

11241

25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

NOMBRE DEL PROYECTO:

Estudio de comorbilidad psiquiátrica , temperamento y carácter en la apetencia (*craving*) del paciente con abuso de COCAINA

Nombre del alumno: DRA JUANA GUERRERO ZUÑIGA

TUTORES

Dr. Francisco Páez Agraz.

(Metodológico)

Dr. Humberto Nicolini Sánchez

(Teórico)

FACULTAD DE MEDICINA
 Sec. de Servs. Escolares
 JUN. 15 2000
 Unidad de Servicios Escolares
 Depto. de Posgrado

PSICOLOGIA
 MEDICA
 DEPTO. DE PSIQUIATRIA
 Y SALUD MENTAL
 U. N. A. M.

Dr. Alejandro Díaz Martínez

2000



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.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a mis tutores por su ayuda en la elaboración de esta tesina.

A mis maestros por sus conocimientos y experiencias transmitidas.

A mi familia por su gran apoyo.

A mis amigos y compañeros por su cooperación en la captación de los pacientes para la realización de este trabajo.

INDICE DE APARTADOS.	Paginas.
1) Resumen.....	6
2) Introducción.....	10
2.1) Antecedentes.....	10
3) Marco teórico.....	20
3.1) Definición de variables	
3.1.1) Temperamento.....	33
3.1.2) Carácter.....	36
3.1.3) Comorbilidad psiquiátrica.....	38
3.1.4) Apetencia (craving).....	42
3.2) Trastornos mentales asociados al uso de cocaína.....	44
3.3) Personalidad y uso de cocaína.....	45
4) Planteamiento del problema.....	53
5) Objetivos de la investigación.....	54
7) Metodología.....	55
7.1) Reclutamiento.....	56
7.2) Criterios de inclusión.....	56
7.3) Criterios de exclusión.....	57
7.4) Operacionalización de las variables del estudio.....	58
7.5) Procedimiento.....	64
8) Análisis estadístico.....	65
9) Resultados.....	66
10) Discusión.....	73
11) Bibliografía.....	78
12) Escalas.....	82

RESUMEN.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y analítico para ver la comorbilidad psiquiátrica, el temperamento, carácter y la apetencia en pacientes con abuso o dependencia a la cocaína. Este estudio se realizó en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, donde se localizaron en el servicio de Urgencias a los pacientes con abuso o dependencia a la cocaína, los cuales se canalizaron a la consulta externa o se ingresaron para hospitalización. Con el objetivo de determinar la severidad de la apetencia o craving, evaluar la comorbilidad y establecer el perfil de temperamento y carácter, así como evaluar la correlación que existe entre el perfil de temperamento y carácter y la apetencia en estos pacientes con abuso o dependencia a la cocaína.

Los pacientes seleccionados para este estudio se encontraron entre los 18 y 50 años, dieron su consentimiento para su participación en el estudio, cumplieron con los criterios del DSM-III-R (7) y fueron confirmados por el SCID (33), estos sujetos no presentaban historia de enfermedad mental previa al inicio del uso de la cocaína, ni en ese momento tenían algún problema médico que interfiriera con la entrevista y la aplicación de las escalas.

A estos pacientes previa entrevista para ver si cumplían con los criterios del DSM-III-R se les aplicó la escala del inventario de temperamento y carácter (ITC) (32), el cuestionario Tiffany (craving) (34) modificado para el uso de cocaína, los cuales fueron contestados por los mismos pacientes y posteriormente uno de los investigadores (JGZ) procedió a aplicar el SCID (Structured Interview for DSM-III-R diagnosis).

Se llevó a cabo un análisis de la regresión múltiple, donde la variable a predecir era el total de la escala de Tiffany para apetencia a cocaína, y los predictores indefinidos fueron las escalas del ITC, con la edad, dosis máxima, el tiempo de evolución de la dependencia y el sexo.

Se estudiaron un total de 50 pacientes de los cuales 43 eran del sexo masculino y 7 del sexo femenino, la edad promedio de la muestra fue de un rango de 18 a 45 años de edad, 37 de ellos estaban sin pareja actual y 13 con pareja, 12 eran empleados, 17 trabajaban por su cuenta, 4 en el hogar, 15 se encontraban sin ocupación y 2 eran estudiantes. En cuanto a escolaridad 18 tenían estudios de preparatoria o equivalente, 32 habían terminado la secundaria, 9 la primaria, 4 contaban con estudios superiores, solo se aceptó un analfabeta, se le dio oportunidad ya que a pesar de no haber acudido nunca a la escuela sabía leer y escribir.

De estos pacientes, 26 contaban con antecedentes heredofamiliares relacionados con las drogas y 21 tenían antecedentes heredofamiliares de trastornos mentales. En la mayoría de los pacientes la droga fue vendida por un amigo y consumida por primera vez en la casa de éste o en una fiesta.

La edad mínima de inicio del consumo de cocaína fue a los 12 años y la máxima a los 42 años de edad. el tiempo de evolución mínimo del consumo fue de un año y el máximo de 27 años , en cuanto a la dosis máxima consumida lo mínimo fue medio gramo y lo máximo fue 28 gramos. De estos pacientes 5 presentaron un trastorno bipolar, 20 un trastorno depresivo y 8 trastorno por ansiedad.

En cuanto a las escalas se encontró que la evaluación de la escala de Tiffany adaptada para la apetencia de cocaína, la consistencia interna del instrumento arrojó un valor total de 0.78. que es comparable con el encontrado en la adaptación previa que se hizo del instrumento para la apetencia de inhalantes (35)

Se realizaron correlaciones bivariadas entre la apetencia a la cocaína y las dimensiones del temperamento y el carácter y se encontró una correlación inversa ente el tiempo de evolución del abuso de la cocaína y la dependencia, y se correlaciono en forma inversa la apetencia con el tiempo promedio que los sujetos llevaban consumiendo su dosis actual. No se encontrarón diferencias entre la apetencia a la cocaína entre los que utilizaban otras sustancias, ni de los que tenían otro diagnóstico psiquiátrico.

Se encontró que los pacientes que tenían un diagnóstico psiquiátrico tuvieron una edad de inicio a la cocaína menor, al igual que los que no tenían pareja. Los pacientes con dependencia al alcohol tuvieron una dosis de consumo de cocaína menor que los que no la tenían.

Los pacientes que reportaron una dependencia a derivados opioides tuvieron un puntaje menor en la escala de autodirección del ITC que los que no la tenían, al igual que los que tenían abuso de PCP. Los pacientes con diagnóstico de abuso a múltiples drogas mostraron un tiempo de evolución de la dependencia a cocaína mayor que los que no la tuvieron y tenían además un puntaje menor en la escala de autodirección en el ITC.

INTRODUCCION

ANTECEDENTES.

Epidemiología del uso de cocaína.

Los problemas asociados al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas se encuentran en la actualidad, entre las primeras causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país. En cuanto al consumo de drogas ilícitas, las estadísticas de los centros especializados ligados a la atención de este tipo de adicciones indican un lento y preocupante crecimiento, en particular en el uso de mariguana, solventes, inhalantes y cocaína. Considerando esta situación, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, ambas dependencias de la Secretaría de Salud, en 1988 se dieron a la tarea de realizar una encuesta que arrojará luz sobre la magnitud del problema de las adicciones en nuestro país (1).

En el área de la salud las encuestas sobre adicciones proporcionan información valiosa respecto a la epidemiología del uso de diferentes sustancias y ofrecen una base para evaluar su prevalencia y distribución; permiten estimar la extensión del uso en las distintas edades; informan sobre la existencia de nuevas formas de abuso no diagnosticadas y aportan datos necesarios para la planeación y evaluación de programas dirigidos a atender estos problemas. La información es sobre los problemas asociados a su uso, los factores relacionados con el inicio del hábito y la relación entre la manifestación de conductas antisociales y el consumo de sustancias adictivas (1).

El uso de sustancias es una condición incierta, y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen dimensiones sociales, numéricas, biológicas, legales, esta última con peso relativamente mayor. La distinción entre el uso y abuso de las diferentes sustancias depende en gran medida del peso de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación (2).

La mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de sustancias psicoactivas, por lo general pasan inadvertidos para el consumidor; el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia hasta el completo estupor (3).

El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sea cual sea el grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos, dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. A pesar de que las características farmacológicas de la droga son importantes, no son las únicas que determinan sus efectos. El estado emocional del individuo en el momento del consumo, las diferencias de susceptibilidad, factores como sexo, peso, talla, edad del consumidor, la frecuencia de consumo, las ocasiones y circunstancias del consumo y las expectativas de los individuos cuando consumen las drogas, desempeña un papel importante en que los efectos de las mismas sean positivos o negativos. El consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas; por ejemplo, la dependencia o los problemas del hígado se presentan independientemente de las circunstancias en que se consumen y aun sin que llegue a una intoxicación notable (3).

Estos problemas suelen ser más frecuentes en sociedades en que el consumo diario es común. Las consecuencias sociales, en cambio, ocurren más a menudo en aquellas sociedades en que se consume un exceso o se llega a la intoxicación, aun cuando no se use con regularidad. Como se había dicho, este tipo de problemas no se asocian necesariamente a la dependencia, sino al consumo en ocasiones de riesgo. Algunos de los problemas dependen de la combinación poco afortunada de la intoxicación episódica en ambientes peligrosos y demandantes. Otras consecuencias son el resultado de haber consumido en situaciones en que se debía estar sobrio, lo que ocasiona que se considere al usuario irresponsable o poco confiable. Estos problemas están relacionados con las expectativas culturales del grupo en torno al consumo y la intoxicación con quien puede consumir y con quien no, y en que circunstancias está permitido hacerlo (3).

Resulta útil por tanto, estudiar por una parte los problemas personales más relacionados con el consumo frecuente y la susceptibilidad del individuo al daño, y por la otra los problemas sociales más vinculados con la intoxicación episódica y las expectativas culturales. Aún más, se ha demostrado que la percepción de problemas personales de tipo psicológico y cognoscitivo, por consiguiente su notificación, tienden a estar influidos por las actitudes más permisivas o restrictivas del grupo social, en diferentes momentos históricos y en ocasiones siguen tendencias diferentes a los síntomas físicos. Mientras la notificación de un tipo de problema se incrementa, la de otro puede estar disminuyendo. Por eso es recomendable estudiarlos por separado, más que comunicar solamente medidas agregadas como ocurre con criterios diagnósticos del abuso y dependencia. Con el fin de evaluar el nivel de daño por el consumo de diferentes drogas es necesario considerar la vía de administración, el tipo de tolerancia que ocasionan y la magnitud del síndrome de abstinencia que conlleva al consumo de cada una de ellas (4).

El medio por el que se administran las sustancias desempeña un papel importante en sus efectos. Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros más rápidamente, su potencial de adicción es más alto que cuando se utilizan por otras vías. Por ejemplo, el potencial adictivo de las drogas que se usan por inhalación o por inyección intravenosa es mayor que de otras drogas con igual potencial de dependencia pero que se toman por vía oral. También se ha observado que el potencial de peligro que presentan ciertas drogas varía en forma considerable de acuerdo con la vía de administración que se emplee, esto es, el grado de peligrosidad de la cocaína aumenta sobre manera si se inyecta directamente por vía intravenosa en lugar de inhalarse, por ejemplo (4).

La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Una persona que usa drogas con efectos psicoactivos por lo general quiere que los efectos deseados duren tanto como sea posible. El proceso de metabolismo de la droga limita la duración de su efecto. La exposición interactiva ocasiona que la droga sea metabolizada con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. En estos casos se dice que la persona tiene tolerancia metabólica a los efectos de la droga. A fin de tener de nuevo los mismos efectos esta persona tiene que aumentar la dosis y la frecuencia con que se administra. Sin embargo, los efectos seguirán disminuyendo (3).

Con el uso crónico, la mayor parte de las drogas psicoactivas producen tolerancia siendo necesario aumentar la cantidad de la droga para experimentar sus efectos con la misma intensidad. En otras palabras, siempre puede obtenerse el efecto deseado si la dosis administrada es suficientemente alta. Por lo tanto, en el caso de las drogas que producen tolerancia el usuario también aumenta la dosis de la droga y la frecuencia de administración. La dependencia psicológica se define como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionada con los efectos de las drogas, manifestada por una conducta de búsqueda continua; la dependencia física como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a una droga, que cuando se le suspenden, provoca claros síndromes físicos de abstinencia que suelen provocar distensión y dolor. En casos extremos el efecto producido por la suspensión brusca puede poner en riesgo la vida del individuo, debido a que el organismo se ha vuelto dependiente de la droga. Actualmente se considera que la dependencia es una sola, con rasgos comunes entre las diferentes drogas y algunas características propias (5).

La organización mundial de la salud define a la dependencia como un estado en el cual la administración de drogas produce daños al individuo y la sociedad. Esta definición puede incluir los conceptos de dependencia física y psicológica. El grado de dependencia puede evaluarse por medio de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen cuando la droga se suspenden en forma súbita después de un período de uso prolongado. La peligrosidad de una droga se define en función de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen después de que aquella es retirada del organismo, así como las consecuencias individuales, familiares y sociales que provoca su uso (6).

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes incluso pueden no aparecer, por lo que no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la necesidad irresistible de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias (6).

Tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta (7).

Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos. La abstinencia en el caso de la fenciclidina y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos, aunque se ha demostrado en animales (7).

Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes posquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia. Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido.

El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia (7).

Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos. En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, la persona continúe consumiendo la sustancia (7).

El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa. Tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para distinguir su presencia o su ausencia.(7)

La OMS introdujo la categoría consumo perjudicial para definir aquel que afecta la salud física o mental del consumidor; así mismo califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple con el criterio de dependencia. Desde esta perspectiva forma el concepto del proceso de dependencia como un continuo, cuyo extremo derecho estaría ocupado por los dependientes; un grado antes estarían aquellos individuos con patrón de consumo perjudicial (6).

En una propuesta anterior, durante la revisión del ICD-10, que incluyó una categoría adicional para definir al consumidor que aun no llenaba los criterios de consumo perjudicial pero cuya forma de consumo implicaba ya un riesgo para la salud del individuo, denominándolo consumo peligroso, y lo definió como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente de una o varias sustancias psicoactivas, relacionado con el riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo. Sin embargo, la forma de operar de esta categoría resultó muy difícil así que no fue incluida(6).

A principios de 1970 el uso de la cocaína se difundió por el momento histórico-social en que se vivía, se propagaba entonces la idea del consumo de sustancia para alterar las funciones mentales, aunque debido a su alto costo el acceso a estas sustancias solo era posible a cierto grupo de usuarios. De acuerdo con la ENA la prevalencia fue de 0.33% en la población urbana de 12 a 65 años. En los hombres entre 12 y 34 años esta se incrementó a 0.79%, para luego disminuir entre los 35 a 65 (0.41%). En las mujeres la cocaína fue la sustancia psicoactiva con menor prevalencia (0.02%); tan solo 0.03% de ellas, entre los 12-34 años la usaban, y 0.01 de las de 35 a 65 años. De los usuarios de cocaína 46% mencionaron su edad de inicio en el uso de esta sustancia psicoactiva entre 12 y 17 años, y el 31% entre los 18 y 25 años lo cual de nuevo indica un inicio a temprana edad. La persona que proporcionó la droga por primera vez fue, como en la mayoría de las sustancias psicoactivas, un amigo (71%). Los sitios de obtención más señalados fueron la calle, el trabajo y una fiesta (48, 18 y 17% respectivamente). La encuesta informó también sobre el país o estado en donde se obtuvo la droga por primera vez, siendo Estados Unidos y Canadá los lugares más señalados (32%) así como los estados de la frontera norte del país (8).

En lo que corresponde a los estudios de 1976 y 1986 entre estudiantes, se aprecia un incremento de la prevalencia de esta sustancia psicoactiva. de 1976 fue de 0.50% y se duplicó en 1986 a 1.0%, sin embargo en la encuesta de 1991 del Instituto Mexicano de Psiquiatría y la SEP entre 1.91 y 0.28% de los estudiantes refirieron haber experimentado por lo menos una vez con cocaína, y por primera vez en este tipo de encuestas se hizo mención al uso de Crack (especie de cocaína que se fuma y es más económica) con 0.17% de usuarios entre los entrevistados (9).

Respecto del SISVEA, en su estrategia de información continua en los CIJ se comunicó que de los pacientes atendidos en 1971 1% usó esta sustancia psicoactiva como primera elección. De los que señalaron su uso, 30% es mono usuario y 70% continua con el uso de una segunda droga, la cual preferentemente fue mariguana con 50%, drogas médicas con 20%, alcohol con 14%, inhalantes con 8% y heroína y alucinógenos con 7%. De los que continúan con el uso de una tercera droga (50%), señalaron primeramente inhalables 43%, alcohol 29%, mariguana 14% y drogas médicas 14%. De los usuarios de cocaína el 15% fueron mujeres y 85% hombres, lo que da una razón hombre:mujer 6:1. La mayor prevalencia se registró entre los jóvenes entre los 16 y 20 años (65%), y luego en el grupo de 21 a 25 (20%). Respecto de la escolaridad, 45% tiene nivel de secundaria, 25% preparatoria y en los 30% restantes están comprendidos los profesionistas, los individuos sin escolaridad y en aquellos que no se obtuvieron los datos. En relación con el abuso de cocaína 40% notificaron haberla utilizado diariamente, 25% una vez por semana, 20% de una a tres veces por mes, 10% de una a once veces por año, y 5% no proporcionaron este dato. Más de la mitad (55%) iniciaron el consumo de esta droga entre 16 y 20 años de edad y 20% entre los 12 y 15 años (10).

MARCO TEORICO.

El abuso de drogas psicoactivas y la farmacodependencia constituyen fenomenos complejos con raíces y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que rebasen las fronteras geográficas, pero que en cada país tienen características propias. Sus consecuencias nosivas se muestran tanto en el individuo, cuya salud y conducta son afectadas, como en la familia y la sociedad, cuya seguridad se vé amenazada. La zona fronteriza noroccidental presenta las tasas más altas de consumo de heroína y cocaína. comprende los estados de Baja California Norte y Sur, Sonora y Sinaloa y la región que comprende el estado de Guerrero, han mostrado índices de consumo significativamente más altos en el consumo de cocaína. México es un país productor de opio, heroína y marihuana y es el lugar de paso de la producción mundial hacia los Estados Unidos, principalmente en el caso de la cocaína, que proviene de regiones andinas. A pesar de esto, el abuso de heroína y cocaína, las más peligrosas de las drogas que son objeto de tráfico ilícito, es todavía baja (11).

El consumo de cocaína ocurre desde la primera mitad de este siglo en México, teniendo un incremento durante la década pasada. Actualmente es la sustancia más usada por los adultos después de la cannabis. Los indicadores epidemiológicos de consumo de cocaína muestran la emergencia de mayor cantidad de usuarios, en especial en la ciudad de México en la que el aumento en el periodo de 1986 a 1989 fue de 2.7 veces. Este aumento puede deberse tanto a la mayor disponibilidad de la sustancia como a una baja en el precio de la misma (5).

En la población general que habita las ciudades del país, el 50% de los usuarios se ubica en el grupo etareo de 19 a 25 años, y 37% tiene entre 26 y 34 años. Actualmente más del doble de los pacientes que asisten a centros de tratamiento, reportan el uso de la droga que en 1990. Las tasas más altas de consumo de cocaína en estudiantes se observa en Baja California (1.91%), la ciudad de México (1.66%) y Sonora (1.57%), (12).

La cocaína se consume principalmente inhalada en forma de clorhidrato, aunque existe una tendencia al consumo intravenoso, sola o mezclada con estimulantes, opiodes y alucinógenos. La potencia del clorhidrato de cocaína es directamente proporcional a su pureza. El crack es un compuesto complejo no ionizado y sólido sumamente barato, que produce una reacción mucho más breve que la de la cocaína. El crack contiene la droga en forma de alcaloide. La cocaína es tomada por inyección o aspiración, y ocasionalmente se fuma en forma pura, con mucho, la vía más utilizada es la inhalación o aspiración; la dosis media es de 20 a 50mg. La cocaína de la calle puede estar mezclada con diversas sustancias, incluida la procaína y las anfetaminas, su pureza puede ir del 30% hasta un 60 o 70%. Los efectos estimulantes centrales y simpaticomiméticos de la cocaína se parece a los de las anfetaminas pero generalmente se consideran más leves, sutiles o con menos trastornos físicos; los efectos duran sólo una hora, en contraste con las varias horas de las anfetaminas (13).

El efecto indeseable más común, es una sensación de irritabilidad y laxitud una vez que desaparece la euforia, con un mayor deseo de incrementar la cantidad de droga. Los especialistas han descrito una reacción ansiosa, aguda, con síntomas y signos que incluyen una elevación de la presión sanguínea, aumento de pulso, ansiedad y paranoia. Los efectos más graves, como las alucinaciones táctiles y visuales y las ideas delirantes, son poco frecuentes pero ocurren a veces. Los hospitales rara vez reciben casos de abusadores por vía intravenosa; la psicosis cocaínica es cualitativamente similar a la psicosis anfetamínica, pero dura menos tiempo y por esa razón entre otras, rara vez llega al psiquiatra. En dosis elevadas, la cocaína produce crisis convulsivas, depresiones de los centros medulares y muerte por fallo cardíaco o, con más frecuencia, por paro respiratorio, sin embargo en la práctica el envenenamiento físico grave y la muerte por sus efectos tóxicos son fenómenos muy comunes hoy en día. De tal manera que la combinación de cocaína con anfetamina más sustancias como el gas Frión 11 (que se utiliza para conservar la refrigeración de las cámaras heladas provocan vasodilatación y vasoconstricción en las arterias coronarias) esto se debe a que estas sustancias anteriormente dichas ayudan a la dilución de la cocaína hasta 20 veces provocando los estragos anteriormente señalados. El paciente presenta taquicardia, dolor u opresión retroesternal, sudoración, palidez de tegumentos, mucosas violáceas, hasta provocar la muerte. Los pacientes que deciden no continuar el programa de rehabilitación y lo abandonan presentan esta clase de muerte; además, arrojan sangre violentamente por la boca, y la piel se pone amoratada como si hubiera recibido golpes en todo el cuerpo (14).

Como la cocaína aumenta la energía y la confianza puede producir irritabilidad y paranoia, se ha dicho muchas veces que da lugar a agresiones físicas y delitos, aunque esto puede suceder en algunas circunstancias si hay prueba de una asociación consistente; sin embargo, la cocaína conduce a la agresión como otras drogas, tales como el alcohol, los barbitúricos y las anfetaminas.

Efectos crónicos: Tomada diariamente en grandes dosis, puede alterar los hábitos de comida y sueño, producir alteraciones psicológicas menores como la irritabilidad y la pérdida de concentración, y crear una importante dependencia psicológica, aunque no existe dependencia física, en ocasiones surgen síntomas de abstinencia, ansiedad y depresión. Los consumidores crónicos pueden tener alteraciones perceptivas (especialmente pseudoalucinaciones) , pensamientos paranoides y , rara vez, psicosis. Son comunes entre ellos la nariz tapada y moqueante, destrucción del tabique nasal; a menudo son tratados estos síntomas con descongestionantes nasales en nebulizador, o bien ser reconstruido el tabique a través de cirugía plástica. El deseo de cocaína puede ser problema grave para aquellos que tienen un acceso constante a ella, el enamoramiento a la sustancia lo relaciona constantemente en asociación con el alcohol, como un acto ritualista. Los consumidores encuentran necesario muchas veces negarse a sí mismos el acceso a la cocaína durante unos días o semanas; se sabe que algunos han intentado clausurar sus cuentas bancarias para no gastarse su dinero en la adquisición de cocaína, en razón de este potencial de dependencia psicológica y los problemas asociados. Las personas que conocen la cocaína son conscientes de la necesidad de tomar precauciones en su consumo. El uso del crack ocurre con mucho menos frecuencia que el de la cocaína en forma de clorhidrato. En las poblaciones estudiantiles de secundaria y preparatoria la media nacional de consumo de crack es de 0.25%, (13).

La cocaína posee efectos simpaticomiméticos parecidos a los que se producen por las anfetaminas y otros estimulantes, pero su mecanismo de acción es diferente, así como lo es su potencia de abuso y dependencia. Las alteraciones de conducta se presentan como efecto de la estimulación de la cocaína en el sistema nervioso central. Solo la tercera parte de los pacientes intoxicados cursan con alteraciones ostensibles del estado mental que den lugar a una consulta. El margen tóxico de la dosis varia, si bien puede ser de 12gr, sin embargo algunos cuadros tóxicos han ocurrido con dosis tan bajas como 20mg. En dosis bajas la droga induce hiperactividad motora, sin afectar la mortalidad, pero a dosis mayores se produce incoordinación motora así como estimulación excesiva de la medula espinal, lo cual facilita las convulsiones tonicoclónicas, quizá por el efecto excitador en las neuronas inhibitorias a todos los niveles del encéfalo (3)

Por su efecto catecolaminérgico la cocaína produce hipertensión, taquicardia y vasoconstricción localizada. Al aumentarse los niveles de catecolaminas circulantes, se genera una excesiva estimulación de los receptores alfa y beta adrenérgicos periféricos, por lo que muchas de las complicaciones cardiovasculares se producen durante la intoxicación. El broncoespasmo con disnea no son infrecuentes. El diagnóstico del estado de intoxicación incluye el antecedente de consumo reciente de la sustancia, comportamiento inadecuado clinicamente significativo como euforia o afecto embotado, un incremento de la capacidad de socialización, hipervigilancia, aumento de la sensibilidad en la interacción personal, ansiedad, tensión o cólera, comportamientos estereotipados y deterioro del juicio (13).

La presencia de taquicardia, dolor precordial, arritmias, confusión, crisis convulsivas, discinesias, distonia muscular y a grandes dosis estado de coma pueden orientar el diagnóstico. Las alteraciones de conducta al igual que las manifestaciones físicas de hiperactividad simpática, pueden hacer pensar en una intoxicación por cocaína u otro estimulante. El antecedente de ingesta de la sustancia, aunado a su presencia de la droga en los fluidos biológicos hace el diagnóstico (13).

Así mismo , la cocaína , una sustancia producida por la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones por ejemplo en hojas de coca, hidrocloreto de cocaína y alcaloide de cocaína, que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. La cocaína es el ingrediente activo de cada preparación. Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína.. El consumo de pasta de coca, un extracto crudo de la plantacoca, aparece casi exclusivamente en los países productores de cocaína en América del Sur y Central, donde se denomina <basulca>. Los disolventes usados en la preparación de la pasta de coca contaminan con frecuencia la pasta y pueden causar efectos tóxicos en el sistema nervioso central y en otros órganos cuando la pasta se fuma. El hidrocloreto de cocaína en polvo es habitualmente <esnifado> a través de la nariz o disuelto en agua e inyectado por vía intravenosa. Cuando se mezcla con Heroína, produce una combinación conocida como <speedball>. Una forma habitual de consumo en Estados Unidos es el crack, un alcaloide de la cocaína que se extrae de una sal en polvo mezclándola con bicarbonato sódico y secándola en pequeñas (rocks). El crack difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable y, cuando se inhala, sus efectos son muy rápidos (7).

El síndrome clínico y los efectos adversos asociados al crack son idénticos a los producidos por dosis comparables de otras preparaciones de cocaína. Antes de la introducción del crack, la cocaína era separada de su base de hidrocloreuro por calentamiento con éter, amoníaco y otros disolventes volátiles. Se fumaba la cocaína de <base libre> resultante. Este proceso es peligroso debido al riesgo de que los disolventes se incendien y lesionen al usuario (7).

Dependencia a cocaína: La cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los sujetos con dependencia de cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga, o solicitar anticipos para comprar la droga. Los sujetos con dependencia de cocaína a menudo necesitan discontinuar el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, como el cuidado de los hijos, pueden abandonarse para obtener o consumir la cocaína. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, en función de la vía de administración. Pueden observarse síntomas de abstinencia, en especial estados de ánimo disfóricos, pero suelen ser transitorios y asociados al consumo de dosis altas (7).

Abuso de cocaína: La intensidad y frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en el caso de dependencia. Los episodios de consumo con problemas, el descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón de consumo de dosis altas en periodos breves de tiempo como horas o días seguidos por periodos más largos como semanas o meses de consumo ocasional o de abstinencia sin problemas. Los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que de abuso.

Intoxicación por cocaína: La característica esencial de intoxicación por cocaína es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína. La intoxicación por cocaína empieza habitualmente con una sensación de euforia mayor e incluye uno o más de los síntomas siguientes: euforia con incremento de la sensación de vigor, sociabilidad, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, charlatanería, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera y deterioro de la capacidad de juicio y, en el caso de intoxicación crónica, afectividad embotada, cansancio o tristeza y retraimiento social (7).

Estos cambios psicológicos y comportamentales se acompañan de dos o más de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante la intoxicación o poco tiempo después: Taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas y confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma. La intoxicación aguda o crónica se asocia a menudo con deterioro de la actividad social o laboral. La intoxicación grave puede conducir al coma. Para establecer el diagnóstico de intoxicación por cocaína los síntomas no han de ser debidos a enfermedad médica ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. La magnitud y el tipo de los cambios psicológicos o comportamentales dependen de muchas variables, que incluyen la dosis consumida y las características individuales del sujeto que consume la sustancia como es la tolerancia, grado de absorción, cronicidad de consumo y contexto en el que se ingiere la droga. Los efectos estimulantes observados más frecuentemente son euforia, aumento del pulso y tensión arterial, y actividad psicomotora. Los efectos depresores como tristeza, bradicardia, descenso de la tensión arterial y disminución de la actividad psicomotora son menos frecuentes y sólo aparecen con el consumo crónico de dosis altas. Puede haber intoxicación por cocaína y alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, con juicio de realidad intacto, o las ilusiones aparecen en ausencia de delirium. El juicio de realidad intacto significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y que no representan la realidad externa (7)

Abstinencia a cocaína: La característica esencial de la abstinencia de cocaína es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que aparece en pocas horas o algunos días después de interrumpir o disminuir el consumo abundante y prolongado de cocaína. El síndrome de abstinencia se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotores. Puede haber anhedonia y deseo irresistible de cocaína (craving). Estos síntomas provocan un malestar clínico significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se deberán a enfermedad médica ni se explicarán mejor por la presencia de otro trastorno mental. Los síntomas de abstinencia aguda (crash) se observan con frecuencia después de períodos de consumo de dosis altas y repetidas (runs o binges). Estos períodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación. Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamientos suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el <crashing> u otras formas de abstinencia de cocaína. Un número no despreciable de sujetos con dependencia de cocaína tienen pocos o ningún síntoma demostrable de abstinencia al interrumpir su consumo.

Los siguientes trastornos pueden ser inducidos por la cocaína: delirium por intoxicación por cocaína, trastorno psicótico inducido por cocaína, trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, trastorno de ansiedad inducido por cocaína, trastorno sexual inducido por cocaína y trastorno del sueño inducido por cocaína (7).

La cocaína es una droga de acción corta que tiene efectos potentes y rápidos sobre el sistema nervioso central, especialmente cuando se consume por vía intravenosa o cuando es fumada en forma de crack. La cocaína, cuando es inyectada o fumada, produce de forma típica una sensación instantánea de bienestar, confianza y euforia. Pueden presentarse cambios de comportamiento espectaculares en poco tiempo, sobre todo cuando hay dependencia. Los sujetos con dependencia de cocaína gastan miles de dólares en corto espacio de tiempo para obtener la sustancia dando lugar a catástrofes económicas que suponen la pérdida de los ahorros y de la propia casa. Los sujetos emprenden actividades delictivas para conseguir dinero. La dependencia a largo plazo produce comportamientos erráticos aislamiento social y disfunción sexual. El comportamiento agresivo puede ser debido a los efectos de la cocaína; la violencia se asocia también con el mercado de la droga. Como resultado del aumento del deseo sexual o de la utilización del sexo con el propósito de obtener cocaína o dinero para comprarla se desarrolla un comportamiento sexual promiscuo que llega a ser un factor de propagación de transmisión de enfermedades sexuales, incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La intoxicación aguda por dosis altas de cocaína puede asociarse a lenguaje prolijo o confuso, dolor de cabeza, ideas transitorias de referencia y tinnitus. Puede haber ideación paranoide, alucinaciones auditivas con conciencia clara y alucinaciones táctiles (coke bugs), que el propio usuario reconoce como efectos de la cocaína. Pueden aparecer una cólera extrema con amenazas o comportamientos agresivos. Son frecuentes los cambios del estado de ánimo, como depresión, ideas suicidas, irritabilidad, anhedonia, labilidad emocional o alteraciones de la atención y concentración, especialmente durante la abstinencia de cocaína (7).

Los sujetos con dependencia de cocaína presentan a menudo síntomas depresivos que cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor. No son raras historias de repetidas crisis de angustia, comportamiento afín a la fobia social y síndromes afines a la ansiedad generalizada. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden también asociarse a esta sustancia. Uno de los casos más graves de toxicidad de la cocaína es el trastorno psicótico inducido por cocaína, un trastorno con ideas delirantes y alucinaciones que se parece a la esquizofrenia de tipo paranoide. Las alteraciones mentales que aparecen asociadas a la cocaína se resuelven habitualmente horas después de interrumpir el consumo de cocaína, aunque pueden persistir semanas. Los sujetos con dependencia de cocaína presentan con frecuencia respuestas condicionadas a los estímulos relacionados con la cocaína, como la necesidad irresistible de mirar sustancias afines al polvo. Estas respuestas constituyen probablemente a la recaída, son difíciles de extinguir y persisten de forma típica largo tiempo después de completada la desintoxicación. Los trastornos por consumo de cocaína se asocian a menudo con dependencia o abuso de otras sustancias, especialmente alcohol, marihuana y benzodiacepinas, que son ingeridas para reducir la ansiedad y otros efectos estimulantes secundarios desagradables de la cocaína. La dependencia de cocaína puede asociarse al trastorno por estrés postraumático, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y al juego patológico. Como con las anfetaminas la dependencia de cocaína se asocia a dos patrones de autoadministración: consumo episódico o diario. En el patrón episódico, el uso de cocaína tiende a estar separado por dos o más días del no uso. Los atracones (binges) son una forma de consumo episódico que implica de forma típica un consumo de dosis altas en un período de horas o días, que con frecuencia se asocia a dependencia. Los atracones terminan habitualmente cuando se termina la cocaína (7).

El consumo diario puede implicar dosis altas o bajas y puede aparecer a lo largo del día o estar restringido a unas horas. En el consumo crónico diario generalmente no hay fluctuaciones muy amplias en la dosis, pero sí un aumento de las dosis a lo largo del tiempo. El consumo intravenoso o fumado de cocaína tiende a asociarse particularmente con una progresión rápida del uso al abuso o dependencia, que aparece con frecuencia en semanas o meses. El consumo intranasal se asocia con una progresión más gradual, apareciendo la dependencia habitualmente en meses o años. La dependencia se asocia frecuentemente a una progresiva tolerancia a los efectos indeseables de la cocaína, lo que lleva a un aumento de las dosis. Con el consumo continuado hay una disminución de los efectos agradables debidos a la tolerancia y a un aumento de los efectos disfóricos. Hay pocos datos disponibles sobre el curso a largo plazo de los trastornos por consumo de cocaína. Siempre es conveniente realizar diagnóstico diferencial ya que los trastornos inducidos por cocaína se caracterizan por síntomas que se parecen a los de los trastornos mentales primarios como el trastorno depresivo mayor. Las acusadas alteraciones mentales que pueden ser el resultado de los efectos de la cocaína deben distinguirse de los síntomas de esquizofrenia de tipo paranoide, trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de angustia, así mismo hay que descartar la intoxicación por anfetaminas y por fenciclidina (7).

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

A continuación definiremos las variables independientes como son el Temperamento, el Caracter y la Comorbilidad Psiquiátrica, así como la variable dependiente que es la Apetencia (Craving) para el uso de la cocaína.

TEMPERAMENTO.

Se define como la constitución particular de un individuo, resultado del predominio de un sistema orgánico manifestado por su manera de obrar. En la formación del temperamento intervienen factores constitucionales congénitos, sobre todo nerviosos, vegetativos, neuropsíquicos y endócrinos.

Temperamento atrabiliario o atrabilioso es igual al temperamento melancólico.

Temperamento bilioso al caracterizado por color moreno de la piel, cuerpo ágil, ojos brillantes y circulación sanguínea rápida, con presión arterial alta, con fácil emotividad, irascibilidad y tenacidad.

Temperamento colérico es igual a temperamento bilioso.

Temperamento linfático es caracterizado por piel fina y blanca, respiración lenta y superficial, con predominio del sistema linfático, poca presión y tendencia a la obesidad fofa.

Temperamento melancólico, el nombre se refiere a la antigua concepción de que provenía del derrame de la bilis negra o atrabilis por el organismo. Se caracteriza por decaimiento, tristeza y astenia.

Temperamento nervioso de gran emotividad, excitabilidad y actividad del sistema nervioso, taquicardia e inestabilidad.

Temperamento sanguíneo que se caracteriza por complexión robusta, buenas digestiones e hipertensión (15).

Según Howard C. Warren psicológicamente es la naturaleza afectiva general de un individuo determinada por la herencia y la historia de su vida. También se dice que es la suma de los efectos producidos sobre la propia vida psíquica, por el metabolismo o cambios químicos que se efectúan constantemente en todos los tejidos del propio cuerpo. Se distinguen diversos tipos y grados a medida que estos factores modifican el carácter, intensidad y dirección de todas las reacciones del individuo a estímulos y situaciones específicas. Los antiguos reconocían cuatro clases de humores: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático. Los temperamentos se atribuyen ahora a funciones de las glándulas endocrinas. Temperamento nervioso con gran excitabilidad de los nervios y que es de origen fisiológico (16).

También se conoce como el equilibrio, medida, disposición o el modo de ser predominante en un individuo, manera habitual de desarrollarse en él los procesos psíquicos. A

Antiguamente se distinguían en el hombre cuatro temperamentos, considerados como manifestación psíquica de los cuatro humores del cuerpo: 1) Sanguíneo, de estado de ánimo mudable, inconstante. 2) Melancólico, apasionado, hipocondríaco, con tendencia al mal humor y a la tristeza. 3) Colérico, de fuerte voluntad, irritable. 4) Flemático, lento, indiferente, apático. (17)

Temperamento intelectual: La viveza y movilidad, la intensidad y la energía, la actividad y la disponibilidad que determinan y caracterizan el proceso del pensamiento. Se le conoce también como temperamento inteligente.

Temperamento viscoso: Tipo de temperamento, que tiende a asociarse al tipo atlético de constitución corporal o designado también como ixotimia, término creado por analogía como los de ciclotimia y esquizotimia. Se caracteriza este temperamento por la dificultad y lentitud en cambiar de orientación y en reaccionar, por el apego a la actitud que ya se tenía y la lentitud del pensamiento. La persona con este temperamento oscila entre un polo enérgico y un polo explosivo. En este temperamento, los tipos individuales tienden a uno u otro de estos dos polos o a mezclas de ellos: flemático-indolente, sereno-enérgico, excitable-explosivo (16).

Según Cloninger las dimensiones del temperamento se definieron en términos de las diferencias individuales en el aprendizaje asociativo, en la respuesta a la novedad, al peligro y al castigo o a la recompensa.

El primer factor del temperamento, búsqueda de la novedad, es visto como un rasgo heredable que determina el inicio o la activación de comportamientos como: La exploración en respuesta a una novedad, la toma de decisiones de manera impulsiva, o la extravagancia en búsqueda de una recompensa, así como involucración a una rápida pérdida del temperamento, y una evitación activa ante la frustración. El segundo factor del temperamento, evitación del daño, es visto como un rasgo heredable sobre la inhibición o terminación del comportamiento como: una preocupación pesimista ante la anticipación de problemas futuros; conductas pasivas y evasivas, como miedo a la incertidumbre; timidez ante desconocidos y facilidad para cansarse (37).

El tercer factor de temperamento, dependencia a la recompensa, es visto como un rasgo heredable sobre el mantenimiento o continuación de comportamiento, y se manifiesta de la siguiente manera: sensibilidad, necesidad de vinculación social, y dependencia a ser aprobado por otras personas.(31)

CARÁCTER.

Se conoce originariamente como señal o marca; más tarde, característica por la que algo es reconocido. En psicología, sobre todo en el área de habla germana, el conjunto de las propiedades que constituyen la peculiaridad individual de una persona; la ciencia de las mismas que es la caracterología nació en el seno de la psicología de la personalidad. Se distingue un triple significado del término: a)fenomenológico-estético: descripción general de los fenómenos reales; b)ético: carácter como valor moral; c)psicológico: la peculiaridad individual (15).

Carácter anal: Las personas de carácter anal prefieren, como mecanismos de defensa, la racionalización, la formación de reacciones, el aislamiento y la escotomización. Además del afán de orden, avaricia y terquedad, están la puntualidad, la limpieza, la exactitud y otros fenómenos compulsivos de conducta (16).

Carácter de requerimiento: Ciertos objetos y valores éticos reclaman que se haga o que se omita algo, etc. Además, el concepto de carácter de requerimiento es correlativo del concepto de sistema de tensión. A un carácter de requerimiento, conjuntamente con su sistema de tensión, corresponde una fuerza dirigida. Psicología topológica y vectorial.

Carácter funcional: El hecho de que hay objetos que no tienen originariamente carácter específico en cuanto a su función de utilidad, pero lo adquieren por el uso a que se les destina. Este carácter funcional únicamente es percibido por los que conocen este uso. A diferencia del carácter de requerimiento, que nace de una necesidad y desaparece con ella, el carácter funcional deriva de la forma y persiste.

Carácter hipersensible: La actitud propia de este tipo de carácter, ante la vida, presenta, sensibilidad aumentada y vulnerabilidad del concepto de sí mismo, y tendencia a la desvalorización propia y a sentimientos de culpabilidad, con un fondo de marcada inseguridad. Los hombres de este carácter tienen una exagerada necesidad de apoyo, de reconocimiento de su valor por otras personas, para compensar el desmoralizador sentimiento de inferioridad. La autocrítica se desarrolla al máximo y se imponen exigencias desmesuradas, fácilmente caen en ideas de referencia, de que los demás se ocupan de ellos en forma desfavorable. Se atribuyen la culpa de lo que les sale mal. La actitud hipersensible frente a la vida nace del contraste que hay en su actitud asténica, porque este enfoque asténico frente a la vida que se manifiesta exteriormente tiene como polo opuesto en el interior una actitud asténica (16).

Carácter material: En la relación entre persona y mundo, no solamente forma este último a la persona, sino que también forma la persona al mundo o a su mundo. Porque el mundo o ambiente exterior de un individuo no es meramente la porción de mundo que por casualidad se encuentra junto a él. La relación entre persona y mundo se desarrolla en reacciones y acciones espontáneas.

Carácter oral: En el que predomina la elaboración de las tendencias orales. El oral chupador es optimista, dependiente, o niño mimado, egocéntrico, necesitado de amor; el oral mordedor, agresivo ,(16).

Según Cloninger las dimensiones del carácter, relacionadas con la aceptación propia del individuo, con las demás personas, y la aceptación de la naturaleza en general. Los individuos con personalidades maduras, son seguros de sí mismos, cooperadores y capaces de trascender. En contraste aquéllos con trastornos de personalidad tienen dificultad para aceptarse a sí mismos, son intolerantes y vengativos, y pueden llegar a sentirse vacíos y sin continuidad (31).

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.

El término " comorbilidad " se refiere a la presencia de dos o más enfermedades o condiciones médicas o psiquiátricas, incluyendo el alcohol y otros trastornos por el uso de drogas en la misma persona. El interés en la comorbilidad recae en el hecho de que entenderla conducirá al desarrollo de mejores modelos etiológicos, de prevención y de tratamiento para el uso de cocaína y los trastornos psiquiátricos asociados. El tratamiento apropiado y el estudio de una condición se ven afectados cuando no se toman en cuenta las condiciones comorbidas (5).

Las encuestas epidemiológicas que evalúan la presencia de el uso de cocaína y otros trastornos psiquiátricos en muestras específicas han permitido estimar la prevalencia de comorbilidad. En estudios que miden la extensión de la comorbilidad la significancia estadística se refiere al hallazgo de que la presencia de un trastorno incrementa el riesgo de un segundo trastorno, cuyo riesgo disminuye si el primero está ausente (5).

Sin embargo, si el riesgo para el uso de cocaína es el mismo ya sea que un trastorno psiquiátrico como la depresión este presente o no, entonces los casos co-ocurrentes podrían atribuirse a la posibilidad de asociación de trastornos no relacionados.

La significancia clínica de la comorbilidad se refiere a la extensión en la cual la presencia combinada de condiciones comorbidas afecta el curso clínico o el tratamiento óptimo de cada trastorno. Aún si una asociación comorbida ocurre por casualidad, la asociación puede ser clínicamente significativa si el trastorno co-ocurrente altera el curso clínico o el tratamiento óptimo de cualquiera de las dos condiciones. La significancia clínica es una consideración importante para las condiciones psiquiátricas más comunes, tales como la ansiedad y los trastornos afectivos podría esperarse que se presenten juntos con los trastornos por el uso de cocaína más frecuentemente, que otros trastornos psiquiátricos menos comunes, como la esquizofrenia.

En cuanto al diagnóstico, algunos estudios han demostrado que las tasas de comorbilidad difieren de acuerdo al uso de diferentes métodos diagnósticos; sin embargo existe un consenso acerca de entrevistas diagnósticas estructuradas producen los resultados diagnósticos más confiables. Un posible error al estimar las tasas de comorbilidad es el traslape entre los criterios diagnósticos del uso de cocaína y otros trastornos psiquiátricos (5).

Otro hecho que puede aumentar las tasas de comorbilidad es que la cocaína y otros trastornos del uso de drogas pueden causar síntomas que son parecidos a síndromes psiquiátricos. Es importante diferenciar los síntomas asociados a los efectos transitorios de la cocaína de aquellos asociados con un trastorno psiquiátrico independiente. (5)

Un amplio estudio llevado a cabo recientemente en la comunidad encontró que 76% de los hombres y 65% de las mujeres con un diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias cumplían criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional

La comorbilidad más frecuente incluye el abuso de dos sustancias, una de las cuales suele ser el alcohol. Otros diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados son el trastorno antisocial de la personalidad, las fobias (y otros trastornos de ansiedad), los episodios depresivos mayores y la distimia. En general, la utilización de las sustancias más potentes y peligrosas presenta la tasa mayor de comorbilidad. Por ejemplo, existe mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos entre los consumidores de opioides y cocaína que entre los consumidores de marihuana (18)

Trastorno antisocial de la personalidad. Varios estudios han demostrado que entre 35% y 60% de los pacientes que cumplen criterios de abuso o dependencia de sustancias, también los cumplen en cuanto a trastorno antisocial de la personalidad. El porcentaje es incluso mayor si los investigadores incluyen a pacientes que cumplen todos los criterios para el trastorno antisocial de la personalidad, excepto el que exige que el trastorno se inicie en edades tempranas. Es decir, un porcentaje alto de pacientes que abusan de sustancias o presentan dependencia de las mismas muestran un patrón de conducta antisocial independientemente de si ya exista antes de iniciarse el consumo, o de si se desarrolló en el curso de éste (19).

Los pacientes con un diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias y que presentan, además, un trastorno antisocial de la personalidad, es más probable que consuman sustancias diversas, que presenten más psicopatología, que estén menos satisfechos de sus vidas, que sean más impulsivos, más solitarios y que estén más deprimidos que otros pacientes que presentan únicamente el trastorno de la personalidad (5).

Depresión y suicidio. Los síntomas de depresión son comunes entre las personas con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias. Entre un tercio y la mitad de los sujetos que presentan un trastorno por abuso o dependencia de opioides, y aproximadamente 40% de las personas que presentan el mismo trastorno pero con el alcohol, cumplen criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en algún momento de sus vidas.

El consumo de sustancias es también un importante factor precipitante de suicidios. Las personas que abusan de sustancias, tienen una probabilidad 20 veces mayor que la de la población general de morir por esta causa. Aproximadamente 15% de las personas que abusan de la cocaína o presentan dependencia han intentado suicidarse. Esta frecuencia es inferior únicamente a la observada entre los pacientes con un episodio depresivo mayor (18).

APETENCIA (CRAVING).

Son tendencias motoras que provocan reacciones caracterizadas por placer o satisfacción. Término usado en forma más vaga por los filósofos antiguos para designar motivo, deseo, volición, inclinación, etc.

La dependencia psicológica, también conocida como habituación, se caracteriza por una búsqueda anhelante de la sustancia (“craving”), continua o intermitente, con el fin de evitar los estados de disforia.

La dependencia conductual hace hincapié en las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia asociada de patrones de consumo patológico, y la dependencia física subraya los efectos fisiológicos de cada episodio en el que se consume la sustancia. De forma específica, cuando se habla de dependencia física se tiene en cuenta la presencia de de fenómenos de tolerancia o abstinencia como criterios para la clasificación.

El craving es generalmente considerado como un factor significativo en el abuso o dependencia a opiáceos que es asociado con la dependencia a drogas y en reincidencia al uso de drogas después del tratamiento. Según los consensos de los expertos, hay sin embargo dificultades en definir el craving y el impulso o deseo para usar drogas y en la asociación del craving con el uso de drogas y su reincidencia(20).

El cuestionario tiffany ha sido revisado por un considerable número de estudios y ha revelado solo un modesto total de 0.4 en relación a estos hallazgos, llama la atención la suposición de que la apetencia subjetiva esta invariablemente asociada con el uso de drogas. Por lo que los autores estuvieron dirigidos a estas cuestiones para ver un rango de técnicas complementarias derivadas de investigar en campos tales como la psicología cognitiva de ansiedad y depresión. Todo esto fue medido por la respuesta psicológica, la tomografía por emisión de positrones y neuroimagen.

Inicialmente se realizaron valoraciones computarizadas para probar la disfunción cognitiva en adicciones que tenían predisposición al procesamiento de pensamiento y opinaron sobre el craving y el uso de drogas en sujetos dependientes de opiáceos y alcohólicos. Subsecuentemente en un intento por desarrollar un método fidedigno de inducción de craving, exploraron una técnica basada en imágenes que refirió en la memoria las experiencias del craving.

Estos expertos condujeron a adictos a opiáceos quienes tuvieron abstinencia subyacente a la desintoxicación. Finalmente comenzaron un estudio subyacente a los mecanismos neurológicos del craving, usando procedimientos basados en imágenes y al mismo tiempo un seguimiento en tomografía por emisión de positrones (PET), por medio de la técnica O15 de flujo de sangre usando agua (20).

TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS AL USO DE COCAINA.

Los principales efectos de la cocaína son tres: estimulación del sistema nervioso central, dilatación pupilar y anestesia local. Desde el punto de vista farmacológico esta droga nos clasifica como los agentes simpaticomiméticos. Estructuralmente la cocaína se relaciona con los anestésicos locales sintéticos y no con los transmisores sinápticos del cerebro.

La cocaína es eficaz si se le ingiere, se le aspira, fuma o inyecta por vía intravenosa. Los efectos estimulantes de la cocaína en el cerebro, el delirio alucinatorio de una sobre dosis y el estado de paranoia que induce el consumo habitual tienen cierto parecido real a las anfetaminas. Como en las anfetaminas la sustancia facilita la liberación de las catecolaminas de las terminaciones nerviosas e inhibe la recaptura de la noradrenalina a las terminaciones nerviosas. En dosis muy altas la estimulación del sistema nervioso por cocaína ocasiona convulsiones y muertes. Los usuarios regulares de cocaína pueden tomar dosis considerables; se han comunicado de individuos que consumen hasta 10 gr. diarios de cocaína, sin embargo, la droga se inactiva de inmediato en el hígado, tan rápidamente que el riesgo reducido de tomar tan altas dosis no implica tolerancia. Después de un período de abstinencia los usuarios de cocaína revierten en las mismas altas dosis a que antes se habían acostumbrado sin que esto les reporte daño alguno. Existe alguna evidencia de que existe cierto grado de tolerancia inversa, a través de la cual el sistema nervioso se torna más sensitivo a los efectos de la droga (21).

No se ha podido aclarar si ocurren o no las características del síndrome de suspensión y abstinencia, pero no se descarta esta posibilidad. Después de que se discontinúa el consumo asiduo de cocaína puede sobrevenir flojera, somnolencia, depresión y hambre. Los usuarios de cocaína en ocasiones recurren al alcohol para reducir las tensiones subjetivas cuando se les acaba el suministro de la droga. Esta droga se consume generalmente sola, aunque también se ha utilizado en combinación con algún opiáceo a fin de compensar la somnolencia que esta produce (21).

Otros diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados son el trastorno de personalidad antisocial, las fobias y otros trastornos de ansiedad, los episodios depresivos mayores y la distimia. En general, la utilización de las sustancias más potentes y peligrosas presenta la tasa de mayor comorbilidad. Por ejemplo con otros trastornos psiquiátricos entre los consumidores de opiáceos y cocaína que entre los consumidores de marihuana (5)

Los autores exploraron la relación entre la fobia social y la dependencia a cocaína en 150 individuos que entraron a tratamiento farmacológico para la dependencia a cocaína . 22 pacientes tenían criterios del DSM-III-R para fobia social, el grupo de fobia social fue comparado con sujetos centrales dependientes de cocaína con 22 años de edad y mismo sexo. Los que tenían fobia social y dependencia a cocaína fueron más parecidos a los que tuvieron diagnóstico psiquiátrico adicional y síntomas severos, además gustaban de ser usuarios de poli sustancias y además tenían dependencia al alcohol en una edad temprana (22).

PERSONALIDAD Y USO DE COCAINA.

Los problemas emocionales que se manifiestan desde dentro de la constitución propia y que tienen sus raíces en los genes o en las influencias de la niñez temprana juegan un papel relevante en la etiología de la tendencia personal a consumir sustancias psicoactivas a concentraciones dañinas. La dificultad en la elaboración constructiva de este concepto se encuentra en la determinación objetiva de cuales de las alteraciones emocionales que pueden encontrarse en los bebedores excesivos o en los dependientes a las drogas precedieron a la habituación de la sustancia, y cuales fueron las producidas por el consumo de alcohol o de la droga de que se trate.

Un estudio de personas examinadas en la niñez y controladas hasta la edad adulta no tenía un propósito dilucidar las características tempranas de aquellas personas que más tarde en la vida desarrollarían dificultades de dependencia alcohólica o a las drogas. Se han comunicado, sin embargo, prospectivas que fueron planeadas con objetivos más amplios, de las cuales pueden deducir datos sobre los sujetos que más tarde se volverían dependientes. (23)

Trastorno antisocial de la personalidad. Varios estudios han demostrado que entre 35% y 60% de los pacientes que cumplen criterios de abuso o dependencia de sustancias, también los cumplen en cuanto a trastorno antisocial de la personalidad (19).

Estudios recientes revelaron que en los prealcohólicos y dependiente drogas mostraban de preferencia problemas antisociales más que síntomas neuróticos; sus padre también tuvieron una conducta antisocial y no eran buenos padres. Una encuesta a largo plazo en niños normales descubrió que quienes se hicieron alcohólicos habían sido rebeldes e impulsivos en su niñez (24).

En una investigación de jóvenes dependientes a las drogas se encontró que presentaron una distribución normal en el continuo introversión-extroversión; además de presentar trastornos premorbidos de la personalidad relacionados con la disrupción de la familia y conducta antisocial en la niñez. La elección de drogas se relaciona al deseo de experimentar placer en subgrupos inadaptados, a desviaciones sexuales y a inclinaciones personales de tipo intelectual o artístico. Un estudio realizado en 16 familias de adolescentes farmacodependientes puso en manifiesto que había patología psiquiátrica en 21 de los padres, y que los trastornos comunes eran alcoholismo en los padres y depresión mental en la madres (24).

Se examinaron a través de cuestionarios e inventarios de personalidad a pacientes dependientes a las drogas y se observó que aquellos que recurrían a las drogas eran más neuróticos y ansiosos, y que como grupo tenían mayor probabilidad de llevar una vida infeliz en el hogar y en la escuela; que presentaban un mayor índice de consumo de tabaco y alcohol; practicaban más la sexualidad extramarital y con mayor frecuencia tenían problemas en el trabajo (25).

Tanto los farmacodependientes como los alcohólicos presentan una elevada frecuencia de alcoholismo entre sus padres , así como altos índices de separación y divorcio. Los jóvenes que consumen drogas no necesariamente son neuróticos, pero poseen trastornos de la personalidad que reflejan en su bajo aprovechamiento escolar y su alto índice de problemas ocupacionales, así como en su mal ajuste sexual y social (26).

Los usuarios de drogas con frecuencia se identifican con alguna subcultura en la que el conformismo y la conducta delictuosa son la norma. Los estimulantes que les han sido prescritos o que abusan de los analgésicos simples tienen mayor probabilidad de tener problemas emocionales de naturaleza neurótica. Pero ni los alcohólicos ni los farmacodependientes como grupo difieren de la población general por lo que respecta a su inteligencia (26).

El aumento en las cifras de consumo de cocaína así como su uso extendido hacia otros grupos de la población, es un fenómeno que hoy en día, es motivo de preocupación para todos aquellos profesionales e instituciones dedicadas al estudio de las adicciones. Sin embargo es justo señalar que esta problemática no es un aspecto que motive extrañeza o sorpresa en este medio, ya que a través de diferentes investigaciones llevadas a cabo en distintos tipos de población, se ha realizado un seguimiento y una evaluación del consumo de drogas en nuestro país (19).

De esta manera, a partir de los años 70 en que se inicia la investigación epidemiológica en farmacodependencia con diferentes metodología, abarcando la población general (hogares), escolar (escuelas) y aquella que es captada por instituciones de salud y procuración de justicia, se ha podido monitorear y determinar la magnitud, extensión y tendencias del consumo de cocaína, así como de otras drogas en general (9).

Por sus características de distribución, venta, producción, formas de consumo y problemas asociados, la cocaína es una droga que como se mencionó, es prioritaria para su estudio, sobre todo en lo que se refiere a la reducción del número de individuos que la usan ya sea en forma experimental, ocasional o regular; pues aparte de que los usuarios observan un patrón de consumo regular y frecuente, dados los efectos estimulantes que esta droga tiene sobre el sistema nervioso central, los induce también a un estilo de vida que con frecuencia los lleva a experimentar consecuencias sociales negativas. Ya que hablamos de los aspectos negativos del consumo, es importante destacar la conducta antisocial por el alto costo que representa no solo para el usuario sino para la sociedad en conjunto. Sobre este tema, hay diversos estudios en México y otros países que corroboran que el usar drogas y cometer actos antisociales, son eventos que están estrechamente relacionados; pues se ha encontrado que los jóvenes usuarios de drogas tienen una tendencia significativamente mayor que los no usuarios, a realizar conductas antisociales, a la vagancia y a la incorformidad social (27).

La vinculación del uso de la cocaína con el uso frecuente de la marihuana, así como la vagancia, esta documentada en algunos estudios con adolescentes americanos (28).

La presencia de conductas antisociales en edades tempranas, es un factor predictivo de problemas posteriores de conducta durante la adolescencia y la edad adulta, entre las que se incluyen el uso frecuente de drogas y la delincuencia. Los sujetos que usan drogas, cometen mayor número de actos antisociales, situación que se acentúa de manera particular en los usuarios de cocaína (11)

De igual manera se ha encontrado que este tipo de usuarios, se involucran frecuentemente en conductas que implican un nivel de violencia mayor. Ya que entre ellos se observa una tendencia mayor a cometer actos antisociales, con repercusiones sociales y legales muy severas. Resulta interesante puntualizar que el consumo de esta sustancia forma parte de ciertos estilos de vida semejantes, que están relacionados con la forma en que esta droga se produce, se distribuye y se consume; pero por otra parte, nos sugiere la necesidad de profundizar más en estudios de carácter individual, ya que sabemos que se ha encontrado en estos sujetos una cierta afinidad a los rasgos de personalidad, no obstante que existe poca información sobre este campo que puedan confirmarlo (11).

• El corroborar la relación existente entre conducta antisocial y consumo de drogas por una parte y por otra la implicación de los usuarios de cocaína en actos delictivos que implican una mayor carga de violencia, nos lleva a reflexionar en lo siguiente; los usuarios de esta droga, enfrentan una serie de problemas médicos, psicológicos, familiares, académicos, etc. y se involucran con mayor frecuencia en cierto tipo de actividades que implican un nivel de riesgo mayor, por ejemplo, debido al elevado costo de esta droga, es muy probable que incurra en actividades de distribución, venta o robo para conseguirla (29).

Sin duda, una de las áreas de investigación en el campo de las adicciones es el estudio de los factores de riesgo y protectores en conductas problemáticas, a fin de determinar su influencia única o combinada de ellos, sobre este tipo de conductas, pues a través de ello, podremos dar respuestas a esa interrogante vertebral que señala la posible vinculación directa o no, entre ambos eventos (29).

En cuanto a las dimensiones de la personalidad, temperamento y carácter y los trastornos de personalidad de acuerdo con el DSM-III-R en abusadores de sustancias se dice que el abuso de sustancias es un área potencialmente importante para esta clase de investigaciones, ya que hay una compleja relación entre estos trastornos y las dimensiones de temperamento normal, personalidad y dimensiones de carácter y los trastornos de personalidad. Lo similar de las dimensiones de personalidad que aparecen actuar como factores de riesgo, mediadores, moderadores, o consecuencias del desarrollo, progresión y resultado de abuso de sustancias y trastorno de personalidad. Una considerable investigación de literatura indica una gran prevalencia de trastornos de personalidad en abusadores de sustancias.

Se han encontrado asociaciones entre el abuso de sustancias y trastornos de personalidad tales como paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, borderline, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo (7).

Cloninger desarrollo una alteranativa o septima dimensión del modelo de personalidad que ellos creen proporcionar una caracterización muy completa de personalidad y un diagnóstico de diferencial mejor de trastorno de personalidad, ya que este modelo incorpora rasgos de temperamento influenciado biologicamente, también como muy complejo y dimensiones de carácter emitido (30).

ellos mismos y la cooperatividad, pronosticó la presencia de un trastorno de personalidad y que los temperamentos diferían del seguimiento del DSM-III-R. Clouster A (baja recompensa a la dependencia), B (gran búsqueda de la novedad), C (Gran evitación del daño), estas dimensiones explican la gran variación en los trastornos de personalidad, particularmente cuando la dirección de uno mismo, edad y depresión eran presentadas primero dentro del análisis de regresión (31)

Se encuentra muchas limitaciones para sostener la predicción de relaciones entre dos para el inventario para temperamento y carácter (TCI) y el DSM-III-R. Entre el grupo A de los trastornos la dependencia a la recompensa inferior estuvo asociada solo con esquizofrenia severa. Entre el grupo B de los trastornos buscando una alta novedad estuvo asociado solo con personalidad antisocial severa. La alta evitación del daño estuvo asociada a trastorno de personalidad por evitación en el grupo C, pero también con la paranoide del grupo A, con la frontera del grupo B.

Otro importante papel del TCI pudo ser en comprensión el compuesto e interrelacionando el curso de trastornos psiquiátricos, con el abuso de sustancias y trastornos de personalidad, varios estudios longitudinales y retrospectivos encontraron cierto tipo de temperamento y dimensiones de personalidad en combinación con la familia y factores sociales en lugar del producto en el desarrollo arriesgado para un rango de comportamiento y problemas de ajuste de personalidad. Las dimensiones de personalidad en tal evaluación, de este estudio directo y se encontraron factores de riesgo para uso de sustancias y factores de riesgo para trastornos de personalidad, los cuales tienen abuso de sustancias y una importante expresión de conducta, o ellos pueden ser mediadores o consecuencias de ambos trastornos (32).

Empíricamente la base teórica de indicadores de personalidad como el TCI puede ser especialmente necesario porque ellos mismos miden genéticamente, las dimensiones de influencia del medio ambiente, el cual aparece temprano en el desarrollo y tiene alguna estabilidad sobre el tiempo.

La medición de las dimensiones normales de personalidad puede además facilitar la identificación de tipos de individuos con mucho riesgo para abuso de sustancias y trastornos de personalidad hacia un esfuerzo de prevención que puede ser objetiva (32).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abuso y dependencia a cocaína se ha incrementado en todo el mundo en los últimos 10 años, y en México, en el periodo entre la primera y la segunda encuesta nacional de adicciones se demostró un incremento en más de 2 veces del número de sujetos que habían consumido la droga alguna vez en la vida. De hecho, fué la droga que tuvo un incremento mayor. Aunque el consumo de cocaína se mantiene aún en cifras bajas, para la secretaría de Salud es uno de los objetivos estratégicos junto con el resto de las adicciones.

Empíricamente la base teórica de indicadores de personalidad como el TCI puede ser especialmente necesario porque ellos mismos miden genéticamente, las dimensiones de influencia del medio ambiente, el cual aparece temprano en el desarrollo y tiene alguna estabilidad sobre el tiempo.

La medición de las dimensiones normales de personalidad puede además facilitar la identificación de tipos de individuos con mucho riesgo para abuso de sustancias y trastornos de personalidad hacia un esfuerzo de prevención que puede ser objetiva (32).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abuso y dependencia a cocaína se ha incrementado en todo el mundo en los últimos 10 años, y en México, en el periodo entre la primera y la segunda encuesta nacional de adicciones se demostró un incremento en más de 2 veces del número de sujetos que habían consumido la droga alguna vez en la vida. De hecho, fué la droga que tuvo un incremento mayor. Aunque el consumo de cocaína se mantiene aún en cifras bajas, para la secretaría de Salud es uno de los objetivos estratégicos junto con el resto de las adicciones.

En el Hospital "Fray Bernardino Álvarez", aunque no existen datos publicados al respecto, es la opinión del personal que ahí labora, que en los últimos años se están presentando en forma creciente un número mayor de sujetos que son hospitalizados por síndromes clínicos relacionados con el uso de cocaína.

Por lo anteriormente señalado hacemos este estudio para ver la relación que existe entre la medición del ITC (32) en sus subescalas como son: Búsqueda de la novedad (exitabilidad exploratoria contra rigidez, impulsividad contra reflexión, extravagancia contra discreción, desorden contra restricción). Evitación del daño (preocupación contra optimismo, miedo a lo incierto contra confianza, timidez contra gregarismo, fatigabilidad y astenia contra vigor). Dependencia a la recompensa (sensibilidad contra insensibilidad, apego contra separación, dependencia contra independencia, persistencia contra irresolución). Autodirección (responsabilidad contra culpabilidad, determinación contra sin dirección, con recursos contra apatía, autoaceptación contra lucha interna, congruencia con ideales). Cooperatividad (aceptación social contra intolerancia, empatía contra desinterés social, capacidad de ayuda contra incapacidad, compasión contra venganza, integridad contra falta de escrúpulos). Autotrascendencia (concentración creativa contra conciencia, identificación transpersonal, aceptación espiritual contra materialismo) en los pacientes que son adictos a la cocaína y su relación con las características socioculturales de cada grupo e pacientes, así como también ver la apetencia hacia la cocaína, medida por la escala o cuestionario tiffany (34) y la comorbilidad psiquiátrica asociada en estos pacientes medida por la escala de SCID (33).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.- Determinar la severidad de la apetencia (*craving*) en pacientes con dependencia a cocaína.
- 2.- Evaluar la comorbilidad de pacientes no psicóticos con dependencia a cocaína.
- 3.- Establecer el perfil de temperamento y carácter de los pacientes con dependencia a cocaína.
- 4.- Evaluar la correlación bivariada y multivariada que existe entre el perfil de temperamento y carácter y la apetencia (*craving*) en pacientes con dependencia a cocaína.

METODOLOGIA

a) Diseño

Se llevó a cabo un escrutinio transversal.

b) Sujetos.

En el estudio, se llevó a cabo una investigación con 50 sujetos con dependencia a cocaína activos hospitalizados que sean admitidos en forma consecutiva en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.- Determinar la severidad de la apetencia (*craving*) en pacientes con dependencia a cocaína.
- 2.- Evaluar la comorbilidad de pacientes no psicóticos con dependencia a cocaína.
- 3.- Establecer el perfil de temperamento y carácter de los pacientes con dependencia a cocaína.
- 4.- Evaluar la correlación bivariada y multivariada que existe entre el perfil de temperamento y carácter y la apetencia (*craving*) en pacientes con dependencia a cocaína.

METODOLOGIA

a) Diseño

Se llevó a cabo un escrutinio transversal.

b) Sujetos.

En el estudio, se llevó a cabo una investigación con 50 sujetos con dependencia a cocaína activos hospitalizados que sean admitidos en forma consecutiva en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Reclutamiento

Uno de los investigadores (JGZ), quien labora en el HPFBA, procederá a revisar diariamente los ingresos hospitalarios con el diagnóstico principal de dependencia a cocaína o complicaciones de ésta. Una vez detectados procederá a aplicar la entrevista estructurada (SCID) (33) para confirmar el diagnóstico de dependencia a cocaína y descartar la presencia de alguna patología que implique exclusión. Si el paciente es elegible para ser admitido al estudio, procederá a la aplicación del ITC (32) y la escala de craving para cocaína (34).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.- Edad entre 18-50 hasta un total de 50 pacientes no importando el sexo.
- 2.- Capaz de dar su consentimiento para la realización y participación en el estudio.
- 3.- Dependientes a cocaína que cumplan con los criterios del DSM-III-R confirmados por el SCID.
- 4.- Alfabeto que pueda llenar adecuada y completamente las escalas y cuestionarios que se requieren para la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Historia de enfermedad mental previa al inicio del uso de cocaína.
2. Problemas respiratorios, cardiovasculares, anormalidades que pudieran interferir con alguna de las evaluaciones propuestas..
3. Sujetos no dispuestos a dar su consentimiento y a permitir cuestionamiento a parientes o familiares así como especialistas o médicos familiares.
4. Analfabeta o que no llenen de forma adecuada e incompleta las escalas y cuestionarios específicos de la investigación.
- 5.- Los sujetos no deberán tener problemas visuales o auditivos (el uso de lentes para la corrección visual es aceptado).

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO.

a) *Variable Dependiente:*

APETENCIA (CRAVING) PARA EL USO DE COCAÍNA: Escala ordinal.

Apetencia o craving.

Son tendencias motoras que provocan reacciones caracterizadas por placer o satisfacción. Término usado en forma más vaga por los filósofos antiguos para designar motivo, deseo, volición, inclinación, etc.

La dependencia psicológica, también conocida como habituación, se caracteriza por una búsqueda anhelante de la sustancia ("craving"), continua o intermitente, con el fin de evitar los estados de disforia.

La dependencia conductual hace hincapié en las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia asociada de patrones de consumo patológico, y la dependencia física subraya los efectos fisiológicos de cada episodio en el que se consume la sustancia. De forma específica, cuando se habla de dependencia física se tiene en cuenta la presencia de de fenómenos de tolerancia o abstinencia como criterios para la clasificación (20).

Lo anterior se midió de acuerdo a la siguiente escala:

Cuestionario Tiffany (craving) Modificado para uso de Cocaína.

El cuestionario consta de 32 preguntas que fueron desarrolladas para representar 4 conceptualizaciones distintas, 1) el deseo de consumir cocaína, 2) la anticipación inmediata del resultado del consumo de cocaína, 3) anticipación inmediata del efecto negativo producido por la cocaína y la 4) intención de consumir cocaína. 8 ítems de cada uno fueron distribuidos en cada una de estas categorías. Los ítems fueron elegidos por una clara asociación dentro del contenido de estas 4 categorías. Cada ítem es calificado mediante una escala del 1 (totalmente desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo). Dos versiones del cuestionario de unos 45 ítems en la apetencia a la cocaína fueron aplicados a 225 usuarios de cocaína. La nueva versión pregunta sobre la actual apetencia para cocaína, en la versión general se pregunta sobre el promedio de apetencia sobre la precedente semana. El factor de análisis mostró que una solución de cuatro factores mejor descritos en la estructura del ítem, para ambas versiones del cuestionario.

Los análisis de mayor orden indicaron que cada versión fue permitida por un factor único de segundo orden, tiene rehabilitación moderada a grande. El examen de los ítems contiene correlaciones de los factores del otro lado de las versiones y el correlato externo de los factores sugiere que ambas versiones fueron representadas por la misma jerarquía de la estructura de los factores.

Las implicaciones teóricas y clínicas de los resultados de estos instrumentos de apetencia son discutidas (34).

b) *Variables Independientes:*

TEMPERAMENTO Y CARÁCTER

El temperamento es descrito como altamente heredable y permanente en el individuo lo divide en cuatro dimensiones: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia. En cambio el carácter se describe como determinado por el entorno del individuo y es modificable a lo largo de la vida. Este se conforma en tres dimensiones: autodirección, cooperatividad y autotrascendencia. Se dice que el mismo temperamento puede llevar, por un lado, al éxito en un ambiente determinado, o bien ocasionar ansiedad y fracaso en otro. (32)

Inventario de Temperamento y Carácter (ITC).

Es un instrumento autoaplicable que describe la personalidad dentro de un modelo psicobiológico elaborado por Cloninger (31).

En un trabajo se muestra la traducción y la estandarización al castellano del ITC. Se utilizó una muestra tipo censo de la población por disponibilidad de 269 sujetos, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad. Las medidas y desviaciones estándares de las escalas del ITC, así como los valores de consistencia interna de la versión en castellano fueron similares a la original. La traducción al español del Inventario de temperamento y carácter, se comportó desde el punto de vista psicométrico, en forma similar a la reportada para la versión original. Los promedios y las desviaciones estándar de las subescalas no fueron diferentes (32).

A pesar de las obvias diferencias culturales, el instrumento conserva de una manera bastante sólida la consistencia descrita por sus autores. Al realizar la traducción del ITC, se temía que los reactivos referentes a las subescalas de carácter fueran a perder su valor, en especial los que cubren la escala de auto trascendencia ya que manejan material relacionado con la religión y la moral, y se pensaba que en México se comportarían de manera diferente. Sin embargo la correlación de la sub escala de carácter, se comportó de manera similar a la descrita por Cloninger (30).

La evidencia última de la utilidad de un instrumento es, sin duda el hecho de que discrimine adecuadamente a poblaciones particulares en proyectos concretos. La versión traducida al castellano del ITC ha sido usada en diferentes trabajos de investigación clínica en nuestro medio, con resultados congruentes. El instrumento desarrollado por Cloninger ha demostrado ser útil para el estudio de enlace entre la personalidad y los factores biológicos. Se considera la disponibilidad de una versión en castellano para contribuir al desarrollo de líneas de investigación clínica, en este sentido , en los países latinoamericanos o en las poblaciones de habla hispana (30)

El ITC evalúa siete rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Estos incluyen cuatro dimensiones de temperamento de nivel superior, y tres dimensiones de carácter de nivel superior. Cada uno de estos factores de temperamento y de carácter de nivel superior, son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior. En total se consideran veinticinco rasgos de nivel inferior, doce de temperamento y trece de carácter (32).

El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. El temperamento es moderadamente heredable y estable a lo largo de la vida; las cuatro dimensiones del temperamento comprendidas en el ITC son: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa, y persistencia. En contraste, el carácter se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida. Las tres dimensiones del carácter que el ITC maneja son: la autodirección, la cooperatividad y la autotrascendencia. Cada uno de estos aspectos de la personalidad interactúa para promover una adaptación a las experiencias de la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia los trastornos emocionales y del comportamiento. (32).

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

El término "comorbilidad" se refiere a la presencia de dos o más enfermedades o condiciones médicas o psiquiátricas, incluyendo el alcohol y otros trastornos por el uso de drogas en la misma persona.

El interés en la comorbilidad recae en el hecho de que entenderla conducirá al desarrollo de mejores modelos etiológicos, de prevención y de tratamiento para el uso de cocaína y los trastornos psiquiátricos asociados (4).

Lo anterior lo medimos por medio del siguiente instrumento:

SCID (Structured Interview for DSM-III-R diagnosis)

La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID) es una entrevista semi estructurada para hacer los principales diagnósticos del eje I y del eje II. La aplica un clínico o profesional de la salud mental que esté familiarizado con la clasificación y los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Los sujetos pueden ser pacientes psiquiátricos o de medicina general, o individuos que no han sido identificados como pacientes, tal como sujetos de una encuesta comunitaria para detectar trastornos mentales o familiares de pacientes psiquiátricos. El lenguaje y la cobertura diagnóstica hacen que el SCID sea más apropiado para adultos de 18 años o más, pero con ligeras modificaciones, puede usarse con adolescentes.

El SCID puede ser usado por los clínicos en dos formas principales. En la primera el clínico hace una entrevista típica y luego usa una parte del SCID para confirmar y documentar sus diagnósticos presuncionales del DSM-III-R. En el segundo uso clínico del SCID se aplica la totalidad del instrumento como procedimiento para tomar la historia clínica, asegurándose así que todos los diagnósticos principales del eje I y el eje II sean evaluados sistemáticamente.

El SCID ha sido usado de esta manera en hospitales y clínicas por profesionales de la salud mental de diversos campos, incluyendo psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y trabajadoras sociales.

Hay 3 usos típicos para el SCID en la investigación. Primero para seleccionar la población en estudio, para excluir sujetos con ciertos trastornos o para hacer diagnósticos actuales y anteriores de una población bajo estudio. (33).

Hay dos ediciones estándar del instrumento para diagnosticar los trastornos principales del eje I y del eje II. SCID-P para pacientes y que contiene los siguientes apartados: Síndromes del estado de ánimo, Síntomas psicóticos asociados, trastornos psicóticos (diagnóstico diferencial), trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos de la alimentación, y trastornos adaptativos. Y el SCID-NP (para no pacientes) que contiene: Síndromes del estado de ánimo, tamizaje de psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos de la alimentación y trastornos adaptativos (33).

PROCEDIMIENTO

El investigador principal procedió en primer término a localizar a los sujetos en hospitalización o consulta externa que reportaran uso de cocaína. Posteriormente los entrevistó directamente para establecer si cumplían con los criterios de selección. Una vez obtenido el consentimiento para la participación en el estudio se procedió a aplicar el SCID y posteriormente se les daba el ITC para su llenado. El investigador revisó que el instrumento fuera llenado en forma completa.

ANALISIS ESTADISTICO.

Previa descripción general de las variables en cada grupo, se obtendrá la media y desviación estándar para cada una de las variables relacionadas. Los contrastes de medias se llevaron a cabo con *t* de Student para contrastes de medias ajustando los grados de libertad para varianzas desiguales cuando la prueba de Levene era significativa. La chi cuadrada se utilizó para contrastes categóricos.

Se establecieron correlaciones bivariadas entre cada uno de los parámetros y las variables de pendientes utilizando correlación de Pearson.

Se llevó as cabó un análisis de regresión múltiple con la respuesta a la apetencia como variable dependiente y como predictores a las dimensiones de temperamento y carácter y otras relacionadas con la dependencia.

RESULTADOS

Se estudiaron en total 50 pacientes, de los cuales 43 (86%) eran del sexo masculino y 7(14%) del femenino. La edad promedio de la muestra fue de 29.1 ± 7.9 años (rango de 18 a 45). En cuanto a otras variables sociodemográficas se encontró que 37 (74%) estaban sin pareja actual y 13 (26%) con pareja. En cuanto a las ocupaciones, 12 (24%) eran empleados, 17 (34%) trabajan por su cuenta, 4 (8%) hogar, 15(30%) sin ocupación, y 2 (4%) eran estudiantes.

En cuanto a la distribución de escolaridad, se encontró: Analfabeta 1 (2%), primaria 9 (18%), secundaria 16 (32 %), preparatoria o equivalente 18 (36%) y 4 (12%) superior.

a) Descripción de variables clínicas.

Todos los casos, de acuerdo a lo descrito en los criterios de selección tenían un trastorno relacionado con el consumo de cocaína (abuso o dependencia). 26 (52%) de los casos se documentó la presencia de antecedentes heredofamiliares de adicción y 21 (42%) reportaron tener antecedentes familiares portadores de algún trastorno mental.

En cuanto al reporte de quien vendió la droga, 1 (2%) sujeto reportó que le fue vendida por un familiar, 37 (74%) algún amigo o conocido y 12 (24%) un distribuidor. La distribución del lugar donde les fue vendida la droga fue la siguiente en una casa propia o ajena 21 (42%), en escuela 1 (2%), en el trabajo 1 (2%), en un club social 1 (2%), en fiestas 12 (24%) y en calle o parque 14 (28%)..

La edad de inicio de consumo de cocaína fue a los 22.6 ± 7.6 años y el tiempo de evolución del consumo fue de 6.3 ± 6.09 años. La dosis máxima consumida de cocaína al día fue en promedio de 5.4 ± 7.2 gramos por día y la dosis actual promedio consumida fue de 0.94 ± 1.25 gramos por día.

En la tabla que se muestra a continuación se ilustran los diagnósticos en los que los sujetos cumplieron criterios de acuerdo al DSMIIR.

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PORTABAN ALGUN DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO COMORBIDO CON EL ABUSO Y DEPENDENCIA A COCAÍNA.

DIAGNÓSTICO	SI n (%)	NO n (%)
T. Bipolar (toda la vida)	0 (0%)	50 (100%)
T. Bipolar (Actual)	5 (10%)	45 (90%)
T. Depresivo (toda la vida)	4 (8%)	46 (92%)
T. Depresivo (actual)	20 (40%)	30 (60%)
Alcoholismo (toda la vida)	44 (88%)	6 (12%)
Alcoholismo (actual)	44 (88%)	6 (12%)
Sedantes (toda la vida)	23 (46%)	27 (54%)
Sedantes (actual)	23 (46%)	27 (54%)
Cannabis (toda la vida)	37 (74%)	13 (26%)
Cannabis (actual)	41 (82%)	9 (18%)
Estimulantes (toda la vida)	10 (20%)	40 (80%)
Estimulantes (actual)	12 (24%)	38 (76%)
Opio (toda la vida)	3 (6%)	47 (94%)
Opio (actual)	8 (16%)	42 (84%)
Cocaína (toda la vida)	50 (100%)	0 (0%)
Cocaína (actual)	50 (100%)	0 (0%)
PCP (toda la vida)	5 (10%)	45 (90%)
PCP (actual)	5 (10%)	45 (90%)
Múltiples (toda la vida)	9 (18%)	41 (82%)
Múltiples (actual)	10 (20%)	40 (80%)
Otros (toda la vida)	9 (18%)	41 (82%)
Otros (actual)	9 (18%)	41 (82%)
Ansiedad (toda la vida)	5 (10%)	45 (90%)
Ansiedad (actual)	8 (16%)	42 (84%)

b) Evaluación de la escala de Tiffany adaptada para la apetencia a cocaína.

El promedio del total de la escala de Tiffany para apetencia a la cocaína fue de 102.7 ± 23.9 con un rango de 56 a 152 puntos, (el rango total de la escala es de 31 a 217). La consistencia interna del instrumento arrojó un valor total de 0.78, que es comparable con el encontrado en la adaptación previa que se hizo del instrumento para la apetencia de inhalantes (36).

c) Perfil de temperamento y carácter

En la tabla que se muestra a continuación se ilustran los valores totales obtenidos en el inventario de temperamento y carácter en la muestra de sujetos con dependencia a cocaína. Estos valores son comparados con la muestra de referencia en población mexicana (32).

TABLA #2. PERFIL DE TEMPERAMENTO EN PACIENTES CON ABUSO Y DEPENDENCIA A COCAINA, CONTRASTADO CON EL DE LA POBLACIÓN MEXICANA.

<i>Subescala</i>	<i>Pacientes con dependencia a cocaína Media±DE</i>	<i>Estandarización Mexicana () media±DE</i>	<i>Contrastes (T de studen gl 317</i>
Búsqueda de la Novedad	20.02±3.9	20.2±5.1	N.S
Evitación del daño	15.3±4.2	12.6±7.1	p=0.009
Dependencia de la Recompensa	13.1±3.1	13.9±4.1	N.S
Persistencia	4.2±1.6	4.7±1.8	N.S
Autodirección	24.0±7.2	29.9±10.8	p=0.003
Cooperatividad	25.3±5.1	28.2±9.9	NS
Autotrascendencia	20.0±6.1	16.4±6.2	p= 0.002

NS no significativo

gl grados de libertad

DE desviación estándar

d) Correlaciones bivariadas.

No se documentaron correlaciones significativas entre la apetencia a la cocaína y las dimensiones de temperamento y carácter. Se encontró una correlación inversa significativa del Tiffany con el tiempo de evolución del abuso y dependencia ($r=0.39$, $p=0.005$). También se correlaciono la apetencia en forma inversa con el tiempo promedio que los sujetos llevaban consumiendo la dosis actual de cocaína ($r=-0.39$, $p=0.004$).

e) Contrastes bivariados.

No se documentaron diferencias estadísticamente significativas para la apetencia a la cocaína entre los que utilizaban otras sustancias ni entre los que tenían otro diagnóstico psiquiátrico.

A continuación se mencionan unicamente los contrastes que alcanzaron diferencias estadísticamente significativas:

* Los pacientes que tenían un diagnóstico psiquiatrico diferente al de la adicción tuvieron una edad de inicio en el consumo de la cocaína significativamente menor (20.0 ± 4.3 vs 24.3 ± 8.87 , $t=2.27$, $gl=45.04$, $p=0.02$).

* Los pacientes sin pareja reportaron una edad de inicio en el consumo de la cocaína significativamente menor que los que reportaban tener pareja (20.8 ± 5.8 vs 27.5 ± 9.9 , t 2.27, gl 15, $p=0.003$)

* Los pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol actual tuvieron una dosis de consumo actual de cocaína significativamente menor que los que no tenían dependencia al alcohol (0.7 ± 0.8 vs 2.5 ± 2.4 , t 3.66, gl 48, $p=0.001$).

* Los pacientes con diagnóstico de dependencia actual a otros estimulantes reportaron un tiempo en la dosis actual de cocaína significativamente más largo que los que no los usaban (9.5 ± 6.4 vs 5.1 ± 5.2 , t -2.3, gl 48, $p=0.02$)

* Los pacientes que reportaron una dependencia a derivados opioides mostraron un puntaje significativamente menor en la escala de autodirección del ITC que los que no la tenían (17.6 ± 3.2 vs 25.2 ± 7.1 , t 4.79, gl 22, $p<0.0001$).

* Los pacientes con abuso de PCP mostraron un puntaje significativamente menor en la escala de autodirección que los que no lo tenían (16.8 ± 2.1 vs 24.8 ± 7.1 , t 5.58, gl 17.1, $p<0.0001$).

* Los pacientes con diagnóstico de farmacodependencias múltiples mostraron un tiempo de evolución de la dependencia a cocaína significativamente mayor que los que no lo tenían (10.3 ± 7.5 vs 5.3 ± 5.3 , $t -2.41$, $gl\ 48$, $p=0.02$). Estos mismos pacientes mostraron un tiempo de consumo de la dosis al momento de la evaluación significativamente más largo que los que no tenían farmacodependencias múltiples (9.8 ± 6.5 vs 5.3 ± 5.3 , $t -2.25$, $gl\ 48$, $p=0.02$). Estos mismos sujetos, mostraron un puntaje significativamente menor en la escala de autodirección en el ITC (19.3 ± 7.7 vs 25.2 ± 6.6 , $t -2.43$, $gl\ 48$, $p=0.01$).

f) Análisis multivariado.

Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple donde la variable a predecir era el total de la escala de Tiffany para apetencia a cocaína y los predictores incluidos fueron las escalas del ITC, con la edad, las dosis máxima y actual, el tiempo de evolución de la dependencia y el sexo.

La única variable que entró en el modelo final fue el tiempo de evolución ($B=-1.54$) con una R múltiple de 0.39 y una R cuadrada de 0.15.

DISCUSION

En la literatura se comenta que la cocaína es más usada por el sexo masculino que en el femenino (8), lo cual concuerda con nuestro estudio ya que la mayor parte de los pacientes que participaron en este estudio fueron pacientes masculinos, se reporta más prevalencia entre los 12 y 34 años de edad mayor que entre otras edades ya que se dice que disminuye entre los 35 a 65 años de edad (9), en el estudio realizado encontramos que la edad promedio de la muestra se encuentra entre los 18 y 45 años de edad, lo cual es equivalente a lo reportado en la literatura.

No hay referencias exactas en cuanto a la prevalencia del abuso o dependencia a cocaína en personas con pareja o sin pareja en la literatura, pero en este estudio vemos que es mayor en los que no tienen pareja que en los que si tienen, por lo que podemos pensar en que el hecho de tener pareja puede ser un factor protector en contra del abuso o dependencia cocaína.

Así mismo no se reportan estadísticas exactas en cuanto a las ocupaciones de los pacientes con abuso o dependencia a cocaína, pero en esta investigación se encontró que la mayor parte de estos pacientes trabajan por su cuenta, le sigue en orden decreciente los pacientes sin ocupación, posteriormente los que son empleados y por último los que se dedican al hogar y los que son estudiantes.

Respecto a la escolaridad en la literatura se dice que la mayor parte de estos pacientes con abuso y dependencia de cocaína, tienen escolaridad de secundaria , le sigue en orden decreciente los que tienen escolaridad de preparatoria y el resto lo cubren los que tienen estudios profesionales y los que solo estudiaron la primaria o son analfabetas (10).Lo anterior concuerda con este estudio ya que solo hay una pequeña diferencia entre los que estudiaron secundaria y los que tienen escolaridad de preparatoria, solo hay una diferencia del 4% a favor de los que tienen estudios de preparatoria, le sigue en orden decreciente a esto los que tienen estudios unicamente de primaria, posteriormente los que tienen estudios a nivel superior y por último los que son analfabetas.

En cuanto a la forma de obtención de la droga o quien la proporcionó, en la literatura se reporta que generalmente fue un amigo (9), lo que concuerda con este estudio ya que el mayor porcentaje esa dado tambien por el método de obtención es un amigo y le sigue el distribuidor.

Los sitios de obtención de la droga en la literatura se reporta que la mayor parte era en la calle seguida por el trabajo y en fiestas (9), en relación con este estudio se reporta que la mayor parte de la distribución ocurre en la propia casa o en casa ajena, seguida por la calle o parques, fiestas y por último en el trabajo y en la escuela.

En cuanto a la edad de inicio se reporta en los estudios anteriores que es una edad entre los 12 y 17 años de edad seguido por los 18 y 25 años (10). No hay gran diferencia en cuanto a nuestro estudio ya que la edad de inicio fue entre los 22 años, lo cual nos indica que la prevalencia de la edad de inicio no ha cambiado mucho en los últimos 10 años.

En la literatura se reporta que al igual que otras enfermedades el abuso o la dependencia a la cocaína tiene relación en cuanto a los antecedentes heredofamiliares, así como los antecedentes de enfermedades psiquiátricas (24), en nuestro estudio encontramos que casi la mitad de la muestra de nuestros pacientes reportaron tener antecedentes heredofamiliares de abuso o dependencia a la cocaína, generalmente en hermanos o familiares muy cercanos, también se reporta un poco menos e la mitad con antecedentes heredofamiliares de algún trastorno mental, lo cual es un dato muy importante y que podemos pensar que los factores socioculturales de nuestros pacientes influyen considerablemente en el abuso o dependencia de esta sustancia.

En la literatura se comenta en cuanto a la comorbilidad asociada con el abuso o dependencia a la cocaína, las condiciones psiquiátricas más comunes como son la ansiedad y trastornos afectivos y que aproximadamente un 76% de los hombres y un 65% de las mujeres con un diagnóstico de abuso y dependencia a la cocaína o a otras sustancias cumplían criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional. Y que aproximadamente la mitad de estos pacientes cumplían criterios para un trastorno antisocial de la personalidad, y que aproximadamente un 15% de estos pacientes han intentado suicidarse (19).

En nuestro estudio vemos que un 50% de nuestros pacientes presentan trastornos afectivos ya que un 40% presentan episodio depresivo de moderado a mayor, 10% presentan un trastorno bipolar y un 16% un trastorno de ansiedad generalizado.

En una investigación de jóvenes dependientes a las drogas se encontró que presentaron una distribución normal en el continuo introversión - extroversión; además de presentar trastornos premorbidos de la personalidad relacionados con la disrupción de la familia y conducta antisocial en la niñez. La elección de drogas se relaciona al deseo de experimentar placer en subgrupos inadaptados, a desviaciones sexuales y a inclinaciones personales de tipo intelectual o artístico. Un estudio realizado en 16 familias de adolescentes farmacodependientes puso en manifiesto que había patología psiquiátrica en 21 de los padres, y que los trastornos comunes eran alcoholismo en los padres y depresión mental en las madres (24) En nuestro estudio vemos que en 26 pacientes o sea el 52% de los casos se documentó la presencia de antecedentes heredofamiliares de adicción y 21 o sea el 42%, reportaron tener antecedentes familiares portadores de algún trastorno mental.

Se reporta también que en pacientes psiquiátricos internos se encontraron bajas direcciones en ellos mismos y en la cooperatividad, lo cual pronosticó la presencia de un trastorno de personalidad y que los temperamentos diferían del seguimiento del DSM-III-R. Clouster A (baja recompensa a la dependencia), B (gran búsqueda de la novedad), C (gran evitación del daño) y que estas dimensiones explican la gran variación en los trastornos de personalidad, particularmente cuando la dirección de uno mismo y depresión eran presentados primero dentro del análisis de regresión.

En el grupo B de los trastornos buscando una alta novedad estuvo asociado con personalidad antisocial severa, la alta evitación del daño estuvo asociado a trastorno de personalidad por evitación (7 y 32).

En el estudio se encontró una correlación inversa significativa del cuestionario Tiffany con el tiempo de evolución del abuso y dependencia (33).

Las diferencias estadísticamente significativas fueron las siguientes :

Los pacientes que tenían un diagnóstico psiquiátrico diferente al de la adicción tuvieron una edad de inicio en el consumo de la cocaína significativamente menor. Los pacientes sin pareja reportaron una edad de inicio en el consumo de la cocaína significativamente menor que los que reportaban tener pareja. Los pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol actual tuvieron una dosis de consumo actual de cocaína significativamente menor que los que no tenían dependencia al alcohol. Los pacientes con diagnóstico de dependencia actual a otros estimulantes reportaron un tiempo en la dosis actual de cocaína significativamente más largo que los que no los usaban. Los pacientes que reportaron dependencia a derivados opioides mostraron un puntaje significativamente menor en la escala de autodirección, así como los que consumían PCP. Los pacientes con diagnóstico de farmacodependencia múltiple mostraron un tiempo de evolución de la dependencia a cocaína mayor que los que no lo tenían y también mostraron un tiempo de evolución más largo que los que no lo tenían y tuvieron un puntaje menor en la escala de autodirección (32).

En comparación con la literatura encontramos que hay un aumento en la subescala de la evitación del daño ya que en artículos anteriores se comenta que es de 20.2 ± 5.1 y nuestros resultados fueron de 15.3 ± 4.2 . así mismo encontramos que la autodirección esta disminuida en estos pacientes ya que nos reportaron 24.0 ± 7.2 y en los artículos se reporta 29.9 ± 10.8 . También tenemos un aumento en la subescala de autotrascendencia ya que nos reportó 20.0 ± 6.1 y en los artículos se reporta 16.4 ± 6.2 .

REFERENCIAS.

- 1)--Tapia R y cols. "La encuesta nacional de adicciones de México". Salud Pública V32, No 5, sep-oct. 1990.
- 2)--Fishburne P M y cols. "National Survey on Drug Abuse: Main Findings: 1979. National Institute on Drug Abuse. US Department of Health and Human Services". Alcohol, Drug Abuse and Mental Health administration, 1980.
- 3)—Tapia R y cols. "Las adicciones". 1ra edición, editorial Manual Moderno pag. 25-53. 1997,
- 4)--American Psychiatric Association Committe on Drug Abuse. "position sistematic on psychoactive aubstance use and dependence up date on mariguana and cocaina" American Journal psychiatry 1987.
- 5)--Diaz y cols. "Alcoholismo y farmacodependencia B-2". Asociación Psiquiátrica Mexicana .
- 6)--Organización Mundual de la Salud. Decima revisiónde la clasificación internacional de las enfermedades "Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos y de investigación". Madrid, Meditor. 1994.
- 7)--DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson.
- 8)--Rojas E y cols. "Prevalencia del consumo de drogas en la población escolar. Anales. Reseña de la VIII reunión de investigación". Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1993.
- 9)--Medina M y cols. "Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas. En las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario". Secretaria de salud y consejo nacional contra las adicciones, México, 1992.
- 10)--Rojas E y cols. "Análisis regional sobre el uso de drogas en la población estudiantil de México". Salud Pública de México, Prensa 1987.

- 11)--De la Fuente R y cols. "El abuso y la dependencia de Farmacos psicoactivos". Salud Mental V.10 No 2, junio 1987.
- 12)--De la Serna J y cols. " Perfil demográfico y psicosocial de los usuarios de cocaína detectados en la muestra nacional de estudiantes mexicanos en el año de 1986". Drogodependencia, 16 (1): 5-18, 1991.
- 13)--Valdez J y cols. "Un nuevo tratamiento para el alcoholismo y la drogadicción". Renacer dic. 1995.
- 14)--Uriarte V. "Neuropsicofarmacología" 1988 ciba-geigy.
- 15)--Friedrich Dorsch. "Diccionario de psicología". 5ta edición De. Herder. 1985.
- 16)--Howard S y cols. "Diccionario de Psicología". FCE 1984.
- 17)--Sluchevski J F. y cols. "Enciclopedia de psicología". Psiquiatría J>F> Sluchevski Grijalbo 1992.
- 18)--Borup C y cols. "Fluoxetine and disulfiran treatment of alcoholism with comorbid affective disorders. A naturalistic out come study including quality of life measurements". European psychiatry. 1994.
- 19)--Galván J y cols. "Conducta antisocial asociada al uso de cocaína en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 65-72, 1994.
- 20)--Weinstein y cols. "Integrating the cognitive and physiological aspects of craving". Journal-of-psycho pharmacology, 12/1 (31-38) 1998.
- 21)--Vallejo Ruiloba. "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría". 3ra edición Edit. Salvat.
- 22)--Hugh M y cols. "Social phofia in cocaine-dependent individuals". American Journal on adictions V6, No2, spring 1997.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 23)—Rounsaville B y cols. "Personality Disorders in Substance Abusers: Relation to substance Use". *The Journal of Nervous and Mental Disease*.
- 24)—Svrakic D M. y cols. "Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character". *Arch Gen Psychiatry*, 50, 991-999, 1993.
- 25)—Schroeder M L y cols. "Dimensions of personality disorder and their relationships to the big five dimensions of personality". *Psychological Assessment*, 4, 47-53.
- 26)—Sudbury P y cols. "Substance abuse and antisocial behaviour". *Current pinion in psychiatry*, 4 (3), junio 1991.
- 27)—Castro M E y cols. "Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos". *Salud Pública*, 30: 216-226, 1988.
- 28)—Kandel D B y cols. "The Epidemiology of Drug Use Among New York State High School Students: Distribution, Trends and Change in Rates of Use". *American Journal of Public Health*, 66: 43-53, 1976.
- 29)—Samuel A y cols. "personality, Temperament, and Character Dimensions and the DSM-IV Personality Disorders in Substance Abusers". *Journal of abnormal psychology* Vol 106, No 4, 545-553, 1997.
- 30)—Cloninger C R y cols. "A systematic method for clinical description and classification of personality variantes". *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588, 1987.
- 31)—Cloninger C y cols. "Apsychobiological model of temperament and character". *Archives of general psychiatry*, 50: 975-990.
- 32)—Sanchez M y cols. "Traducción y confiabilidad del inventario de temperamento y carácter (ITC)". *Salud Mental* V19, suplemento de octubre de 1996.

33)--Spitzer R y cols. "Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada el DSM-III-R. SCID Versión 1.0". Departamento de psiquiatría, investigaciones biomédicas de la universidad de Columbia. Instituto psiquiátrico del Estado de Nueva York 1995.

34)--Tiffany y cols. "The development of a cocaine craving questionnaire". *Drug-alcohol-depend.* 34/1 (19-28) 1993.

35)—Chirinos L y cols. "Temperamento,carácter y apetencia en pacientes con abuso y dependencia de inhalantes". Tesis para obtener el grado de psiquiatra. Dpto de psiquiatría UNAM. 1998.

REGISTRO: _____

No EXPEDIENTE (_____)

NOMBRE: _____

EDAD _____

SEXO masc() fem() EDO CIVIL con pareja actual () sin pareja actual () OCUPACION _____

ESCOLARIDAD (en años): (_____)

A) CLINICOS

Diagnóstico hospitalario	Código	Nombre
(_____)	(_____)	(_____)
(_____)	(_____)	(_____)
(_____)	(_____)	(_____)

GAF ACTUAL (_____)

Antecedentes Familiares de Trastornos mentales (padres, hermanos, hijos)

adicciones si () no () Cuales _____
psiquiatricos si () no () Cuales _____

Edad de inicio de la adicción: (_____)

Tiempo de evolución de la adicción: (_____)

Dosis máxima de consumo y tiempo: (_____)

Dosis actual de consumo y tiempo: (_____) (_____)

¿Quien fue la primera persona que le vendió la droga o alcohol?

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------|
| 1.- familiar () | 2.- Amigo o conocido () |
| 3.- Médico o trabajador de la salud () | 4.- Farmacéutico () |
| 5.- Distribuidor () | 6.- Otro Especifico) () |
| 9.- No sabe o no responde () | |

¿En qué lugar la obtuvo por primera vez?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1.- Casa de alguien o propia () | 2.- Escuela () |
| 3.- Trabajo () | 4.- Club social () |
| 5.- Fiestas () | 6.- Bar, cantina, disco () |
| 7.- Calle o parque () | 8.- Otro _____ () |
| 9.- No sabo o no responde. | |

ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA EL DSM-III-R- PARA PACIENTES

SCID-P (Versión 1.0)

Robert L. Spitzer, M.D.; Janet B. W. Williams, D.S.W.;
Miriam Gibbon, M.S.W.; y Michael B. First, M.D.

Estudio: _____
Sujeto: _____
Calificador: _____

Estudio No. _____
No. Ident. _____
Calif. No. _____

El calificador es:

Entrevistador 1
Observador 2

Fecha de entrevista:

Mes Día Año

Evaluación: Inicial 1
Reevaluación 2

Hora inicio entrevista _____
Hora término _____

Fuentes de información
(Marque lo aplicable)

- ____ Sujeto
- ____ Familia/amigos/socios
- ____ Profesional de la salud/expediente/nota de referencia

Consulta con: _____

Editado y verificado por: _____

Fecha: _____

HOJAS DE RESUMEN DE LAS CALIFICACIONES DEL SCID-P

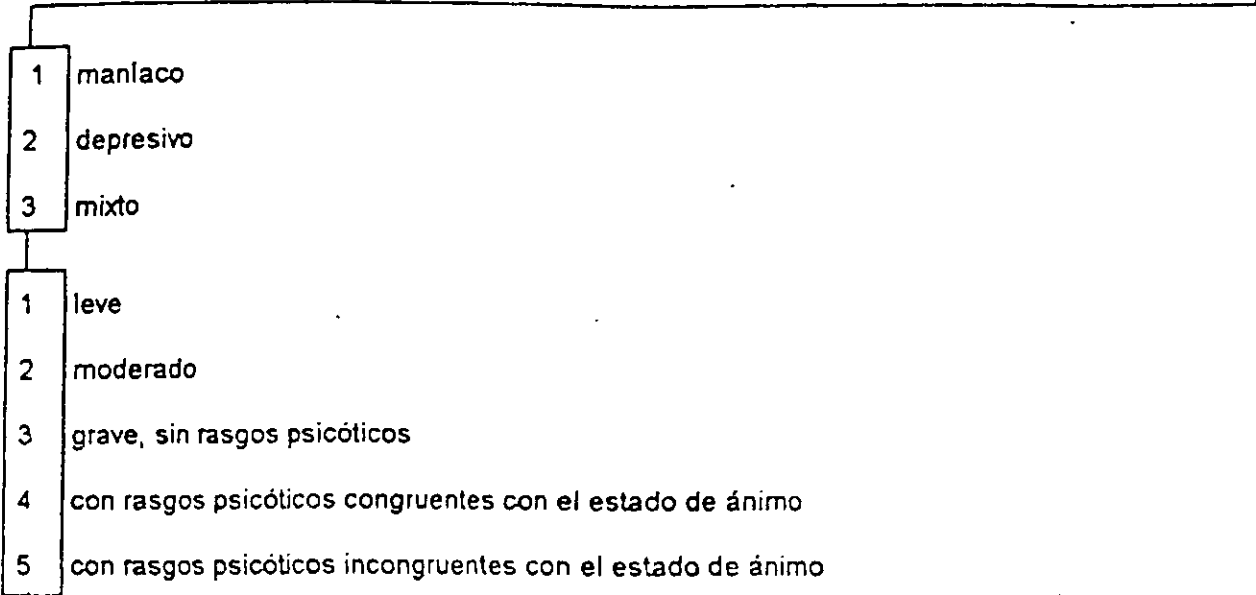
Duración de la entrevista (minutos): _____

DIAGNOSTICO	PREVALENCIA DURANTE LA VIDA	CUMPLE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO EN EL MES PASADO
-------------	--------------------------------	------------------------------------------------------------------------

	INFO INADECUADA	AUSENTE	SUB CLINICO	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE
--	--------------------	---------	----------------	----------	---------	----------

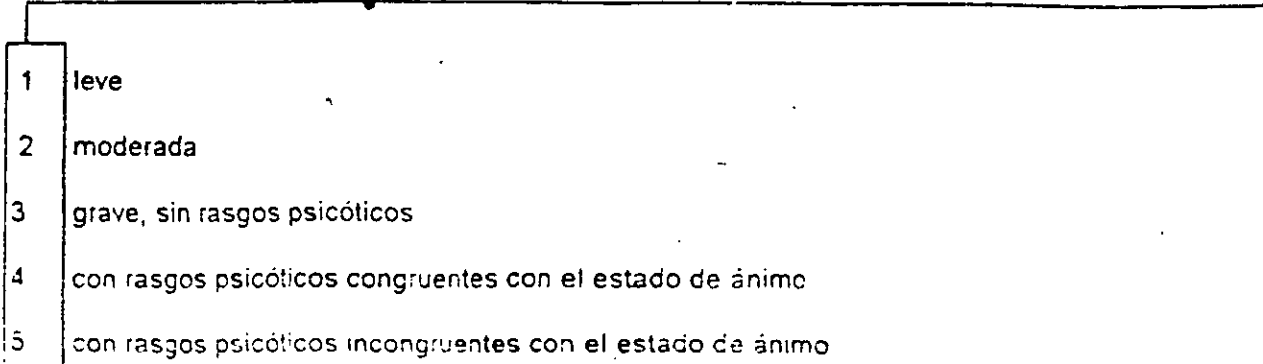
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

01 Trastornos Bipolares (D.1)	?	1	2	3	→	1	3
-------------------------------	---	---	---	---------------------------------------------------------------	---	---	---



02 Otro Trastorno Bipolar (D.1)	?	1	2	3	→	1	3
---------------------------------	---	---	---	---------------------------------------------------------------	---	---	---

03 Depresión Mayor (D.2)	?	1	2	3	→	1	3
--------------------------	---	---	---	---------------------------------------------------------------	---	---	---



DIAGNOSTICO	PREVALENCIA DURANTE LA VIDA			CUMPLE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO EN EL MES PASADO		
	INFO INADECUADA	AUSENTE	SUB CLINICO	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE

TRASTORNOS DE ESTADO DE ANIMO (continuación)

04 Distimia (sólo actual) (A.16)	?	1	2	3		
1 primario						
2 secundario						
05 Síndrome Depresivo Sobrepuesto a un Trastorno Psíquico Crónico (D.2)	?	1		3	→ 1	3

TRASTORNOS PSICOTICOS

06 Esquizofrenia (C.5)	?	1	2	3	→ 1	3
07 Trastorno Esquizofreniforme (C.8)	?	1	2	3	→ 1	3
1 con rasgos de buen pronóstico						
2 sin rasgos de buen pronóstico						
08 Trastorno Esquizoafectivo (C.9)	?	1	2	3	→ 1	3
1 tipo bipolar						
2 tipo deprimido						
09 Trastorno Delirante (C.11)	?	1	2	3	→ 1	3
10 Psicosis Reactiva Breve (C.2)	?	1	2	3	→ 1	3
11 Trastorno Psíquico NOS (C.12)	?	1	2	3	→ 1	3

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA DURANTE LA VIDA

CUMPLE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO EN EL MES PASADO

INFO INADECUADA AUSENTE SUB CLINICO PRESENTE AUSENTE PRESENTE

TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

DIAGNOSTICO	INFO	INADECUADA	AUSENTE	SUB CLINICO	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE
2 Alcohol (E.4)	?	1		2 3	→	1	3
3 Sedantes-hipnóticos-ansiolíticos (E.13)	?	1		2 3	→	1	3
4 Cannabis (E.13)	?	1		2 3	→	1	3
5 Estimulantes (E.13)	?	1		2 3	→	1	3
6 Opiáceos (E.13)	?	1		2 3	→	1	3
7 Cocaína (E.13)	?	1		2 3	→	1	3
8 Feniciclidina (PCP) y sustancias afines (E.13)	?	1		2 3	→	1	3
9 Múltiples Drogas (E.13)	?	1			3 →	1	3
10 Otros (E.13)	?	1		2 3	→	1	3

DIAGNOSTICO	PREVALENCIA DURANTE LA VIDA			CUMPLE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO EN EL MES PASADO		
	INFO INADECUADA	AUSENTE	SUB CLINICO	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE
TRASTORNOS DE ANSIEDAD						
21 Trastorno por Angustia (F.2)	?	1	2	3	→ 1	3
1 sin Agorafobia						
2 con Agorafobia						
22 Agorafobia sin Historia de Trastorno por Angustia (AWOPD) (F.6)	?	1	2	3	→ 1	3
23 Fobia Social (F.9)	?	1	2	3	→ 1	3
24 Fobia Simple (F.11)	?	1	2	3	→ 1	3
25 Trastorno Obsesivo-Compulsivo (F-13)	?	1	2	3	1	3
26 Trastorno por Ansiedad Generalizada (sólo actual) (F-17)	?	1	2	3		

DIAGNOSTICO	PREVALENCIA DURANTE LA VIDA			CUMPLE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO EN EL MES PASADO		
	INFO INADECUADA	AUSENTE	SUB CLINICO	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE
TRASTORNOS SOMATOFORMES						
Trastorno por Somatización (sólo actual) (G.4)	?	1	2	3		
Trastorno de dolor somatoforme (sólo actual) (G.5)	?	1	2	3		
Trastorno Somatoforme Indiferenciado (sólo actual) (G.6)	?	1	2	3		
Hipocondría (sólo actual) (G.7)	?	1	2	3		
TRASTORNOS ALIMENTARIOS						
Anorexia Nerviosa (H.1)	?	1	2	3	→ 1	3
Bulimia Nerviosa (H.3)	?	1	2	3	→ 1	3
TRASTORNO ADAPTATIVO (sólo actual) (1.2)	?	1	2	3		
OTROS TRASTORNOS EJE I DSM III R	?	1	2	3	→ 1	3

Especificar _____

PRINCIPAL DIAGNOSTICO DEL EJE I (o sea, el trastorno que es [o debería ser] el foco más importante de atención clínica actual)

Registre el número de código que está a la izquierda del diagnóstico: _____

Nota: Codifique 00 si no existe trastorno del Eje 1. Codifique 99 si se desconoce.

CERTEZA DE LOS DIAGNOSTICOS ACTUALES

CODIFIQUE LA CERTEZA DE LA PRESENCIA DE AL MENOS UN TRASTORNO EN UNA CATEGORIA DIAGNOSTICA, O LA AUSENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO EN ESA CATEGORIA DIAGNOSTICA

	Mala	Regular	Buena
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO	1	2	3
TRASTORNOS PSICOTICOS	1	2	3
TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1	2	3
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	1	2	3
TRASTORNOS SOMATOFORMES	1	2	3
TRASTORNOS ALIMENTARIOS	1	2	3
TRASTORNOS DE ADAPTATIVOS	1	2	3

DIAGNOSTICO DEL ENTREVISTADOR, SI DIFIERE DEL DIAGNOSTICO DEL SCID:

Cuestionario sobre cocaína

Por favor indique hasta que extremo usted esta de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los siguientes

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Levemente desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Levemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
• El consumir cocaína me harla sentir muy bien en este momento							
Me gustaria estar menos irritable si pudiera tomar cocaína ahora							
Nada me harla sentir mejor que consumir cocaína en este momento							
No extraño la cocaína en este momento							
Consumire cocaína en cuanto tenga la primera oportunidad							
No tengo deseos de consumir cocaína en este momento							

El consumir cocaína me haría sentir menos deprimido en este momento								
Los cocaína no podrían relajarme en este momento								
Si me ofrecieran cocaína, me gustaría consumirla inmediatamente								
a partir de este momento, no consumiré cocaína por un periodo de tiempo muy largo								

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Levemente desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Levemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El consumir cocaína no sería un sentimiento placentero			0				
Si estuviera consumiendo cocaína, no me sentiría tan aburrido							
Todo lo que quiero en estos momentos es cocaína							
El consumir cocaína en este momento me haría sentir más desiento							
El consumir cocaína me haría sentir más feliz ahora							
Aunque fuera posible, probablemente no consumiría cocaína ahora							
No tengo deseo por el cocaína en este momento							
Mi deseo del consumir							

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Levemente desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Levemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
En estos momentos no disfrutaría el sabor de la cocaína			0				
Tengo necesidad de consumir cocaína							
Podría controlar mejor todas las cosas ahora si consumiera cocaína							
Consumire cocaína tan rápido como me sea posible							
No me sentiré bien físicamente si no tomo cocaína						1	
Los cocaína no me darían satisfacción a mi en estos momentos							
Si tuviera cocaína frente a mi posiblemente no los consumiría							
Si tuviera cocaína ahora mi pensamiento sería mas claro							
Necesito consumir							

ITC

NOMBRE _____	
EDAD _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
SEXO _____	OCUPACION _____
FECHA _____	

INSTRUCCIONES

En este cuestionario encontrará usted enunciados que la gente puede utilizar para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales.

Cada enunciado puede contestarse como VERDADERO o FALSO. Lea el enunciado y decida que opción lo describe mejor a usted.

Conteste este cuestionario individualmente y utilice un lápiz para anotar sus respuestas. Cuando termine, por favor regrese el cuestionario.

COMO CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO

Para contestar únicamente marque con una cruz la "V" si la respuesta lo describe en alguna forma, o la "F" si no es así. después de cada pregunta la "V" (VERDADERO) o la "F" (FALSO).

Ejemplo

	VERDADERO	FALSO
Entendí como debe de llenarse este cuestionario	V	F

(Si usted entendió como llenar este cuestionario, marque la "V" para mostrar que el enunciado es VERDADERO).

Lea cada enunciado cuidadosamente, pero no invierta mucho tiempo en decidir su respuesta. Por favor conteste todos los enunciados, aun en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. NO DEJE ENUNCIADOS SIN CONTESTAR.

No hay respuestas acertadas o erróneas, solo describa sus opiniones y sentimientos propios. Es importante mencionar que toda la información generada por este cuestionario es CONFIDENCIAL.

- | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1 | Con frecuencia hago cosas nuevas solo por diversión o nada más para sentir la emoción, aun cuando la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo. | V | F |
| 2 | Por lo general estoy confiado en que todo va a salir bien, aun en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente. | V | F |
| 3 | Con frecuencia me conmuevo profundamente ante un buen discurso o un poema. | V | F |
| 4 | Con frecuencia siento que soy víctima de las circunstancias. | V | F |
| 5 | Por lo general puedo aceptar a los demás tal y como son, aun cuando sean muy diferentes a mí. | V | F |
| 6 | Creo que los milagros pueden suceder | V | F |
| 7 | Disfruto vengarme de las personas que me hacen daño. | V | F |
| 8 | Con frecuencia, cuando estoy concentrado en algo, se me olvida el paso del tiempo. | V | F |
| 9 | Con frecuencia siento que mi vida tiene poco sentido o significado. | V | F |
| 10 | Me gusta ayudar a encontrar una solución a los problemas, para que todo mundo salga beneficiado. | V | F |
| 11 | Probablemente podría conseguir más de lo que hago, pero no le veo sentido a presionarme más de lo necesario. | V | F |
| 12 | Me siento frecuentemente tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando los demás sientan que no hay de que preocuparse. | V | F |
| 13 | Con frecuencia hago las cosas de acuerdo a como me siento en el momento, sin pensar como se hicieron en el pasado. | V | F |
| 14 | Por lo general hago las cosas a mi manera, sin ceder a los deseos de los demás. | V | F |
| 15 | Con frecuencia me siento tan en contacto con la gente de mi alrededor, que es como si no existiera separación entre nosotros. | V | F |
| 16 | Por lo general no me caen bien las personas que tienen ideas diferentes a las mías. | V | F |
| 17 | En la mayoría de las situaciones, mi manera natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado | V | F |

- | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 18 | Haría casi cualquier cosa legal para ser rico y famoso, aun cuando perdiese la confianza de muchos viejos amigos | V | F |
| 19 | Soy mucho más reservado y controlado que la mayoría de la gente | V | F |
| 20 | Con frecuencia dejo de hacer las cosas por que me preocupa que algo salga mal | V | F |
| 21 | Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en lugar de callarmelos | V | F |
| 22 | Tengo menos energia y me canso mas rapido que la mayoría de la gente. | V | F |
| 23 | Con frecuencia me dicen que estoy en la luna porque me meto tanto en las cosas que hago, que pierdo noción de todo lo demas | V | F |
| 24 | Es raro que me sienta con la libertad para hacer lo que quiero | V | F |
| 25 | Con frecuencia tomo en cuenta los sentimientos de los demás como si fueran míos | V | F |
| 26 | La mayona de las veces prefiero hacer algo arriesgado como manejar un automóvil a gran velocidad en barrancas y curvas peligrosas, en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por unas horas | V | F |
| 27 | Con frecuencia evito conocer extraños por que no tengo confianza con la gente que no conozco. | V | F |
| 28 | Me gusta complacer lo mas que puedo a las personas | V | F |
| 29 | Prefiero hacer las cosas a la "antiguita", en lugar de probar métodos nuevos y mejoradas | V | F |
| 30 | Por lo general no puedo hacer las cosas de acuerdo a su prioridad por falta de tiempo. | V | F |
| 31 | Con frecuencia hago cosas para proteger de la extincion a los animales y a las plantas. | V | F |
| 32 | Con frecuencia desearia ser más inteligente que los demás | V | F |
| 33 | Me produce placer el ver sufrir a mis enemigos. | V | F |
| 34 | Me gusta ser muy organizado y, siempre que pueda, imponer reglas a la gente | V | F |
| 35 | Me cuesta trabajo seguir en la misma actividad por mucho tiempo la por que otras cosas me distraen | V | F |

- | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 36 | La práctica me ha dado una base sólida que me protege contra los impulsos del momento o de dejarme convencer | V | F |
| 37 | Por lo general tengo tanta determinación en lo que hago, que sigo trabajando aún cuando la mayoría ya se hubiera rendido. | V | F |
| 38 | Me fascinan las cosas que no tienen una explicación científica. | V | F |
| 39 | Tengo muchas malas costumbres que me gustaría poder cambiar. | V | F |
| 40 | Por lo general espero a que alguien más me solucione los problemas. | V | F |
| 41 | Con frecuencia me gasto el dinero hasta que se acabe o me lleno de deudas para seguir gastando. | V | F |
| 42 | Pienso que tendré muy buena suerte en el futuro | V | F |
| 43 | Me recupero más lentamente que la mayoría de la gente de las enfermedades sencillas y del estrés | V | F |
| 44 | No me molestaría estar solo todo el tiempo. | V | F |
| 45 | Con frecuencia, cuando estoy relajado, siento que "me cae el veinte" o que me entiendo mejor | V | F |
| 46 | Me tiene sin cuidado si no le caigo bien a la gente o si no le parece la manera en la que hago las cosas | V | F |
| 47 | Por lo general trato de conseguir lo que quiero para mí, por que de cualquier modo no es posible satisfacer a todos | V | F |
| 48 | No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista. | V | F |
| 49 | Me cuesta trabajo entender a la mayoría de la gente. | V | F |
| 50 | No es necesario ser deshonesto para triunfar en los negocios. | V | F |
| 51 | A veces me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece ser parte de un solo ser viviente | V | F |
| 52 | En las conversaciones soy mejor escuchando que hablando | V | F |
| 53 | Pierdo el control más rápido que el resto de la gente. | V | F |
| 54 | Cuando tengo que conocer a un grupo de extraños, soy más tímido que la mayoría de la gente | V | F |
| 55 | Soy más sentimental que la mayoría de la gente. | V | F |
| 56 | Parece como si tuviera un sexto sentido que, en ocasiones, me permite saber qué es lo que va a suceder | V | F |

- | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 57 | Cuando alguien me hiere de alguna manera, por lo general trato de vengarme | V | F |
| 58 | Mis actitudes estan determinadas en gran parte por influencias fuera de mi control | V | F |
| 59 | Cada día trato de dar un paso más hacia mis metas | V | F |
| 60 | Con frecuencia me gustaria ser más fuerte que los demás. | V | F |
| 61 | Me gusta pensar mucho tiempo las cosas antes de tomar una decisión. | V | F |
| 62 | Soy más trabajador que la mayoría de la gente | V | F |
| 63 | Con frecuencia necesito de siestas o de periodos adicionales de descanso porque me canso fácilmente. | V | F |
| 64 | Me gusta ser útil a los demás | V | F |
| 65 | Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sin importar que tenga que superar cualquier problema pasajero | V | F |
| 66 | Me cuesta trabajo disfrutar cuando gasto el dinero en mi, aun cuando tenga ahorrado una buena cantidad. | V | F |
| 67 | Por lo general conservo la calma y la tranquilidad en situaciones que la mayoría de la gente encuentra peligrosas | V | F |
| 68 | Me gusta guardarme mis problemas. | V | F |
| 69 | No me importa discutir mis problemas personales con personas que acabo de conocer o que conozco poco | V | F |
| 70 | Prefiero quedarme en casa que viajar o conocer nuevos lugares. | V | F |
| 71 | No creo que valga la pena ayudar a la gente débil que no pueda valerse por si misma | V | F |
| 72 | Me da culpa tratar a la gente de manera injusta, aun cuando ellos hayan sido injustos conmigo | V | F |
| 73 | Por lo general la gente me dice como se siente. | V | F |
| 74 | Con frecuencia desearia seguir siendo joven para siempre. | V | F |
| 75 | Por lo general me deprimó más que la mayoría de la gente después de la pérdida de un amigo cercano. | V | F |
| 76 | En ocasiones he sentido como si formara parte de algo sin fronteras o limites en el tiempo y el espacio. | V | F |
| 77 | En ocasiones siento un contacto espiritual con el resto de la gente que no puedo explicar con palabras. | V | F |

- | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 78 | Trato de ser considerado con los sentimientos de los demás, aun cuando en el pasado hayan sido injustos conmigo | V | F |
| 79 | Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin que existan reglas estrictas o límites. | V | F |
| 80 | Probablemente me mantendría tranquilo y abierto al conocer un grupo de desconocidos, aun cuando se me hubiera dicho que son poco amigables. | V | F |
| 81 | Por lo general me preocupo mas que el resto de la gente de que algo salga mal en el futuro. | V | F |
| 82 | Por lo general me fijo en todos en todos los detalles antes de tomar una decisión. | V | F |
| 83 | Siento que es más importante ser comprensivo y tener compasión con el resto de la gente, que ser demasiado practico y frio. | V | F |
| 84 | Con frecuencia siento un poderoso sentido de unidad con las cosas que me rodean | V | F |
| 85 | Con frecuencia me gustaria tener poderes especiales como los de Superman. | V | F |
| 86 | Los demas me controlan demasiado | V | F |
| 87 | Me gusta compartir con otras personas lo que he aprendido. | V | F |
| 88 | Algunas experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida | V | F |
| 89 | Con frecuencia aprendo mucho de la gente | V | F |
| 90 | La practica me ha enseñado a ser bueno en muchas cosas que me ayudan a tener éxito | V | F |
| 91 | Por lo general puedo hacer que otras personas me crean, aun cuando se que lo que digo es exagerado o falso. | V | F |
| 92 | Necesito mas descanso, apoyo, y consuelo, que los demás, para recuperarme de enfermedades leves o del estrés | V | F |
| 93 | Se que existen ciertos principios en la vida que nadie puede violar sin sufrir a la larga. | V | F |
| 94 | No quiero ser más rico que los demás | V | F |
| 95 | Aceptaria con gusto arriesgar mi propia vida para hacer del mundo un sitio mejor. | V | F |
| 96 | Al tomar una decisión, prefiero confiar más en mis sentimientos que detenerme a pensarlo mucho tiempo. | V | F |
| 97 | Algunas veces he sentido que mi vida ha sido dirigida por una fuerza espiritual más grande que cualquier ser humano | V | F |

- | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 98 | Por lo general disfruto portarme mal con quien ha sido malo conmigo | V | F |
| 99 | Tengo la fama de ser una persona muy practica y que no se guía por sus emociones. | V | F |
| 100 | Me es fácil organizar mis pensamientos mientras hablo con alguien | V | F |
| 101 | Con frecuencia reacciono tan fuerte ante noticias inesperadas, que luego me arrepiento de las cosas que hago o digo | V | F |
| 102 | Me conmueven profundamente las cosas sentimentales (como cuando me piden ayuda para los niños pobres o enfermos) | V | F |
| 103 | Con frecuencia me presiono más que la mayoría de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que pueda | V | F |
| 104 | Tengo tantos defectos que no me quiero mucho | V | F |
| 105 | Tengo muy poco tiempo para buscar soluciones a largo plazo a mis problemas. | V | F |
| 106 | Con frecuencia no me enfrento a los problemas porque no se qué hacer exactamente. | V | F |
| 107 | Con frecuencia me gustaria detener el paso del tiempo. | V | F |
| 108 | No me gusta tomar decisiones basado solo en mis primeras impresiones. | V | F |
| 109 | Prefiero gastar el dinero en lugar de ahorrarlo | V | F |
| 110 | Por lo general soy bueno para contar un chiste o hacerles bromas a los demás. | V | F |
| 111 | Aun cuando existen problemas en una amistad, casi siempre trato de conservarla. | V | F |
| 112 | Si me apenan o me humillan, me recupero rapidamente. | V | F |
| 113 | Me resulta extremadamente difícil cambiar mi manera de hacer las cosas, por que me pongo tenso, cansado o preocupado. | V | F |
| 114 | Por lo general exijo que me den muy buenas razones para cambiar mi manera tradicional de hacer las cosas. | V | F |
| 115 | Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen buenos hábitos. | V | F |
| 116 | Creo que las percepciones extrasensoriales, (como la telepatia o las premoniciones) son realmente posibles. | V | F |
| 117 | La mayor parte del tiempo me gustaria tener conmigo amigos cercanos y afectuosos. | V | F |
| 118 | Por lo general insisto en seguir probando la misma cosa, aun cuando no haya tenido éxito en mucho tiempo | V | F |
| 119 | Casi siempre me mantengo tranquilo y despreocupado, aun cuando casi todos los demás tengan miedo | V | F |
| 120 | Me aburren las canciones y las películas tristes | V | F |

- | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 121 | Las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad | V | F |
| 122 | Me resulta difícil tolerar a las personas que son diferentes a mí | V | F |
| 123 | Creo que la mayoría de los milagros son pura casualidad | V | F |
| 124 | Prefiero ser bueno en lugar que vengativo cuando alguien me hiere | V | F |
| 125 | Frecuentemente me concentro tanto en lo que hago que me olvido en lo demás, como si me separara del tiempo y del lugar | V | F |
| 126 | Creo que no tengo claro el propósito de mi vida | V | F |
| 127 | Trato de cooperar lo más posible con el resto de la gente. | V | F |
| 128 | Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de mejorar. | V | F |
| 129 | Con frecuencia me siento tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando otros sientan que no existe ningún peligro | V | F |
| 130 | Con frecuencia me guío por mis instintos, corazonadas o intuiciones sin pensar en todos los detalles. | V | F |
| 131 | La gente piensa que soy demasiado independiente por que no hago lo que ellos quieren. | V | F |
| 132 | Con frecuencia siento un fuerte contacto espiritual o emocional con toda la gente que me rodea. | V | F |
| 133 | Es fácil que me caigan bien las personas que tienen valores diferentes a los míos. | V | F |
| 134 | Trato de trabajar lo menos posible, aun cuando otras personas esperan más de mí. | V | F |
| 135 | Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí, y me salen de manera naturales y espontánea. | V | F |
| 136 | No me importa que, con frecuencia, otras personas sepan más que yo sobre algo | V | F |
| 137 | Por lo general trato de ponerme en los "zapatos de los demás" para poder entenderlos realmente. | V | F |
| 138 | Los principios como la justicia y la honradez tienen poca importancia en ciertos aspectos de mi vida. | V | F |
| 139 | Ahorro mejor el dinero que la mayoría de la gente | V | F |
| 140 | No me dejo decepcionar o frustrar, cuando las cosas no salen bien. Sencillamente prefiero dedicarme a otras actividades. | V | F |
| 141 | Por lo general insisto en que las cosas se hagan de un modo ordenado y estricto, aun cuando la mayoría de la gente sienta que no es importante | V | F |
| 142 | En la mayoría de las situaciones sociales estoy confiado y seguro | V | F |

- | | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 143 | A mis amigos les cuesta trabajo conocer mis sentimientos por que rara vez les comento mis intimidades | V | F |
| 144 | No me gusta cambiar mi manera de que hacer las cosas, aun cuando la gente me diga que existe una nueva y mejor manera de hacerlo. | V | F |
| 145 | Pienso que es una tonteria el creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente. | V | F |
| 146 | Me gusta imaginar a mis enemigos sufriendo. | V | F |
| 147 | Tengo más energía y me canso menos rápido que la mayoría de la gente. | V | F |
| 148 | Me gusta poner mucha atención en los detalles de todo lo que hago. | V | F |
| 149 | Con frecuencia dejo de hacer lo que estoy haciendo porque me preocupo, aun cuando mis amigos me dicen que todo saldrá bien. | V | F |
| 150 | Con frecuencia me gustaria ser más poderoso que los demás. | V | F |
| 151 | En general me siento libre para elegir lo que quiero hacer. | V | F |
| 152 | Con frecuencia me meto tanto en lo que estoy haciendo que se me olvida por un momento dónde estoy. | V | F |
| 153 | A los miembros de un equipo rara vez les toca lo que les corresponde. | V | F |
| 154 | La mayor parte del tiempo preferiria hacer algo peligroso (como brincar con paracaídas, o correr en motocicleta), en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por algunas horas. | V | F |
| 155 | Me cuesta trabajo ahorrar porque, por lo general, gasto mucho dinero a lo tonto, aun cuando se necesite para cosas especiales como unas vacaciones. | V | F |
| 156 | No sacrifico nada de mi persona para quedar bien con los demás. | V | F |
| 157 | No soy nada tímido con personas desconocidas. | V | F |
| 158 | Con frecuencia cedo ante los deseos de mis amigos. | V | F |
| 159 | La mayor parte de mi tiempo la paso haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero para mi no son realmente importantes. | V | F |
| 160 | No creo que en las decisiones de negocios deban de influir los principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho. | V | F |
| 161 | Con frecuencia hago a un lado mis principios para poder entender mejor lo que le pasa a otras personas. | V | F |
| 162 | Muchos de mis hábitos hacen que me sea difícil alcanzar metas que valen la pena. | V | F |
| 163 | He realizado verdaderos sacrificios personales, como tratar de prevenir la guerra, la pobreza y la injusticia, para hacer del mundo un lugar mejor. | V | F |
| 164 | Nunca me preocupo de cosas terribles que puedan pasar en el futuro. | V | F |

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 165 | Casi nunca me emociono al grado de perder el control | V | F |
| 166 | Con frecuencia dejo una actividad que requiere más tiempo de lo que habia pensado. | V | F |
| 167 | Prefiero iniciar las conversaciones en lugar de esperar que otros me hablen. | V | F |
| 168 | La mayoría de las veces olvido rápidamente a quien me ha hecho mal. | V | F |
| 169 | Mis acciones, en gran parte, se determinan por influencias fuera de mi control. | V | F |
| 170 | Con frecuencia tengo que cambiar mis decisiones por haber tenido una corazonada equivocada o una primera impresión errónea. | V | F |
| 171 | Prefiero esperar a que alguien tome el mando para llevar a cabo las cosas. | V | F |
| 172 | Por lo general respeto las opiniones de los demás. | V | F |
| 173 | He tenido experiencias que han aclarado mi papel en la vida, y me han hecho sentir muy emocionado y feliz. | V | F |
| 174 | Me divierte comprar cosas para mi. | V | F |
| 175 | Creo que he tenido percepciones extrasensoriales. | V | F |
| 176 | Creo que mi cerebro no funciona adecuadamente. | V | F |
| 177 | Mi comportamiento se rige por ciertas metas que me he propuesto para mi vida. | V | F |
| 178 | Por lo general es tonto favorecer el éxito de otras personas. | V | F |
| 179 | Con frecuencia me gustaría poder vivir para siempre. | V | F |
| 180 | Por lo general me gusta no involucrarme y estar a distancia de los demás. | V | F |
| 181 | Lloro con más facilidad que la mayoría de gente en una película triste. | V | F |
| 182 | Me recupero más rápido que la mayoría de la gente de enfermedades sencillas o del estrés. | V | F |
| 183 | Con frecuencia, cuando pienso que me puedo salir con la mía, rompo reglas y leyes. | V | F |
| 184 | Necesito mucha más práctica en el desarrollo de hábitos positivos, para poder confiar en mi mismo ante situaciones tentadoras. | V | F |
| 185 | Me gustaría que los demás no hablaran tanto como lo hacen. | V | F |
| 186 | Todas las personas merecen ser tratadas con dignidad y respeto, aun si parecen ser poco importantes o malas. | V | F |
| 187 | Me gusta tomar decisiones rápidas, para poder iniciar la acción lo más pronto posible. | V | F |
| 188 | Por lo general tengo suerte en las cosas que hago. | V | F |

- | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 189 | Por lo general tengo confianza en mi facilidad para hacer cosas que la mayoría de la gente las considera como peligrosas (como manejar rápido un automóvil en un camino mojado o malo) | V | F |
| 190 | No veo el caso de continuar trabajando en algo, a menos de que exista una muy buena oportunidad de éxito. | V | F |
| 191 | Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas | V | F |
| 192 | Me gusta más ahorrar dinero que gastarlo en diversiones o actividades emocionantes. | V | F |
| 193 | Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de la comunidad. | V | F |
| 194 | He tenido experiencias personales que me han hecho sentir en contacto con un poder espiritual divino y maravilloso. | V | F |
| 195 | He tenido momentos de gran felicidad en los que, de pronto, he tenido un claro y profundo sentido de unidad con todo lo que existe. | V | F |
| 196 | Los buenos hábitos hacen que me sea más fácil el hacer las cosas del modo que yo quiero. | V | F |
| 197 | La mayoría de las personas parecen tener más medios que yo. | V | F |
| 198 | Con frecuencia culpo de mis problemas a otras personas o a las situaciones externas. | V | F |
| 199 | Me da placer ayudar a otros, aun cuando me hayan tratado mal. | V | F |
| 200 | Con frecuencia siento que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida. | V | F |
| 201 | Aun cuando estoy con amigos, prefiero no abrirme demasiado. | V | F |
| 202 | Por lo general puedo mantenerme durante el día listo para cualquier cosa, sin tener que esforzarme. | V | F |
| 203 | Casi siempre pienso en todos los detalles antes de tomar una decisión, aun cuando los demás demandan una decisión rápida. | V | F |
| 204 | Cuando me descubren haciendo algo malo, no soy muy bueno para safarme del problema. | V | F |
| 205 | Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente. | V | F |
| 206 | Si algo está bien o mal sólo es cuestión del punto de vista. | V | F |
| 207 | Creo que, por lo general, mi manera natural de responder va de acuerdo con mis principios y metas a largo plazo. | V | F |
| 208 | Creo que toda la vida depende de algún orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo | V | F |

- | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 209 | Creo que puedo estar confiado y tranquilo cuando estoy con desconocidos, aun cuando se me dijera que pueden estar enojados conmigo | V | F |
| 210 | A la gente se le hace fácil venir conmigo por ayuda, consuelo y comprensión cálida. | V | F |
| 211 | Me cuesta más trabajo que los demás el entusiasarme sobre nuevas ideas y actividades. | V | F |
| 212 | Me cuesta trabajo decir una mentira, aun cuando sea para no herir los sentimientos de alguien más. | V | F |
| 213 | Existen algunas personas que no me caen bien. | V | F |
| 214 | No quiero ser mas admirado que el resto de la gente. | V | F |
| 215 | Con frecuencia algo maravilloso me ocurre al mirar algo común y corriente, por ejemplo, me llega la sensación de que lo veo por primera vez. | V | F |
| 216 | La mayoría de las personas que conozco ven por sus propios intereses sin importarles quien salga herido. | V | F |
| 217 | Por lo general me siento tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco común. | V | F |
| 218 | Con frecuencia me esfuerzo al grado de no poder más, o bien, trato de hacer más de lo que realmente puedo. | V | F |
| 219 | Algunas personas piensan que soy muy codo o tacaño con mi dinero. | V | F |
| 220 | Las experiencias místicas probablemente son solo producto de la mente de las personas que creen en eso. | V | F |
| 221 | Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aun cuando sé que me va a traer consecuencias. | V | F |
| 222 | Me molesta ver sufrir a quien sea. | V | F |
| 223 | Sé lo quiero hacer de mi vida | V | F |
| 224 | Por lo general tomo tiempo para pensar si lo que estoy haciendo está bien o mal. | V | F |
| 225 | A menos de que sea muy cuidadoso, por lo general salen mal las cosas. | V | F |
| 226 | Si me siento decepcionado, por lo general estoy mejor rodeado de amigos que estando solo. | V | F |
| 227 | No creo que sea posible que una persona comparta sentimientos con otra que no haya tenido la misma experiencia. | V | F |
| 228 | Con frecuencia los demás piensan que estoy en la luna porque me ven totalmente desconectado de las cosas que suceden a mi alrededor | V | F |
| 229 | Me gustaría ser más guapo que todo los demás | V | F |

- | | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 230 | He mentido mucho en este cuestionario | V | F |
| 231 | Por lo general me alejo de situaciones sociales en las que probablemente conoceré extraños, aun cuando se me asegure que ellos serán amigables. | V | F |
| 232 | Me fascina tanto el florecer de la primavera, como el volver a ver a un viejo amigo. | V | F |
| 233 | Por lo general veo una situación difícil como un reto u oportunidad. | V | F |
| 234 | Las personas que tienen que ver conmigo tienen que aprender a hacer las cosas a mi manera. | V | F |
| 235 | La deshonestidad solo causa problemas si te descubren. | V | F |
| 236 | Por lo general me siento con mucha más confianza y energía que la mayoría de la gente, aun después de haber padecido enfermedades sencillas o estrés. | V | F |
| 237 | Cuando me piden que firme un documento me gusta leerlo todo. | V | F |
| 238 | Cuando nada nuevo está sucediendo, por lo general me pongo a buscar algo que sea emocionante o estimulante | V | F |
| 239 | Algunas veces me decepciono. | V | F |
| 240 | En ocasiones hablo de otras personas a sus espaldas. | V | F |