



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C.**

---

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901-25**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“ESTABLECER LOS RASGOS PSICOLOGICOS EN  
PERSONALIDADES ADICTIVAS A SUSTANCIAS PSICOTROPICAS  
EN LA ADOLESCENCIA”**

**T E S I N A**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**JOSUE URIEL GOMEZ GUADARRAMA**

**414533264**

**DIRECTOR. DE TESINA:**

**LIC. JORGE NOE GAMEZ MORA**

**XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO. AGOSTO 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## INDICE

## DEDICATORIA

## INTRODUCCION

## JUSTIFICACION

## CAPITULO I: ADOLESCENCIA ..... ¡Error! Marcador no definido.

1.1 Definición de la adolescencia.....	
1.1.1 Adolescencia como un proceso de cambio.....	12
1.1.1.1 Cambios físicos.....	12
1.1.1.2 Cambios cognitivos.....	14
1.1.1.3 Cambios emocionales.....	18
1.1.1.4 Cambios sociales.....	23
1.1.2 Factores de riesgo en la adolescencia .....	28
1.1.3 conductas protectoras en el adolescente .....	30
1.1.4 ¿Qué es la salud mental en los adolescentes?.....	31

## CAPITULO 2: PERSONALIDAD .....31

2.1 Definición de la personalidad.....	
2.2 Teorías de la personalidad.....	36
2.2.1 Psicoanálisis de Sigmund Freud.....	36
2.2.2 Teoría de los rasgos de Gordon Allport.....	38
2.2.3 Humanismo de Carl Rogers.....	40
2.2.4 Aprendizaje social de Albert Bandura.....	41
2.3 Personalidad adictiva.....	43

## CAPITULO 3: SUSTANCIAS PSICOTROPICAS ..... 43

3.1 ¿Qué son las sustancias psicotropicas?.....	
3.2 Clasificación de las sustancias psicotrópicas.....	47
3.2.1 Cannabis.....	47
3.2.2 Opio.....	49
3.2.3 Opiáceos.....	52
3.2.4 Opioides.....	53
3.2.5 Coca y cocaína.....	54
3.2.6 Estimulantes de tipo anfetamínico.....	55
3.2.7 Sustancias del grupo del éxtasis.....	56
3.2.8 Catinona sintéticas .....	56

3.2.9 Otros estimulantes del sistema nervioso central.....	57
3.3.0 Depresores del sistema nervioso central.....	57
3.3.1 Alucinógenos.....	58
3.3.2 Alucinógenos de origen vegetal.....	59
<b>CAPITULO 4: ADICCION Y REHABILITACION .....</b>	<b>59</b>
4.1 Definición de adicción.....	
4.2 ¿Cómo se genera la adicción?.....	63
4.3 Adicción física y Adicción psicológica.....	67
4.4 Definición de rehabilitación.....	69
4.5 Rehabilitación psicológica.....	71
4.6 Propuesta de rehabilitación.....	73
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>

## **DEDICATORIA.**

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a las personas que han tenido un papel fundamental en mi camino hasta aquí:

A mi madre, Susan Guadarrama Noyola, cuyo amor incondicional ha sido mi motor para seguir adelante y ha inspirado mi creencia en la nobleza de este mundo.

A mi padre, José Luis Gómez Urbina, quien me ha enseñado la fortaleza necesaria para enfrentar las adversidades de un mundo que no siempre es justo. Su lección ha sido invaluable.

A mi abuela, Ángela Urbina Sánchez, mi eterna gratitud por ser mi ángel guardián y por estar a mi lado cuando más la he necesitado.

A mi abuelo, Benito Gómez Siles, aunque ya no esté físicamente con nosotros, agradezco su creencia en mi proyecto y su apoyo para que este sueño se convierta en realidad.

Agradezco a Dios y a la vida por permitirme llegar hasta este momento rodeado de seres queridos que han sido parte fundamental en este logro profesional. Comprendo que gracias a ellos he alcanzado esta meta, que sin duda es solo el inicio.

Mi esfuerzo y dedicación también merecen mi agradecimiento, ya que creer en mí mismo ha sido mi proyecto más valioso y fructífero.

## **INTRODUCCIÓN.**

En cuanto a la investigación teórica, a continuación, se describe, la relación sobre los psicofármacos con la adolescencia, dentro de los factores psicosociales que en la bibliografía científica han mostrado tener especial relevancia en la descripción y explicación del consumo de sustancias se encuentran los rasgos de personalidad (Pedrero, 2002).

Se plantea describir la relación que guardan los valores personales y los rasgos de personalidad como variables complementarias en un grupo de personas consumidoras de sustancias psicotrópicas, a la vez que se tiene en cuenta la especificidad conceptual y empírica de ambas variables como predictoras de comportamientos diferentes.

Además, en el capítulo uno se plantea describir detalladamente las características del adolescente, sus aspectos psicológicos y sociales de tal manera que exista una comprensión sobre la importancia de esta etapa y el papel fundamental que juega al momento de desarrollar una personalidad adictiva a sustancias psicotrópicas, de igual manera se plantara como marco de referencia la salud mental en el adolescente.

Acerca de la personalidad, por lo que se refiere al capítulo dos podemos entender que las conductas de riesgo en el adolescente se entienden como los pensamientos, circunstancias sociales, familiares que influyen en el adolescente para probar una sustancia psicotrópica y generar una adicción hacia ella.

Cabe mencionar que ante la situación de las adicciones no solo existen conductas de riesgo, es por ello que se presenta el tema de conductas protectoras en los adolescentes que son todas aquellas que influyen en la psique del adolescente de tal manera que cuente con los recursos necesarios para buscar una solución alternativa antes de probar cualquier sustancia psicotrópica. Con respecto a las sustancias psicotrópicas se busca dar una visión sobre el proceso de la

codependencia a ellas, especificar las características de cada una, tipos de uso y efectos en el adolescente.

El cuarto capítulo toca el tema de las adicciones, partiendo de lo que es una adicción, el proceso para que esta suceda y los tipos de adicciones que existen, con la finalidad de establecer los rasgos de la personalidad en personas adictas a sustancias psicotrópicas durante la adolescencia.

## JUSTIFICACION.

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano en el que se producen numerosos cambios físicos, emocionales y cognitivos. Se debe agregar que para la Real academia de lengua española (Echegaray, 1887) proviene del griego "aló", yo hago crecer; y "aldainein", desarrollar. Deriva del participio presente que es activo, por lo tanto, asociada al desarrollo, el que esté en proceso de crecimiento.

La Real academia de lengua española (2015), la define como el periodo de vida que a la niñez y precede a la juventud. A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, es decir, la segunda década de vida. (UNICEF,2011).

Durante este periodo los jóvenes experimentan una mayor vulnerabilidad a diversos riesgos, en el que destacan el consumo de sustancias psicotrópicas. Las adicciones a estas sustancias en la adolescencia pueden tener consecuencias significativas a corto y largo plazo en la salud física y mental de los individuos, así como en su funcionamiento social y académico.

Los estudios previos han demostrado que existen diferencias individuales en la vulnerabilidad a desarrollar una adicción a sustancias psicotrópicas. Entre estos factores, los rasgos de la personalidad han sido ampliamente estudiados debido a su relevancia en la comprensión en los procesos de la adicción.

Sin embargo, existe una brecha en la investigación que se centra específicamente en los rasgos de la personalidad en personas adictas a sustancias psicotrópicas durante la adolescencia.

La teoría de Freud supone la extensión universal de su concepción del desarrollo en las diferentes culturas, así como una definición del desarrollo adolescente en función de la dinámica psicosexual. La adolescencia se corresponde con la etapa genital, que sigue a la fase infantil de latencia y es cuando se resuelve definitivamente la situación edípica. La misión del adolescente es lograr la primacía genital y la definitiva búsqueda no incestuosa del objeto amado.

Comprender los rasgos de la personalidad en personas adictivas a sustancias psicotrópicas durante la adolescencia es de vital importancia para varias razones. A continuación, en el primer capítulo se identificarán los rasgos de personalidad asociados con la adicción podría ayudar a detectar tempranamente a los adolescentes en riesgo de desarrollar una dependencia. Esto permitiría implementar estrategias de prevención y programas de intervención más eficaces.

Así mismo el capítulo dos se argumentarán los rasgos de la personalidad en esta población nos permita comprender mejor los mecanismos subyacentes de la adicción en la adolescencia. Esto podría ayudar a desarrollar enfoques de tratamiento más personalizado y adaptados a las necesidades individuales de los jóvenes adictos.

Para terminar el tercer capítulo, el estudio de los rasgos de personalidad en las personas adictas a sustancias psicotrópicas en la adolescencia podría proporcionar información relevante para el diseño de políticas públicas y programas de prevención en el ámbito de la salud mental y el abuso de sustancias en esta etapa de la vida.

En resumen, el presente trabajo de investigación se justifica por la necesidad de ampliar el conocimiento sobre los rasgos de la personalidad en personas adictas a sustancias psicotrópicas durante la adolescencia.

# **CAPITULO I: ADOLESCENCIA.**

## **1.1 Definición de la adolescencia.**

Durante la etapa de desarrollo del ser humano, la adolescencia comprende cambios a nivel psicológico, físico y emocional, en los cuales se puede desarrollar una serie de problemáticas como es el caso de la dependencia a sustancias psicotrópicas.

En primera instancia del capítulo se presenta un panorama teórico acerca de las definiciones de la adolescencia de acuerdo al punto de vista de diferentes autores, de igual forma se hablará de manera puntual sobre las características de esta etapa y su relación con algunos de los problemas en que puede verse inmerso el adolescente sino logra su desarrollo humano de manera saludable.

Tomando estrictamente el concepto etimológico de la "Adolescencia procede del latín "adolescere", del verbo adolecer que en castellano suele tomar dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración" por lo que podemos entender que en la adolescencia se experimentan cambios agradables y desagradables tanto físicos, sociales y mentales a si mismo estos cambios guiaran a sujeto a la vida adulta por lo que esta transformación puede llegar a ser difícil y confusa (Güemes, et al., 2017, p.8).

Desde una perspectiva psicoanalítica podemos considerar que "La pubertad de este modo es definida como un momento específico en el desarrollo de la sexualidad infantil en el que se producen "metamorfosis" (Freud, 1905, 189) que conllevan cambios de importancia caracterizados por un desarreglo que conmueve la posición del sujeto como niño. La elección del objeto sexual y la separación de la autoridad de los padres se presentan como nuevos problemas que el joven debe afrontar".

Es por ello que se considera la adolescencia con una etapa de cambio en donde la personalidad del adolescente entra en crisis debido a los cambios hormonales y físicos que experimenta, sin embargo, otros autores, aunque definen a la adolescencia como "una fase del desarrollo emocional del individuo y acentúan su carácter esencial, un proceso natural "que debe vivirse, una época de descubrimiento personal" (Winnicott, 1965, p.114-115). También consideran la importancia de la incidencia de los factores socio históricos y el contexto cultural, ya que estos factores influyen en el desarrollo humano.

Así mismo, el ser humano atraviesa por diferentes etapas, momentos críticos donde se plasman metas, dificultades, logros y frustraciones con sus afectos y eventualmente sus síntomas correspondientes.

Para Erikson "la pubertad y la adolescencia en la edad llamada identidad versus confusión (o difusión) de rol (Erikson, 1950), en la que se cuestionan los elementos de confianza del individuo que tenía hasta entonces debido a las rápidas modificaciones corporales y la maduración genital.

El adolescente buscará un "nuevo sentimiento de continuidad y mismidad" (Erikson, 1959, 235) en la coyuntura de una "revolución fisiológica" interna y de una exigencia social de cumplimiento de tareas posibles que aguardan ser realizadas. De este modo, empieza a surgir la relevancia dada a la mirada del otro con respecto a sí mismo y la necesidad de encontrar una relación entre los roles a desarrollar y las aptitudes cultivadas previamente.

Aquí se consolida lo que el autor llama la identidad del yo, la cual supera el simple conglomerado de las identificaciones infantiles (Erikson, 1950). A su vez el concepto de crisis de identidad inherente a esta etapa posee su propio periodo evolutivo y alude, por un lado, a determinantes intrínsecos vinculados a la propia dinámica del conflicto, por lo que "depende parcialmente de factores psicobiológicos" (Erikson, 1972, 12).

Es decir el puberto se enfrenta a una nueva etapa en la cual comienza su despertar sexual acompañado de cambios físicos, interés personales y actitudes que se modifican de acuerdo al proceso, en donde ya no se es un niño pero tampoco una adulto y se enfrenta con la gran responsabilidad de autodescubrimiento, es importante hacer mención que si durante este andar por el camino de la búsqueda en la propia personalidad, si no se cuenta con una guía responsable como lo son los padres, es muy probable que el adolescente caiga en el consumo excesivo de las sustancias psicotrópicas, estancando con ello su propio desarrollo personal.

## **1.2 Adolescencia: como un proceso de cambio.**

A continuación, se hablará sobre el proceso que representa para el ser humano la transición de la niñez hacia la adolescencia, la cual como ya se mencionó anteriormente es una etapa de la vida llena de cambios significativos, tanto físicos como emocionales. Durante este período de transición, los jóvenes experimentan transformaciones en su cuerpo, su pensamiento y su identidad.

En este capítulo, exploraremos los diferentes aspectos de la adolescencia como un proceso de cambio, centrándonos en los aspectos físicos, Cognitivos, emocionales y sociales.

### **1.2.1 Cambios físicos.**

En esta sección, examinaremos los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia y su impacto en el desarrollo de los jóvenes. Según Erik Erikson, en su teoría del desarrollo psicosocial, la adolescencia implica la búsqueda de una identidad única y la integración de los cambios en la imagen de sí mismos (Erikson, 1968). Además, Jean Piaget, en su teoría del desarrollo cognitivo, destacó que los cambios físicos, como la maduración sexual, pueden influir en el pensamiento y la percepción de los adolescentes.

- **Desarrollo corporal:**

Los jóvenes experimentan cambios físicos drásticos, como el crecimiento acelerado, la aparición de características sexuales secundarias y el desarrollo de los órganos reproductores.

De acuerdo a estrada, (2019), existe una gran variedad de cambios físicos que se manifiestan en el sujeto adolescente los cuales se describen a continuación:

- **Cambios en hombre:**

- ✓ Cambio de voz la cual conforme al crecimiento se hará cada vez más grave y más ronca y puede variar entre aguda y grave hasta adquirir su voz permanente.
- ✓ Aparición de vellos en rostro (bigote, barba) espalda y a nivel de tórax.
- ✓ Ensanchamiento del cuerpo a nivel del tórax (pecho), de los hombros y de la espalda. Crecimiento del pene y testículos.
- ✓ Aparición de él semen a través de la eyaculación, el cual contiene los espermatozoides.

- **Cambios en mujeres:**

- ✓ Crecimiento de las mamas o senos, la glándula mamaria comienza a desarrollarse la glándula mamaria, aumenta el tamaño y grosor del pezón y, por último, se produce un abombamiento de la areola.
- ✓ Ensanchamiento de caderas.
- ✓ Aparición de la primera menstruación denominada menarquía.
- ✓ Aparición de flujo vaginal que permite la lubricación de la vagina.

- **Otros cambios se expresan a continuación:**

- ✓ Crecimiento de vello axilar aparece en ambos sexos al igual que el crecimiento de vello en genitales (vello pubiano).
- ✓ Y también se manifiesta en piernas y brazos.
- ✓ El sudor corporal adquiere un olor fuerte en las axilas.

- ✓ El surgimiento del acné (espinillas, granos) en cara, pecho y espalda, aparece tanto en hombres como en mujeres.

Por último, aparecen los llamados dolores del crecimiento, sobre todo a nivel de las rodillas y en algunas articulaciones. (Estrada, 2019).

### **1.2.2 Cambios cognitivos.**

Con respecto a los cambios cognitivos de esta etapa, nos enfocaremos en la evolución que experimenta el adolescente. Según Piaget, los adolescentes pasan por una transición hacia el pensamiento formal, que se caracteriza por la capacidad de razonamiento abstracto y la consideración de múltiples perspectivas (Piaget, 1972). Además, el psicólogo Lawrence Kohlberg propuso una teoría del desarrollo moral en la que argumentaba que los adolescentes desarrollan un mayor nivel de razonamiento moral y comienzan a considerar principios éticos universales (Kohlberg, 1984).

- **Desarrollo del pensamiento abstracto:**

Hablaremos sobre cómo los adolescentes desarrollan la capacidad de pensar en términos abstractos, razonar lógicamente y considerar múltiples perspectivas. En el pensamiento formal va producir una inversión de sentido entre lo real y lo posible, donde será lo real lo que esté subordinado a lo posible.

El adolescente concibe a los hechos como el sector de las realizaciones efectivas en el interior de un universo de transformaciones posibles (Unhelder y Piaget, 1995, p.213), incluso el sujeto solamente admitirá y se explicará esos hechos después de verificarlos dentro del conjunto de las posibles hipótesis que guardan compatibilidad con la situación dada.

Por otra parte, para Vygotski el adolescente es considerado ante todo como un ser pensante, y nos dice que: "El hecho de que las funciones psíquicas superiores no fueran una simple continuación de las funciones elementales, ni tampoco su conjunción mecánica, sino una formación psíquica cualitativamente nueva que se atiene en su desarrollo a leyes especiales, a regulaciones totalmente distintas, no ha llegado aún a ser patrimonio de la psicología infantil (Vygotski, 1996, p.53).

Al desarrollarse el pensamiento en conceptos, este a su vez, va a cobrar un significado central, decisivo y básico para todas las funciones y procesos restantes. Estos se reestructuran debido a los éxitos que alcanza el pensamiento adolescente, influenciado de modo categórico la personalidad y la concepción del mundo de la persona que inicia esta etapa de transición.

- **Autoconciencia y autoidentidad:**

En lo que toca a la autoconciencia y la autoidentidad son aspectos fundamentales en el desarrollo de los adolescentes, ya que durante esta etapa se embarcan en la búsqueda de respuestas sobre quiénes son y qué desean en la vida. Numerosos estudios y teorías respaldan la importancia de estos conceptos en el proceso de construcción de la identidad adolescente.

Erik Erikson, psicólogo y psicoanalista, es conocido por su teoría del desarrollo psicosocial, en la que destaca la importancia de la identidad y el papel central de la adolescencia en la formación de la identidad personal. Según Erikson, los adolescentes se enfrentan a la crisis de la identidad versus la confusión de roles, y deben lograr un sentido claro de quienes son y hacia dónde se dirigen en la vida (Erikson, 1968).

Por otra parte, para Jean Piaget, famoso por su teoría del desarrollo cognitivo, también abordó la auto identidad en los adolescentes. Piaget argumentó que los adolescentes desarrollan la capacidad de pensar en términos abstractos y razonar lógicamente, lo que les permite reflexionar sobre sí mismos y construir su identidad personal (Piaget, 1972).

Además, la psicóloga estadounidense Jane Loevinger propuso una teoría del desarrollo de la auto identidad en la adolescencia, Según Loevinger, los adolescentes pasan por diferentes etapas de desarrollo en su autopercepción, desde una identidad conformista y dependiente hasta una identidad más auténtica reflexiva (Loevinger,1976).

Otros investigadores, como James Marcia, han contribuido con la teoría de la identidad del yo en los adolescentes. Marcia propuso cuatro estados de identidad y logro de identidad. Según Marcia, los adolescentes deben atravesar estos estados para lograr una identidad sólida y coherente (Marcia, 1980).

La auto identidad en los adolescentes también se ve influenciada por factores socioculturales. La socióloga Ann Swidler argumenta que la auto identidad se construye a través de procesos de negociación y adopción de símbolos y significados culturales (Swidler,1986).

Así que la autoconciencia y la auto identidad son aspectos cruciales en el desarrollo de los adolescentes. Erikson, Piaget, Loevinger, Marcia y Swidler son solo algunos de los autores cuyas teorías y estudios respaldan la importancia de estos conceptos en el proceso de construcción de la identidad durante la adolescencia.

Comprender y apoyar a los adolescentes en su búsqueda de autoconciencia y autoidentidad es fundamental para su bienestar emocional y su desarrollo personal.

- **Toma de decisiones:**

Acerca de la toma de decisiones, se puede considerar como un proceso fundamental en la vida de los adolescentes, ya que están constantemente enfrentándose a elecciones que pueden tener un impacto significativo en su futuro. La teoría de toma de decisiones ofrece una perspectiva útil para comprender cómo los adolescentes procesan información y eligen entre diferentes opciones.

Según la teoría de toma de decisiones, los adolescentes pasan por un proceso que implica la identificación de las opciones disponibles, la evaluación de los riesgos y beneficios de cada opción, la selección de la mejor alternativa y la implementación de la decisión tomada.

En esta etapa de desarrollo, los adolescentes experimentan cambios cognitivos y emocionales que influyen en su capacidad para tomar decisiones. El psicólogo Lawrence Kohlberg propuso una teoría del desarrollo moral en la que argumentaba que los adolescentes desarrollan un mayor nivel de razonamiento moral y comienzan a considerar principios éticos universales (Kohlberg, 1984). Estos principios pueden influir en las decisiones que toman y en su capacidad para sopesar las consecuencias éticas de sus acciones.

Además, la psicóloga Ellen Langer sugiere que los adolescentes pueden enfrentar desafíos en la toma de decisiones debido a su tendencia a centrarse en el presente y tener dificultades para considerar las implicaciones a largo plazo de sus elecciones (Langer, 2014). Esta falta de perspectiva temporal puede llevar a

decisiones impulsivas o basadas en recompensas inmediatas, sin tener en cuenta las posibles consecuencias negativas a largo plazo.

La influencia social también desempeña un papel importante en la toma de decisiones de los adolescentes. Los estudios de Albert Bandura sobre el aprendizaje social destacan cómo las normas sociales, las expectativas y los modelos de comportamiento pueden influir en las decisiones que toman los adolescentes (Bandura, 1977). Los pares y las figuras de autoridad pueden ejercer presión sobre los adolescentes y afectar sus elecciones.

De manera que la toma de decisiones en la adolescencia es un proceso complejo que implica la evaluación de opciones, la consideración de riesgos y beneficios, y la implementación de una decisión. La teoría de toma de decisiones proporciona un marco útil para comprender cómo los adolescentes enfrentan estos desafíos.

Factores como el desarrollo moral, la perspectiva temporal y la influencia social influyen en la manera en que los adolescentes toman decisiones. Comprender estos aspectos es esencial para apoyar a los adolescentes en el desarrollo de habilidades de toma de decisiones sólidas y la capacidad de considerar las consecuencias a largo plazo de sus elecciones.

### **1.2.3 Cambios emocionales.**

En lo que toca a los cambios emocionales y afectivos que ocurren durante la adolescencia. G. Stanley Hall, considerado uno de los padres fundadores del estudio científico de la adolescencia, destacó que los adolescentes experimentan intensas fluctuaciones emocionales debido a los cambios hormonales y los desafíos relacionados con la identidad y la autonomía (Hall, 1904). Además, el psicólogo Daniel Goleman, en su trabajo sobre la inteligencia emocional, resaltó la importancia de aprender a manejar las emociones durante la adolescencia (Goleman, 1995).

- **Fluctuaciones emocionales:**

Explicaremos cómo los adolescentes experimentan cambios en sus estados de ánimo y emociones, y cómo pueden enfrentar desafíos relacionados con la autorregulación emocional.

Durante la adolescencia, se producen importantes fluctuaciones emocionales que pueden tener un impacto significativo en los jóvenes. Varios autores han investigado y teorizado sobre este tema, proporcionando una comprensión más profunda de las emociones en esta etapa de desarrollo.

G. Stanley Hall, destacó la intensidad y la volatilidad emocional que los adolescentes experimentan. En su obra "Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Antropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education", Hall describe la adolescencia como un período de tormenta y estrés emocional (Hall,1904).

Daniel Goleman, psicólogo y escritor, ha investigado extensamente el concepto de inteligencia emocional. En su libro "Emotional Intelligence: Why It can Matter More Than IQ", Goleman enfatiza la importancia de aprender a manejar y regular las emociones durante la adolescencia. Explica cómo los adolescentes pueden experimentar rápidos cambios emocionales debido a la interacción entre factores hormonales, cognitivos y sociales (Goleman,1995).

De igual forma el psicólogo Jeffrey Arnett ha estudiado el periodo de desarrollo conocido como "adultez emergente", que abarca desde finales de la adolescencia hasta los 20 años. En su obra "Emerging Adulthood: The Winding Road from the

Late Teens through the Twenties”, Arnett destaca que, durante este período, los jóvenes experimentan altibajos emocionales mientras exploran nuevas identidades y enfrentan desafíos relacionados con la independencia y la toma de decisiones (Arnett, 2004).

Además, la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson plantea que los adolescentes deben enfrentar la tarea de establecer una identidad coherente y estable. Durante este proceso, pueden experimentar fluctuaciones emocionales mientras exploran diferentes roles y opciones de vida. Erikson enfatiza que los adolescentes deben superar la confusión de identidad para lograr una identidad sólida y bien definida (Erikson, 1968).

De modo que los estudios y teorías de G. Stanley Hall, Daniel Goleman, Jeffrey Arnet y Erik Erikson proporcionan una comprensión más completa de las fluctuaciones emocionales en la adolescencia. Estos expertos destacan la intensidad, la volatilidad y la importancia de aprender a regular las emociones durante esta etapa de desarrollo. Comprender y apoyar a los adolescentes en la gestión de sus emociones es esencial para promover su bienestar emocional y su crecimiento personal.

- **Búsqueda de independencia:**

Los adolescentes buscan mayor autonomía y libertad en sus decisiones, al mismo tiempo que enfrentan tensiones y conflictos con figuras de autoridad. La búsqueda de independencia es un aspecto central en el desarrollo de los adolescentes, ya que buscan establecer una identidad individual y emanciparse gradualmente de la influencia de sus padres y figuras de autoridad.

Varios autores han investigado y teorizado sobre este tema, proporcionando una comprensión más profunda de la búsqueda de independencia en la adolescencia.

La psicóloga Jane Kroger ha investigado ampliamente el concepto de identidad en la adolescencia. En su libro "Identity in Adolescence: The Balance Between Self and Other", Kroger destaca la importancia de la búsqueda de independencia como parte del proceso de construcción de la identidad. Según Kroger, los adolescentes buscan separarse de sus padres y establecer una identidad autónoma y única (Kroger, 2007).

El psicólogo Erik Erikson, conocido por su teoría del desarrollo psicosocial, también aborda la búsqueda de independencia en la adolescencia. Erikson argumenta que los adolescentes deben enfrentar la crisis de la identidad versus la confusión de roles, y la resolución exitosa de esta crisis implica la búsqueda y el logro de la independencia y la autenticidad (Erikson, 1968).

Ahora bien, la socióloga francesa Gany enfatiza la importancia del contexto cultural en la búsqueda de independencia en la adolescencia. En su obra "Emerging Adulthood in a Globalized World", Gany explora cómo las normas y expectativas culturales influyen en la forma en que los adolescentes buscan y experimentan la independencia en diferentes sociedades y culturas (Gany, 2015).

Además, la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget proporciona una perspectiva sobre la búsqueda de independencia en términos de desarrollo cognitivo. Según Piaget, los adolescentes desarrollan la capacidad de pensar en términos abstractos y razonar lógicamente lo que les permite cuestionar y desafiar las creencias y normas establecidas. Esta búsqueda de independencia cognitiva contribuye a su proceso de desarrollo y autonomía (Piaget, 1972).

Recogiendo lo más importante, la búsqueda de independencia es un aspecto fundamental en el desarrollo de los adolescentes, y diversos autores han aportado su conocimiento en este tema. Jane Kroger, Erik Erikson, Francesca Gany y Jean Piaget son solo algunos autores que han investigado y teorizado sobre la importancia de la búsqueda de independencia en la adolescencia.

Comprender y apoyar este proceso es esencial para promover el desarrollo saludable y la autonomía de los adolescentes.

- **Relaciones interpersonales:**

Durante la adolescencia, las relaciones interpersonales juegan un papel crucial en el desarrollo social y emocional de los jóvenes. Tomando en cuenta los aportes de varios autores se busca proporcionar una comprensión más profunda de las dinámicas y la importancia de las relaciones interpersonales en esta etapa de la vida.

La psicóloga Diana Baumrind ha estudiado la influencia de las relaciones familiares en el desarrollo de los adolescentes. En su trabajo sobre estilos parentales, Baumrind destaca que las interacciones y la calidad de las relaciones entre padres e hijos tienen un impacto significativo en el desarrollo de habilidades sociales, la autoestima y la capacidad para establecer relaciones saludables con pares (Baumrind, 1991).

Así mismo el psicólogo Erik Erikson también ofrece una perspectiva sobre las relaciones interpersonales en la adolescencia. Según su teoría del desarrollo psicosocial, los adolescentes enfrentan la tarea de establecer relaciones íntimas y cercanas con sus pares. Erikson argumenta que el desarrollo de la identidad personal está estrechamente ligado a la capacidad de establecer conexiones significativas con otros individuos (Erikson, 1968).

De la misma forma la psicóloga Nancy Darling ha investigado las relaciones de amistad en la adolescencia. En su estudio "Friendship and Relations in Adolescence", Darling destaca que los adolescentes buscan relaciones de amistad que proporcionen apoyo emocional, oportunidades de exploración y la sensación de pertenencia. Estas relaciones pueden tener impacto significativo en el bienestar psicológico y en la formación de la identidad (Darling, 2007).

Además, la teoría del apego de John Bowlby es relevante para comprender las relaciones interpersonales en la adolescencia. Bowlby sostiene que los vínculos afectivos establecidos en la infancia con las figuras de cuidado influyen en la forma en que los adolescentes establecen relaciones con sus pares. Los patrones de apego pueden afectar la calidad de las relaciones interpersonales y la capacidad para formar relaciones saludables y seguras (Bowlby, 1982).

Recapitulando, las relaciones interpersonales desempeñan un papel fundamental en la vida de los adolescentes, y diversos autores han investigado y teorizado sobre este tema. Diana Baumrind, Erik Erikson, Nancy Darling y John Bowlby son solo algunos de los autores que han explorado las dinámicas y la importancia de las relaciones interpersonales en la adolescencia. Comprender y apoyar el desarrollo de relaciones saludables y significativas es esencial para el bienestar social y emocional de los adolescentes.

#### **1.2.4 Cambios sociales.**

Otro punto son los cambios sociales y el desarrollo de la identidad social durante la adolescencia, Erikson planteó que los adolescentes enfrentan la tarea de desarrollar una identidad coherente y estable, y que esto implica explorar el contexto sociocultural en el cual se desarrolla el adolescente.

- **Identidad social:**

Hay que tener en cuenta que durante la adolescencia el desarrollo de la identidad social en los individuos se enfrenta a la tarea de definirse a sí mismos en la relación con el mundo que les rodea. Varios autores han investigado como se construye la identidad social, partiendo del contexto socio cultural en el cual se encuentre el adolescente.

El sociólogo Charles Cooley introdujo el concepto de "espejo social" en su teoría del desarrollo de la identidad. Según Cooley, los adolescentes desarrollan su identidad social a través de la interacción con los demás y la percepción de cómo son vistos por ellos. La retroalimentación social juega un papel crucial en la formación de la identidad social de los adolescentes (Cooley, 1902).

Por otra parte, la psicóloga Jean Phinney ha estudiado la identidad étnica y racial en la adolescencia. Su teoría de la identidad étnica propone que los adolescentes pueden experimentar diferentes procesos de identificación, como la asimilación, el mantenimiento y la adopción de una identidad bicultural. Phinney sostiene que la forma en que los adolescentes se identifican con su grupo étnico puede influir en su bienestar emocional y su sentido de pertenencia (Phinney, 1990).

Además, el psicólogo James Marcia ha desarrollado una teoría sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. Marcia propone cuatro estados de identidad: difusión, moratoria, logro y cierre. Según su teoría, los adolescentes atraviesan un proceso de exploración y compromiso para establecer una identidad social sólida. Este proceso implica la búsqueda y el desarrollo de roles y valores que son coherentes con su sentido de sí mismos (Marcia, 1966).

De igual modo, la teoría sociocultural de Lev Vygotsky ofrece una perspectiva sobre la construcción de la identidad social en la adolescencia. Vygotsky enfatiza el papel de la interacción social y el lenguaje en el desarrollo de la identidad. Argumenta que, a través de la interacción con los demás y la participación en contextos socioculturales, los adolescentes internalizan normas, valores y creencias que influyen en su identidad social (Vygotsky, 1978).

En pocas palabras, la construcción de la identidad social es un proceso central en la adolescencia, y diversos autores han investigado y teorizado sobre este tema, por ejemplo: Charles Cooley, Jean Phinney, James Marcia y Lev Vygotsky son solo algunos de los autores que han explorado la formación de la identidad social en la adolescencia. Comprender este proceso es esencial para apoyar el desarrollo saludable y la auto afirmación de los adolescentes.

- **Presión de grupo:**

Acerca de la presión de grupo es un fenómeno común en la adolescencia. En el cual los jóvenes sienten influenciados por sus compañeros para adoptar ciertos comportamientos, actitudes o valores. Este aspecto ha sido ampliamente estudiando y teorizado por varios autores, proporcionado una comprensión más profunda de la presión de grupo en esta etapa de la vida.

El psicólogo Solomon Asch realizó famosos experimentados en los años 50 años que demostraron cómo las personas pueden ceder a la presión de grupo en situaciones de conformidad social. En sus estudios, los participantes estaban expuestos a la opinión mayoritaria incorrecta de un grupo y, en muchos casos, terminaban adoptando la respuesta incorrecta solo para ajustarse a la norma del grupo (Asch, 1951).

El sociólogo Albert Kohen desarrollo la teoría del conflicto de normas en relación con la presión de grupo. Según Kohen, los adolescentes se encuentran en una situación de conflicto entre las normas del grupo de pares y las normas familiares y culturales. Esta tensión puede llevar a los adolescentes a sentir una fuerte presión para conformarse a las normas del grupo de pares, incluso si difieren de sus propios valores o creencias (Kohen, 1986).

La psicóloga Amy Cuddy ha investigado la influencia de la presión de grupo en la formación de la identidad en la adolescencia. En sus estudios sobre el efecto de la presión de grupo en el autoconcepto y la autoestima, Cuddy encontró que los adolescentes a menudo se sienten presionados a conformarse para ser aceptados por sus compañeros, lo que puede afectar negativamente su sentido de identidad y autoestima (Cuddy, 2008).

Además, el psicólogo Irving Janis propuso la teoría del pensamiento grupal, que examina cómo la presión de grupo puede afectar el proceso de toma de decisiones en situaciones de grupo. Según Janis, la búsqueda de consenso y el deseo de mantener armonía dentro del grupo pueden llevar a una reducción de la toma de decisiones racionales y a la adopción de decisiones defectuosas (Janis, 1972).

Brevemente, la presión de grupo es un fenómeno significativo en la adolescencia, y diversos autores han investigado sobre el tema. Solomon Asch, Albert Kohen, Amy Cuddy e Irving Janis son solo algunos de los autores que han estudiado la presión de grupo y su impacto en el comportamiento y el desarrollo de los adolescentes. Comprender este fenómeno es esencial para promover la toma de decisiones autónoma y el bienestar de los adolescentes.

La adolescencia es un periodo de cambio y transformación en múltiples aspectos de la vida de los jóvenes. A medida que experimentan cambios físicos, cognitivos, emocionales, es un proceso de cambio fascinante y complejo en la vida de los individuos. Durante esta etapa, los jóvenes experimentan transformaciones y se enfrentan a desafíos y oportunidades para explorar su identidad, establecer relaciones significativas, tomar decisiones autónomas y desarrollar una visión del mundo y de sí mismos.

La adolescencia implica una redefinición de la relación con uno mismo y con el entorno. Los jóvenes buscan la autenticidad y la coherencia entre su identidad interna y su exploración externa, lo que puede generar un periodo de autoexploración y autoconciencia. A medida que desarrollan su autoconciencia y autoidentidad, los adolescentes se encuentran en una búsqueda constante de comprensión de quienes son, qué quieren ser y cómo encajan en el mundo que los rodea.

Durante este proceso, la adolescencia también implica una búsqueda de independencia y autonomía. Los jóvenes comienzan a separarse gradualmente de sus figuras de autoridad y a establecer su propia identidad y valores. La toma de decisiones adquiere un papel crucial, ya que los adolescentes aprenden a evaluar opciones, considerar consecuencias y tomar responsabilidades por sus elecciones.

Las fluctuaciones emocionales son una característica distinta de la adolescencia. Los adolescentes experimentan una amplia gama de emociones intensas, a veces contradictorias, que reflejan los cambios hormonales, las nuevas experiencias y las demandas emocionales del proceso de desarrollo. Esta montaña rusa emocional puede resultar desafiante para los adolescentes, pero también es una oportunidad para desarrollar habilidades de regulación emocional y empatía hacia los demás.

Además, las relaciones interpersonales desempeñan un papel central en la adolescencia. Los adolescentes buscan pertenecer a grupos, establecer relaciones de amistad y experimentar la intimidad emocional. Estas interacciones sociales influyen en su desarrollo social, emocional y cognitivo, y pueden tener un impacto duradero en su bienestar y en la formación de su identidad.

En definitiva, la adolescencia es un proceso dinámico de cambio, en el cual los jóvenes atraviesan una serie de transformaciones en todas las áreas de su vida. Aunque puede ser un periodo desafiante, también es una etapa de oportunidades y descubrimientos. Comprender y apoyar el proceso de cambio en la adolescencia es esencial para fomentar un desarrollo saludable y promover el bienestar de los jóvenes a medida que se preparan para enfrentar los desafíos y las alegrías de la adultez.

### **1.2.5 Factores de riesgo en la adolescencia.**

En relación a los factores de riesgo en la adolescencia son circunstancias que pueden aumentar la probabilidad de que los jóvenes experimenten dificultades y enfrenten desafíos en esta etapa de desarrollo. Existen diversos factores de riesgo identificados por investigaciones y teóricos que han estudiado el tema, proporcionando una visión más clara de los factores que pueden influir negativamente en el bienestar de los adolescentes.

El psicólogo Urie Bronfenbrenner desarrolló la teoría del desarrollo ecológico, que destaca la importancia de los sistemas de influencia en el desarrollo de los individuos. Según Bronfenbrenner, los adolescentes están inmersos en múltiples sistemas, como la familia, la escuela, la comunidad y los medios de comunicación. Los factores de riesgo pueden surgir de la interacción entre estos sistemas y pueden incluir la falta de apoyo familiar, la exposición a entornos violentos o la presión de grupo negativa (Bronfenbrenner, 1979).

Por otra parte, el psicólogo Albert Bandura ha estudiado la influencia de los modelos de comportamiento en el desarrollo de los adolescentes. Según su teoría del aprendizaje social, los adolescentes pueden verse influenciados negativamente por modelos de comportamientos inadecuados, como la violencia o el consumo de

sustancias nocivas. Estos modelos pueden aumentar los comportamientos de riesgo en los adolescentes y disminuir su bienestar (Bandura, 1977).

Así pues, la psicóloga Terrie Moffitt propuso la teoría del desarrollo del curso de vida para explicar la aparición y persistencia de los comportamientos problemáticos en la adolescencia. De acuerdo a su teoría, los factores de riesgo pueden interactuar con los factores de protección y determinar el curso de desarrollo de los adolescentes. Algunos factores de riesgo identificados incluyen el abuso de sustancias en la familia, la falta de supervisión parental y la falta de habilidades de afrontamiento efectivas (Moffitt, 1993).

Luego el psicólogo Daniel Romer ha investigado los factores de riesgo relacionados con la exposición a los medios de comunicación. Según su investigación, la exposición a contenidos violentos o sexualmente explícitos en los medios de comunicación puede aumentar el riesgo de comportamientos agresivos y sexuales de riesgo en los adolescentes. Además, la publicidad de alcohol y tabaco puede influir en el consumo de sustancias en los jóvenes (Romer, 2010).

Por consiguiente, los factores de riesgo en la adolescencia pueden tener un impacto significativo en el bienestar y el desarrollo de los jóvenes. Se tomó el aporte teórico de Urie Bronfenbrenner, Albert Bandura, Terrie Morffit, y Daniel Romer, ya que son algunos de los autores que han investigado y teorizado sobre los factores de riesgo en la adolescencia. Comprender estos factores es esencial para identificar áreas de intervención y promover entornos protectores y saludables para los adolescentes.

### **1.2.6 Conductas protectoras en el adolescente.**

El siguiente punto trata de las conductas protectoras en los adolescentes, que son aquellas acciones y estrategias que promueven su bienestar y los ayudan a enfrentar los desafíos y riesgos asociados con esta etapa de desarrollo. La identificación de conductas protectoras es esencial para comprender como fortalecer y apoyar a los jóvenes durante este periodo crucial. Se ha tomado en cuenta la aportación de diversos autores con la finalidad de brindar una perspectiva valiosa sobre las conductas que pueden proteger a los adolescentes.

La psicóloga Ann Masten ha estudiado ampliamente las conductas protectoras en el desarrollo de los adolescentes. Según su enfoque de la resiliencia, las conductas protectoras son aquellas que promueven la adopción positiva y la superación de la adversidad. Algunas conductas protectoras identificadas incluyen el apoyo social, la auto eficiencia, el establecimiento de metas, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la participación en actividades extracurriculares (Masten, 2001).

Otra autora que nos habla de las conductas protectoras, es la psicóloga Laura Ferre.Wreber, quien ha investigado las conductas protectoras en el contexto de desarrollo positivo de los adolescentes. Según sus investigaciones, las conductas protectoras pueden incluir el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, el establecimiento de relaciones positivas con adultos de confianza, el involucramiento en actividades de servicio comunitario y el cultivo de una identidad autentica y coherente (Ferre-Wreder, 2013).

Por otro lado, el psicólogo Michael Rutter ha estudiado la influencia de los factores protectores en el desarrollo de los adolescentes en situaciones de riesgo. Según su enfoque de factores de protección, las conductas protectoras son aquellas que contrarrestan los efectos negativos de los factores de riesgo. Algunos factores protectores identificados incluyen la relación positiva con al menos un adulto significativo, el acceso a recursos educativos y de salud, y la participación en actividades prosociales (Rutter, 1987).

Además, la psicóloga Suniya Luthar ha investigado las conductas protectoras en el contexto de la resiliencia académica de los adolescentes. Su investigación ha identificado la importancia de factores protectores como el apoyo familiar, el involucramiento escolar, la motivación intrínseca, la autorregulación y la capacidad de adaptación flexible en la promoción del éxito académico y la reducción del estrés en los adolescentes (Luthar, 2003).

Dado que las conductas protectoras en los adolescentes desempeñan un papel crucial en su bienestar y desarrollo positivo es de vital importancia comprender y promover un entorno favorable y apoyar a los adolescentes en su camino hacia la salud y bienestar.

### **1.2.7 ¿Qué es la salud mental en los adolescentes?**

Sobre la salud mental en los adolescentes, se refiere al estado emocional, psicológico y social de bienestar de los jóvenes durante esta etapa de desarrollo. Es crucial comprender y abordar la salud mental en los jóvenes, ya que puede tener un impacto significativo en su calidad de vida presente y futura. Se considera el aporte teórico de varios autores sobre este tema, brindando una perspectiva valiosa sobre la salud mental en los adolescentes.

La organización mundial de la salud (OMS) define la salud mental como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". Según esta definición, la salud mental en los adolescentes implica un equilibrio emocional y psicológico que les permite funcionar de manera óptima en diferentes aspectos de su vida (OMS, 2005).

Por lo que se refiere al psicólogo Peter Fonagy, la salud mental en la adolescencia, de acuerdo a su enfoque teórico del apego, está estrechamente relacionada con la calidad de las relaciones y los vínculos emocionales que establecen con los demás. Un apego seguro y relaciones de apoyo pueden promover la salud mental y el bienestar de los adolescentes (Fonagy, 2001).

El psiquiatra Michael Rutter ha investigado la influencia de los factores de riesgo y protección en la salud mental de los adolescentes. Según su enfoque de factores de protección, los factores como el apoyo social, la resiliencia y el acceso a recursos educativos y de salud pueden proteger a los adolescentes de los riesgos y promover su salud mental (Rutter, 1990).

Ahora veamos el aporte de la psicóloga Susan Harter, quien ha estudiado la autoestima y el desarrollo del yo en la adolescencia, y su relación con la salud mental. Según su investigación, una autoestima positiva y una percepción saludable de uno mismo pueden ser factores protectores importantes en la salud mental de los adolescentes. El desarrollo de una identidad positiva y el reconocimiento de sus propias fortalezas y habilidades pueden contribuir al bienestar emocional (Harter, 1999).

Se infiere que la salud mental en los adolescentes es un aspecto crucial que abarca el bienestar emocional, psicológico y social. La definición de la OMS, junto con las investigaciones de los autores antes mencionado, proporcionan una

comprensión más profunda de la salud mental en los adolescentes. Identificar y abordar los factores de riesgo y promover factores protectores es esencial para garantizar la salud mental y el bienestar de los jóvenes en esta etapa de desarrollo.

## **CAPITULO II: PERSONALIDAD.**

### **2.1 Definición de la personalidad.**

Con respecto a la personalidad, es un tema central en la psicología que se refiere a los patrones de pensamientos, emociones y comportamientos característicos de un individuo a lo largo del tiempo y en diversas situaciones para comprender y definir la personalidad desde diferentes enfoques. Estas teorías han proporcionado una base sólida para explorar el concepto y analizar el concepto de personalidad.

Desde la perspectiva del psicoanálisis contamos con el aporte de Sigmund Freud, quien desarrollo una de las teorías más influyentes sobre la personalidad. Para él la personalidad está compuesta por tres componentes principales: el ello, el yo y el súper yo.

El ello representa los impulsos y deseos primitivos, el yo actúa como mediador entre los impulsos del ello y las demandas de la realidad, y el superyó representa las normas y valores internalizados de la sociedad. Estos componentes interactúan y dan forma a la personalidad de cada individuo (Freud, 1923).

También se consideró una vertiente humanista, para la cual se tomó a consideración el aporte teórico del psicólogo Gordon Allport, quien enfatizó la importancia de los rasgos de la personalidad. Según su enfoque de los rasgos, la personalidad se compone de características estables y consistentes que influyen en la forma en que los individuos piensan, sienten y se comportan.

Allport identificó rasgos comunes y únicos en cada persona y argumentó que los rasgos desempeñan un papel central en la comprensión de la personalidad individual (Allport, 1961).

Por otra parte, el psicólogo Albert Bandura desarrolló la teoría del aprendizaje social, que también tiene implicaciones en el desarrollo de la personalidad. Según su teoría, la personalidad se desarrolla a través de la interacción entre los factores cognitivos, conductuales y ambientales. Bandura argumentó que los individuos aprenden a través de la observación y la imitación de los modelos de comportamiento en su entorno, lo que influye en el desarrollo de su personalidad y en la adquisición de nuevas habilidades y conductas (Bandura, 1977).

Además, el psicólogo Raymond Cattell propuso la teoría de los rasgos de la personalidad. Según su enfoque, la personalidad se compone de una estructura de rasgos que pueden ser medidos y evaluados. Cattell identificó 16 factores de la personalidad que consideró fundamentales para comprender las diferencias individuales en la personalidad. Estos factores se refieren a dimensiones como la extroversión, la estabilidad emocional, la apertura a la experiencia y la responsabilidad (Cattell, 1965).

Recapitulando, la personalidad es un concepto fundamental en la psicología que se refiere a los patrones de pensamientos, emociones y comportamientos característicos de un individuo. Las teorías y enfoques de autores como Sigmund Freud, Carl Rogers, Gordon Allport, Albert Bandura, Raymond Cattell y otros, han proporcionado diferentes perspectivas y enfoques para comprender y definir la personalidad.

Comprender la personalidad es esencial para entender el comportamiento humano y promover un desarrollo saludable y satisfactorio en diferentes áreas de la vida, es por ello que se tomó un capítulo para desarrollar el tema de la personalidad y obtener una mayor comprensión sobre como el adolescente, y como va adquiriendo significado a la etapa que transita.

## **2.2 Teorías de la personalidad.**

Acerca de la personalidad, podemos decir que es un fenómeno complejo de estudio e investigación para la psicología. Desde tiempos antiguos, los seres humanos han sentido curiosidad por comprender qué es lo que hace que cada individuo sea único en términos de pensamientos, emociones y comportamientos. Con el objetivo de explicar y comprender la personalidad, se han desarrollado diversas teorías a lo largo del tiempo, cada una con su enfoque y énfasis particular.

Las teorías de la personalidad ofrecen un marco conceptual y explicativo que ayuda a comprender cómo se forma, desarrolla y manifiesta la personalidad en los individuos. Estas teorías se basan en diferentes perspectivas teóricas y enfoques metodológicos, y han sido propuestas por destacados investigadores y teóricos en el campo de la psicología. A continuación, presentamos algunas de las teorías que nos aclaran el panorama para comprender como se desarrolla la personalidad en los individuos.

### **2.2.1 Psicoanálisis de Sigmund Freud.**

Algunas teorías de la personalidad se centran en los procesos internos y las estructuras mentales, como las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud. Estas teorías se enfocan en los impulsos inconscientes, las etapas del desarrollo psicosexual y los mecanismos de defensa como factores determinantes de la personalidad.

Con respecto a la teoría del psicoanálisis, desarrollada por el renombrado médico Sigmund Freud, quien ha influido en numerosos enfoques terapéuticos y teorías posteriores.

El psicoanálisis se basa en la idea de que los procesos mentales inconscientes y las experiencias tempranas de la infancia moldean la personalidad y afectan el comportamiento de los individuos. Varios autores han contribuido al desarrollo y la comprensión de esta teoría, y sus ideas han dejado una marca duradera en el campo de la psicología.

Freud (1915) planteó la idea de que la mente se compone de tres estructuras fundamentales: el ello, el yo y el superyó. Según Freud, el ello es la parte más primitiva e impulsiva de la mente, que opera según el principio del placer y busca la gratificación inmediata de los instintos básicos. El yo es responsable de la realidad y actúa como mediador entre las demandas del ello y las restricciones del mundo exterior. El superyó representa la voz de la conciencia, internalizando las normas y los valores de la sociedad.

Uno de los conceptos clave en la teoría del psicoanálisis es el inconsciente. Freud (1915) sostuvo que gran parte de la actividad mental ocurre en el nivel inconsciente, inaccesible a la conciencia pero que influye en el pensamiento y el comportamiento, a través de técnicas como la interpretación de los sueños y la asociación libre, Freud exploró los contenidos del inconsciente y su influencia en los síntomas y los conflictos psicológicos.

Ahora bien, la teoría del psicoanálisis también se centra en el desarrollo de la personalidad y las etapas del desarrollo psicosexual. Freud (1905) propuso una serie de etapas, como la etapa oral, la etapa anal, la etapa fálica y la etapa de latencia, que influyen en la formación de la personalidad y pueden dar lugar a conflictos o trastornos si no se resuelven adecuadamente.

En cuanto al concepto de resistencia, Freud (1915) argumentó que los individuos pueden mostrar resistencia al explorar su inconsciente o abordar problemas emocionales. Estas resistencias pueden manifestarse en forma de olvidos, lapsus linguae o resistencia a revelar ciertos pensamientos o sentimientos.

Aunque la teoría del psicoanálisis ha sido objeto de críticas y ha sido modificadas por otros teóricos a lo largo del tiempo, su legado en la psicología es innegable. Ha sentado las bases para el desarrollo de enfoques terapéuticos y ha influenciado en nuestra comprensión de la mente y la personalidad.

### **2.2.2 Teoría de los rasgos de Gordon Allport.**

Dicho lo anterior, otras teorías de la personalidad se centran en los rasgos y características estables que definen a un individuo, como la teoría de los rasgos de Gordon Allport. Estas teorías buscan identificar y describir los rasgos que son comunes en las personas y que influyen en su comportamiento y la forma en que se relacionan con el entorno.

En lo que toca a la teoría de los rasgos de Gordon Allport, ha sido una contribución significativa al estudio en la comprensión de las características estables y consistentes que definen a un individuo. Allport (1961) propuso que la personalidad se compone de rasgos, que son características internas y relativamente estables que influyen en el pensamiento, el sentimiento y el comportamiento de las personas.

Allport (1961) propuso la distinción entre rasgos cardinales, rasgos centrales y rasgos secundarios. Los rasgos cardinales son características dominantes que definen y moldean la vida de una persona, como el altruismo extremo o el egoísmo extremo. Los rasgos centrales son las características fundamentales que describen la personalidad de una persona y son los más comunes y evidentes en su

comportamiento. Los rasgos secundarios son características menos destacadas y más específicas que pueden variar en diferentes situaciones.

De igual modo la teoría de los rasgos también ha sido desarrollada por otros teóricos. Por ejemplo, Raymond Catell (1965) propuso la teoría de los rasgos superficiales y los rasgos fuente. Los rasgos superficiales son características visibles y observables que pueden variar según las circunstancias, mientras que los rasgos fuente son los fundamentales y estables que subyacen a los rasgos superficiales.

Otros teóricos han ampliado y refinado la teoría de los rasgos. Por ejemplo, Costa y McCrae (1992) desarrollaron el modelo de los cinco grandes, que describen cinco dimensiones principales de la personalidad: apertura a la experiencia, responsabilidad, extroversión, amabilidad y estabilidad emocional. Este modelo ha ganado popularidad y se ha convertido en una forma común de describir la personalidad.

Hay que mencionar, además que la teoría de los rasgos de Allport ha sido ampliamente aplicada y utilizada en el campo de la psicología de la personalidad y en la investigación sobre el comportamiento humano. Ha influido en la comprensión de como los rasgos individuales influyen en la forma en que las personas piensan, sienten y se comportan en diferentes situaciones.

Dado que la teoría de los rasgos de Gordon Allport ha proporcionado una base sólida para comprender y describir la personalidad en términos de características estables y consistentes. Las contribuciones de Allport y otros teóricos han enriquecido nuestro entendimiento de cómo los rasgos individuales moldean la forma en que las personas interactúan con el mundo y cómo se comportan en diferentes situaciones.

### **2.2.3 Humanismo de Carl Rogers.**

El siguiente punto trata de las teorías de la personalidad que se enfocan en el crecimiento personal y el potencial humano, como la teoría humanista de Carl Rogers. Estas teorías destacan la importancia del desarrollo, La autorrealización y la experiencia subjetiva en la formación de la personalidad.

La teoría humanista de Carl Rogers ha tenido un impacto significativo en el campo de la psicología y ha influido en la práctica clínica y en la comprensión de la naturaleza humana. Rogers se centró en la idea de que el individuo tiene un impulso innato hacia el crecimiento y la autorrealización, y enfatizo la importancia de un ambiente terapéutico de aceptación incondicional y empatía para facilitar este proceso. Varios autores han contribuido a la comprensión y el desarrollo de la teoría humanista, y sus ideas han dejado una marca duradera en la psicología.

Rogers (1959) propuso el concepto central de la teoría humanista, la autoconciencia. Según Rogers, la autoconciencia es la capacidad de reconocer y comprender los propios sentimientos, pensamiento y experiencias subjetivas. La autoconciencia es esencial para el crecimiento personal y la autorrealización, ya que permite a los individuos alinearse con su verdadero yo y actuar de acuerdo con sus propias necesidades y valores.

El concepto de congruencia también es fundamental en la teoría de Rogers. Rogers, (1959) sostuvo que la congruencia, o congruencia entre el yo real y el yo ideal, es crucial para el bienestar psicológico.

Cuando hay una congruencia adecuada, las personas experimentan un mayor sentido de autenticidad y satisfacción en sus vidas. Sin embargo, la falta de congruencia puede dar lugar a la ansiedad y la incongruencia entre el yo real y el yo ideal puede generar conflictos internos.

Por otra parte, la teoría humanista de Rogers ha dejado una huella significativa en la psicología. Sus ideas sobre autoconciencia, la congruencia y la importancia de la relación terapéutica han influido en la práctica clínica y han proporcionado una base para comprender y promover el crecimiento y la autorrealización de los individuos.

#### **2.2.4 Aprendizaje social de Albert Bandura.**

Otro punto son las teorías de la personalidad basadas en la influencia del entorno y los procesos de aprendizaje, como la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. Estas teorías ponen énfasis en la observación, la imitación y las experiencias de aprendizaje como factores que moldean la personalidad.

La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura ha sido una contribución influyente en el campo de la psicología, y ha proporcionado una comprensión profunda de cómo los individuos adquieren nuevos comportamientos a través de la observación y la imitación de los demás.

Bandura (1977) propuso que el aprendizaje no se limita solo a la experiencia directa, sino que también puede ocurrir a través de la observación y el modelado de las conductas de los demás. Varios autores han contribuido al desarrollo y la comprensión de la teoría del aprendizaje social, y sus ideas han dejado una marca duradera en el campo de la psicología.

Bandura, (1977) introdujo el concepto de autoeficiencia, que se refiere a las creencias de una persona sobre su capacidad para ejecutar y tener éxito en tareas específicas. Según Bandura, la autoeficacia influye en la motivación, el esfuerzo y la persistencia de una persona para lograr sus metas. Las personas con una alta autoeficiencia tienen más probabilidad de emprender nuevas tareas y persistir a pesar de los desafíos.

Igualmente, la teoría del aprendizaje social también enfatiza la importancia de los modelos de comportamiento en el proceso de aprendizaje. Bandura (1977) propuso que las personas aprenden observando a otros modelando su comportamiento. Los modelos pueden ser personas reales o personajes ficticios en los medios de comunicación. La observación de modelos que exhiben comportamientos deseables puede llevar a la adquisición de nuevas habilidades y conductas, mientras que la observación de modelos que exhiben comportamientos indeseables puede conducir a la imitación de esas conductas.

Bandura, (1977) también describió el concepto de autorregulación, que se refiere a la capacidad de controlar y regular el propio comportamiento. Según Bandura, las personas pueden establecer metas, monitorear su progreso y aplicar estrategias de autorreforzamiento para lograr cambios en su comportamiento y alcanzar sus metas.

Así que, la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura ha proporcionado una perspectiva valiosa sobre cómo los individuos adquieren nuevos comportamientos a través de la observación y la imitación de los demás. Sus conceptos de autoeficiencia, modelos de comportamiento y autorregulación han dejado una marca duradera en el campo de la psicología y han influido en la práctica clínica y la educación.

En conclusión, las teorías de la personalidad representan esfuerzos por comprender y explicar la complejidad de la personalidad humana. A través de diferentes enfoques teóricos y metodológico, estas teorías ofrecen un marco conceptual para comprender como se forma, desarrolla y manifiesta la personalidad en los individuos. El estudio de las teorías de la personalidad es fundamental para avanzar en nuestra comprensión de la diversidad humana y sus implicaciones en diferentes aspectos y etapas de la vida como lo es la adolescencia.

### **2.3 Personalidad adictiva.**

El siguiente punto a tratar se explicará que es la personalidad adictiva, como ya vimos anteriormente la personalidad es un conjunto de pensamiento y características que determinan la conducta del individuo, en este caso nos enfocaremos a explicar cómo se desarrolla la personalidad adictiva, la cual podemos definir un conjunto de rasgos de personalidad y patrones de comportamiento que pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona hacia el desarrollo de las adicciones.

La presencia de ciertos rasgos de personalidad no garantiza que alguien se vuelva adicto, pero puede desempeñar un papel en la predisposición y el mantenimiento de comportamientos adictivos.

De acuerdo a Cloninger, (1987). En su teoría de la personalidad, tendrá la existencia de tres dimensiones principales de la personalidad relacionadas con la adicción; la búsqueda de novedades, la evitación del daño y la dependencia de la recompensa. A continuación, se explica cada punto.

La primera dimensión, la búsqueda de novedad, se refiere a la tendencia de una persona a buscar nuevas experiencias, emociones y estímulos.

Según Cloninger, (1987). Las personas con un alto nivel de búsqueda de novedad tienden a ser curiosas, aventureras y abiertas a nuevas ideas y experiencias. Disfrutan de la variedad y están dispuestas a asumir riesgos en busca de emociones positivas y estimulantes. Por otro lado, aquellos con un bajo nivel de búsqueda de novedad prefieren la estabilidad y la familiaridad, evitando situaciones desconocidas o arriesgadas.

La segunda dimensión, la evitación del daño, se refiere a la tendencia de una persona a evitar situaciones aversivas o amenazantes. Cloninger (1987) sostiene que las personas con un alto nivel de evitación del daño son más propensas a experimentar ansiedad, miedo y preocupación.

Son cautelosas y tienden a evitar riesgos o situaciones desconocidas que puedan generar malestar emocional. Por otro lado, aquellos con un bajo nivel de evitación del daño son más propensos a enfrentar situaciones desafiantes y a asumir riesgos.

La tercera dimensión, la dependencia de la recompensa, se refiere a la tendencia de una persona a buscar gratificación ya ser sensible a las señales de recompensa y aprobación social. Cloninger (1987) indica que las personas con un alto nivel de dependencia de la recompensa buscan la aprobación de los demás, son sensibles a la retroalimentación positiva y pueden tener una mayor necesidad de ser aceptadas y valoradas.

Por otro lado, aquellos con un bajo nivel de dependencia de la recompensa son más independientes en su búsqueda de gratificación y pueden ser menos influenciados por las opiniones y expectativas de los demás.

Estas tres dimensiones de la personalidad según la teoría de Cloninger (1987) proporcionan un marco para comprender cómo las personas difieren en su

búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa. La interacción de estas dimensiones puede dar forma a la manera en que las personas responden a los desafíos, buscan experiencias emocionales y se adaptan a su entorno.

Así pues, la teoría de Cloninger identifica y describe tres dimensiones clave: búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa. Estas dimensiones, según Cloninger (1987), influyen en la forma en que las personas interactúan con su entorno y dan forma a su personalidad. Su trabajo proporciona una perspectiva valiosa para comprender las diferencias individuales en la personalidad y la adopción de las personas.

## **CAPITULO III: SUSTANCIAS PSICOTROPICAS.**

### **3.1 ¿Qué son las sustancias psicotrópicas?**

Por lo que se refiere a las sustancias psicotrópicas, son también conocidas como drogas psicotrópicas, las cuales son sustancias químicas que afectan el sistema nervioso central y tiene la capacidad de alterar la función cerebral, el estado de ánimo, la percepción, la conciencia y el comportamiento de quienes las consumen. Estas sustancias pueden clasificarse en diferentes categorías según sus efectos, como estimulantes, depresoras o alucinógenas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021), "las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento"

Cabe mencionar que las sustancias psicoactivas se han utilizado a lo largo de la historia, en algunos casos con una finalidad terapéutica o médica y en otros por recreación o diversión, sin embargo, el tema de la frecuencia del uso es una variante que debe tomarse en cuenta al momento del consumo ya que este puede llegar a generar una adicción. En las comunidades antiguas del Medio Oriente, Asia, América, Europa y África, estas estaban ligadas a creencias místicas o religiosas y se utilizaban principalmente como parte de la, medicina tradicional o como un medio para alcanzar un principalmente como parte de la medicina tradicional o como un medio para alcanzar un plano espiritual. (Benevides y Casallas, 2022, p. 11)

En definitiva las sustancias psicotrópicas han estado inmersas en la historia del ser humano y han tenido diferentes usos, algunos de forma consciente y controlada y otras de manera impulsiva y descontrolada sin embargo el hecho de que existan no implican que se tenga que generar la adicción, ya que esto dependerá de la finalidad del su consumo y control que se pueda tener sobre la situación, recordemos que los adolescentes a estar en una etapa de cambio y tener por completo una personalidad definida puede influir para generar la adicción.

### **3.2 clasificación de las sustancias psicotrópicas.**

Sobre la clasificación de las sustancias psicotrópicas vamos a comenzar por el nombre de cada sustancia y las especificaciones de la misma, con la finalidad de puntualizar cuales son y cómo su consumo afecta al ser humano.

#### **3.2.1 Cannabis.**

Por “cannabis” entendemos las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta, la cual puede ser sativa o indica de las cuales no se ha extraído la resina, independientemente del nombre con que se las designe (UNODC, 2018). Para poder comprender el efecto que causa en el organismo es necesario conocer las sustancias químicas que contiene, la cual es el (-)-trans-delta9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC o THC) (UNODC, 2018).

El cannabis cuenta con diferentes productos de consumo o usos, en los cuales tenemos la planta que se entiende toda planta del género cannabis (UNODC, 2018). La planta de cannabis, *Cannabis sativa* L. es una única especie, pero se divide en varias subespecies, a saber: sativa, indica y ruderalis. No obstante, la planta de cannabis tiene numerosas variedades distintas desde el punto de vista biológico, químico o morfológico.

Al tratarse de una especie “dioica”, la planta puede ser estaminada (masculina) o pistilada (femenina). Sin embargo, también se dan casos aislados de plantas

“monoicas” o hermafroditas en las que coexisten ambos sexos en una sola planta. El término “cannabis” se suele utilizar también para designar distintos productos que se obtienen de la planta de cannabis (UNODC, 2018).

La hierba de cannabis es de las más comunes en cuando a su consumo se refiere, es una sustancia desecada de color verde o marrón que se presenta en la imagen 1, en la imagen 2 podemos encontrar otros nombres con los cuales se le conocen al cannabis de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. (UNODC, 2018).

Imagen.1.

*Cannabis desecada*



Nota: En la siguiente imagen se observa la hoja de cannabis desecada. (UNODC, 2018).

recuperado:<file:///E:/Tesis/Terminolog%C3%ADa%20e%20informaci%C3%B3n%20sobre%20drogas%20-%20Tercera%20edici%C3%B3n.pdf>

## Imagen.2.

### *Lista de nombres comunes del cannabis*

Nombres coloquiales comunes (en inglés)	
420	Joint
Blow	Kif
Blunt	Kush
Bongo	Marie-jeanne
Dagga	Marihuana
Dimba	Marijuana
Dope	Mary-Jane
Doobie	Pot
Ganja	Sensi
Grass	Sinsemilla
Hash	Skunk
Hemp	THC-candy
Herb	Weed
joint-sticks	

Nota: En la siguiente imagen se observa algunos de los nombres que recibe el cannabis. (UNODC, 2018).

recuperado:<file:///E:/Tesina/Terminolog%C3%ADa%20e%20informaci%C3%B3n%20sobre%20drogas%20-%20Tercera%20edici%C3%B3n.pdf>

### 3.2.2 Opio.

Acerca del Opio es el jugo coagulado de la adormidera, entendiéndose por "adormidera" la planta de la especie *papaver somniferum L.* la cual es una planta que crece en varios países, en cuanto al color se refiere maneja las tonalidades del blanco al rojo, presenta una capsulas, las cuales pueden ser redondeadas o alargadas, con semillas cuyo color puede variar del blanco al violeta oscuro (UNODC, 2018).

De dicha planta se pueden obtener algunas sustancias psicoactivas, por ejemplo, la morfina y la codeína.

Imagen.3.

Adormidera



Nota: *En la siguiente imagen se observa una adormidera o amapola real.* (UNODC,2018).

Recuperado:<file:///E:/Tesina/Terminolog%C3%ADa%20e%20informaci%C3%B3n%20sobre%20drogas%20-%20Tercera%20edici%C3%B3n.pdf>

El opio tiene 3 productos principales para su consumo como lo es el opio crudo, el preparado, medicinal, a continuación, hablaremos de cada uno de ellos.

**Opio crudo:**

El opio crudo es el resultado de la semilla de la amapola; es una sustancia blanca que se convierte en una goma marrón, con el paso del tiempo se va volviendo más oscuro y quebradizo. El opio crudo se obtiene dejándose secar al aire libre (UNODC, 2018).

**Opio preparado:**

Después de que se utilizó el opio crudo, queda como resultado el opio preparado que es una sustancia oscura y pegajosa se puede deshidratar con la finalidad que sea un producto apto para fumar. (UNODC,2018).

**Opio medicinal:**

Por "opio medicinal" se entiende el opio que se ha sometido a las operaciones necesarias para adaptarlo al uso médico (UNODC,2018). Este producto puede ser utilizado para calmar el dolor y generar una sensación de satisfacción en el organismo, recordemos que la diferencia entre el uso de un medicamento y una sustancia psicoactivas en la frecuencia y la cantidad con la que consume.

Imagen.4.

Opio medicinal



*Nota: En la siguiente imagen se observa el opio medicinal el cual es un polvo entre marrón claro y amarillento compuesto de partículas amarillentas o de color marrón rojizo. (UNODC, 2018). Recuperado:*

<file:///E:/Tesina/Terminolog%C3%ADa%20e%20informaci%C3%B3n%20sobre%20drogas%20-%20Tercera%20edici%C3%B3n.pdf>

### 3.2.3 Opiáceos.

También se les conoce como narcóticos y su principal función es aliviar el dolor, son alcaloides naturales, es decir; sustancias orgánicas que se pueden detectar en diferentes plantas. En este caso las identificamos en la adormidera (papaver somniferum L.) como la morfina, la codeína o la tebaína.

## **2 ejemplos de la opiáceos es la:**

**Morfina:** es una sustancia orgánica que podemos identificar en diferentes plantas y se extrae del opio o la paja de la adormidera, se utiliza de manera frecuente en la medicina como analgésico.

**Heroína:** es una sustancia semisintética que sintetiza a partir de la morfina. Se puede presentar como polvo blanco o marrón o una sustancia pegajosa negra, se aplica o se consume de diferentes modos, ya se mezclada con agua y se inyecta, fumada o inhalada por la nariz. La heroína es aproximadamente el doble de potente que la morfina y presenta un mayor riesgo de uso indebido (UNODC,2018).

### **3.2.4 Opioides.**

Dentro de esta categoría nos referimos a los opiáceos y sus análogos sintéticos, de los cuales se pueden semisintetizar o sintetizar en su totalidad. La manera en que actúan son muy parecidas a la morfina. Ya que ayudan en el alivio a la sensación de dolor, son utilizados como analgésicos. (UNODC, 2018).

#### **En esta categoría podemos identificar a:**

**Fentanilos:** una característica predominante es su acción corta y muy potente, se puede mezclar con la heroína y la consecuencia para los usuarios es de elevada potencia. (UNODC, 2018).

**Metadona y buprenorfina:** su acción es prologada y generalmente se utiliza con fines terapéuticos en la desintoxicación o la terapia de mantenimiento para tratar la dependencia de los opioides. (UNODC, 2018).

**AH-7921:** Generalmente su efecto es similar a la morfina, es un opioide sintético con propiedades analgésicas. No tiene ninguna aplicación terapéutica y no es un producto autorizado. (UNODC, 2018).

### 3.2.5 Coca y cocaína.

**En esta categoría podemos encontrar:**

**Arbusto de coca:** es la planta de cualquier especie del género *Erythroxylon*, suele crecer en los climas tropicales en forma de arbusto o árbol, una característica de las hojas, es que pueden ser cosechadas por durante 20 años aproximadamente (UNODC, 2018).

**Hoja de coca:** es la hoja del arbusto de coca, salvo las hojas de las que se haya extraído toda la ecgonina, la cocaína o cualesquiera otros alcaloides de ecgonina (UNODC, 2018)

**Pasta de coca:** se extrae de las hojas del arbusto de coca, está compuesta por alcaloides de la coca, entre 50% y un 85% de cocaína e impurezas tóxicas como el ácido sulfúrico. Ceba mencionar que la pasta de coca suele tener aditivos, es húmeda y tiene un olor característico (UNODC, 2018)

**Cocaína:** es un estimulante natural psicoactivo, que se obtiene de las hojas de coca. La podemos encontrar en dos formas para su ingesta; ya sea inhalada o inyectada, y la cocaína base, que es la forma que se utiliza para fumar. (UNODC, 2018)

Figura.5.  
Planta de coca



Nota: En la siguiente imagen se observa la planta de coca.

(UNODC, 2018). Recuperado:

<file:///E:/Tesina/Terminolog%C3%ADa%20e%20informaci%C3%B3n%20sobre%20drogas%20-%20Tercera%20edici%C3%B3n.pdf>

### 3.2.6 Estimulantes de tipo anfetamínico.

En esta categoría podemos considerar a las drogas que pertenecen al grupo de estimulantes, lo cual hace referencia a que excitan o aceleran el sistema nervioso central, en esta categoría podemos considerar la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA (éxtasis). El consumo de estas sustancias segrega neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina.

***Anfetamina y metanfetamina:*** debido a la influencia de dopamina y norepinefrina, se considera a esta, una sustancia estimulante. Se consiguen en los

mercados ilícitos se fabrican principalmente en laboratorios clandestinos. Son sustancias sintéticas. (UNODC, 2018).

### **3.2.7 Sustancias del grupo del éxtasis.**

Dentro de este grupo encontramos sustancias que tienen propiedades estimulantes y afectan en diversa medida los niveles de los tres neurotransmisores como lo es la dopamina, norepinefrina y serotonina. En este grupo se encuentran las sustancias MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina), la MDA (3,4 – metilendioxianfetamina) y la MDEA (3,4- metilendioxoetilanfetamina) (UNODC, 2018).

Estas sustancias se caracterizan por ser fabricadas en laboratorios clandestinos, no están autorizadas con fines médicos. Es por ello que su uso es alarmante porque daña directamente el organismo y atrofian las funciones cognitivas del cerebro.

### **3.2.8 Catinonas sintéticas.**

En este grupo, las sustancias son beta-ceto-fenetilaminas, su estructura y mecanismos de acción son similares a las anfetaminas y la MDMA. Varias de estas sustancias son ilegales en diferentes países. (UNODC, 2018)

### 3.2.9 Otros estimulantes sintéticos del sistema nervioso central.

La variedad de los estimulantes sintéticos es amplia, y en algunas ocasiones se comparan con los efectos que llegan a producir las anfetaminas, metanfetamina o las sustancias del grupo del éxtasis, sin embargo, la estructura química es diferente entre ellos, en esta categoría nos podemos encontrar la 1-bencilpiperazina (BZP), el aminorex, la para-metoxianfetamina (PMA) y la 3,4,5-trimetoxianfetamina (TMA) (UNODC, 2018).

### 3.3.0 Depresores del sistema nervioso central.

Por lo general la utilidad de este grupo de drogas son utilizadas con fines médicos y se utilizan como sedantes, hipnóticos, los opioides y los neurolépticos OMS, (1994), citado por (UNODC, 2018). Podemos encontrar algunos depresores del sistema nervioso central por ejemplo: las benzodiazapinas, los barbitúricos, la metacualona y el ácido gamma.hidroxi-butírico (GHB) (UNODC, 2018).

***Benzodiacepinas:*** son un grupo de depresores del sistema nervioso central, suelen ser utilizados en medicamentos como anticonvulsivos, ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, relajantes de los músculos del esqueleto y tranquilizantes. En la actualidad existen 35 benzodiacepinas sometidas a fiscalización internacional con arreglo al convenio sobre sustancias sicotrópicas de 1971. (UNODC, 2018).

***Barbitúricos:*** este grupo de depresores sintéticos del sistema nervioso central sean utilizado como hipnóticos y sedantes. En estos días el uso de estas sustancias, solo aplica en la medicina como antiepilépticos o como coadyuvantes

de la anestesia en procedimientos quirúrgicos, en algunas ocasiones se utilizan como fármaco contra la ansiedad.

En la actualidad podemos encontrar 12 barbitúricos sometidos a fiscalización internacional e incluidos en diversas listas del convenio sobre sustancias Sicotrópicas de 1971.

**Otros depresores del sistema nervioso central:** contamos con la metacualona que es considerada como un depresor sintético del sistema nervioso central con propiedades hipnótico-sedantes, anticonvulsivas, antiespasmódicas y de anestesia local.

El uso indebido de estas sustancias puede generar algunos problemas, es por ello que fueron retirados del mercado farmacéuticos (UNODC, 2018). Por otro lado, se encuentra el Ácido gamma (γ)-hidroxibutírico (GHB) que es un depresor del sistema nervioso central, se caracteriza por producir sedación y anestesia, así como estar relacionado a las agresiones sexuales facilitadas por el consumo de drogas.

En el caso de esta sustancia es muy probable que se fabrique de manera clandestina, ya que sus ingredientes son económicos y se puede consultar con facilidad en internet. Un dato curioso es que nuestro cuerpo también puede producir dichas sustancias como consecuencias de la ingesta de disolventes gamma-butirolactona (GBL) o 1,4-butanodiol (UNODC, 2018).

### **3.3.1 Alucinógenos.**

Dentro de esta categoría nos encontramos a dos tipos sustancias, las naturales y las sintéticas que provocan una distorsión del estado de conciencia, la percepción, el pensamiento y las sensaciones, acompañada de distintos grados de alucinaciones auditivas o visuales.

También se los denomina “psicodélicos”, y sus efectos son fundamentalmente la sinestesia OPS, (2005), citado por UNODC, (2008, p. 47) y la percepción distorsionada de la realidad.

**LSD (+)-LISÉRGIDA:** Es considerada una droga semisintética derivada del ácido lisérgico, un alcaloide que se encuentra en un hongo, el *Claviceps purpurea*, que crece en el centeno y en otros granos. El LSD es una de las sustancias alucinógenas más potentes que se conocen y está incluido en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (UNODC, 2018).

**Triptaminas:** Son un grupo de sustancias cuya estructura y forma de acción están relacionadas tanto con el LSD como con la psilocibina. Algunas triptaminas son producidas de forma natural por diversas plantas, hongos o animales, y han sido empleadas históricamente como sustancias alucinógenas para beber o inhalar, por ejemplo, en la selva amazónica y en el Caribe. También se pueden obtener mediante síntesis química.

Existen tres triptaminas sometidas a fiscalización internacional, a saber: la dietiltriptamina (DET), la dimetiltriptamina (DMT) y la etriptamina. En la actualidad no está autorizada la utilización de ninguna triptamina con fines médicos (UNODC, 2018).

### **3.3.2 Alucinógenos de origen vegetal.**

**Peyote y mescalina:** La mescalina es el principal componente psicoactivo del peyote (*Lophophora williamsii*). El contenido de mescalina del peyote varía en función de los factores ambientales (temperatura, lluvias, altitud) y las condiciones del terreno, pudiendo variar entre el 0,7% y el 3,5% del peso seco.

Imagen.6.

Cactus peyote



Nota: En la siguiente imagen se observa el cactus peyote.

(UNODC, 2018). Recuperado:

<file:///E:/Tesina/Terminolog%C3%ADa%20e%20informaci%C3%B3n%20sobre%20drogas%20-%20Tercera%20edici%C3%B3n.pdf>

**Setas psilocibes y psilocibina:** son una sustancia que causan alteraciones de manera profunda en la percepción de la realidad, estas sustancias son naturales y se encuentran principalmente en la seta *Psilocybe mexicana*, aunque existen más de 75 especies de setas de los géneros *Psilocybe*, *Panaeolus* y *Conocybe* que pueden contenerla. Las setas psilocibes pueden contener entre un 0,2% y un 2% de psilocibina (UNODC, 2018).

**Alucinógenos sintéticos:** En esta categoría podemos encontrar algunas sustancias que actúan de manera muy parecida a los alucinógenos de origen vegetal. La principal característica es su estructura, la cual es muy parecida a la de la mescalina (que es una fenetilamina), la anfetamina o la metanfetamina, y producen unos efectos fundamentalmente alucinógenos, pero algunas de ellas también producen efectos estimuladores Rickli, (2015), citado por UNODC, (2018, p.53). A este grupo pertenecen sustancias como la brolanfetamina (DOB), la 2C-B

y la 25I-NBOMe. Ninguna de las sustancias de este grupo está autorizada con fines médicos.

**Fenciclidina (PCP):** Es una sustancia química que imita los efectos de las drogas naturales con propiedades anestésicas y alucinógenas. La PCP se investigó por la década de 1950 ya que ofrecía posibilidades de anestesia, pero fue retirada del mercado farmacéutico debido a los efectos secundarios graves que provocaba. (UNODC, 2018)

Así que las sustancias psicotrópicas tienen diferentes categorías, cada una de ellas con características y efectos particulares, se han mencionado algunos de ellos con la intención de ampliar el conocimiento sobre el origen, estructura y efecto que causa su consumo. Además, las sustancias psicotrópicas representan un desafío significativo para la salud pública debido a sus efectos en el sistema nervioso central y sus consecuencias para la salud física, mental y social. La investigación continua y el enfoque en la prevención y el tratamiento de las adicciones son cruciales para abordar este problema y promover el bienestar de las personas y las comunidades en general.

## **CAPITULO IV: ADICCION Y REHABILITACION.**

### **4.1 Definición de adicción.**

En el siguiente tema hablaremos del que es una adicción, entendiendo que esta, se deriva de la droga la cual produce en las personas síndrome de dependencia, por lo tanto, la adicción produce un cambio o alteración permanente crónico y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de una sustancia o la participación en una actividad, pese a que sus consecuencias sean negativas.

En un sentido más humanista, podríamos decir que la adicción es cualquier droga o conducta que hace a la persona esclava de sí misma en su cuerpo, en su mente o en su espíritu, por lo tanto, la esencia de cualquier adicción ésta en esclavizar al ser humano (Cañas, 2013).

Las adicciones a las sustancias psicotrópicas, al sexo, a las compras, al juego, a la comida, al trabajo, a ciertas personas, a la realidad virtual, etc., todas tratarían de llenar un vacío existencial profundo equivalente. (Cañas, 2013).

Entendiéndose desde una perspectiva psicológica, toda adicción es huir de uno mismo. Porque cuando se entra en la dinámica de "huir hacia adelante" como única actividad en la vida, salta el piloto intermitente del vacío existencial. Y si la persona no llena ese vacío a tiempo, es posible que caiga en la desesperación. Estos son los efectos visibles de las adicciones, la nueva esclavitud que pasara a la historia de la humanidad de comienzos del tercer milenio.

En conclusión, todo tipo de adicción, presenta el denominador común de provocar en las personas enganchadas una existencia esclava y vacía de sentido y que, por tanto, lo más definitivo que habría que abordar son las causas existenciales independientemente del modelo terapéutico que se proponga para rehumanizarlas (Cañas, 2013).

## **4.2 ¿Cómo se genera la adicción?**

Nos propondremos explicar cómo es que se genera la adicción entendiéndola como un fenómeno complejo que puede afectar a personas de todas las edades y contextos sociales, en este caso nos interesa enfocar la investigación en la etapa de la adolescencia ya que es una de las vertientes que sigue este trabajo.

Así mismo podríamos decir que la adicción se va a generar a partir de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para producir un patrón compulsivo de búsqueda y consumo de una sustancia o comportamiento, a pesar de las consecuencias negativas que pueda acarrear.

Por lo que se refiere a los mecanismos y factores que contribuyen a la generación de una adicción, respaldados por investigaciones de destacados autores en el campo, por ejemplo, Volkow y Fowler (2000), quienes han investigado la neurobiología de la adicción y cómo las sustancias adictivas afectan el sistema de recompensa en el cerebro.

Así pues, nos encontramos el aporte científico de Koob y Le Moal (2001) que han explorado los mecanismos neuroadaptativos que llevan a la dependencia y compulsión en el consumo de drogas.

Con respecto a las investigaciones de Volkow y Fowler (2000), la adicción se genera principalmente debido a cambios en el sistema de recompensa del cerebro. Estos cambios afectan áreas clave del cerebro, como la corteza prefrontal y el núcleo accumbens, que están involucradas en la motivación, el placer y la toma de decisiones Volkow y Fowler (2000).

La adicción comienza con el consumo inicial de una sustancia o la participación en un comportamiento placentero, como el consumo de drogas o el juego. Estas actividades liberan neurotransmisores que son la respuesta química de la gratificación del placer, como la dopamina, en el sistema de recompensa del cerebro, lo que produce una sensación de bienestar.

Esta liberación de dopamina refuerza positivamente la conducta, haciendo que la persona quiera repetir la experiencia y recordemos que uno de los factores que intervienen en la adicción es la frecuencia con que se consume la sustancia, además que conforme aumenta el uso por consecuencia aumentara la cantidad Volkow y Fowler (2000).

Con el tiempo y el uso repetido, el cerebro se adapta a la presencia constante de la sustancia o la actividad adictiva, lo que lleva a cambios neuroadaptativos. El cerebro se vuelve menos sensible a la dopamina, lo que significa que se necesita una mayor cantidad de la sustancia o la actividad para experimentar el mismo nivel de placer que antes.

Este fenómeno se conoce como tolerancia. Así mismo, la adicción está asociada con cambios en la actividad de otras sustancias químicas cerebrales, como la serotonina y el glutamato, que juegan un papel importante en el control de los impulsos y la autorregulación emocional. Estos cambios pueden contribuir a la pérdida de control y la compulsión por seguir consumiendo la sustancia o participar en la actividad adictiva, a pesar de las consecuencias negativas.

La adicción también puede estar influenciada por factores genéticos y ambientales. Las personas con una predisposición genética, por ejemplo, los hijos de personas que consumieron sustancias psicotrópicas en el embarazo, pueden tener una mayor vulnerabilidad a desarrollar adicciones, y los factores ambientales, como el estrés, la exposición temprana a drogas o comportamientos adictivos, y el acceso a sustancias, también pueden desempeñar un papel en su desarrollo.

Por otro lado, contamos con los aportes de Koob y Le Moal (2001), para ellos la adicción se genera principalmente debido a cambios en el sistema de recompensa del cerebro, así como a la activación de sistemas de estrés y ansiedad en respuesta al consumo repetido de drogas u otras sustancias adictivas.

Recordemos que el estrés es "la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga" (Selye, 1956) y al no contar con las herramientas necesarias para manejar el estrés, las drogas parecen ser una buena opción, es por ello que Koob y Le Moal (2001) proponen el concepto de "alostasis" en la generación de la adicción. La allostasis se refiere al proceso mediante el cual el cerebro adapta sus sistemas de recompensa y estrés para mantener la estabilidad interna en respuesta al consumo repetido de drogas.

En un principio, el consumo de drogas puede producir placer y recompensa, pero las consecuencias conforme pase el tiempo y aumente la cantidad de consumo, serán más dañinas para el organismo sin mencionar las afecciones a la actividad cognitiva del adicto ya que el cerebro cambia su funcionamiento para contrarrestar los efectos de las sustancias y mantener un equilibrio en el organismo.

Uno de los principales cambios que ocurren en el cerebro es el aumento de la sensibilidad al sistema de estrés y ansiedad. El consumo repetido de drogas o sustancias adictivas activa el sistema de estrés, lo que lleva a la liberación de hormonas como el cortisol y la activación del sistema nervioso simpático. Esta respuesta de estrés puede contribuir al deseo compulsivo de consumir más drogas para aliviar la ansiedad y el malestar Koob y Le Moal (2001).

Además, el sistema de recompensa del cerebro se ve alterado por la adicción. La liberación de dopamina, un neurotransmisor asociado al placer y la recompensa, se ve desregulada debido al consumo repetido de drogas.

Esto puede llevar a una disminución de la capacidad de experimentar placer con otras actividades o estímulos naturales, lo que refuerza aún más la búsqueda compulsiva de la droga o sustancia adictiva siendo esta una de las determinaciones más importantes dentro de la adicción ya que promueve la conservación de la conducta adictiva Koob y Le Moal (2001).

En cuanto a los cambios neuroadaptativos en el cerebro crean un ciclo de recompensa y estrés que alimenta la adicción. La búsqueda constante de la sustancia para obtener placer y evitar el malestar se convierte en una prioridad para la persona adicta, a pesar de las consecuencias negativas que pueda tener en su vida Koob y Le Moal (2001).

Como resultado de las investigaciones de Koob y Le Moal, la adicción se genera debido a cambios en el sistema de recompensa y el sistema de estrés del cerebro, que llevan a una búsqueda compulsiva de drogas u otras sustancias adictivas para obtener placer y aliviar la ansiedad. Estos cambios neuroadaptativos crean un ciclo de recompensa y estrés que mantiene y alimenta la adicción.

No olvidemos las aportaciones de Volkow y Fowler que, de acuerdo a su investigación científica, la adicción se genera a través de cambios en el sistema de recompensa del cerebro, que llevan a la búsqueda compulsiva de sustancias o comportamientos adictivos. Estos cambios incluyen la disminución de la sensibilidad a la dopamina y alteraciones en otras sustancias químicas cerebrales que afectan el control de los impulsos y la toma de decisiones.

### **4.3 Adicción física y Adicción psicológica.**

Sobre la adicción, de acuerdo al capítulo anterior, podríamos decir que es la codependencia del cuerpo a una sustancia química, ya sea natural o sintética, o la respuesta al estrés y los pensamientos obsesivos sobre el consumo de la sustancia en donde la respuesta es la compulsión del consumo de una sustancia psicotrópica.

En este apartado diferenciaremos la adicción física de la psicológica, por lo tanto, podríamos decir que la adicción física es un componente crucial en el trastorno adictivo, caracterizado por los cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo como resultado del consumo repetido de una sustancia.

Es decir, la dependencia física (neuroadaptación): Necesidad de mantener determinados niveles de una droga en el organismo. Tiene dos componentes: tolerancia y síndrome de abstinencia aguda, por ejemplo, sustancias depresógenas (alcohol, opiáceos, hipnóticos y sedantes).

- Tolerancia: Es la necesidad de cantidades crecientes de una sustancia en busca del efecto deseado o disminución del efecto ante una misma dosis.
- Síndrome de abstinencia aguda: Manifestaciones clínicas, psíquicas o físicas que se producen por el cese de la administración de una droga y desaparecen con la administración de la droga.

Sin embargo la adicción psicológica es un componente clave en el trastorno adictivo que se refiere a la dependencia emocional y mental que una persona desarrolla hacia una sustancia o actividad. A diferencia de la adicción física, que implica cambios fisiológicos en el cuerpo, la adicción psicológica se centra en los aspectos cognitivos y emocionales que contribuyen a la búsqueda compulsiva y el consumo repetido de una sustancia o comportamiento adictivo (MEDISAN, 2008).

La adicción psicológica se caracteriza por un intenso deseo o ansiedad de consumir la sustancia o participar en la actividad adictiva debido a los efectos placenteros o alivio emocional que proporciona. Esta dependencia emocional puede llevar a patrones de pensamientos que están relacionados con la activación de sistemas de recompensa en el cerebro, como la liberación de dopamina, que genera sensaciones de placer y refuerza la conducta adictiva (Volkow & Fowler, 2000).

Así pues, la dependencia psíquica es: Deseo irresistible o anhelo de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros, evasivos o ambos para evitar el malestar psíquico que se siente con su ausencia, por ejemplo, sustancias psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína, nicotina) y alucinógenos (MEDISAN, 2008).

#### **4.4 Definición de rehabilitación.**

Con respecto a la rehabilitación, se podría considerar que es un proceso integral, es decir; que se requieren de varias disciplinas para que esta pueda funcionar, con la finalidad de promover la recuperación y funcionalidad física, mental y social, después de haber experimentado una lesión, enfermedad o discapacidad.

Este proceso se enfoca en restaurar la autonomía, la calidad de vida y la participación activa en la sociedad. Podremos encontrar algunos autores que tengan su propio concepto de rehabilitación, en este caso tomaremos como referencia el concepto que nos brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la rehabilitación como “un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar la función y reducir la discapacidad (mental o física) de un individuo con condiciones de salud en interacción con su entorno.

Condición de salud se refiere a enfermedad (aguda o crónica), trastorno, lesión o traumatismo” WHO, (2019), citado por de Murieta, (2023)

La rehabilitación abarca diferentes áreas de la salud, como la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y lenguaje, psicología, entre otras disciplinas, que trabajan en conjunto para diseñar planes de tratamiento personalizados y adaptados a las necesidades individuales de cada paciente.

En este caso consideraremos la terapia psicológica como la principal vertiente para la rehabilitación en las adicciones La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual de Pomerleau y Pomerleau (1987) que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia.

De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007).

Consideremos ahora que la conducta es el producto de múltiples factores, entre los que se encuentran los biológicos y sociales. Sin embargo, el estudio individual de la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los distintos factores y la conducta, con lo que la visión psicológica se convierte inevitablemente en la perspectiva dominante en el campo del tratamiento.

“La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento” (pedrero, 2008)

El tratamiento debe ser entendido como un proceso en el que habrá múltiples episodios de recaída, permite contemplarlas como algo normal que debe ser entendido y prevenido, mejorando la respuesta de los pacientes ante los episodios de crisis y reduciendo la frecuencia, duración y gravedad de las recaídas.

Consecuentemente, es usual que en el diseño de las intervenciones terapéuticas se incluya algún módulo de intervención psicológica dirigido a que los sujetos mejoren la detección de los estímulos (tanto internos y externos) y el manejo de procesos psicológicos (emocionales, cognitivos y conductuales) que incrementan la probabilidad de recaída, así como a mejorar las habilidades de afrontamiento frente a las condiciones de riesgo.

El objetivo de la rehabilitación es lograr la máxima recuperación funcional y adaptación posible, promoviendo la independencia y la reintegración social. A través de un enfoque colaborativo y centrado en el paciente, los profesionales de la

rehabilitación ayudan a las personas a superar obstáculos y a desarrollar habilidades para enfrentar los desafíos que surgen debido a su condición de salud.

La rehabilitación juega un papel fundamental en el proceso de recuperación y reintegración de las personas a la sociedad, proporcionando apoyo y asistencia para enfrentar y superar los desafíos físicos, emocionales y sociales que puedan surgir a raíz de una lesión o enfermedad.

#### **4.5 Rehabilitación psicológica.**

La rehabilitación psicológica emerge como un pilar fundamental en la lucha contra las adicciones, al reconocer y abordar la complejidad de estos trastornos que emergen tanto la mente como el cuerpo de quienes los padecen. En un mundo donde las adicciones pueden tener consecuencias devastadoras para la salud física, mental y social de las personas, la rehabilitación psicológica se alza como una herramienta esencial para la recuperación y la reconstrucción integral de individuos atrapados en el ciclo de la dependencia. Así mismo los tratamientos psicológicos se apoyan en un modelo psicológico, cuya naturaleza esencial consiste en comprender la conducta por su relación con el contexto, sea éste de carácter biográfico o social (Horcajadas, 2007).

La adicción, ya sea a sustancias como drogas o alcohol, o comportamientos como el juego compulsivo, se arraiga en múltiples dimensiones de la vida de una persona. Más allá de la mera respuesta física a una sustancia o actividad, las adicciones involucran aspectos emocionales, cognitivos y sociales.

En este contexto, la rehabilitación psicológica se convierte en un componente ineludible para desentrañar las complejidades de estos trastornos y brindar un enfoque terapéutico como parte del proceso. Cabe mencionar que la importancia de la rehabilitación psicológica en las adicciones radica en su capacidad para explorar y abordar los factores que no se podrían detectar a simple vista pero que pueden haber contribuido al desarrollo de la adicción.

Además, la rehabilitación psicológica desempeña un papel crucial en la prevención de recaídas. Al explorar los desencadenantes emocionales y situacionales que pueden llevar a un retorno a la adicción, las personas pueden aprender a reconocer y gestionar estas señales de alerta, fortaleciendo así su resiliencia y habilidades de afrontamiento a largo plazo.

Terapias como la cognitivo-conductual, terapia con enfoque psicoanalítico o psicodinámico, la terapia de grupo y la terapia familiar no solo buscan romper el ciclo de consumo compulsivo, sino que también se adentran en las raíces emocionales y psicológicas que pueden haber alimentado la dependencia. A través de la identificación de patrones de pensamiento disfuncionales, la construcción de estrategias de afrontamiento saludables y la promoción de la autoconciencia, la rehabilitación psicológica otorga a los individuos las herramientas necesarias para desafiar y transformar su relación con la adicción (Fernández, 2007).

La terapia psicológica proporciona un espacio seguro donde los individuos pueden explorar sus patrones de disfuncionales, enfrentar traumas pasados y abordar las emociones subyacentes que pueden haber contribuido al desarrollo de la adicción. Además, se enfoca en la identificación y desarrollo de habilidades de afrontamiento saludables, mejorando la resiliencia emocional y herramientas necesarias para prevenir recaídas (Fernández, 2007).

La rehabilitación psicológica no solo beneficia al individuo que lucha contra la adicción, sino que también tiene un impacto positivo en su entorno cercano. Familiares y amigos también pueden participar en terapias de apoyo, aprendiendo cómo brindar un respaldo efectivo y cómo manejar la dinámica de la relación con una persona en recuperación, la rehabilitación psicológica no solo beneficia al individuo que lucha contra la adicción, sino que también tiene un impacto positivo en su entorno cercano. Familiares y amigos también pueden participar en terapias de apoyo, aprendiendo cómo brindar un respaldo efectivo y cómo manejar la dinámica de la relación con una persona en recuperación. (Bobes, 2007).

Recapitulando, la rehabilitación psicológica en las adicciones no solo se centra en romper los lazos físicos con la sustancia o el comportamiento adictivo, sino que aborda la complejidad intrínseca de estos trastornos. Al reconocer la importancia de los factores emocionales y cognitivos en la adicción, la rehabilitación psicológica se convierte en un faro de esperanza y transformación, guiando a las personas hacia una recuperación integral y una vida más saludable y significativa.

#### **4.6 Propuesta de rehabilitación.**

Nuestra misión radica en la elaboración de una propuesta psicológica de rehabilitación especialmente diseñada para adolescentes que luchan contra el consumo de sustancias psicotrópicas.

Esta iniciativa tiene como propósito fundamental liberarlos de la trampa de la adicción y restablecer la calidad de vida que merecen. Para alcanzar este objetivo, abordaremos una serie de aspectos cruciales que incluyen la adolescencia, las adicciones, el entorno sociocultural y las herramientas personales disponibles para enfrentar situaciones estresantes sin recurrir al consumo de sustancias psicotrópicas.

En este proyecto, otorgamos una atención especial a la etapa crucial de la adolescencia. Reconocemos las complejidades y desafíos que esta fase conlleva, y nos dedicamos a diseñar una estrategia de intervención que sea sensible y efectiva para este grupo demográfico en particular.

Entendemos que la adicción no es solo un problema individual, sino que también está arraigada en un contexto más amplio. Por lo tanto, abordamos las influencias socioculturales que pueden contribuir a las adicciones entre los adolescentes, lo que nos permitirá desarrollar un enfoque más completo y holístico.

Parte esencial de nuestra propuesta es la identificación de herramientas psicológicas que empoderen a cada individuo para enfrentar situaciones generadoras de estrés sin recurrir a sustancias psicotrópicas. Nos comprometemos a proporcionar alternativas saludables y eficaces para manejar las presiones cotidianas que enfrentan los adolescentes, lo que promoverá una recuperación sólida y duradera.

Además, presentaremos un test psicológico meticulosamente diseñado para identificar los rasgos de personalidad en personas adictas. Este enfoque nos permitirá comprender en profundidad las características distintivas de aquellos que han caído en la trampa de las sustancias psicotrópicas. Al identificar estos rasgos, tendremos un mapa claro para dirigir nuestro plan de acción de manera precisa y efectiva, maximizando así nuestras posibilidades de éxito en la rehabilitación.

En resumen, nuestra propuesta abarca una gama completa de elementos cruciales, desde la etapa de vida hasta las características individuales. Nos esforzamos por proporcionar un enfoque integral que permita a los adolescentes liberarse de la adicción y recuperar la calidad de vida que merecen

**Título de la Propuesta:**

“Mente Sana, Vida Libre: Estrategia Psicológica para Superar las Adicciones”

**Introducción:**

En el complejo panorama de las adicciones, donde la lucha contra sustancias y comportamientos compulsivos puede causar que el individuo pierda su calidad de vida y el bienestar emocional, se hace imperativo abordar este desafío desde una perspectiva holística y comprensiva, es decir como parte del proceso que implica la rehabilitación.

La adicción, ya sea a sustancias como el alcohol y las drogas, o a comportamientos como el juego patológico, no solo afecta el cuerpo físico, sino también la mente y el espíritu. En este contexto, la rehabilitación psicológica emerge como un pilar fundamental en el proceso de recuperación, brindando una oportunidad para explorar y abordar las causas profundas de la adicción, así como para cultivar herramientas que le sirvan al adolescente en su proceso de recuperación y sanación.

La presente propuesta tiene como objetivo presentar un enfoque integral y científicamente fundamental para la rehabilitación psicológica en el tratamiento de las adicciones. Reconociendo que no es un trabajo sencillo ya captando el desafío y la necesidad de una aproximación personalizada, nuestra intervención busca no solo reducir el consumo adictivo, sino también fomentar una transformación profunda en la relación del individuo con su entorno más cercano.

En las páginas siguientes, se desarrollará nuestra propuesta, destacando la importancia de la rehabilitación psicológica como un componente esencial en el abordaje de las adicciones.

### **Objetivos:**

#### **Objetivo General:**

Analizar los rasgos psicológicos en personalidades adictivas a sustancias psicotrópicas en la adolescencia y explorar la eficacia del tratamiento psicológico con enfoque psicoanalítico.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar y evaluar los factores psicológicos y emocionales subyacentes en el desarrollo de la adicción en cada individuo.
- Diseñar y adaptar estrategias terapéuticas basadas en enfoques cognitivos, conductuales y emocionales para abordar las causas y los desencadenantes de la adicción.
- Mejorar la autoestima y la autoeficacia de los participantes a través de técnicas de fortalecimiento emocional y mindfulness.

#### **Marco Teórico:**

El enfoque psicoanalítico, desarrollado por Sigmund Freud y posteriormente elaborado por varios de sus seguidores, ofrece una lente única a través de la cual podemos comprender la naturaleza profunda de las adicciones y sus raíces psicológicas. Este enfoque se basa en la premisa de que las adicciones son manifestaciones de conflictos internos y procesos inconscientes que buscan

resolver conflictos no resueltos. esta aproximación terapéutica presta especial atención al análisis de la relación entre sentimientos-conducta y drogas.

La terapia tiene dos componentes principales: técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales y técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales (Woody, 2003).

Se presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas, promoviendo cambios duraderos en el estilo de vida (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1995).

Se ha mostrado de especial interés en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona, singularmente con pacientes que presentan problemas de salud mental combinados con el patrón adictivo.

Existe un rechazo generalizado entre los autores instalados en el método psicoanalítico y psicodinámico hacia los procedimientos basados en la evidencia, que invalidan como método adecuado de estudio de resultados de este tipo de terapias (Mace, Moorey y Roberts, 2001). En concreto, Clemens (2002) argumenta que los trabajos sobre este tipo de terapias:

- No se focalizan en diagnósticos sintomáticos específicos,
- No han encontrado una manera de diseñar estudios controlados doble-ciego,
- Son más flexibles y diseñados para dar respuesta a necesidades individuales y a las vicisitudes de la exploración,
- Pueden desarrollarse en periodos de tiempo que van entre meses y varios años o más.

La Asociación Psicoanalítica Internacional publicó en 1999 un trabajo (Fonagy, Kächele, Krause, Jones y Perron, 1999) en el que se revisaron casos clínicos documentados y estudios, entre los principales resultados de la revisión destacan: (a) la efectividad es mayor en los pacientes más jóvenes; (b) los tratamientos largos tienen mejores resultados; (c) el psicoanálisis puede reducir el uso de medicación psicotrópica y (d) se asocia con una mejora en la capacidad laboral.

En la publicación también se recogen las limitaciones metodológicas de los trabajos de partida, llegando a la conclusión que los estudios no pueden demostrar de manera inequívoca que el psicoanálisis sea efectivo en relación a un placebo activo u otras formas de terapia.

Diversos trabajos posteriores han sugerido la incapacidad del método psicoanalítico para informar, según parámetros científicos, de los resultados de la aplicación de sus terapias y de la necesidad de buscar puentes de conexión de sus métodos con las ciencias sociales (Ávila, 2000; Fonagy, 2004).

De hecho, en un meta análisis sobre terapias psicodinámicas breves sólo se incluyen los trabajos de Crits-Christoph et al. (1999, 2001) en consumo de cocaína, y los de Woody et al. (1995) en adictos a opiáceos como trabajos con rigor publicados en el campo de las adicciones (Leichsenring, Rabung y Leibing, 2004).

Lo mismo sucede en otro estudio que compara las terapias cognitivo-conductuales con las psicodinámicas, que sólo menciona los artículos de Woody et al. (1990, 1995) en adictos a opiáceos y el de Sandahl et al. (1998) en dependencia moderada del alcohol como estudios rigurosos que utilizan terapias psicodinámicas.

Finalmente, la más reciente revisión sobre el estado de las psicoterapias de orientación psicoanalítica remite exclusiva-mente a los estudios controlados de Woody, Sandahl y Crits-Cristoph como los únicos con criterios de evidencia científica en el abordaje del alcoholismo y otras adicciones a sustancias (Connolly, Crits-Christoph y Hearon, 2008).

Con todo, la revisión de los pocos estudios controlados disponibles de este tipo de terapias permite armar que son más efectivos que el no tratamiento y que los tratamientos prolongados lo son más que las intervenciones breves (Leichsenring, 2005). No obstante, guías clínicas en otros colectivos (San Emeterio et al., 2003) señalan que no es aconsejable, a falta de investigación, usar terapias dinámicas con pacientes esquizofrénicos hospitalizados (recomendación de grado C), pues puede prolongar la desorganización o desencadenar una recidiva, ni durante la fase aguda de la psicosis.

En revisiones recientes del tratamiento de la dependencia al alcohol, la psicoterapia grupal psicodinámica fue evaluada como comparativamente menos efectiva que otros métodos. Sin embargo, algunos estudios norteamericanos han demostrado efectos diferenciales en los tratamientos de subgrupos de pacientes dependientes del alcohol.

El foco de este estudio fue la evaluación, en un encuadre cultural diferente, de la psicoterapia grupal de tiempo limitado, orientada psicodinámicamente, aplicada a un subgrupo homogéneo de pacientes, hombres y mujeres, moderadamente dependientes del alcohol.

Después de la aleatorización, 49 pacientes completaron un tratamiento cognitivo-comportamental o uno grupal psicodinámico de tiempo limitado. A los 15 meses de seguimiento, los pacientes de ambas orientaciones terapéuticas habían mejorado. Sin embargo, la mayoría de los pacientes en tratamiento grupal psicodinámico parecieron poder mantener una pauta de ingesta alcohólica más moderada durante todo el período de seguimiento comparada con los pacientes en tratamiento cognitivo-comportamental, quienes parecieron deteriorarse gradualmente.

Una porción sustancial de la varianza en el número de días de abstinencia durante el seguimiento se explicó, además de por la orientación del tratamiento, por el grado de ansiedad en la admisión (Sandahl, Herlitz, Ahlin y Rönnerberg, 1998). Connolly, Crits-Christoph y Hearon (2008) destacan la falta de manuales específicos de terapia dinámica en este estudio.

La psicoterapia psicodinámica y el Hatha Yoga fueron aplicados en una muestra de adictos en mantenimiento con metadona. Ambos se mostraron efectivos para reducir el consumo de drogas y las actividades delictivas, pero no mostraron diferencias entre sí (Shaffer, LaSalvia y Stein, 1997). Pacientes externos dependientes de cocaína (N = 252) fueron ubicados al azar en uno de tres tratamientos individuales (terapia cognitiva, dinámica, o consejo por droga) como parte de la fase de entrenamiento de un estudio colaborativo para el Tratamiento del Abuso de Cocaína del NIDA. Tanto pacientes como terapeutas completaron la Escala de Alianza Terapéutica (Helping Alliance) (HAq-II) o la Escala de Alianza de California (CALPAs) que registra alianza alta. Si bien en una evaluación realizada a los seis meses el informe de alianza de los pacientes no predijo resultados respecto de las medidas relacionadas con la droga, sí lo hizo en la evaluación a un mes.

La alianza, sin embargo, predijo un mejoramiento en los síntomas depresivos a los seis meses. En conjunto, las evaluaciones de la alianza hechas por los terapeutas resultaron peores predictoras que las evaluaciones realizadas por los pacientes.

Los resultados fueron similares tanto en las muestras de los que completaron el tratamiento como en las de los que lo intentaron. El CALPAs, pero no el Haq-II, predijo el abandono. Hubo evidencia preliminar de que una mayor alianza predecía mayores cambios en los síntomas depresivos de pacientes con mayor tiempo que en los que tenían menor tiempo de tratamiento (Barber et al., 1999).

Como resumen, se destacan las conclusiones del reciente metaanálisis de Connolly, Crits-Christoph y Hearon (2008) que examina la evidencia de la efectividad de la terapia dinámica con los criterios de la American Psychological Association (Chambless y Hollon, 1998): no existen su cientos estudios controlados y aleatorizados en psicoterapia dinámica, por lo que se puede concluir que no existen su cientos evidencias científicas de sus resultados favorables en el ámbito de los trastornos adictivos en la actualidad.

Por lo que se refiere a el mindfulness es uno de los aspectos centrales de la psicología budista y puede considerarse como un proceso mediante el que se aprende una nueva forma de relacionarse con la propia experiencia y de responder ante las dificultades inevitables de la vida. En problemas psicológicos graves se ha aplicado en ideas suicidas (Linehan, 2003), depresión crónica (Segal, Williams y Teasdale, 2006) y alucinaciones psicóticas (Bach y Hayes, 2002).

Las vías por las que se llega a una mejor salud mental son, de una parte, la de hacer conscientes los patrones de condicionamiento adquiridos que enturbian la percepción de la experiencia presente y, de otra, eliminar o reducir las conductas dirigidas por el deseo, que es entendido como la principal fuente de sufrimiento. La solución vendría de sustituir el deseo por una actitud de ecuanimidad o aceptación ante la realidad.

En el ámbito de las drogadicciones Thomas Bien (2011) sostiene que la adicción implica el consumo de sustancias con la intención de conseguir un estado de ánimo alterado y a la vez hacerlo de una manera compulsiva y destructiva. Los intentos de crear estados de ánimo distintos al actual es algo común a todos nosotros, a fin de cuentas, todos somos adictos a esquemas de conducta dirigidos a buscar el placer y evitar el dolor.

Dolor que proviene de la no aceptación de la naturaleza de la realidad. La diferencia está en que el adicto lo hace desde su propia perspectiva, mediante conductas dirigidas a alterar directamente su experiencia. Al final el problema consiste en que la adicción funciona, pero sólo a corto plazo, a largo plazo los factores psicológicos y fisiológicos como la tolerancia hacen necesaria la sustancia en

proporciones cada vez mayores para obtener, al principio, el efecto inicial y, después, únicamente para no sentir dolor. Desde esta perspectiva el concepto clave es el de la tolerancia. Todo parece indicar que en el desarrollo de la tolerancia están implicados procesos de condicionamiento clásico.

Este tipo de condicionamiento hace que el organismo se anticipe, en presencia de determinados estímulos, a la introducción de la droga o la ejecución de la conducta (por ejemplo, introducir la moneda), produciéndose un ajuste homeostático en sentido contrario a los efectos esperados. Al final la conducta adictiva se reduce a un patrón compulsivo de reforzamiento negativo o evitación. Evitación que se da tanto hacia el síndrome de abstinencia como hacia el dolor de una vida que ha aumentado aún más.

Desde esta perspectiva puede seguirse que, si el problema es la evitación, la solución deberá venir de su opuesto: la no evitación, la conciencia. Por tanto, la intervención basada en mindfulness se dirige a aumentar la conciencia y con ello la capacidad para experimentar la vida sin los patrones comunes evasivos, y el papel del terapeuta sería el de guiar este cambio de conciencia.

En cierto sentido La Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999), puede ser considerada como el “arte de aumentar la conciencia de la persona de una manera específica, convirtiéndolo en un proceso de mayor mindfulness” (Didonna, F. (Ed),2011. p.498). El tipo de conciencia requerido estará en función del estadio de cambio (Prochaska y Di Clemente, 1986) en que se encuentre la persona.

Detallaremos cada estadio y el nivel de conciencia que lo define por su utilidad en cualquiera de las intervenciones que se estén llevando a cabo.

a. Precontemplación: Implica falta de conciencia (por lo que aún no puede existir la negación). En este estadio la labor del terapeuta no es convencer, sino resaltar las pruebas disponibles acerca de la existencia de ese problema.

b. Contemplación: Se define por la Ambivalencia. Hay al tiempo un rechazo y una admisión del problema. El terapeuta deberá destacar los puntos problemáticos de la conducta, pero de forma que sea el sujeto el que encuentre los motivos de preocupación. Es importante no intentar convencerlo de que debería preocuparse y de qué tendría que preocuparse.

c. Determinación: Hay una preparación para el cambio, queda conseguir que el sujeto perciba que existen opciones reales para llegar al cambio, el terapeuta deberá orientarlo en ese proceso.

d. Acción: Inicio de acciones que lleven al cambio.

e. Mantenimiento: Necesidad de mantener el cambio y prevenir la recaída. Implica estrategias y actividades diferentes a la etapa anterior.

f. Recaída: Ante ella se hace preciso encontrar un camino que guíe al sujeto de nuevo a través de todas las etapas anteriores sin que se aferre a sentimientos de culpa o vergüenza. Puede que sea necesario establecer un nuevo plan de acción y quizás también el establecimiento de nuevas habilidades.

El indicador de éxito consiste en que la persona puede estar en el mundo sin la droga y deja de verse a sí misma como una persona adicta.

Pero una vez que la persona ha salido del círculo de la droga aún le queda un nuevo reto, el de afrontar los impulsos. Aquí el terapeuta tiene un nuevo papel: enseñar a gestionar los impulsos. Desde el mindfulness no se persigue su negación, sino todo lo contrario, que es la conciencia de ellos en el momento de producirse y la desvinculación del estado interno de la conducta exterior.

Una de las formas para conseguir esta desvinculación consiste en verlos como pensamientos que llegan y se van, es decir, transitorios, pero esto sólo puede conseguirse desde un proceso que al principio puede resultar desagradable: permitiéndose experimentarlos.

Queda ya únicamente por considerar la relación mindfulness-terapeuta. En 2006, Segal, Williams y Teadsle, propusieron que el verdadero poder terapéutico procede no tanto de las técnicas enseñadas como de la capacidad del terapeuta para practicar el mindfulness por sí mismo, de “estar presente”, en suma. Este apunte parece estar de acuerdo con los datos aportados por Lambert y Simon (2010) respecto a que el 30% de los resultados terapéuticos es atribuible a los factores comunes (entre ellos la relación terapéutica), y el 15% a la técnica utilizada.

Al hilo de lo anterior podemos considerar la empatía como uno de los fundamentos de la relación terapéutica. A este respecto Miller, Taylor y West (1980), apuntaron que la empatía terapéutica correlaciona positivamente ( $r=0,82$ ) con el resultado terapéutico. Y Aiken, 2006; Wang, 2006; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998, muestran datos que relacionan la práctica del mindfulness con el incremento de la empatía.

En el tratamiento de las adicciones la empatía, al menos intuitivamente, puede considerarse como un factor especialmente saliente. Como indican Miller y Rolnick (1999), la empatía es tanto más deseable en un trastorno que estigmatiza al cliente y que en consecuencia la calidad de la relación personal se convierte en un determinante de la reacción del sujeto al tratamiento. La aceptación y la compasión, la vivencia del momento presente sin juzgar, que el practicante de mindfulness realiza implica también la aceptación del cliente en cualquiera de sus facetas y la compasión, que es vista por Miller y Rolnick (1991) como una de las habilidades asociadas al éxito terapéutico.

### **Estrategia psicológica:**

En relación al enfoque terapéutico propuesto en este trabajo, se busca establecer una relación sólida entre el terapeuta y el individuo adicto, donde la confianza mutua será el pilar fundamental del tratamiento. Las sesiones, con una frecuencia semanal, tendrán una duración aproximada de 40 a 45 minutos.

El proceso se iniciará con una entrevista inicial destinada a recopilar información crucial sobre el desarrollo de la adicción. Durante esta sesión, se fomentará la introspección del adicto para que pueda identificar y confrontar las angustias que previamente evitaba enfrentar.

La técnica principal que se recomienda es el mindfulness, que consiste en enseñar al adicto técnicas de respiración. Una vez que haya dominado estas técnicas, se le guiará a través de diferentes actividades. Se sugiere comenzar con la técnica de escaneo corporal, utilizando música relajante y creando un entorno propicio para la tranquilidad.

**Las instrucciones son las siguientes:**

Comencemos con esta dinámica. Te invito a cerrar los ojos y a respirar a tu propio ritmo. Sigue el sonido de mi voz. Si percibes algún ruido exterior, simplemente ignóralo y mantén tu concentración en la actividad.

Tomemos un momento para tomar consciencia de nuestra respiración. Siente cómo entra en tus pulmones y cómo sale, dejando una sensación de serenidad. Ahora llevemos esta atención a nuestro pie derecho y conectemos con esa parte de nuestro cuerpo.

A continuación, iremos recorriendo cada parte de nuestro cuerpo, con el objetivo de tomar consciencia de nuestra propia existencia y liberar cualquier tensión, estrés o agotamiento emocional que pudiese estar alojado en nuestro ser. Finalizaremos con el rostro y, cuando cuente hasta tres, podrás abrir los ojos.

Regresaremos gradualmente a la plena consciencia y discutiremos las sensaciones que experimentaste. Es posible que expreses que es la primera vez que te sientes así sin recurrir a una sustancia.

En este momento, el terapeuta aprovechará esta toma de consciencia para señalar que existen herramientas que pueden proporcionar un bienestar similar, las cuales serán adquiridas durante el tratamiento.

El objetivo es que, con el tiempo, no sientas la necesidad de recurrir a las drogas y puedas afrontar situaciones de estrés de manera efectiva.

Además del mindfulness, existen otras técnicas que pueden integrarse, como la técnica del "niño interior", que ayuda a sanar heridas emocionales arraigadas en la infancia del adicto. El progreso y los resultados de este tratamiento estarán estrechamente vinculados con el compromiso del adicto y la habilidad profesional del terapeuta.

Por lo que se refiere al test psicológico para identificar los rasgos psicológicos en personalidades con tendencias a las sustancias psicotrópicas, proponemos el Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), el cual nos dice que la personalidad puede estudiarse a 3 niveles: el clínico (trastornos), el de rasgos y el nivel de variables interaccionales.

Proponemos un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad» en la línea propuesta por Millon para los trastornos del eje II, que se basa en la función que cumple la droga con relación al patrón de personalidad general.

El objetivo del estudio ha sido diseñar y validar un cuestionario que explore de forma adecuada y sencilla un cierto número de variables de interacción psicosocial en los individuos que realizan tratamiento por abuso o dependencia de sustancias.

Escogemos como variables: autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento del estrés. Material y métodos: Se describe el proceso de creación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), hasta alcanzar su forma definitiva, con 84 ítems.

Se validó sobre una muestra de 776 sujetos, 569 en tratamiento por abuso/dependencia de heroína, cocaína, alcohol, cannabis, benzodiazepinas y ludopatía, y 197 sujetos de población general. Resultados: Todos los participantes cumplimentan el VIP y diversos cuestionarios complementarios para el estudio de validez.

La consistencia interna global es de 0,93 y la de las escalas que lo componen se sitúa entre 0,82 y 0,91, salvo las de afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social (5 ítems), 0,78, y la de locus de control (3 ítems), 0,65. La consistencia temporal de las escalas (entre 4 y 6 semanas) es de 0,92 para población general y de 0,80 para sujetos sometidos a tratamiento. Se estudia la validez aparente, de contenido, de constructo, convergente y discriminante, que resultan adecuadas.

Las escalas del VIP predicen una media del 45% de la varianza de los síndromes clínicos del eje I y el 33% de los patrones de personalidad patológica (alcanzando más del 50% en 5 de ellos) estimados mediante el MCMI-II.

Conclusiones: Consideramos que el VIP es un instrumento de utilidad para el estudio de las variables nucleares de la personalidad, que permite la comprensión del valor funcional de la conducta adictiva con relación al patrón general de comportamiento de los sujetos, y puede facilitar el diseño y evaluación de los tratamientos específicos, aunque se puede aplicar en otros ámbitos.

Para finalizar, nos encontramos con los resultados indican que el cuestionario puede ser una herramienta de utilidad para el psicólogo en la medida en que es capaz de explorar, de forma válida y fiable, los elementos moleculares de los rasgos y trastornos de la personalidad, en sus aspectos cognitivos.

Además, permite caracterizar a los patrones de personalidad desadaptativa, e identificar los objetivos psicoterapéuticos a cubrir por el profesional. Por otra parte, proporciona también información válida sobre los componentes cognitivos de los síndromes y síntomas del eje I, incluyendo el abuso de sustancias.

La concepción del test remite a un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad», en la línea propuesta por Millon<sup>14</sup> y Millon

et al15, según la cual, la conducta adictiva se definiría por su función con relación al resto de conductas del sujeto, y su mantenimiento se fundamentaría en la inexistencia de conductas alternativas en el repertorio del sujeto.

El patrón global de comportamiento, la personalidad entendida en sus vertientes biológica, psicológica y social, podría desglosarse en elementos nucleares que serían el objetivo específico de la psicoterapia y las intervenciones medicofarmacológica y socioeducativa, entre otras.

Consideramos que este modelo debe tenerse en cuenta como alternativa al predominante, basado en los modelos transteórico y de prevención de recaídas, y generar estudios comparativos de eficacia, hasta el momento inexistentes.

## **CONCLUSIÓN.**

Para finalizar encontramos en este trabajo la definición de adolescente, el cual podemos entender que es un ser humano que pasa por una etapa de crisis en la cual las circunstancias que le rodean afectaran su desarrollo personal, la intención al momento de desarrollar el primer capítulo es dar a entender que la adolescencia es todo un proceso que implica cambio a nivel, físico, cognitivo, emocionales y sociales lo cual llevan al adolescente a una crisis. Sin embargo, también existen las conductas protectoras que son los recursos con los cuales cuenta el adolescente para hacer frente a las adversidades de esta etapa de cambio.

Para poder entender en que momento el adolescente es propenso a caer en las adicciones fue necesario establecer un parámetro de que es la salud mental en el adolescente la cual hace referencia a estado de bienestar u la funcionalidad que el adolescente tenga en su entorno sociocultural. Llegados a este punto, podemos encontrar el segundo capítulo que desarrolla el tema de la personalidad, tomando como referencia varios autores, con la finalidad de comprender que la personalidad es el conjunto de rasgos y caracterizas que el individuo adquiere y desarrolla a lo largo de su vida, este es un tema de suma importancia para este trabajo, ya que se busca identificar los rasgos de la personalidad que son más propensos a desarrollar una adicción.

El capítulo finaliza con la personalidad adictiva que es entendida como el tipo de personalidad que es más vulnerable a generar dependencia a las sustancias psicotrópicas. Siguiendo la línea de las adicciones, llegamos al tercer capítulo que es el concentrado que describe y clasifica las sustancias psicotrópicas según la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito).

Por consiguiente, en el capítulo cuatro tocamos el tema de adicción y rehabilita con el fin de explicar que es, cómo se desarrolla la adicción y la diferencia entre la adicción física y psicológica. Así una vez entendiendo las implicaciones de la adicción, podemos entender la finalidad de la rehabilitación desde una perspectiva psicológica y planteado una propuesta para la rehabilitación que está compuesta por tres partes, la primera es la terapia psicológica con bases en el psicoanálisis, la segunda es la utilización de la técnica “mindfulness” y la tercera es la utilización del cuestionario de variables psicosociales de las conductas adictivas (VIP), con la finalidad de identificar los rasgos de la personalidad que son más propensos a desarrollar una adicción.

Este trabajo se puede resumir en dos partes, que serían la propuesta en el tratamiento de las adicciones y la identificación de los rasgos de personalidad, se deja abiertos los resultados que esta propuesta pueda dar para futuras investigaciones, se recomienda un análisis de los factores que intervienen en el desarrollo de las adicciones a las sustancias psicotrópicas y dependerá del profesional que lo llega a aplicar, así como de los participantes de la misma.

## FUENTES CONSULTADAS

- Allport, G. W. (1961). Patrón y crecimiento de la personalidad. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Arnett, J. J. (2004). Edad adulta emergente: el camino sinuoso desde finales de la adolescencia hasta los años veinte. New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. y Walters, RH (1977). Teoría del aprendizaje social (Vol. 1). Prentice Hall: acantilados de Englewood.
- Baumrind, D. (1991). La influencia del estilo de crianza en la competencia y el uso de sustancias de los adolescentes. *El Diario de la Adolescencia Temprana*, 11 (1), 56–95.  
<https://doi.org/10.1177/0272431691111004>
- Bowlby, J. (1982). Apego y pérdida: retrospectiva y perspectiva. *Revista estadounidense de ortopsiquiatría*, 52 (4), 664–678.  
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bronfenbrenner, U. (1979). La ecología del desarrollo humano: experimentos por naturaleza y diseño. Prensa de la universidad de Harvard.
- Cano de Faroh, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski. ¿Dos caras de la misma moneda?, *Academia Paulista de Psicología*, 151-153.
- Cañas, J.L. (213). Psicoterapia y rehumanización de las adicciones. un modelo para la bioética personalista. Asociación Española de Bioética y Ética Médica Murcia, España.

- Carretero, M. (1985). *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- Catalano, RF, Berglund, ML, Ryan, JAM, Lonczak, HS y Hawkins, JD (2004). Desarrollo juvenil positivo en los Estados Unidos: resultados de investigaciones sobre evaluaciones de programas de desarrollo juvenil positivo. *Anales de la Academia Estadounidense de Ciencias Políticas y Sociales*, 591, 98-124. <https://doi.org/10.1177/0002716203260102>
- Cattell, R. B. (1965). *El análisis científico de la personalidad*. Chicago: Aldine.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Jun;44(6):573-88. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800180093014. PMID: 3579504.
- Costa, PT, Jr. y McCrae, RR (2008). El inventario de personalidad NEO revisado (NEO-PI-R). En GJ Boyle, G. Matthews y DH Saklofske (Eds.), *El manual SAGE de teoría y evaluación de la personalidad*, vol. 2. *Medición y pruebas de personalidad* (págs. 179-198). Publicaciones Sage, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
- Erikson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fernández Raone, M. (2019). *Debates sobre el estatuto de la adolescencia y sus invariantes estructurales en psicoanálisis*. Universidad Nacional de la Planta.
- Freud, S. (1895). "Proyecto de Psicología". *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1923). El EGO y la identificación. La edición estándar de las obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Amorrortu Editores.12-66.
- Goleman, D. (1995). Inteligencia emocional: por qué puede importar más que el coeficiente intelectual. New York: Bantam.
- Gómez Castillo, B. (2017). Antecedentes de dependencia en adolescentes, Universidad autónoma de México, 3-4.
- Inhelder, B & Piaget, J. (1972). De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Buenos Aires: Paidós.
- Kavanagh, & T. D. Stanton, Programas de prevención centrados en la familia para niños y adolescentes: teoría, investigación y difusión a gran escala. New York: Psychology Press.87-109.
- Kohlberg, L. (1984). La psicología del desarrollo moral: la naturaleza y validez de las etapas morales. New York: Harper & Row.
- Koob, GF y Le Moal, M. (2001). Adicción a las drogas, desregulación de la recompensa y alostasis. *Neuropsicofarmacología*, 97-129. doi: 10.1016/S0893-133X(00)00195-0.
- Luthar, SS (2003). Resiliencia y vulnerabilidad: adaptación en el contexto de las adversidades de la infancia. Cambridge: Prensa de la Universidad de Cambridge.
- Marcia, JE (1966). Desarrollo y validación de la condición de la identidad del yo. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 3 (5), 551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- OMS (2005). Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pedrero, E.J., Pérez, M., De Ena de la cuesta, S. Y Garrido, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP):

hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid. España.

Sainz, E. y Cisneros M.T. (2023). Rehabilitación capacidad en la salud del siglo XXI. Scielo.

Piaget, J. (1972). La Psicología del Niño. New York: Basic Books.

Raboteg-Saric, Z. y Sakic, M. (2014). Relaciones de los estilos de crianza y la calidad de la amistad con la autoestima, la satisfacción con la vida y la felicidad en adolescentes. Investigación Aplicada en Calidad de vida, 749-765.

Rogers, C. R. (1959). Una teoría de la terapia, la personalidad y las relaciones interpersonales: desarrollada en el marco centrado en el cliente. New York: McGraw-Hill. 184-256.

Rothe, JP (Ed.). (1965). El análisis científico de la personalidad (1ª ed.). Rutledge. <https://doi.org/10.4324/9781315134772>

Rutter, M. (1987). Resiliencia psicosocial y mecanismos de protección. Revista americana de ortopsiquiatría, 316-331.

Steinberg, L. (2008). Una perspectiva de la neurociencia social sobre la asunción de riesgos en los adolescentes. Revisión del desarrollo, 28 (1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>

UNODC. (2018). Terminología e información sobre drogas, tercera edición. Naciones Unidas. 13-68.

Volkow, N. D., & Fowler, J. S. (2000). Addiction, a disease of compulsion and drive: Involvement of the orbitofrontal cortex. Cerebral Cortex, 10(3), 318-325. doi: 10.1093/cercor/10.3.318.

## ANEXO:

### A CONTINUACIÓN, APARECE EL FORMATO DEL CUESTIONARIO VIP:

<b>VIP(Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial)</b> <i>(Pedrero, E.I, Pérez, M, de Ena, S., Garrido, C.)</i>					
<p>Por favor, lea cada frase y diga si está <b>muy de acuerdo, sólo de acuerdo, algo en desacuerdo o muy en desacuerdo</b> con ella. Conteste a todas las frases de la manera más sincera posible. Si tiene algún problema consulte con el profesional. Agradecemos sinceramente su colaboración.</p>					
<p><b>MA = Muy de acuerdo</b></p> <p><b>A = De acuerdo</b></p> <p><b>D = En desacuerdo</b></p> <p><b>MD = Muy en desacuerdo</b></p>					
<p>POR FAVOR, RELLENE LOS SIGUIENTES DATOS:</p> <p>- EDAD .....</p> <p>- SEXO: ..... Varón ..... Mujer</p>	<p>NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO:</p> <p>..... Sin estudios / Estudios Primarios</p> <p>..... Formación Profesional</p> <p>..... ESO/BUP/COU</p> <p>..... Universitarios</p>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MA</th> <th>A</th> <th>D</th> <th>MD</th> </tr> </thead> </table>	MA	A	D	MD
MA	A	D	MD		
1. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por ser demasiado emocional ante la situación	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
2. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos por miedo a parecer incompetente	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
3. Rara vez confío en que las cosas buenas me ocurran a mí	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
4. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
5. Tengo emociones intensas que me hacen sentir descontrolado/a	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MA</th> <th>A</th> <th>D</th> <th>MD</th> </tr> </thead> </table>	MA	A	D	MD
MA	A	D	MD		
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque tengo la habilidad necesaria para manejar situaciones difíciles	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
7. Seguro que si algo puede irme mal, me ocurre	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
8. A veces pienso que no valgo para nada	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
9. Cuando me encuentro frente a un problema procuro planificar mejor mi tiempo	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
10. Estoy seguro de que mis problemas continuarán igual o peor en el futuro	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MA</th> <th>A</th> <th>D</th> <th>MD</th> </tr> </thead> </table>	MA	A	D	MD
MA	A	D	MD		
11. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
12. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
13. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí mismo	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
14. Cuando me encuentro frente a un problema procuro estar con otras personas	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
15. Cuando me encuentro frente a un problema suelo plantear distintas soluciones al problema	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MA</th> <th>A</th> <th>D</th> <th>MD</th> </tr> </thead> </table>	MA	A	D	MD
MA	A	D	MD		
16. He aprendido a ser paciente con los demás	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
17. Puedo evitar caer en ciertas "tentaciones" del momento a fin de conseguir luego algo mejor	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
18. Evito hacer preguntas a personas que no conozco	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
19. Sé esperar para conseguir algo	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
20. Generalmente pienso que soy inferior al resto de la gente	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MA</th> <th>A</th> <th>D</th> <th>MD</th> </tr> </thead> </table>	MA	A	D	MD
MA	A	D	MD		
21. Cuando me encuentro frente a un problema suelo preocuparme mucho	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
22. Soy capaz de posponer gratificaciones a fin de alcanzar mis metas, en lugar de dejarme llevar por el impulso de actuar inmediatamente	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
23. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
24. Cuando me encuentro frente a un problema suelo emprender inmediatamente una acción que corrija la situación	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
25. Cuando se me acaba la paciencia me pongo ofensivo/a	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MA</th> <th>A</th> <th>D</th> <th>MD</th> </tr> </thead> </table>	MA	A	D	MD
MA	A	D	MD		
26. A menudo me gustaría ser cualquier otra persona	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
27. La mayoría de la gente es mejor que yo	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
28. Cuando me encuentro frente a un problema suelo tratar de ser organizado para estar por encima de la situación	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
29. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
30. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MA</th> <th>A</th> <th>D</th> <th>MD</th> </tr> </thead> </table>	MA	A	D	MD
MA	A	D	MD		
31. Cuando me encuentro frente a un problema procuro ajustar mis prioridades	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
32. No merece la pena hacer muchos planes para el futuro, es la suerte la que decide lo que ocurrirá	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
33. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
34. Casi nunca espero que las cosas me sean favorables	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				
35. Soy una persona tímida	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				

	MA	A	D	MD
36. Cuando tengo problemas prefiero dormir para olvidarlos				
37. Tengo una mala opinión de mí mismo				
38. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar				
39. Muchas de las cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte				
40. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer				
	MA	A	D	MD
41. Cuando me encuentro frente a un problema suelo llamar a un amigo				
42. Creo que nunca llegaré a sentirme satisfecho de mi vida				
	MA	A	D	MD
43. Cuando tengo problemas me encierro en casa para no pensar en ellos				
44. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decidir una acción a seguir y llevarla a cabo				
45. Sin duda alguna, no tengo confianza en mí mismo				
	MA	A	D	MD
46. Cuando me encuentro frente a un problema suelo ponerme muy tenso				
47. Siempre soy optimista acerca de mi futuro				
48. Cuando me encuentro frente a un problema suelo marcar mis prioridades				
49. Algunas veces pienso que soy una carga para los demás				
50. Suelo tener que volver hacer las cosas por obrar precipitadamente				
	MA	A	D	MD
51. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas				
52. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hacer un esfuerzo extra para resolver las cosas				
53. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				
54. Creo que soy importante como persona				
55. Cuando tengo problemas utilizo la fantasía para imaginar que se resuelven satisfactoriamente				
	MA	A	D	MD
56. Cuando estoy muy irritado sé lo que tengo que hacer para tranquilizarme				
57. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
58. Cuando me encuentro frente a un problema suelo analizar el problema antes de actuar				
59. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular				
60. Cuando me encuentro frente a un problema suelo lograr controlar la situación				
	MA	A	D	MD
61. Estoy muy contento de ser como soy				
62. Cuando me encuentro frente a un problema suelo sentirme nervioso por no ser capaz de afrontarlo				
63. Pienso que soy una persona vulgar, sin interés para los demás				
64. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hablar con alguien cuyos consejos valore				
65. Cuando me encuentro frente a un problema suelo culparme por aplazar la toma de decisiones				
	MA	A	D	MD
66. Siempre miro el lado positivo de las cosas				
67. Cuando me encuentro frente a un problema suelo irme a ver a algún amigo				
68. Tengo la seguridad de que me será posible ser feliz				
69. Las cosas nunca ocurren como yo quiero				
70. Tengo demasiados defectos				
	MA	A	D	MD
71. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer				
72. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decirme a mí mismo que eso no me puede estar sucediendo a mí				
73. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
74. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por no saber qué hacer				
75. Tengo miedo del futuro, no espero que me pase nada bueno				
	MA	A	D	MD
76. Cuando me encuentro frente a un problema suelo centrarme en el problema y ver cómo puedo resolverlo				
77. Cuando me encuentro frente a un problema suelo enfadarme				
78. Tomo decisiones de forma rápida que después lamento				
79. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño				
80. Cuando me encuentro frente a un problema suelo pasar un tiempo con una persona especial				
	MA	A	D	MD
81. La mayor parte de los problemas que se resuelven no son por el esfuerzo que pongas en conseguirlo, sino por suerte o porque otros los solucionan				
82. Cuando tengo problemas me tomo cualquier cosa que me haga olvidarlos				
83. Con frecuencia descargo mi ira con violencia				
84. Suelo equivocarme por hacer ciertas cosas de modo precipitado				