



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TIPO DE PERSONALIDAD EN ADULTOS MEXICANOS
DE 21 A 30 AÑOS CONSUMIDORES DE MARIHUANA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

NADIA OSORIO ARANZÁBAL

DIRECTORA :

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

REVISOR:

MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ

COMITÉ DE TESIS:

M.C. DAVID AURÓN ZALTZMAN

MTRO. JORGE ALFONSO VALENZUELA VALLEJO

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

JUNIO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

A mis padres

Agradecerles todo el esfuerzo, el apoyo incondicional , el tiempo brindado, el amor, la paciencia, por formar parte de mi vida, siendo guías en el camino, por los aprendizajes nuevos, que nos van convirtiendo en las personas que somos ahora.

A mi asesora y sinodales.

Agradecerles sus atenciones, su tiempo brindado.

ÍNDICE

1.	Resumen	.....	1
2.	Introducción	.....	3
3.	Marco Referencial	.....	4
Capítulo 1			
Drogas			
1.1	Antecedentes históricos	.....	4
1.2	¿Qué es una droga?	.....	9
1.3	Clasificación de drogas	.....	10
1.3.1	Estimulantes	.....	11
1.3.2	Depresores	.....	13
1.3.3	Sustancias psicoactivas	.....	13
1.3.4	Alucinógenos	.....	14
1.4	Efectos de las drogas	.....	15
1.5	Etiología de las adicciones	.....	15
1.6	Clasificación de los efectos producidos por las drogas OMS (1969)	.....	18
1.7	Epidemiología	.....	22
Capítulo 2			
Marihuana			
2.1	¿Qué es la marihuana?	.....	28
2.2	Etiología del consumidor	.....	28
2.3	Efectos de la marihuana	.....	31
2.4	Usos del cannabis	.....	39
2.4.1	Terapéutico	.....	39
2.4.2	Cannabis como fármaco antiemético	.....	40

2.4.3 Cannabis como analgésico	.....	41
2.4.4 Antitumoral	.....	41
2.4.5 Uso en glaucoma	.....	42
2.4.6 Otros usos	.....	42
2.5 ¿Qué es un consumidor?	.....	43
2.6 Tipos de consumo de drogas según su frecuencia	.....	45
Capítulo 3		
Personalidad		
3.1 Concepto de Personalidad	.....	49
3.2 Antecedentes históricos	.....	50
3.3 Tipo de personalidad Cluster A	.....	52
3.4 Tipo de personalidad Cluster B	.....	53
3.5 Tipo de personalidad Cluster C	.....	55
3.6 Perspectiva Psicoanalítica	.....	56
3.6.1 Sigmund Freud	.....	57
3.6.2 Carl Gustav Jung	.....	66
3.6.3 Alfred Adler	.....	72
3.6.4 Karen Danielson Horney	.....	75
3.6.5 Allport	.....	79
3.6.6 Cattell	.....	80
3.7 Personalidad adictiva	.....	87
Capítulo 4		
Trastornos de la personalidad respecto a su adicción		
4.1 Trastornos de personalidad y alcoholismo	.....	92

4.2 Trastornos de personalidad y adicción a la cocaína	93
4.3 Trastornos de personalidad y opiáceos	94
4.4 Trastornos de personalidad y adicción al cannabis	94
Capítulo 5.	
Propuesta de investigación	
5.1 Planteamiento del Problema	98
5.2 Justificación	98
5.3 Objetivo	98
5.4 Pregunta de investigación	99
5.5 Tipo de estudio	99
5.6 Muestra	99
5.7 Instrumentos	99
5.8 Procedimiento	111
5.9 Tratamiento	111
Conclusiones	113
Referencias bibliográficas	115

1. Resumen

En este trabajo se explica que es la personalidad, así como sus componentes, de los cuales se mencionan el temperamento, el carácter y sus rasgos. El carácter, se adquiere y se forma dependiendo de las experiencias del aprendizaje y del ambiente social siendo la forma de actuar del individuo, determinado por aspectos motivacionales y emotivos propios de cada persona, el temperamento, por su predisposición genética es heredable y se vincula a la forma de ser y de reaccionar de los seres humanos y los rasgos porque son las características relativamente estables de la personalidad que hacen que las personas se comporten de cierta manera.

En los últimos años el consumo de cannabis ha aumentado y la edad de inicio se ha adelantado, pasando a ser la droga ilegal más consumida en todo el mundo, esto se debe principalmente a una baja percepción del riesgo y a una mayor disponibilidad de la droga. Es importante mencionar que en la actualidad forma parte de los hábitos y estilos de vida de una proporción importante de jóvenes, convirtiéndose así en una droga de uso recreativo junto al consumo de alcohol.

En lo que se refiere a la personalidad adictiva, se realiza un análisis de trabajos desarrollados por especialistas que tratan a personas con problemas de adicción, quienes en algunos casos prefieren no encasillarlos en ciertos rasgos, pero en otros demuestran un cierto patrón de conducta en las personas que han desarrollado dependencia a algún tipo de sustancia, así como ciertos rasgos que tienen en común, siendo éste la personalidad adictiva.

En relación a la prevalencia en su consumo en la población mexicana, el 1.2% de los pobladores consumen marihuana, seguida de la cocaína en un 0.5%, el consumo de otras drogas ilegales como los alucinógenos, inhalables y estimulantes tipo anfetamínico, presentan prevalencias iguales o inferiores al 0.2%.

El objetivo de este trabajo es conocer el tipo de personalidad de los usuarios mexicanos con un rango de edad de 21 a 30 años, que solo consumen marihuana, para determinar el tipo de aproximación conductual que utilizarán los psicoterapeutas en su manejo y de esta forma ayudarlos a salir de su problemática presentada.

Palabras clave: Drogas, Consumidor, Marihuana y Personalidad

Abstract

In this work it is explained that it is the personality, as well as its components, of which the temperament, the character and its features are mentioned. The character is acquired and formed depending on the learning experiences and social environment being the way of acting of the individual, determined by motivational and emotional aspects of each person, the temperament, its genetic predisposition is inheritable and is linked to the way of being and reacting of human beings and traits because they are the relatively stable characteristics of the personality that make people behave in a certain way.

In recent years cannabis use has increased and the age of onset has advanced, becoming the most widely used illegal drug in the world, this is mainly due to a low perception of risk and greater availability of the drug. It is important to mention that at present it is part of the habits and lifestyles of a significant proportion of young people, thus becoming a drug for recreational use along with the consumption of alcohol.

With regard to the addictive personality, an analysis is made of works developed by specialists who treat people with addiction problems, who in some cases prefer not to pigeonhole them in certain traits, but in others they show a certain pattern of behavior in the people who have developed dependence on some type of substance, as well as certain features they have in common, this being the addictive personality.

In relation to the prevalence in their consumption in the Mexican population, 1.2% of the population consume marijuana, followed by cocaine by 0.5%, the consumption of other illegal drugs such as hallucinogens, inhalants and amphetamine-type stimulants, have equal prevalences or less than 0.2%.

The objective of this work is to know the personality type of Mexican users with an age range of 21 to 30 years, who only consume marijuana, to determine the type of behavioral approach that psychotherapists will use in their management and thus help them to leave your problem presented

Keywords: Drugs, Consumer, Marijuana and Personality

2. Introducción

En este trabajo de investigación documental se realiza una revisión de la encuesta nacional de adicciones 2011, la cual arroja los siguientes datos: En México hay 5.7 millones de consumidores de marihuana, indicando que 550 mil personas que la consumen son dependientes de ésta. Se establece que el consumo de la marihuana paso de 0.8 por ciento a 1.5 por ciento, siendo la de mayor uso, seguida por la cocaína con 0.5 por ciento, pero en los menores las anfetaminas inhalables y estimulantes, resultan de mayor consumo. La edad de consumo de la marihuana se redujo de 1.8 años, al pasar de 20.6 años en el 2002 a 18.8 en el 2011, sin embargo, cuando se considera únicamente a los hombres se observa un incremento en el consumo de esta droga al pasar de 1.7 a 2.2 por ciento.

Se describe también la clasificación de las drogas, como sus efectos causados en la salud de los consumidores, analizando los datos epidemiológicos de las drogas en México, haciendo hincapié en la marihuana, que es la droga a tratar en este estudio. Posteriormente se aborda la definición de personalidad, revisándose la clasificación que manejan ciertos autores, así como la descripción de las teorías que analizan diversos investigadores sobre este tema así como los diversos rasgos de la personalidad y el pensamiento adictivo. Por último se propone una herramienta de apoyo, para aquellos psicoterapeutas que manejan a usuarios que solo consumen marihuana.

Durante la revisión bibliográfica efectuada para realizar esta investigación, se encontró que no se han realizado muchos estudios sobre el tema en consumidores mexicanos y dado que algunas características, aunque son similares a otros consumidores de otros países, no son las mismas, ya que el tipo de personalidad en los usuarios mexicanos es diferente, se considera es necesario realizar mayores estudios enfocados en determinar cuál es la personalidad encontrada en los adultos mexicanos que solamente consumen marihuana, e identificar en su caso las aproximaciones terapéuticas que apoyarían a los psicoterapeutas en el manejo de este tipo de consumidores.

Al inicio del trabajo se plantearon las siguientes interrogantes, las cuales durante el desarrollo del mismo fueron respondidas favorablemente ¿Porque es importante conocer la personalidad en este tipo de usuarios?, ¿Porque es importante realizar una buena entrevista al momento de la valoración?

3. MARCO REFERENCIAL

Capítulo 1 Drogas

1.1 Antecedentes históricos de las drogas

Se pierde en el tiempo la tradición de consumir drogas, cada pueblo y cada cultura van teniendo las suyas, unas veces, el hombre ha buscado en ellas la nutrición física, otras la cura para sus enfermedades, otras para alimentar sueños, influenciar en el humor, buscar la paz o la excitación, en fin, simplemente para abstraerse del mundo que lo rodea y lo perturba en cierto momento de su existencia.

(Lourenço Martins 2008).

Existen pruebas evidentes del consumo de sustancias embriagantes durante el Paleolítico, pero se desconocen los hábitos de consumo y la frecuencia y finalidad de la intoxicación, es de suponer que los objetivos eran prácticos, tanto mágico-religiosos como militares, festivos o sanitarios.

(Gabantxo, Kontxi, 2001).

En el Neolítico en la península ibérica, nace la primera toxicomanía relacionada con un producto alcohólico similar a la cerveza, obtenido de la fermentación de la cebada.

Los griegos introdujeron el cultivo de la vid, pero fue el Imperio Romano el que extendió su cultivo por Tarragona y el Bajo Guadalquivir, aunque el vino se reservaba exclusivamente a los colonos de origen romano, la mayor parte de la producción se dirigía por vía marítima a Roma, donde se encontraba una de las primeras toxicomanías de masas, basada en el uso del vino, tanto por sus efectos lúdicos como por su aplicabilidad en la refinada gastronomía imperial.

Los árabes apenas encontraban viñedos y los pocos que encontraban los eliminaban totalmente, desapareciendo también la cerveza, por lo que durante la Edad Media, la península era totalmente abstemia, por otra parte, la población musulmana establecida en la península tampoco adoptó el cannabis.

Es significativa la distinta evolución cultural durante la misma época de otros dos productos, el chocolate y la coca, el chocolate posee propiedades farmacológicas para ser usado como una droga excitante y así era usado por los aztecas, pero derivó, por su composición formal, en un producto alimenticio. La coca era usada por los incas por sus

efectos psicotrópicos, aunque con estrictas limitaciones de clase social, con la conquista, su uso se extendió por toda el área andina, tanto por el prestigio mítico que gozaba como por intereses económicos de los colonos, pero se desconocen las razones del porque no se importó ni fue utilizada en la metrópoli. (Gabantxo, Kontxi, 2001).

Con respecto al opio, desde la época grecorromana se conocían sus efectos, la fórmula del láudano (opio, azafrán, vino blanco y otras sustancias que se utilizaban como analgésico).es atribuible a Paracelso y su uso alcanzó su climax en el siglo XVIII.

Desde el primer viaje de Colón, se tuvo contacto con el tabaco, que era utilizado por los aborígenes caribes como un potente alucinógeno, para acceder a estados místicos con fines mágico-religiosos y mágico-curativos, al llegar al siglo XIX, el consumo de cigarrillos estaba totalmente generalizado por toda la península.

Son muchos los que piensan que el alcoholismo se encuentra más enraizado en la cultura tradicional que el tabaquismo, pero no es así, es bajo la monarquía de los Austrias cuando se crearon los diferentes complejos culturales asociados al tabaco. Merece la pena señalar la coincidencia entre dicho fenómeno y el papel hegemónico desempeñado por el imperio español en la Edad Moderna, lo cual permite asentar la hipótesis de una relación causal entre la estructura político-económica-internacional, la estructura del mercado de las drogas y el tipo de complejo cultural hegemónico de uso de drogas.

Volviendo al alcohol, se puede decir que durante los siglos XVI, XVII y gran parte del XVIII la superficie vitivinícola era bastante reducida y su uso principal fue como complemento alimenticio, ya que el vino es un producto anual, cíclico e inestable, que no se conserva por mucho tiempo. En tiempos de Felipe II comienza a hablarse del valor terapéutico y alimenticio del vino y en textos de la época se menciona claramente la abstinencia habitual de la sociedad. A partir de la mitad del siglo XVIII se empieza a modificar la situación y a emplearse como bebida embriagante, pero el recuerdo de su función anterior se mantiene como justificación ideológica para su uso.

En Europa el consumo de alcohol era mucho más elevado. En el siglo XVII se consiguió producir vino estable, capaz de ser conservado varios años y transportado en botellas o toneles sin que se estropeará, lo que permitió crear un mercado europeo de alcohol. En este mismo siglo se comienza a destilar alcohol y son los holandeses los que popularizan el aguardiente creando la estructura de su producción y distribución, ésta se dirigía

especialmente a las colonias ultramarinas, iniciando así los europeos el proceso de intoxicación alcohólica, estos cambios no llegan a la península ibérica hasta mediados del siglo XVIII. En 1747 se produce la exención de derechos a los aguardientes y licores, se estabiliza el jerez, pero va destinado a Inglaterra. En 1765 se liberaliza el comercio con América, beneficiándose de ello Cataluña, dando origen en ciertas zonas a un monocultivo vitivinícola para destilar aguardientes con destino a América. La independencia de las colonias americanas interrumpe la exportación generando excedentes y un aumento de la oferta interior a bajo precio. Es, pues, a principios del siglo XIX cuando se produce la inflexión y de una situación de abstinencia se pasa a unas pautas de consumo generalizadas y expansivas.

A lo largo del siglo XIX, la industria farmacéutica alemana sintetiza una serie de drogas nuevas, la mayoría derivada de productos naturales: la morfina en 1830, la heroína en 1874, la cocaína en 1858, y otras sintéticas, como el ácido barbitúrico en 1864. El uso de tales drogas se generaliza progresivamente adquiriendo una gran popularidad. Por supuesto que su uso se basaba en criterios médicos, pero se fomentó su utilización sin ninguna cortapisa ni control. Se crearon así muchas dependencias iatrogénicas, socialmente consideradas como enfermedades. La guerra civil americana (1861-1865) y la franco-prusiana (1869-1871) servían para difundir masivamente la morfina como calmante de heridas y mutilaciones. La cocaína se expande a partir de 1880.

A partir del siglo XVIII hasta 1860 coexisten las dos pautas de consumo de alcohol: la tradicional, "alimenticia", que raramente daba lugar a dependencias alcohólicas, y la moderna, en la que el alcohol se utiliza en medios urbanos y proletarios con la finalidad de evadirse de una realidad insoportable, básicamente reflejada en las condiciones alienantes de trabajo. Esta visión se opone frontalmente al estereotipo de la preexistencia de una "cultura mediterránea del vino" cuyo origen se perdería en la noche de los tiempos y con el que se pretende justificar el alto nivel de alcoholización de nuestra sociedad. El alcohol es una droga recientemente incorporada a nuestros hábitos y su incorporación se basa en factores económicos perfectamente controlables: industrialización y emigración de campesinos a las áreas industriales, construcción de ferrocarriles con mejora del transporte y creación de un mercado del alcohol.

La situación de las dos primeras décadas del siglo XX es la siguiente: tabaquismo y alcoholismo, con marginación de las modas europeas de uso de drogas. Va desapareciendo el consumo de opio y comienza a aparecer el profesional sanitario

morfínmano. En estos mismos años, por la intervención de Marruecos, el uso de la “grifa” se masifica y militariza a partir de 1909. La mayoría abandona su consumo al regresar a la península, pero una minoría de marginales mantiene la costumbre para el resto de su vida.

Las acciones chinas provocaron la reacción anglo-francesa que, mediante las dos guerras del opio (1839-1842 y 1856-1860) obligaron a la dinastía Manchú a aceptar el libre comercio del opio ilegal. Así, a partir de 1860, el Estado Chino se convirtió en un inmenso mercado de opio, en el cual cien millones de usuarios proporcionaban un tercio de la renta total del Imperio Británico. Esta escandalosa situación fue denunciada reiteradamente por organizaciones religiosas y sindicatos, pero sus campañas fracasaron ante los intereses económicos que estaban en juego, hasta que se produjo la intervención americana en defensa de sus propios objetivos e intereses en China y se llegó a la conferencia de Shangai de 1909 en la que se acordó suprimir el tráfico de opio. A ésta le siguieron diversos tratados, a partir de los cuales, el “problema de la droga” adquiere gran relevancia pública y se genera el estereotipo del “drogadicto”. (Gabantxo, Kontxi, 2001)

Al mismo tiempo, se toman en Estados Unidos una serie de medidas tendientes a penalizar el consumo de diversas drogas, primero el opio (1914), luego el alcohol (1919) y más tarde el cannabis (1937), cuyas únicas consecuencias son la aparición de un sistema mafioso de mercado negro y la criminalización de amplios sectores de la población. Así se crea el “modelo americano de prevención”, aún vigente, centrado exclusivamente en limitar la oferta por medios represivos, el cual se ha mostrado ineficaz y responsable de la actual situación. Entre 1918 y 1935 se asiste a una modificación total del panorama legislativo español. En la perspectiva penal tradicional se atendían los daños sobre la salud provocados por cualquier producto; ahora, en cambio, se define a una serie de sustancias como estupefacientes (o drogas) y se persigue su tráfico, regulando su comercio. (Osasunaz., 2001)

En la posguerra cobró importancia el consumo de anfetaminas. Droga moderna (la efedrina sintetizada en 1923), introducida en España durante la guerra para ser utilizada con fines militares.

De 1962 a 1973 en Europa y Estados Unidos aparecen nuevos fenómenos o episodios que implican un cambio cualitativo importante en la racionalización, valoración y hábitos del uso de drogas. Antes de los años 20, no existía una concepción general de droga y de

drogadicto, sino que cada sustancia era considerada y valorada por sí misma, de acuerdo con la perspectiva del grupo o el individuo que la analizaba. Cuando el Estado se vuelve beligerante, se engloban bajo una misma definición única y pública lo que hasta entonces habían sido fenómenos diversos y conductas privadas.

Historia del cannabis

Al mirar la planta del cannabis, cuyo origen fue en las estepas de Asia central, se observa hoy que su autodestrucción masiva puede pelear con aspectos ecológicos de recuperación de áreas desérticas, se constata que la historia de su difusión se confunde con la de sus migraciones.

Cultivada a causa de sus fibras, del aceite extraído de sus granos y como forraje para los animales, (2.700 A.C.) se le reconocen propiedades psicoactivas, como sedativo para tratamiento de la alineación mental en la farmacopea del emperador Chen-nong. Un papiro egipcio del siglo VI A.C. cita la planta entre las drogas sagradas del faraón. En el siglo IX A.C. es utilizada en Asiria como incienso.

En Europa occidental es conocida en los siglos I y II, pues los romanos la utilizaban en los cordales de sus navíos, la importaban de Galia donde crecía con abundancia, utilizada como euforizante en los banquetes, el médico Galien notaba que su abuso en la pastelería perjudicaba el cerebro, ya que era consumida en exceso.

Considerada como la hierba de la mediación con los dioses – el Bhang – se torna indisociable de la casta sacerdotal de los brahmanes (religión hindú) y en el seno de las religiones, una leyenda dice que el propio Buda, durante las siete etapas que lo conducían a la iluminación, vivía de un gran cáñamo al día.

Para no escapar a esta atracción, también el Islamismo desde el siglo XII contribuyó a la propagación del Cannabis, conocido a partir del siglo XIV con el nombre de “Haxixe”, esto es, hierba en Arabe.

El viaje de la planta por África empieza por Egipto, a finales del siglo XII, donde su uso recreativo toca a todas las clases sociales, y después de ser llevada a todo el mundo musulmán, se extiende por la África negra, a través de comerciantes que van colocando interpuestos por la costa oriental, apareciendo en África del Sur a mediados del siglo XV, ahora con el nombre de “Dagga”.

Probablemente fueron los portugueses, a través de los esclavos africanos llevados de Angola a Brasil, quienes introdujeron el cáñamo en América. Sin embargo, en Jamaica, los ingleses, intensificaron su uso para la adquisición de fibras. Del Caribe llega a México, donde adopta el nombre de marihuana. (Lourenço Martins,2008)

1.2 ¿Qué es una droga?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2005), una droga psicoactiva es una sustancia, que al ser ingerida, puede modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo (Tiburcio, 2009).

Para Sainz y Montes (2005), las drogas, como sustancias psicoactivas tienen la posibilidad de modificar el psiquismo a nivel subjetivo (emociones, sensopercepciones, etc.), o bien modificar la conducta.

Otra definición de droga, establecida por la Organización Mundial de la Salud OMS (1982) menciona: "Toda sustancia, que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones". Esta organización intenta delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y entonces declara como droga aquella con efectos psicoactivos, es decir capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento, siendo susceptible a ser auto-administrada.

Actualmente desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

Que introducidas en un organismo vivo, sean capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.

Que induzcan a las personas que las ingieren a repetir su auto-administración, por el placer que generan.

Que no tengan ninguna indicación médica y si la tienen, puedan utilizarse con fines no terapéuticos (Conadic, 2010).

1.3 Clasificación de las drogas

La clasificación de las drogas depende del contexto y para efectos de esta propuesta se eligió la tipificación de Tiburcio (2009), que a continuación se describe:

- a) Por su forma de uso. Éste puede ser médico- terapéutico, industrial o recreativo.
- b) Por su origen. Las diferentes drogas psicoactivas se pueden dividir en: naturales (como el tabaco, el alcohol, el café, los hongos alucinógenos), sintéticas (como el tiner, pegamentos, anfetaminas, metanfetaminas, LSD) y mixtas, en cuya elaboración se emplean sustancias naturales y compuestos químicos.
- c) De acuerdo con su estatus comercial las sustancias psicoactivas pueden ser: legales, (considerando la mayoría de edad establecida en cada país, en México es a los 18 años) controladas e ilegales, en el primer rubro se encuentran el alcohol y el tabaco, en la segunda categoría se agrupan ciertos medicamentos y solventes y en el tercer tipo están la cocaína, los opioides, la marihuana, etc.
- d) Por sus efectos en el organismo, las drogas se dividen en:

Estimulantes. Este tipo de sustancias incrementan la actividad del sistema nervioso central, generando estados de exaltación y sensaciones de bienestar y euforia, las personas usuarias de estas drogas, experimentan mayor seguridad en sí mismas y más energía para mantenerse activas, pero presentan aceleración en el ritmo cardíaco y en la respiración.

Como ejemplo de este tipo de drogas mencionamos a la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas o éxtasis y la nicotina.

Depresoras. Estas sustancias producen el efecto contrario a las estimulantes; es decir, disminuye el funcionamiento del sistema nervioso central, ocasionando un estado de relajación, somnolencia y sedación, este tipo de drogas afecta la coordinación motora y la capacidad de respuesta de los usuarios, provocando la desinhibición de la conducta, en esta categoría se encuentran el alcohol, los hipnóticos y sedantes, así como los solventes inhalables y los opioides, estos últimos tienen propiedades analgésicas, por lo cual se utilizan para aliviar el dolor, también encontramos sustancias conocidas como narcóticos en la cual se incluyen , la heroína, morfina y codeína, siendo la severidad de los efectos secundarios diferentes para cada sustancia.

Alucinógenas. Estas drogas también se dividen en naturales y sintéticas, se ingieren por distintas vías, y producen efectos parecidos a las psicoactivas, están consideradas dentro de la clase phantastica, debido a que son fármacos que reemplazan la realidad con alucinaciones definidas, como percepciones alteradas en presencia de objetos reales. Tienen un efecto reforzante muy poderoso, producen sensación de flotación, euforia y disminución del dolor; modifican la percepción del ser y del entorno (algunos usuarios describen la sensación de que el espíritu ha abandonado su cuerpo), producen agitación, las luces y los colores desorientan a los individuos, se atemorizan ante las multitudes y las situaciones familiares pueden resultar extrañas (Tiburcio, 2009).

Con base a la clasificación de la OMS (1969). Las drogas se clasifican en:

1.3.1 Estimulantes

A. Cocaína.

Droga originaria de Sudamérica principalmente encontrada en Perú y Bolivia, se considera estimulante y altamente adictiva, es derivada de la planta de la coca (*Erythroxylum coca*) y utilizada por los indígenas para inhibir el hambre, la sed y el cansancio desde hace algunos miles de años.

Popularmente se conoce como polvo, nieve, talco, perico o pase, se observa como un polvo esponjoso, blanco e inodoro.

El crack es un derivado de la base de la planta con la que se produce la cocaína, se le conoce con este nombre por el sonido crujiente que hace cuando se calienta, generando una reacción rápida al ser fumado.

En países sudamericanos como Chile y Argentina también circula la llamada pasta básica, que es un subproducto de la cocaína, con gran potencial adictivo. Muchos usuarios combinan la pasta básica o la cocaína con marihuana (Contreras et al, 2010), (OMS, 1969).

B. Metanfetamina.

Droga sintetizada a principios del siglo XX a partir de la anfetamina y usada originalmente en descongestionantes nasales e inhaladores bronquiales.

Su apariencia es la de un polvo blanco, cristalino, inodoro y con un sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua o alcohol, conocida también como anfetas, corazones, elevadores, píldora del amor, speed, fuego, vidrio, cruz blanca, se encuentra en forma de

tabletas o cápsulas de tamaño, forma y colores diferentes, considerada como un potente estimulante, fabricada en laboratorios clandestinos para luego venderse por lo general en trozo o en polvo, de tal forma que puedan ser inhalados, tragados, inyectados o fumados.

Otra presentación de la metanfetamina es el Clorhidrato de metanfetamina, el cual se vende en cristales conocidos como "hielo, cristal y vidrio", cuando se fuma o se inyecta por vía intravenosa, el usuario tiene una sensación inicial sumamente placentera llamada rush o flash, que dura apenas unos minutos y cuando se toma por vía oral o cuando se inhala produce una euforia de mayor duración (OMS, 1969), (Contreras et al, 2010).

C. 3,4-metilenedioximetanfetamina, MDMA o éxtasis.

Esta droga fue desarrollada en Alemania a principios del siglo XX, como compuesto precursor para la síntesis de algunos fármacos, por ejemplo en Estados Unidos comenzaron a usarla como herramienta psicoterapéutica, llamándola la "penicilina del alma" porque mejoraba la comunicación con los pacientes, a partir de entonces empezó a difundirse su uso en las calles, es conocida popularmente como Adam, y X-TC, X, Rola, o la droga del amor, lo mismo que las metanfetaminas se elabora clandestinamente en laboratorio, es un derivado de las anfetaminas y se considera como estimulante y psicodélico, se ingiere en forma de tabletas, cápsulas o polvo.

Al igual que con otras drogas de abuso, la MDMA rara vez se usa sola; los usuarios suelen mezclarla con alcohol y marihuana.

Se ha reportado que las tabletas de éxtasis no sólo contienen MDMA, sino también otras drogas o mezclas de éstas como: la metanfetamina, la cafeína, el dextrometorfano (también usado en jarabes contra la tos), la efedrina (fármaco utilizado para perder peso) y la cocaína, convirtiendo su consumo más peligroso (Contreras et al, 2010), (OMS, 1969).

D. Anfetaminas

Son aminas simpaticomiméticas de fórmula química estructural semejante a la adrenalina, de esta droga se deriva el sulfato de d-.anfetamina (dexedrina) y el sulfato de anfetamina racémica (bencedrina), con respecto a su mecanismo de acción, éste involucra a varios neurotransmisores como son la dopamina, la serotonina, la adrenalina y la noradrenalina (Robledo, 2008).

En el mercado negro, esta sustancia se conoce con el nombre de “meth y speed”, puede ser procesada en laboratorios clandestinos, encontrándola en forma de tabletas, cápsulas o polvo de color blanco sucio, generalmente con muchas impurezas, se consume por vía oral, inyectada o esnifada, sus efectos varían ampliamente de unas personas a otras, dependiendo de su estado mental y de su personalidad, un consumidor adicto necesita consumir una mayor dosis para sentir los mismos efectos que un consumidor ocasional.

Con respecto a su uso médico, son utilizadas en narcolepsia (estado severo de somnolencia diurna, hiperactividad infantil y en obesidad).

1.3.2 Depresores

Son derivados del opio como la morfina, heroína y codeína, también conocidos como “estupefacientes o reina, jinete del Apocalipsis, azúcar morena, dama blanca, nieve, poderosa o H” (hache), son elaborados a partir de la goma de opio, que a su vez se extrae de una flor llamada adormidera o amapola, estas sustancias se analizarán en conjunto, porque sus presentaciones, efectos y repercusiones son muy semejantes.

Se encuentran en forma de polvo blanco muy fino o, cuando su fabricación es imperfecta, su color es amarillento, rosado o café y de consistencia áspera, se pueden presentar también en forma de tabletas o pequeños bloques y en jarabe, estas sustancias calman el dolor; motivo por el cual, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico.

Heroína

Droga semi-sintética derivada de la morfina, considerada como el principal ingrediente activo del opio (*Papaver somniferum*), cinco veces más potente que la morfina, sus nombres más comunes son pasta, H, polvo blanco, junk y goma, al paso de los años la forma de administrarse ha ido cambiando, anteriormente se aplicaba por vía intravenosa y en la actualidad inhalada o fumada, hablando del opio, éste puede ser fumado o bien utilizado como extracto disuelto en alcohol (láudano) (Contreras et al, 2010).

1.3.3 Sustancias psicoactivas (Conadic, 2010).

A. Tranquilizantes:

Son medicamentos que producen dependencia física, se encuentran en forma de tabletas de diferentes tamaños y colores pero también los encontramos en ampollas ingeribles o inyectables, usados para calmar y reducir los estados transitorios de ansiedad, pero en

algunos usuarios les provoca sueño, también son utilizados como relajantes musculares y anticonvulsivos

B. Inhalables.

Son sustancias químicas volátiles (que se desplazan por el aire) de uso casero, comercial o industrial, conocidas también como chemo, cemento, mona, activo, goma, tiner y gasolina.

1.3.4 Alucinógenos

En lo que respecta a la categoría de alucinógenos, mencionamos las siguientes drogas y de ellas la marihuana es la de menor grado.

A. Marihuana.

Sustancia conocida como “pasto, hierba, mota, toque”, se obtiene de una planta llamada cannabis, cuyas hojas de color verde son largas, estrechas y dentadas, para su consumo son trituradas, mezclándose las semillas y los tallos de la planta, comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados rudimentariamente. Los efectos de la marihuana se sienten en unos cuantos segundos o minutos después de haber inhalado el humo, o a los 30 o 60 minutos después de ingerirla.

Una variedad de la marihuana es el hachís, esta sustancia es preparada de la resina gomosa de las flores de las plantas hembra del cannabis (Conadic, 2010), (OMS, 1969).

B. Peyote (*Lophopora williamsii*)

Es una sustancia conocida también como “cactus, mezcla y botones”, que la encontramos en forma de capsulas o en líquido bebible de color café, es una especie perteneciente a la familia de las cactáceas y su principal ingrediente activo es la mezcalina (Conadic, 2010), (OMS, 1969).

C. Hongos (*Psilocibina*).

Popularmente conocidos como “hongos mágicos o alucinógenos”, son plantas que crecen en lugares húmedos y la psilocibina que contienen es la sustancia que provoca el efecto alucinógeno, se pueden ingerir en forma natural, en polvo o como solución, en esta categoría también se incluye el PCP o también llamado polvo de ángel (se considera un anestésico),

D. Dietilamida del ácido lisérgico.

Esta droga es más conocida como “LSD, cubo de azúcar, ácidos, cielo azul o rayo blanco”, se obtiene de un hongo llamado cornezuelo de centeno, por lo general su apariencia es de un líquido incoloro, inodoro e insaboro, pero también la encontramos en polvo, en píldoras blancas o de color, tabletas y cápsulas en forma ovalada de tono gris plateado (Conadic, 2010), (OMS, 1969).

1.4 Efectos de las drogas:

Los distintos tipos de drogas tienen efectos diferentes sobre nuestro sistema nervioso central, ya que algunas lo excitan, otras lo deprime. Esto es debido a su efecto centrado principalmente en el cerebro, en donde las drogas modifican su actividad normal, acelerando los receptores de los neurotransmisores o aumentando la biodisponibilidad de los mismos. O bien las mismas drogas se comportan como falsos neurotransmisores, acelerando el funcionamiento mental, o lentificándolo, ocasionando que los usuarios presenten estados de euforia, de alucinación o cambios en la percepción de la realidad. El uso frecuente los puede volver adictos a ellas, aunque no tengan ninguna predisposición genética a la drogadicción (Contreras et al, 2010), (OMS, 1969).

Es bien sabido que los factores sociales y psicológicos contribuyen a la adicción, pero también los factores genéticos tienen una contribución importante. Ciertos genes incrementan la vulnerabilidad del sujeto para sufrir una adicción, así como la expresión de algunos otros genes que pueden interferir en los tratamientos contra las adicciones.

1.5 Etiología de las adicciones

El gen es la unidad funcional de la herencia de los seres vivos, considerado como una unidad de almacenamiento de información y de herencia, ya que a través de éste, se transmite la información a la descendencia, estos se disponen a lo largo de los cromosomas, ocupando una posición determinada llamada locus y el conjunto de cromosomas de una especie se denomina genoma.

Los humanos disponemos de dos juegos de cromosomas homólogos, cada uno de ellos proveniente de uno de los padres, los genes pueden aparecer en versiones diferentes, con variaciones pequeñas en su secuencia, conformando alelos, de tal forma que cada padre puede heredar un mismo alelo o uno diferente por cada gen, éstos pueden ser dominantes o recesivos, es decir cuando una sola copia del alelo hace que se manifieste

el rasgo fenotípico, el alelo es dominante, Cuando son necesarias las dos copias del alelo (una de papá y otra de mamá), el alelo es recesivo (Contreras et al,2010),(Soberón et al,1999).

Como sabemos, los genes codifican para proteínas, las cuales son responsables de la mayor parte de las funciones de un organismo, en una mutación que es considerada toda aquella alteración o cambio en la información genética, o el polimorfismo que es la existencia de múltiples alelos de un gen presentes en una población. Puede producir una proteína disfuncional o alterar sus niveles normales, con lo cual se producen, por ejemplo, alteraciones en los circuitos cerebrales responsables de que un individuo se exponga inicialmente a drogas o en las adaptaciones que ocurren en el cerebro después de la exposición repetida a ellas (Soberón et al, 1999).

La herencia de la adicción se ha evaluado de muchas formas incluyendo estudios de familias y adoptados, pero en la que se ha obtenido la mayor parte de nuestro conocimiento es la de los estudios comparativos de gemelos monocigotos (que comparten el 100% de su estructura del DNA) y dicigotos (que comparten sólo el 50%), por lo tanto el peso de la herencia, es decir, qué tanto influyen los genes para que se manifieste un rasgo físico o una conducta, se reporta como un índice de heredabilidad, este índice analiza qué proporción de la variación fenotípica de un rasgo, que existe en una población en un determinado momento, se explica por la influencia genética y qué proporción por la ambiental, el valor de este índice es entre cero y uno; conforme el índice se acerca al valor de uno, indica mayor influencia genética; si se acerca a cero, indica mayor influencia medioambiental, lo anterior se considera de gran relevancia, porque hasta ahora no se sabe de ninguna conducta que esté determinada sólo por el componente genético o sólo por el medioambiental (Soberón et al,1999).

Analizando nuevamente el estudio realizado en los gemelos, se ha podido calcular la heredabilidad para la adicción a varios tipos de drogas, por ejemplo: para alucinógenos y estimulantes, es de 0.39; para marihuana, de 0.45; para sedantes, de 0.5; para cafeína, nicotina y alcohol, aproximadamente de 0.55; para opiáceos, de 0.65 y por último, para cocaína, de 0.73, en resumen cabe destacar que la cocaína y los opiáceos, además de ser las drogas más adictivas son también las más dependientes de factores heredables, por otro lado, los alucinógenos, además de ser los menos adictivos, son también los menos dependientes de factores heredables.

Con el análisis anterior cabe rescatar el índice para la marihuana que es de 0.45, lo cual significa que tiene una influencia genética, además de la medioambiental (Goldman et al, 2005).

En la actualidad se conocen varios de los genes que están involucrados en la adicción a distintos tipos de fármacos.

Debido a que la mayoría de las drogas son metabolizadas en el hígado por el sistema de citocromos P450 (CYP450), los polimorfismos son de los más importantes y estudiados, ya que pueden modificar la respuesta a las drogas de abuso en general o inclusive la respuesta a los fármacos que se utilizan como tratamiento contra las adicciones, sin embargo, existen también genes específicos que están involucrados en ciertas adicciones (Goldman et al, 2005).

La efectividad de un tratamiento farmacológico para tratar la adicción a las drogas, tiene un componente genético, por ejemplo, una variante del gen que codifica para el receptor u para opioides (MOR), OPRM1 A118G, permite que los sujetos tratados con parches de nicotina tengan una mayor probabilidad de abstenerse de fumar al final del tratamiento, asimismo, responden mejor al tratamiento contra otras drogas (Koob, 2009).

Cabe destacar que la adicción a la heroína ha mostrado tener un alto componente genético, existiendo diversos genes que se han relacionado con esta adicción, un estudio reciente ha identificado al gen DRD2 como el que produce una fuerte susceptibilidad para la dependencia a heroína en chinos pero no en alemanes, lo que sugiere que el riesgo que produce este gen puede ser inhibido por otros que sean propios de la raza, por otro lado, en sujetos con dependencia a opioides se encontró un polimorfismo en el citocromo P450 2D6 que fue asociado a un metabolismo alto de opioides, esto sugiere que un sujeto que carezca de este polimorfismo, es decir con un pobre metabolismo de opioides, estará protegido de alguna manera contra la adicción a opioides.

Muchos otros genes, están involucrados en estas y otras adicciones, a pesar de que no se podrían mencionar todos se quiere resaltar que la adicción tiene un componente genético importante y que incluso el mismo tratamiento para la adicción puede resultar en una terapia efectiva, fallida o incluso causar toxicidad en diferentes personas debido a la misma variedad genética, ya que ésta puede promover un metabolismo alterado del fármaco, produciendo un número mayor de metabolitos activos, una disminución de éstos

o incluso metabolitos inactivos, con lo cual la efectividad del tratamiento puede variar de eficiente a ineficiente o contraproducente (Contreras et al, 2010), (Goldman et al, 2005).

1.6 Clasificación de los efectos de las drogas OMS 1969

Con base a esta clasificación, especificaremos los efectos producidos por las siguientes drogas

- **Cocaína**

Los efectos que produce son inmediatos y consisten en una sensación tan gratificante que el usuario refiere la mejoría de su autoestima y su auto-confianza, acompañada de excitación, esta sensación dura de 30 a 60 minutos pero cuando empieza a declinar el sujeto experimenta ansiedad y necesidad imperiosa de administrarse otra dosis, presentándose otras reacciones como euforia, excitación, ansiedad, verborrea, dilatación de pupilas (midriasis), aumento de la presión sanguínea (Hipertensión arterial), alucinaciones y delirios de persecución y como síntomas secundarios mencionamos la pérdida de peso, debilidad física, disminución en la necesidad de comer y dormir, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardíaca.

Actualmente está clasificada bajo la Lista I en Estados Unidos junto con otros fármacos de abuso, como la heroína y la marihuana, esto significa que tiene un gran potencial de abuso y dependencia física sin ningún aparente beneficio médico, por esta propiedad son llamadas también drogas duras, su principal mecanismo de acción es interferir con la recaptura de dopamina (OMS, 1969, Contreras et al, 2010).

- **Metanfetaminas**

Esta droga produce excitación, hiperactividad, temblor de manos, sudoración abundante (diaforesis), insomnio, disminución del apetito, angustia, nerviosismo y depresión, siendo su efecto muy rápido, es decir unos cuantos segundos, lo que intensifica la sensación de energía acelerada y la sensación de que “todo se puede hacer”; pero cuando disminuye el efecto (“el bajón”) se puede experimentar paranoia y agresión, con respecto a los efectos secundarios, estos son: Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, resequedad de boca y nariz, náusea, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios de persecución y alteraciones cardíacas, su uso crónico genera, desórdenes mentales y emocionales e incluso la muerte (Volkow, 2007).

- **Clorhidrato de metanfetamina:**

Los efectos indeseables de su consumo incluyen insomnio, incremento en la actividad física y disminución del apetito, aumento de la temperatura corporal, incremento en el ritmo cardíaco y presión arterial, lo que puede producir daños irreparables en los vasos sanguíneos cerebrales, también provoca episodios de violencia, ansiedad, irritabilidad, confusión, paranoia y alucinaciones.

Existen algunas razones médicas para el uso de esta droga, como el tratamiento de la narcolepsia, el trastorno caracterizado por déficit de atención y para el control de la obesidad.

Su mecanismo de acción es interferir con la recaptura de dopamina, de manera semejante al de la cocaína (OMS, 1969 et Contreras, et al, 2010).

- **Anfetaminas**

Son compuestos que producen estimulación del sistema nervioso simpático con incremento del diámetro pupilar (midriasis), sequedad de boca, sudoración (diaforesis), temblor, tensión mandibular (trismo), movimientos masticatorios o rechinar de dientes (bruxismo) y un ligero incremento de la temperatura corporal, aumento de la presión arterial (HTA, y de la frecuencia cardíaca (palpitaciones o taquicardia).

A nivel del sistema nervioso central producen sensación de alerta, estimulación, mejoría del rendimiento intelectual y de la ejecución de tareas manuales, sensación de energía, disminución del cansancio, del sueño y del hambre tienen un gran potencial de abuso y pueden causar dependencia, su acción involucra a varios neurotransmisores como son la dopamina, la serotonina, la adrenalina y la noradrenalina

“El consumo repetido de anfetaminas se asocia a la aparición de fenómenos de tolerancia, sensibilización y dependencia”. En los seres humanos, la administración repetida de anfetaminas puede producir perturbaciones persistentes a nivel cognitivo y emocional y pueden aparecer cuadros psicóticos aun después de la retirada de la droga (Robledo, 2008, pp.166).

- **Éxtasis**

Su ingesta produce sensación de armonía y desinhibición, lo que favorece la empatía, en dosis pequeñas hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso y sociable, disminuyendo la sensación de fatiga, produciendo un efecto vigorizante, provoca una intensa sed (Polidipsia) y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales, acelera el ritmo cardíaco (Taquicardia), produce deshidratación y calambres musculares, alteración

de la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación; induce crisis de ansiedad y ataques de pánico, insomnio, falta de apetito e irritabilidad y en ocasiones sueño. Los efectos que produce esta droga se deben preferentemente a la inhibición del transportador de serotonina, aumentando entonces la disponibilidad de noradrenalina y dopamina (Contreras et al., 2010), (OMS ,1969).

- **Depresores (derivados del opio)**

Este tipo de drogas ocasiona los siguientes efectos:

Mirada extraviada, contracción pupilar (miosis), euforia y posteriormente una sensación de “desconexión” con respecto al dolor y a las preocupaciones sociales, produce relajación y bienestar, y sobre todo un mayor grado de sociabilidad, pero posterior a estas sensaciones, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio circundante y al mismo tiempo presenta náusea, vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros inferiores, inactividad ocasionada por el estupor, depresión, desnutrición, sudoración (diaforesis), temblores, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones así como deterioro personal y social (Muriel,s/f).

- **Heroína**

Sus efectos aparecen rápidamente e incluyen euforia, aumento de energía, supresión del hambre y analgesia, induce somnolencia, disminución de la respiración y del ritmo cardiaco, daño severo a nivel hepático y renal.

Esta droga al igual que el opio y la morfina ejercen su efecto a través de los receptores opioides.

Aunque la heroína pura es común, suele venderse “cortada” (mezclada) con otras drogas o sustancias como azúcar, almidón, leche en polvo o quinina, esto ocasiona que la gente que la compra no sepa la potencia de la droga ni las sustancias con las que se ha mezclado, lo cual aumenta el riesgo de una sobredosis y por consiguiente la muerte (Contreras et al, 2010).

- **Tranquilizantes**

Los efectos que producen son parecidos a los derivados del opio, aunque en la intoxicación aguda se presentan además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados, nerviosismo, delirio, náusea, vomito, apatía, confusión mental, alucinaciones, excitación, disminución de los

reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte, por lo que está contraindicado combinarlo con alcohol ya que esto incrementaría la depresión respiratoria antes mencionada (Muriel, s/f).

- **Inhalantes**

Producen sensación de hormigueo en todo el cuerpo, así como mareo, visión borrosa, zumbido de oídos, dificultad para articular palabras (disartria), inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, desinhibición, agresividad alucinaciones, vómito, somnolencia, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardiaco (arritmia cardiaca), convulsiones y una masiva destrucción neuronal (Conadic, s/f).

- **Marihuana**

Produce enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardiaca (taquicardia), risa incontrolable sin motivo aparente (hilaridad), habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, hambre, trastornos de la memoria, sudoración excesiva (diaforesis), desinterés, disminución de la motivación (apatía), deterioro de las relaciones interpersonales, los usuarios que abusan de esta sustancia pueden presentarse “trastornos mentales” (Beverido, 2010).

- **Hongos**

Los efectos que ocasionan en los usuarios son alteraciones de la percepción, incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, alucinaciones, actos auto-destructivos, reacciones de pánico; temblor de manos, dilatación de las pupilas (midriasis), hipersensibilidad de los ojos a la luz., angustia, delirios de persecución, trastornos de la motivación, dificultad para resolver problemas simples, alteraciones prolongadas de las funciones mentales y reacciones psicóticas (Cruz, 2006).

- **Peyote**

Con la ingesta de esta droga se presenta dilatación de las pupilas (midriasis), temblor de manos y fobia (sensibilidad a la luz); alucinaciones visuales, táctiles y auditivas, angustia, depresión, delirios de persecución, cambios súbitos de estados de ánimo, confusión, agresividad, fiebre, alteraciones mentales con reacciones psicóticas, desorientación espacio-temporal y trastornos del pensamiento (Cruz,2006).

- **Dietilamida del ácido lisérgico.**

Su ingesta produce alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, variaciones extremas de estado de ánimo, disminución de la temperatura corporal (hipotermia), aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia), temblor de manos, sudoración (diaforesis), “carne de gallina”; dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía, ideas delirantes, distorsiones de la imagen del propio cuerpo, lo que provoca ataques de pánico, trastornos del aprendizaje y del razonamiento abstracto, alteraciones de la memoria y la atención, deterioro de las habilidades académicas, una característica de su consumo es que las alucinaciones pueden reaparecer espontáneamente sin estar consumiendo la droga, ya sea días y hasta meses después de la última dosis (Cruz,2006).

1.6 Epidemiología

En el contexto internacional, México es uno de los países con bajo nivel de consumo de drogas, pero que a su vez, reporta un incremento, si se consideran las tendencias epidemiológicas más recientes.

Con la finalidad de mantener un diagnóstico actualizado del consumo de drogas en la población general y de identificar los grupos en mayor riesgo, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA,2011).

1. Encuestas de Hogares

Diversas encuestas en hogares se han realizado en nuestro país en relación al uso de sustancias, algunas de ellas con representatividad nacional como lo son la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Secretaría de Salud, 1990, 1994, 1998, 2003, 2009) y la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS). También se llevaron a cabo encuestas en distintas ciudades de la República como Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey, Querétaro y Yucatán, en el año 2005 (Rojas, Fleiz, Villatoro, Gutiérrez & Medina-Mora, 2009). La ENA, llevada a cabo periódicamente, tiene la finalidad de medir la evolución del consumo de sustancias y otras problemáticas de salud mental. La encuesta realizada en 2008, muestra un incremento en el consumo de drogas ilegales y médicas en la población, en comparación con 2002, donde los hombres son los que reportan mayores consumos. La marihuana continúa siendo la sustancia de preferencia de los usuarios. En tanto, en la cocaína se observó un incremento del 1.4%, en 2002, a 2.4% en el 2008 (Secretaría de Salud, 2009). Otro incremento reportado fue la dependencia a drogas, que

pasó del 0.4% al 0.6% para el 2008, representando a casi 450 mil personas entre los 12 y 65 años. En las demás drogas, las prevalencias se mantienen bajas y son menores al 1%. En cuanto a la distribución regional, el norte del país mantiene las prevalencias más altas, especialmente Tamaulipas, y en el centro del país el Estado de Hidalgo; no obstante, el mayor incremento proporcional se reflejó en la región sur, especialmente por los índices encontrados en Quintana Roo. En cuanto al alcohol, el abuso/dependencia incrementó del 4.1% en el 2002 a 5.5% para el 2008. Por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes (8.3% a 9.7% en hombres y de 0.4% a 1.7% en mujeres). En relación al tabaco, la encuesta de 2008 muestra una tendencia a la disminución. En 2002, el 23.5% de la población refirió ser fumador actual y en 2008 se redujo a 18.5%. Estos resultados son consistentes con la encuesta GATS (2009), la cual reporta que el 15.9% de la población mayor de 15 años es fumadora actual (Organización Panamericana de la Salud & Instituto Nacional de Salud Pública, 2010).

Encuestas en estudiantes

En el país, desafortunadamente aún no se cuenta con una encuesta nacional reciente en estudiantes. No obstante, el trabajo con diversos estados ha permitido contar con encuestas en estudiantes de nivel medio y medio superior en Nuevo León (2006), Jalisco y Estado de México (2009), así como en la Ciudad de México, que cuenta con mediciones periódicas (cada 3 años).

Hay otro grupo de encuestas en esta población que han sido reportadas en la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008. La medición realizada en Nuevo León (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Juárez & Medina Mora, 2007) reporta una prevalencia de 9.4% en el consumo de cualquier droga alguna vez. Por sexo, el consumo en los hombres fue mayor (10.5%) que en las mujeres (8.4%). En el caso de los hombres, las drogas de preferencia fueron la marihuana (6.3%), cocaína e inhalables (3.5% cada una). Para las mujeres, las principales drogas fueron los tranquilizantes (3.6%), inhalables (2.4%) y las anfetaminas (1.9%). En relación al consumo de alcohol alguna vez, éste fue de 43.9% donde el 44.6% eran hombres y el 43.2% mujeres. Por su parte, en Jalisco (Chávez, Villatoro, Robles, Bretón, Sánchez, et al., 2010) se encontró una prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida de 16.5%, cifra mayor a la de Nuevo León. Por sexo, este consumo fue mayor en hombres (17.7%) que en mujeres (15.3%). Las drogas de preferencia en los hombres fueron marihuana (8.6%), inhalables (6.7%) y tranquilizantes (4.3%); para las mujeres, las drogas de preferencia fueron: tranquilizantes (6.7%),

inhalables (4.4%) y anfetaminas (3.7%). Con respecto al consumo de alcohol alguna vez, su prevalencia en la población fue de 65.1%, 65.3% en hombres y 64.9% en mujeres. En la encuesta del Estado de México (Martín del Campo, Villatoro, Mosqueda, Gaytán, López, et al., 2009) se reporta un consumo mayor de cualquier droga alguna vez (20.2%) que la reportada en el Estado de Jalisco. Por sexo, los datos se mantienen consistentes, ya que el consumo de drogas en este estado fue mayor en hombres (22.0%) que en mujeres (18.5%). Las drogas de preferencia en los hombres y las mujeres fueron los inhalables (11.2% y 9.5%) y la marihuana (10.9% y 6.4%). En relación al consumo de alcohol alguna vez, la prevalencia en estudiantes fue de 70.8%, siendo las mujeres quienes registran un mayor consumo de alcohol (71.9%) en relación con los hombres (69.7%). Finalmente, las mediciones de 2006 y 2009 realizadas en la Ciudad de México (Villatoro et al, 2009; 2011) permiten analizar la evolución del consumo de drogas. Así, el consumo de cualquier droga alguna vez aumentó de 17.8% a 21.5%. En los hombres pasó de 19.1% a 22.6%, mientras que el mayor incremento se observó en las mujeres que aumentaron su consumo de 16.5% a 20.5%. Por sexo, las drogas de preferencia de hombres en 2006 y 2009 fueron la marihuana (11.2% y 14.0%) e inhalables (7.3% y 10.8%), con un incremento significativo en esta última medición. En las mujeres, las drogas de preferencia en 2006 fueron en primer lugar la marihuana (6.4%) seguida de los inhalables (6.2%) y en 2009 el orden de preferencia se invirtió, apareciendo principalmente los inhalables (10.0%) seguidos de la marihuana (8.8%). En cuanto al consumo de alcohol alguna vez, en 2006 la prevalencia fue de 68.8% (hombres 68.2% y mujeres 69.4%); para 2009 esta cifra incrementó a 71.4%, siendo el mismo porcentaje para ambos sexos.

Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID)

La información proveniente del SRID que se realiza sólo en la Ciudad de México, indica que la marihuana es la sustancia que presenta el nivel de consumo más alto (61%). Los usuarios de esta sustancia inician antes de los 11 años; sin embargo el grupo más afectado es el de los 15 a 19 años (56.7%). Su nivel de uso más frecuente es el alto (20 días o más durante el último mes) en el 4.8% de los casos. La vía de administración más frecuente es fumada (98.7%). En cuanto a los inhalables, estos representan el 40.4% del uso de sustancias alguna vez. El grupo más afectado es el de 12 a 14 años de edad (45.5%). El nivel de uso más frecuente es alto (20 días o más en el último mes) en el 34.3% de los casos. El nombre genérico y popular más mencionado es el activo (73.1%).

La cocaína ocupa el tercer lugar de consumo en la prevalencia de alguna vez (34.0%), ésto representa una disminución en comparación con lo encontrado en el reporte anterior (40.7%). El grupo más afectado es el de 15 a 19 años de edad (45.9%). El nivel de uso más frecuente es el leve (1 a 5 días en el último mes) en el 38.8% de los casos. Los nombres que más reportan los usuarios son cocaína (73.4%) y crack (25.9%)(Ortiz, Martínez & Meza, 2010),

Resultados de los Centros de Integración Juvenil (CIJ)

La información obtenida de los pacientes que acuden por primera vez a los CIJ (Gutiérrez & Castillo, 2010), muestra consistencias con lo reportado por los centros no gubernamentales. En estos centros, 25,665 personas solicitaron atención en 2009. Las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento fueron alcohol (19.9%), cocaína (12.5%), marihuana (15.6%) e inhalables (14.1%). Por perfil sociodemográfico, la mayor demanda de tratamiento fue por parte de los hombres (77.2%). Quienes acudieron principalmente, fueron jóvenes de 15 a 19 años de edad (31.9%) seguidos por los de 35 años o más (20.9%). En cuanto al estado civil, la mayor parte eran solteros (62.2%) y tenían estudios de nivel secundaria (45%). Con respecto a la ocupación, el 28.7% eran estudiantes y el 25% tenían un trabajo estable. El nivel socioeconómico de la mayoría fue medio bajo. El tabaco fue la principal droga de inicio en los usuarios (55.4%), pero al analizar por sexo, la marihuana fue la principal droga de inicio en los hombres (89.8%), mientras que en las mujeres fueron los depresores (57%). En cuanto a la droga de impacto, en los hombres la marihuana (89.5%) y la cocaína (87.9) fueron principalmente las drogas por las que acudían a tratamiento y en las mujeres fueron el tabaco (41.3%) y los depresores (34.5%).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones del país, realiza una medición del consumo de drogas en distintas áreas, incluyendo a Centros de Tratamiento y a los CIJ. A continuación, se muestran los datos disponibles más recientes de las distintas áreas del SISVEA (Secretaría de Salud & Dirección General de Epidemiología, 2009). a) Mediciones realizadas en los Consejos Tutelares de Menores. En 2009, SISVEA contó con la participación de 30 Consejos Tutelares de Menores que proporcionaron información de 5,284 menores infractores. De ellos, el 90.7% tiene entre 15 y 18 años y únicamente el 7.5% son mujeres. En cuanto al nivel de estudios, el nivel de secundaria

registra el mayor porcentaje (51.3%). En relación al consumo de drogas, el 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia. El robo (72.1%) fue el delito más cometido por los menores. De los menores infractores entrevistados, el 68.1% refirieron consumir habitualmente drogas, donde la marihuana es la sustancia más reportada (35.0%), seguida del alcohol (29.8%) y el tabaco (27.3%).

Servicio Médico Forense (SEMEFO).

El SEMEFO proporciona información sobre la presencia de sustancias en los casos de aquellas personas que murieron de manera violenta o súbita. En el año 2009 participaron 20 entidades federativas en el reporte al SISVEA. Se contó con información de un total de 18,724 defunciones, de las cuales 4,562 (24.4%) ocurrieron bajo la influencia de algún tipo de sustancia, presentándose los mayores porcentajes en los estados de Chihuahua (32.4%), Jalisco (21.7%) y el Distrito Federal (10.5%). Del total de defunciones relacionadas con algún tipo de sustancia, el 92.1% fueron hombres, el grupo de edad en el que hubo mayor número de muertes asociadas a sustancias fue el de mayores de 40 años (30.4%). Las causas más comunes de defunción bajo la influencia de alguna droga fueron ocasionadas por arma de fuego (33.3%), accidentes de tránsito (17.2%) y asfixia (10.2%), asimismo los lugares donde las defunciones ocurrieron con mayor frecuencia fueron en la calle (50.4%) y el hogar (22.4%).

Servicio de Urgencias Hospitalarias

El SISVEA también cuenta con un reporte de los servicios de urgencias hospitalarias, de manera que en el 2009 participaron 167 hospitales. Los estados participantes fueron Aguascalientes, Coahuila, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. En este universo, de un total de 16,431 pacientes atendidos, únicamente el 3.4% llegaron bajo la influencia de alguna sustancia, pero 6,560, más de una tercera parte, reportaron el uso de alguna sustancia en los últimos 30 días. De acuerdo al último informe publicado por SISVEA, durante el año 2009, 1,118 centros de tratamiento proporcionaron información de 70,467 personas que acudieron a solicitar tratamiento. Los tres estados que reportaron más casos y Centros de Tratamiento, fueron Baja California, Chihuahua y Jalisco. El alcohol fue la droga de inicio más reportada (49.1%), seguida de tabaco (18.4%) y la marihuana (17.8%). La droga de impacto más frecuente a nivel nacional fue el alcohol, mencionada por 29,417 personas;

10,450 personas mencionaron la cocaína, 8,235 a la marihuana y 6,950 a las metanfetaminas. La mayoría de los entrevistados tenían 35 años de edad o más (39%) seguido del grupo de 15 a 19 años (16.8%). El porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años fue mayor entre los usuarios que mencionaron como droga de impacto los inhalables (40.5%), seguido por la marihuana (35.1%). Por otro lado, entre los que tuvieron como droga de impacto a la cocaína y las metanfetaminas, más del 40% eran adultos jóvenes (20 a 29 años). Asimismo, el mayor porcentaje de adultos de 35 años o más reportaron como droga de impacto al alcohol (55.3%). En cuanto a quienes inician con otros opiáceos, casi una tercera parte fueron mujeres (31.6%), mientras que del porcentaje que inició con marihuana solo el 5.1% fueron mujeres. Al estratificar por regiones, la región norte presenta una mayor demanda de atención y una mayor problemática con el consumo de heroína y metanfetaminas. Al considerar solo a la población femenina que se ha inyectado drogas (6.6% han asistido a tratamiento), el tabaco y la marihuana son sus principales drogas de inicio; en tanto que la heroína es la droga de impacto y la mayoría se ubica en la región norte del país. (ENA,2011)

CAPITULO 2 MARIHUANA

2.1 ¿Qué es la marihuana?

La marihuana es la droga ilegal con más altos índices de consumo en el mundo, se obtiene de la planta de cáñamo *Cannabis sativa*, que contiene más de 400 componentes, incluidos más de 60 compuestos clasificados como cannabinoides, entre los que destaca el principio activo THC (delta-9 tetrahidrocannabinol), que es el que determina la potencia de la droga y el efecto en el sistema nervioso, ya que es el principal componente psicoactivo de la marihuana. Otros cannabinoides contenidos en la planta son el cannabidiol y el cannabinol; el primero con un perfil algo diferente al THC, con acción ansiolítica marcada, y el cannabinol que es diez veces menos potente que el THC (Conadic, (s/f)), (Beverido, 2010).

El porcentaje de cada compuesto psicoactivo que contiene la marihuana es variable según: las especies, de qué partes de la planta se realiza la extracción (la mayor concentración está en brotes florecientes de planta femenina, y en las hojas y mucho menos en tallo o semilla), formas de cultivo, momento de extracción, genotipo, procesamiento, aditivos agregados, convirtiéndola en una gama amplia de variedades para el consumidor.

La marihuana común tiene aproximadamente 3% de THC, aunque existe una variedad denominada “sin semilla”, que puede llegar a tener 20%, con un promedio de 7.5%.

La potencia de la marihuana ha aumentado notablemente desde la década de 1970, el aumento de contenido de THC va de 10 a 15 %, permaneciendo más o menos igual desde mediados de los ochentas, la acentuación de la potencia es importante, por cuanto los efectos físicos y psicológicos de los cannabinoides están relacionados con la dosis: cuanto mayor es ésta, mayor es el efecto (Schuckit, 1990.).

2.2 Etiología del consumidor

Son muchos los motivos psicológicos que parecen estar asociados con el consumo (Grover et al., 2013), y si se considera su relación con la frecuencia de uso de la marihuana estos factores aumentan significativamente, algunos autores se basan en la teoría de la motivación para entender mejor por qué ciertas personas consumen marihuana. Diclemente (1999.pp.209), pionero en esta teoría, define la motivación como las “causas, consideraciones, razones e intenciones que mueven a los individuos a desarrollar ciertos comportamientos o conjunto de comportamientos”. Por tanto, desde esta perspectiva, la conducta puede verse como el resultado de motivaciones no

conscientes, autorregulación o contingencias, esta teoría aborda los motivos relacionados con el contexto social, motivos personales como las emociones y cogniciones, motivos relacionados con los efectos de la sustancia, trastornos de personalidad, entre otros, de esta forma, es posible ver que cada individuo consume por razones y necesidades diferentes, es decir, que hay un amplio rango de variables individuales, interpersonales y ambientales relacionadas.

Es importante mencionar a Cooper (1994), porque él desarrolló la Escala de Motivos para consumir Alcohol (DMM por sus siglas en inglés: Drinking Motives Measure) y se basó en el modelo conceptual de Cox y Linger (1988), con ella se detectaron cuatro motivos relacionados significativamente con el consumo de alcohol: (a) aspecto social (tomo para ser sociable), (b) afrontamiento (tomo para olvidar mis preocupaciones), (c) mejorar el estado de ánimo (tomo para sentirme bien) y (d) ajustarse (tomo para que otros no se burlen de mí porque no estoy tomando) (Cooper, 1994). A partir de esta escala desarrolla la Escala de Motivos de la marihuana, en inglés (MMM por sus siglas en inglés: Marijuana Motives Measure), la cual consta de los mismos constructos excepto que se integra el de “expansión” (expanded experiential awareness), que significa básicamente la búsqueda de experimentar una percepción expandida (Simons et al., 1998), esto se debe a las propiedades psicodélicas de la marihuana de proveer al usuario una percepción de los procesos internos y una reinterpretación de las relaciones con el entorno, de ellos mismos y de los demás, propiedades que no presenta el alcohol, estos efectos están asociados a las experiencias místicas relacionadas con el consumo de la droga.

Por otro lado, en un estudio de Dvoraky Day (2014) se encontró que la autorregulación juega un papel muy importante en el consumo de la marihuana, en el contexto de la neurociencia cognitiva, la autorregulación es la capacidad de modular y modificar respuestas emocionales y cognitivas, ante ciertas situaciones específicas (Rothbart et al., 2003), es decir, aquellas personas que presentan altos índices de autorregulación conductual presentan una menor probabilidad de usar marihuana y al contrario en aquellos usuarios que presentan baja capacidad de autorregulación el consumo es mayor.

Asimismo, de acuerdo con otro estudio, los usuarios crónicos de marihuana presentan, entre otras características, poco autocontrol, búsqueda de sensaciones y conductas exteriorizadas; sin embargo, no se sabe si estas variables son estables con el tiempo (Brook et al., 2011).

Uno de los factores pronósticos negativos para las consecuencias negativas psicológicas del uso de la marihuana es la tolerancia al estrés, si no se presenta una adecuada regulación emocional al estrés es más factible que se desarrollen problemas asociados con el consumo de esta droga.

Entre los motivos individuales, se pueden encontrar algunos rasgos de personalidad, tal como menciona Zuckerman (1994), el cual encontró que la búsqueda de sensaciones y el deseo de tomar riesgos son factores importantes entre ciertas personas para consumir, incrementándose este aspecto en la adolescencia (Zuckerman et al., 1978), de hecho, la búsqueda de sensaciones está relacionada con los circuitos cerebrales asociados con la recompensa.

Un factor de personalidad que se está estudiando recientemente y que parece tener relación con el uso de la marihuana es la llamada sensibilidad a la ansiedad (Stewart y Kushner, 2001), definiéndose como un miedo a experimentar sensaciones intensas, surge la idea de que estas sensaciones tienen efectos negativos en la persona (Reiss y McNally, 1985), por lo que estos sujetos tienden a utilizar la marihuana para afrontar estas sensaciones, (Bonn Miller et al., 2007); sin embargo, con el tiempo, su uso puede llevar a mayores sensaciones corporales y estados internos aversivos incluyendo los síntomas de abstinencia, así como problemas de salud, generándose entonces un mayor consumo (Budney et al., 2003).

Hay que tomar en cuenta que el principal problema para establecer si una droga produce efectos tóxicos permanentes sobre el individuo consiste en la dificultad de determinar cómo se encontraban los consumidores antes de probarla –en este caso, la marihuana– por primera vez, es decir, al observar cualquier tipo de anomalía en el comportamiento es posible que ésta no se deba a la droga sino que ya existiera antes de empezar a consumirla (Goldstein, 2003).

El DSM-V,(2014) por otra parte, afirma que el uso crónico de Cannabis puede contribuir a la aparición o exacerbación de muchos otros trastornos mentales, en particular parece existir una relación causal del uso crónico de la marihuana con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y puede contribuir a la aparición de un episodio psicótico agudo.

Ahora bien, la problemática adictiva incluye fenómenos como la abstinencia y la tolerancia, por lo que constituye por sí mismo un trastorno de salud mental independientemente de que exista o no comorbilidad con otros desórdenes mentales; sin embargo, sólo parece desarrollarse en sujetos con una predisposición psicológica particular.

En el aspecto positivo, la marihuana puede tener efectos beneficiosos, tales como el alivio de las náuseas y vómitos ocasionados por la quimioterapia oncológica, aunque cabe considerar que también existen otros tratamientos alternativos muy efectivos (Goldstein, 2003). Por ejemplo como estimulante del apetito en enfermedades como el SIDA, resultando también útil en trastornos espásticos musculares presentados en la esclerosis múltiple.

Un estudio financiado por el NIDA (National Institute on Drug Abuse), utilizó tecnología de imágenes del cerebro para demostrar que los usuarios crónicos de marihuana muestran menor actividad en el área de procesamiento de errores en su cerebro., es decir en el área prefrontal ya mencionado anteriormente (Beverido, 2010).

Otro estudio que vale la pena mencionar es la resonancia magnética funcional (fMRI) la cual hizo posible ver imágenes en tiempo real de la actividad cerebral de 16 usuarios de marihuana y de 16 no consumidores, revelando que los consumidores de marihuana mostraron menor actividad en el área del cerebro llamada corteza cingulada anterior (ACC), si los consumidores de drogas no pueden controlar su conducta con precisión, se traduce como un déficit de conciencia que puede contribuir al uso continuo de una droga a pesar de las consecuencias adversas y/o a la asociación a situaciones que los hace susceptibles a la recaída (Beverido 2010).

2.3 Efectos de la marihuana

Se ha avanzado en el conocimiento de la marihuana a través del sistema cannabinoide endógeno y su participación en procesos fisiológicos del individuo, actualmente se cuentan con estudios en neurociencias a partir de neuroimagen, estudios epidemiológicos, farmacogenéticos y de vulnerabilidad neurológica que nos dan una nueva perspectiva de los efectos que esta sustancia presenta, principalmente a nivel del sistema nervioso central.

Mientras el consumo continúa (o crece según algunas encuestas), se ha descubierto un sistema cannabinoide endógeno el cual ha modificado la perspectiva sobre la marihuana, como en años anteriores sucediera con el descubrimiento del sistema opioide endógeno.

La existencia de un sistema fisiológico que está mediado por cannabinoides endógenos, cuyos receptores se encuentran distribuidos ampliamente en el organismo, y que a nivel del sistema nervioso central son de los más ubicuos, nos hace reflexionar sobre el

impacto que pueden tener estas sustancias, no solo como uso recreativo, sino como resultado de probable efecto terapéutico.

La marihuana ha sido usada por sus propiedades analgésicas, antiinflamatorias, relajantes musculares, anticonvulsivas, ansiolíticas, pero dichos aspectos terapéuticos ocupan un pequeño lugar frente al uso recreativo que se le ha dado a lo largo de la historia; y que actualmente se le sigue dando, más allá de hechos anecdóticos de su posible o probable lugar en la terapéutica (Beverido, 2010).

Los receptores endocannabinoides (ECB) fueron descubiertos en la última década del siglo pasado, se trata de los receptores ECB1 y ECB2, el primero mucho más abundante en el sistema nervioso central (siendo el receptor acoplado a la proteína G, la más abundante en el cerebro), y en menor medida en la periferia, su estimulación se relaciona con la mayoría de los efectos observados o buscados por los sujetos que la consumen, a diferencia del ECB2, el cual predomina a nivel periférico y se vincula con el sistema inmunológico principalmente (Tamosiunas et al., 2013).

Los receptores CB-1 son los receptores metabotrópicos que se encuentran con mayor abundancia en el cerebro y su distribución ha sido ampliamente caracterizada en humanos. Los receptores CB-1 se expresan de forma elevada en el hipocampo, los ganglios basales, el córtex y el cerebelo. Los receptores CB-1 se expresan menos en las amígdalas, el hipotálamo, el núcleo accumbens, el tálamo, la materia gris periapeduncular y la médula espinal, así como en otras zonas del cerebro, principalmente en el telencéfalo y el diencefalo. Los receptores CB-1 se expresan también en varios órganos periféricos; por lo tanto, están presentes en los adipocitos, el hígado, los pulmones, la musculatura lisa, el tracto gastrointestinal, las células pancreáticas β , el endotelio vascular, los órganos reproductivos, el sistema inmunológico, los nervios periféricos sensoriales y en los nervios simpáticos (García s/f).

Entre los principales mediadores endógenos que activan los receptores cannabinoides destacamos la anandamida y la 2-araquidonil glicerol, ambos compuestos derivados del ácido araquidónico, la anandamida actúa sobre ambos tipos de receptores y despliega efectos muy similares a los del delta 9 tetrahidrocannabinol, y la araquidonil glicerol es más selectiva sobre los ECB1, estos endocannabinoides son sintetizados a demanda por el organismo en respuesta a distintas señales provenientes entre otros, del sistema inmune, el cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, reproductor y por supuesto del SNC.

Estos mediadores no se almacenan, sino que se liberan desde la neurona pos sináptica, por desdoblamiento de componentes lipídicos de la membrana celular, como consecuencia de variados estímulos, y activan sus receptores a nivel pre sináptico modulando a través de la inhibición la ulterior liberación de transmisores, a este proceso se le ha llamado inhibición retro sináptica para diferenciarla de la más común hasta ahora, la pre sináptica (GABA) (Tamosiunas et al, 2013).

El sistema se activa cuando existe una sobrecarga a nivel de la sinapsis (generalmente ocasionada por un aumento de calcio intracelular en la neurona pos sináptica), como un mecanismo de contra regulación (feed back negativo) local, con la finalidad de impedir la excesiva estimulación de áreas encefálicas vinculadas a un gran número de funciones como luego describiremos, destacamos la modulación de la transmisión del sistema gabaérgico, glutaminérgico y dopaminérgico, este último principalmente a nivel del sistema de recompensa (núcleo accúbmes) (Tamosiunas et al., 2013).

Entre las funciones que modula el sistema cannabinoide se encuentran la memoria, aprendizaje, atención, emociones, sistema de reforzamiento, ingesta de alimentos, neuroprotección, actividad motora, dolor, así como su participación en los procesos de plasticidad neuronal y neuromodulación a corto y largo plazo, que son en la actualidad el centro de atención por las consecuencias que podrían generar tales cambios (Tamosiunas et al., 2013).

Se debe tomar en cuenta que una situación es la fina modulación que sobre diferentes sistemas realiza momento a momento el sistema cannabinoide en los diferentes procesos cognitivos, por ejemplo, y otra es la modulación “desde afuera” a dosis y tiempos diferentes a los desarrollados durante su funcionamiento tónico (García, s/f).

Los cannabinoides son compuestos de gran liposolubilidad (hecho importante a recordar por características de su perfil farmacológico), encontrándolos en las plantas Cannabis Sativa y Cannabis Indica, de los cuales el delta 9 tetrathidrocannabinol (THC) es el más potente desde el punto de vista psicoactivo, en estas plantas hay más de 400 sustancias con propiedades psicoactivas dentro de las cuales más de 60 son cannabinoides, otros cannabinoides contenidos en la planta son el cannabidiol y el cannabinol; el primero con un perfil algo diferente al THC, con acción ansiolítica marcada, y el cannabinol que es diez veces menos potente que THC (Tamosiunas et al., 2013).

Durante el uso prolongado a dosis diarias, se han descrito cambios a nivel cognitivo caracterizados por dificultad para resolver problemas, alteraciones de la memoria y concentración, incoordinación motora y enlentecimiento en la velocidad de reacción, estos efectos similares a los de las benzodiazepinas y el alcohol, son reversibles habitualmente en un plazo más o menos variable de 4 a 6 semanas después de la suspensión total del consumo, estos cambios neurocognitivos parecerán ser más importantes y con menor reversibilidad cuando el consumo se inicia precozmente (antes de los 18 años), así como también el riesgo de desarrollar trastornos en la salud mental.

A nivel cerebral como vimos modula la actividad motora, aprendizaje, memoria, la transmisión nociceptiva, desempeñando un papel primordial en el desarrollo cerebral. Su estimulación exógena altera esta neuromodulación fisiológica logrando efectos que difieren según dosis a considerar, por ejemplo, a bajas dosis, produce un estado de relajación, reducción de la coordinación motora, somnolencia, dificultad en la concentración y alteración de la percepción del tiempo y el espacio, sin embargo a altas dosis o por tiempos prolongados, puede producir deterioro de la memoria, desorientación, ansiedad pudiendo aparecer alucinaciones y delirio (Tamosiunas et al., 2013).

La marihuana es una droga psicoactiva porque provoca cambios en la psique o mente (en las funciones mentales superiores como razonamiento, juicio, memoria, etc.), y modifica la manera de pensar, sentir y actuar; a nivel del SNC se producen la mayor parte de los efectos buscados así como no deseados de la marihuana, desde el punto de vista psicológico produce cambios en el estado de ánimo en forma que podríamos llamar bifásica ya que en un inicio induce euforia, sensación de bienestar, risa fácil, e incluso sensación de ansiedad, para luego producir sedación, somnolencia y relajación.

Debido a su gran liposolubilidad, atraviesa con facilidad las barreras hematoencefálica, placentaria y mamaria, se une más del 95% a proteínas plasmáticas, se deposita en grasa corporal, hígado, pulmón, presentando cinética multicompartimental, se metaboliza principalmente en hígado y su vida media de eliminación es entre 25 a 36 horas, cabe mencionar que después de haber fumado un cigarro es posible detectar en orina los metabolitos una semana después y en los consumidores crónicos seguirá siendo positivo hasta un mes de haberla dejado de consumir (Beverido, 2010).

La marihuana puede activar a las neuronas, porque su estructura química imita a la de un neurotransmisor natural, pero aunque las imite no la activa de la misma manera que los

neurotransmisores naturales, pero si produce transmisión de mensajes anormales a través de la red neurológica.

Cuando se altera la concentración óptima de algunos neurotransmisores (principalmente glutamato y dopamina) ocasionada por el abuso de esta sustancia, el cerebro intenta compensar este cambio, lo que puede deteriorar la función cognitiva, de manera similar, el abuso a largo plazo puede disparar adaptaciones en los sistemas del hábito o de la memoria no consciente.

En el cerebro los receptores cannabinoides se encuentran en altas concentraciones en las áreas que afectan el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, así como la percepción sensorial y del tiempo, el apetito, el dolor y la coordinación motora. (Como ya se mencionó anteriormente), esta es la razón por la que la marihuana puede tener efectos de gran alcance (García s/f)

Los efectos inmediatos de la marihuana son los siguientes:

- Sensación de sed (por la resequedad de boca y garganta que produce)
- Sensación de hambre
- Disminución de la capacidad para coordinar los movimientos y mantener el equilibrio corporal
- Disminución de los reflejos
- Vasodilatación local en las conjuntivas (debido a que los vasos sanguíneos se expanden, razón por la cual los ojos se enrojecen)
- Aumento de la presión arterial y taquicardia (aumento del número de latidos del corazón por minuto, aumentando el riesgo de ataque cardíaco, principalmente en individuos vulnerables)
- Se deteriora la capacidad de juicio y toma de decisiones, así como la distorsión en la percepción de tiempo y distancia.
- Disminución de la memoria a corto plazo (memoria de acontecimientos recientes) se altera de igual forma la capacidad de atención, de concentración.
- Disminuye la capacidad de incorporar, organizar y retener información, básicamente en el aprendizaje del consumidor, particularmente en tareas muy complejas.

Se han revisado numerosas investigaciones en las cuales se confirma que el THC afecta la función de las neuronas relacionada con la memoria; por ello, durante la intoxicación, el consumidor tiene dificultad para recordar los hechos recientes, por lo tanto bajo la acción de la droga el aprendizaje se dificulta en gran medida, además de que se daña el lóbulo frontal responsable del procesamiento de la información (García s/f),(Tamosiunas et al, 2013).

Otras alteraciones que se pueden mencionar son en el estado de ánimo como, estados de euforia, combinados con estados de pasividad y en dosis altas estados de ansiedad, paranoia y estados de pánico, estos efectos dependen de las características del usuario, del contenido de THC, así, como de la dosis y frecuencia de consumo y sobre todo cuando se usan variedades muy potentes de la planta.

El efecto pasajero que produce el THC en el cerebro puede convertirse en permanente si se consume marihuana por tiempo prolongado, se ha hablado mucho sobre la posibilidad de que la marihuana cause enfermedades mentales, pues podemos afirmar con base en evidencia científica que el uso continuo de esta droga durante muchos años aumenta el riesgo de desarrollar estados psicóticos como la esquizofrenia sobre todo en personas predispuestas, las personas adictas a la marihuana con frecuencia sufren trastornos mentales asociados, los estudios de población revelan la existencia de una asociación entre el consumo de cannabis y un mayor riesgo de esquizofrenia y en menor medida depresión y ansiedad (Beverido, 2010).

También es importante mencionar que en el sistema respiratorio causa broncodilatación y alteraciones histopatológicas, alterándose el rendimiento deportivo. Se altera también el sistema inmunológico y la producción de hormonas sexuales debido a la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

Un porcentaje alto de consumidores regulares, incluye a quienes se sienten relajados y perciben más intensamente los sonidos, los sabores y los colores, encontrando interesantes o graciosos algunos acontecimientos que en realidad son triviales, además, sienten que el tiempo transcurre lentamente. Estos efectos señalados, sobre todo si se presentan en varios miembros de un grupo de amigos, provocan un ambiente de placidez, superficialidad, relajación y "simplonería", pese a ello, es frecuente que quienes fuman en compañía creen que conversan sobre temas importantes y profundos, además de percibir sensaciones que se relacionan con experiencias pasadas, después de dos o tres horas

los efectos van desapareciendo, y suele presentarse un sueño intenso (Contreras, et al., 2010).

Otro aspecto de interés relacionado con efectos a medio y largo plazo del uso de marihuana es el denominado “síndrome amotivacional, caracterizado por apatía, desinterés, incapacidad para desarrollar planes futuros, empobrecimiento afectivo, abandono del cuidado personal, inhibición sexual”, etc. Todo ello acompañado de una serie de alteraciones psicomotoras como: disminución de los reflejos, parquedad de movimientos, lentitud de desplazamientos, entre otros (Velasco et al., 2013, pp.24).

La consecuencia directa de dicho síndrome sería una falta de voluntad propia; las indirectas, un descenso en el rendimiento académico o laboral, deterioro de las habilidades comunicativas y retraimiento social (Beverido, 2010).

Diversas investigaciones demuestran que el consumo elevado de esta droga puede producir, tras su abandono, la aparición de síntomas de abstinencia, entre los que se encuentran irritabilidad, dificultades para dormir, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos intestinales, ansiedad, comportamiento agresivo, depresión, nerviosismo y deseo de volver a consumir, la vuelta al consumo puede representar el intento de aliviar estos síntomas, que suelen aparecer al cabo de uno o dos días de abstinencia y alcanzan su máxima intensidad entre dos y seis días después del abandono del consumo, el desarrollo de los síntomas suele ser gradual y su duración es bastante prolongada, pudiendo llegar a la adicción, la que conlleva a procesos patológicos en los estados físico, mental (cognitivo) y emocional (estado de ánimo) del individuo.

Aproximadamente el 9% de las personas que utilizan la marihuana pueden llegar a ser dependientes.

Considero importante mencionar que con base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en adelante(DSM-V, 2014), se utiliza el término de Trastorno por consumo de Cannabis, es cuando el consumo de esta sustancia impide que el sujeto funcione y se adapte a su entorno adecuadamente, presentando incapacidad para controlar su uso, así como también datos del síndrome de abstinencia y tolerancia y un deseo intenso o craving (en inglés) de consumirla.

El fenómeno adictivo constituye por sí mismo un trastorno de salud mental independientemente de que exista o no comorbilidad con otros desórdenes mentales, es

aquí donde se presta la confusión, ya que la mayoría de las personas piensan que el consumo a largo plazo necesariamente va a suscitar que se desarrolle una adicción en el sujeto y eso está lejos de ser verdad, ya que generalmente, quienes desarrollan esta adicción presentan una predisposición muy particular, tanto biológica como psicológica y social, distinta de otros usuarios (Velasco et al., 2013).

De acuerdo con el DSM-V (2014), los criterios diagnósticos para el Trastorno por consumo de Cannabis son los siguientes:

A. Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de doce meses:

1. Se consume Cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de Cannabis.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguirla, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumirla.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo provoca abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes: (a) una necesidad de cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, (b) un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de Cannabis.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes: (a) presencia del síndrome de abstinencia característico de la Cannabis (b) se consume Cannabis para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Los síntomas comunes de la abstinencia, como ya se mencionó anteriormente incluyen irritabilidad, ira o agresividad, ansiedad, depresión, inquietud, dificultad para dormir y disminución del apetito o pérdida de peso.

Las personas con trastorno por consumo de Cannabis pueden consumirla durante todo el día por meses o años, manteniéndose intoxicados la mayor parte del tiempo, de acuerdo con el DSM-V (2014), las personas que consumen regularmente esta sustancia suelen referir que lo hacen para afrontar problemas del estado de ánimo, problemas de sueño u otros problemas fisiológicos o psicológicos o trastornos mentales concurrentes.

2.4 Usos del cannabis

2.4.1 Terapéuticos

A pesar de la consideración del cannabis como droga de abuso al relacionarla exclusivamente con su uso recreativo, recientes investigaciones y otras aun en curso, demuestran los efectos beneficiosos que los derivados de esta planta ejercen sobre diversas patologías. Desde un punto de vista científico, los cannabinoides tienen una utilidad clínica asociada a sus efectos antieméticos, orexígenos y analgésicos.

El THC y el $\Delta 8$ THC son los cannabinoides con más efecto psicoactivo de la planta. El primero es mucho más abundante que el segundo y también más potente. Los cannabinoides actúan a nivel del sistema nervioso central, sobre los receptores endocannabinoides cerebrales CB1 y los CB2 en el sistema inmunológico. Los receptores CB1, relacionados con la regulación del dolor, estado de ánimo, apetito o memoria, están situados en los ganglios basales, hipocampo y cerebelo.

Los cannabinoides ejercen su función sobre muchos neurotransmisores y neuromoduladores.

La farmacocinética del THC depende de la vía de administración. Por inhalación de humo (en cigarrillos, pipas de agua o vaporizadores), la absorción es rápida y la cantidad absorbida depende de la manera como se fume (profundidad de las inspiraciones y duración de la retención del humo en los pulmones); los efectos se inician en pocos minutos y son completos antes de media hora. Por vía oral, la biodisponibilidad del THC es de un 10-25%, debido a que es destruido parcialmente por el jugo gástrico y a que está sometido a metabolización hepática de primer paso; los efectos se inician entre 30 min. y

2 horas después de su ingestión y duran de 2 a 6 horas. Las concentraciones plasmáticas de THC que se alcanzan tras la administración por vía oral pueden resultar modificadas por la presencia de alimentos, sobre todo lípidos, los cuales aumentarían su biodisponibilidad.

Por vía rectal el THC se ha administrado en forma de hemisuccinato. El hemisuccinato se hidroliza gradualmente a THC y permite intervalos de administración de 24 h. Se ha planteado que sería una buena vía de administración para pacientes con náuseas y vómitos secundarios al tratamiento citostático. Por vía sublingual se ha administrado en forma de aerosol y de comprimidos de extractos estandarizados de Cannabis con diferentes razones de THC/CBD. La ventaja de los extractos es que contienen una cantidad conocida y constante de distintos cannabinoides además del THC, lo que les puede conferir algún efecto terapéutico adicional. Las vías de administración inhalada en aerosol, rectal, sublingual o transdérmica asegurarían una absorción completa y rápida que no se consigue por la vía oral y evitarían los efectos perjudiciales del humo propios del Cannabis fumado (Durán, Laporte y Capellá, 2004).

2.4.2 Cannabis como fármaco antiemético.

Las náuseas y vómitos son las principales características de los tratamientos citotóxicos, alcanzo el 80% de los casos. Actualmente se han venido utilizando antagonistas serotoninérgicos, como el ondansetrón, con corticoides como la dexametasona, esto puede generar efectos secundarios como cefaleas o diarrea en un tercio de los casos, y sin llegar a controlar ni los vómitos anticipatorios ni los diferidos, además de su alto coste económico. Por esto, en oncología, el cannabis sería de gran utilidad para tratar estos efectos adversos de la terapia antitumoral con antineoplásicos (náuseas y vómitos). En EEUU aun estando comercializado el dronabinol, muchos autores señalan las importantes diferencias de acción terapéutica del cannabis frente a este. En una encuesta realizada en 1994 a oncólogos estadounidenses, el 44% admitieron haber sugerido a sus pacientes el consumo de cannabis para paliar los efectos adversos de la quimioterapia por ser más efectivo que el dronabinol. El cannabidiol ha mostrado eficacia antiemética en modelos experimentales de nausea en animales. Además, la administración simultánea de THC, cannabidiol y medicamentos antieméticos ha mejorado significativamente la respuesta antinauseosa en pacientes oncológicos (Callado, 2006).

2.4.3 Cannabis como analgésico.

Se considera analgésico ya que interacciona con el sistema opioide endógeno y muestra una mejoría sintomática en el 80 % de los casos con el uso de cannábicos. Noyes y Cols (1976) hallaron cambios significativos en el dolor de pacientes cancerosos tras administrar delta-9-THC comparado con placebo. (Interés terapéutico del cannabis). En pacientes con cáncer, es frecuente el uso de opiáceos para el tratamiento de dolor, pero un uso continuado de estos produce tolerancia y con ello la necesidad de aumentar las dosis para obtener los mismos niveles de analgesia. Esto deriva en efectos adversos nocivos, tanto, que incluso la vida del paciente estaría en peligro. Por ello se ha pensado en la utilización del cannabis y sus derivados para el tratamiento del dolor. En varios estudios se ha encontrado que el uso de cannabinoides para el tratamiento del dolor canceroso es poco satisfactorio en cuanto a que una dosis de THC es equivalente a 60 mg. de codeína, por lo que la dosis debería ser mayor, y es aquí donde encontraríamos el problema ya que aumentar la dosis puede dar lugar a efectos adversos. Sin embargo, en esta similitud en los problemas de aumentar la dosis tanto en opiáceos como en cannabinoides, puede estar la solución ya que los opioides y los cannabinoides presentan efectos farmacológicos comunes. Ambos bloquean la liberación de neurotransmisores implicados en la transmisión del dolor, tanto en el cerebro como a nivel medular. Por ello se vio que el THC potenciaba los efectos analgésicos de diversos opiáceos, al igual que parte del efecto analgésico ejercido por el THC está modulado por receptores opioides, por lo que podríamos hablar de una conexión entre ambos sistemas en la modulación de la percepción del dolor.

Esto queda demostrado también en el hecho de que los opiáceos también son capaces de potenciar el efecto analgésico del THC. El beneficio que se obtiene de todo esto, no es solo la potenciación del efecto analgésico por la conexión de ambos sistemas, sino porque el efecto persiste con la administración crónica de los mismos. Todo esto viene a indicar, que un tratamiento con una dosis baja de opiáceos combinada con una dosis baja de cannabinoides permitiría tratar el dolor canceroso de una manera más efectiva y además eliminaría los posibles efectos secundarios adversos que pueden poner en peligro la vida del paciente (Oviedo,2012).

2.4.4 Antitumoral.

Diversos cannabinoides ha mostrado efectos antiproliferativos en células tumorales en cultivo. Esto se ha visto en modelos animales, donde la administración de diversos

cannabinoides ha frenado el crecimiento de varios tipos de tumores. En un ensayo clínico realizado a pacientes con glioblastoma multiforme, mostró en la fase I, una disminución de la proliferación de las células neoplásicas.

Actualmente, se ha comercializado el Sativex, una mezcla de THC y cannabidiol. Aprobado en Canadá en 2005 para el tratamiento de la espasticidad de la esclerosis, y que está siendo actualmente recetado para el tratamiento del dolor canceroso (Callado, 2006).

2.4.5 Uso en Glaucoma

Una de las principales causas de ceguera se debe a glaucomas que es una neuropatía degenerativa asociada a una muerte gradual de las células ganglionares de la retina lo cual favorece un aumento de la presión intraocular. El proceso de neurodegeneración ocurre por un daño axonal primario que lleva a la muerte de la neurona dañada y posteriormente de las neuronas adyacentes por la exposición a los agentes citotóxicos liberados por la muerte de las neuronas con daño, es decir mueren por degeneración secundaria. En la actualidad la presión intraocular es considerada el principal factor del riesgo para el desarrollo de glaucoma, basándose en esto los principales fármacos que están puestos a la venta. Sin embargo, no todos los pacientes con presión intraocular elevada desarrollan glaucoma, ni la disminución de esta asegura la protección. Los principales receptores a nivel ocular son los CB1, que disminuyen la producción del humor acuoso. Se confirmó que el principal ingrediente activo del cannabis era el D9-THC.

Uno de los efectos que produce el consumo de cannabinoides es de neuroprotección centrándose en las neuronas susceptibles de producir degeneración secundaria. Otro es el efecto protector contra el estrés oxidativo en células neuronales. A pesar de los efectos beneficiosos, el cannabis también puede producir efectos indeseados como es una contracción del músculo ciliar mantenida, lo cual se relaciona con una disminución del rango de acomodación y opacidades corneales (Callado, 2006).

2.4.6 Otros usos

El sistema endocannabíode (SEC) participa en la regulación de la conducta alimentaria y del peso corporal, forma parte de una compleja serie de señales periféricas y centrales, orexígenas y anorexígenas. Sabemos que el cannabis tiene influencia farmacológica y fisiológica a través de la activación de receptores, uno de ellos es el CB1. Este receptor se encuentra en las vías de la recompensa cerebral por tanto los cannabinoides ejercen efectos reforzantes sobre la ingesta. Los consumidores de cannabis describen un

incremento pertinaz del apetito, incluso si están saciados previamente, con mayor apetencia por los dulces (Ruiz 2005).

Las investigaciones recientes indican que el cannabis puede ser una eficaz herramienta que aumente el apetito y ayude a mantener el peso en enfermedades como la anorexia-caquexia nerviosa, cáncer avanzado y SIDA. Por el contrario, el bloqueo de los receptores cannabinoides CB1 está siendo investigado en la actualidad como una posible estrategia en la prevención de la obesidad y en el tratamiento de la adicción a diversas drogas de abuso. Los estudios indican que ayuda en la deshabituación de la cocaína y disminuye las propiedades reforzantes de la heroína (Callado, 2006).

La activación de los receptores CB1 produce un efecto antitusígeno, administrado en aerosol produciría un efecto broncodilatador en pacientes asmáticos. El THC, el CBD y un cannabinoide sintético sin efecto psicoactivo llamado dexanabol tienen efecto y bloquean el receptor NMDA. Se investiga su uso en el traumatismo craneoencefálico y en el ictus (Durán, Laporte y Capellá, 2004).

Se han atribuido al Cannabis y cannabinoides efectos antidepresivos, ansiolíticos, sedantes, hipnóticos y eficacia en el tratamiento del Síndrome de abstinencia al alcohol y a los opiáceos. Existe algún ensayo clínico controlado que parece demostrar un efecto ansiolítico con nabilona, efectos hipnóticos con cannabidiol, efectos antidepresivos en pacientes cancerosos con dronabinol y efectos beneficiosos en pacientes con enfermedad bipolar (Lorenzo y Leza 2000).

2.5 ¿Qué es un consumidor?

Frecuentemente se identifica al consumidor de sustancias como “adicto”, sin embargo hay diferentes tipos de vínculos entre las personas con las sustancias adictivas, sin considerarse adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos (Caudevilla, 2008).

En 1963, la OMS decidió abandonar los términos adicción y habituación, para reemplazarlos por dependencia, entendida como:

Un estado psicológico y en ocasiones también físico que resulta de la interacción de un organismo vivo con una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica, con la finalidad de experimentar sus efectos psíquicos, o bien para eludir el malestar debido a su ausencia.

La tolerancia se entiende como una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia, puede o no estar presente en la dependencia; una persona puede ser dependiente a varias drogas.

En 1992 la OMS pensó que era necesario aclarar más el término de “Dependencia” y se consideró como: Un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; existiendo una gran preocupación y deseo de obtenerlas y tomarlas, por lo que se adoptan diversas conductas para buscarlas. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a las drogas pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y usualmente interactúan.

En este aspecto, se considera importante mencionar que con base al manual DSM-IV,(1995) el cual utiliza términos coloquiales como hábito, adicción, drogodependencia, drogadicción, define a la dependencia a sustancias como un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con su consumo.

En el paciente dependiente existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, síntomas de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia, el individuo entonces pierde el control sobre su consumo, convirtiéndose en la máxima prioridad en su vida, por lo que abandona otros aspectos importantes de su entorno (Caudevilla, 2008).

Hasta hace pocos años algunos autores distinguían entre dependencia física y dependencia psicológica. En realidad, esta distinción no tiene mucho sentido, ya que son dos procesos que van íntimamente ligados y todos los fenómenos psicológicos tienen una base orgánica en el SNC.

Pero la dependencia física o fisiológica se relaciona con el síndrome de abstinencia mientras que la dependencia psicológica está en relación con el fenómeno de craving (Caudevilla, 2008).

2.6 Tipos de consumo de drogas según su frecuencia

De acuerdo a la Enciclopedia de las clasificaciones, 2017, se mencionan los siguientes tipos de consumo:

1. Consumo experimental:

El individuo realiza ensayos, fundamentados generalmente en la curiosidad, en una o varias ocasiones, sin intención explícita de repetir posteriormente el consumo; se trata de un primer contacto con la droga, pudiendo no volver a retomar el consumo o evolucionar hacia otros patrones de consumo

2. Consumo ocasional:

El individuo sabe lo que puede obtener de una droga y a veces recurre a ella; este tipo de consumo puede permanecer así toda la vida, retroceder, o evolucionar hacia un patrón de consumo sistemático.

3. Consumo habitual:

El individuo consume drogas de una forma más o menos habitual, con una frecuencia más o menos periódica.

4. Consumo compulsivo o drogodependiente:

Aquel que no puede ser controlado por el individuo, bien porque es incapaz de abandonarlo, por miedo al síndrome de abstinencia, o bien porque una vez que se inicia es llevado a cabo de modo compulsivo.

CRITERIOS DSM-V, (2014, p.182) PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:

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

El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de

abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses

1.- TOLERANCIA: Definida como:

(a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado.

(b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2.- ABSTINENCIA: definida como:

(a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia

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

3.- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía

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

5.- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej: visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej.: fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

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

7.- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados

por el consumo de la misma (p.ej: consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, ingesta continúa de alcohol a pesar de que empeora una úlcera.)

Especificaciones

Tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para distinguir su presencia o su ausencia: Con dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2).

Sin dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando no existe evidencia de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2). En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo (al menos tres ítems de los Criterios 3-7).

CRITERIOS DSM-V (2014) PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS:

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes (Criterio A). Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína

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

2.- Consumo recurrente de la sustancia en condiciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej: conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la misma).

3.- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la ingestión de la misma).

4.- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la misma (p.ej: discusiones con la esposa o violencia física).

En este rubro es importante mencionar que la revista “Sin embargo” realizó un análisis sobre la presentación del libro “Consumo de drogas: riesgos y consecuencias”, editado por los centros de integración juvenil, asistiendo el titular de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic), dando a conocer que de 2008 a 2014, el consumo de cannabis se incrementó en 17 %.

En el primer trimestre del 2008, de las drogas que la población mexicana alguna vez ha consumido en su vida, fue cannabis en un 70.3 % , y para el segundo semestre de 2014 aumentó a 87.4 %. Mientras que el consumo de metanfetaminas aumentó 6 % en el mismo periodo, indicó la directora general de los CIJ, Carmen Fernández Cáceres, ante la secretaría de Salud, mencionando también que casi 90 % consume alcohol como primera droga, 85 % tabaco y le siguen otras drogas. En este mismo periodo de 2008 a 2014 se observa un aumento de 17 puntos porcentuales a nivel nacional en marihuana, pero hay estados que llegan a tener 35 puntos de más en el consumo, y estamos hablando de que más de 90 por ciento de los pacientes (de los CIJ) están consumiendo alcohol y marihuana, y eso es muy preocupante.

“El otro foco rojo considerado un gran reto es la disminución de edad de inicio en el consumo de drogas, tenemos menores de 12 años, hemos llegado a tener incluso pacientes hasta de seis años que se iniciaron con marihuana, muchos de ocho años que se han puesto su primera borrachera en algunas zonas del país”, destacó(Sin embargo, 2015).

CAPÍTULO 3

PERSONALIDAD

3.1 Concepto de Personalidad

La personalidad puede ser explicada desde diversas perspectivas, debido a que no existe una teoría única de ésta, sin embargo hay varios enfoques que explican y comprenden al ser humano desde puntos de vista particulares y diferentes.

La personalidad la podemos definir como la estructura dinámica que tiene un individuo y que está compuesta de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales. (Seelbach, 2012).

Componentes de la personalidad.

La personalidad se configura por dos componentes o factores, siendo éstos el temperamento y el carácter.

Temperamento: Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir las características que se heredan de los padres.

A)El temperamento es un componente de la personalidad porque determina de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales.

B)Carácter: Se denomina carácter a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter. Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad. (Seelbach, 2012).

También es importante mencionar ¿Qué es un rasgo de personalidad?, Se considera una característica que distingue a una persona de otra y que ocasiona que esta persona se comporte de una manera más o menos consecuente.

Los rasgos son muy utilizados en las descripciones cotidianas de la personalidad y muchos psicólogos los encuentran útiles como Allport (1937) y A.H Buss (1898) (Cloninger, 2003).

Se necesitan más rasgos que tipos para describir la personalidad, de hecho el número de rasgos puede ser sorprendente, para eliminar toda redundancia innecesaria (por ejemplo

entre tímido e introvertido, los cuales difícilmente parecen ser dos rasgos separados), algunos investigadores han examinado de manera estadística que puntajes de rasgos tienden a estar correlacionados y con esa base han propuesto amplios factores de personalidad (Cloninger, 2003).

Raymond Cattell (1957) propuso un grupo de 16 factores básicos de la personalidad, otros investigadores han encontrado solo cinco (Jonh 1990) o incluso tres factores (Eysenck, 1990) son suficientes para describir las dimensiones esenciales de la personalidad.

Existen teorías dentro de la psicología que abordan la personalidad desde distintos enfoques teóricos, por ejemplo las teorías psicodinámicas que determinan la importancia de las características intrapsíquicas del ser humano en el desarrollo de su personalidad; existen otras teorías que son conductuales, las cuales afirman que la conducta es aprendida y que los seres humanos son la suma de estas conductas aprendidas; también existen enfoques que tienen especial atención en rasgos específicos o conjuntos de rasgos; otras teorías establecen que la personalidad es un constructo que se forma con relación al ambiente (Seelbach, 2012)

3.2 Antecedentes históricos

Uno de los primeros modelos o tipologías fue descrito por Hipócrates entre el año 460 y 357 antes de Cristo, la teoría de Hipócrates quien es considerado como el padre de la medicina actual, establecía que las enfermedades eran causadas por un desequilibrio de los fluidos corporales, también llamados humores, de este modo se originaron cuatro personalidades diferentes que tienen su origen en el tipo de fluido

- Sanguíneo (optimista, esperanzado)
- Colérico (irascible)
- Flemático (apático)
- Melancólico (triste, deprimido)

. (Seelbach, 2012) (Merenda, 1987)

La ciencia médica psiquiátrica y el psicoanálisis se encargaron de desarrollar parámetros y estándares de normalidad y anormalidad de la personalidad, esto con base en la “norma” o común; todo aquello que está fuera de la normalidad o del estándar de la sociedad, pertenece a lo anormal y patológico (Seelbach, 2012).

En este sentido, la personalidad como se ha explicado con anterioridad fue clasificada, desde los griegos, en elementos, factores, características, cualidades o virtudes “comunes”, es decir, de acuerdo a lo que pertenecía a la normalidad (dependiendo de cada época). No obstante, con el desarrollo y los avances de la ciencia y sus métodos de investigación, el estudio de la personalidad se ha “afinado”, hasta el punto de clasificarla de acuerdo a parámetros de normalidad o anormalidad con una perspectiva más científica.

Las teorías de la personalidad tienen dos objetivos: resumir el criterio de los teóricos acerca de la naturaleza humana en general y servir como guía para comprender dicha naturaleza: guías para la aplicación personal y guías para el asesoramiento y la terapia, se consideran interpretaciones personales de la naturaleza psicológica individual y colectiva de la persona, pero no son principios estables o leyes de conducta.

La utilidad de las teóricas se valora por su capacidad para describir, explicar, predecir y cambiar la personalidad.

A continuación se mencionaran algunas teorías de la personalidad con su autor y sus postulados básicos (Jose Cueli, 1990).

Siever (1991) sostiene que las distintas agrupaciones de personalidad o cluster corresponden a una dimensión particular de la personalidad. El psicoanálisis y la psiquiatría clasificaron al ser humano, dependiendo de las características en cuanto a criterios de una personalidad patológica, en tres bloques, tipos o clusters de personalidad. (Seelbach, 2012).

Personalidad		
A	B	C
Paranoica	Limítrofe	Dependiente
Esquizoide	Narcisista	Evitación
Esquizotípica	Histriónica	Obsesivo-compulsivo
	Histérica	
	Antisocial	
	Psicopática	

Cada uno de los tipos de personalidad se dividen y clasifican de tal manera debido a que comparten características en común, es decir, la personalidad del tipo A se clasifica y ubica así porque comparte características similares, lo mismo sucede con los otros dos tipos de personalidad. Sin embargo, es importante resaltar que a pesar de que se clasifican de determinada manera, un individuo puede poseer algunas características de otro tipo, de esta manera, no existen personalidades puras o únicas, porque pueden incluir rasgos de otro tipo de personalidad (Seelbach, 2012).

Sistemas de neurotransmisión propuestos en trastornos de personalidad (Siever L.,1991)

Agrupación de trastornos de personalidad	Dimensiones	Sistemas de neurotransmisión	Relación con el Eje I
Relacionado con esquizofrenia	Cognitiva/ Perceptual	Dopaminérgica	Trastornos esquizofrénicos
Afectivo/impulsivo	Regulación del afecto	Colinérgico Noradrenérgico	Trastornos afectivos
	Control de impulsos	Serotoninérgico Noradrenérgico	
Relacionadas con la ansiedad	Ansiedad	Serotoninérgico Dopaminérgica Gabaérgica	Trastornos del control de impulsos

3.3 Tipo de personalidad Clúster A

Este tipo de personalidades tienen un carácter excéntrico o extraño, es decir, son personas que se aíslan de su medio, prefieren la soledad; poseen ideas, creencias y comportamientos extraños al común de la sociedad y emocionalmente son menos expresivos.

- Personalidad paranoica:

Este tipo de personas son frías y distantes, se les dificulta generar vínculos con otras personas; desconfían a menudo de su entorno, por esta característica vigilan de manera constante las conductas de otros, se asustan y desconfían de las intenciones de los

demás y utilizan un mecanismo de defensa llamado proyección sobre otros, es decir, adjudican sus defectos, incapacidades, inseguridades y miedos en otros, haciéndoles creer que ellos (los otros), tienen la culpa o responsabilidad y no la persona misma.

- Personalidad esquizoide:

Son personas tímidas, distantes, frías, e introvertidas, que evitan tener algún tipo de contacto social, por esta razón sus vínculos interpersonales son débiles e inestables, prefieren vivir en un mundo interno que involucrarse en la vida social.

- Personalidad esquizotípica:

Este tipo de personalidad comparte las mismas características que las dos anteriores, también son personas frías, distantes y aisladas que prefieren tener poco vínculo con las personas, la diferencia es que poseen ideas o creencias muy particulares, ideas extrañas, fantasiosas o supersticiosas (Seelbach, 2012).

3.4 Tipo de personalidad Clúster B

Este tipo de personalidades se distinguen por ser erráticas, dramáticas y en ocasiones con comportamientos explosivos.

- Personalidad limítrofe:

También se conoce como personalidad borderline, debido a que son individuos inestables emocionalmente, tienen un comportamiento errático, explosivo y dramático, para este tipo de individuos no existen los “términos medios”, es decir, los quieren o no los quieren, están con ellos o los abandonan, confían o desconfían, esto implica que sus relaciones sean inestables, erráticas o esporádicas; también poseen conductas extremas, como conducir a gran velocidad, se provocan daño a sí mismos, esto sucede de manera abrupta.

Este tipo de comportamientos extremos son típicos de una personalidad limítrofe o border, denominada así precisamente porque los individuos con este tipo de personalidad se encuentran en el límite de lo “normal” y la “locura”, pueden pasar de un extremo a otro indiscriminadamente y de manera intempestiva.

- Personalidad narcisista:

Este tipo de personalidad es característica de personas que tienen una idea exagerada de sí mismas, es decir, con sentimientos de grandeza que sobrepasan lo común.

El narcisismo es un tipo de personalidad que poseen los individuos cuando sobrevaloran sus capacidades o actitudes individuales, y que menosprecian a otros por percibirlos como inferiores, son personas que a nivel relacional, se vinculan con individuos que perciben como inferiores, para que otros los perciban como superiores, o se vinculan con personas que, según su percepción, son superiores y exitosos para sentirse de manera similar, no obstante, son personas sensibles a la crítica, a los juicios de valor y al fracaso (Seelbach, 2012).

- Personalidad histriónica:

Son individuos expresivos, locuaces, excéntricos y extrovertidos; les agrada ser el centro de atención, este tipo de personas son exageradas en sus actitudes hacia los demás, utilizan su cuerpo y sus gestos de manera común para expresar su sentir, tienen gran interés por su imagen y se preocupan por su aspecto.

- Personalidad histérica:

Este tipo de individuos poseen características similares a la personalidad histriónica, ya que les agrada sentirse atendidos en todo momento, tienen conductas exageradas respecto a sus emociones y actitudes, sin embargo, son individuos que somatizan, es decir, expresan corporalmente sus síntomas psicológicos.

- Personalidad antisocial:

Los individuos con este tipo de personalidad evitan el contacto social, y no tienen un interés particular por relacionarse con otras personas; pueden desvalorizar a otros y no mostrar respeto por las normas sociales, esto en búsqueda siempre de un beneficio personal, pueden ser personas que lastimen física o emocionalmente a otros individuos, o que rompan las leyes o normas, porque carecen de culpa, es decir, no les importa las consecuencias de sus actos.

- Personalidad psicopática:

Los individuos con este tipo de personalidad comparten características con la personalidad anterior, es decir carecen de culpa o no les importan las consecuencias de sus actos, pueden lastimar o herir a otros de forma física o emocional, sin embargo, pueden ser más agresivos que los antisociales (Seelbach, 2012).

3.5 Tipo de personalidad Clúster C

Los individuos con este tipo de personalidad poseen características como la ansiedad y la inhibición, se preocupan por sus acciones y por lo que les pueda ocurrir en todo momento, son personas que tienen miedo constante por las consecuencias de sus actos.

- Personalidad dependiente:

Este tipo de personas dependen de algo o de alguien, es decir, necesitan de la aprobación o de la compañía de otras personas para poder realizar alguna acción, sienten que sin alguien más su vida se encuentra vacía; de igual manera, esta característica se encuentra en la relación que tienen con objetos o situaciones, es decir, las personas necesitan poseer bienes materiales, consumir sustancias o buscar determinadas situaciones para sentirse cómodas o seguras, de manera similar, buscan que otros dependan de ellos, porque son individuos que creen sentirse incapaces de cuidarse y tienen poca confianza en sí mismos y en las actividades que desempeñan.

- Personalidad de evitación:

Este tipo de individuos son muy sensibles a las críticas y al rechazo de los demás, esto provoca que eviten situaciones, lugares y personas que puedan ocasionarles esta sensación de rechazo.

- Personalidad obsesiva-compulsiva:

Las personas con este tipo de personalidad son rígidas respecto a los cambios en sus rutinas y hábitos de vida, son intolerantes al cambio o a perder el control sobre su vida, ante cualquier cambio de rutina experimentan gran ansiedad.

Una obsesión es una idea intermitente relacionada con la salud, el orden, la limpieza, la estética, la moral, la sexualidad, entre otras, este tipo de ideas son intermitentes y provocan incomodidad, la manera de contrarrestarlas o evitar sentir esa ansiedad es

mediante una compulsión, por ejemplo, ordenar, limpiar, hacer, contar, organizar, evitar, comprobar, entre otras(Seelbach, 2012)

Es importante reconocer que estas clasificaciones son tipos de personalidad, no son trastornos, la diferencia es que todas las personas pertenecen o se caracterizan por tener algún tipo de estas personalidades antes mencionadas, incluso les puede servir en las actividades que desempeñan; en cambio, un trastorno se origina cuando interfiere con el ritmo o estilo de vida de un individuo (Seelbach, 2012).

3.6 Perspectiva psicoanalítica

La idea central de esta perspectiva es el inconsciente, este concepto afirma, que la gente no está consciente de los determinantes más importantes de su comportamiento.

Todos los enfoques psicoanalíticos mantienen el concepto de un inconsciente dinámico, es decir que tiene motivaciones o energías y por tanto puede influir en el comportamiento y la experiencia, varias teorías psicoanalíticas describen de manera diferente el inconsciente. Sigmund Freud (1920) propuso que el inconsciente está formado por deseos sexuales y agresivos que no son aceptables para la personalidad consciente, en cambio para Carl Jung el inconsciente no es primordialmente sexual, si no que consiste en motivaciones más generales las cuales pueden tener un contenido espiritual(Departamento de psicología de la salud, 2009)

Otros teóricos incluidos como Melanie Klein (1946) y Harry Stack Sullivan (1953), describieron al inconsciente como una composición de conceptos primitivos acerca de sí mismo y de las relaciones con otras personas, especialmente con la madre como el primer "otro" que encuentra el lactante.

A pesar de estas variaciones, los psicoanalistas comparten postulados característicos tales como:

- La personalidad está fuertemente influida por determinantes inconscientes.
- El inconsciente es dinámico o motivacional y está en conflicto con otros aspectos del inconsciente y con la conciencia
- El inconsciente se origina en la experiencia temprana. (Cloninger,2003)

3.6.1 Sigmund Freud (1856)

Freud dice que la razón no gobierna el comportamiento, él propuso que las fuerzas psicológicas inconscientes afectan en forma poderosa al pensamiento humano y al comportamiento, dichas fuerzas se originan en las emociones de la niñez y continúa su influencia durante toda la vida.

Freud representó a los humanos como seres movidos por sus impulsos que “en sí mismos no son buenos ni malos” pero que tienen ambas clases de efectos, además apreciaba los sueños como la manera más fácil y segura para llegar al inconsciente (Seelbach, 2012).

En la vida de vigilia, las fuerzas del consciente restringen de manera poderosa las fuerzas inaceptables del inconsciente, durante el sueño las fuerzas represoras de la consciencia se relajan y el inconsciente amenaza con irrumpir en la conciencia, esto dispara la ansiedad, lo cual amenaza con despertar al que duerme, el dormir es protegido mediante el disfraz del inconsciente que aminora la amenaza a través de la forma simbólica en el sueño; por lo general el sueño disfraza el incumplimiento de un deseo reprimido (Freud, 1900).

Es preciso distinguir en los sueños el contenido manifiesto, o sucesos que el sujeto vive en el sueño, del contenido latente, o significado verdadero del sueño. El contenido manifiesto está situado en el nivel del símbolo y el contenido latente (Freud se refería a este contenido como “ideas latentes”) es la verdadera experiencia, es decir los deseos y vivencias que motivan el sueño.

El trabajo del sueño es un trabajo decodificador, que está conformado por cuatro etapas que a continuación se explican:

- Condensación:
Proceso en la cual tanto el contenido del sueño latente como el contenido del sueño manifiesto se condensa y entrelazan.
- Desplazamiento:
Freud dice que el desplazamiento aparece a partir de la censura, es decir que no nos permite en realidad conocer lo que realmente soñamos, disfrazando las ideas que nos producirían conflicto.
- Miramiento de la Figurabilidad:
Es la trasposición de pensamientos en imágenes visuales

- **Elaboración secundaria:**
Sucede cuando el sujeto se despierta y cuenta el sueño modificado por la censura de la vigilia (Cloninger, 2003).

Los investigadores confirman que los sueños contienen mucha emoción (Merrit, Stickgold, Pace-Schott, Williams y Hobson, 1994).

La gente cuyas pruebas de personalidad indican que son represores reporta sueños con niveles relativamente altos en agresión, lo cual apoya la interpretación de que los sueños expresan lo que es reprimido en la vida consciente (Bell y Cook, 1998).

Algunos investigadores han encontrado que algunas personas pueden estar conscientes de que están soñando aun mientras el sueño continúa y que pueden influir en el curso del sueño, un fenómeno llamado sueño lucido (Kahan y Laberge, 1994).

Estructuras de la personalidad (Freud)

Para establecer con mayor claridad la tensión entre el inconsciente, que busca expresión y la consciencia, que trata de frenar las fuerzas del inconsciente, Freud describió tres estructuras de la personalidad, que a continuación se describen:

- El ello, el cual es primitivo y se considera la fuente de los impulsos biológicos, es inconsciente, siendo un proceso primario puramente instintivo, es la estructura de la personalidad presente al nacimiento, funciona según el principio de placer; en otras palabras, es hedonista su objetivo es satisfacer sus deseos, demandando una gratificación inmediata; lo cual reduce la tensión y por tanto trae placer.

Freud propone que el ello es la fuente de energía psíquica, llamada libido, es sexual y se considera la motivación para todos los aspectos de la personalidad, esta energía puede ser transformada desde su forma instintiva original a través de la socialización, es decir utilizada para logros culturales, políticos, de educación, entre otros, por lo que entendemos que es energía sexual transformada, al contrario, la represión inmoviliza la energía haciéndola inaccesible para logros más altos (Seelbach, 2012).

La energía psíquica es de dos clases:

Eros: El cual se considera el instinto de vida, el que motiva los comportamientos de mantenimiento de la vida y el amor;

Thánatos: El instinto de muerte, siendo éste una fuerza destructiva que nos dirige de manera inevitable hacia la muerte, el último alivio a la tensión de vivir; motiva toda clase de agresiones, incluyendo la guerra y el suicidio.

- El yo es la parte racional y componente de la personalidad, es la estructura de la personalidad más consciente; está en contacto con la realidad y opera de acuerdo al principio de realidad, el yo puede retrasar la gratificación y planear, estas habilidades se denominan procesos secundarios; si el yo se colapsa ocurre un episodio psicótico.
- El superyó está formado por las reglas e ideales de la sociedad que el individuo ha internalizado, genera culpa cuando actuamos contrariamente a sus reglas, además el superyó se nos presenta con un ideal del yo, el cual es una imagen de lo que queremos ser, nuestros estándares internos.

Debido a que el superyó se desarrolla a temprana edad, representa una forma inmadura y rígida de la moralidad, en este sentido Freud sostuvo que nuestro sentimiento de culpa está con frecuencia lejos de la realidad actual y representa la comprensión inmadura de un niño pequeño; Sigmund Freud rechazaba mucho la religión porque la consideraba inmadura, para él la ética madura no se logra a través del superyó sino a través del yo, la única estructura de la personalidad que se adapta a la realidad actual.

El ello, el yo y el superyó no siempre coexisten en forma pacífica, el ello demanda una satisfacción inmediata de los impulsos, mientras que el superyó amenaza con la culpa, si se intenta cualquier satisfacción placentera de los impulsos inmorales, por lo tanto existe un conflicto intrapsíquico.

El yo emplea varias estrategias para resolver el conflicto intrapsíquico, estos mecanismos de defensa se adaptan si la expresión directa del impulso del ello es inaceptable para el superyó o es peligrosa en el mundo real, todos los mecanismos de defensa empiezan con la represión de los impulsos inaceptables, esto es, los fuerzan a ser inconscientes; sin embargo la represión consume energía, así que para conservar energía el yo utiliza una variedad de mecanismos de defensa que disfrazan un impulso inaceptable, al distorsionar la fuente, la finalidad y el objeto del impulso, evitan la represalia del superyó, de esta manera no es necesaria una represión total del impulso, esto reduce los requerimientos de energía para la represión (Paulhus, Fridhandler, Hayes, 1997), (Tuvey y Salovey 1993-1994).

Los mecanismos de defensa varían desde los más primitivos es decir los primeros desarrollados en la infancia, hasta los más maduros, desarrollados más tarde (Kernberg, 1994) (Vaillant 1971-1992-1993). Mientras que todo mundo necesita de los mecanismos de defensa para enfrentar la vida, la gente que está mejor adaptada utiliza defensas más maduras, por ejemplo la negación, es un mecanismo de defensa primitivo con el cual el individuo no se da cuenta de algunos aspectos de la realidad o del sí mismo doloroso o provocadores de ansiedad, esta negación es un mecanismo normal de defensa en los niños preescolares, pero conforme alcanzan los siete, ocho y nueve años de edad, lo emplean con menor frecuencia y utilizan mecanismos de defensa más maduros como la proyección (Cramer, 1997) (Cramer y Block 1998) ,si continuaran utilizando mecanismos primarios de defensa hasta la edad adulta, esto nos habla de una mala adaptación, acompañada de una distorsión de la realidad.

Continuando con los diversos mecanismos de defensa analizamos la formación reactiva, en donde un impulso que no es aceptado se reprime y su opuesto es desarrollado de manera exagerada (Kaplan, 1997).

En la proyección ante el propio impulso inaceptable de la persona, se piensa en cambio que pertenece a alguien más.

En el mecanismo de defensa de desplazamiento, se distorsiona el objeto del impulso, siendo el desplazamiento menos primitivo que la proyección, ya que se ve el impulso, de manera adecuada, es decir perteneciente al individuo, sola se distorsiona el objeto.

En el mecanismo de defensa del aislamiento, los pensamientos relacionados con alguna ocurrencia dolorosa son disociados de otros pensamientos y por tanto no recordados, además las emociones que ordinariamente estarían conectadas con los pensamientos se van.

El mecanismo de defensa de racionalización involucra el dar razones plausibles, pero falsas a una acción para disfrazar los motivos verdaderos; la racionalización involucra relativamente poca distorsión, de manera que es considerado un mecanismo de defensa relativamente maduro.

El mecanismo de defensa de intelectualización previene el reconocimiento claro, sin distorsiones, de un impulso a través de una explicación excesiva o distorsionada (Cloninger, 2003).

La sublimación es la forma más deseable y saludable de tratar con los impulsos inaceptables; ocurre cuando el individuo encuentra una finalidad y un objeto socialmente aceptables para expresar un impulso inaceptable, esto permite una descarga indirecta del impulso, de manera que se reduce su tensión.

Desarrollo de la personalidad

El desarrollo de la personalidad, involucra una serie de conflictos entre el individuo, quien desea satisfacer sus impulsos instintivos, pero se ve obligado a reprimirlos por el mundo social, entonces, a través del desarrollo el sujeto encuentra diversas formas de obtener tanta gratificación hedonista como le sea posible, esto debido a las restricciones impuestas por la sociedad.

Respecto a este tema considero importante mencionar a Freud quien propuso que las membranas mucosas del cuerpo podrían ser la fuente física de los impulsos del ello, es decir las zonas erógenas donde se enfoca la libido siendo responsables en gran medida de la sensación, y las asociaba con el aumento y reducción de la tensión, como el modelo de la libido lo requiere.

Las diferentes zonas son centrales a diversas edades, debido a los cambios de la maduración (por ejemplo, los cambios físicos asociados con la edad).

Para el adulto, la zona erógena es el área genital, pero a temprana edad, otras zonas dan más placer, por ejemplo en la primera infancia, la boca; y después, el ano y esto va variando debido a factores de maduración, en este sentido toda la gente se desarrolla a través de las mismas etapas psicosexuales que a continuación se mencionan (Cloninger, 2003).

Las cinco fases psicosexuales

Existen cinco fases universales del desarrollo, en las cuales Freud creyó que la personalidad se formaba esencialmente hacia el final de la tercera fase, aproximadamente a la edad de cinco años cuando el individuo ha desarrollado las estrategias básicas para expresar los impulsos, dichas estrategias constituyen el núcleo de la personalidad.

Fase oral

La fase oral del desarrollo ocurre desde el nacimiento hasta la edad de un año aproximadamente, durante esta fase, la zona erógena es la boca y las actividades placenteras se centran alrededor de la alimentación.

Debido a que las necesidades del lactante son cumplidas sin esfuerzo, se dice que se siente omnipotente, este sentimiento pasa en el desarrollo normal, pero es retenido en algunas psicosis.

“El sentimiento de omnipotencia infantil por lo general da paso a la percatación de que las necesidades son satisfechas a través de los objetos amados en el mundo y entonces conforme el lactante aprende a asociar la presencia de la madre con la satisfacción del impulso del hambre, la madre se vuelve un objeto separado y ocurre la primera diferenciación del sí mismo sobre los demás” (Cloninger, 2003, p.52).

La fijación en la primera fase psicosexual resulta en el desarrollo de un tipo de Personalidad de carácter oral, cuyos rasgos incluyen por lo general optimismo, pasividad y dependencia, sin embargo, a veces las características opuestas son más aparentes debido a la formación reactiva, por ejemplo, la persona fijada en esta etapa puede mostrar pesimismo en lugar de optimismo, llevando a una asociación entre la fijación oral y la depresión (Lewis, 1993).

Fase anal

Durante el segundo y tercer año de vida, el placer del niño se experimenta en una parte diferente del cuerpo, el ano, en la cual el deseo del niño(a) por controlar sus movimientos intestinales está en conflicto con la demanda social del entrenamiento para ir al baño.

El placer se experimenta al principio a través de la nueva habilidad de retener las heces, la fase anal retentiva, y luego en la experiencia de la defecación a voluntad, la fase anal expulsiva (Cloninger, 2003)

Si existe una fijación en esta fase, el resultado posible sería conflictos continuos sobre los temas del control, de retener y liberar.

El carácter anal se distingue por tres características, sentido de orden, parsimonia y obstinación, las cuales están correlacionadas en muchos estudios empíricos (Greenberg y Fisher, 1978).

La fijación anal puede ser expresada por temas relacionados con el dinero, acumularlo o gastarlo, como heces simbólicas (Wolfenstein, 1993),(O'Neill, Greenberg y Fisher, 1992).

Fase fálica

De los tres a los cinco años (o un poco más tarde), el área erógena primordial del cuerpo es la zona genital, Freud llamó a esta etapa del desarrollo la fase fálica, lo que reflejaba su convicción de que el falo (pene) es el órgano más importante del desarrollo tanto de los hombres como de las mujeres.

El deseo del niño por el placer sexual se expresa a través de la masturbación, la cual es acompañada de fantasías importantes, en esta etapa, los hombres y las mujeres siguen caminos diferentes en su desarrollo que a continuación se explican (Cloninger, 2003).

Desarrollo del hombre:

En el conflicto de Edipo de acuerdo con Freud, el niño quiere matar a su padre y reemplazarlo como la pareja sexual de su madre.

El universal conflicto de Edipo en el hombre se deriva de la obra de Sófocles, Edipo Rey, en la cual sin desearlo Edipo asesina a su padre y toma a su propia madre como esposa, el chico teme que si su padre supiera lo que desea, le castigaría de la manera más apropiada a este crimen: la castración. "La ansiedad de castración, el temor de que su pene sea cortado, es la ansiedad motivadora del niño en esta fase" (Waite, 1977,pp.30), (DSM-IV, 1995; Kirmayer, 1992).

En una resolución sana del conflicto de Edipo, el niño abandona su fantasía de reemplazar al papá y en su lugar decide volverse como su padre. Mediante esta identificación, el niño logra dos desarrollos importantes:

1) la internalización de la conciencia, llamada superyó, y

2) un modelamiento apropiado de acuerdo con su sexo masculino, en donde la conciencia es alimentada por la ansiedad de castración: entre más fuerte sea el temor, más fuerte será el superyó (Cloninger, 2003).

Desarrollo de la mujer:

En el conflicto de Electra las niñas se desarrollan de manera diferente, al ver que carecen de un pene, tienen la creencia que han sido castradas y de acuerdo con Freud, las niñas interpretan su clítoris como inferior al pene y desean este último (envidia del pene).

Como en los niños, las niñas en la fase fálica fantasean con la unión sexual con el padre pero a diferencia de los niños, las niñas deben cambiar su apego erótico de la madre (el primer objeto de amor preedípico para ambos sexos) por el de su padre, este cambio de objeto es facilitado por el enojo de la niña hacia su madre por no ser lo suficientemente poderosa para protegerla de la castración.

Freud (1933/1966) lista tres posibles resultados del complejo de castración de la niña: Uno es la inhibición sexual o neurosis, otro el complejo de masculinidad, y por último la feminidad normal.

Por complejo de masculinidad, Freud quiso decir que la mujer se esfuerza por logros inapropiados para las mujeres, tales como avances en la carrera para excluir los compromisos femeninos tradicionales de la familia.

El desarrollo femenino normal, de acuerdo con Freud, resulta en aceptar el papel de esposa y madre y en el desarrollo de rasgos "normales" femeninos como la pasividad y el masoquismo, sin embargo en la actualidad las mujeres pueden escoger permanecer sin hijos y muchas lo hacen (Tangney, 1990, 1994).

Efectos de la fijación

La teoría psicoanalítica dice que la fijación en la fase fálica resulta en dificultades en la formación del superyó; en la identidad del rol sexual; y en la sexualidad, incluyendo la inhibición sexual, la promiscuidad sexual y la homosexualidad.

Los problemas con la identificación del rol sexual (aceptar los estándares culturales del comportamiento del hombre y la mujer) pudieran originarse de las dificultades en esta fase. Esta fórmula clásica asume que las normas sexuales culturales serán aceptadas por los individuos sanos; sin permitir la posibilidad de que en las normas del rol sexual estén ellas mismas en la necesidad de cambio.

Freud aseveró que la personalidad se forma principalmente durante estas tres primeras fases psicosexuales, cuando se establecen los mecanismos básicos del yo para lidiar con los impulsos libidinales.

Si ocurre la fijación, la neurosis específica dependerá de la fase en la que se dañó el desarrollo, mientras más temprana la fijación, más serio el trastorno resultante. Freud sugirió que la esquizofrenia, la paranoia, la neurosis obsesiva y la histeria eran resultado de una severa fijación en las primeras tres fases, respectivamente (Sulloway, 1979).

Muchos psicoanalistas en la actualidad rechazan la aseveración de Freud de que las mujeres saludables necesitan convertirse en esposas y madres a fin de satisfacer sus deseos innatos (Morris, 1997).

Fase de latencia

Cronológicamente, la latencia suele ubicarse entre los seis y los doce años de edad. Partiendo desde la metapsicología, durante esta etapa se transforma el aparato psíquico, ya que se incorpora el Superyó, una instancia que internaliza las figuras de los padres junto con los límites por ellos expuestos y las expectativas que han depositado en sus hijos; el encargado de satisfacer todas estas exigencias es el Yo. Es notable el aumento del pensamiento en contraste con la disminución de la impulsividad, ya que entran en juego conceptos como la honestidad, la compasión y la responsabilidad, hasta ese momento inexistente.(Alvarez, 2014).

Fase genital

La fase genital empieza en la pubertad, en contraste con los objetos sexuales autoeróticos y de la fantasía del niño fálico, el adulto genital desarrolla la capacidad de experimentar satisfacción sexual con un objeto del sexo opuesto. El carácter genital es el ideal de Freud de un completo desarrollo y éste se desarrolla si las fijaciones han sido evitadas o si han sido resueltas a través del psicoanálisis, tal persona no tiene conflictos significativos preedípicos; disfruta una sexualidad satisfactoria; y le interesa la satisfacción de la pareja de amor, evitando el narcisismo egoísta, la energía psíquica sublimada está disponible para el trabajo, lo que produce gozo, en este sentido Freud consideraba a la neurosis en esencia como una disfunción sexual.

Debido al inherente conflicto entre las demandas biológicas y los requerimientos de la civilización, algún grado de conflicto neurótico es inevitable, pero puede ser minimizado a través de la aceptación de las necesidades sexuales (Cloninger, 2003).

3.6.2 Perspectiva Psicología analítica Carl Gustav Jung (1875)

Carl Jung propuso una teoría de la personalidad que da un papel predominante al inconsciente. Para Jung, sin embargo, la libido no era primariamente sexual sino una energía psíquica más amplia con dimensiones espirituales, Jung creyó que los desarrollos más interesantes de la personalidad ocurrían en la adultez, no en la niñez, este énfasis refleja su interés en las direcciones futuras hacia las cuales se está desarrollando la personalidad, en contraste con el énfasis de Freud en el pasado (Seelbach, 2012).

La estructura de la personalidad

Como todos los psicoanalistas, Jung reconoció que la personalidad incluye tanto los elementos conscientes como los inconscientes, como Freud, Jung se refirió al yo al describir los aspectos más conscientes de la personalidad, su descripción del inconsciente difiere de las estructuras freudianas del ello y el superyó, sin embargo, no procuró incrementar el papel de la conciencia en la personalidad ni minimizar la influencia inconsciente, como lo hizo Freud, en su lugar, Jung buscó un equilibrio en el cual los elementos inconscientes tuvieran un papel equitativo, complementario a los de la conciencia.

Jung por lo general no se refería a la personalidad sino a la psique, una palabra griega para denominar “espíritu o “alma” (Hall y Nordby, 1973, p. 32).

Jung (1959), como Freud, describió al yo como un aspecto de la personalidad que es principalmente consciente, y decía “Nada puede volverse consciente sin pasar a través del yo, que sirve como “el guardián de la conciencia”.

El yo es esencial para un sentimiento de identidad personal, sin el cual estaríamos abrumados por las percepciones, pensamientos, sentimientos y recuerdos de nuestra vida diaria.

El yo es también el centro de nuestra voluntad, ya que nos permite luchar por las metas conscientes, existen, sin embargo, límites al poder de la voluntad debido a las limitaciones

de la consciencia misma, metáfora de Jung, “El yo es parte de la personalidad, pero no es el centro de la personalidad”(Garden, 1991.pp.73).

De manera alternativa, pero menos frecuente, la inflación psíquica puede resultar de una sobreevaluación del inconsciente, los místicos y los médiums espiritistas, como también los psicóticos, sufren de esta clase de desequilibrio psíquico., en donde el remedio para cualquier tipo de inflación psíquica es la individualización, la cual significa encontrar un equilibrio adecuado entre la consciencia y el inconsciente.

Tipos psicológicos

La descripción de Jung sobre los tipos de personalidad es uno de los más directos y menos místicos aspectos de su teoría, entre otras cosas, ayuda a explicar el por qué algunas personas ponen énfasis en las descripciones de sus experiencias místicas y mitológicas con entusiasmo, mientras que otros las desechan como si no tuvieran sentido científico, la diferencia depende del tipo psicológico de la persona, esto es, la agrupación de la persona con base en las tres principales dimensiones de la personalidad propuestas por Jung, que son introversión versus extraversión, pensamiento versus sentimiento y sensación versus intuición.

Para identificar el tipo psicológico, es necesario primero determinar si la persona está orientada principalmente hacia el mundo interior (introversión) o hacia la realidad externa (extraversión).

Jung llamó a la introversión y a la extraversión como la actitud fundamental del individuo para poner énfasis en su importancia.

A continuación se evalúa cuál de las cuatro funciones psicológicas (pensamiento, sentimiento, sensación o intuición) prefiere la persona, esto recibe el nombre de función dominante, la cual va dirigida hacia la realidad externa si la persona es extrovertida o hacia el mundo interior si la persona es introvertida (O’Roark, 1990).

Las actitudes fundamentales (introversión y extroversión) pueden ser combinadas con las cuatro funciones (pensamiento, sentimiento, sensación e intuición) de ocho maneras diferentes, constituyendo ocho psiquetipos.

Para dar una descripción más completa, podemos también identificar la función que el individuo emplea para tratar con la dirección menos preferida (realidad interna para un

extrovertido, realidad externa para un introvertido), esto recibe el nombre de función auxiliar.

Jung describió las cuatro funciones psíquicas como constituyentes de dos pares de funciones, las dos funciones racionales, pensamiento y sentimiento, que nos permiten realizar juicios o tomar decisiones, las dos funciones irracionales, sensación e intuición, que nos proporcionan la información sobre la cual basar estos juicios.

Si la función dominante es una función racional (decisión), la función auxiliar será una irracional (recopilación de información), y viceversa (McCaulley, 1990). Juntas, considerando tanto el psiquetipo y la función auxiliar, dan por resultado 16 patrones diferentes posibles.

Los introvertidos se retraen de la compañía, mientras que los extrovertidos se mezclan fácilmente con la demás gente, en este sentido Jung describió la experiencia subjetiva de estos tipos. Los introvertidos dirigen su atención y su libido al interior, hacia sus propios pensamientos y estados internos, mientras que los extrovertidos dirigen su energía y atención hacia fuera, hacia la gente y las experiencias en el mundo. Las orientaciones de estos dos tipos son tan fundamentalmente diferentes que con frecuencia no se entienden entre sí. El extrovertido, inconsciente de su propia dinámica interna, piensa que el introvertido es “egoísta y estúpido”. El introvertido, poco interesado con la demás gente, considera al extrovertido como “superficial e hipócrita” (Fordham, 1966).

Psiquetipos de la personalidad

1. Pensamiento introvertido: Interesado en las ideas (en lugar de los hechos); interesado en la realidad interior; pone poca atención en la demás gente
2. Sentimiento introvertido: Superficialmente reservado, pero simpático y comprensivo con los amigos cercanos u otros que lo necesiten; amoroso pero no demostrativo
3. Sensación introvertida: Pone énfasis en la experiencia que disparan los eventos, en lugar de los eventos por sí mismos (por ejemplo, músicos y artistas)
4. Intuición introvertida: Interesado con las posibilidades, más que en lo que actualmente está presente, en contacto con el inconsciente

5. Pensamiento extrovertido: Interesado en los hechos acerca de los objetos externos al Sí mismo; lógico; reprime la emoción y los sentimientos, descuida a los amigos y las relaciones.
6. Sentimiento extrovertido: Interesado en las relaciones humanas; ajustado al ambiente (especialmente frecuente entre las mujeres, de acuerdo con Jung).
7. Sensación extrovertida: Pone énfasis en los objetos que disparan la experiencia y con hechos y detalles, y a veces con la búsqueda del placer
8. Intuición extrovertida: Interesado con las posibilidades para el cambio en el mundo externo, en lugar del familiar; un aventurero (Fordham, 1966,)

Las cuatro funciones

Como Freud, Jung observó que la emoción y el pensamiento no son siempre consistentes, el pensamiento y el sentimiento son formas alternativas de tomar decisiones de valor o juicios, en donde algunas personas deciden qué es lo que vale la pena mediante el cómo se sienten emocionalmente (Cloninger, 2003).

Las funciones dominante y auxiliar en los extrovertidos e introvertidos:

La persona de tipo extrovertido usa la función dominante para encarar el mundo exterior, y la función auxiliar para hacer frente a la realidad interior.

La persona de tipo introvertido usa la función dominante para manejar la realidad interior, y la función auxiliar, para hacer frente al mundo exterior. Ambos tipos de personas toman las decisiones que incrementan las emociones positivas, tales como excitación, placer o alegría, evitando hacer aquello que trae emociones negativas, tales como ansiedad, dolor o pena, otra gente piensa las cosas a través de la lógica, considerando las razones y los principios.

En contraste con Freud, Jung rechazó el postulado de que el pensamiento racional es superior a la emoción, porque para él la emoción no está limitada a la fuerza avasalladora e indiferenciada resultante de la represión temprana, la emoción puede ser desarrollada y aun inteligente, tanto como el concepto de la inteligencia emocional propuesto por Peter Salovey y John Mayer (1990).

Sensación e intuición

La sensación y la intuición son formas complementarias de conseguir información acerca del mundo.

A continuación analizamos las características de los individuos tanto sensitivos como intuitivos.

El tipo sensitivo pone atención a los detalles y conoce lo que llega a través de los cinco sentidos: lo que se ve, escucha, toca, saborea o huele, es poco probable que se dirija por corazonadas, ya que para hacerlo tiene que hacer una inferencia más allá de los detalles concretos.

En contraste con el tipo sensitivo, la persona de tipo intuitivo es muy buena para considerar todo el panorama, aunque con frecuencia es incapaz de decir con exactitud por qué lo entiende, la intuición puede sonar intangible, pero aun la investigación de laboratorio sobre la cognición ha estudiado la intuición como un proceso que permite a la gente hacer suposiciones correctas sobre tareas sin ser capaz de identificar las respuestas correctas en las palabras (por ejemplo, Wippich, 1994).

Jung sugirió que los tipos intuitivos tienen las habilidades para saber lo que la otra persona experimenta, casi como lectores de la mente con su habilidad de actuar con la misma longitud de onda que los demás, esto se debe a que la otra persona da las pistas inconscientemente y sin intención y la persona de tipo intuitivo las recoge, con frecuencia con una rara precisión, con esta habilidad, a menudo reconocen los potenciales desarrollos en situaciones que el tipo sensitivo orientado al detalle pierde, por lo anterior podemos decir que la intuición es mucho más alta entre la gente creativa y artística (Sundberg, 1965).

Como la dimensión pensamiento-sentimiento y la dimensión sensación-intuición se desarrolla a lo largo de la adultez., entonces con el tiempo, un adulto deberá desarrollar ambas habilidades; sin embargo, alguna de ellas la pudo haber tenido desde joven.

MEDICIÓN: EL INDICADOR DE TIPO DE MYERS-BRIGGS

La prueba psicológica más comúnmente empleada para medir las funciones junguianas es el indicador de tipo de Myers-Briggs (MBTI) (McCaulley, 1990; Myers y McCaulley, 1985), esta prueba da puntajes para introversión-extroversión y las cuatro parejas de

funciones (pensamiento-sentimiento y sensación-intuición) y determina cuál de las cuatro funciones es dominante por medio de una cuarta escala que mide si se acerca al mundo externo mediante una función de juicio (pensamiento o sentimiento, lo que sea más alto) o por medio de una función perceptiva (sensación o intuición), la que sea más alta. Para los extrovertidos, la función identificada por esta escala de juicio-percepción es la función dominante y para los introvertidos, identifica la función auxiliar puesto que su función dominante se dirige hacia dentro en lugar de hacia el mundo exterior (McCaulley, 1990).

Debido a que el MBTI especifica la función auxiliar además del psiquetipo básico, produce 16 tipos en lugar de sólo 8.

La perspectiva psicoanalítica- social

Heinz Hartmann puso énfasis en el papel del yo en la organización o integración de la personalidad. Alfred Adler, un miembro del círculo cercano a Freud, puso de relieve los aspectos de lucha de la personalidad y el contexto social del desarrollo, los cuales son característicos de la perspectiva psicoanalítica social.

Los teóricos de la tradición psicoanalítica social también llaman nuestra atención a los factores culturales que influyen a los individuos, citando las categorías sociales tales como la raza y el género que influyen en el desarrollo de la personalidad y el bienestar, influencias que no fueron examinadas en las teorías de Freud y de Jung (Cloninger, 2003).

Alfred Adler, Erik Erikson y Karen Horney, discutieron los aspectos interpersonales del funcionamiento del yo, empezando en la familia y extendiéndolo a la sociedad en general.

La cultura, no simplemente la biología, determinan las diferencias sexuales, de acuerdo con Adler y Horney, además de reinterpretar los papeles sexuales como productos culturales, el énfasis social ha alentado el desarrollo de tipologías de estilos de conducta interpersonal por Adler y Horney, por lo que Adler menciona los siguientes tipos (“quien consigue”, “gobernante” y “evasivo”) y Horney (“ir hacia”, “ir en contra” y “alejarse de”) (Kiesler, 1983; Wheeler, 1989). Por tanto, además del énfasis en el yo dentro de la personalidad, estos teóricos han puesto más atención a la sociedad, contexto en el cual la personalidad se desarrolla.

3.6.3 Psicología individual ALFRED ADLER (1870)

Adler sostuvo que la gente debe ser entendida desde una perspectiva social, no biológica (Christopher y Leak, 1982) y enfatiza la tendencia innata hacia el interés social y sobre el enfoque holístico de la personalidad, Adler se considera el precursor histórico del concepto humanístico de los psicólogos sobre la autorrealización (Runyon, 1984) y en este sentido le da una gran importancia al crecimiento y al libre albedrío como una fuerza opositora a la actitud determinista de Freud, podemos decir que Adler defendió el papel del alma o del sí mismo en la teoría psicológica (Ansbacher y Ansbacher, 1956, Weiss-Rosmarin).

El motivo fundamental de la teoría de Adler es el esfuerzo sin fin para moverse a una mejor manera de vivir, la lucha toma diferentes formas para distintas personas y parece imposible para algunos, los que se resignan a la derrota.

Para Adler, la motivación básica humana es esforzarse desde una situación sentida como menor, hacia una situación mayor, de un sentimiento de inferioridad hacia la superioridad, perfección, totalidad. Éste es un proceso disparado por la insatisfacción de lo “sentido como menor” (Ansbacher y Ansbacher, 1956).

Toda la gente empieza la vida como lactante. Se sienten inferiores y desamparados debido a que su supervivencia depende de los demás, con el desarrollo, el sentido de cada persona de lo que es negativo y lo que podría ser más positivo emerge de una manera única y personal.

Estas cinco etapas del pensamiento de Adler son más o menos sinónimas, conforme se esforzaba por describir el desarrollo de la personalidad con más precisión, culminando en su descripción final: “Esfuerzo por lograr la perfección” (Cloninger, 2003).

- 1) La inferioridad del órgano
- 2) Impulso agresivo
- 3) Protesta masculina
- 4) Lucha por la superioridad:
- 5) Esfuerzo por lograr la perfección

La unidad de la personalidad

Adler (1937/1982, 1932/1988) puso énfasis en la unidad de la personalidad y antes de separarse de Freud, explicó esta unidad como el resultado de una “confluencia de impulsos”, que conforme su teoría evolucionaba, abandonó el modelo del impulso y describió la personalidad como sostenida por el finalismo ficticio y el estilo único de vida, a diferencia de Freud que menciona que el inconsciente y el consciente están en constante conflicto, Adler creyó que el consciente y el inconsciente trabajan juntos con más frecuencia de lo que están en conflicto (Ansbacher, 1982).

Estilo de vida

Las metas de una persona se dirigen a un estilo de vida único y éste empieza como un proceso compensatorio, intentando cubrir una inferioridad particular, llevando a la consistencia a la personalidad conforme la persona compensa, incluso sobre compensa esta inferioridad.

Además de la meta, el estilo de vida incluye los conceptos individuales acerca de sí mismo y el mundo y su manera única de esforzarse hacia la meta personal en ese mundo. Algunas personas adoptan estilos antisociales de vida, engañando y buscando agresivamente su propia satisfacción; otros son cooperativos y trabajan arduamente (Cloninger, 2003).

Estilos de vida errados y sanos

Para Adler el estilo de vida de una persona es único y no le gustaba la práctica de presentar tipologías, ya que ignoraban la singularidad de cada individuo. Para propósitos de la enseñanza, sin embargo, describió cuatro tipos diferentes (Adler, 1935/1982), incluidos tres estilos de vida “errados” (o enfermos) y uno que era el recomendado.

Tipo “Gobernante”

Este Tipo busca dominar a los demás, Pudiendo confrontar activamente los problemas de la vida de una manera egoísta, volverse “delincuentes, tiranos, sádicos” (Ansbacher y Ansbacher, 1956, p. 168), si son menos activos, pueden atacar a otros de manera indirecta a través del suicidio, la adicción a las drogas o al alcoholismo, de acuerdo con Adler.

No toda la gente de este tipo es despreciable, algunos, con talento y arduo trabajo, tienen grandes logros, pero son vacíos y supercompetitivos, pueden expresar su sentido de la superioridad sobre los demás al hacerlos menos, una tendencia que Adler (1921/1927.) llamó el complejo despreciativo.

Tipo “De quien consigue”

Generalmente las características de este tipo es el de apoyarse en los demás, son dependientes, adoptan una actitud pasiva en lugar de activa hacia la vida y pueden volverse depresivos.

Adler comentó que las mujeres y los niños altamente consentidos están sujetos a presiones ambientales que alientan este estilo neurótico, pero es siempre la opción del individuo, en lugar de las circunstancias externas, lo que determina el estilo de vida (Cloninger, 2003).

Tipo “Evasivo”

Los tipos evasivos no tratan de manejar los problemas, por tanto evitan la posibilidad de la derrota, tienden a estar aislados y pueden parecerles a los demás como fríos, esta apariencia externa esconde una fundamental, pero frágil, creencia de superioridad.

Todas las clases, grupos religiosos y naciones pueden adoptar este estilo, el cual obstaculiza el progreso de la civilización (Adler, 1921/1927).

EL ESTILO SANO DE VIDA:

EL TIPO “SOCIALMENTE ÚTIL”

Si el estilo de vida es adaptativo, Adler se refirió a él como el tipo socialmente útil, caracterizándolo de la siguiente manera: Una persona debe actuar de formas benéficas para los demás, esto no necesariamente implica productividad económica o actos considerados por lo general altruistas, Adler incluyó a los artistas y poetas como gente que “sirve a una función social más que a nadie. Nos han enseñado cómo ver, cómo pensar y cómo sentir” (Ansbacher y Ansbacher, 1956, p. 153). Esta gente tiene un sentido bien desarrollado de “interés social”, además, tiene un sentido del control interno (Minton, 1968), una actitud que es especialmente importante en las teorías del aprendizaje social cognoscitivo de Rotter, Mischel y Bandura.

La investigación longitudinal confirma el pronóstico de Adler de que el estilo de vida es consistente desde la niñez hasta la adultez (Pulkkinen, 1992), la identificación del estilo de vida en la niñez es particularmente importante debido a que la intervención puede prevenir patrones no deseables de resistirse al cambio (Ansbacher, 1988).

3.6.5 Psicoanálisis interpersonal Karen Danielson Horney (1885)

Igual que los psicoanalistas freudianos tradicionales, Karen Horney creía firmemente que el inconsciente es un poderoso determinante de la personalidad (En este sentido era mucho más ortodoxa que Alfred Adler.), sin embargo, cuestionaba la premisa freudiana de que el inconsciente consiste en conflictos en relación con la expresión de la libido, para Horney, los conflictos más importantes no se basan en fijaciones libidinales sino en problemas interpersonales no resueltos, Horney coincidía con Freud en que los conflictos fundamentales que perjudican a la personalidad se originan tempranamente en la niñez y en que esos conflictos se centran en las interacciones entre los padres y el niño, afirmando que las fuerzas culturales afectan fuertemente esos desarrollos y que las diferencias de personalidad entre los hombres y las mujeres reciben mayor influencia de las fuerzas sociales que de la anatomía.

Los lactantes y los niños pequeños son muy dependientes de sus padres, no sólo para la supervivencia física sino también en un sentido de seguridad psicológica, en el caso ideal, el lactante siente que es amado y protegido por los padres y que por consiguiente está a salvo, pero en circunstancias menos ideales, el niño se siente intensamente vulnerable, siendo este desamparo en la niñez, o en la ausencia de una crianza adecuada, lo que produce un sentimiento de ansiedad básica, al que Horney (1945, p. 41) describió como “el sentimiento que tiene un niño de estar aislado e indefenso en un mundo potencialmente hostil”.

El descuido y el rechazo de los padres enojan al niño, una condición que Horney denominó hostilidad básica, sin embargo, el niño pequeño no puede expresar la hostilidad porque esto acarrearía castigo o pérdida de amor, esta hostilidad reprimida aumenta la ansiedad. (Horney, 1945, pp. 40-41).

El neurótico desarrolla entonces un conflicto básico entre las “actitudes fundamentalmente contradictorias que ha adquirido hacia otras personas” (Horney, 1945, pp.41). Por un lado,

el niño necesita a los padres y desea acercarse a ellos pero, por otro lado, los odia y desea castigarlos.

¿Qué debe hacer entonces el niño? Dispone de tres opciones: dependencia acentuada e ir hacia los padres, hostilidad acentuada e ir contra ellos o rendirse en la relación y alejarse de ellos.

El niño pequeño resuelve el conflicto con los padres usando cualquiera de esas estrategias que parezca ajustarse mejor a su ambiente familiar particular, esta elección se convierte en la orientación interpersonal característica de la persona, de manera ideal, una persona sana debería ser capaz de ir hacia la gente, contra la gente o alejarse de ella, eligiendo de manera flexible la estrategia que se ajuste mejor a las circunstancias particulares, en contraste, los neuróticos están desequilibrados en su conducta interpersonal, algunas opciones de actividad interpersonal se han llenado tanto de ansiedad que simplemente no son opciones, por lo que el niño rechazado continuará teniendo dificultades para acercarse a la gente (Horney,1945).

En su mayor parte, los neuróticos ponen énfasis en una tendencia interpersonal, en este sentido Horney ofreció una categorización de tres tipos de neuróticos, distinguiendo entre ellos por su énfasis en ir hacia la gente, ir contra la gente o alejarse de la gente. Bernard Paris (1989) observó que esas tres orientaciones corresponden a “los mecanismos básicos de defensa en el reino animal —pelea, huida y sumisión” (p. 186)

Horney decía que los neuróticos que ponen énfasis en el ir hacia la gente adoptan la solución de auto anularse frente al conflicto neurótico, buscan amor y minimizan cualquier necesidad aparentemente egoísta que pudiera interferir con ser amado, decía que los neuróticos que ponen énfasis en el ir contra la gente adoptan la solución expansiva ante el conflicto neurótico, buscan el dominio incluso si éste dificulta las relaciones cercanas con los demás y por último, los neuróticos que ponen énfasis en el alejarse de la gente adoptan la solución de la renuncia, buscando la libertad incluso a expensas de las relaciones y el logro. Cada una de esas tendencias básicas puede expresarse de diversas maneras (Cloninger, 2003).

Ir hacia la gente: La solución de auto anularse

Algunas personas buscan en otros el amor y la protección de que carecieron en su vida temprana, debido a esta dependencia, deben ser cuidadosos de no hacer nada que aleje

a los otros. Horney (1945) se refería a éstos como tipos complacientes, algunos de ellos dominados por la necesidad de afecto, viviendo como si su lema fuera “Si me amas, no vas a lastimarme” (1937, p. 96). Otros se caracterizan por su actitud sumisa, como si sintieran “Si cedo, no seré lastimado” (p. 97). Para ser digna de amor, una persona hará cosas para granjearse el cariño de otras personas: volverse sensible a sus necesidades; buscar su aprobación; y actuar de manera no egoísta y generosa hacia una falta, la necesidad de amor puede expresarse en una necesidad exagerada de estar “enamorado” o de participar en relaciones sexuales en las que el compañero tome el control.

El tipo complaciente de persona hace pocas demandas a los demás y actúa de manera subordinada a los otros, desempeñando un rol de “pobre de mí” que acentúa el sentimiento de desamparo, esto se refleja en una baja autoestima. Un individuo así “da por sentado que todos son superiores a él, que son más atractivos, más inteligentes, mejor educados, más valiosos que él” (Horney, 1945, pp. 53-54). La represión de la hostilidad puede dar por resultado síntomas físicos como dolores de cabeza y problemas gástricos (p. 58).

Ir contra la gente: La solución expansiva

Una segunda estrategia para resolver el conflicto relacionado con las necesidades tempranas insatisfechas es acentuar el dominio de las tareas y el poder sobre los demás, en este rubro Horney (1945) se refiere a quienes adoptan esta estrategia como tipos agresivos, quienes parecen vivir con el lema “Si tengo poder, nadie podrá lastimarme” (1937, p. 98), el poder y el dominio parecen ofrecer protección contra la vulnerabilidad de estar indefenso., este tipo de persona puede ejercer un evidente poder interpersonal dominando a los otros o puede buscar el poder a través del dominio competitivo, el prestigio los protege contra la humillación; otros son humillados mientras que el individuo agresivo busca reconocimiento y admiración.

Alejarse de la gente: La solución de la renuncia

En la teoría de Horney, algunas personas tratan de seguir sin otros individuos, habiendo renunciado a solucionar el problema de la ansiedad básica por medio del amor o del poder. Horney (1945) se refiere a ellos como tipos de personalidad desapegada, que parecen vivir con el lema “Si me alejo, nada podrá lastimarme” (1937, p. 99), estos tipos son desapegados e intentan ser autosuficientes, pueden desarrollar recursos e

independencia considerables, protegen su privacidad y prefieren estar solos, por lo general los individuos creativos a menudo son tipos desapegados y pueden expresar sus sentimientos con un desapego seguro, pero creativo, facilitado por el aislamiento que reduce las distracciones.

Las tres soluciones neuróticas de Honey

1. Solución de auto anularse: El atractivo del amor (“La personalidad complaciente”)

“Ir hacia” la gente

Dependencia malsana: la necesidad de un compañero (amigo, amante o cónyuge)

“Pobrecito de mí”: sentimiento de ser débil e indefenso

Auto subordinación: suposición de que los otros son superiores

Martirio: sacrificio y sufrimiento por los otros

Necesidad de amor: deseo de encontrar la autovalía en una relación

2. Solución expansiva: El atractivo del dominio (“La personalidad agresiva”)

“Ir contra” la gente

Narcisista: enamorado de una autoimagen idealizada

Perfeccionista: estándares elevados

Arrogante-revanchista: orgullo y fuerza

Necesidad de tener razón: ganar una pelea o una competencia

Necesidad de reconocimiento: ser admirado

3. Renuncia: El atractivo de la libertad (“La personalidad desapegada”) “Alejarse de” la gente

Renuncia persistente y falta de esfuerzo: aversión al esfuerzo y el cambio.

Rebeldía contra las limitaciones o influencias: deseo de libertad

Vida superficial: espectador de sí mismo y de la vida, desapegado de las experiencias y los deseos emocionales

Autosuficiente e independiente: no se involucra con la gente

Necesidad de privacidad: mantiene a los demás fuera del círculo mágico del sí mismo (Horney, 1945, 1950).

3.6.5 Teoría personalógica de los rasgos ALLPORT 1897,

De acuerdo con Allport (1931, 1937), la unidad primaria de la personalidad es el rasgo.

Allport (1937) propuso lo que se convirtió en una definición clásica de personalidad: "Personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente". (Cloninger, 2003, p.227).

Allport (1937) definió un rasgo como: "Un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado (peculiar al individuo), con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente equivalentes y para iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva" (Cloninger, 2003 p.204, 205).

Los críticos del concepto de rasgo argumentan que es un razonamiento circular afirmar que un rasgo causa la misma conducta y que es la base para inferir la existencia de ese rasgo.

Los rasgos se desarrollan con la experiencia a lo largo del tiempo. Cambian a medida que el individuo aprende nuevas formas de adaptarse al mundo (Cloninger, 2003).

Allport distinguió los rasgos individuales, que son poseídos por una sola persona, de los rasgos comunes, que son poseídos por muchas personas en diferente grado. (Lamiell, 1997, p. 123), sin embargo, esos rasgos comunes no son las principales unidades de personalidad reales en la teoría de Allport, ya que estas unidades son los rasgos únicos, los cuales existen dentro de un individuo y tienen estatus como realidades psicofísicas, de esta forma los psicólogos comparan a la gente en ascendencia-sumisión o en cualquier otro rasgo común.

Tipo de rasgos de Allport

1. Rasgo central:

Las características que resumen la personalidad se denominan rasgos centrales, por supuesto, los rasgos específicos variarán de una persona a otra, una característica que es un rasgo central para una persona puede no ser siquiera relevante para otra, por lo tanto, no es el rasgo de autoconfianza lo que lo hace central sino más bien el hecho de que muchas conductas son afectadas por él (Cloninger, 2003).

2. Rasgos secundarios:

Estos rasgos describen formas en las que una persona es consistente, pero, a diferencia de un rasgo central, no afectan tanto de lo que hace la persona, son “menos llamativos, menos generalizados, menos consistentes y es menos común que entren en acción que los rasgos centrales” (Allport, 1937, p. 338).

3. Rasgo cardinal:

Un rasgo cardinal es tan penetrante que domina casi todo lo que hace una persona, se considera un “rasgo eminente, la pasión dominante, el sentimiento maestro o la raíz de una vida” (Allport, 1937, p. 338). La mayoría de la gente no tiene un solo rasgo tan altamente penetrante y cuando lo tienen, el rasgo a menudo hace famoso a quien lo posee, un prototipo de una disposición a la que otros se pueden asemejar en menor grado.

4. Rasgo único

Rasgo que sólo una persona posee (también llamado rasgo individual).

5. Rasgos expresivos

Rasgos que atañen al estilo o ritmo de la conducta de una persona (Cloninger, 2003).

3.6.6 CATTELL (1905) Y LAS CINCO GRANDES TEORÍAS ANALÍTICO-FACTORIALES DE LOS RASGOS

La definición de personalidad de Cattell (1950, p. 2) resume perfectamente su enfoque teórico y empírico:

Personalidad “Es lo que permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación dada”.

Los rasgos son las unidades de personalidad que tienen valor predictivo. Cattell (1979, p. 14) definió un rasgo como “Aquello que define lo que hará una persona cuando se enfrente a una situación determinada”.

Cattell utilizó el análisis factorial para describir los rasgos de una persona que se hacen aparentes con relativa facilidad, a los que denominó rasgos de superficie, también buscó a mayor profundidad rasgos ocultos, los cuales sentía que eran los determinantes subyacentes de la personalidad y los denominó rasgos de origen.

Rasgos de superficie:

El término rasgo significa aproximadamente “patrones de observaciones que van juntas”, si hacemos esas observaciones de manera sistemática y encontramos conjuntos de variables que tienen una correlación positiva, hemos identificado agrupamientos de correlación o rasgos de superficie.

El término superficie indica que, aunque “en la superficie” parece ser un rasgo, no existe evidencia de que en realidad lo sea en un sentido duradero, el patrón de correlaciones puede no reaparecer en otras situaciones —por ejemplo, en una población distinta, en condiciones disímiles de prueba o en un momento diferente.

Rasgos de origen:

En muchos estudios, Cattell identificó algunos agrupamientos de correlación que son bastante “sólidos”, es decir, que reaparecen una y otra vez, emergiendo a pesar de diferencias en la población, de situaciones de prueba, etc. Cattell argüía que dicho patrón sólido debía tener una sola fuente de varianza y debería corresponder a una “causa” dentro de la personalidad, siendo un rasgo fundamental de ella y buscó esos rasgos sólidos usando el análisis factorial y los denominó rasgos de origen.

La prueba de personalidad mejor conocida de Cattell, el 16PF tiene 16 escalas de opción múltiple, cada una de las cuales mide un rasgo de origen subyacente de la personalidad normal. (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1970).

En la siguiente tabla están contenidas las descripciones resumidas de cada factor de personalidad.

Factores de personalidad de Cattell (16pf)

Factor	Descripción
A AFECTIA (alta puntuación) SIZIA (baja puntuación)	amistoso, cálido, sociable desapegado, frío, distante
B INTELIGENCIA (alta puntuación) INTELIGENCIA (baja puntuación)	habilidad intelectual general alta habilidad intelectual general
C FORTALEZA DEL YO (puntuación alta) FORTALEZA DEL YO (baja puntuación)	emocionalmente estable emocionalmente inestable

E	DOMINIO (alta puntuación) SUMISIÓN (baja puntuación)	asertivo, competitivo humilde, complaciente
F	SURGENCIA (alta puntuación) DESURGENCIA (baja puntuación)	entusiasta, bromista serio, callado
G	FORTALEZA DEL SUPERYÓ (alta puntuación) FORTALEZA DEL SUPERYÓ (baja puntuación)	concienzudo, moral oportuno, quebranta la ley
H	PARMIA (alta puntuación) THRECTIA (baja puntuación)	cohibido, tímido, se asusta con facilidad audaz, atrevido
I	PREMSIA (alta puntuación) HARRIA (baja puntuación)	sensible, bondadoso confiado en sí mismo, duro, realista
L	PROTENSIÓN (alta puntuación) ALAXIA (baja puntuación)	suspical, paranoide confiado
M	AUTIA (alta puntuación) PRAXERNIA (baja puntuación)	imaginativo, distraído práctico, convencional
N	ASTUCIA (alta puntuación) INGENUIDAD (baja puntuación)	socialmente consciente, astuto directo, socialmente torpe, ingenuo
O	PROPENSIÓN A LA CULPA (alta puntuación) ADECUACIÓN SIN PROBLEMAS (baja puntuación)	aprehensivo, se hace reproches tranquilo, seguro
Q1	RADICALISMO (alta puntuación) CONSERVADURISMO (baja puntuación)	liberal, librepensador conservador, tradicional
Q2	AUTOSUFICIENCIA (alta puntuación) ADHERENCIA AL GRUPO (baja puntuación)	ingenioso, confiado en sí mismo seguidor, dependiente del grupo
Q3	INTEGRACIÓN DEL AUTOSENTIMIENTO (alta puntuación) AUTOSENTIMIENTO (baja puntuación)	controlado, compulsivo impulsivo
Q4	TENSIÓN ÉRGICA (alta puntuación) TENSIÓN ÉRGICA (baja puntuación)	tenso, frustrado, motivado relajado

Factores de segundo orden

Los 16 factores de personalidad no son del todo independientes entre sí; es decir, se encuentran correlacionados y por lo tanto, es posible reducirlos, analizando factorialmente sus puntuaciones.

La mayor parte de la investigación coincide en cinco factores de segundo orden (Argentero,1989;Cattell,1978,Reuter, Schuerger y Wallbrown, 1985) y los resultados de su análisis factorial incluyen dos dimensiones de personalidad muy interesantes las cuales son la extroversión y la ansiedad.

EXTROVERSIÓN

Este factor de segundo orden se caracteriza por cargas altas en los siguientes factores: factor A (afectivo, o estado afectivo hacia la gente), el factor F (sagacidad e ingenio, o locuacidad y optimismo) y el factor H (parmia, o audacia arriesgada).

Cattell (1957) sugirió que la extroversión tiene una base genética, en donde específicamente la gente que hereda una tendencia a reaccionar más fuertemente a las ideas que a los estímulos externos tiende a desarrollar introversión, es como si los introvertidos marcharan a un ritmo diferente (es decir, interior), en comparación con los extrovertidos, que responden más a estímulos en el mundo exterior.

ANSIEDAD

Este factor considerado de segundo orden también es llamado neuroticismo y se considera una carga muy fuerte de los siguientes factores: factor C (debilidad del yo), el factor O (propensión a la culpa), el factor L (tendencia paranoide), el factor Q3 (autosentimiento bajo) y el factor Q4 (tensión de impulso alto) (Cattell, 1965, p. 118).

NEUROSIS

Los neuróticos difieren de la población en general en varios rasgos, ya que presentan poca fortaleza del yo, baja estabilidad emocional, altas autia y premisa, baja surgencia (sagacidad e ingenio) y baja autoridad.

Es menester mencionar por su importancia al “triumvirato controlador” de la personalidad, en la cual se mencionan tres factores involucrados en el control de impulsos y en el ajuste

emocional: los factores C (fortaleza del yo), G (fortaleza del superyó) y Q3 (integración del autosenntimiento).

La ansiedad es alta entre los neuróticos, debido en parte a la forma en que los tratan sus familias, ya que ellas están marcadas por el conflicto, principalmente en la disciplina encontrándola inconsistente, habiendo ocasiones en que el niño se sale con la suya y otras veces no, no hay afecto y amor suficientes y los padres pueden exigir que se cumplan estándares que son demasiado altos para el niño en cierta etapa del desarrollo, sin embargo, la herencia también desempeña un papel significativo en el desarrollo de las características de personalidad relacionadas con la neurosis (Seelbach,2012).

PSICOSIS

Existen varios tipos de psicosis, en sus pruebas, Cattell encontró patrones diferentes de rasgos para varios diagnósticos, por ejemplo los esquizofrénicos tienen poca fortaleza del yo, poca tensión del impulso y alta introversión, los maniacodepresivos tienen poca inteligencia (a diferencia de los esquizofrénicos, cuya inteligencia es tan alta como en los normales), temperamento conservador y alto superyó (es decir, una inclinación a sentir culpa), en la psicosis, igual que la neurosis, también tiene un componente genético significativo, aunque la psicosis y la neurosis son influidas por la herencia, ésta no es el único factor que tiene impacto en las enfermedades.

Cattell aceptaba la idea de que la neurosis y la psicosis se deben a conflictos no resueltos dentro del individuo, la herencia da una predisposición a la emocionalidad, la cual hace más probable que la persona vulnerable no pueda resolver el conflicto, lo que se hereda es una predisposición más que la enfermedad (Seelbach,2012).

SENTIMIENTOS

Son estructuras dinámicas profundas subyacentes en la personalidad que se forman temprano y por lo general son perdurables, incluyen sentimientos hacia el hogar, la familia, los pasatiempos y la religión, entre otros, siendo el más importante el auto sentimiento, al que Cattell se refería como motivo maestro.

El auto sentimiento integra los diversos sentimientos, actitudes e intereses del individuo.

La investigación que muestra mayor atención a la información que es relevante para uno parece confirmar el carácter central del auto sentimiento (Cloninger, 2003).

ACTITUDES

Son expresiones más específicas de los sentimientos. Cattell (1965, p. 175) definió una actitud como “un interés en un curso de acción en una situación dada”, como las actitudes son tan específicas, no es factible tener una lista amplia, el concepto es importante al considerar cómo se expresan en realidad las dimensiones más amplias de la personalidad, los sentimientos y los rasgos. Los rasgos y los meta rasgos son rasgos dinámicos, es decir, rasgos motivacionales.

Los Cinco Grandes constan de cinco rasgos amplios de personalidad que son los siguientes:

Extroversión, afabilidad, neuroticismo, rectitud y apertura

Facetas específicas de los cinco grandes factores de la personalidad

Factor	Facetas
Extroversión (E)	Calidez Carácter sociable Asertividad Actividad Búsqueda de excitación Emociones positivas
Afabilidad (A)	Confianza Sencillez Altruismo Docilidad Modestia Bondad
Neuroticismo (N)	Ansiedad Hostilidad Depresión Escrupulosidad propia Impulsividad Vulnerabilidad
Apertura (A)	Fantasía Estética Sentimientos Acciones Ideas Valores
Rectitud (C)	Competencia Orden Conciencia de los deberes Esfuerzo por el logro

	Autodisciplina Deliberación
--	--------------------------------

EXTROVERSIÓN

Este primer factor, también ha sido llamado dominio-sumisión y “surgencia” (John, 1990).

AFABILIDAD

Llamada en ocasiones adaptabilidad social o agradabilidad (John, 1990), indica una personalidad amistosa y complaciente, que evita la hostilidad y tiende a llevarse bien con los demás, sus amigos lo encuentran simpático y bondadoso, en contraste con quienes son poco afables, a quienes se describe como suspicaces, insensibles y poco cooperadores.

NEUROTICISMO

Describe a las personas que con frecuencia son atormentadas por emociones negativas como la preocupación y la inseguridad (McCrae y Costa, 1987), emocionalmente son lábiles en lugar de estables, como sus compañeros con bajas puntuaciones, y es por esto que al dirigir la atención al polo opuesto del factor (el bajo neuroticismo) también se le ha denominado estabilidad emocional, control emocional y fortaleza del yo (John, 1990).

Las personas que califican bajo en neuroticismo son más felices y están más satisfechas con la vida que quienes califican alto (DeNeve y Cooper, 1998; Schmutte y Ryff, 1997). Los muy neuróticos no son felices y están insatisfechos con la vida (McCrae y Costa, 1991), además de las dificultades con las relaciones y el compromiso (Karney y Bradbury, 1995; Kurdek, 1997), a menudo sufren de baja autoestima (Costa, McCrae y Dye, 1991).

RECTITUD

También llamada también seriedad, control de impulsos y voluntad de logro (John, 1990), describe diferencias en el orden y autodisciplina de la gente.

La gente con rectitud valora la pulcritud y la ambición (Dollinger, Leong y Ulicni, 1996).

APERTURA.

Los expertos han dado varios nombres a este factor: cultura, intelecto, intereses intelectuales, inteligencia e imaginación (John, 1990; Sneed, McCrae y Funder, 1998).

Los legos lo reconocen con los términos artístico, curioso, imaginativo, intuitivo, original y de amplios intereses (Sneed, McCrae y Funder, 1998), los valores liberales a menudo acompañan a este factor (Costa y McCrae, 1992).

Cada uno de los cinco factores constan de componentes llamados facetas, que pueden medirse por separado, cada una de ellas es un rasgo de personalidad algo más preciso y centrado que el factor mayor al que pertenece, aunque todas las facetas que pertenecen a un factor están correlacionadas positivamente entre sí.

3.7 Personalidad Adictiva.

La mayoría de los especialistas que tratan a personas con problemas de adicciones, prefieren no encasillarlas a ciertos rasgos, pero existen estudios, donde se ha demostrado que hay un cierto patrón en las personas que han desarrollado dependencia a algún tipo de sustancia.

En el libro de drogodependencias del autor Pedro Lorenzo Fernández (2009), se habla de una serie de características que actuarían como factores de predisposición para el desarrollo de un trastorno adictivo, las que más se mencionan son un bajo auto concepto, escaso control de impulsos, baja tolerancia a la frustración o un elevado rasgo de búsqueda de sensaciones

Los rasgos más frecuentemente encontrados en la personalidad adictiva son:

1. Perfeccionistas.
2. Dificultades para expresar los sentimientos, sentimientos de soledad y pertenencia.

Los sentimientos de aislamiento y de falta de intimidad hacen que estas personas sientan predilección por las drogas, el alcohol o a cualquier otro tipo de adicción como un sustituto a su soledad y a su inhabilidad de compartir con otros en situaciones sociales.

3. Dificultad de mantener metas a largo plazo, están más enfocados en metas a corto plazo, presentan comportamientos impulsivos en la resolución de los problemas de la vida y generalmente buscan la solución en las drogas.
4. Están en constante estrés, y esto ocasiona que la persona sienta la necesidad de alcoholizarse o drogarse, con la finalidad de poder manejar sus emociones de una “manera más fácil” o para escapar de los problemas y de la realidad en la que viven.

5. El sentimiento de un vacío interior.
6. Comportamiento compulsivo y extremista (Andujo, s/f).

¿Qué es el Pensamiento Adictivo?

El Dr. David Sedlak, (1983) describe el pensamiento adictivo como la incapacidad de la persona para tomar decisiones sanas por sí misma y señala que no es una deficiencia moral de la fuerza de voluntad de la persona, sino más bien una enfermedad de la voluntad y la incapacidad de usarla.

Sedlak señala que este tipo de pensamiento único no afecta otros tipos de razonamiento, por lo que la persona que desarrolla un trastorno del pensamiento puede ser intuitiva, inteligente, persuasiva, y capaz de un razonamiento filosófico y científico válido, si el problema es la incapacidad de razonar con uno mismo, entonces se derivan diversos problemas emocionales y conductuales, pero invariablemente se encuentra en la adicción.

El pensamiento adictivo no se ve afectado por la inteligencia, las personas que trabajan en muy altos niveles intelectuales son tan vulnerables a estas distorsiones del pensamiento como cualquier otra, de hecho, a menudo las personas con un intelecto inhabitualmente alto presentan grados más intensos de pensamiento adictivo, por ello, los que son muy intelectuales son los pacientes más difíciles de tratar.

El pensamiento adictivo es diferente del lógico porque no llega a una conclusión con base en evidencias o en los hechos de una situación, sino que es exactamente a la inversa, el adicto empieza por la conclusión "Necesito un trago" (o una droga) y luego elabora un argumento que justifique esa conclusión sin importar si es lógico o no, o si está apoyado por hechos (Copca, 2010).

Frente a la inadecuación los adictos desarrollan autodefensas, que son inconscientes y su función es protegerlos de una conciencia intolerable, inaceptable y catastrófica, las más usadas son:

- 1) Negación.

Esta negación del pensador adictivo no es ni consciente ni intencional, ya que es posible que crea sinceramente que está diciendo la verdad (Twerski 1997).

- 2) Racionalización:

Significa dar “buenas” razones, en lugar de la razón verdadera, las racionalizaciones desvían la atención de las razones verdaderas y no solo la atención de los demás, sino también del adicto (Twerski, 1997).

3) Proyección,

Significa culpar a otros de cosas de las que en realidad somos culpables nosotros mismos, y cumple con dos funciones

1. Refuerza la negación
 - No soy alcohólica, “ella me hace beber”
2. Ayuda a proteger el statu quo
 - ¿Porque tengo que cambiar? Yo no soy el que tiene la culpa. Cuando los demás hagan los cambios adecuados no necesitare beber ni consumir fármacos (Twerski, 2011).

Características de la conducta adictiva

Gossop y Grant (1990) han definido a la adicción a partir de los siguientes elementos:

1. un sentimiento de compulsión para realizar una determinada conducta.
2. la capacidad deteriorada para controlar la conducta (tanto en su origen, sostenimiento como en su desarrollo).
3. fuerte malestar y alteración emocional cuando la conducta es impedida o se le abandona.
4. la persistencia en la conducta a pesar de la evidencia de su nocividad para el sujeto.

El rasgo principal de la conducta adictiva es su capacidad para generar en la persona adicta la sensación de bienestar y gratificación inmediata.

En este sentido, simulan aliviar el malestar psicológico que puede producir el estrés, la angustia, la ansiedad y otras emociones negativas, transformándose en un estilo negativo de afrontamiento de dichas emociones.

Este tipo de conductas producen una dependencia que conduce a la persona al fin contrario del quería lograr, por lo tanto cada vez requiere mayores cantidades de la substancia, para experimentar la sensación de gratificación.

De este modo, lo que en principio parecía una conducta de afrontamiento, de adaptación a las situaciones en las que está inmerso, termina por estructurarse como un comportamiento desadaptativo y autodestructivo (Alvarado,1996).

Uno de los rasgos principales de la conducta adictiva es la pérdida del control, caracterizándose por episodios compulsivos, que implican una importante inversión de los recursos del sujeto, como su energía y su tiempo, básicamente controlados por su hábito, ocasionando paulatinamente deterioro en la calidad de su vida.

Existe otro rasgo que se debe tomar en cuenta y es la continuidad del hábito a pesar del daño que éste ocasiona en el sujeto, ésta es una señal característica de la adicción y cuando se presenta es un marcador importante para diagnosticarla (Gossop,1990).

Durante el desarrollo de la conducta adictiva, existen otras señales que pueden presentarse en diferente intensidad y según la singularidad de la evolución, y entre ellas encontramos:

- Comportamientos secundarios, —adquiridos durante el proceso adictivo—que relacionan al adicto con el objeto de su adicción provocando el deseo (ej. situaciones relacionadas con el hábito).
- Un conjunto de distorsiones cognitivas que facilitan el proceso adictivo y separan al sujeto de la realidad de su comportamiento adictivo.
- Un proceso de memoria selectiva automática, que funciona como autoengaño enfocada en la sensación de gratificación inmediata de la conducta, pero no en sus consecuencias negativas (Alvarado,19956).

Los factores de personalidad y la conducta adictiva.

Caracterizar al adicto es fundamental para basar una intervención psicoterapéutica. Por esto se vuelve necesario conformar un perfil que incluya los principales rasgos de su personalidad asociados a su comportamiento adictivo.

Hasta ahora ninguna investigación ha podido ser concluyente sobre la existencia de una "personalidad adictiva". Por su parte la experiencia clínica presenta dos evidencias que no son contradictorias:

1. existen adictos con diversos tipos de personalidad
2. existen factores de personalidad que juegan un rol en el desarrollo de la adicción

En términos generales merecen señalarse los siguientes rasgos de personalidad que solemos encontrar en personas adictas:

- Tendencia a aislarse socialmente básicamente por tener pobres habilidades sociales. El objeto de su adicción funciona como un sustituto y compensación.
- Pobre habilidad en el manejo del estrés y las emociones negativas con falsos estilos de afrontamiento que sostienen en la adicción.
- Dificultades para expresar los sentimientos.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Dificultad de planear y de mantener metas a largo plazo.
- Suelen ser impulsivas en la resolución de problemas.
- Extremismo, oscilan entre lo blanco y lo negro sin matices.
- Tienen comportamientos compulsivos.
- Cuando deben dejar una adicción suelen sustituirla por otra (Alvarado, 1996)

Capítulo 4 Trastornos de personalidad respecto a su adicción

4.1 Trastornos de personalidad y alcoholismo

La presencia de un trastorno de personalidad complica la evolución clínica de un trastorno mental y ensombrece el diagnóstico (Dowson y Grounds, 1995). En este sentido se analizó un estudio que investigó sobre los diferentes tipos de alcohol-dependientes según la tipología de Cloninger en dimensiones de personalidad, se administraron a una muestra de pacientes diversas pruebas de personalidad como : la Escala de Impulsividad de Barratt, la Escala de Búsqueda de Sensaciones y el STAI, así como algunas pruebas psicopatológicas; SCL-90-R, BDI y Escala de Inadaptación, además de una entrevista estructurada para los trastornos de personalidad (IPDE), el diagnóstico se realiza con los criterios diagnósticos del DSM-IV-R.

Cuando una persona tiene problemas con una sustancia, es habitual que presente un trastorno adicional (Casas, 1994), los trastornos duales más frecuentes en el alcoholismo son la depresión, mayor en las mujeres, y los trastornos de ansiedad (Echeburúa, 2008).

Se observa que los alcohólicos de tipo II son más impulsivos y buscadores de sensaciones y muestran más hostilidad y malestar emocional que los alcohólicos de tipo I, respecto a las características psicopatológicas hay una sintomatología depresiva y una inadaptación a la vida cotidiana, por otra parte, los trastornos de personalidad son más frecuentes en sujetos alcohólicos de tipo II, con una presencia específica de trastornos narcisistas y paranoide, en ambos grupos, se observan trastornos obsesivo-compulsivos, el antisocial, el dependiente, el evitativo.

La agrupación de estos trastornos de personalidad se clasifican respecto a los alcohólicos-dependientes de tipo II en el clúster B (dramáticos, emocionales y erráticos) y en el clúster C (ansiosos y temerosos), por el contrario, los alcohólicos-dependientes de tipo I se agrupan en el clúster C.

En el año 1997 se realizaron investigaciones sobre la correlación de trastornos de personalidad y alcohol, encontrando semejantes resultados hasta la actualidad, con pequeñas variaciones. En este año, de una muestra de 366 sujetos, las personalidades más características eran la antisocial, la personalidad límite, y la paranoide, la que menos relación tiene es la esquizoide, y esquizotípico (Morgensten et al, 1997).

Un año más tarde, lo característico es que la personalidad narcisista es la que menos puntúa (Driessen et al, 1998), pero sorprende que al siguiente año, es la de mayor puntuación, acompañada de la personalidad evitativa y paranoide (Pettinati et al, 1999), para finalizar el estudio ya en el 2002, encabezan las personalidades pasivo-agresiva, antisocial, narcisista (Fernández-Montalvo et al, 2002).

4.2 Trastornos de personalidad y adicción a la cocaína

Hay numerosos estudios sobre la relación existente entre el consumo de cocaína y los trastornos de personalidad, ya que la cocaína es una de las drogas más consumida y demandada de tratamiento, los resultados indican que las escalas básicas de personalidad más prevalentes son la pasivo-agresiva, la antisocial, la narcisista y la histriónica, las escalas de personalidad patológica más prevalentes son la límite y la paranoide.

En las escalas básicas de personalidad destacan las siguientes, en las que un mayor porcentaje de sujetos han obtenido una puntuación TB superior a 74: la pasivo agresiva (42,2%), la antisocial (38,8%), la narcisista (35,3%) y la histriónica (32,4%), en las escalas de personalidad patológica destacan la límite (16,7%) y la paranoide (10,8%)(Oviedo, 2012).

En este artículo se lleva a cabo un estudio de los trastornos de personalidad asociados a la adicción a la cocaína, para ello se contó con una muestra de 60 pacientes cocainómanos, que cumplimentaron el MCMI-II antes del tratamiento, y de 50 sujetos de la población normal con las mismas características demográficas (edad, sexo y nivel socioeconómico), el 36,7% de la muestra clínica (frente al 16% de la muestra normativa) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad.

Los trastornos de mayor prevalencia entre los cocainómanos fueron el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno dependiente de la personalidad (10% cada uno de ellos), seguidos del trastorno obsesivo-compulsivo y el histriónico (6,7% cada uno), asimismo, el 15% de la muestra clínica presentaba simultáneamente dos o más trastornos, los resultados obtenidos con el MCMI-II (Inventario clínico multiaxial de Millon II) muestran que 22 sujetos (el 36,7% de la muestra clínica) obtuvieron puntuaciones indicadoras de la existencia de, al menos, un trastorno de la personalidad(Oviedo, 2012).

Las alteraciones más frecuentes de los consumidores de este tipo de droga son las actitudes antisociales, conductas pasivo-agresivas con patrones de sadismo y personalidad narcisista (Oviedo, 2012).

4.3 Trastornos de personalidad y opiáceos

Las primeras investigaciones en adictos a opiáceos intentaban definir la existencia de una personalidad adictiva sin que pudiera llegar a demostrarse la existencia de ésta, tras ello comenzaron a realizarse estudios que mostrasen los trastornos de personalidad comúnmente presentes en los adictos (Khantzian y Treece, 1985) destacando la prevalencia del trastorno antisocial (44´8% de los sujetos que fueron diagnosticados con algún trastorno de personalidad) siendo los más comunes: TP histriónico (6´9%), TP esquizoide (4´6%), TP mixto (3´4%), TP límite (2´3%) y TP compulsivo (1´1%)y concluyen que el trastorno de personalidad antisocial es el diagnóstico más frecuente entre los sujetos evaluados (Oviedo, 2012).

4.4 Los trastornos de personalidad y la adicción al cannabis

El cannabis es una droga cuyo uso está relativamente extendido e incluso normalizado, pero en los últimos años cada vez más personas solicitan tratamiento por adicción a esta sustancia, en 2007, el 11,7% de las personas que solicitaron tratamiento por adicción a sustancias lo hicieron por el cannabis (Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

Con respecto al cannabis, Pedrero Pérez, Puerta García, Lagares Roibas y Saez Maldonado (2003) evaluaron la presencia y la gravedad de los trastornos de personalidad en una muestra de 150 sujetos en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias, de los cuales 6 eran adictos al cannabis, sólo se detectó el trastorno de personalidad dependiente y el histriónico en un 16,7% de la muestra (es decir, cada trastorno se detectó en una persona de las 6, no sabiendo si ambos trastornos se detectaron en la misma persona o en personas diferentes),sin embargo sólo hablamos de detección, no alcanzando un grado de severidad.

El estudio de Luis S. Espinoza (2008) utilizó una muestra de 41 consumidores de cannabis y 41 no consumidores, a los cuales se les aplica el MCMI-II y en casi todos los casos el porcentaje de consumidores con algún trastorno de personalidad fue mayor que en los no consumidores, excepto en el trastorno de personalidad compulsivo. Si consideramos dos niveles de gravedad, moderado y grave, en el nivel moderado los trastornos de personalidad más presentes en los consumidores fueron el histriónico y el

narcisista, y en el nivel grave los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el narcisista, el antisocial y el pasivo-agresivo.

Resultados similares a los del estudio de Espinoza podemos encontrar en el estudio de Aizpiri, Bravo de Medina y Echeburúa (2010), donde comparan un grupo de 141 sujetos adictos al cannabis con 140 sujetos sanos y 140 sujetos de control clínico, es decir, sujetos que solicitan ayuda por trastornos del eje I pero no son consumidores de ninguna sustancia. Los principales resultados muestran que el grupo de adictos al cannabis muestra más frecuentemente trastornos de personalidad (32,8%) frente al grupo de control clínico (23,7%) y al grupo normativo de control (10%), los trastornos más comunes en los adictos al cannabis son el narcisista, que aparece en un 11,3% de la muestra, y el antisocial y el esquizotípico, que aparecen en un 9,9%.

Al igual que sucede con el resto de las dependencias a drogas ilegales, el trastorno de personalidad antisocial en el adulto y el trastorno disocial en el adolescente, son los que han mostrado una mayor asociación con el trastorno por dependencia del cannabis, aunque en el caso del cannabis, el trastorno de personalidad esquizotípico es el que ha despertado mayor interés por su relación con la aparición de síntomas psicóticos.

La esquizotipia es una dimensión de la personalidad, que aparece en grado leve en personas sanas, la mayoría de los cuestionarios de evaluación para la esquizotipia reflejan en diferentes niveles de gravedad tres síntomas de la esquizofrenia: síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (como retraimiento y aplanamiento emocional) y trastornos del pensamiento; y algunas medidas de esquizotipia incluyen un cuarto factor que refleja un componente impulsivo/asocial que podría relacionarse con el mayor uso de sustancias (Claridge et al., 1996, en Szerman y Peris,s/f).

Los estudios en ámbitos no clínicos indican la presencia de puntuaciones más altas en escalas de esquizotipia para los consumidores de cannabis frente a los no consumidores, y aunque no se conoce la dirección de esta relación es probable que los sujetos con personalidad esquizotípica sean más propensos a usar cannabis (Bailey y Swallow, 2004, en Szerman y Peris,s/f).

Con respecto a los trastornos psicopatológicos asociados a la ingesta del cannabis, podemos decir que en la actualidad se conoce que los cannabinoides actúan sinérgicamente con el sistema opioide endógeno, un sistema implicado, entre otras

respuestas, en el control del dolor así como en la motivación y el refuerzo inducido por las drogas de abuso, lo que permite que el uso de cannabinoides actúe como factor de vulnerabilidad en el desarrollo de la conducta adictiva (Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000).

Parece existir una clara relación entre la adicción o dependencia al cannabis y el desarrollo de trastornos mentales, en la pubertad, el consumo a largo plazo de cannabis provoca, además de dependencia (78%), trastornos comportamentales como depresión, déficit atencional o hiperactividad (Crowley, et al., 1998 en Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000).

Además de los trastornos ya comentados cabe mencionar el síndrome amotivacional, que conduce a un estado de pasividad e indiferencia caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales.

Algunos estudios concluyen que los estados psicóticos asociados a consumidores adultos crónicos de cannabis “se presentan principalmente como esquizofrénicos o maníacos”, (Quiroga, 2000, p. 139). Quiroga (2000) sostiene que el uso continuo del cannabis desde edades tempranas en sujetos con vulnerabilidad genética, causa esquizofrenias con más síntomas positivos y menos negativos que en las personas con esquizofrenia no consumidoras de cannabis.

Depresión

En la población general se realizaron estudios longitudinales que arrojaron datos de asociación entre depresión y consumo de cannabis, dicha asociación desaparece cuando el consumo de cannabis no es frecuente, sin embargo, hay datos que sugieren una relación entre el consumo regular en edades tempranas y la aparición tardía del cuadro depresivo, o bien a la inversa en donde hay escasa evidencia, de que los sujetos depresivos presenten un elevado riesgo de consumir cannabis posteriormente.

Con los datos actuales no se puede descartar que la asociación entre cannabis y depresión sea debida a factores sociales, familiares y ambientales comunes que aumentan el riesgo tanto del consumo crónico de cannabis como de la depresión (Oviedo, 2012).

Trastorno de personalidad

Hay diversos estudios que prolongan la discusión sobre si el cannabis, al alterar la sincronización neural, da lugar a esquizotipia o la esquizotipia incrementa la tendencia a usar cannabis, a menudo se habla de bidireccionalidad entre los dos factores y es evidente que el consumo de cannabis en estos pacientes puede agravar o desencadenar síntomas psicóticos y que, sin embargo, esto no impide que el consumo persista, quizá buscando efectos que se relacionan con la atenuación de la disforia, la alexitimia, etc.

En estudios en los que se han usado instrumentos como el “Modelo de cinco factores” en sujetos consumidores habituales de cannabis, éstos se han caracterizado por baja extroversión y alta apertura a la experiencia (Flory et al., 2002, en Szerman y Peris s/f).

Según Szerman y Peris (n.f.), diferentes estudios en adolescentes han puesto de manifiesto la relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de problemas de conducta, de hecho, varios trabajos relacionan el Trastorno Antisocial de Personalidad (TAP), trastorno que puede presentar impulsividad conductual, con el cannabis. Skodol et al. (En Szerman y Peris s/f.) sostienen que es conocido el uso frecuente de cannabis por pacientes con Trastorno Borderline o Límite de Personalidad (TLP): *“La experiencia clínica indica que los pacientes con TLP tienen una relación ambigua con el uso de cannabis, ya que les ayuda a soportar para ellos la intolerable soledad, al relajarse, (...), aunque puede poner en marcha conductas de atracones de comida y, en determinadas situaciones sociales, exacerbar síntomas pseudoparanoides o la posibilidad de despersonalización o desrealización, lo que conduce a la evitación, volviendo a la soledad y al consumo, cerrando así el círculo.”* (Szerman y Peris s/f p.12).

Los pacientes con TLP suelen autolesionarse con frecuencia y tener la percepción del dolor alterada, por lo que el consumo de cannabis y sus propiedades analgésicas nos lleva a pensar en la compleja relación neurobiológica que subyace a esta asociación, por otro lado, no debemos olvidar la comorbilidad del TLP con el TDAH y que el cannabis es la sustancia ilegal más consumida por estos pacientes, que explican su consumo de cannabis como un intento de “automedicar” la inquietud y la ansiedad, desconociendo que su consumo empeora los síntomas de falta de atención.

En estudios en los que se han usado instrumentos como el “Modelo de cinco factores” en sujetos consumidores habituales de cannabis, éstos se han caracterizado por baja extroversión y alta apertura a la experiencia (Flory et al., 2002, en Szerman y Peris).

Capítulo 5 PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

5.1 Planteamiento del problema

Dado la revisión anterior en donde se señalan características de personalidad asociadas a las adicciones se considera relevante sugerir una investigación en donde se actualice esta información

5.2 Justificación

Con base al análisis de los datos derivados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), en donde nos menciona que la prevalencia de consumo de cualquier droga y cualquier droga ilegal en el último año en los adultos de 18 a 65 años es de 2.8% para la población entre 18 y a 34 años que ha consumido cualquier droga médica o ilegal. El 2.3% de esta población ha consumido cualquier droga ilegal en el último año (4.1% hombres y 0.6% mujeres). La marihuana (1.9%) y la cocaína (0.8%) éstas son las drogas de mayor preferencia en la población de 18 a 34 años, las demás drogas tienen prevalencias debajo del 0.2%. Entre los adultos de 35 a 65 años, la prevalencia de cualquier droga es de 1.0% (1.7% hombres y 0.3% mujeres), mientras que el consumo de drogas ilegales es de 0.8%, (1.4% hombres y 0.2% mujeres).

Al analizar los datos anteriores se nota el incremento en el consumo de la marihuana en la población de adultos jóvenes (18 a 34 años) preferentemente hombres, por lo que considero importante la implementación de estrategias necesarias para la prevención y tratamiento dirigidas a esta población,

Con lo anteriormente expuesto, es relevante mencionar la importancia de esta investigación, ya que será una herramienta de apoyo aquellos profesionales del área de psicología que estén tratando a pacientes consumidores de marihuana, porque al conocer la personalidad característica de los usuarios de esta droga podrán implementar las medidas terapéuticas específicas brindándoles una mejor terapia y llegar a obtener resultados positivos

5.3 Objetivo:

Conocer el tipo de personalidad de los adultos mexicanos entre 21 y 30 años que son consumidores de marihuana, con la finalidad de implementar estrategias necesarias con base al tipo de personalidad que presentan y apoyarlo de la mejor manera en su tratamiento

5.4 Pregunta de investigación

¿Es posible identificar un tipo de personalidad en consumidores de marihuana?

Hipótesis:

Hi: Los consumidores de marihuana se relacionan con una personalidad de tipo A

Ho: No existe relación entre los consumidores de marihuana y una personalidad de tipo A

5.5 Tipo de estudio

El tipo de estudio sería de tipo transversal-descriptivo, ya que se pretende describir las características de personalidad de los consumidores de marihuana

5.6 Muestra

La muestra sugerida es no probabilística ya que se evaluaría un grupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características requeridas para la investigación

Participantes

- Ambos sexos de 21 a 30 años de edad,
- Estatus socioeconómico medio
- No consuman ninguna otra sustancia ya sea legal o ilegal (ya que puede afectar los resultados de las pruebas, ya que ciertas drogas son estimulantes y otras depresoras del sistema nervioso central)

5.7 Instrumentos

1. Entrevista semi abierta,

En la entrevista se preguntará sobre estos temas, para obtener mayor información, relacionarla con las pruebas y adquirir un resultado más certero.

- Edad
- Sexo
- Lugar de residencia
- Si vive solo o con sus padres
- Relación con los padres
- Como es la relación con sus pares
- Como maneja el estrés

- A qué edad empezó su consumo
- Con quien consumió por primera vez y bajo qué circunstancias
- Actualmente que cantidad consume y con qué frecuencia
- Con quien consume y si llega a consumirlo solo
- Bajo qué circunstancias la consume
- Que sensaciones tiene después de consumirla, tanto físicas como emocionales

2. Inventario multifasico de la personalidad de Minnesota MMPI-

Inventario multifasico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2) desarrollada por S.R. Hathaway y J.C. Mckinley (1970).

Características: Puede aplicarse tanto de manera grupal como individual, con una duración de 60-90 minutos, consta con 567, reactivos, contiene escalas de validez, escalas básicas y escalas suplementarias, su tipo de respuesta es opcional, entre verdadero y falso

Escalas de validez

Escala L; Mentira sirve como un índice de la posibilidad de que un protocolo de prueba dado haya sido distorsionado por un estilo particular de responder el cuestionario.

Escala F; las puntuaciones de la escala F deberán usarse para verificar la aceptabilidad de los valores suplementarios

Escala K; Correccion, es el más complejo de los indicadores de validez, cubre una amplitud de características que muchos individuos prefieren negar acerca de ellos mismos o de sus familiares

Inver (inconsistencia en las respuestas verdaderas) tiene sensibilidad con respecto a la tendencia dar solo un tipo de respuesta a los reactivos del MMPI-2 sin tener en cuenta el contenido de las frases.

Invar (inconsistencia en las respuestas variables) reflejan una tendencia general a no tomar en cuenta el contenido de los reactivos al marcar las respuestas en el inventario.

Escalas clínicas

Escala 1(Hs, hipocondriasis): Muchos de los reactivos que conforman esta escala reflejan síntomas particulares o quejas específicas, pero muchos otros muestran una preocupación corporal general o una tendencia de estos individuos a estar centrados en sí mismos.

Escala 2(D, Depresión): Los reactivos que conforman esta escala reflejan no solo sentimientos de desesperanza, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de los individuos deprimidos, si no también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpable.

Escala 3(Hi, Histeria): refleja dichas quejas físicas o desordenes específicos, pero muchos otros involucran la negación de problemas en la vida personal o la falta de ansiedad social frecuentemente observada en individuos con estas defensas

Escala 4 (Dp, Desviación psicopática): algunos reactivos en esta escala involucran la propensión de estas personas a reconocer este tipo de problemas; otros reactivos reflejan su falta de interés por la mayoría de las normas sociales y morales de conducta

Escala 5 (Mf, Masculinidad-Femineidad): Los reactivos en esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que los hombres y mujeres en general difieren.

Escala 6 (Pa, Paranoia): Esta escala refleja la susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros

Escala 7(Pt, Psicastenia):El contenido de los reactivos se refiere en parte a síntomas diversos, la escala en general refleja más bien ansiedad y angustia, así como normas morales estrictas, tendencia a culparse porque las cosas no salen bien y esfuerzos para controlar rígidamente los impulsos

Escala 8 (Es, Esquizofrenia): El contenido de los reactivos cubre un amplio rango de conductas excéntricas, experiencias raras y susceptibilidad marcada en estos sujetos

Escala 9 (Ma, Mania): El contenido de los reactivos cubre algunas conductas de esta condición y de las características asociadas a ella (ambición exagerada, extroversión y aspiraciones elevadas)

Escala 0 (Is, Introversión social) Hostetler, Ben-Porath, Butcher y Graham (1989) construyeron un grupo de subescalas para la escala Is; Las tres subescalas, tímidos/autoconcepción (Is1), evitación social (Is2) enajenación de sí mismo y de otros (Is3).

Escalas suplementarias tradicionales

Escala de ansiedad(A)

Escala de represión(R)

Escala de fuerza del yo (Fyo)

Escala de alcoholismo de MacAndrew-revisada (A-MAC)

Escalas suplementarias adicionales

Escala de hostilidad reprimida (HR)

Escala de Dominancia (Do)

Escala de responsabilidad social (Rs)

Escala de desajuste profesional (Dpr)

Escalas de género masculino y femenino (GM, GF)

Escalas de desorden de estrés postraumático (EPK, EPS)

Escalas de contenido

Ansiedad (Ans)

Miedos (Mie)

Obsesividad (Obs)

Depresión (Dep)

Preocupación por la salud (Sau)

Pensamiento delirante (Del)

Enojo (Enj)

Cinismo (Cin)

Prácticas antisociales (Pas)

Personalidad tipo A (Pta)

Baja autoestima (Bae)

Incomodidad social (Iso)

Problemas familiares (Fam)

Dificultad en el trabajo (Dtr)

Rechazo al tratamiento (Rtr)

S.R Hathaway, J.C Mckinley (1970)

Las escalas que se relacionan con el tipo de personalidad tipo A son:

Escalas clínicas

Escala 2 (D: Depresión)

Escala 6 (Pa: paranoia)

Escala 8 (Es: esquizofrenia)

Escala 0 (Is: introversión social)

Escalas suplementarias tradicionales

Escala de ansiedad (A)

Escala de represión (R)

Escalas de contenido

Ansiedad (Ans)

Obsesividad (Obs)

Depresión (Dep)

Enojo (Enj)

Incomodidad social (Iso)

Cuestionario de 16 factores de la personalidad Raymon Cattell

El cuestionario de 16 factores personalidad fue creada por R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell, 1993, es un instrumento de valoración objetiva y es un cuestionario para medir dimensiones normales de la personalidad.

Objetivo: Apreciación de 16 rasgos de primer orden y 5 dimensiones globales de la personalidad

Características: El Cuestionario de 16 factores de la personalidad se puede aplicar de manera grupal o individual, consta de 187 preguntas tendientes a evaluar los rasgos distintivos de la personalidad normal, con una duración de entre 40 a 45 minutos, aplicándose de los 16 años en adelante.

Tipo de respuesta: Cada elemento tiene 3 alternativas, puesto que la situación de elección forzada entre dos alternativas (eliminando la situación de compromiso del término medio) y puede motivar una cierta aversión hacia el cuestionario por parte de algunos sujetos.

Factores primarios: Cada uno de los factores primarios evaluados en el 16pf tiene una denominación alfabética (desde A a Q4).

Descripción de las Escalas Primarias

Escala A: Afabilidad. Mide afabilidad interpersonal, sociabilidad y deseo de comprometerse en intercambios con otros. Puntuaciones altas en afabilidad (A+) describen a personas “naturales, adaptables (en sus costumbres), afectuosas, interesadas por la gente, sinceras, emotivas, expresivas, confiadas, impulsivas, generosas y cooperativas” (Karson et al., 1998). Bajas puntuaciones en esta escala (A-) reflejan preferencia por estar solo, aislamiento, retraimiento, y escaso deseo por interactuar.

Escala B: Razonamiento. Esta escala entrega una breve medida de inteligencia y es muy sensible a la escolaridad del sujeto. Altas puntuaciones (B+) indican satisfactoria capacidad de razonamiento y capacidad verbal. Este adecuado funcionamiento intelectual se traduce a su vez en capacidad para controlar los impulsos, anticipar contingencias y resolver los problemas de la vida cotidiana. Bajas puntuaciones (B-) indican pensamiento concreto, lo que puede explicarse por deterioro cognitivo, bajo nivel de instrucción, o bien, por una importante ansiedad.

Escala C: Estabilidad Emocional (Fuerza del Yo). Si bien esta escala recibe la denominación de estabilidad emocional, el nombre original otorgado por Cattell fue el de Fuerza del Yo. Esta escala evalúa las funciones ejecutivas de la personalidad, el juicio de realidad y la integración de la personalidad total. Una baja puntuación (C-) describe a una persona que siente que no ha logrado sus metas, que su vida es insatisfactoria, con una imagen pobre de sí misma y sentimientos de automenosprecio. La baja estabilidad emocional describe personas con sentimientos subjetivos de malestar psicológico, ansiedad, y se asocia a una gran variedad de trastornos y síntomas psicológicos. Es muy importante interpretar esta escala a la luz de los resultados en ansiedad (pues la insatisfacción personal se traduce en ansiedad), y en la escala de manipulación de la imagen (por la posibilidad de simulación de sintomatología).

Escala E: Dominancia (Asertividad). Un alto puntaje (E+) describe a una persona que gusta dar a conocer sus opiniones a los demás, protege el dominio de su espacio personal, su trabajo y sus planes. No duda en expresar sus ideas y en defender sus derechos y puntos de vista. Dentro de los grupos, asume un papel destacado, tomando la iniciativa y definiendo planes de acción grupal. Es una persona atractiva en lo interpersonal para los demás, confiado y competente. Una elevación muy importante

puede reflejar tendencia a actuar agresivamente. Bajas puntuaciones (E-) indican sumisión, desconfianza, indecisión, y tendencia a pensar que los demás no se interesan por él.

Escala F: Animación. Puntuaciones muy bajas en esta escala (F-) indican normalmente problemas. Si bien no es posible asimilar esta escala a depresión clínica, puede reflejar sentimientos depresivos, como desinterés, insatisfacción, ánimo bajo, autodesprecio, pesimismo. Es importante interpretar esta escala considerando los resultados en ansiedad, estabilidad emocional, entre otras.

Escala G: Atención a las Normas. La atención a las normas tiene que ver con el grado con que la persona ha sido condicionada para conformarse a los ideales de su grupo y con la buena comprensión de las reglas del juego social (Karson, 1997). Una puntuación elevada (G+) describe una persona consciente y respetuosa de las normas, con tendencia a ser moralista, conformista, convencional y preocupado de la opinión que los demás forman de él. Es importante considerar el resultado de manipulación de la imagen para validar esta escala. Un bajo puntaje (G-), indica conducta transgresora, inconformismo. Es importante tener en cuenta la etapa evolutiva del evaluado: adolescentes puntúan típicamente bajo en esta escala.

Escala H: Atrevimiento. Esta escala mide la búsqueda de sensaciones frente a la inhibición. Una baja puntuación (H-) describe una persona tímida, temerosa y que rehuye la atención de los demás. También, describe una persona muy sensible del escrutinio de otros, que por temor al fracaso tiende a evitar o evadir el contacto interpersonal. Importante interpretar esta escala a la luz de los resultados en afabilidad, dominancia y animación por la posibilidad de retraimiento patológico. Una puntuación elevada (H+), por su parte, define una persona que se atreve a cruzar los límites interpersonales, siendo capaz de iniciar interacciones con extraños; sin temor al fracaso, se arriesga y emprende debido a que confía en que alcanzará éxito. También, persona que goza de satisfactorio autoconcepto lo cual le permite hacer frente al fracaso. Un puntaje alto en esta escala es fundamental en vendedores.

Escala I: Sensibilidad. De acuerdo a Karson (1998), un puntaje bajo en sensibilidad (I-) describe una persona emocionalmente madura, mentalmente independiente, sin sensibilidad artística, poco afectado por las fantasías, práctico, lógico, autosuficiente y responsable. Un resultado elevado (I+) define una persona impaciente, dependiente,

inmaduro, cariñoso, introspectivo, imaginativo, sociable, deseoso de atención e “hipocondríaco”. Como hombres tienden a puntuar bajo y mujeres alto, esta escala se asociaría con estereotipos masculinos y femeninos, y sería equivalente a la escala de “masculinidad – feminidad” del MMPI.

Escala L: Vigilancia . Esta escala es tal vez la de mayor significación clínica en el 16 PF. Las puntuaciones elevadas (L+) son un indicador de desconfianza, actitud vigilante, suspicacia extrema y paranoia (que incluso puede caer en lo delirante), junto con tendencia a la hostilidad y a interpretar la “realidad” de un modo egocéntrico y a partir de detalles.

Escala M: Abstracción (Impracticabilidad). Esta escala constituye una medida del sentido práctico. Puntuaciones altas (M+) describen a personas poco prácticas, abstractas, orientadas a las ideas, pasivas. Y puntuaciones bajas indican una actitud de contacto con la realidad y sentido práctico. Es importante considerar resultados de otras escalas.

Escala N: Privacidad. Una puntuación elevada (N+) en esta escala describe a una persona recelosa, retraída, discreta, reservada, tímida, suspicaz y autosuficiente, por lo cual, es muy importante considerar el resultado de otras escalas. Una puntuación baja (N) se relaciona con personas abiertas, espontáneas, que tienden a contar de buena gana detalles de su vida a otras personas.

Escala O. Aprensión. Esta escala tiene un importante valor clínico (Karson, 1998). Una puntuación elevada (O+) define a una persona que es frecuentemente inundada por sentimientos de culpa y remordimiento en su conciencia. Indica tendencias depresivas, sobre todo cuando se asocia a un puntaje bajo en animación (F-). Una baja puntuación describe una persona segura, despreocupada y satisfecha, animoso y autosuficiente.

Escala Q1: Apertura al Cambio. Esta escala constituye una medida adecuada de la actitud del individuo hacia el cambio. Mientras más alta es la puntuación, más orientada está la persona a intentar algo nuevo, a ser flexible y adaptarse, a ser creativo e innovador. La baja puntuación se asocia a conformismo, resistencia al cambio, incapacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias, rigidez y apego por lo familiar y conocido.

Escala Q2: Autosuficiencia . Esta escala mide la tendencia de un sujeto a hacer las cosas en solitario o con otros, y se asocia frecuentemente con los resultados en afabilidad.

Puntuaciones muy altas indicarían dificultad para actuar con otros, tendencia a trabajar solo debido a que se percibe a los demás como lentos o ineficaces. Cuando las circunstancias les obligan a establecer relaciones de colaboración, su respuesta suele ser insatisfactoria. La baja puntuación es indicador de dependencia total respecto de otros, tendencias afiliativas importantes y búsqueda de apoyo en las demás personas. A veces, esta poca autosuficiencia puede representar una maniobra para compensar una falta de eficacia.

Escala Q3: Perfeccionismo (Compulsividad). Esta escala se relaciona con el yo idealizado y el grado de acercamiento del sujeto a este modelo ideal. A su vez, esta escala también se asocia a la connotación emocional que el sujeto da a esta cercanía – lejanía de la normativa o perfección (yo ideal). Una puntuación alta define a una persona perfeccionista, organizada, disciplinada, con poca tolerancia hacia la ambigüedad y el desorden, y con habilidad para controlar sus emociones, particularmente, la ira y ansiedad. La puntuación baja describe a un sujeto flexible, con tolerancia por el desorden, de baja capacidad de emprendimiento.

Escala Q4: Tensión. Esta escala se asocia con ansiedad flotante y frustraciones generalizadas. Un puntaje alto indica tensión, ansiedad manifestada en problemas de sueño, cavilaciones, agitación, impaciencia e irritabilidad. Estos sentimientos serían resultado de un exceso de demandas del entorno. Las bajas puntuaciones describen una persona relajada y paciente, carente de estrés. Es importante considerar las puntuaciones en estabilidad emocional y aprensión, junto con los resultados en las escalas de validez.

Descripción de las Dimensiones Globales

Extraversión (Ext). La escala de extraversión resulta de la combinación de los resultados en afabilidad (A), animación (F), atrevimiento (H), privacidad (N) y autosuficiencia (Q2).

Ansiedad (Ans). La escala de ansiedad es el resultado de la combinación de estabilidad emocional (C), vigilancia (L), aprensión (O) y tensión (Q4).

Dureza (Dur). La escala de dureza se obtiene de la ponderación de afabilidad (A), sensibilidad (I), abstracción (M) y apertura al cambio (Q1). Esta escala tiene significación en el ámbito laboral más que en el clínico.

Independencia (Ind). Esta escala surge de la combinación de dominancia (E), vigilancia (L) y apertura al cambio (Q1).

Autocontrol (AuC). Esta dimensión se obtiene de la combinación de animación (F), atención a las normas (G), abstracción (M) y compulsividad (Q3).

Descripción de las Escalas de Validez o Estilos de Respuesta

Escala MÍ: Manipulación de la Imagen. Esta escala mide deseabilidad social.

Escala IN: Infrecuencia. Esta escala tiene como propósito detectar oposicionismo al responder el cuestionario, donde el sujeto deliberadamente elige la opción B (indecisión) a pesar de que en las instrucciones se insiste en no utilizar esa alternativa. También, la elección de la alternativa B de modo consistente puede reflejar problemas de comprensión de lectura, lo que por lo tanto invalida el cuestionario

.Escala AQ: Aquiescencia. Esta escala se compone de casi todos los reactivos del tipo verdadero – falso. Esta escala busca identificar aquellos estilos de respuesta en que el examinado contesta verdadero, independiente del contenido verbal o de lo que formula el reactivo.

Escalas que se relacionan con la personalidad tipo A

Escalas primarias

Escala C: Estabilidad Emocional (Fuerza del Yo).

Escala F :Animación.

Escala G Atención a las Normas.

Escala H: Atrevimiento.

Escala L: Vigilancia .

Escala O: Aprensión.

Escala Q2: Autosuficiencia .

Escala Q4: Tensión.

Escala Q3: Perfeccionismo (Compulsividad).

Dimensiones Globales

Ansiedad (Ans)

Autocontrol (AuC)

Medida de Motivos de Marihuana de Cinco Factores de Cooper

Se considera importante aplicar este instrumento para saber la razón por la cual el participante consume la sustancia, nos arrojará datos acerca de su personalidad, y permitirá entender que no es lo mismo consumirla para ser más sociable a consumirla para afrontar situaciones personales. (se relaciona el motivo por el cual la consume, con su personalidad, por ejemplo el que fuma para poder ser reconocido en un grupo social nos habla de una persona que es influenciable)

Medida de Motivos de Marihuana de Cinco Factores creada por M. L. Cooper's (1994), su nombres original es Five-Factor Marijuana Motives Measure, el objetivo de la prueba es establecer asociaciones entre los varios motivos de consumo de cannabis) siendo cinco factores los que utiliza; mejora, conformidad, expansión, afrontamiento y motivos sociales.

The Drinking Motives Measure (Cooper, 1994) es un cuestionario de 20 preguntas que evalúa cuatro motivos para beber. Tiene una opción de respuesta de 5 puntos, que van desde 1 (casi nunca / nunca) a 5 (Casi siempre / siempre). Se instruye a los participantes a considerar todas las veces que han bebido ya indicar con qué frecuencia han bebido alcohol por cada razón. Los motivos y los elementos representativos son los siguientes: mejora ("yo bebo para subirme"), afrontamiento ("bebo para olvidar mis preocupaciones"), social ("bebo para ser sociable") y conformidad Que otros no me engañen por no beber "). Esta medida ha demostrado propiedades psicométricas sólidas en grandes muestras de adolescentes y adultos (Cooper, 1994, Cooper et al., 1995) El cuestionario fue adaptado para la marihuana sustituyendo "consumir marihuana" por "beber" (por ejemplo, "uso marihuana para ser sociable"). Además, se creó una quinta escala de motivos de expansión que consta de los siguientes elementos: (1) "Uso marihuana / bebida para poder conocerme mejor" (2) "Yo uso Marihuana / bebida porque me ayuda a ser más creativo y original ", (3) " Uso marihuana / bebida para poder entender las cosas Diferente ", (4) " Yo uso marihuana / bebida para poder expandir mi Conciencia ", y (5) " Uso marihuana / bebida para ser más abierto a Experiencias "

25 Ítems de elección tipo liket

Social

(3) Porque me ayuda a disfrutar de una fiesta

(5) Ser sociable

- (11) Porque hace de las reuniones sociales más divertidas
- (14) Porque mejora las partes y Celebraciones
- (16) Para celebrar una ocasión especial con amigos

Afrontamiento

- (1) Para olvidar mis preocupaciones
- (4) Porque me ayuda cuando me siento deprimido o nervioso
- (6) Para animarme cuando estoy de mal humor
- (15) Porque me siento más seguro de sí mismo y seguro de mí mismo
- (17) Olvidar mis problema

Mejora

- (7) Porque me gusta el sentimiento
- (9) Porque es emocionante
- (10) Para estar elevado (high)
- (13) Porque me da una sensación agradable
- (18) Porque es divertido

Conformidad

- (2) Porque mis amigos me presionan para usar marihuana
- (8) Para que otros no me engañen por no usar marihuana
- (12) Para encajar con el grupo que me gusta
- (19) Ser querido
- (20) Así que no me sentiré excluido

Expansión

- (21) Conocerme mejor
- (22) Porque me ayuda a ser más creativo y original
- (23) Para entender las cosas de manera diferente
- (24) Para ampliar mi conocimiento
- (25) Ser más abierto a las experiencias

5.8 Procedimiento:

1. Se solicitará audiencia con los Directores tanto del Centro de Integración Juvenil (CIJ), como del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones (CEAIA) ubicados en la Ciudad de Pachuca, Hgo., con la finalidad de explicarles el objetivo e importancia de este estudio y el interés de apoyarlos en el manejo de los consumidores de marihuana, disminuyendo en ellos su consumo.
2. Ya una vez autorizado, se obtendrá el grupo de estudio conformado por 100 adultos mexicanos entre 21 y 30 años que consuman únicamente marihuana, los cuales serán 50 del CIJ y 50 del CEAIA, estos consumidores son pacientes de consulta externa, de ambos centros de atención.
3. Se citará en diferentes días a los integrantes del grupo de estudio tanto del CIJ como del CEAIA para realizar la entrevista semi abierta, informándoles que la presente investigación es para obtener el título de Licenciada en Psicología, por lo cual se les solicita su colaboración para responder a los cuestionamientos de la misma y contestar las pruebas psicológicas que les serán aplicadas, respondiéndolas lo más sinceramente posible, reiterándoles que su participación será anónima y confidencial.
4. Relacionar los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas aplicadas al grupo de estudio con las entrevistas realizadas al inicio. A partir de los resultados obtenidos se pueden proponer estrategias de tratamiento

5.9 Tratamiento

La adicción a la marihuana parece ser muy similar a otros trastornos ocasionados por el uso de otras sustancias adictivas, sin embargo se observó que los resultados clínicos a largo plazo son menos graves. (National Institute on Drug Abuse,2015)

En promedio, los adultos que buscan tratamiento para algún trastorno relacionado con el uso de marihuana, son aquellos que la han consumido casi a diario por más de diez años y han intentado dejarla más de seis veces. (National Institute on Drug Abuse,2015)

A continuación se analiza el psicoanálisis como terapia dirigida a los consumidores de marihuana:

El psicoanálisis produce una apertura del yo hacia el descubrimiento de la posibilidad de otras lecturas del sentido de la realidad y de su propia persona. Por ello libera al sujeto de esa constricción de la base de la función inconsciente, por el camino del aprendizaje del conocimiento de su propio yo. (Luis Schnitman,2009).

En la clínica de los adictos sometidos a psicoanálisis, se ha aprendido que, como en muchas otras patologías estructuradas en el síntoma, puede ser útil o necesaria la reeducación, como se hace en los tratamientos de tipo comunitario; para ayudar al paciente a manejar los síntomas que se llevan por delante los intentos de modificación psíquica. En todo caso, mientras el sujeto aprende a contener sus síntomas, el tratamiento psicoanalítico es un instrumento facilitador del crecimiento de su yo, sometido a tensiones extremas de tipo dogmático.

Puede aprender por tanto que, como sujeto provisto de pensamiento, puede manejar sus concepciones de la realidad del modo más respetuoso con su naturaleza psíquica, y con las necesidades de la realidad.

Cuando una persona ha estado atornillada a una forma de ver la realidad, el efecto de la droga, al hacérsela percibir de otra forma, le hace ver que “la realidad no existe”, sintiendo el placer de quien se alivia de una forma rígida de sentir. Este efecto, al que está incapacitado para llegar por sus propios medios, le facilita entrar en un uso dependiente de la droga. Como el tratamiento psicoanalítico tiene, al igual que la droga, el efecto de descentrar la rigidez del yo, y hacerle percibir por lo tanto que “la realidad no existe”; el uso de la droga se tornará innecesario. Así, cuando reeduce el hábito del consumo, no tendrá necesidad de volver a la adicción.

Es por eso que cuando el paciente dependiente se trata con psicoanálisis, suelen desaparecer las tendencias a las recaídas; típicas de la experiencia de los tratamientos reeducativos. Como lo dicen clásicamente en la terapia de reeducación de las asociaciones de Alcohólicos Anónimos, “una vez alcohólico, siempre alcohólico”. Esto no es así cuando la persona se trata mediante el psicoanálisis, que cambia la condición psíquica que le hace necesaria la droga (Luis Schnitman,2009).

Conclusiones

Tomando como referencia la información obtenida en el apartado del Marco teórico, surgieron varios rasgos de personalidad ligados al consumo de marihuana, los cuales al unirlos fue posible determinar el tipo de personalidad de los consumidores, en este sentido me di cuenta que existe una asociación entre el consumo de marihuana y ciertos trastornos mentales, siendo en primer lugar la esquizofrenia y en menor grado la ansiedad y depresión, dependiendo de la predisposición genética del consumidor. (Quiroga, 2000)

Con respecto al DSM-V éste menciona que una de las características de los consumidores de marihuana, es el afrontar problemas del estado de ánimo, problemas de sueño y otros problemas fisiológicos o psicológicos o trastorno mentales recurrentes.

De acuerdo con varios autores hay rasgos para los consumidores de marihuana

Pedro Lorenzo (2009) menciona que los consumidores de marihuana presentan escaso control de impulsos, una baja tolerancia a la frustración o un elevado rasgo de búsqueda de sensaciones.

Dvorak Day (2014) menciona que entre más baja sea la capacidad de autorregulación mayor es el consumo de marihuana.

Zuckerman (1994) menciona que el consumidor de marihuana tiene una inadecuada regulación emocional al estrés, búsqueda de sensaciones y deseo de tomar riesgo,

Brook et al (2011) menciona que los consumidores de marihuana tienen poco control, búsqueda de sensaciones y conductas exteriorizadas.

Stewart y Kushner (2001) mencionan que tienen sensibilidad a la ansiedad.

Carrillo (2015) menciona que los consumidores de drogas presentan rasgos como el perfeccionismo, dificultad para expresar sentimiento, y muestran sentimientos de soledad y pertenencia, así como se muestran impulsivos.

Sedlak (1993) menciona que los consumidores de drogas presentan la incapacidad de tomar decisiones sanas.

Por los rasgos expuestos anteriormente y después de realizar una búsqueda exhaustiva sobre este tema de estudio y haber analizado a los autores descritos, podemos concluir

que los consumidores de marihuana presentan una personalidad tipo (cluster) A (Paranoica, Esquizoide, Esquizotípica) y con base en este tipo de personalidad será posible implementar medidas terapéuticas necesarias para apoyar a los usuarios de marihuana a su rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliño J., Miyar M, (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Manual DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Alvarado S. (1996) Perfil psicológico de la persona adicta. Madrid: Editorial Pirámide, vol. 1.
- Andujo Carrillo Armando(s/f).Tipología del pensamiento y personalidad adictiva, recuperado de: www.icade.com.mx/alumnos/diplo6/tipologia.doc
- American Psychiatric Association (2014).Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5TM recuperado de: <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>
- Ansbacher, H.L, & Ansbacher, R.R (1995). The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writing. New York: Harper Torchbooks.
- Beverido Sustaeta Paulina (2010). “Consumo de mariguana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje”, recuperado:https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num2/articulos/ConsumoMariguana.pdf
- Brook J.S., Zhang, C., y Brook, D.W. (2011). “Developmental trajectories of marijuana use from adolescence to adulthood: Personal predictors”, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, vol. 165, núm. 1, pp. 55–60.
- Callado F Luis (2006).Cuestiones de interés entorno a los usos terapéuticos del cannabis, Departamento de Farmacología (UPV/EHU) y Centro de Investigación Biomédica en
- Cárdenas López Georgina y Moisés Huerin, (2016).Revisión de los aspectos psicológicos relacionados con el consumo de la mariguana,Revista digital universitaria,vol.17,No.5,recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.17/num5/art35/>

- Caudevilla Gállego Fernando (2008).Drogas, conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo: recuperado de: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- CESMERR, centro de salud mental,(s/f), trastornos de personalidad: recuperado de: <http://www.salud-mental.cl/trastornos-personalidad/>
- Cloninger C. Susana, (2003).Teorías de la personalidad tercera edición pp: 3-10,36-43, 46, 50, 74,-77,139-147,167-204, 2013, 234,252-254,259. Recuperado de: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/teorias-de-la-personalidad-susan-cloninger.pdf.pdf>
- Conadic(s/f).Que problemas se presentan en la comunidad, recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abcmarig.pdf>
- Conadic, (s/f).Conceptos básicos sobre las adicciones recuperadas de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf
- Conadic (2011). Encuesta Nacional de adicciones, recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Contreras C M, Gutiérrez-García AG, Saavedra M, Bernal-Morales B, Rodríguez Landa JF, y M Hernández-Lozano, (2003). "Efectos adversos y paliativos de los cannabinoides", Salud Mental vol. 1 p.62-75.
- Contreras Ruiz Alejandra E. et al, (2010).El cerebro, las drogas y los genes: recuperado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600008
- Cruz Martín del Campo Silvia Lorena (2006).El cerebro y el consumo de drogas recuperado de: http://www.cinvestav.mx/Portals/0/SiteDocs/Sec_Difusion/RevistaCinvestav/abril-junio2006/cerebro.pdf

Departamento de psicología de la salud (2009).Introducción a la psicología, recuperadode:<https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/10/Tema%2010.%20Personalidad...pdf>

Dicaprio(1989). Teorias de la personalidad, 2a, ed. MacGraw-hill. México

Diclemente, C. C. (1999). "Motivation for change: Implications for substance abuse Treatment". Psychological Science, Vol. 10, núm. 3, pp. 209–213

Duran M., Laporte J.R., Capellà D. (2004). "Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del Cannabis y el sistema cannabinoide". Medicina Clínica 122: p.p 390-398

Echeburúa, E., Bravo, R. y Aizpiri, J. (2010).Trastornos de la personalidad en adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. Behavioral Psychology / Psicología Conductual,vol.18,p. 229-239.

Echeburúa, E., Bravo, R. y Aizpiri, J. (2008).Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de cloninger. Psicothema, vol.20,p.525-230.

Encuesta nacional de adicciones (2011) recuperado de: http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/factsheet_ENA_drogas25oct.pdf

Enciclopedia de Clasificaciones. (2017).Tipos de consumidores. Recuperado de: <http://www.tiposde.org/ciencias-sociales/544-tipos-de-consumidores/>

Fayos Clara (2015). Adaptación y estudio de las propiedades psicométricas del cu recuperado de: <https://prezi.com/aw8tz029rhnx/adaptacion-y-estudio-de-las-propiedades-psicometricas-del-cu/>

Fernández Lorenzo Pedro (2009).Drogodependencia, Ed medica panamericana recuperado:https://books.google.com.mx/books?id=O01ERd98HhsC&pg=PT106&dq=personalidad+adictiva&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=personalidad%20adictiva&f=false

Fordham, F. (1966). An introduction to Jung's psychology (3rd Ed.).Baltimore: Penguin books

- García Iñaki(s/f).Fundación Canna, el sistema endocannabinoide recuperado de:
<http://www.fundacion-canna.es/sistema-endocannabinoide>
- Garden, A.M. (1991).The purpose of burnout: A Jungian interpretation. Journal of social behavior and personality,vol.6, pp.73-93.
- Gabantxo, Kontxi, (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo, recuperado de:
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04139158.pdf>
- Goldman D, Oroszi G, Dicci F (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. Nat Rev Genetics, recuperado de:
<http://www.nature.com/nrg/journal/v6/n7/abs/nrg1635.html>
- Grover, K. et al. (2013). “Marijuana Use and Abuse”, en P. Miller, Comprehensive addictive behaviors and disorders, Amsterdam: Academic Press/Elsevier.
- Gossop, M. y Grant M., (1990). Prevención y Control del Abuso de drogas. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Gutiérrez Palacios Magali Esmeralda (2016). Propuesta de intervención dirigida a mujeres con adicciones para favorecer la autoestima. Tesina de licenciatura de Psicología UNAM, facultad de psicología pp.9-10.
- Herver Copca Briseida (2010).La Gestalt y los pensamientos adictivo, recuperado de:
<https://mundogestalt.com/la-gestalt-y-los-pensamientos-adictivos/>
- Información y prevención sobre drogas (2017). Que son las drogas recuperadas de:
<http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>
- Laham Mirtha, (s/f).La conducta adictiva recuperado de
<http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales//la-conducta-adictiva-78.html?p=2>
- Lourenço Martins, (2008). Historia internacional de la droga recuperado de:
<http://encod.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DE-LA-DROGA.html>
- Manual abreviado del cuestionario 16 PF – 5(2014) recuperado de http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141018/ob_1ede5c_16-pf-manual.pdf

- Muriel Clemente (1993).Control Farmacológico en consideraciones entorno al tratamiento farmacológico del dolor, Madrid Aris JL.Europharma,
- Muriel Clemente ,(s/f).Farmacología de los analgésicos opiáceos recuperado de <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%207.pdf>
- National Institute on drug abuse (2007).Abuso y adicción a la anfetamina <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina/como-se-abusa-la-metanfetamina>
- National Institute on drug abuse (2015).Tratamientos disponibles para los trastornos por consumo de marihuana, recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/los-tratamientos-disponibles-para-los-trastornos-por-consumo-de-marihuana>
- Quiroga M. (2000).Cannabis efectos nocivos contra la salud, recuperado de:<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/676/665%202000>
- Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. Adicciones,vol.12 p. 135-148.
- Red de Salud Mental (CIBERSAM), recuperado de: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2561_1.pdf
- Robledo (2008).Trastornos adictivo “Las anfetaminas”,Elsevier, Vol. 10 Núm. 3 recuperado de: www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-las-anfetaminas
- Roberto Secades Villa (2012).Psicología de las adicciones, vol. 1.p12-24. Recuperado de <http://www.unioviedo.es/gca/uploads/pdf/Psicologia%20de%20las%20Adicciones,%20vol.1,%202012.pdf>
- Sanz Ortiz J. (2000). Analgésicos opioides en el tratamiento del dolor asociado al cáncer,Rev cáncer. p.190-200
- Schnitman Luis, (2009),”tratamiento psicoanalítico del adicto”, recuperado de: <http://psicoterapiadeverdad.blogspot.mx/2009/06/tratamiento-psicoanalitico-del-adicto.html>

Seelbach González A.G, (2012).Teorías de la personalidad red tercer milenio pp. 6,9 recuperado de; http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf

Simons Jeffrey, Correia J. Christopher, Carey B. Kate, and E Brian (1998).Validating a Five-Factor Marijuana Motives Measure: Relations With Use, Problems, and Alcohol Motives recuperado de: <http://www.auburn.edu/~correcj/Lab%20Articles/Marijuana%20Motives%201998>

Sin embargo,(2015) “En México hay más consumidores de mariguana que de alcohol: estudio”, recuperado de: <http://www.sinembargo.mx/22-07-2015/1424071>.

Soberón Xavier, Zapata Bolivar Francisco(1999).Gen y genoma, recuperado de: http://computo.ceiich.unam.mx/webceiich/docs/libro/Gen_y_genoma.pdf

Szerman, N. y Peris, L. (s/f.).Cannabis y trastornos de personalidad. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com.es/pdf/cannabis_y_trastornos_de_personalidad.pdf

Tamosiunas Gustavo , Emiliano Pagano, Br. Pía Artagaveytia (2013).Una introducción al perfil farmacológico y terapéutico de la marihuana recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000300010

Tapia Conyer Roberto(S/F)”El consumo de drogas en México”, recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>

Téllez Mosquera Jairo(2015).Marihuana cannabis: aspectos toxicológicos, clínicos, sociales y potenciales usos terapéuticos recuperado de: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C003132015-marihuana-cannabis-aspectos-toxologicos-sociales-terapeuticos.pdf>

Twersky J. Abraham (2011).El pensamiento adictivo recuperado de : <http://es.slideshare.net/AdnDomnguezCervantes/el-pensamiento-adictivo-negacin-racionalizacin-y-proyeccion>

Twerski, J. Abraham (1997). El pensamiento Adictivo. Editorial Patria.

Valdés Miyar Manuel, López-Ibor Aliño J. Juan, Pierre Pichot, (1995). American psychiatric association, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR Barcelona: masson recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Velasco Fernández Rafael; Velasco Muñoz Ledo Beatriz, (1997). “¿Que dice la ciencia?” material patrocinado por el CONADIC, y las oficinas de las naciones unidas contra la droga y el delito recuperado de: <http://www.uv.mx/cendhiu/files/2013/04/3.FOLLETO-Mariguana.pdf>

Zuckerman, M., Eysenck, S., y Eysenck, H. J. (1978). “Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.17, núm. 46, pp. 139–149.