UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DEL TEMPERAMENTO Y CARÁCTER EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON PATRÓN DE CONSUMO DE BEBEDOR PROBLEMA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARÍA GUADALUPE GONZÁLEZ OSORNIO

DIRECTORA:
DRA. FEGGY OSTROSKY SHEJET
REVISORA:
DRA. ALICIA VÉLEZ GARCÍA
SINODALES:
MTRA. GABRIELA OROZCO CALDERÓN
LIC. AZUCENA LOZANO GUTIÉRREZ
LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

MÉXICO, D.F. 2009

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta tesis fue realizada con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Desarrollo Institucional, Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para facultades y escuelas, Unidad de Apoyo a la Investigación en facultades y escuelas, a través de su macroproyecto: SDEI-PTID-06-12.

DESARROLLO DE NUEVOS MODELOS PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONDUCTAS ADICTIVAS.

A mis padres, les agradezco su apoyo, su guía y su confianza, en la realización de mis sueños. Soy afortunada por siempre contar con su amor, comprensión y ejemplo.

Mamá, a ti que me diste la vida, tu amor, apoyo y confianza. Porque gracias a tu cariño y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso amor y confianza que en mi has depositado.

Papá, a ti que contra viento y marea luchaste por hacer de mí una persona de provecho. Jamás existirá una forma de agradecer tus esfuerzos constantes, sólo deseo que entiendas que el logro mío, es el logro tuyo, que mi esfuerzo es inspirado en ti.

A mi hermano quién con su apoyo incondicional, cariño y ejemplo me ha alentado a obtener mis objetivos, además de ser un buen hermano, eres un buen amigo y eres la mejor compañía.

Por que gracias a ustedes se lo que es contar con una FAMILIA, serán siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo al final se recompensa. Su esfuerzo se convirtió en su triunfo y el mío. Gracias por que sin ustedes no estaría aquí, ni sería lo que soy ahora.

AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Feggy Ostrosky, por permitirme ser parte de su magnífico grupo de trabajo, por compartir su conocimiento, porque en mí es una gran fuente de inspiración y admiración. Gracias por transmitirme su magnifica pasión por las neurociencias.

A la Dra. Alicia Vélez y la Mtra. Gabriela Orozco, quiénes a principio de mi carrera me motivaron de manera significativa para entrar al maravilloso mundo de las neurociencias.

A la Dra. Alicia Vélez, agradezco inmensamente todo el apoyo, la comprensión que me has brindado. Por tu apoyo, amistad y cariño, te agradezco los consejos que me hicieron enderezar hacia el camino correcto y por esa forma tan sutil de saberme guiar.

A la Mtra. Gabriela Orozco, porque has caminado conmigo, nunca olvidaré los momentos que con ánimo participaste para el logro de una de mis más importantes metas, por el apoyo, amistad, cariño que me brindaste en los momentos que más lo necesite de forma incondicional y desinteresada.

A la Lic. Azucena Lozano, por su ayuda y paciencia desde mis primeros pasos por el laboratorio, por siempre estar dispuesta a ayudar, por tu interés y motivación.

A la Lic. Leticia Echeverría, por sus relevantes aportes, críticas, comentarios y sugerencias a esta investigación.

Al Dr. Daniel Santana, porque eres esa clase de personas que todo lo comprenden y dan lo mejor de si mismos sin esperar nada a cambio…
Por tu amistad incondicional, por tu apoyo en todo momento.

A la Lic. Maura, por haberme enseñado que a pesar de las dificultades que nos presenta la vida, podemos salir adelante y alcanzar el éxito cuando estamos decididos a perseverar en nuestros propósitos.

Al Dr. Julio Espinosa por participar en mi desarrollo profesional durante mi carrera, por creer en mí, por su apoyo y amistad desinteresada.

A Cecy, Karla, y Ana, por ser unas amigas increíbles y con quienes he compartido muchos momentos, que siempre llevaré en mi corazón.

A Cesár, Casilda, Atenea, Andrea, Karina, Susana, Martha, JC, y el resto de los integrantes del laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología, por el apoyo tan grande y la amistad que me brindaron. Ustedes han hecho posible que hoy termine mi carrera.

A mis amigos de la Universidad, por permitirme conocerlos y ser parte de su vida. Por ayudarme y estar conmigo a lo largo de la carrera, y aún después…

A mi abuelita, por encomendarme siempre con Dios para que saliera adelante. Yo se que tus oraciones fueron escuchadas.

A mis tíos y primos presentes, a los amigos de la familia, que saben se les considera parte de nosotros, a mis tíos y primos ausentes, porque su ausencia me motiva a no defraudarlos,”y no le creyeron” y “que el cielo exista”, por ser mi inspiración para seguir adelante; por se la mejor familia que me pudo haber tocado.

Gracias a todos los que voluntariamente, pero sobre todo a los que involuntariamente participaron en la realización de esta tesis.

INDÍCE

Resumen …….. 1
Introducción …… 2
Capítulo I. Antecedentes Alcohol
1.1 Farmacocinética del Alcohol……... 6
1.2 Farmacodinamia del Alcohol……... 9
1.3 Consumo del Bebedor Problema …….. 16
1.4 Los estudiantes universitarios y el consumo del alcohol …….. 20
1.5 Factores etiológicos del consumo de alcohol …… 22
Capítulo II. Teorías de la Personalidad
2.1 Modelos Factoriales …… 27
2.1.2 Modelos Léxico-Factoriales …… 27
2.1.3 Modelos Biológico-Factoriales …… 29
2.2 El modelo de personalidad de Cloninger …… 33
2.2.1 Temperamento …….. 34
2.2.1.1 Búsqueda de la Novedad …… 34
2.2.1.2 Evitación al Daño ……... 36
2.2.1.3 Dependencia a la Recompensa …….. 38
2.2.1.4 Persistencia …… 40
2.2.2 Carácter …… 40
2.2.2.1 Autodirección …… 42
2.2.2.2 Cooperación …….. 44
2.2.2.3 Autotrascendencia …… 45

2.3 Trastornos de la personalidad en base al modelo de temperamento y carácter de Cloninger…….. 46
2.4 Rasgos de la personalidad en consumidores de alcohol …….. 47
Capítulo III. Método …… 52
Capítulo IV. Resultados …… 64
Capítulo V. Discusión …… 71
Referencias …….. 78

RESUMEN

En la presente investigación se analizan los rasgos de personalidad de bebedores problema universitarios. Las características de personalidad tornan vulnerables a los individuos al consumo de alcohol y los colocan en una situación de riesgo en el desarrollo de alcoholismo. El objetivo de la presente investigación es identificar diferencias significativas entre los rasgos de personalidad de los bebedores problema universitarios y un grupo control a través del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC).

Se estudiaron 60 estudiantes universitarios pareados por edad y escolaridad, clasificados en un grupo control (n=30) y un grupo de bebedores problema (n=30). Los resultados muestran que los bebedores problema puntúan más alto en Búsqueda de la Novedad y baja Evitación al Daño.

La discusión se centra en la búsqueda de la novedad, inclinación heredable hacia una intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas, regulada por vías dopaminérgicas, su relación con un posible déficit en el circuito de la recompensa, principalmente en los receptores dopaminérgicos (D_2) y la interacción con factores socio-ambientales que faciliten el consumo problema de alcohol. Se concluyó que los rasgos de personalidad característicos de los bebedores problema son altos puntajes en búsqueda de estímulos novedosos, baja evitación al daño y altos puntajes en búsqueda de la novedad explican la frecuencia de consumo.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo así como el consumo problema de alcohol, constituyen un grave problema de salud pública, debido a los daños y consecuencias negativas que provoca tanto a nivel individual, como en grandes esferas sociales como la familiar y laboral. La organización mundial de la salud (OMS, 2002) calcula que el consumo del alcohol es la segunda causa de muerte a nivel mundial entre los jóvenes. En México el alcohol es la droga legal mas consumida por la población (ENA, 2008). Cabe destacar que en nuestra sociedad existen una serie de creencias y mitos que fomentan el consumo de alcohol, entre las que se encuentran: una alta tolerancia social a su uso con fines de intoxicación, la expectativa de que el inicio de su consumo favorece la aceptación e integración de grupos significativos y la falsa percepción de que su ingesta es menos peligrosa que el de otras drogas. De esta manera, la población joven es más vulnerable a padecer las consecuencias debidas al consumo problema de alcohol.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol los padecen también los bebedores que no están dentro de la clasificación de alcohólicos, como el grupo de bebedores problema. Estos individuos son aquellos que consumen de manera episódica pero explosiva y que presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol sin llegar a la dependencia.

Un alto porcentaje de la población de jóvenes mexicanos que consumen alcohol de manera problemática son estudiantes universitarios. Los estudiantes que beben en exceso presentan consecuencias negativas por su manera de beber ya que tienden a ausentarse de actividades académicas y por esta

razón tienen una ejecución desfavorable en el ámbito escolar. Debido los efectos conductuales que genera el consumo de alcohol, también pueden ocasionar daños en propiedad ajena, conducir después de beber, ser arrestados e involucrarse en actividades sexuales no planeadas e inseguras.

Existen diversos factores biológicos, psicológicos y socio-culturales que pueden predisponer a que la gente consuma alcohol. Dentro de los factores psicológicos están las características de personalidad las cuales han sido de gran interés, por su rol predisponente y moderador en el consumo y abuso al alcohol.

En la presente investigación se caracterizó a la población que consume alcohol de acuerdo a un instrumento de tamizaje capaz de detectar un patrón de consumo problema. Se realizó una revisión en donde se establecen las diferencias entre bebedores con consumo seguro, problema y alcohólicos. Al evaluar a los bebedores problema y a los no bebedores a través del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) de Cloninger, se identificaron las características de temperamento y carácter, así como su asociación con los mecanismos de neurotransmisión y las bases neuroanatómicas. Estos datos permiten enriquecer las acciones preventivas, de diagnóstico e intervención oportuna.

En la presente tesis se exploran las características de personalidad en bebedores problemas universitarios, que registran un consumo explosivo-episódico de alcohol y aunque aún no muestran dependencia al alcohol, experimentan efectos adversos a su consumo.

La tesis esta conformada por seis capítulos. En el capítulo uno "Antecedentes del alcohol", se exponen las propiedades del alcohol, las características de las bebidas alcohólicas, sus efectos, la farmacocinética y farmacodinamia del alcohol, se define el alcoholismo y su diagnóstico. También se describe al bebedor problema y sus diferencias con la población alcohólica así como el patrón de consumo prevalente en estudiantes universitarios. Y se presenta una revisión de las teorías etiológicas del consumo de alcohol.

En el segundo capítulo se describen las teorías objetivas de la personalidad que incluyen los modelos factoriales (léxico-factorial, biológico-factorial) y el modelo de personalidad de Cloninger; además se hace una revisión bibliográfica de las características de personalidad en la población alcohólica.

En el capítulo tres se justifica la realización del presente estudio, se plantean los objetivos generales, específicos y las hipótesis de estudio. Asimismo se describe la metodología del estudio. En el cuarto capitulo "Resultados" se reportan los hallazgos encontrados en esta investigación. Finalmente en el capitulo quinto se discuten los resultados y se comparan con las evidencias encontradas en la literatura. En las conclusiones se exponen las limitaciones y sugerencias de esta investigación.

La investigación se realizó en el laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología de la UNAM bajo la dirección de la Dra. Feggy Ostrosky-Shejet con el apoyo de la UNAM, a través del macroproyecto "Desarrollo de Nuevos Modelos para la prevención de Conductas Adictivas".

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES ALCOHOL.

Desde el principio de la humanidad se conocen los efectos de las bebidas alcohólicas. En la antigüedad, se utilizaba el término árabe *alkul* para referirse al espíritu que se apoderaba de las personas que abusaban de dichos productos. El alcohol etílico también llamado etanol, es un líquido incoloro, inflamable y muy volátil. Su fórmula química es CH3-CH2-OH, se obtiene a partir de la fermentación de productos vegetales. Actualmente se sabe que los efectos de las bebidas embriagantes se deben a la sustancia activa, el alcohol.

Para consumo humano, el alcohol se presenta en forma de soluciones o mezclas y nunca en estado puro. A esta combinación de sustancias se les conoce como bebidas alcohólicas. La mayoría de los productos de fermentación como la cerveza y el vino pueden consumirse sin procesos posteriores, pero contienen poco porcentaje de alcohol.Para aumentar el grado de concentración se aplica un segundo proceso en el que se destila el fermentado y se colecta la fracción con mayor concentración o graduación etílica, al realizar varias veces el mismo proceso, se incrementa la calidad del producto, en la tabla 1.1 se muestran ejemplos de la graduación de diferentes bebidas alcohólicas.

Tabla 1.1. Graduación de las diferentes bebidas alcohólicas.

Bebida alcohólica	Grados de alcohol
Cerveza de barril	4°
Vino	11-18°
Aperitivos	15-25°
Licores Dulces	20-35°
Destilados (coñac, brandy, ginebra, ron, anís, whisky)	36-45°

La intensidad y tipo de efectos dependerán de la graduación de la bebida y del porcentaje de alcohol que una persona llega a acumular en la sangre (alcoholemia), que varía de 30 a 120 minutos después de la hora de ingesta. El cuerpo es capaz de metabolizar alrededor de 10 a 15 ml por hora, por lo que se considera adecuado un intervalo de al menos 60 minutos entre cada bebida.

El contenido equivalente a una bebida estándar es aproximadamente de 12 gr. de alcohol, por ejemplo: una cerveza de 12 oz. (aprox. 325 ml.), 5 oz. de vino (aprox. una copa.),1.5 oz. de destilados (aprox. un caballito. (Ladero-Quesada, 1998; Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1998;Carroll, 2000).

Los efectos también se deben a la interacción con factores subjetivos, como la situación en la que se bebe y la experiencia del propio individuo. Al ser el alcohol un fármaco, su absorción y mecanismo de acción se puede replicar a través de su farmacocinética y su farmacodinamia.

1.1. FARMACOCINÉTICA DEL ALCOHOL.

El alcohol es un producto absolutamente miscible en agua lo que le permite llegar a casi cualquier célula del organismo. (Brick & Carlton, 1998; Carroll, 2000). Generalmente se ingiere por vía oral. En ayunas la absorción es rápida en duodeno y yeyuno y lenta en el estómago, una vez absorbido, el alcohol atraviesa el hígado y es detectable a los pocos minutos en la circulación. Cuando el alcohol se ingiere con alimentos o con el estómago lleno, permanece en el mucho más tiempo y se absorbe en la mucosa gástrica. Por lo tanto beber en ayunas tiene un efecto embriagante mayor y más rápido. (Grandillas, 2001;Ladero-Quesada, 1998; Feldman, 1997; Carrol, 2000, Brick & Carlton, 1998).

Alrededor del 10 % del alcohol ingerido se elimina a través del aire expirado, del sudor y la orina, el resto se degrada principalmente en el hígado, donde el etanol es convertido en acetaldehído por la enzima deshidrogenasa (ADH) posteriormente el acetaldehído es convertido en acetato por la enzima aldehído deshidrogenasa (ALDH). Niveles elevados de acetaldehído y la baja conversión de acetaldehído del alcohol por la ALDH se asocia con la reacción tóxica del alcohol (Lieber, 1994).Su eliminación genera múltiples desequilibrios metabólicos que pueden conducir a enfermedades crónicas del hígado (Kersenobich & Vargas 1995; Ladero-Quesada, 1998).

Según la cadena de reacciones metabólicas, en la etapa de acumulación de acetaldehído ocurren efectos adversos en el hígado como el incremento de perioxidación de lípidos (La perioxidación es un proceso en el cual los ácidos grasos y el colesterol, lípidos mayoritarios en nuestra sangre, por acción de unas sustancias denominadas radicales libres, se transforman en los correspondientes productos oxidados que pierden su función original. Este proceso es responsable, entre otros, de la arteriosclerosis y la lesión de membranas mitocondriales y celulares así como la disminución del transporte y la secreción a causa de inhibición de la polimerización (condensación) de la tubulina que puede explicar la necrosis y fibrosis en los hígados cirróticos. (Goodman & Gilman, 1996; Carroll, 2000).

EFECTOS PRINCIPALES DEL ALCOHOL

La intoxicación etílica aguda tiene tres fases: excitación, embriaguez y coma. En la fase de excitación, se presenta una ligera incoordinación motora, sensación de relajación (efecto ansiolítico), aumento de la sociabilidad, y en algunos casos agresividad. En la fase de embriaguez, el habla se produce incoherente y

entrecortada, hay incapacidad para caminar, intensa sensación vertiginosa, náuseas y vómito. En la fase comatosa, hay un estupor creciente, habla ininteligible y evolución hacia el estado de coma, con hipotermia, bradicardia (descenso del ritmo cardiaco) e hipotensión. En esta fase puede producirse la muerte (Ladero-Quesada, 1998). En la tabla 1.2 se resumen los efectos físicos y psicológicos del alcohol.

TABLA 1.2. Efectos físicos y psicológicos de varias concentraciones sanguíneas del alcohol.

Número de "tragos"	Alcohol en la sangre (%)	Efectos físicos y psicológicos
1	0.02-0.03	Sin efectos evidentes. Ligera elevación del estado de ánimo
2	0.05-0.06	Sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de coordinación fina
3	0.08-0.09	Alteración ligera del equilibrio, del habla, de la visión, del oído. Sensación de euforia; pérdida de la coordinación motora fina
4	0.10 0.11-0.12	Intoxicación legal en algunos estados de EUA La coordinación y el equilibrio se dificultan; alteración de las facultades mentales y del juicio
5	0.14-0.15	Alteración mayor del control físico y mental: habla y visión difíciles
7	0.20	Pérdida del control motor (requieren de ayuda); confusión mental
10	0.30	Intoxicación severa; control consiente mínimo
14	0.40	Inconsciencia; umbral del estado de coma
17	0.50	Coma profundo
20	0.60	Muerte por depresión respiratoria

Se muestran los efectos físicos y psicológicos dependiendo de varias concentraciones sanguíneas de alcohol, en sujetos no habituados al alcohol, con un intervalo entre cada bebida de al menos 60 minutos. Un trago se refiere al equivalente a una bebida estándar.

Tomado de Brailowsky, 1995.

La consecuencia inevitable de una intoxicación etílica es la resaca coloquialmente llamada “cruda”, que se presenta en forma de: irritación de la mucosa gástrica, dolor de cabeza (vasodilatación craneal) y sed intensa. La exposición crónica al consumo excesivo de alcohol, produce consecuencias severas como cardiopatías (padecimientos del corazón), pancreatitis (inflamación del páncreas), complicaciones neurológicas como el síndrome de Korsakoff y la degeneración cerebelosa. También disminuye la capacidad de reacción sexual tanto en hombres

como en mujeres. En el varón por ejemplo se presenta: impotencia sexual, esterilidad y atrofia testicular (Kersenovich & Vargas, 1995; Goodman & Gilman, 1996; Feldman, 1997; Ladero-Quesada, 1998; Carroll, 2000 Oscar-Berman, 2003).

1.2 FARMACODINAMIA DEL ALCOHOL.

El alcohol es un depresor del SNC. La mayor parte de las acciones del etanol se deben a su interacción con dos receptores específicos: el receptor GABA A (también denominado complejo receptor GABA A-ionóforo Cl-) y el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato.

El etanol potencia la acción del GABA (figura 1.1) y antagoniza la acción del glutamato (figura 1.2); la activación del receptor GABA da lugar a la apertura del canal, que permite la entrada del ión cloruro (Cl-) que produce una hiperpolarización de la membrana y causa la disminución en la excitabilidad de la neurona y con ello de la actividad funcional (Brailowsky, 1995; Goodman & Gilman, 1996; Feldman; 1997;Carlson, 2006; Ayesta, 2002).

Figura 1.1. Receptor ionóforo Cl-.

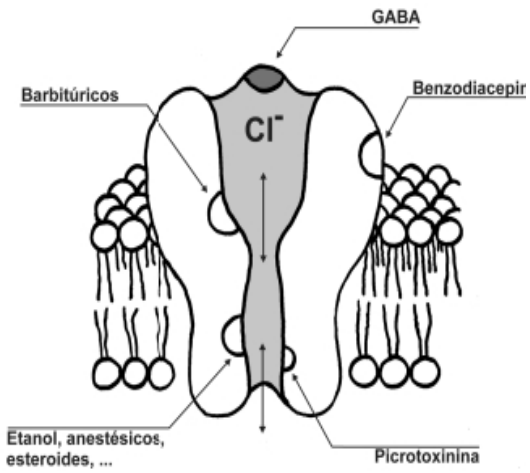
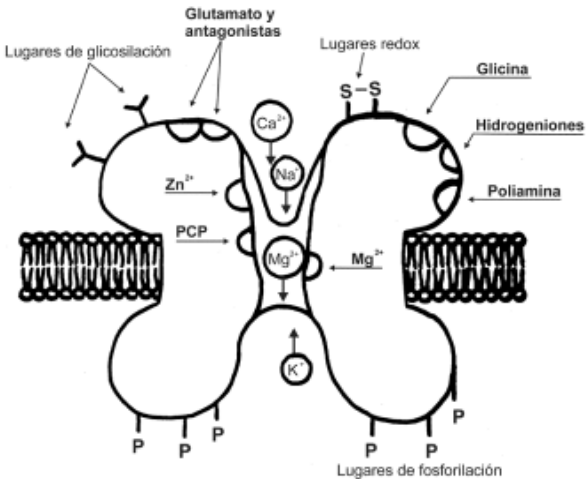


Figura 1.2. Receptor NMDA de Glutamato.

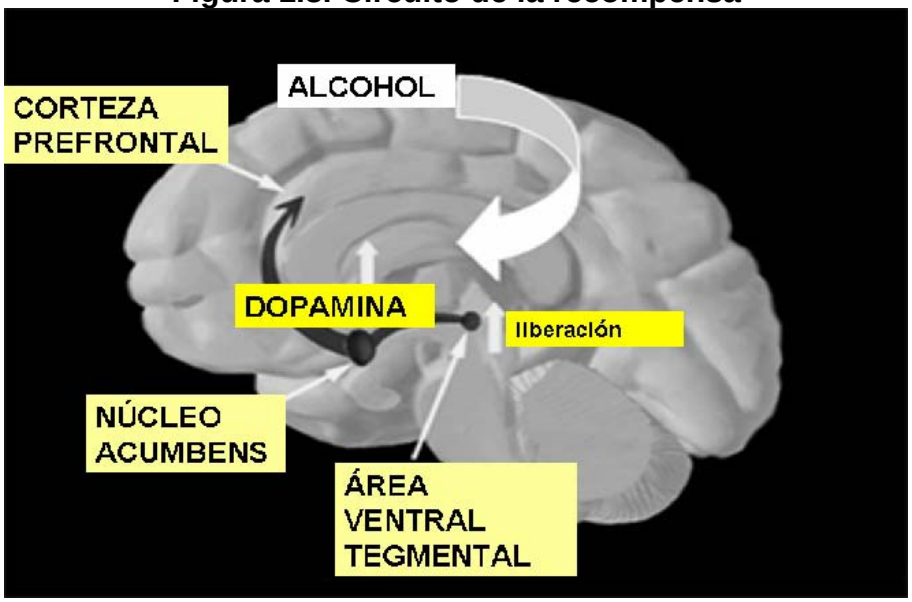


Tomadas de Ayesta (2002).

Además el alcohol disminuye el flujo de Calcio (Ca2+) a través de la inhibición del receptor NMDA. La activación del receptor NMDA produce un aumento en la permeabilidad de Sodio (Na+), Potasio (k+) y Ca2+, que da lugar a una despolarización de la membrana neuronal, que participa en procesos de aprendizaje y memoria, como la potenciación a largo plazo. De esta forma el alcohol potencia al inhibidor e inhibe al excitador (Goodman & Gilman, 1996; Feldman, 1997; Ayesta; 2002).

La administración de drogas adictivas, como el alcohol, estimulan el sistema de recompensa del cerebro al aumentar los niveles extracelulares de dopamina (DA) en el núcleo acumbens. El sistema de recompensa del cerebro esta constituido por varias estructuras (Figura 1.3).

Figura 1.3. Circuito de la recompensa



Se representa el Circuito de la recompensa: incluye el área ventral tegmental, el núcleo acumbens y la corteza prefrontal.

Una parte clave para los efectos reforzantes o de recompensa es el aumento de desacargas de las neuronas dopaminérgicas en el área tegmental ventral, así como su liberación en el núcleo accumbens (Ayesta, 2002; Oscar-Berman & Marinkovic, 2003, Feldman, 1997, Sullivan, 2005).

Neurotransmisores, como la serotonina, GABA y el glutamato también regulan la actividad mesocorticolímbico de la DA y están también implicadas en las propiedades reforzadoras del alcohol.

La administración repetida de alcohol produce tolerancia y dependencia. La tolerancia es la pérdida de potencia en la intensidad de un efecto, es decir una necesidad y tendencia a aumentar cantidades crecientes de alcohol para adquirir los efectos deseados (Brailowsky, 1995; Goodman & Gilman, 1996; Feldman,1997; Carroll, 2000; APA, 2004).

La dependencia se refiere al estado de malestar que aparece en un individuo al suprimir una droga o sustancia de acción similar que se ha consumido crónicamente. Las molestias pueden aliviarse o desaparecer ante el suministro renovado del alcohol (OMS, 1964).

Actualmente se cuenta con dos sistemas para el diagnóstico de la dependencia alcohólica. En Europa es más aceptado el CIE-10 propuesto por la OMS(1993) y en Norteamérica, el DSM-IV propuesto por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA,2004). El CIE-10 establece que la dependencia al alcohol, es un síndrome, propone el término alcoholismo y lo sustituye por el síndrome de dependencia al alcohol (OMS, 1993).

El sistema CIE-10 define el síndrome de dependencia al alcohol como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

a) Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.

b) El individuo le da máxima prioridad al consumo de alcohol.

c) Hay un deseo fuerte o insuperable de ingesta

d) Las recaídas después de un periodo de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

El sistema DSM-IV describe la dependencia al alcohol como un patrón desadaptativo de consumo que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, que se caracteriza por presentar 3 o más ítems en un periodo continúo de 12 meses previos.

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

   a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

   b) El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuyen claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (específica al alcohol):

   a) El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

   b) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol

   c) Se emplea mucho más tiempo en actividades relacionadas con la obtención de bebidas alcohólicas o en la recuperación de los efectos del alcohol.

d) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debidas al consumo de alcohol.

e) Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

En el sistema DSM-IV además se indica la conveniencia de especificar la existencia o no de dependencia fisiológica, de manera que habría dos grupos de adictos:

a) Con dependencia fisiológica: aquellos que presentan signos de tolerancia o abstinencia (si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2 de su lista de criterios diagnósticos).

b) Sin dependencia fisiológica: los que no presentan signos de tolerancia o abstinencia (no se cumplen los puntos 1 y 2 de su lista de criterios diagnósticos).

Aún cuando el consumo de alcohol esta ampliamente distribuido en la población solo un pequeño sector es el que presenta dependencia al alcohol, indicando que el problema del consumo del alcohol no es un fenómeno homogéneo, sino que hay diferentes patrones de consumo y distribución, es decir, no todos los problemas relacionados con el alcohol encajan con las personas clasificadas como "alcohólicas".

Al no ser la población que consume alcohol homogénea y no todos los individuos que consumen alcohol cumplen con los criterios de dependencia es

conveniente hacer una revisión de los patrones de consumo, los cuales dan información sobre características demográficas y culturales.

En México a diferencia de las sociedades europeas en las que se da un consumo diario de alcohol, un número significativo de personas presentan un consumo peculiar, es decir, consumen alcohol con poca frecuencia pero en grandes cantidades hasta llegar a estados de embriaguez en cada ocasión, lo cual puede ocasionar una serie de repercusiones negativas para ellos y para la sociedad (Medina-Mora et al., 2001; Rosovsky, 2002).

Según datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 2002, el 51.34% de la población entre 18 y 65 años consume bebidas alcohólicas, mientras que en el otro lado de este fenómeno se ha encontrado que el 44.4 % de la población urbana y el 62.7% de la población rural reportó ser abstemia. Entre las personas de 12 a 65 años el 4.07% cumple con el criterio de dependencia al alcohol, y solamente 1.5% de la población reportó un consumo diario. Sólo una tercera parte de los bebedores entre 12 y 65 años (37.2%) limitan su consumo a una o dos copas por ocasión, 28.1% reporta que ha llegado a consumir 3 o 4 copas, el 17.2% de 5 a 7 copas, 11.67% de 8 a 11 y de 12 a 22 4.7%, es decir 34.62% de la población (poco más de catorce millones de personas) beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo; de estos, el 4.62% lo hacen por lo menos una vez a la semana. En 1998 la prevalencia de consumo nacional de alcohol fue de 58,1 % (77,0 % en hombres y 44,6 % en mujeres). Esta prevalencia fue menor que la observada cinco años antes. En 1993 se informó una prevalencia global del 66,5 %. Mientras que la prevalencia en hombres no mostró gran cambio para 1998, esta disminuyó en

mujeres de un 57,5 % en 1993 hasta 44,6 % en 1998.Los avances preeliminares de la ENA revelan que de 2002 a la fecha, el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco se elevó de 5.03% a 6% (Arriola, 2008).

Como se menciono con anterioridad, el patrón de consumo de alcohol en México, es en su mayoría explosivo-episódico, lo que significa que son personas que consumen con poca frecuencia pero en grandes cantidades por ocasión y se les clasifica como bebedores problema. Esta población sub-clínica supera ampliamente a aquellos con dependencia severa al alcohol. (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001; Tapia, Medina-Mora & Cravioto, 2001).

Los bebedores problema, han sido definidos como aquellas personas que al ingerir alcohol, pueden presentar problema físicos, psíquicos y sociales sin que pueda hablarse de dependencia (Rodríguez-Martos, 1989), son bebedores no dependientes que están comenzando a experimentar efectos adversos del alcohol (Medina-Mora, 2001).

En México se reporta una prevalencia de 7 bebedores problema por cada alcohólico (Andrade, 2001). Diferentes autores resaltan algunas de las características que diferencian al bebedor problema del alcohólico (Ayala, 1994; Echeburúa, 2001; Echeburúa & Amor, 2003; ENA, 2002; Medina-Mora, 2001; Sobell, 2001;Sobell & Sobell, 1993; Velasco, 2001) las más importantes se resumen en la tabla 1.3.

Una persona “alcohólica” presenta tolerancia al alcohol y síndrome de abstinencia, el cual aparece al suprimir la sustancia del organismo y como se mencionó anteriormente es un conjunto de trastornos fisiológicos y psicológicos que se presentan al suspender abruptamente el consumo; físicamente se

caracteriza por temblores en las manos, náuseas, vomito, sudor, taquicardia, insomnio, etc., mientras que psicológicamente se presenta nerviosismo, cansancio, irritabilidad y depresión leve, lo cual lleva al sujeto a la búsqueda de la sustancia para evitar estas sensaciones (Echeburúa, 2001).

El bebedor problema bebe en grandes cantidades por ocasión, y se limita a los fines de semana y acontecimientos festivos concretos, sin embargo aún no presentan dependencia al alcohol, que podrá presentarse si incrementa y mantiene su patrón de consumo.

Tabla 1.3. Diferencias entre el Bebedor Problema y el Alcohólico.

Bebedor Problema	**Alcohólico**
Problemas con el uso de alcohol menor a 10 años.	Existen repetidos esfuerzos o el deseo persistente por controlar el uso del alcohol.
Beben en forma episódica-explosiva. Grandes cantidades por ocasión de consumo.	Cada vez que bebe lo hace en exceso.
Aún no presentan dependencia.	Presentan dependencia (tolerancia y abstinencia).
No dejan de hacer sus actividades por consumir alcohol.	Abandono de actividades por las búsqueda de alcohol Frecuente preocupación por conseguir e ingerir bebidas alcohólicas.
Pueden presentar alteraciones físicas como gastritis.	Continuación del uso a pesar de las advertencias médicas, sociales y/o legales.
El 34.62% de la población que consume alcohol, se clasifica como bebedor problema.	Solo el 4.07 % de la población que consume alcohol, presenta características de dependencia.
Pueden producir daños si persiste el hábito	Consecuencias severas como cirrosis hepática.

Se muestran las diferencias entre el Bebedor Problema y el Alcohólico.

1.3. CONSUMO DEL BEBEDOR PROBLEMA

En términos de cantidad de alcohol y frecuencia de consumo, el bebedor problema consume las siguientes cantidades (Echeverría et al., 2004; Carreño, Berenzon, Medina-Mora, Ortiz & Juárez, 1999):

- Más de 12 copas estándar por semana y /o más de 4 copas por ocasión (hombres)
- Más de 9 copas estándar por semana y/o más de 3 copas por ocasión (mujeres).
- Beber más de una copa por hora.

Un bebedor problema no sigue el patrón de consumo más recomendable, que consiste en una copa estándar por ocasión para la mujer y dos por ocasión para el hombre. En países donde el consumo no es diario, se recomienda no exceder la ingesta de 2 a 4 copas por ocasión. Nunca debe excederse la cantidad de cuatro copas estándar por ocasión ni más de 12 copas estándar por semana.

El que se planteen criterios diferentes por género después de controlar peso y talla obedece a que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol. Esto se debe en parte a la diferencia en la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estómago, que desdoblan al alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo; esta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. También tiene la mujer una proporción mayor de grasa que de agua en el organismo, y debido a que el alcohol es más

soluble en el agua que en la grasa, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino. (Kersenovich & Vargas, 1994).

Las recomendaciones sobre cantidades límites de alcohol deben tomarse con cautela, sobre todo en grupos de riesgo, Se considera que el consumo moderado de alcohol puede traer beneficios como menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, por las propiedades anticoagulantes del etanol (Echeburúa, 2002; Ladero, 1998).

INSTRUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

Existen diversos instrumentos de estudio para identificar el consumo del alcohol. La mayoría son muy sensibles para detectar problemas avanzados de alcoholismo, pero son menos confiables para identificar etapas incipientes del consumo de alcohol.

Un gran número de herramientas están disponibles para identificar problemas potenciales en individuos que consumen alcohol. Uno de los más empleados por su confiabilidad y validez es el MAST (Michigan Alcoholism Screenig Test), de 25 preguntas, que también se ha publicado en forma resumida de 10 preguntas. El cuestionario CAGE (Cutdown, Annoyance, Guilt and Eye Opener) contiene solo 4 preguntas: ha sido el más extensamente estudiado, por su brevedad y eficacia. El CAGE puede ser administrado fácilmente por un médico en una consulta de rutina, sin embargo diversos datos sugieren que el CAGE puede no tener suficiente sensibilidad y especificidad ni un buen valor predictivo para ser un instrumento de tamizaje confiable entre estudiantes. El tamizaje es una forma de conducir un examen de salud usando sólo una porción de procedimientos diagnósticos usuales. Es frecuentemente dirigido a

individuos que parecen no tener la condición de dependencia al alcohol, con el fin de identificar a aquellos que probablemente tengan la condición.

En 1982 la OMS diseñó un instrumento de tamizaje simple llamado AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, ya sea porque el consumo entrañe riesgos o daños a la salud, o bien dependencia. El AUDIT consta de 10 preguntas seleccionadas con base en su reproducibilidad y correlación con el consumo de alcohol. El AUDIT es un cuestionario frecuentemente utilizado y aplicado por su capacidad para medir el consumo problema de alcohol, y posee alta sensibilidad (92%) y especificidad (94%). En estudios de seguimiento se ha probado su capacidad predictiva de problemas médicos, trastornos sociales e incluso mortalidad, relacionados con el consumo de alcohol.

Las tres primeras preguntas están relacionadas con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, por lo que permiten la estimación de la abstinencia o el consumo riesgoso. Las tres siguientes preguntas están relacionadas con la dependencia al alcohol, mientras que las preguntas 7 y 8 son dirigidas al consumo dañino y las dos últimas se relacionan con problemas causados por alcohol, incluyendo reacciones psicológicas adversas. Cada pregunta tiene de tres a cinco opciones que discriminan en forma categórica la frecuencia y cantidad de consumo. A cada opción se le da un valor numérico partiendo de cero en el nivel inferior y en orden progresivo hasta dos o cuatro puntos (dependiendo del número de opciones). La sumatoria de los puntos aportados con cada pregunta da como resultado el índice de la escala AUDIT, con un máximo posible de 39 puntos. Con el fin de caracterizar el consumo de alcohol

que constituye un problema para la salud, la OMS sugirió inicialmente un punto de corte de 11 puntos, el cual se cambió más tarde a ocho puntos de la escala de AUDIT. Este último punto de corte es más sensible (95%) que el anterior, aunque menos específico (88%), pero está más acorde con la reducción en los límites de consumo seguro de alcohol.

Se considera consumo seguro de alcohol o “normal”, cuando el puntaje en el AUDIT es menor de nueve puntos. A su vez se establecieron dos puntos de corte adicionales dentro del consumo “problema” de alcohol, considerando una calificación entre 9 y 18 puntos como consumo “riesgoso” y cuando la calificación fue mayor a 18 puntos se consideró como consumo “dañino”. De acuerdo con estos criterios, el consumo “riesgoso” está relacionado con un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo de alcohol, mientras que el concepto de “dañino” se refiere más a la presencia de complicaciones física o psicológicas relacionadas con su ingesta. Finalmente un puntaje mayor a 9 será reconocido como un consumo de bebedor problema.

Dada la sensibilidad y especificidad de este instrumento, permite estimar el consumo problema de alcohol, con alta sensibilidad (incluyendo población universitaria), se seleccionó como instrumento de tamizaje en la presente investigación.

1.4 LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Del amplio grupo de jóvenes, se ha puesto atención especial en los estudiantes que constituyen un grupo de alto riego para el consumo de drogas (Anaya et al., 2006). Los estudiantes de nivel medio y superior “universitarios” forman un grupo selecto. De ellos se esperan los cambios que mejorarán las condiciones

de vida de la población, representan además una importante inversión social, cuyos resultados se esperan poder ver a plazo relativamente corto.

Se ha reportado que el consumo problema de alcohol es más común en los jóvenes universitarios comparados con aquellos que no asisten a la universidad, teniendo un mayor impacto en edades de 18-25 años de edad. Se considera que esta población es vulnerable al desarrollo de un patrón de consumo de bebedor problema sobretodo por las actitudes y creencias hacia el consumo de bebidas alcohólicas, como el refuerzo social positivo, ya que su consumo se asocia con el contacto y la convivencia con otros jóvenes (Castillo et al, 1999; Andrade, 2001; Larimer et al, 2005; Mora-Ríos, 2005; Bocardo, 2000).En una encuesta realizada por Cravioto et al. (1996) reportaron que en la ciudad de México, el 73.4 % de la población fue bebedora, y el 25. 8 % de los estudiantes universitarios entre los 19 y 25 años fueron bebedores.

En encuestas realizadas en estudiantes universitarios en una muestra representativa de estudiantes de Facultades y escuelas de la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicadas en Ciudad Universitaria, los porcentajes de estudiantes que reportaron haber consumido alcohol fue el 51.2%, sin embargo, las complicaciones médicas y de salud son muy poco frecuentes debido a que a esa edad es difícil que los estudiantes presenten síndrome de dependencia al alcohol (Anaya, 2006).

En otra encuesta realizada en la UNAM en más de 5 mil estudiantes universitarios sobre el consumo de bebidas alcohólicas, se encontró que existe un 27.6% de no bebedores, un 45.6% de bebedores ocasionales y 27.7% de bebedores habituales; en cuanto a la edad de inicio de ingesta de alcohol se

reportó que el 32.5% de los encuestados inició el consumo de alcohol entre los 16 y 18 años de edad, mientras que el 31.3% lo hizo entre los 19 y 21 años (Andrade, 2001).

Cabe aclarar que no todas las personas que consumen alcohol tienen problemas con su uso o se convierten en alcohólicas. Diversas son las teorías etiológicas que tratan de responder cuestiones sobre el inicio del consumo de alcohol, por qué se continua con dicho hábito y qué hace que una persona lleve a presentar dependencia al alcohol. Dichas teorías no son excluyentes entre sí, puesto que el consumo de alcohol puede ser el resultado de la interacción de varios factores (Carroll, 2000).

1.5 FACTORES ETIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

La OMS señala que existen diversos elementos que intervienen en la dependencia al alcohol, entre los factores pre-disponentes se encuentran los factores: biológicos, psicológicos y socio-culturales.

Dentro de los factores socioculturales se han descrito la disponibilidad y aceptabilidad del uso del alcohol, ya que la sociedad le atribuye características positivas en su función a la integración social y la tolerancia social hacia la embriaguez (Bandura, 1969).

Entre las causas biológicas se han postulado los cambios fisiológicos como su efecto depresor sobre el SNC (descrito en el primer capítulo) y los factores genéticos ya que se ha propuesto que uno de los mayores riesgos para padecer alcoholismo es tener familiares alcohólicos (Nicolini, 1994).

Investigaciones llevadas a cabo mediante la adopción de hijos de alcohólicos, separados de sus padres biológicos después del nacimiento, describen que los hijos de alcohólicos que son adoptados tienen una mayor probabilidad de convertirse en alcohólicos, lo cual sugiere la presencia de un factor genético o hereditario (Sokol , Moore, Rose, Williams, Reed, Cristian, 1995). Sin embargo, la limitación metodológica debida a la falta de control de la influencia ambiental resta valor probativo a la mayoría de estos estudios, puesto que estos resultados podrían reflejar no solo las concordancias en la ingesta de alcohol, quizá también la similitud en los ambientes en los que crecieron tanto los gemelos monocigóticos (MZ) como dicigóticos (DZ).

En estudios con gemelos se ha comparado la presencia de alcoholismo entre gemelos (DZ) y gemelos (MZ) y estos han confirmado casi siempre la heredabilidad del abuso de alcohol, mediante la constatación de que los gemelos MZ tienen una tasa de concordancia con el alcoholismo mayor que los gemelos DZ(Kendler, Neale, Kessler, Haeth, Eaves, 1993; Loehlin, Nichols, 1976; Plomim, DeFries, McClearn, Rutter, 1997).

Kersenovich y Vargas (1994) afirman que al parecer un tipo de alcoholismo depende de factores genéticos, otro requiere de factores genéticos y ambientales, mientras que un tercero se presenta sin factores genéticos evidentes.

Mediante estudios de asociación, que permiten la identificación de genes a través del uso de marcadores genéticos “linkage studies”, (Higuchi, Parris, Dufour, Towle, Harford, 1992; Wall, Thomason, Schuckit, Ehlers, 1992), se demostró que el 50 % de la población japonesa no-alcohólica de sus

investigaciones presenta una deficiencia de aldehído-deshidrogenasa (ALDH) enzima que convierte al acetaldehído en deshidrogenasa y proponen que esa deficiencia parece proteger contra el alcoholismo.Los genes que codifican en el funcionamiento de las diferentes formas de esta enzima son candidatos a influencia genéticas en el consumo de alcohol. (Mc Gue, 1999).

Por otra parte, el alcoholismo también se ha relacionado con los receptores de dopamina. Se ha descrito una fuerte asociación entre los marcadores genéticos para los receptores de Dopamina D_2. Se ha que dicho alelo se encontraba presente en el 69 % de alcohólicos y solo en el 20% de no-alcohólicos (Blum,1990;George, Cheng, Nguyen, Israel, O'Down, 1993; Blum, Sheridan, Wood, Braverma, Chen, Cull, Coming, 1996; Noble, 2000).

En cuanto a los factores psicológicos que abarcan la relación existente entre el alcoholismo y los trastornos conductuales, se postulan dos teorías principales: la teoría de la reducción de la tensión y las teorías de la personalidad.

La teoría de la reducción de la tensión propone que las personas beben alcohol con el fin de reducir los estados de estrés y ansiedad a los que se ven sometidos (Capell, Greeley, 1987; Capell, Herman, 1972). Sin embargo, varios estudios han demostrado que el efecto que produce el consumo de alcohol sobre el estrés y otros estados emocionales no parece consistente.

Existen datos que sugieren que las variables de la personalidad juegan un papel importante en la etiología de los problemas en el consumo de alcohol. Investigaciones que han tratado de identificar las características de personalidad que diferencian a los alcohólicos de los no alcohólicos, sugieren

que ciertos factores de personalidad están asociados a un mayor riesgo de alcoholismo (Sher, Trull, Bartholow, Vieth, 1999).

Una cuestión crítica pero a menudo pasada por alto en los estudios que evalúan la relación que existe entre la personalidad y el alcoholismo, es la definición de personalidad utilizada la cual varía de acuerdo al teórico que lo postula. Por lo que en el segundo capítulo se describirán algunas teorías de la personalidad.

CAPÍTULO II. TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.

A lo largo de la historia, se han manejado diferentes conceptos de personalidad. En la Edad Media se hacía referencia a una constitución o hábito mental que dependía esencialmente de la constitución física. Los investigadores de la personalidad han sugerido distintos modelos para identificar las características de la personalidad entre individuos. Son variadas las técnicas que se emplean para describir la personalidad, entre ellas están las técnicas proyectivas y las técnicas objetivas. Las pruebas proyectivas utilizan estímulos poco estructurados, permiten a la persona proyectar sus ideas, emociones y conflictos en la situación que se le presenta. Mientras que las pruebas objetivas pretenden medir la presencia e intensidad de determinados rasgos de personalidad a través de preguntas estandarizadas.

Según Allport (1937) los rasgos pueden definir las características de personalidad del individuo. Tomando lo anterior como principio, otros autores han diseñado instrumentos para identificar rasgos y con ello han formulado múltiples teorías de la personalidad.

Un rasgo, es un constructo teórico que describe una dimensión de la personalidad. Por consiguiente, las teorías de los rasgos ponen énfasis en las diferencias individuales de las características que son más o menos estables a través del tiempo y de las situaciones. Para medirlas, los instrumentos parten de supuestos teóricos y se perfeccionan usando la técnica estadística de análisis factorial (Con el fin de reducir los datos y explicar la variabilidad entre los datos observados en un menor número de variables “factores”).

A su vez, los modelos factoriales pretenden identificar la estructura de la personalidad e intentan delimitar las dimensiones que la conforman. Los modelos factoriales se dividen en dos grupos principales: Los modelos factoriales-léxicos y los factoriales-biológicos

2.1 MODELOS FACTORIALES

2.1.1 MODELOS FACTORIALES-LEXICOS.

El principio básico del modelo léxico es que aquellas diferencias individuales que son sobresalientes y especialmente relevantes en la vida de las personas, han quedado codificadas en sus respectivos lenguajes naturales. Cuanto más importante es dicha diferencia más probable es que se exprese con una palabra (Goldberg, 1982). Autores como Allport, Cattell, Costa y Mc Crae son los principales representantes de este enfoque.

Allport (1937) considera que la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo y de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente. Propone que la unidad primaria de la personalidad es el rasgo y partiendo del diccionario, selecciono 18000 palabras referentes a rasgos, para distinguir el comportamiento de un ser humano respecto a otro, por ejemplo: *artístico, asertivo, alarmado, avergonzado, adorable, necio* (Allport & Odbert, 1936).

Cattell (1979) por su parte, define a los rasgos como conceptos abstractos, siendo herramientas conceptuales útiles para propósitos predictivos, pero que no necesariamente corresponden a una realidad física específica. Argumenta que los rasgos existen como determinantes de la conducta. Desarrolló el

Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad (16 PF). Este modelo influyó en otros modelos como el de los “Cinco Grandes”.

El modelo de los Cinco Grandes, afirma que existen cinco factores básicos de la personalidad: Extroversión, Afabilidad, Neuroticismo, Rectitud y Apertura. Los cinco factores se desarrollaron a partir del análisis factorial de las palabras que la gente utiliza en el lenguaje cotidiano para describir la personalidad y permitió desarrollar un cuestionario de autorreporte con el cual se mide la posición de los individuos en cada factor. Este cuestionario se conoce como NEO-PI (Costa & Mc Crae, 1985, 1992).

En este modelo se integra un amplio conjunto de constructos de la personalidad, facilitando la comunicación entre investigadores de distintos enfoques, facilita la exploración de las relaciones entre personalidad y otros fenómenos y también permite una descripción de la estructura de la personalidad, sin embargo, ha sido criticado por la falta de una teoría que sustente al modelo, y por considerar pocos los factores definidos para determinar la compleja estructura de la personalidad(Mischel, 1968; Tous, 1995).

Los modelos léxico-factoriales no sólo sugieren una descripción de los rasgos, sino tienen aplicación práctica y favorecen el establecimiento de un paradigma teórico, con el tiempo el avance en diversas líneas de investigación han permitido obtener evidencias sobre las bases biológicas de esos rasgos, así como su localización cerebral (Haier, 2004) y sus relaciones con diversos polimorfismos genéticos (Soyka, Preuss, Koller, Zill, Bondy, 2002).Su formulación tiene motivaciones principalmente taxonómicas y no biológicas.

2.1.2 MODELOS BIOLOGICO-FACTORIALES

Los modelos biológico-factoriales consideran que las diferencias individuales en la personalidad se explican por los mecanismos biológicos que sustentan todos los procesos cognitivos. Dentro de este grupo, se encuentran modelos como los de Eysenck, Gray, Zuckerman y Cloninger. En ellos se exploran experimentalmente factores de la personalidad ligados a mecanismos que se sustentan en disciplinas como la genética, la neuroanatomía y la neurofisiología.

Los modelos que hacen hincapié en la base biológica de la personalidad parten de que el temperamento es la predisposición heredada que puede ser observada desde muy temprano y es estable a lo largo de la vida. Estos modelos son descriptivos, explicativos, pragmáticos y causales.

Cronológicamente los modelos biológico-factoriales han retomado a otros modelos de forma aislada. No fue sino hasta el último modelo, el de Cloninger, que se propuso una forma de integrar los supuestos principales de cada uno.

A continuación se describen las características esenciales de cada modelo:

- Eysenck (1967) propuso tres factores de la personalidad: Extroversión, Neuroticismo y Psicotismo. Estos factores se basan en los mecanismos biológicos en los que difiere la gente y que son resultado únicamente de los procesos de excitación-inhibición del sistema nervioso.
- Gray (1981), propone una teoría biológica de la personalidad a partir de las teorías de Eysenk. La teoría de Gray se centra en dos tendencias conductuales importantes: el enfoque y la evitación. Describe un sistema de activación conductual (SAC) y un sistema de inhibición conductual

(SIC). Cuando se activa el SAC se expresa por la conducta impulsiva, e identifica el sustrato nervioso con el neurotransmisor dopamina. Cuando se activa el SIC, la persona se muestra atenta, temerosa e inhibe la conducta y propone la implicación de la noradrenalina.

- En el modelo de Zuckerman (1979) postula que el SAC propuesto por Gray, esta mediado por la noradrenalina y dopamina. Propone cinco dimensiones básicas de la personalidad: Extroversión, Actividad, Neuroticismo-Ansiedad, Búsqueda de Sensaciones y Agresividad. A partir de una revisión exhaustiva de las evidencias disponibles acerca de las bases biológicas de las dimensiones, concluye que los mecanismos de exploración y aproximación a estímulos nuevos estarían controlados por los niveles de dopamina en el sistema mesolímbico, mientras que el sistema de inhibición conductual estaría controlado por el sistema serotoninérgico y el sistema de activación por el sistema noradrenérgico.
- Finalmente Cloninger en 1987, retoma y rechaza conceptos de Eysenck, Gray y Zuckerman. Pretende superar las discrepancias en el estudio de la personalidad entre lo biológico y ambiental y también intenta superar las discusiones entre las descripciones dimensionales y categoriales de la personalidad, sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico de los trastornos de la personalidad.

Cloninger señala que los mayores problemas de los modelos anteriores son su escasa utilidad clínica, pues considera que estos modelos no son capaces de captar algunos aspectos de la personalidad como la autonomía individual, los valores morales, la madurez y la auto-directividad importantes para describir los trastornos de la personalidad.

El modelo de Cloninger integra el substrato biológico de la personalidad con el desarrollo producido por la experiencia y el aprendizaje socio-cultural. Propone un grupo de factores con un gran peso genético en su origen y relacionados con módulos y sistemas identificables en el sistema nervioso que interactúan con múltiples factores sociales y ambientales durante el desarrollo para influir en la conducta final.

Cloninger Inicialmente proponía tres dimensiones primarias de la personalidad, todas ellas de Temperamento, y que estas estarían relacionadas con sistemas de naturaleza fisiológica como:

- La Búsqueda de la Novedad (BN) que se sustenta en el "Sistema de Activación de la Conducta",
- La Evitación al Daño (ED) que se sustenta en el "Sistema de Inhibición Conductual" y
- La Dependencia a la Recompensa (DR) que se sustenta en el "Sistema de Mantenimiento de la Conducta".

Estos tres sistemas tienen relaciones específicas con los diferentes tipos de neurotransmisores. Baja actividad basal dopaminérgica (Búsqueda de Novedad), alta actividad serotonérgica (Evitación al Daño) y (Dependencia a la Recompensa) bajo nivel basal de la actividad noradrenérgica (Cloninger 1986, 1987a, 1987b). El modelo propone que la interacción entre estos sistemas neurobiológicos resulta en los diferentes patrones de conducta que explican las diferencias en personalidad normal y el desarrollo de trastornos de conducta.

Inicialmente desarrolla como instrumento de medida el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ), el cual se validó en diferentes culturas y poblaciones clínicas, sin embargo, el cuestionario presentaba algunas complicaciones psicométricas en la escala de ED, por lo que se consideró que la Persistencia (que antes pertenecía a ED) es por sí sola una dimensión del temperamento.

Originalmente el modelo de Cloninger no incluía las dimensiones del Carácter, pero al ser comparado con otros modelos, muchos aspectos de la personalidad no quedaban suficientemente explicados solo con las dimensiones de Temperamento, por lo tanto, incluyó tres dimensiones de Carácter e integra en su modelo de personalidad al Temperamento y al Carácter (Figura 2.1).

En el modelo se postula que el temperamento es la predisposición con la que nacemos y está regulada principalmente por factores constitucionales, ligados a sistemas neurobiológicos definidos, heredables moderadamente de forma independiente y que se manifiestan precozmente en la vida.

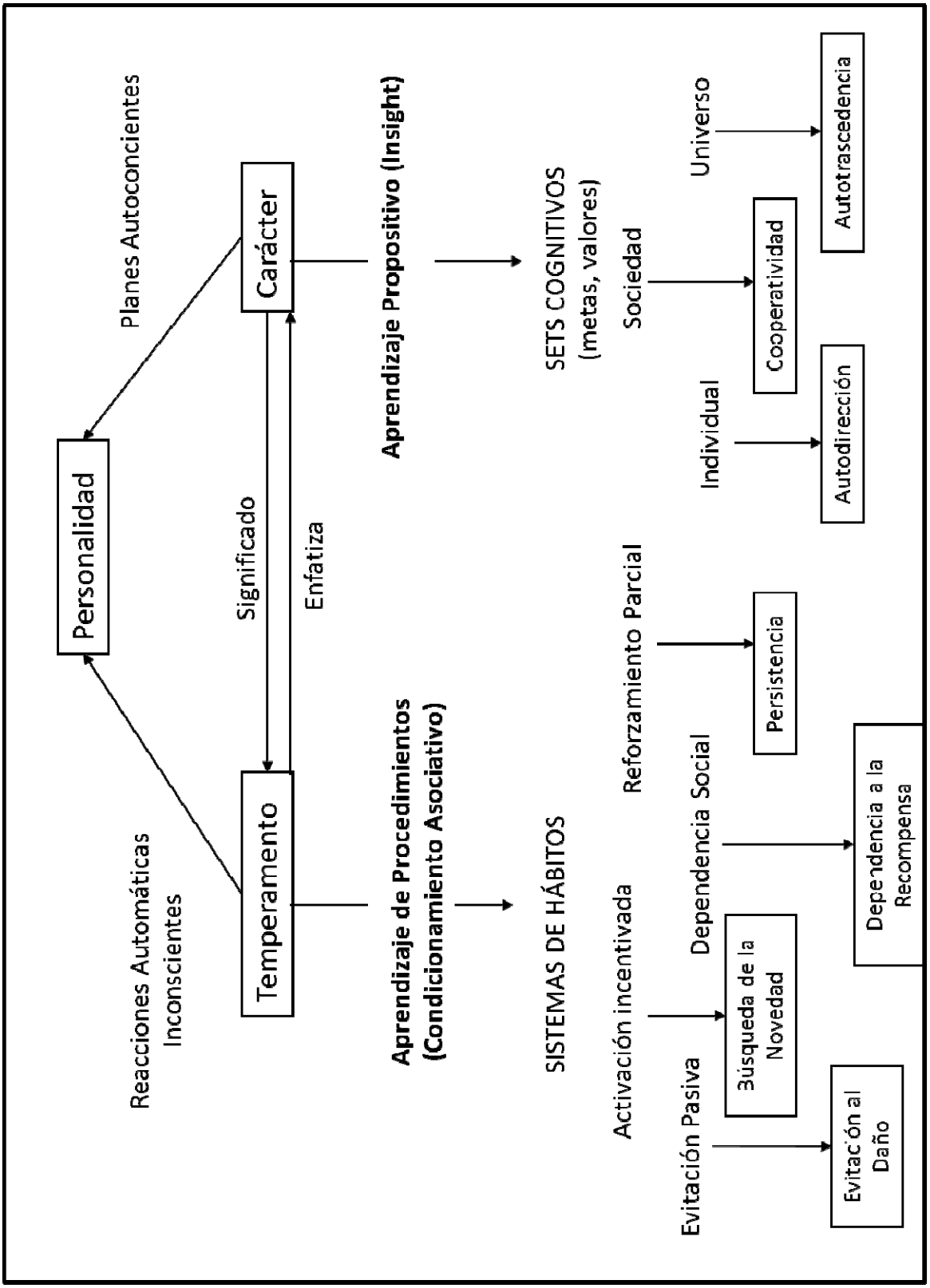
El modelo (ver figura 2.1) describe cuatro dimensiones del temperamento:

1. Búsqueda de la Novedad,
2. Evitación al Daño,
3. Dependencia de la Recompensa y
4. Persistencia.

El carácter lo define como la parte predominantemente aprendida durante el desarrollo en la interacción con el medio, y consta de tres dimensiones:

1. Autodirección
2. Cooperatividad y
3. Autotrascendencia.

Figura 2.1 Modelo de Personalidad de Cloninger.



Tomado de Cloninger et al. 1993.

.2 EL MODELO PERSONALIDAD DE CLONINGER

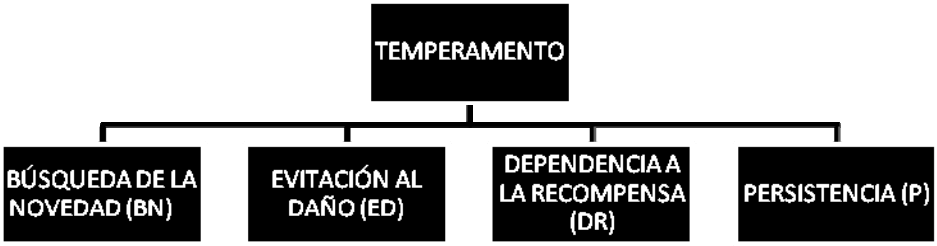
El modelo consta de 4 dimensiones del temperamento y 3 del carácter que se describirán en este apartado y en cada una se explicaran sus bases neuroanatómicas y sus implicaciones clínicas.

2.2.1 TEMPERAMENTO.

Es un sistema complejo, organizado jerárquicamente y que puede descomponerse en subsistemas estables. Sostiene que filogenéticamente primero apareció un sistema de inhibición conductual (Evitación al Daño) en todos los animales, luego se agregó un sistema de activación (Búsqueda de Novedad) y en animales más avanzados como los mamíferos finalmente se agregaron subsistemas para el mantenimiento conductual (Dependencia a la Recompensa y Persistencia).

El Temperamento está compuesto por 4 dimensiones (Figura 2.2).

Figura 2.2 Dimensiones de Temperamento.



2.2.1.1 Búsqueda de la Novedad (BN)

Es la inclinación heredable hacia una intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas o alivio del dolor. Como consecuencia aparecen conductas exploratorias cuya finalidad es alcanzar posibles premios y evitar la monotonía o los posibles castigos.

En BN puntuaciones altas indican actividad exploratoria en respuesta a la novedad (curiosidad), aburrimiento recurrente, toma impulsiva de decisiones (impulsividad), aproximación a las señales de premio (extravagancia), desaparición rápida del enojo y evitación activa de la frustración (nerviosismo).

Bajas puntuaciones indican una escasa actividad exploratoria en respuesta a la novedad (reserva), actitud reflexiva ante la toma de decisiones (reflexivo), capacidad de diferir la obtención del premio (ahorrador) y tolerancia a la frustración (estoico).

Esta dimensión se relaciona con las proyecciones mesolímbicas y mesofrontales de dopamina (Figura 2.3), que juegan un papel crucial en la activación de búsqueda de nuevas sensaciones. (Cloninger, 1987).

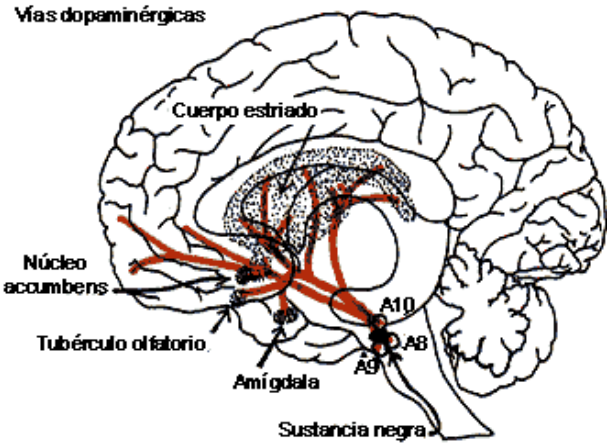


Figura 2.3: Representación de las vías dopaminérgicas que se han relacionado con la activación de búsqueda de nuevas sensaciones.

Tomada de Brailowsy (1995).

Bajos puntajes en BN se ha asociado a pacientes con Parkinson quienes presentan deficiencias en los receptores de dopamina, pero no con otras dimensiones de la personalidad (Menza, 1995). Mientras que altos puntajes se han asociado a conductas que involucran déficits en el circuito de la

recompensa como el abuso de sustancias e hiperactividad (Cloninger, 1987). Esta dimensión consta de 4 subdimensiones (tabla 2.1).

Tabla 2.1. Subdimensiones de Búsqueda de la Novedad.

Dimensión de Búsqueda de la Novedad (BN)	Descripción de las variables	
	Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
BN1	**Excitabilidad Exploratoria** *Búsqueda de nuevas sensaciones, facilidad de aburrimiento, intolerancia a la rutina.*	**Rígidez** *Postura conservadora, actitud precavida ante cualquier cambio.*
BN2	**Impulsividad** *Intuición en la toma de decisiones, guía por las emociones, dificultades para mantener los mismos intereses durante mucho tiempo.*	**Re- flexibilidad** *Actitud precavida en la toma de decisiones, tendencia a mantener los mismos intereses a lo largo del tiempo.*
BN3	**Extravagante** *Poco actitud previsora*	**Ahorrador** *Reservado y controlado. Meticuloso en cuestiones de dinero.*
BN4	**Desorden** *Prefiere la ausencia de reglas y es capaz de saltarse las normas, capacidad para mentir, capacidad de improvisación.*	**Restricción** *Organizado, establece reglas, ordenado y meticuloso. Ejerce un control de sí mismo y tiene dificultades para mentir.*

Se representan las subdimensiones de la dimensión de Búsqueda de la Novedad.

2.2.1.2 Evitación al Daño (ED).

Es la inclinación heredable a responder intensamente a las señales de estímulos aversivos, con la finalidad de evitar el castigo, la novedad o la frustración por falta de recompensa.

Puntuaciones altas en ED indican pesimismo, inhibición o supresión de la conducta, anticipación de problemas futuros (temeroso), conductas de evitación pasiva, miedo a la incertidumbre, timidez ante los extraños (tímido) y fatigabilidad rápida.

Puntuaciones bajas indican: · Comportamiento desinhibido, actitud optimista ante el futuro (optimista), acercamiento confiado (atrevido), infravaloración del

peligro, actitud abierta y extrovertida (extrovertido) y mantenimiento de las conductas (energético).

Esta dimensión, se relaciona con los sistemas de inhibición cuyas bases son el sistema septohipocámpico y las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos del Rafe (Figura 2.3). Las proyecciones serotoninérgicas ascendentes de los núcleos del rafe a la sustancia negra y la inhibición de las neuronas dopaminérgicas del núcleo negro-estriado, es esencial para la inhibición condicionada a las señales de peligro y frustración.

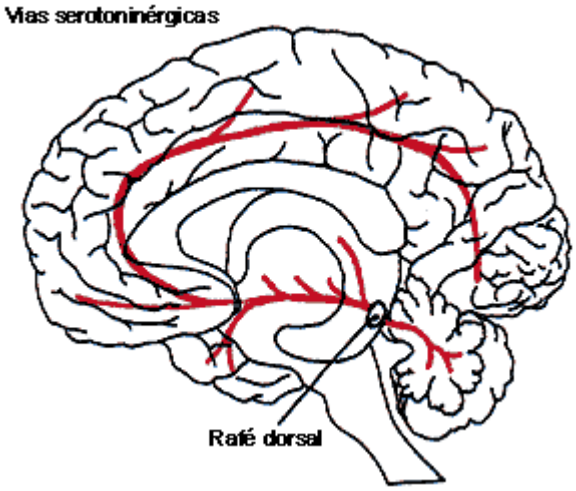


Figura 2.3:se representan las vías serotoninérgicas que se relacionan con la dimensión de Evitación al Daño.

Tomada de Brailowsy (1995).

Se ha reportado que las benzodiazepinas pueden reducir las conductas evitativas mediante la inhibición, a través de GABA, en las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos del Rafe (Cloninger, 1987). En individuos con ansiedad y depresión se ha asociado con altas puntuaciones en ED (Tome, 1997).

La dimensión de ED se divide también en 4 subdimensiones (tabla 2.2).

Tabla 2.2. Subdimensiones de Evitación al Daño

Dimensión de Evitación al Daño (ED)	Descripción de las variables	
	Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
ED1	**Pesimismo** *Preocupado, pesimista, tiende a anticipar el daño y el fracaso.*	**Optimismo** *Confiado ante el futuro, capacidad de mantenerse relajado y despreocupado ante situaciones de temor.*
ED2	**Temor** *Tenso y preocupado ante situaciones poco familiares o nuevas. Las situaciones arriesgadas o de peligro no le atraen, dificultades para adaptarse a cambios en la rutina.*	**Atrevimiento** *Prefiere el riesgo. Considera el peligro como algo atractivo.*
ED3	**Timidez** *Tímido y falta de seguridad en las situaciones sociales, por lo que tiende a evitarlas. Poco asertivos.*	**Extroversión** *Confianza en las situaciones sociales.*
ED4	**Fatigable** *Menor energía y confianza que la mayoría de la gente. Mayor cansancio y menor recuperación.*	**Energético** *Mayor energía y confianza que la mayoría de la gente. Menor fatigabilidad y pronta recuperación.*

Se representan las subdimensiones de la dimensión de Evitación al Daño.

2.2.1.3 Dependencia de la Recompensa (DR).

Es la inclinación heredable a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener o resistir la extinción de la conducta que ha sido previamente asociada con premios o con la evitación de castigos.

Puntuaciones altas indican: Sensibilidad, abierto a la comunicación, dependencia de los otros y compasivo.

Puntuaciones bajas indican: Crítico, poca influencia de la presión social (distante), indiferente e independiente.

Está en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta, y se relaciona con las proyecciones de noradrenalina del núcleo coeruleus y proyecciones serotoninérgicas del núcleo medial del rafe. (Figura 2.4)

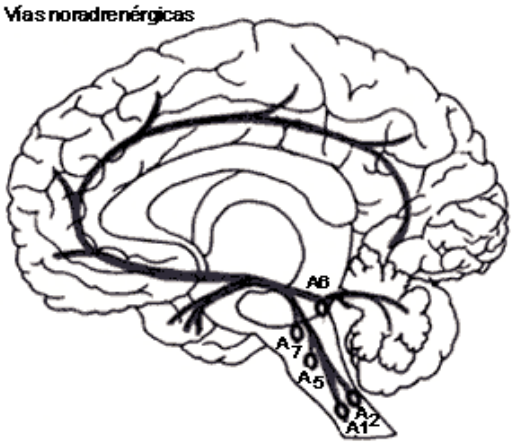


Figura 2.4: se representa esquemáticamente las vías noradrenérgicas que se relacionan con la dimensión de Dependencia a la recompensa.

Tomada de Brailowsy (1995).

La dimensión de Dependencia de la Recompensa RD también incluye 4 subdimensiones (tabla 2.3).

Tabla 2.3. Subdimensiones de Dependencia a la Recompensa.

Dimensión de Dependencia a la Recompensa	Descripción de las variables	
	Puntuaciones Altas	Puntuaciones Bajas
DR1	**Sensibilidad** *Sentimental y empático*	**Insensibilidad** *Práctico e inflexible, poca empatía.*
DR2	**Calidez** *Sociable. Gusto por comunicar sus sentimientos Confianza en los demás.*	**Frialdad** *Poco interés por otras personas. Discreto en la expresión de sus sentimientos, preferencia por estar solo.*
DR3	**Apertura a la Comunicación (apego)** *Tiende a rodearse de amigos íntimos y afectuosos, y a contar sus problemas y preocupaciones. Establece vínculos duraderos.*	**Indiferente (reservado)** *Tendencia a estar solo y aislado de la gente. Desinterés por las relaciones sociales. Indiferente al rechazo.*
DR4	**Dependencia Social** *Suele hacer las cosas contando con los otros, cuidando de que le aprueben su forma de ser y preocupándose de si sus decisiones complacen o no a los otros. Se siente fácilmente herido por las críticas y la desaprobación. Es muy sensible a las señales sociales.*	**Independencia** *Independiente, autosuficiente y con poca respuesta a la presión social.*

Se representan las subdimensiones de la dimensión de Dependencia a la Recompensa.

2.2.1.4 Persistencia.

Esta dimensión es considerada como la perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y fatiga.

Puntuaciones altas indicarían: perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y fatiga, determinación, ambición y perfeccionismo.

Puntuaciones bajas indicarían: falta de perseverancia en la conducta como respuesta a la frustración y fatiga, inestabilidad e indolencia.

Está en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta (pereza). Parece estar regulada por proyecciones serotoninérgicas del la parte dorsal del núcleo de rafe, y proyecciones glutamatérgicas.

2.2.2 CARÁCTER

El carácter describe el psiquismo del sujeto como una estructura constituida por auto conceptos y relaciones objetales que están modulados por el conocimiento de uno mismo y por el simbolismo (Cloninger et al., 1993). El carácter se refiere a los auto-conceptos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, y básicamente se produce por la socialización. A través del aprendizaje introspectivo se desarrolla una nueva respuesta adaptativa como resultado de una reorganización conceptual de la experiencia. En los seres humanos el aprendizaje introspectivo incluye: el aprendizaje verbal, la adquisición de repertorios de aprendizaje o de cómo aprender, la conceptualización abstracta que influye en las metas, en las conductas y en las esperanzas. De manera que algunas percepciones se trasforman en símbolos abstractos (conceptos) y, por consiguiente, las características de la relación

estímulo-respuesta dependen de la importancia conceptual dada a los estímulos percibidos.

El carácter se concibe como la inclinación a responder a estímulos en función de los diferentes conceptos que los sujetos tienen sobre “qué soy yo”, “qué somos nosotros” y “por qué estamos aquí”.

La capacidad para iniciar, mantener o detener las conductas como respuestas automáticas inconscientes está inicialmente determinada por los factores del temperamento, pero esos pueden modificarse y condicionarse como resultado de los cambios en la valoración que hacemos de los estímulos. Esta valoración está determinada por el concepto que tenemos de nuestra identidad.

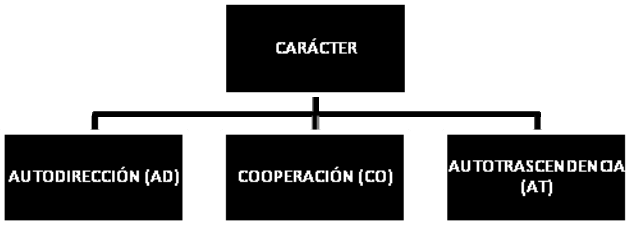
Desde esta perspectiva, el desarrollo de la personalidad es un proceso epigenético reiterativo en el que los factores heredables del temperamento motivan aprendizajes introspectivos de auto-conceptos que a su vez modifican la valoración que hacemos de los estímulos percibidos a los que respondemos inicialmente. De esta manera, se influencian el temperamento y el carácter en su desarrollo y ambos motivan la conducta final.

Las dimensiones del carácter se heredan en una medida muy escasa, están moderadamente influenciadas por el ambiente sociocultural y, en particular, por el ambiente familiar, y se afianzan con el desarrollo y la relación con el entorno (Cloninger, et al., 1993; Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzel, 1994)

Las dimensiones de carácter (Figura 2.5).describen el grado en que una persona se percibe a sí misma como: Un individuo independiente, es decir, seguro de sí mismo (Autodirección), como parte integral de la sociedad

(Cooperación), como parte integrante del universo entendido como un todo interdependiente (Autotrascendencia).

Figura 2.5. Dimensiones del carácter.



2.2.2.1 AUTODIRECCIÓN (AD)

Es la habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta, ante una situación de acuerdo con unas metas y valores individuales, abarca aspectos como la identificación de una persona con su imagen ("del yo"), la visión de un individuo completo con una finalidad, en lugar de verse un conjunto desorganizado de reacciones impulsivas, considera también la fuerza intencional de los individuos para afirmarse o comprometerse con unas determinadas metas particulares o propósitos, la habilidad para elegir entre opciones alternativas y la capacidad para cambiar en función de la experiencia de acuerdo con su propia historia. La responsabilidad individual ante lo que uno hace.

Puntuaciones altas indican: responsabilidad, eficacia, vida con significado y propósito (pro-positivismo), capacidad de demorar satisfacción para lograr metas (disciplinado), iniciativa superando los desafíos (ingenioso).

Puntuaciones bajas indican: Sentimientos de inferioridad, baja autoestima, pocos recursos, inmadurez, características infantiles.

La Autodirección puede describirse como un proceso de desarrollo compuesto por varias fases que quedan reflejadas en las siguientes 5 subdimensiones (tabla 2.4).

Tabla 2.4. Subdimensiones de Auto-dirección.

Subdimensiones Auto-dirección (AD)	Descripción de las variables	
	Puntuaciones Altas	Puntuaciones bajas
AD1	**Responsabilidad** *Conducta dependiente de sí mismo, de su propio esfuerzo, de sus objetivos y su actitud y habilidad para manejar las cosas. Se considera libertad para elegir lo que se va hacer.*	**Culpabilidad** *Conducta influenciada por las circunstancias, ante las que cree no poder hacer nada.*
AD2	**Pro-positivo** *Orientación en función de las metas que se tratan de alcanzar*	**Ausencia de Metas** *Conducta que no se guía por fines determinados y piensa que su vida tiene poco sentido. Tiende a reaccionar de forma inmediata ante las circunstancias y las necesidades.*
AD3	**Ingenioso** *Suele considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades para demostrar su valía.*	**Apatía** *Conducta influenciada por las circunstancias, ante las que cree no poder hacer nada.*
AD4	**Auto-aceptación** *Acepta lo que es y no desea ser más que el resto de la gente. Su conducta no se guía por la necesidad de ser más admirado que los demás.*	**Vanalidad** *Tiende a ser omnipotente y necesita ser admirado por sus capacidades, recursos económicos, belleza, inteligencia, etcétera. Están en lucha permanente con los demás para ser mejores.*
AD5	**Disciplinado** *Cree en sus capacidades aprendidas y en sus posibilidades de responder espontáneamente. Confía en sus buenos hábitos que le permiten alcanzar sus objetivos.*	**Indisciplinado** *Considera que sus hábitos son más un obstáculo para lograr sus metas que una ventaja.*

Se representan las 5 subdimensiones de la dimensión de Auto-dirección.

2.2.2.2 COOPERATIVIDAD (CO).

Mide las diferencias individuales en la capacidad de aceptar e identificarse con otras personas. La Cooperación esta compuesta de 5 subdimensiones.

Tabla 2.5. Subdimensiones de Cooperatividad.

Subdimensiones Cooperatividad (CO)	Descripción de las variables	
	Puntuaciones Altas	Puntuaciones bajas
CO1	**Amabilidad** *Es respetuoso y tolerante con las opiniones y los gustos diferentes a los suyos. Tiene facilidad para aceptar a los otros tal y como son, y trata deaprender de ellos.*	**Intolerancia Social** *Le falta paciencia cuando alguien expresa un punto de vista diferente al suyo y se muestra intolerante con lo que es diferente a sí mismo, a sus gustos y a sus opiniones, presionando para que a los otros hagan las cosas a su manera.*
CO2	**Empatía** *Capacidad para ponerse en el lugar de los demás y para entenderlos, puede estar por encima de los prejuicios y considerar sus sentimientos. La gente le confía sus sentimientos con frecuencia*	**Insensibilidad** *Tiene dificultades para ponerse en el lugar de los demás y está convencido de que solo se pueden compartir los sentimientos con personas que hayan pasado por sus mismas experiencias. Piensa que la gente habla demasiado y es consciente de que no comprende muy bien a la mayoría de la gente.*
CO3	**Servicial** *Le gusta ayudar y cooperar con otras personas, es servicial y tiende a compartir.*	**Hóstil** *Se encuentra más centrado en sus propios intereses, porque cree que así actúa la mayoría de la gente, y está convencido de la imposibilidad de satisfacer a todos. Cree que es poco inteligente promover el éxito de los demás.*
CO4	**Compasivo** *Tiende a perdonar rápidamente y acepta a la gente incluso cuando le han hecho daño, considera sus sentimientos y prefiere ser amable con ellos antes que vengarse. Odia ver a la gente sufrir y le gusta ayudar a los demás incluso aunque le hayan maltratado.*	**Vengativo** *Suele intentar vengarse cuando le hacen daño, disfruta siendo mezquino con los que lo han sido con él, y siente placer cuando ve o se imagina a sus enemigos sufriendo.*
CO5	**Con Principios** *Considera que la honestidad no está reñida con el éxito en los negocios y que el fin no justifica los medios. Piensa que la dignidad y el respeto son derechos de todos y que si se salta sus propios principios, tardeo temprano, sufrirá sus consecuencias.*	**Oportunista** *Busca ser rico y famoso dentro de su legalidad, pero no tiene muchos escrúpulos para conseguirlo. La honestidad y la justicia no son valores muy importantes en su forma de actuar.*

Se representan las 5 subdimensiones de la dimensión de Cooperatividad.

Este factor se diseñó para medir los aspectos del carácter relacionados con la amabilidad versus el egoísmo agresivo y la hostilidad.

Altas puntuaciones indican: Tolerancia social, empatía, compasión, amabilidad, servicialidad. Bajas puntuaciones indican: Intolerancia social, insensibilidad, hostilidad.

2.2.2.3 AUTOTRASCENDENCIA (AT).

Se entiende por Autotrascendencia la identificación del individuo con un todo, del cual procede y del que es una parte esencial. Esto incluye un estado de "conciencia de unidad" en el que no existe ningún yo individual, porque no hay distinción significativa entre el yo y el otro. Esta dimensión se divide en tres subdimensiones (Tabla 2.6).

Tabla 2.6. Subdimensiones de Auto-trascendencia.

Subdimensiones Auto-trascendencia (AT)	Descripción de las variables	
	Puntuaciones Altas	Puntuaciones Altas
AT1	**Consciencia Creativa** *A menudo pierde la noción del tiempo cuando está concentrado y fascinado con algo. Tiene fama de distraído y ha aprendido a confiar más en sus sentimientos que en sus razonamientos lógicos y en su experiencia. A menudo se plantea cuál es su papel en la vida y, a veces, lo ve claro y se emociona.*	**Consciencia** *Se mueven sobre todo por las experiencias vitales y adquiridas, por los razonamientos lógicos, fiándose poco de sus sentimientos. Convencional y poco imaginativo.*
AT2	**Identificación Transpersonal** *Se siente conectado espiritualmente y emocionalmente a los otros y a la naturaleza, y está dispuesta al sacrificio por mantenerse en esa unidad conexión.*	**Autodirección** *Siente su individualidad como algo que le diferencia de los demás.*
AT3	**Espiritualidad** *Cree en los milagros, en la percepción extrasensorial, en las corazonadas y en la intuición y en que, felizmente, no todo puede explicarse de forma completa. Tiene un sexto sentido que considera de los más importantes, y ha tenido experiencias religiosas que le han ayudado a comprender el sentido real de su vida.*	**Materialismo** *Es de la opinión que existe la casualidad pero no los milagros, y solo cree en aquello que puede ser explicado científicamente. Piensa que las experiencias místicas son deseos que probablemente no ocurrirán. Se aferra a sus cinco sentidos.*

Se muestran las 3 subdimensiones de la dimensión de Autotrascendencia.

Esta perspectiva unitaria puede describirse como una aceptación, identificación o unión experimental con la naturaleza y su origen. La Autotrascendencia sería un proceso de desarrollo con múltiples aspectos, que pueden simplificarse en unas pocas fases sobre la base de experiencias básicas y conductas descritas en un amplio espectro de personas y culturas.

2.3 Trastornos de la personalidad en base al modelo de temperamento y carácter de Cloninger.

A partir del sustento teórico de este modelo (Cloninger et al, 1987, 1993, 1994) y de diversas investigaciones en poblaciones clínicas, propone el inventario de Temperamento y Carácter (ITC; Cloninger, 1993). La aplicación de este instrumento a la clínica ha permitido describir trastornos de la personalidad (tabla 2.7) y su correlación con las dimensiones del Temperamento y Carácter

Tabla 2.7. Trastornos de la personalidad en base al modelo de temperamento y carácter de Cloninger.

Trastornos de la Personalidad	↓ AD, ↓ CO
Grupo C (ansioso)	↑ ED
Grupo B (impulsivo)	↑ BN
Grupo A (trastorno límite de la Personalidad)	↓ DR

Se muestran los trastornos de personalidad y las puntuaciones asociadas a estas. (↓ AD "baja Autodirección", ↓ CO "Baja Cooperatividad", ↑ED "Alta Evitación al Daño", ↑BN "Alta Búsqueda de la Novedad",↓ DR "Baja Dependencia a la Recompensa")

Actualmente no existe un modelo general de personalidad que cubra de la misma forma que el de Cloninger los requerimientos de la investigación clínica en psicología. Este modelo proporciona los principios organizativos de la conducta normal y trastornada. Permite contrastaciones empíricas mediantes criterios externos, conductuales, bioquímicos, neuroanatómicos. Es también un

modelo jerárquico, con factores identificables de primer orden, cuyas variables son estables en el tiempo y localizables en otros instrumentos, y además su estructura se ha replicado en varias poblaciones y culturas. La gran ventaja del modelo de Cloninger reside en que es una formulación teórica abarcadora, con un fuerte base neuroanatómica y genética. El ITC evalúa con mayor amplitud que otros instrumentos la variabilidad de la personalidad, aportando con ello mayor cantidad de información. (Gutiérrez, 1998). Estas son las razones por las que se utilizo este instrumento en la presente investigación.

Para algunos autores que analizan la personalidad desde este modelo, la población alcohólica se separa de la población no clínica en algunas de las dimensiones del ITC, en el siguiente apartado se hará una revisión de estudios que evalúan los rasgos de personalidad en población que consume alcohol.

2.4. RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN CONSUMIDORES DE ALCOHOL.

Diversos estudios han tratado de describir la personalidad alcohólica. En la primera edición de la APA (1952), el alcoholismo fue considerado un desorden de la personalidad. Estudios longitudinales reportaron diferencias en rasgos de personalidad en individuos que habían desarrollado alcoholismo. Se utilizaron diversas mediciones para distinguir diferencias de personalidad entre alcohólicos y pre alcohólicos. Estos estudios señalaron que la personalidad juega un rol predisponerte y moderador del abuso de alcohol y alcoholismo.

A partir de los cuestionarios basados en el modelo de personalidad propuesto por Cloninger, se han realizado investigaciones en personas que consumen alcohol (Cloninger, 1987; Gómez-Perreta, Pérez, Portoles, Salom, 2001;

Basiaux, Le Bon, Dramaix, Massot, Souery, Mendlewicz, Pelc, Verbanck, 2001; Mateos & Mateos, 2005; Moya, Escriva, Edo, Mestre, 2006).

Cloninger (1987b), distinguió dos tipos de alcoholismo: el tipo 1 y el tipo 2. Los alcohólicos tipo 1 se caracterizan por tener bajas puntuaciones en Búsqueda de la Novedad, y altas puntuaciones en Evitación al daño y Dependencia a la Recompensa, con las misma frecuencia en ambos sexos. Los alcohólicos tipo 2 puntúan más alto en Búsqueda de la Novedad y bajas en Evitación al daño y Dependencia a la Recompensa y hay una mayor prevalencia en hombres.

Gómez-Perreta et al. (2001) evaluaron las características de personalidad en 20 alcohólicos (X= 26.9, de=4.9) y 20 controles (X= 26.8, de=3.9), a través del Cuestionario tridimensional de la Personalidad (TPQ;Cloninger, 1987 a). El grupo alcohólico obtuvo puntajes superiores que los controles en Búsqueda de la Novedad, incluyendo todas sus dimensiones. El grupo control puntúo más alto en Dependencia a la recompensa. (Esto quiere decir q los alcohólicos buscan más estímulos novedosos, mientras que los controles buscan la aceptación social)

Basiaux et al. (2001) evaluaron 38 alcohólicos dependientes en desintoxicación (X= 44, de=9) y 47 controles (X= 43.7, de=13.1), mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (versión francesa) y encontraron que los pacientes alcohólicos obtuvieron mayores puntajes en Búsqueda de la Novedad y menores puntajes en Autodirección. Las altas puntuaciones en Búsqueda de la Novedad se asocio con el inicio temprano de consumo y no se encontraron diferencias significativas dependientes del sexo.

Mateos & Mateos (2005) analizaron las características de la personalidad en dos grupos: 145 pacientes alcohólicos (X= 41.98, de= 19.11) en abstinencia de 4 semanas según los criterios del DSM-IVR y 145 controles (42.15, de= 10.48), mediante el Inventario de Temperamento y Carácter. Encontraron que los varones alcohólicos puntúan más alto en Búsqueda de la Novedad y en sus subescalas de impulsividad, extravagancia, y desorden, así como puntuaciones más altas en Evitación al riesgo, y las subdimensiones de Pesimismo y Fatigabilidad y puntuaciones mas bajas en Dependencia a la recompensa, así como sus subdimensiones de Desapego (RD3) e Independencia (RD4),menores puntuaciones en Cooperatividad y las subdimensiones de Intolerancia Social (C1), Insensibilidad (C2), Venganza (C4) y Oportunismo (C5). Las mujeres alcohólicas mostraron puntuaciones más altas en Evitación al Riesgo y la subdimensión de Pesimismo (HA1), así como menor Autodireccción.

Moya, Escriva, Edo y Mestre (2006) evaluaron la relación entre la frecuencia, el consumo total de alcohol, la edad del primer consumo de alcohol, la edad de la primera borrachera, la edad del inicio en el consumo habitual de alcohol y la personalidad, en 393 estudiantes universitarios (303 mujeres y 91 hombres), con edades comprendidas entre los 16 y los 65 años (X= 22,35; de= 9,31).Se utilizo el Inventario de Temperamento y Carácter (versión 9). Encontraron que la cantidad de gramos de alcohol consumido y la frecuencia en el consumo de alcohol se correlacionó con Búsqueda de Novedad, con la Responsabilidad y con la Persistencia. La edad de inicio en el consumo de alcohol y la edad de la primera borrachera se correlacionó con la Búsqueda de Novedad y la edad en el comienzo del uso habitual del alcohol correlacionó con Evitación del daño.

La Búsqueda a la Novedad ha sido de gran interés en investigaciones recientes. Se ha reportado que pacientes alcohólicos con un temprano inicio en el consumo mostraban una mayor búsqueda de la novedad y desinhibición que los que iniciaban su consumo más tarde por lo que se ha sugerido que podría predecir el inicio precoz del consumo de alcohol (Cloninger, Sigvardsson, Svrakic, Pryzbeck, 1995). Los altos puntajes en BN se consideran un moderador de riesgo a desarrollar dependencia al alcohol (Grucza, Cloninger, Bucholz, Constantino, Schuckit, Dick, Bierut,2006) así como con las recaídas frecuentes en el tratamiento (Cloninger et al. 1995; Fallgater, Weijers, Weisbeck, Boening, Strick, 1998). Se correlaciona con alta impulsividad, y se ha asociado con polimorfismos del receptor D_4 (Cloninger, Adolfsson, Svrakic, 1996; Ebstein, Novick, Umansky, Priel, Osher, Blaine, Bennet, Nemmanov, Katz, Belmaker, 1996; Benjamin, Li, Patterson, Greenberg, Murphy, Hammer, 1996). La relación entre Búsqueda de la Novedad y las diversas variables, se reportan independientes del sexo (Meszaros, Willinger, Fischer, Schonbeck, Aschaner, 1996).

Diversos estudios reportan rasgos de impulsividad en población alcohólica, (Cloninger, 1987; Gómez-Perreta, Pérez, Portoles, Salom, 2001; Basiaux, Le Bon, Dramaix, Massot, Souery, Mendlewicz, Pelc, Verbanck, 2001; Mateos & Mateos, 2005; Moya, Escriva, Edo, Mestre, 2006) este rasgo es evaluado por la subdimensión BN2 del ITC y en esta investigación estos rasgos se evaluaran también con la escala de Impulsividad de Plutchik.

Otras investigaciones describen la comorbilidad de trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo: como trastornos de ansiedad, depresión y personalidad antisocial (Kessler, et al., 1997; Kushmer et al., 1996; Mateos &

Mateos, 2005; Mullanm, Gurling, Oppenheim, Murria; 1986), ya que tienen mayor prevalencia en población alcohólica que en población en general.

CAPÍTULO III. METODO.

3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

El alcoholismo y el abuso en el consumo del alcohol, constituyen un grave problema de salud por los daños y consecuencias negativas que provoca a nivel individual, familiar y social. Existen una serie de creencias y mitos que fomentan el consumo de alcohol, como la tolerancia social a su uso con fines de intoxicación, la aceptación e integración de grupos significativos y la percepción de que su ingesta es menos peligrosa que el de otras drogas.

De manera particular, la población joven es más vulnerable al consumo del alcohol debido a las "consecuencias positivas" o reforzantes que éste proporciona, lo que hace que no se considere el abuso del alcohol como perjudicial o dañino. Las campañas se dirigen a población alcohólica que muestra consecuencias severas y trágicas haciendo énfasis en que es mejor la moderación y se deja de lado el abuso del alcohol.

En México se observan altas tasas de problemas asociados al consumo de alcohol, como los accidentes y hechos violentos que se presentan en la población joven. Estos se vinculan a la ingestión ocasional pero en altas cantidades, lo cual es el patrón de consumo característico entre los estudiantes universitarios. Es sabido que el consumo de alcohol se instala en la juventud y que una vez presente es difícil de eliminar. Por lo tanto, entre más se sepa sobre las características que tiene su consumo entre los jóvenes, mayor es la posibilidad de planear acciones concretas que permitan su control.

Se sabe que existen diversos factores pre-disponentes al consumo y abuso del alcohol entre ellos los factores: biológicos, psicológicos y socio-culturales.

Dentro de los factores psicológicos, las características de personalidad han sido de gran interés, por su rol en la etiología y vulnerabilidad del consumo de alcohol.

A pesar de que la literatura referente al alcoholismo y la personalidad es amplia, no existen a la fecha estudios que se hayan enfocado específicamente en las características de la personalidad en bebedores con consumo problema de alcohol.

Para intentar identificar algunos de los posibles factores de vulnerabilidad y riesgo en esta población es imprescindible identificar y homogenizar a los grupos que consumen alcohol, de esta forma se podrá identificar y valorar de una forma más controlada la posible interacción de diversos factores que faciliten el consumo de alcohol.

3.2 Pregunta de Investigación.

¿Existen diferencias de personalidad entre los bebedores problema y los no bebedores?

3.3 Objetivos

Objetivo general:

Identificar las características de temperamento y carácter en una población de estudiantes universitarios que muestran un patrón de consumo clasificado como bebedores problema.

Objetivos específicos:

1. Identificar y comparar las características de personalidad en universitarios con y sin consumo problema de alcohol
2. Describir si existen diferencias en las características de temperamento y carácter en universitarios con y sin consumo problema de alcohol
3. Identificar y comparar los rasgos de impulsividad, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios con y sin consumo problema de alcohol.
4. Determinar si en estudiantes universitarios con y sin consumo problema de alcohol existe relación entre las características de temperamento, carácter, impulsividad, ansiedad y depresión con las variables relacionadas al uso del alcohol: frecuencia por semana, copas por ocasión, copas por semana, edad de inicio.

3.4 Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

- Los bebedores problema tienen rasgos característicos de temperamento y carácter distintivos de los bebedores no problema.

Hipótesis Estadísticas

- $H0_1$: No existen diferencias en las características de temperamento y carácter en estudiantes universitarios bebedores problema y la muestra control.

- $H1_1$: Existen diferencias estadísticamente significativas en las características de temperamento y carácter en estudiantes universitarios bebedores problema y la muestra control.

- $H0_2$: No existen diferencias estadísticamente significativas en las características impulsividad en estudiantes universitarios bebedores problema y la muestra control.

- $H1_2$: Existen diferencias estadísticamente significativas en las características de impulsividad en estudiantes universitarios bebedores problema y la muestra control.

- $H0_3$: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios bebedores problema y la muestra control.

- $H1_3$: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios bebedores problema y la muestra control.

3.5 Variables

Variables independientes:

- Puntaje obtenido en el AUDIT (punto de corte >8): puntuación obtenida en la prueba de identificación de trastornos por el uso del alcohol para bebedores problema

Variables dependientes:

Puntaje en el Inventario de Temperamento y Carácter:

- puntaje total
- puntaje por dimensiones y subdimensiones

Puntaje en la Escala de Impulsividad de Plutchik:

- puntaje total
- puntaje por factores

Puntaje en las escalas de Ansiedad y Depresión de Beck.

3.6 Diseño y tipo de estudio

Diseño de estudio:

- Cuasi-experimental.

Tipo de estudio:

- Transversal, descriptivo y comparativo sin intervención.

3.7 Muestreo

- Muestreo intencional de sujetos voluntarios, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión

3.8 Sujetos

Criterios de inclusión:

Grupo control:

- Ser estudiante universitario.

- Puntaje en AUDIT < 8.
- No presentar abuso o dependencia a otras drogas.

Grupo de bebedores problema:

- Ser estudiante universitario.
- Puntaje en el AUDIT > 8.
- No presentar dependencia al alcohol.
- No presentar abuso o dependencia a otras drogas.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los sujetos que presentaran alguna alteración neurológica, psiquiátrica, alcoholismo, antecedentes de traumatismos craneoencefálicos con pérdida de la conciencia, alteraciones visuales y /o auditivas no corregidas o personas con antecedentes de alteraciones psiquiátricas, alteraciones cerebrales clínicas previas, historia de abuso de sustancias y antecedentes familiares de alteraciones psiquiátricas.

3.9 Escenario

La investigación se llevo a cabo en el Laboratorio de Psicofisiología y Neuropsicología de la UNAM.

3.10 Instrumentos y material

1) ENTREVISTA INICIAL.

Entrevista mediante la cual se obtuvieron los datos generales de los participantes, así como a información referente a su consumo, frecuencia, cantidad, edad de inicio, así como el uso de otras sustancias.

2) CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT).

El AUDIT es un Instrumento de tamizaje, auto aplicable que permite identificar y clasificar el consumo de alcohol. Consta de 10 preguntas, evalúa la cantidad y frecuencia de consumo, así como las consecuencias físicas y sociales relacionadas con el uso y abuso del alcohol. Cuenta con puntos de corte (tabla 3.1) para la clasificación de consumo.

Tabla 3.1. Puntos de Corte AUDIT.

Puntuación	Clasificación	
0-7	Consumo Normal	
8-15	Bebedor Problema	Consumo riesgoso
16-20		Consumo dañino

3) ENTREVISTA COMPUESTA DIAGNÓSTICA (CIDI DROGAS):

Entrevista Compuesta Diagnóstica (CIDI drogas), es un instrumento de diagnóstico para el consumo de drogas. Esta basado en los criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. Es autoaplicable consta de 15 preguntas y permite clasificar el consumo de una sustancia en abuso o dependencia.

4) INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Inventario de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, 1988) consiste de 21 reactivos, cada uno describe un síntoma común de ansiedad. Permite evaluar síntomas o rasgos de ansiedad. El sujeto califica el grado en que se ha sido

afectado por cada síntoma durante la semana anterior a la evaluación, en una escala de 4 puntos que va de 0 a 3. Los reactivos se suman para obtener un resultado total que puede ir de 0 a 63. De acuerdo con la versión estandarizada en población mexicana (Robles, Varela, Jurado, Pérez, 2001), un resultado entre 0-5 es normal, 6 a 15 ansiedad leve, 16-30 ansiedad moderada y 31 a 63 ansiedad severa.

5) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Inventario de Depresión de Beck (Beck & Steer, 1993) es una prueba de 21 reactivos presentada en un formato de opción múltiple la cual pretende medir la presencia y el grado de depresión en adolescentes y adultos. Permite evaluar síntomas o actitudes depresivas. Los reactivos están resumidos para obtener un puntaje total que puede ir de 0 a 63 de acuerdo con la versión estandarizada en población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Lopereña, Varela, 1988), un puntaje entre 0-9 es normal, de 10-16 corresponde a una depresión leve, de 17-29 a una depresión moderada, y de 30-36 a una depresión severa.

6) INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER (ITC)

El Inventario de Temperamento y Carácter es un instrumento auto aplicable conformado por 240 preguntas de respuesta dicotómica, como opciones: verdadero o falso, que describe la personalidad dentro de un modelo psicobiológico elaborado por Cloninger (1993). Este inventario ha sido traducido al español, estandarizado y validado en población mexicana por Sánchez de Carmona et al (1996). Evalúa siete dimensiones de la personalidad (tabla 3.2), cuatro del temperamento: Búsqueda de la Novedad (BN), Evitación

al Daño (ED), Dependencia a la Recompensa (DR) y Persistencia (P) y tres del carácter: Autodirección (AD), Cooperatividad (CO) y Autotrascendencia (AT).

7) ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK.

La escala de Impulsividad de Plutchik es un instrumento autoaplicable consta de 15 reactivos. Las respuestas de los participantes reciben diferentes puntajes de acuerdo con la opción que mejor describe la forma como se ha sentido durante el último mes, mediante una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0, nunca, 1 algunas veces, 2 frecuentemente, 3 muy frecuentemente). Esta prueba ha sido traducida al español y estandarizada y validada en población mexicana por Paéz et al, (1996). Evalúa la tendencia a manifestar comportamientos impulsivos. Los reactivos están agrupados en 4 subescalas: factor de autocontrol, factor de planeación de las acciones en el futuro, factor de conductas fisiológicas y factor de actuación espontánea.

TABLA 3.2. DIMENSIONES DEL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER.

Dimensiones del Temperamento y Carácter	**Descripción de las variables**	
	Puntuaciones Altas	**Puntuaciones Bajas**
TEMPERAMENTO		
BÚSQUEDA DE LA NOVEDAD (BN)		
BN1	Excitabilidad Exploratoria	Rígidez
BN2	Impulsividad	Re-flexibilidad
BN3	Extravagante	Ahorrador
BN4	Desorden	Restricción
EVITACIÓN AL DAÑO (ED)		
ED1	Pesimismo	Optimismo
ED2	Temor	Atrevimiento
ED3	Timidez	Extroversión
ED4	Fatigable	Energético
DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA (DR)		
DR1	Sensibilidad	Insensibilidad
DR3	Apertura a la Comunicación (apego)	Indiferente (reservado)
DR4	Dependencia Social	Independencia
PERSISTENCIA (PE)	Persistencia	Irresolución
CARÁCTER		
AUTODIRECCIÓN (AD)		
AD1	Responsabilidad	Culpabilidad
AD2	Pro-positivo	Ausencia de Metas
AD3	Ingenioso	Apatía
AD4	Auto-aceptación	Vanalidad
AD5	Disciplinado	Indisciplinado
COOPERATIVIDAD (CO)		
CO1	Amabilidad	Intolerancia Social
CO2	Empatía	Insensibilidad
CO3	Servicial	Hóstil
CO4	Compasivo	Vengativo
CO5	Con Principios	Oportunista
AUTOTRASCENDENCIA (AT)		
AT1	Consciencia Creativa	Consciencia
AT2	Identificación Transpersonal	Autodirección
AT3	Espiritualidad	Materialismo

3.11 Procedimiento

Consideraciones éticas

Cada participante firmó el consentimiento informado donde se le indicó todos los detalles acerca del procedimiento y se le garantizó la confidencialidad de los datos personales. Al terminar su participación se le entregaron los resultados obtenidos en el Inventario de Temperamento y Carácter junto con una explicación.

La evaluación completa de cada participante se llevo a cabo en dos sesiones independientes de una hora y media aproximadamente en el laboratorio de Psicofisiología y Neuropsicología de la UNAM.

En la primera sesión se aplico una Entrevista, para descartar problemas médicos, así como para obtener datos sobre la edad, escolaridad, y patrones de consumo de los participantes, posteriormente se aplicó el AUDIT, CIDI, BAI y BDI En la segunda sesión ya realizado el expediente clínico y habiendo cumplido con los criterios de inclusión, se aplico el Inventario de Temperamento y Carácter.

3.12 Análisis de Resultados

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 12.0 para Windows. Se obtuvo la estadística descriptiva, media y desviación estándar por grupo de las diferentes variables.

Se realizó estadística descriptiva de las características de la muestra (edad y escolaridad), así como los puntajes en los diferentes instrumentos (AUDIT, BAI, BDI) y los puntajes en el ITC y la escala de Impulsividad de Plutchik. Se

analizaron mediante la prueba *t* de student para muestras independientes con un nivel de significancia $\leq$ .05. Posteriormente se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) para controlar los efectos de los puntajes del BDI y BAI sobre las diferencias que resultaron significativas entre ambos grupos en la prueba *t*.

Finalmente se realizó un análisis de regresión mediante el método por pasos (stepwise). Se incluyeron las variables relacionadas con el uso del alcohol como variables dependientes y las pruebas que resultaron previamente significativas en la prueba *t* como variables independientes

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Participaron 60 estudiantes universitarios voluntarios entre 18 y 30 años. En la tabla 4.1 se describen las características demográficas de la muestra. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de bebedores problema respecto a la edad y escolaridad. Como es de esperarse en el AUDIT, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos pues este fue el criterio de clasificación.

TABLA 4.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

N=60

	CONTROL ♂=15, ♀=15		BEBEDOR PROBLEMA ♂=20, ♀=10			
	X	DE	X	DE	T	P
Edad	22.07	2.64	22.31	2.47	-0.35	0.73
Escolaridad (años)	15.61	1.47	15.14	1.27	1.29	0.20
AUDIT (puntaje)	**1.70**	**1.56**	**16.45**	**5.00**	**-15.09**	**0.00***

Se muestran los valores de la Media (X), desviación estándar (DE), el valor de t y p de las características demográficas. Se marcan con negritas las diferencias significativas entre los grupos.

*p≤0.05

4.1 Variables de consumo.

En relación a las variables de consumo los bebedores obtuvieron puntajes significativamente más altos la frecuencia de consumo por semana, la cantidad de copas y la cantidad de copas consumidas por semana. En la tabla 4.2 se presentan los datos relacionados con las variables de consumo.

Tabla 4.2. Variables relacionadas con el consumo de alcohol.

N=60

	CONTROL 30		BEBEDOR PROBLEMA 30			
	X	DE	X	DE	t	P
EDAD INICIO	----------	----------	15.02	3.44	----------	----------
FREC X SEM	**0.25**	**0.25**	**1.96**	**0.97**	**-9.04**	**0.00***
COPAS XOC	**1.35**	**1.05**	**7.09**	**3.07**	**-9.35**	**0.00***
COPASXSEM	**0.53**	**0.50**	**15.68**	**11.28**	**-7.10**	**0.00***

Se muestran los valores de media (X), desviación estándar (DE), el valor de t y p de las variables de consumo. Se marca con negritas las diferencias entre los grupos. "FREC x SEMANA" el número de ocasiones que se consumió alcohol en una semana, "COPAS X OCASIÓN" el número de copas "estándar" consumidas por ocasión, "COPAS X SEMANA" el número de copas por ocasión multiplicado por la frecuencia por semana.

*≤0.05

4.3 Variables Clínicas

El grupo de Bebedores Problema puntúo significativamente más alto en el BAI y en el BDI (tabla 4.3).El análisis individual revelo que: los porcentajes en el BAI de acuerdo al rango de severidad fueron para el grupo control: 54% normal, 46% leve, y en el grupo de bebedores problema: 25% normal, 35% leve, 36% moderado, 4 % severo. En el BDI los porcentajes fueron en el grupo control: 96% normal, y 4% leve y en el grupo de Bebedores Problema: 50% normal, 25% leve, 18% moderado, y el 7% severo. La Figura 4.1 muestra gráficamente estos resultados.

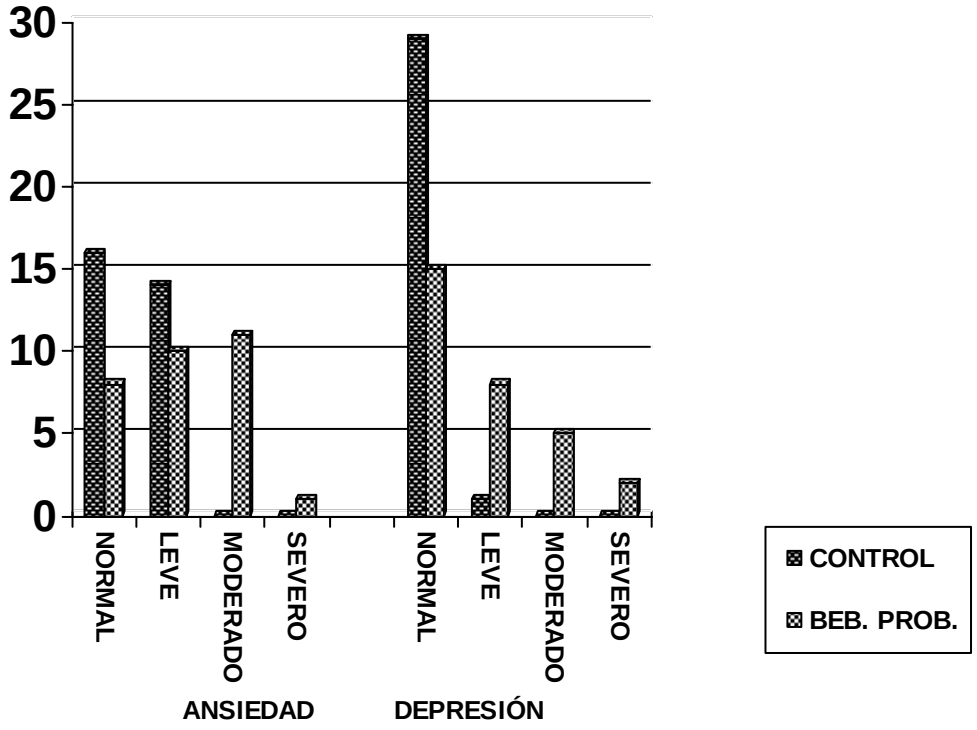
Tabla 4.3. Variables Clínicas

N=60

	CONTROL 30		BEBEDOR PROBLEMA 30			
	X	DE	X	DE	t	P
BAI	**5.62**	**4.61**	**10.93**	**8.30**	**-2.94**	**0.01***
BDI	**3.65**	**3.11**	**9.89**	**6.49**	**-4.55**	**0.00***

Se muestran los valores de media (X), desviación estándar (DE), el valor de t y p de las variables clínicas. Se marcan con negritas las diferencias entre los grupos. *≤0.05

Figura 4.1. Niveles de Ansiedad y Depresión



Con el fin de determinar el grado de influencia de los puntajes del BAI y BDI en el ITC se hizo un análisis de covarianza. El análisis no revelo influencias de esta variable sobre el perfil.

4.4 Escala de Impulsividad de Plutchik

Se encontraron diferencias significativas en todos los factores de la Escala de Impulsividad de Plutchik: Autocontrol, Conductas Fisiológicas, Actuación Espontánea y en el Total (tabla 4.4) los bebedores problema tuvieron puntuaciones menores que el grupo control, excepto en el Factor de Autocontrol.

Tabla 4.4. Resultados Escala de Impulsividad de Plutchik.

N=60

	CONTROL 30		BEBEDOR PROBLEMA 30			
	X	DE	X	DE	t	p
AUTOCONROL	**5.26**	**3.12**	**8.70**	**3.74**	**-3.67**	**0.00***
PLANEACIÓN	**9.22**	**2.42**	**7.37**	**2.08**	**3.01**	**0.00***
COND. FISIOL.	**1.37**	**0.93**	**2.48**	**1.53**	**-3.23**	**0.00***
ACTUACIÓN E	**2.78**	**1.34**	**4.52**	**2.14**	**-3.59**	**0.00***
TOTAL IMP	**18.63**	**4.55**	**23.07**	**6.03**	**-3.06**	**0.00***

Se muestran los valores de media (X), desviación estándar (DE), el valor de t y p de los resultados obtenidos mediante la Escala de Impulsividad de Plutchik. Se maraca con negritas las diferencias entre los grupos. *≤0.05

4. 5 Inventario de Temperamento y Carácter (ITC)

El grupo de Bebedores Problema obtuvo puntajes más altos estadísticamente significativos en la Dimensión de Búsqueda de la Novedad. En el resto de las dimensiones no se reportan diferencias.

Tabla 4.5. Resultados dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter.

N=60

	CONTROL 30		BEBEDOR PROBLEMA 30			
	X	DE	X	DE	t	P
BN	**17.83**	**4.70**	**23.63**	**4.93**	**-4.66**	**0.00***
ED	12.93	6.32	11.54	4.84	0.93	0.35
DR	13.00	3.52	13.59	4.52	-0.56	0.58
P	4.83	2.05	4.50	2.08	0.62	0.53
AD	28.69	8.51	28.52	7.29	0.08	0.93
CO	28.70	7.64	27.10	8.29	0.77	0.44
AT	11.77	6.71	12.00	6.60	-0.13	0.89

Se muestran los valores de media (X), desviación estándar (DE), el valor de t y p de los resultados obtenidos en las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter. Se marca con negritas las diferencias entre los grupos. *≤0.05

Se encontraron diferencias significativas en las subdimensiones BN1, BN2, BN3, BN4 y en ED3 (tabla 4.6).

Tabla 4.6. Resultados dimensiones y subdimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter.

N=60

	CONTROL (30)		BEBEDOR PROBLEMA (30)			
	X	DE	X	DE	t	p
BN	**17.83**	**4.70**	**23.63**	**4.93**	**-4.66**	**0.00***
BN1	**6.23**	**2.06**	**8.07**	**1.62**	**-3.83**	**0.00***
BN2	**2.80**	**2.23**	**4.23**	**2.65**	**-2.27**	**0.03***
BN3	**4.27**	**1.70**	**6.03**	**1.77**	**-3.94**	**0.00***
BN4	**4.27**	**1.66**	**5.30**	**1.70**	**-2.38**	**0.02***
ED	12.93	6.32	11.54	4.84	0.93	0.35
ED1	3.37	2.22	3.21	2.09	0.28	0.78
ED2	3.27	1.87	3.33	1.30	-0.16	0.87
ED3	**3.79**	**2.04**	**2.41**	**1.90**	**2.66**	**0.01***
ED4	2.57	2.08	2.70	1.95	-0.26	0.80
RD	13.00	3.52	13.59	4.52	-0.56	0.58
RD1	5.43	1.89	5.50	2.43	-0.12	0.91
RD3	4.27	2.15	5.34	2.36	-1.83	0.07
RD4	3.30	1.24	2.83	1.49	1.32	0.19
P	4.83	2.05	4.50	2.08	0.62	0.53
AD	28.69	8.51	28.52	7.29	0.08	0.93
AD1	5.83	2.53	6.38	1.74	-0.97	0.34
AD2	5.47	2.13	5.53	2.06	-0.12	0.90
AD3	3.31	1.54	3.97	1.30	-1.77	0.08
AD4	6.03	2.70	4.90	2.26	1.76	0.08
AD5	8.27	2.07	7.77	2.58	0.83	0.41
CO	28.70	7.64	27.10	8.29	0.77	0.44
CO1	5.93	2.10	5.67	2.51	0.45	0.66
CO2	4.27	1.48	4.40	1.50	-0.35	0.73
CO3	5.43	1.55	5.50	2.00	-0.14	0.89
CO4	6.97	2.81	5.90	3.48	1.30	0.20
CO5	6.10	1.83	5.37	1.65	1.63	0.11
AT	11.77	6.71	12.00	6.60	-0.13	0.89
AT1	4.70	2.73	5.60	2.42	-1.35	0.18
AT2	2.33	2.12	2.38	2.11	-0.08	0.93
AT3	4.73	3.72	3.72	3.45	1.08	0.29

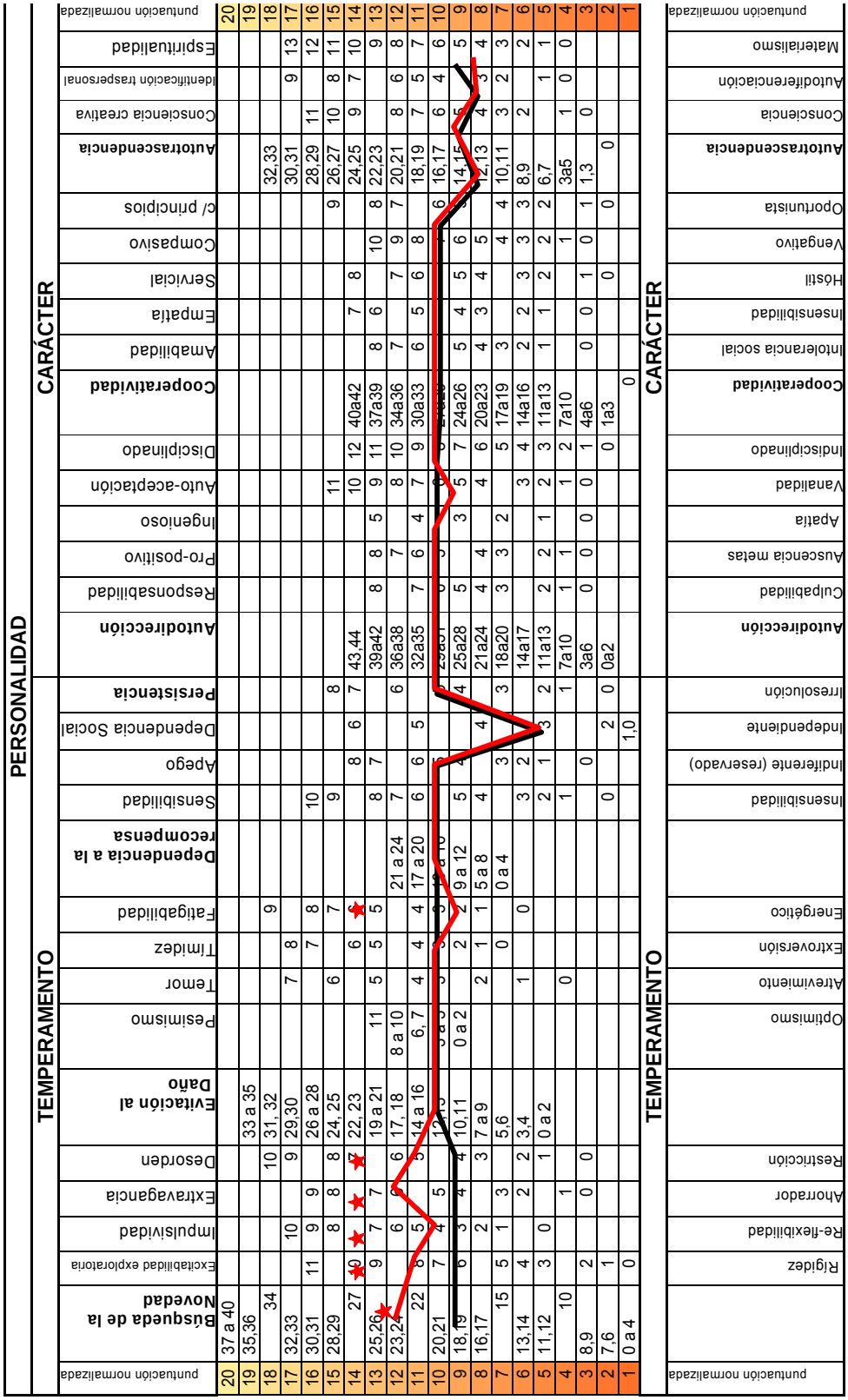
Se muestran los valores de media (X), desviación estándar (DE), el valor de t y p de los resultados obtenidos en las dimensiones y subdimensiones del ITC. Se marca con negritas las diferencias entre los grupos. *≤0.05

La figura 4.2 muestra los puntajes obtenidos mediante el ITC para el grupo control y para el grupo de bebedores problema.

4.7 Análisis de Regresión

Para determinar si alguna de las variables de consumo se explicaban por los puntajes en la dimensión de búsqueda de la novedad, se realizó un análisis de regresión mediante el método por pasos (stepwise).Únicamente se generó un modelo de regresión, para la subdimensión BN1 “Excitabilidad Exploratoria” que explico el 16% de la varianza de la frecuencia por semana (r2= .166, p= .043)

Figura 4.2 Perfil de las Características de Temperamento y Carácter.



Se muestran con línea negra el grupo control y la línea roja corresponde al grupo experimental. Se señala con una estrella las dimensiones en donde se encontraron diferencias significativas.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.

El objetivo del presente estudio fue evaluar las características de personalidad, en una población de estudiantes universitarios con un patrón de consumo clasificado como bebedores problema. Se compararon los síntomas de ansiedad, depresión y rasgos de impulsividad en relación con universitarios sin consumo problema de alcohol.

En Bebedores Problema se encontraron niveles de ansiedad, depresión e impulsividad más altos que el grupo control. Estos resultados concuerdan con estudios previos en los que se reportó la presencia de síntomas psiquiátricos, en sujetos con abuso del alcohol (Sher et al., 1997; Kessler, et al., 1997; Kushmer et al., 1996, Mullanm, Gurling, Oppenheim, Murray, 1986). El análisis de covarianza reveló que los niveles de ansiedad no influyeron en los resultados de la personalidad.

En el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) se encontraron diferencias en las características de temperamento entre los grupos. El grupo de bebedores problema obtuvo puntajes significativamente más altos que el grupo control en la dimensión de Búsqueda de la Novedad, y en todas sus subdimensiones BN1, BN2, BN3, BN4, es decir los bebedores problema, tienden a buscar nuevas sensaciones (BN), se aburren rápido, son intolerantes a la rutina (BN1) toman decisiones impulsivamente (BN2), tienen poca actitud previsora (BN3) y prefieren la ausencia de reglas o tienden a evadirlas en caso de que se presenten (BN4). Estos resultados coinciden con los reportados en población alcohólica, que reportan alta puntuación en BN (Cloninger, 1987;

Gómez-Perreta et al., 2001, Basiaux et al., 2001; Mateos & Mateos, 2005; Moya, Escriva, Edo, Mestre, 2006).

La BN es una inclinación heredable hacia una intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas. Esta dimensión a través del modelo de personalidad y de diversos estudios se explica como regulada por vías dopaminérgicas mesolímbicas y mesocorticales. Se ha propuesto que individuos que tienen desviaciones genéticas en los componentes del circuito de la recompensa, principalmente en los receptores de dopamina D_2, tienden a una menor satisfacción con las recompensas naturales y tienden a abusar de drogas y alcohol como una manera de estimular este circuito (Blum et al., 1996). Otros individuos buscan estimular este circuito a través de otras alternativas como la compulsión por la comida, las apuestas patológicas, la actividad sexual compulsiva y deportes extremos (Comings & Blum, 2000). Se ha sugerido que la existencia de un síndrome general de deficiencia del sistema de la recompensa es el que predispone a la estimulación de este circuito a través de conductas exploratorias de estímulos novedosos.

La subdimensión de BN2 “Impulsividad” también se encontró significativa, estos datos se corroboraron con los resultados obtenidos a través de la Escala de Impulsividad de Plutchik que indica que los bebedores problema son más impulsivos que el grupo control y estos datos también coinciden con los reportados en población alcohólica.

Esta dimensión del ITC también se ha asociado con la repetición del alelo 7 del receptor D_4 (Cloninger, Adolfsson, Svrakic, 1996, Ebstein, Novick,

Umansky, Priel, Osher, Blaine, Bennet, Nemmanov, Katz, Belmaker, 1996, Benjamin, Li, Patterson, Greenberg, Murphy, Hammer, 1996). Los pacientes con enfermedad de Parkinson (con una deficiencia en los receptores de dopamina) presentan una baja Búsqueda de la Novedad (Menza, Golbe, Cody, Forman, 1993).

En algunos trabajos en los que se controló la variable edad de inicio del consumo de alcohol, se determino que la BN tiene valor predictivo en el inicio precoz de consumo (Moya et. al., 2006). En la presente investigación a través del análisis de regresión se concluyo que la subdimensión BN1 explica la frecuencia por semana.

ED es una inclinación heredable a responder a situaciones de riesgo. Puntajes menores indican una conducta de acercamiento confiado, infravaloración del peligro. Es decir hay inhibición o supresión de conductas ante situaciones de riesgo, con la finalidad de evitar el castigo.

Se encontraron diferencias en la subdimensión ED3, en la que los bebedores problema puntuaron más bajo que el grupo control, es decir los bebedores problema son más extrovertidos, mientras que el grupo control tiende a tener más miedo a la incertidumbre.

Se ha propuesto que la extroversión (Jiménez-Arriero & Ponce, 2002) es el resultado del desarrollo de un patrón comportamental de respuesta a estímulos destinados a provocar respuestas motivacionales y por lo tanto, estrechamente relacionado con los sistemas que median las respuestas incentivadas

Interacción de las características de personalidad.

La inclinación heredable a buscar estímulos novedosos (BN) a través de la potenciación y liberación dopaminérgica (Cloninger, 1987, 1993; Blue et al., 1996; Grucza et al., 2006), debido a polimorfismos de los receptores D_2 y D_4, la inclinación heredable a ser extrovertido (ED3), pone en riesgo a los bebedores problema a desarrollar alcoholismo, pues sugiere cierta similitud con pacientes alcohólicos tipo 2 en los que se reportan altos puntajes en BN, bajos puntajes en ED y baja dependencia de la recompensa (DR) (Cloninger, 1987).

La interacción de polimorfismos en los genes asociados a los receptores de dopamina D_2 "déficits en el circuito de la recompensa" y D_4 "búsqueda de estímulos novedosos", podría ser un factor de riesgo para desarrollar un patrón de consumo problema de alcohol. Se sabe que el sistema dopaminérgico esta implicado no sólo en los procesos de consumo de sustancia, también lo esta en una amplia gama de tendencias conductuales y disposiciones que contribuyen a la búsqueda de nuevas sensaciones que estimulen la posible hipofunción del el circuito de la recompensa lo que inducirá a una personalidad con este rasgo. Debido a ello y a factores medioambientales que premian el abuso del alcohol, los individuos se encuentran en una situación de riesgo hacia el consumo/ abuso del alcohol y en peligro de desarrollar dependencia.

Investigaciones como la presente pueden proporcionar lineamientos generales para las campañas de prevención del alcoholismo entre los jóvenes, ya que los esfuerzos preventivos se desarrollan principalmente en encontrar a los alcohólicos en la población general para mandarlos a tratamiento, así las campañas se deben centrar en identificar oportunamente a sujetos cuyas características de personalidad los ponga en riesgo de desarrollar un consumo problema de alcohol y/o alcoholismo.

Se sugiere que dichas campañas se deben iniciar en los años de la primaria y secundaria ya que un grupo de estudiantes llega a iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas desde una temprana edad, siendo mayor el número conforme pasan los años de escolaridad.

En cuánto a prevención secundaria, es en esta fase, donde se debe hacer el diagnóstico oportuno, para favorecer una intervención que evite el paso a la farmacodependencia.

Conclusiones.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que los bebedores problema universitarios:

Tienen rasgos de personalidad característicos que los diferencian del grupo control.

Puntúan más alto en la dimensión de BN y más bajo en la subdimensión ED3 que el grupo control.

La subdimensión de BN1 predice la frecuencia de consumo de alcohol en el grupo de bebedores problema.

Presentan mayores niveles de ansiedad, depresión e impulsividad que no afectan las diferencias encontradas en el Inventario de personalidad.

Puede concluirse que la interacción conjunta de componentes genéticos que producen ciertas condiciones fisiológicas y la contribución ambiental en la que se desenvuelve el estudiante universitario facilitan el consumo problema de alcohol.

CONSIDERACIONES FUTURAS.

Para intentar identificar algunos de los posibles factores de vulnerabilidad y riesgo es imprescindible identificar y homogenizar a los grupos que consumen alcohol, de esta forma se podrá después identificar y valorar de una forma más controlada la posible interacción de diversos factores que faciliten, el consumo de alcohol.

La evaluación de la personalidad a partir del modelo de personalidad de Cloninger que se sustenta en un fuerte respaldo teórico y experimental con bases neuroanatómicas y genéticas, permite considerar diferentes aspectos biológicos que tornan más vulnerables a ciertos individuos a manifestar un patrón de consumo problema de alcohol.

En esta tesis se identificaron las características de personalidad del bebedor problema universitario que se encuentra en alto riesgo de desarrollar serios problemas debidos al consumo de alcohol, pero que aún no presenta dependencia. Dada la frecuencia con la que el consumo problema de alcohol se presenta y el grave riesgo de salud que representa, es necesario incorporar estos conocimientos a campañas de prevención, diagnóstico, intervención y tratamiento y no esperar a que el bebedor desarrolle un síndrome de dependencia o complicaciones severas para justificar la intervención

A pesar de que se sabe que México es uno de los países con mayores tasas de consumo de alcohol, son relativamente escasos los estudios sobre la situación que presentan los jóvenes. El problema radica fundamentalmente en la falta de información y sensibilidad de la sociedad ante el abuso del alcohol. Por ello la necesidad de nuevas investigaciones que permitan identificar y

valorar aspectos etiológicos, su relación con aspectos genéticos y su interacción con posibles factores socio-ambientales, ya que entre más se sepa sobre las características que tiene el consumo de alcohol entre los jóvenes, mayor es la posibilidad de planear acciones concretas que permitan su control.

REFERENCIAS

1. Allport y Odbert (1936). En Andrés-Pueyo, A. (1995) Tous, J., Fierro, E. (1995) Psicología de la Personalidad. UOC. Barcelona.

2. Anaya, Mendoza, Reidl, Zepeda, Cabrera, Herrera (2006). Consumo de tabaco, alcohol y Drogas en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM. Encuesta Estudiantil de Adicciones

3. Andrés-Pueyo , A., (1995).Personalitat I differences individuals. En Andrés-Pueyo, A. (1995) Tous, J., Fierro, E. (1995) Psicología de la Peronalidad. UOC. Barcelona.

4. APA (2004). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. New Cork.

5. Arriola, M. (2008, 23 de Septiembre). Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (columna). Crónica de hoy (en línea). Disponible en: http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=386715

6. Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M., Sobell, L. (2001). Una alternativa de intervención Breve y temprana para Bebedores Problema en México en Ayala, H., Echeverría, L.,(2001). Tratamiento de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. UNAM.

7. Ayala, H., Cardenás,G., Echeverría,L., Gutiérrez,M.(1998). Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. Facultad de Psicología. UNAM.

8. Ayesta, F. (2002). Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. Adicciones; 14; 63-78.

9. Ballenger JC, Goodwin KF, Major LF, Brown GL. (1979). Alcohol and central serotonin metabolism in man. Arch Gen Psychiatry;36:224-7.

10. Basiaux P., Le Bon O., Dramaix I., Massat D., Souery J., Mendlewicz I., Pelc I, Verbanck P. (2001). Temperament and Character Inventory (TCI) Personality Profile and Sub- Typing in alcoholic patients: a controlled study. Alcohol & Alcoholism. 36, 6; 584-587.

11. Benjamin J., Li L., Patterson C., Greenberg BD., Murphy DL., Hammer D. (1996) Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. Nat Genet 12:81-84

12. Beck AT, Steer RA y Brown G. (1985).Beck Anxiety Checklist. Unpublished manuscript, University of Pensylvania.

13. Beck A, Steer R. Manual for the Beck Depression Inventory.(1987) San Antonio, Tex: Psychological Corporation.

14. Bick, J. & Carlton, E. (1998). The pharmachology of abuse and Dependence. The Haworth Medical Press. London.

15. Blum et al, K. Blum, E.P. Noble, P.J. Sheridan, A. Montgomery, T. Ritchie and P.(1990). Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism, JAMA 263 2055–2060.

16. Blum, K., Cull, J. Braverman, E, Comings, D. (1996). Reward Deficiency Syndrome. The American Scientist

17. Blum, K, Braverman, E., holder, J., Lubar, J., Monastra, V., Miller, D., Lubar, J., Chen, T., Comings D, (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatmen of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. Journal Psychoactive Drugs. 32, 1.

18. Brailowsky, S. (1995). Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología. Fondo de Cultura económica. México.

19. Carroll, C., (2000). Drugs in Modern Society. Mc Graw Hill. USA.

20. Cloninger, R.(1987a). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Archives of General Psychiatry. 46, 225, 230.

21. Cloninger, R. (1987b)Neurogenetic adaptative mechanism in alcoholism. Science, 236, 410-416.

22. Cloninger, R., Przybeck, T., Svrakic, D.(1993). A psychobiological model of temperament and character. Archivies General of Psychiatry. 50, 975-990.

23. Cloninger, R., Sigvardsson, S., Pryzbeck, T., Svrakic, D. (1995). Personality antecedents of alcoholism in a national area probability sample. European Archives of Pshychiatry and Clinical Neuroscience. 245, 239-244.

24. Cloninger, R., Przybeck, T., Svrakic. (1991). The tridimensional personality questionnaire: US normative data. Psychological reports, 69, 1047-1057.

25. Costa, P., McCrae, R., (1985). The NEO Personality Inventory. Odessa, FI: Psychological Assesments Resources.

26. Costa, P., McCrae, R., (1992).Normal personality aassessment in clinical practice, the NEO Personality Inventory. Psychological Assesments, 4, 5-13.

27. De la Fuente, J. R. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema Médico. Revista de la Facultad de Medicina; 35, 2; 47-51.

28. Ebstein,R., Novick, O., Umansky, R., Priel, B., Osher, Y., Blaine, D., Bennet, E., Nemmanov, L., Katz, M., Belmaker, R. (1996). Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait novelty seeking. Nature Genetics, 12, 78-80.

29. Echeburúa, E. (2002). Abuso de alcohol. Síntesis. España; 11-73.

30. Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco ,alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México, 2002.

31. Eysenck, H.(1967). The biological basis of personality, Fundamentos biológicos de la personalidad. Fontanella.Barcelona.

32. Fallgater, A., Wiesbeck, H, Weijers, J, Boening, Strick, W. (1998). Event-related Correlates of response suppression as indicadors of Novelty Seeking in Alcoholics. Alcohol and Alcoholism. 33, 5; 475-481.

33. Feldman, R. (1997). Principles of Neuropsychopharmacology, USA.

34. George S.R., Cheng R., Nguyen T., Israel, Y O'Dowd., B.F. (1993). Polymorphisms of the D4 dopamine receptor alleles in chronic alcoholism, Biochemical and Biophysical Research Communications, 196, 107–114.

35. Goate, A. & Edenberg, H. (1998). The genetics of alcoholism. Cuurent Opinion in Genetics y Development, 8, 282-286.

36. Goldberg, L. (1982). From ace to zombie, some explorations in the language of personality. Advances in personality assessment . !, 203-234.

37. Gómez-Perretta, Pérez, C, Protoles, M, Salom, R. (2001) Teoría Tridimensional de la persnalidad: aplicación a los trastornos por abuso de sustancias. Actas psiquiatría. 29, 3; 143-147.

38. Goodman & Gilman (1996). Las bases farmacológicas de la terapéutica. Mc Graw Hill, México.

39. Grandillas, V. (2001).Los problemas de alohol. Ediciones Aljibe. Malaga.

40. Gray, J.(1982). The neuropsychology of anxiety, and enquiry of the septo-hippocampla system. Oxford.

41. Grucza R., Cloninger R., Bucholz K., Constantino J., Schuckit M., Dick D., Beirut L. (2006). Novelty seeking of familial risk for alcohol dependence. Alcohol Clin. Exp. Res. USA, 1176-1183.

42. Haier, R. (2004). Studies of personality. Elsevier Science. abstract

43. Higuchi, Parris, Dufour, Towle, Harford, 1992

44. Jurado S, Villegas, ME, Mendez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud mental, 21-3, 26-31.

45. Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J. (1994) Parental treatment and the equal environment assumption in twin studies of psychiatric illness. Psychological Medicine 24:579-590.

46. Kershenobich, D. & Vargas, F. (1994). Definición de los límites individuales de suceptibilidad ante el alcohol en Tapia-Conyer (1994) Las adicciones impacto y perspectivas. Manual Moderno, México.

47. Kessler, R. C., Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., & Eaves, L. J. (1997) Perceived support and adjustment to stress in a general population sample of female twins. Psychological Medicine 24:317-334.

48. Ladero, J. (1998). Farmacología del alcohol, intoxicación aguda, en Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. & Lizasoain,, I. (1998). Drogodependencias, farmacología, patología, psicología, legislación, Ed. Panamericana, España.

49. Mateos J. & Mateos A. (2005). Rasgos diferenciales del temperamento y carácter en un grupo de alcohólicos vs población general. Adicciones. ¡7, 4; 425-435.

50. McCrae, R., John, O.(1992). An Introduction to the Five Factor Model and his applications. Journal of Personality. 60, 2; 162-215.

51. Medina-Mora, E, Carreno, S. & de la Fuente, J. (1998). Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. Recent developments in alcoholism; 24; 383-396.

52. Medina-Mora, E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia-Conyer, R.(2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud mental; 24, 4; 3-19.

53. Meszaros, K., Willinger, V., Fischer,G., Schonbeck, G., Aschaner,H. (1996) The tridimensional personality model: influencing variables in a sample or detoxified alcohol dependents. European Fluxamines in Alcoholism Study Group. Compr. Psychiatry. 37. 109-14.

54. Mischel, W. (1968). Personalidad y evaluación. Trillas. México.

55. Moya,J., Escriva, P., Edo, S., Mestre, H.(2006). Personalidad y Consumo de Alcohol en Universitarios. Jornadas de Fomento de la Investigación. Madrid.

56. Nicolini, H.(1994). Aspectos genéticos del abuso del alcohol en Tapia-Conyer (1994) Las adicciones impacto y perspectivas. Manual Moderno, México.

57. Organización Mundial de la Salud (1993). Clasificación internacional de enfermedades. Décima revisión CIE-10. OMS.

58. Oscar-Berman, M. & Marinkovic, K. (2003). Alcoholism and the brain: an overview. Alcohol research and health; 27, 2; 125-133.

59. Plomim, DeFries, McClearn, Rutter, 1997

60. Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. Revista Mexicana de Psicología; 18, 2; 211-218.

61. Sher,K, Trull, T.(1994).Personality and Disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. Journa of Abnormal Psychology, 103, 92-102.

62. Sigvardsson, S., Bohman, M., Cloninger, R.(1987). Structure and stability of childhood personality: prediction of later social adjustment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28, 929-946.

63. Sobell, L. (2001). A public health approach to the treatment of alcohol problemns: Issues and Implications en México en Ayala, H., Echeverría, L.,(2001). Tratamiento de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. UNAM.

64. Sobell, M., Sobell, L. (1993). Treatment for problema drinkers: a public health priority. México en Ayala, H., Echeverría, L. (2001). Tratamiento de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. UNAM.

65. Soyka M., Preuss U., Koller G., Zill P., Bondy B., (2002). Association of 5-HT1B receptor gene and antisocial behavior in alcoholism. Journal of neural transmitio. abstract

66. Sullivam, E. & Pfferbaum, A. (2005). Neurocircuirtry in alcoholism: a substrate of disruption and repair. Psychopharmachology, 180: 583-594.

67. Thome, J., Weijers, H., Wiesbeck, G.a, Sian, J., Nara, K., Boening, J., Riederer, P. (1999). Dopamine D# receptor gene polymorphism and dependence relation to personality rating. Psychiatry Genetic. 9, 713-720.

68. Tous, J.(1995). Els models de la personalitat les seves implications. En Andrés-Pueyo (1995). Psicologia de la personalitat. Psicopedagogia. Barcelona.

69. Uhl, G., Liu, Q., Naiman, D. (2002). Substance abuse vulnerability loci: converging genome scanning data. Trends in Genetic, 18, 420-425.

70. Velasco, R. (1994) Detección temprana del bebedor problema en Tapia-Conyer (1994) Las adicciones impacto y perspectivas. Manual Moderno, México.

71. Waller, N., Lilienfeld, S., Tellegen, A., Lykken, D.(1991). The triodimensional Personality Questionaire. Multvariate Behavioral Research. 26, 1-23.

72. Weiss, F. & Porrino, L. (2002). Behavioral Neurobiology of Alcohol: Recent Advances and Challenges. The Journal of neuroscience, 22, 9;

73. Zuckerman, M.(1979). Sensation seeking; Beyond the optimal level f arousal. Hillsdale, N.J.:Lawrence Erlbaum Associates Publishers.