevila/SummapsicologicaUST/2007/vol4/no2/7.pdf>
- Iglesias, C. (2018). Tema 5. PERSONALIDAD (GFISIO)CIENCIAS PSICOSOCIALES EN LA SALUD Y EN LA ENFERMEDAD. Recuperado el 08 de 04 de 2020, de
<https://docplayer.es/75026904-Tema-5-personalidad-gfisio-ciencias-psicosociales-en-la-salud-y-en-la-enfermedad-prof-celso-iglesias.html>
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *PEDIATRÍA INTEGRAL*, 88-93.
- Iraurgi, L., & Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 7(32), 9-22. Obtenido de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830330>
- Jiménez, F. (2000). *SÍNDROMES DE INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA A DROGAS PSICOACTIVAS: RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO*. IAFA, San José, Costa Rica. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de
<http://www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/tramites/normas-para-el-tratamiento-del-sindrome-de-intoxicacion-y-abstinencia-a-drogas-iafa.pdf>
- Jiménez, M., Graña, J., & Rubio, G. (2002). Modelos Teóricos de Conceptualización del Craving. *Trastornos Adictivos*, 4(4), 209-215. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13041847>

- La Vanguardia. (15 de 04 de 2016). Factores genéticos y ambientales condicionan que el consumo de drogas acabe generando una adicción. Recuperado el 17 de 03 de 2020, de <https://www.lavanguardia.com/vida/20160415/401125908353/factores-geneticos-y-ambientales-condicionan-que-el-consumo-de-drogas-acabe-generando-una-adiccion.html>
- Lai, H., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *154*, 1-13. doi:10.1016 / j.drugalcdep.2015.05.031
- Linares, A. (2007). *Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget Y Vygotsky*. Recuperado el 07 de 03 de 2020, de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E., & Scrich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *22*(2), 130-138. Recuperado el 17 de 03 de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552018000200003&script=sci_arttext&tlng=en
- López, M., Santín, C., Torrico, E., & Rodríguez, J. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, *13*(1), 5-17. Recuperado el 17 de 03 de 2020, de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/74644/Consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20en%20una%20muestra%20de%20j%C3%B3venes%20universitarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López, S., & Rodríguez, J. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, *5*(1), 25-33. Recuperado el 20 de 03 de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539004&idp=1&cid=756448>
- Lorenzo Fernandez, P., Ladero, J., Leza, J., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Buenos Aires;Madrid: Médica Panamericana.
- Magallón, E. (2012). Personalidad y Afrontamiento en adolescentes con patología psiquiátrica: estudio en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario y consumidores de drogas. (*Tesis Doctoral*). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. Recuperado el 08 de Abril de 2020, de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42580/2/EMMN_TESIS.pdf
- Malgor, L., & Valsecia, M. (s.f.). CAPÍTULO 8: FARMACODEPENDENCIA - DROGADICCIÓN. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/8_dependen.pdf
- Martínez, J., & Verdejo, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, *23*(1), 45-52. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122829006.pdf>

- Mas Bagá, M. (s.f.). *¿Producen todas las drogas el mismo síndrome de abstinencia?* Obtenido de C.A.T Barcelona. Adicciones y problemas psíquicos: <https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/producen-todas-las-drogas-el-mismo-sindrome-de-abstinencia/>
- Maturana, A. (2011). CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109. Recuperado el 19 de 03 de 2020, de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11_DR_Maturana-13.pdf
- McCaul, M., Hutton, H., Stephens, M., Xu, X., & Wand, G. (2017). Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Perceived Stress as Predictors of Recent Drinking, Alcohol Craving, and Social Stress Response in Heavy Drinkers. *ALCOHOLISM: CLINICAL AND EXPERIMENTAL*, 41(4), 836-844. doi:10.1111/acer.13350
- Mena, M., & Muñoz, S. (2010). Presión social y consumo de alcohol en los adolescentes. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado el 17 de 03 de 2020, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2301/1/tps605.pdf>
- Mendoza, Y., & Vargas, K. (2017). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 139-167. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>
- Mercado, A. (Octubre de 2017). *Unidad V. Teorías Humanistas. Abraham Harold Maslow*. Ciudad de México, México. Recuperado el 10 de Abril de 2020, de <https://core.ac.uk/download/pdf/154797298.pdf>
- Molina, A. (2013). Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro. *Revista Adicción y Cienc*, 3(1). Recuperado el 17 de 03 de 2020, de https://adiccionycienciainfo.files.wordpress.com/2020/01/molina_3_1.pdf
- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia: avances de la disciplina*, 3(2), 81-107. Recuperado el 08 de Abril de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>
- Moreno, A. (2007). *La Adolescencia*. Barcelona: UOC.
- Morris, C., & Maisto, A. (2009). *Psicología* (Décimotercera ed.). México: Person Educación. Recuperado el 09 de Abril de 2020
- Morrison, J. (2015). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico* (Primera ed.). (G. Enríquez, Trad.) México, D.F: El Manual Moderno.
- Muñoz, M. (2007). Mecanismo Motivacionales del craving: Ansia por el tabaco. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Granada, España. Obtenido de <https://hera.ugr.es/tesisugr/16873129.pdf>

- Muñoz, M., SanJuan, R., Fernández-Santaella, M., Vila, J., & Motonya, P. (2011). Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*, 23(2), 111-123. Obtenido de <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/154/154>
- Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 1-13. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/8416/7939>
- Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart, H., & Mann, K. (2009). Entwicklung und Validierung eines Instrumentes zur substanzunabhängigen Erfassung von Craving: Die Mannheimer Craving Scale (MaCS). *Psychiatrische Praxis*, 36(02), 72-78. doi:10.1055/s-2008-1067546
- Nava, C. (Marzo de 2010). FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADICCIÓN ADOLESCENTE. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado el 19 de 03 de 2020, de <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf.pdf>
- OMS. (2004). *La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias*. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- OMS. (2017). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 04 de 03 de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización de los Estados Americanos. (2013). *El problema de las Drogas en las Américas*. Washington, DC. Recuperado el 19 de 03 de 2020, de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54489.pdf>
- Organización Panamericana de Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*. Washington, D.C. Recuperado el 11 de 03 de 2020, de https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf?ua=1
- Palacios, E. (2013). Influencia del entorno familiar y nivel de depresión hacia el consumo de drogas ilegales en adolescentes del Colegio Municipal Experimental "Sebastián de Benalcázar" durante el mes de abril de 2013. (*Tesis de Grado*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7304/11.27.001091.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. Mexico,D.F.: McGraw-Hill.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia* (Once ed.). México: McGraw-Hill.
- Perea, C. (2004). La concertación multisectorial en contra de las drogas. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/perea_chc/perez_cc.pdf
- Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Molero, M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A., . . . Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.

European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5(3), 371-382.

Pitre, L. (2016). *FUNDAMENTOS DE TIPOLOGIA Y PERSONALIDAD*.

Ponce, M. (Junio de 2015). Desarrollo Normal del Adolescente. Lima. Recuperado el 17 de 03 de 2020, de <https://docplayer.es/32273790-Desarrollo-normal-del-adolescente-adolescencia.html>

Pueyo, A. (2016). *La Personalidad*. Barcelona: Editorial UOC. Recuperado el 08 de Abril de 2020

Quintero, M. (2015). La prevención de las adicciones en contextos familiares y escolares: análisis del programa de prevención de proyecto hombre "entre hombre". (*Tesis Doctoral*). Universidad de Granada, Granada. Recuperado el 20 de 03 de 2020, de <https://digibug.ugr.es/handle/10481/40213>

Ramos, V., & Garrote, G. (2008). LA VARIABLE DE PERSONALIDAD BÚSQUEDA DE SENSACIONES COMO FACTOR DE RIESGO EN EL CONSUMO DE DROGAS. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 169-178. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832319017>

Riva-Posse, A. (2016). Trastornos Adictivos. *Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 5(1), 51-57. Recuperado el 18 de 03 de 2020, de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/10745/9611>

Robles-Martínez, M., García-Carretero, M., Gibert, J., Palma-Álvarez, R., Abad, A., Sorribes, M., & Roncero, C. (2017). Diferencias entre craving y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dependencia alcohólica con o sin enfermedad dual en tratamiento ambulatorio: un estudio descriptivo. *Medicina Clínica*, 150(2), 49-55. doi:10.1016/j.medcli.2017.06.005

Rojo, M. (2017). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rosal, R. (2017). Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la Psicología Humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 85-126. Recuperado el 10 de 04 de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6524246>

Sáiz, P., González, M., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M., & Granda, B. J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3), 209-220. Obtenido de https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1999_Saiz_Consumo.pdf

Salvaggio, D., & Sicardi, E. (2014). *La Personalidad*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 08 de Abril de 2020, de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2410/La%20personalidad.pdf?sequence=1>

Sánchez, C. (2012). *Servicio de Prevención de Adicciones*. Madrid, España. Recuperado el 20 de 03 de 2020, de

- <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Servicio%20de%20Prevenci%C3%B3n%20de%20Adicciones%20.%20Madrid%20Espa%C3%B1a.pdf>
- Sánchez-Barranco, A. (2009). *Historia de la Psicología: Sistemas, Movimientos y Escuelas*. Madrid: Pirámide. Recuperado el 10 de Abril de 2020
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás Gradóli, V., & Morales, E. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació psicològica*(80), 51-59. Recuperado el 20 de 03 de 2020, de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/420/365>
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V., & Morales, E. (2001). Craving y Adicción a Drogas. *3*(4), 237-243. doi:10.1016/S1575-0973(01)78570-4
- Santrock, J. (2003). *Psicología del Desarrollo en la Infancia*. Madrid: McGraw-Hill.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, M., Casella, L., Cuenya, L., . . . Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología, 11*(2), 1-21.
- Seelbach, G. (2013). *Teorías de la personalidad*. Tlalnepantla: Red Tercer Milenio. Recuperado el 09 de Abril de 2020, de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf
- Sierra, M. (2019). Estructuración psíquica en psicoanálisis: hitos relevantes desde Freud hasta la teoría relacional. (*Monografía*). Universidad de la República Uruguay, Montevideo, Uruguay. Recuperado el 09 de Abril de 2020, de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22833/1/Sierra%20Camila.pdf>
- Sollod, R., Wilson, J., & Monte, C. (2009). *Teorías de la Personalidad* (Octava ed.). México, D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Torres, A., & Mogrovejo, J. (2016). PERSONALIDAD DE ADOLESCENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN DE DROGAS. (*Tesis de Grado*). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador . Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25968/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf>
- UNODC. (2019). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado el 19 de 03 de 2020, de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Vega, V., & Lörincz, M. (2017). Impulsividad y Riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Dependencia de Sustancias. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado el 18 de 03 de 2020, de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7494/1/13390.pdf>
- Verni, F. (04 de 04 de 2016). *El 46% de jóvenes de Ecuador cree que droga circula en su plantel*. Recuperado el 18 de 03 de 2020, de EL UNIVERSO:

<https://www.eluniverso.com/noticias/2016/04/04/nota/5504028/46-jovenes-cree-que-droga-circula-su-plantel>

World Health Organization. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Yáñez, B. (2019). RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y LA CREATIVIDAD, EN UNA MUESTRA DE ARTISTAS EN EL ECUADOR. (*Tesis de Licenciatura*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato, Ecuador. Recuperado el 08 de Abril de 2020, de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2907/1/77072.pdf>