



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**Abuso de sustancias y búsqueda de sensaciones en pacientes
con trastorno de personalidad límite del Hospital Psiquiátrico Fray**

Bernardino Álvarez

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

DR. URBANO CARRILLO CRUZ

Asesor Teórico:

Dr. Alejandro Díaz Anzaldua

Asesor Metodológico:

Dra. Adriana Díaz Anzaldua

México, D.F. 2011

Facultad de Medicina





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción	1
1. Antecedentes	
1.1 El problema de la comorbilidad	7
1.2: Trastorno de personalidad y uso de sustancias	10
1.3: Búsqueda de Sensaciones e Impulsividad	12
1.3.1 Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas	13
2. Metodología	
2.1 Planteamiento del Problema	14
2.2 Hipótesis y Objetivos	14
2.3 Diseño y Tipo	15
2.4 Población y Muestra	15
2.5 Definición de Variables	16
2.6 Instrumentos	17
2.6.1. La Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V)	17
2.6.2 MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)	18
2.6.3 Inventario para Temperamento y Carácter (ITC)	19
2.7 Procedimientos	22
2.8 Ética médica	23
3. Resultados	
3.1 Descripción de la Muestra	24
3.2 Comprobación de Hipótesis	30
4. Discusión	35
5. Conclusiones	37
6. Limitaciones y Sugerencias	38
Bibliografía	39
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Actualmente el panorama de adicciones se ha empezado a evaluar con mayor frecuencia e intensidad, debido al gran impacto global que tiene en los individuos y sociedades que enfrentan dicha adicción. No cabe duda que el problema de las adicciones cada día cobra mayor relevancia e interés, por lo que las investigaciones sobre el tema originan un gran impacto, no sólo para la generación de conocimiento, sino que ahora dicha información puede ser la base para la creación de programas de prevención y manejo de una adicción.

En lo referente a las características individuales que favorecen una adicción, aun la información disponible al respecto es pobre. Pero al considerar la vigencia e impacto social del consumo de sustancias y adicciones, es evidente la necesidad de conocer las características individuales que motivan la presencia de una personalidad preadictiva o adictiva. Lo anterior ha llevado a identificar patrones de personalidad que se relacionan con una adicción, aunque por el momento aun no es posible asignar a un tipo particular de personalidad como 100% adictiva. En este sentido se conoce la tendencia de los rasgos de personalidad disocial y límite en el riesgo para una adicción, aunque dicha relación se ha criticado en diversas ocasiones al no identificar factores individuales previos de tipo biológico o genético que podrían influir de forma significativa en esta relación.

Así mismo se han criticado la asignación de “patrones de personalidad” en los individuos con alguna adicción, como por ejemplo al considerar a los alcohólicos como buscadores de lo novedoso, poco cooperativos o con menor control de sus conductas en comparación con la población general. Dicha crítica se basa en la dificultad de poder asignar directamente a una adicción los cambios experimentados debido a la conducta adictiva o discriminar si es el resultado de patrones previos a la adicción, así como identificar a los factores de riesgo.

Aun con las críticas y sin olvidar que mientras mayor información y detalles se conozcan de un individuo, existe mayor seguridad de poder obtener un conocimiento integral sobre una característica en específico. Por lo tanto la información al respecto cobrara mayor importancia y se acercara cada vez más a la realidad. Tomando en cuenta lo anterior es evidente conocer cada vez más las características de temperamento y del

carácter de un individuo, que de alguna forma motivan una conducta adictiva. El conocimiento sobre el tema sin duda podría generar un impacto no sólo en las medidas terapéuticas o de diagnóstico, sino que ahora se contaría con elementos suficientes para conocer patrones de personalidad relacionados con una conducta preadictiva y que podrían aplicarse en programas de prevención.

Entre las adicciones destacan, como paradigma, los trastornos por consumo de sustancias con o sin dependencia, que producen un grupo de síntomas cognoscitivos, del comportamiento y fisiológicos, que a su vez generan en el individuo una necesidad de consumo continuo de la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. El diagnóstico de dependencia de sustancias, según criterios del DSM IV¹, puede ser aplicado a toda clase de sustancias, a excepción de la cafeína. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la necesidad irresistible de consumo (*craving*), se observa en la mayoría de los pacientes.

La definición de dependencia precisa de una serie de síntomas, entre los que destacan la tolerancia y la abstinencia; aunque no son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticarla, permiten especificar si la dependencia se acompaña de dependencia fisiológica (asociada con tolerancia y/o abstinencia) o sin ella.

En lo referente al curso de la dependencia a una sustancia, varía según el tipo, la vía de administración y otros factores, pero habitualmente es crónico, caracterizado por periodos de reagudización y remisión parcial o total. Lo anterior sin duda le da a una adicción una complejidad que dificulta su manejo y control adecuado, por lo que ahora es necesario contar con manejos específicos para cada tipo de adicción, sin olvidar el tiempo de inicio, la vía de consumo, la presencia de recaídas o la cronicidad del padecimiento.

Por otra parte, la personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes, difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento de un individuo. Estos rasgos, intrínsecos y generales, surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo.

Un trastorno de personalidad (TP) supone una variante de estos rasgos de carácter, que van más allá de los que normalmente presentan la mayoría de las personas; sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo, o bien un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos que atrae la atención en la actualidad, no sólo por su frecuencia o disfuncionalidad asociada, sino por su tendencia a relacionarse con otros padecimientos psiquiátricos como los afectivos, de ansiedad, de la alimentación, conducta, adicciones, etc. De todos los trastornos de personalidad es precisamente el trastorno de personalidad límite que resulta de interés para identificar patrones adictivos, debido a que se caracteriza por una profunda inestabilidad afectiva e impulsividad, con el que existe posiblemente un mayor riesgo para el consumo de sustancias o búsquedas de sensaciones nuevas. Un análisis profundo de dichos factores podría brindar información valiosa en lo referente a las relaciones e interacciones que existen entre el temperamento y/o carácter asociados al consumo de sustancias y la búsqueda de sensaciones nuevas. Con dicha información no sólo se identificarían patrones de personalidad asociadas a la adicción en el trastorno de personalidad límite, sino que podrían brindar información sobre características específicas relacionadas con la adicción en los trastornos de personalidad o la población general.

Partiendo de la impulsividad como una característica importante y que posiblemente se relaciona con una conducta adictiva. En 1979, *Zuckerman* diseñó el concepto de búsqueda de sensaciones como una forma de describir un patrón de características asociadas a la obtención de experiencias nuevas, complejas y acompañadas de un fuerte deseo de exponerse al peligro simplemente con el fin de obtenerlas. Para *Zuckerman* la búsqueda de sensaciones se evalúa por medio de 4 escalas en donde se mide la búsqueda de emociones, excitación, desinhibición y el aburrimiento. Dichas características sin duda son patrones que se pueden relacionar con la impulsividad y por lo tanto la tendencia a fomentar conductas adictivas. Así que ahora es posible contar con una escala lo suficientemente sensible para evaluar una de las características relacionada con el trastorno de personalidad límite y ofrecer un complemento a los criterios establecidos en el DSM IV.

El objetivo de esta investigación es observar la relación que existe entre el trastorno de personalidad límite, la búsqueda de sensaciones y el uso de sustancias. Aunque de primera instancia resulta de utilidad y suficiente la aplicación de la escala “búsqueda de sensaciones” (diseñada por *Zuckerman*) para identificar características relacionadas con la impulsividad, debido a que toma en cuenta la presencia de búsqueda de emociones, la búsqueda de excitación, desinhibición y la susceptibilidad al aburrimiento. Elementos que aunque no se consideran diagnósticos de una adicción, se pueden asociar a ella y se relacionan con características de temperamento y por tanto rasgos de personalidad.

Tomando en cuenta que el trastorno de personalidad límite no es sólo un patrón de características unidimensionales, como la impulsividad. Es necesario contar con otra escala que permite evaluar una mayor cantidad de rasgos o patrones de conducta, con la finalidad de conocer más rasgos asociados a la personalidad y la posibilidad de asociarlos a patrones de relación social y funcionamiento global.

Por este motivo se agregara al estudio la aplicación del inventario de temperamento y carácter, diseñado por *Cloninger*, que se basa en elementos neurobiológicos y psicopatológicos. En donde su autor busca dar un sustrato biológico a la personalidad y por lo tanto un mayor peso a las características biológicas asociadas a los rasgos de personalidad. El inventario evalúa por separado el temperamento y carácter, para la primera la divide en 4 escalas más: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia. Mientras que el carácter lo evalúa por 3 escalas: autodirección, cooperación y trascendencia. Finalmente cada una de estas escalas se subdivide en diversas subescalas.

Tomando en cuenta lo anterior es evidente que los resultados obtenidos por medio del inventario de temperamento y carácter pueden lograr un mayor grado de confiabilidad y aceptación al ampliar los rasgos medibles y disminuir las críticas por la falta de elementos que evalúen las características biológicas.

En el siguiente estudio la premisa de investigación consiste en encontrar una alta presencia de abuso de sustancias en un grupo de pacientes con trastorno de personalidad límite y una asociación entre la búsqueda de sensaciones y dependencia a sustancias. Con la finalidad de verificar las anteriores asociaciones se creó el presente estudio de

investigación, en donde se seleccionó una muestra de 50 pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, establecido previamente y registrado en su expediente clínico, que acuden a seguimiento médico al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” a quienes se les aplicó el inventario de temperamento y carácter de *Cloninger* (ITC) con la finalidad de evaluar y conocer diversos rasgos de personalidad por medio de las 7 dimensiones de temperamento y carácter. Posteriormente se aplicará la escala de búsqueda de sensaciones, con la finalidad de evaluar elementos relacionados con la impulsividad. Finalmente se aplicará la sección del MINI correspondiente a abuso y dependencia de sustancias.

Al final de la evaluación se contará con los elementos suficientes que permitan establecer y analizar los patrones de temperamento y carácter asociados al trastorno de personalidad límite, así como su relación con la búsqueda de sensaciones y la adicción a sustancias.

Justificación

Las investigaciones preliminares indican que, junto a los efectos intrínsecos de las sustancias o conductas adictivas y las características del medio ambiente, hay factores idiosincrásicos en el individuo que facilitan la dependencia y que provocan, una vez que el sujeto se ha recuperado, el proceso de recaída. Estos factores, en los trastornos por uso de sustancias, son la base de la llamada hipótesis de la automedicación, que contempla varias posibilidades, entre las que destaca la presencia de otros trastornos psiquiátricos previos al inicio de la conducta adictiva.

Esta frecuente comorbilidad, no siempre previa, ha dado lugar al llamado diagnóstico dual, término que sin ser reconocido oficialmente, es ampliamente usado por los profesionales que trabajan en este campo. Los trastornos previos en el eje I son discutidos, con la excepción de algunos trastornos del control de los impulsos; y son aceptados a nivel general los del eje II, sobre todo del grupo B del DSM IV.

Aún así existen pocos estudios en México que evalúen de manera precisa los rasgos de temperamento y carácter del trastorno de personalidad límite asociados a la búsqueda de sensaciones, que a su vez podría considerarse como una de las características de este trastorno y posiblemente uno de los factores que se relacione con el abuso de sustancias. Cada vez más, resulta indispensable conocer mayores características sobre un individuo con adicción, por lo que es necesario identificar algunos otros rasgos de temperamento y carácter que podría relacionarse con dicha asociación, Tomando en cuenta lo anterior es indispensable y provechoso obtener información en este ámbito, con la finalidad de poder realizar intervenciones tempranas, atacar focos que pueden predisponer al uso de sustancias y obtener información sobre los posibles eventos psicodinámicos que pueden asociarse con la presencia de abuso de sustancias o adicción.

1. ANTECEDENTES

1.1 El Problema de la Comorbilidad

El término comorbilidad, cada vez más frecuente, describe a un tipo de pacientes que presentan varios diagnósticos psiquiátricos conjuntamente. Para que se presente comorbilidad los modelos nosológicos actuales exigen una clara separación entre entidades y que dicha separación sea categórica, dando lugar a diversos trastornos que permiten más de un diagnóstico, lo cual puede resultar de la carencia de teorías específicas sobre la historia natural de la enfermedad, cuando no por errores diagnósticos o identificación tardía del trastorno.

Un autor psicodinámico (*Glover*, 1932) fue uno de los pioneros en destacar el papel de los impulsos agresivos en el abuso de sustancias^{3,5}. En este sentido el consumo de algunas drogas eliminaría los impulsos agresivos y la disforia de los sujetos con TLP², mejorando la ira, la agresividad y los sentimientos depresivos^{3,4}.

Se puede relacionar el (*craving*) como un nexo de unión entre los impulsos y la personalidad y se ha conceptualizado en base a dos modelos. El modelo basado en la evitación de los efectos negativos de la abstinencia, y el modelo sustentado en los efectos positivos asociados al consumo. Ambos modelos comparten principios básicos comunes, entre los que destaca la existencia de ciertas respuestas fisiológicas y también respuestas condicionadas a las señales asociadas a la sustancia.

La impulsividad puede ser el substrato común a diferentes trastornos, tales como las conductas adictivas, algunos trastornos de la alimentación, conductas autolíticas y determinados trastornos de la personalidad^{5,6}. En esta línea algunos autores construyen un modelo psicobiológico de la personalidad en el que la impulsividad tiene gran importancia⁷. El término impulso, de origen psicodinámico, manifiesta la disposición a actuar para disminuir la tensión de un instinto, o por el descenso de las defensas contra ellos. Los trastornos del control de los mismos forman un grupo diagnóstico heterogéneo con una característica común, que es la sensación de tensión o activación interior previa, para pasar tras la consumación, al placer, gratificación o liberación. Todos estos trastornos tienen como base el síntoma impulsivo intenso y maladaptativo al que el individuo no sabe resistirse^{3,8}.

En el marco internacional, el uso de sustancias ha sido ampliamente estudiado en las poblaciones psiquiátricas, dado su alta prevalencia y el impacto que tiene en la evolución de los pacientes.

El primer gran trabajo epidemiológico, que estudio el trastorno dual fue promovido por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de Estados Unidos, en el *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA), que analizó grupos poblaciones entre los años de 1980 y 1984⁹, donde se incluyeron 20,291. Las prevalencias detectadas fueron 22.5% de trastornos mentales en la población general, 13.5% de sujetos con abuso-dependencia de alcohol y 6.1% de dependencia-abuso de sustancias psicótropas. Posteriormente, el *National Comorbidity Survey* (NCS), dirigido por *Kessler y cols*¹⁰, recogió datos de la población general entre los años 1990 y 1992. La prevalencia detectada fue de 23.5% de sujetos dependientes-abusadores de alcohol y de 11.9% para la dependencia-abuso de sustancias. Asimismo la prevalencia a los 12 meses fue del 9.7% para el abuso-dependencia de alcohol y el 3.6% para el abuso-dependencia de sustancias. En un estudio multiétnico¹¹ se describió que 39.3% presentaban comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad, 11.7% con depresión mayor y 3.7% con el trastorno por ansiedad generalizada.

Esta claro que el diagnóstico dual esta asociado con:

- Incremento en admisiones psiquiátricas
- Estancias prolongadas
- Violencia
- Conducta suicida
- Pobre adherencia y respuesta a tratamiento¹²

En México desafortunadamente no existe un estudio epidemiológico que aborde el diagnóstico dual. Uno de los estudios más amplios realizados fue en la Ciudad de Chihuahua⁵, con una muestra de 225 usuarios de cocaína mayores de 14 años pero no realiza una evaluación de trastornos psiquiátricos comorbidos. En un estudio realizado en adolescentes con consumo de cocaína tomaron en cuenta únicamente, la presencia de problemas “nerviosos” y psicológicos percibidos por los usuarios de cocaína, que en

conjunto represento 11% de la muestra (9,120)¹³. Si la existencia de estudios epidemiológicos es escasa, lo es aún más los estudios en población psiquiátrica; en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica se realizó una evaluación del consumo perjudicial de drogas y dependencia, reportándose una prevalencia a lo largo de la vida de el 8.7% y en el último mes de 0.9%, pero no se reportan tampoco la presencia de comorbilidad¹⁴.

1.2 Trastorno de personalidad y uso de sustancias

Los trastornos de personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, estables temporalmente y que reflejan alteraciones globales de la persona¹⁵. Estos trastornos pueden estar presentes entre el 20 y 40% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Hay, por lo tanto, una frecuente comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos mentales¹⁶. La presencia de un trastorno de personalidad complica la evolución clínica de un trastorno mental y ensombrece el pronóstico terapéutico¹⁷.

La relación entre los trastornos de la personalidad y el trastorno por uso de sustancias ha sido, y sigue siendo, muy controvertida. En este sentido, algunos autores consideran los trastornos de la personalidad una consecuencia del trastorno adictivo, por lo que serían trastornos inducidos, mientras que otros sostienen que son los primeros los que propician el consumo patológico de sustancias psicotrópicas. La “personalidad adictiva” o la “personalidad predispuesta al abuso de sustancias” se aceptó durante mucho tiempo como causa primaria¹⁸. La aceptación de la probable existencia de una “personalidad adictiva” permitía una explicación univariante y parcial de este tipo de trastornos. El análisis de la personalidad se realizó generalmente por inferencia del patrón de consumo observado. Aunque durante casi tres décadas se mantuvo esta tendencia, finalmente demostró ser poco operativa¹⁹.

En un conocido estudio de 1979 y en su revisión de 1982, *Craig y Baker*²⁰ valoraron las historias clínicas de más de 3000 sujetos con adicciones, agrupándolos en 51 grupos diferentes. Observó que las puntuaciones más altas de estos sujetos en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota del Estado Mental (MMPI), estaban en los índices de depresión y de desviación psicopática y que, sólo un 3% de la población estudiada presentaba perfiles “normales”.

Otros estudios, como el de *Golberg*²¹ concluyen que el uso de drogas es un síntoma y no una causa del desajuste personal y social, y que el significado del uso de drogas sólo puede ser entendido dentro del contexto de la estructura de personalidad del individuo y la historia de su desarrollo. *Laqueille*²² observó como las características de la personalidad

psicopática como la inestabilidad emocional y afectiva o la marginalidad, predisponían a la drogodependencia.

En resumen, destacan que la prevalencia del consumo de sustancias en los sujetos con trastorno de personalidad es mucho mayor que en la población general²³. Se han utilizado varios instrumentos para estudiar los rasgos de personalidad y/o trastorno de la personalidad asociados a las conductas de consumo de sustancias, como el MMPI, el cuestionario de personalidad de *Catell*, el cuestionario de personalidad de *Eysenck*, El *Millon Clinical Multiaxial Inventory*, el *test de Rorschach*, el test de apercepción temática y el inventario de la personalidad, neuroticismo, extraversión, además de entrevistas estructuradas como el SCID-II.

Sin embargo a pesar de las variaciones en los sistemas de clasificación diagnóstica y la gran diversidad de los instrumentos de evaluación, los estudios muestran una gran concordancia en decir que, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad son los que se detectan con más frecuencia en adictos. En un trabajo reciente de *Rounsville*²⁴ se detectó una prevalencia del 27% para el primero y 18.4% para el segundo, en un grupo de sujetos consumidores.

La comorbilidad entre trastorno antisocial y los trastornos adictivos es un hecho bien conocido, *Millon y Davis*²⁵ describen el gran solapamiento que existe entre los trastornos antisociales y los relacionados con el consumo de sustancias. El antisocial se considera el trastorno de la personalidad más frecuente entre los sujetos consumidores^{26,27,28,29,30}, aunque algún trabajo ha detectado una presencia mayor del trastorno límite de la personalidad, que se asociaba a las características de impulsividad y de alteraciones en la regulación de los afectos. Es así que la relación entre rasgo y el abuso de sustancias se está demostrando progresivamente.

La Asociación Americana de Psiquiatría da en el DSM IV¹ una prevalencia del 3% en varones y del 1% en mujeres, para el grupo B en población general, siendo la prevalencia mayor en las poblaciones urbanas y en los grupos sociales más bajos.

Estos porcentajes se incrementan, en poblaciones clínicas en general hasta 30% y en algunas subpoblaciones hasta 92% como es el caso de dependientes crónicos a sustancias^{31,32}

1.3 Búsqueda de sensaciones e impulsividad

El concepto de búsqueda de sensaciones fue desarrollado por *Zuckerman*³³ y ha merecido una considerable atención desde su desarrollo original. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que *Zuckerman* (1979) considera como una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias.

El término **búsqueda** hace referencia a que el rasgo a que nos estamos refiriendo se expresa de forma activa. Se utiliza el término de **sensación** en lugar de **estimulación** porque es el efecto sensorial de la estimulación externa la que cobra mayor importancia para definir su valor como refuerzo primario. El buscador de sensaciones elige los estímulos externos que maximizan sus sensaciones. Este término se utiliza también en contraste con el de **cognición**, ya que no es posible equiparar la búsqueda de sensaciones con la curiosidad intelectual a nivel cognitivo, aunque ambos términos no sean incompatibles. Este último no es una expresión típica del rasgo definido por la búsqueda de sensaciones.

Cuando se habla de riesgos se está haciendo referencia a la probabilidad valorada de un resultado negativo. El alto buscador de sensaciones se caracteriza por su tendencia a hacer aquellas cosas que un bajo buscador de sensaciones consideraría peligrosas y arriesgadas, la diferencia entre unos y otros es la distinta valoración que se hace del riesgo.

El buscador de sensaciones optará por aquellos estímulos sensoriales y sociales (arte, música, actividades físicas, vestidos, amigos, drogas, relaciones sexuales, etc...) capaces de producir sensaciones inusuales. La búsqueda de sensaciones se ha conceptualizado como una característica con base biológica³⁴. Distintas medidas bioquímicas y psicofisiológicas, tales como los niveles de monoaminooxidasa (MAO)^{35,36}, el promedio de potenciales evocados³⁷ y niveles de testosterona³⁸ han mostrado que mantienen una relación con el rasgo de búsqueda de sensaciones. Los sujetos con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones, suelen tener bajos niveles de MAO, teniendo este hecho muchas consecuencias en el funcionamiento psicofísico del sujeto. Así, los sujetos con bajos niveles de MAO tienden a tener altas puntuaciones en el rasgo, tienen respuestas de orientación intensas y débiles respuestas de defensa, su nivel de activación

cortical es crónicamente inferior al de los sujetos con bajas puntuaciones en la dimensión de búsqueda de sensaciones.

1.3.1 Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas

En un estudio realizado en España encontraron que los adolescentes que tenían mayores puntuaciones en búsqueda de sensaciones les era menos probable rechazar una oferta de tabaco, son los que menos conocimientos tienen sobre las drogas en general y sobre el tabaco en particular, en cuanto al alcohol las relaciones significativas que encontraron indican que los sujetos con puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones es menos probable que rechacen ofertas de alcohol, tienen actitudes menos negativas hacia esta sustancia, perciben mayor prevalencia de consumo, se han emborrachado más veces a lo largo de su vida y en los últimos 30 días, es menos probable que rechacen el consumo de alcohol, por lo que respecta al consumo de cannabis es más probable que lo hayan fumado alguna vez, en los últimos 30 días y en la última semana, tienen mejor imagen de los consumidores de cannabis, además de que tengan intención de fumarlo en el futuro y que tengan menores expectativas negativas y mayores expectativas positivas respecto a su consumo³⁹.

Con respecto a la búsqueda de sensaciones y el uso de éxtasis, se ha encontrado que tanto en hombres como en mujeres las puntuaciones aumentan significativamente en función del consumo, de modo que son significativamente más bajas en los grupos que no consumen sustancias ilegales y más elevadas en el grupo de jóvenes que consumen MDMA (generalmente, junto a otras drogas ilegales). Desde el punto de vista no obstante, la trascendencia clínica es escasa: únicamente en la escala de desinhibición y en la puntuación total, la muestra de estudiantes mujeres se diferencia de la población de referencia (mujeres estudiantes españolas – *Pérez y Torrubia, 1986-*) 2 ó más desviaciones estándar, por lo que los datos no resultan concluyentes.⁴⁰

En México se evaluó la influencia de la búsqueda de sensaciones en adolescentes en el tabaquismo, encontraron que en estudiantes de secundaria mexicanos, la prevalencia de susceptibilidad al tabaquismo es elevada, cercana a 30%. Los principales factores vinculados con la susceptibilidad a fumar fueron los rasgos de personalidad, como baja autoestima, mayor búsqueda de sensaciones nuevas y actitud favorable a fumar⁴¹.

2. METODOLOGÍA

2.1 Planteamiento del problema.

Las investigaciones recientes indican una relación entre la presencia de trastornos de personalidad, búsqueda de sensaciones y la conducta adictiva. En el presente trabajo se tomo el trastorno de personalidad límite como paradigma de trabajo debido a que otros investigadores han encontrado una asociación de este trastorno en pacientes con abuso de sustancias. Las preguntas de investigación del presente trabajo se enlistan a continuación:

1. ¿Cuál será la presencia de abuso de alcohol y abuso de drogas en un grupo de pacientes mexicanos con trastorno límite de la personalidad?
2. ¿Existe una asociación entre la búsqueda de sensaciones y el abuso de alcohol y/o drogas en un grupo de pacientes mexicanos con trastorno límite de la personalidad, cuyos rasgos de temperamento y carácter se encuentran bien identificados?

2.2 Hipótesis y objetivos

Dado que se plantean dos preguntas de investigación, el presente trabajo presenta dos hipótesis fundamentales:

1. Los pacientes mexicanos con trastorno límite de la personalidad presentaran mayor abuso de alcohol y/o abuso de drogas.
2. En un grupo de pacientes mexicanos con trastorno límite de la personalidad, cuyos rasgos de temperamento y carácter se encuentran bien identificados, existirá una asociación con la búsqueda de sensaciones y el abuso de alcohol y/o abuso de drogas.

Objetivo general

- Describir los rasgos de temperamento y carácter de acuerdo a las siete dimensiones del modelo de *Cloninger*, en una muestra de pacientes mexicanos con trastorno límite de la personalidad y observar si existe una asociación con altos niveles de búsqueda de sensaciones y el abuso de alcohol y/o abuso de drogas.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la muestra.
- Identificar los rasgos de temperamento y carácter en la muestra, de acuerdo a las siete dimensiones propuestas por *Cloninger*.
- Describir los niveles de búsqueda de sensaciones en la muestra, de acuerdo a la escala diseñada por Zuckerman.
- Describir la presencia de abuso y dependencia a alcohol.
- Describir la presencia de abuso y dependencia a drogas.
- Observar la relación entre el abuso de alcohol y/o drogas y la búsqueda de sensaciones.
- Observar la relación entre el abuso de alcohol y/o drogas y las dimensiones del temperamento propuestas por *Cloninger*.

2.3 Diseño y tipo

La presente investigación es un estudio cuasi experimental, correlacional, transversal de campo. Es cuasi experimental debido a que se pretende medir las variables del estudio sin un control de las mismas. Es correlacional ya que se pretende encontrar las relaciones entre variables. Es transversal y de campo porque se llevará a cabo una sola intervención con los pacientes y éstos serán evaluados en el contexto hospitalario.

2.4 Población y muestra

Se utilizó una muestra no probabilística de sujetos tipo voluntarios. Se seleccionó una cuota de 50 pacientes accesibles en los meses de abril a octubre del 2009 que acudieron al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, que además cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Ambos sexos
- Diagnóstico previo de trastorno límite de la personalidad, establecido en el expediente clínico.

- Entre 18 y 55 años de edad
- Que accedan participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Intoxicación aguda o enfermedad médica descontrolada
- Con retraso mental.
- Que no terminen la evaluación clínica
- Que no sepan leer y escribir
- Presencia de psicosis.

2.5 Definición de variables

- Abuso de alcohol

Definición conceptual: patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems del MINI en algún momento de un periodo continuado de 12 meses, según el DSM-IV, (APA,1995).

Definición operacional: se considera trastorno por dependencia cuando cumplan los criterios diagnósticos del MINI. El criterio indica más de 3 reactivos positivos.

- Abuso de drogas

Definición conceptual: patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems del MINI en algún momento de un periodo continuado de 12 meses, según el DSM-IV, (APA,1995).

Definición operacional: se considera trastorno por dependencia cuando cumplan los criterios diagnósticos del MINI. El criterio indica más de 2 reactivos positivos.

- Trastorno límite de la personalidad

Definición conceptual: Es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del

sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y genera malestar o perjuicios para el sujeto (DSM-IV), en el caso del trastorno límite es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

Definición operacional: Que cumpla con los criterios clínicos del DSM-IV para trastorno límite de personalidad y que se encuentra ya establecido en el expediente clínico.

- Búsqueda de sensaciones

Definición conceptual: La necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas.

Definición operacional: Puntajes altos en la escala de búsqueda de sensaciones.

- Dimensiones del temperamento y el carácter

Definición conceptual: las dimensiones del temperamento son cualidades innatas del individuo sostenidas en premisas biológicas y las dimensiones del carácter es lo que hacemos con nosotros mismos intencionadamente, a partir del aprendizaje en el medio sociocultural, y se compone de valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias sobre uno mismo y el entorno

Definición operacional: Puntajes obtenidos en el inventario para el temperamento y el carácter (ITC).

2.6 Instrumentos

2.6.1 Escala de búsqueda de sensaciones (forma V)

La escala de búsqueda de sensaciones (forma V) fue diseñada por *Zuckerman* y cols., siendo la versión más reciente la de 1979⁴². Su objetivo es valorar la “búsqueda de sensaciones”. Este rasgo fue definido por *Zuckerman* como “la necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas”.

Es un cuestionario autoadministrado, formado por 40 preguntas con respuesta dicotómica (SI-NO). Cada respuesta afirmativa puntúa 1 y cada negativa 0. Consta de cuatro escalas:

Búsqueda de emociones (BEM): ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

Búsqueda de excitación (BEX): ítems 2,6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

Desinhibición (DES): ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39

Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB): ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Proporciona, por tanto, cuatro puntuaciones distintas (una por escala) y además una total. No existen puntos de corte propuestos por los autores y debe interpretarse mediante puntuaciones más elevadas representan mayor presencia del rasgo. La validez concurrente observada con las diferentes escalas del *Eysenck Personality Questionnaire* son: las escalas E (extraversión) y P (psicoticismo) presentan correlaciones superiores con la escala de búsqueda de sensaciones que la escala N (Neuroticismo). Se encuentra validada en México⁴³.

2.6.2 MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

La MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)⁴⁴ es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve, que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales del eje I del DSM-IV y la CIE-10. Sus ítems se basan en los criterios diagnósticos operativos de estas clasificaciones, y existen dos versiones, una para cada una de ellas. Está dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.

Presentamos aquí las secciones de abuso de alcohol y abuso de drogas (secciones I y J). Al comienzo de cada módulo, se presentan una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Cuando esos se cumplen, varios ítems adicionales exploran el resto de criterios diagnósticos y permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos preestablecidos en el DSM-IV.

La administración de los ítems secundarios queda condicionada a la presencia de los síntomas clave. Las preguntas son cerradas y deben ser realizadas por el entrevistador, respondiendo acerca de la presencia o ausencia del síntoma; puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Al final de cada sección se muestra en la pantalla de

resultados la presencia o ausencia del trastorno explorado. Las propiedades psicométricas son satisfactorias.

En la versión DSM-IV los valores *kappa* para la fiabilidad interobservador estuvieron por encima de 0,75, y la fiabilidad test-retest fue superior a 0,75. Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI; los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente altos, pero requiere un menor tiempo de administración que los instrumentos mencionados. La utilidad del instrumento estriba en permitir detectar problemas mentales realizando diagnósticos en base a criterios internacionalmente aceptados.⁴⁵

2.6.3 Inventario para temperamento y carácter (ITC)

Es un inventario autoaplicable elaborado en 1994 por *Cloninger*, en donde se valora siete dimensiones de un modelo de personalidad, cuatro de temperamento y tres de carácter, El inventario consta de 240 ítems.

Las dimensiones del temperamento se consideran cualidades innatas del individuo sostenidas en premisas biológicas. Cada una de las cuatro dimensiones agrupa un conjunto de características conductuales, emocionales y cognitivas que la definen, y están asociados a determinados sistemas cerebrales que modulan la activación, el mantenimiento y la inhibición de la conducta en respuesta a tipos específicos de estímulos. Las cuatro dimensiones del temperamento según *Cloninger* (1994) son:

1. Búsqueda de novedad (NS)

Cloninger considera la búsqueda de novedad 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 la tendencia a una rápida pérdida del temperamento y una evitación activa ante la frustración.⁴⁶ Este temperamento esta asociado a una baja actividad basal dopaminérgica.

Los puntajes bajos en la escala indican: escasa actividad exploratoria en respuesta a la novedad; tendencia al orden y la frugalidad; actitud reflexiva en toma de decisiones;

capacidad de diferir la obtención del premio; duración de los sentimientos de enfado y tolerancia a la frustración.

Los puntajes altos en la escala indican: actividad exploratoria en respuesta a la novedad, curiosidad, fácil aburrimiento, toma impulsiva de decisiones, acercamiento rápido a las señales de premio, desaparición rápida de la cólera y evitación activa de la frustración.

2. Evitación del daño (HA)

Es considerado también un rasgo heredable sobre la inhibición o terminación del comportamiento como una preocupación pesimista ante la anticipación de problemas futuros conductas pasivas y evasivas miedo a la incertidumbre, timidez ante desconocidos, facilidad para cansarse.⁴⁶ Se asocia con alta actividad serotoninérgica.

Los puntajes bajos en la escala indican: comportamiento desinhibido y descuidado, actitud optimista ante el futuro acercamiento confiado infravaloración del peligro actitud abierta y extrovertida y mantenimiento de las conductas.

Los puntajes altos en la escala indican: inhibición o supresión de conductas, cuidado pesimista, cautela, anticipación de problemas futuros, conductas de evitación pasiva, miedo a la incertidumbre timidez ante extraños y fatigabilidad rápida.

3. Dependencia de la recompensa (RD)

Es definida como la capacidad para el mantenimiento y continuación del comportamiento. Se manifiesta como una sensible necesidad de vinculación social y dependencia a ser aprobado por otras personas⁴⁶. Se asocia con bajo nivel basal de la actividad noradrenérgica.

Los puntajes bajos en la escala indican: poca influencia de la presión social, independencia, actitud práctica ante la vida y disfrute de la soledad. Los puntajes altos en la escala indican: sentimentalismo, dependencia social, sensibilidad y calidez.

4. Persistencia (P)

Se define como constancia de la conducta a pesar de la frustración y fatiga⁴⁶. Los puntajes bajos en la escala indican: perseverancia a la conducta a pesar de la frustración y fatiga, impaciencia, ambición y perfeccionismo. Los puntajes altos en la escala indican:

falta de perseverancia en la conducta como respuesta a la frustración y fatiga; inestabilidad e indolencia.

Cloninger destaca que los humanos son conscientes de sí mismos, de metas y valores escogidos individualmente. El carácter es lo que hacemos con nosotros mismos intencionadamente, a partir del aprendizaje en el medio sociocultural, y se compone de valores, metas, estrategias de afrontamiento, creencias sobre uno mismo y el entorno. Las tres dimensiones del carácter propuestas por *Cloninger* (1994) son:

1. Autodirección (S)

Es definida como la habilidad del individuo para controlar regular y adaptar su conducta ajustándose a una situación de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente.⁴⁶ Los puntajes bajos en la escala indican: sentimientos de inferioridad, baja autoestima; tendencia a culpar a otros de sus problemas, dudas sobre su identidad y propósitos, reactivos y con pocos recursos, inmaduros y con características infantiles.

Los puntajes altos en la escala indican: sujetos que son líderes maduros eficaces y bien organizados con autoestima, capaces de admitir faltas y aceptar lo que son. Sienten que su vida tiene un significado y un propósito. Son capaces de demorar su satisfacción para lograr sus metas y muestran iniciativa superando los desafíos.

2. Cooperación (C)

Este rasgo del carácter es definido a partir de las diferencias individuales en la capacidad de aceptar e identificarse con otras personas⁴⁶. Los puntajes bajos en la escala indican: personas socialmente intolerantes, desinteresados por otras personas, no tienden a ayudar y vengativos. Los puntajes altos en la escala indican: personas socialmente tolerantes, empáticos, sutiles y compasivos.

3. Autotrascendencia (ST)

La última dimensión del carácter propuesta por *Cloninger* refiere a la identificación del individuo con un todo del cual procede y del que es una parte esencial⁴⁶. Los puntajes bajos en la escala indican: practicidad lógica y poca imaginación. Los puntajes altos en la escala indican: falta de concentración, fascinación por las cosas, poco sentido del paso del tiempo y concentración unidireccional.

2.7 Procedimientos

1. Se presentó el protocolo en el comité de ética de la institución participante para su aprobación.
2. Se realizó la selección de muestra en los meses de abril a octubre del 2009 con los pacientes que acudieron a la institución participante. Los pacientes fueron seleccionados del servicio de consulta externa con diagnóstico previo de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y que se encontraba establecido en el expediente clínico.
3. Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes para participar.
4. Se aplicó el inventario de temperamento y carácter, la escala búsqueda de sensaciones, la sección de la entrevista estructurada MINI correspondiente a abuso y dependencia a alcohol y sustancias. El tiempo aproximado de trabajo fue de 60 minutos.
5. Se codificaron los resultados por sujeto y se construyó una base de datos para el procedimiento estadístico utilizando el programa *SPSS*.

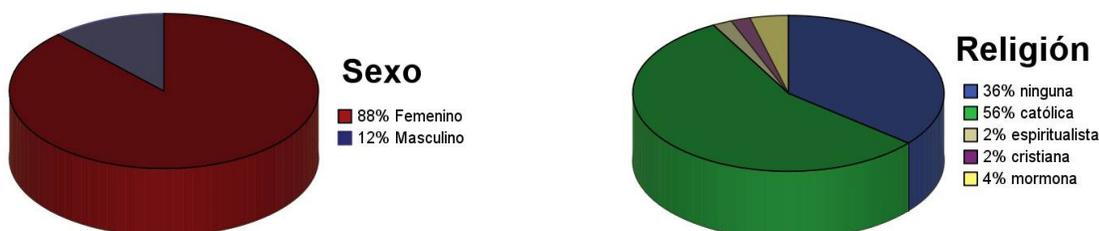
2.8 Ética médica

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México sobre materia de investigación para la salud, título 2; capítulo 1, artículo 17, fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987⁴⁷, el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones. De cualquier manera cada uno de los sujetos que sean susceptibles de participar en el estudio se les explicará detalladamente el motivo del mismo, cada uno de los procedimientos a los que serán sometidos, los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidirán libremente su participación.

3. RESULTADOS

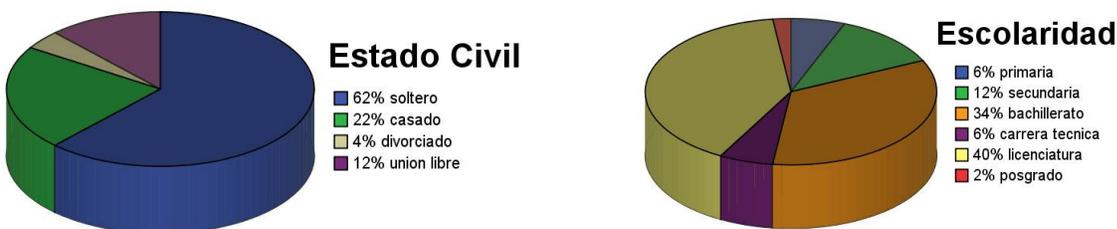
3.1 Descripción de la muestra

Se encuestaron 50 pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad según los criterios del DSM-IV¹. Se utilizó el paquete estadístico *SPSS* para llevar a cabo el análisis de los datos. El 88% de la muestra son mujeres y el 12% varones.

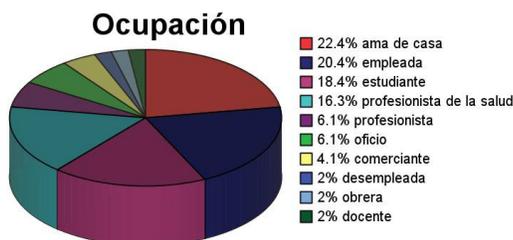


Las edades de los sujetos van de 18 a 47 años con una media de 28 años. El 56 % de los sujetos son católicos y 36% indicó no tener religión.

El 62% son solteros y 22% casados. El 40% tiene escolaridad de licenciatura y 34% bachillerato.

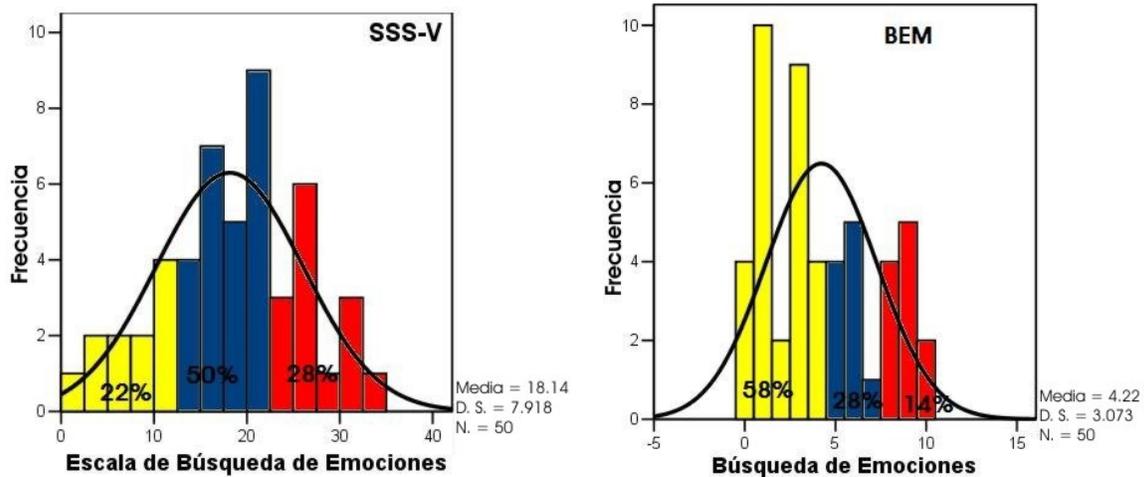


El 22 % son amas de casa, 22.4% profesionistas (de los cuales 16% son profesionistas de la salud: médicos, paramédicos, optometristas y psicólogos) 20% empleados y 18% estudiantes.



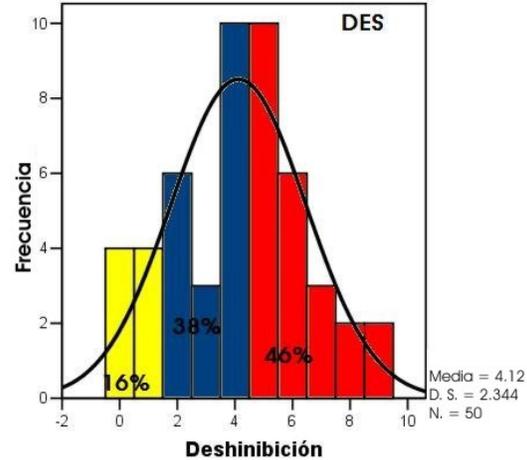
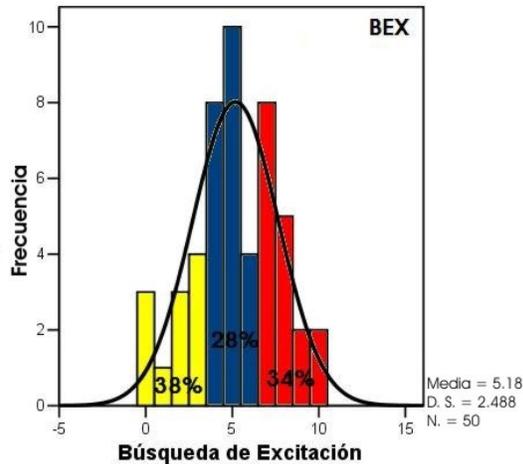
Con respecto a las variables medidas, se encontró tendencia a la normalidad en los puntajes de la escala de búsqueda de emociones. Se compararon las medias de la muestra

con los resultados de *Pérez y Torrubia (1985)*⁴⁸ desarrollados en la validación de la escala en España. Las medias coinciden con el estudio español a excepción de la escala búsqueda de emociones (BEM) donde la muestra del presente estudio presenta una media más baja (6.1 en el estudio español; 4 en el mexicano). El 58% de la muestra puntúa como inferior al término medio, lo que indica que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan menor necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas en comparación con la población general.

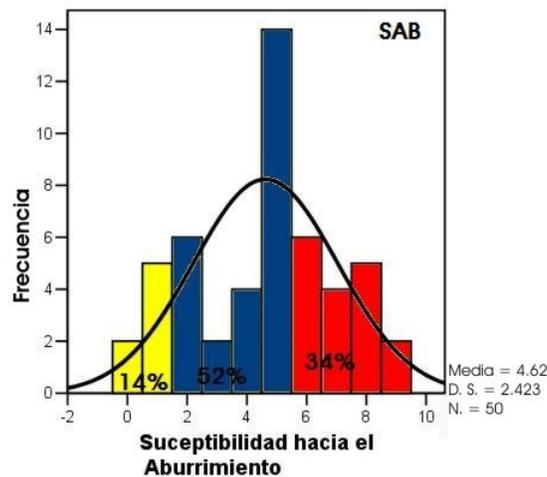


En general las desviaciones estándar son más amplias en el presente estudio lo que indica que la población mexicana con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad cuenta con datos más dispersos que en el estudio español con población estudiantil.

En la escala de búsqueda de excitación (BEX) se encontró que el 38% presenta puntuaciones bajas, indicando poca necesidad de buscar experiencias excitantes. Sin embargo, el 46% obtuvo puntajes arriba de la media en desinhibición (DES) lo que indica que son más desinhibidos y se preocupan menos por las consecuencias de sus actos que la población general.

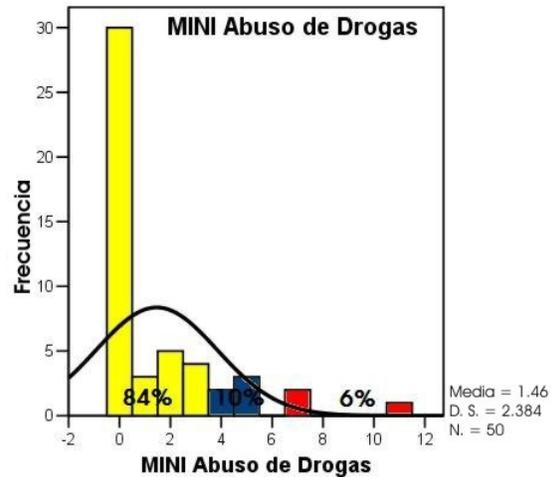
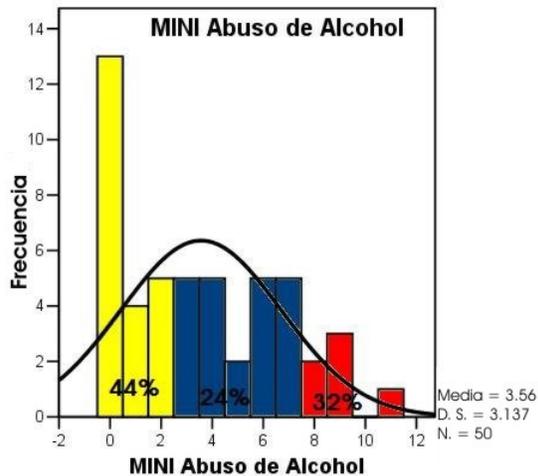


La subescala susceptibilidad hacia el aburrimiento mostró normalidad con solo 34% de los puntajes por arriba de la media. Esto indica que solo una tercera parte de la muestra presenta tendencia a aburrirse con facilidad.



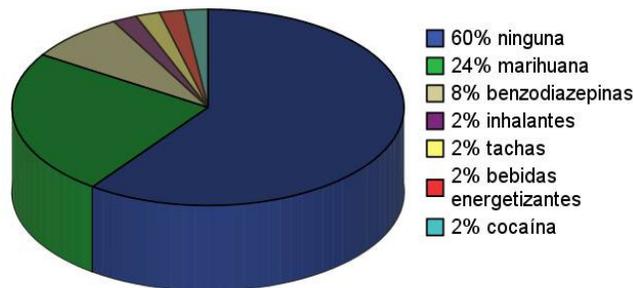
En cuanto al consumo de sustancias, se encontró una media de 3.6 en los puntajes de la escala MINI abuso de alcohol. Esto indica que la muestra presenta abuso del alcohol con o sin dependencia. El 44% de la muestra son abstemios y 32% presenta abuso a alcohol.

En cuanto al uso de drogas, dado que la media es 1.46, se encontró que existe el consumo ocasional sin abuso. El 84% de la muestra no ha consumido nunca alguna droga. El 10% presenta consumo ocasional y solo 6% presenta abuso a alguna droga.

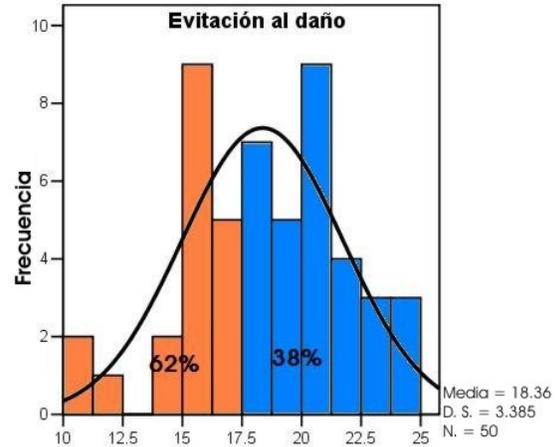
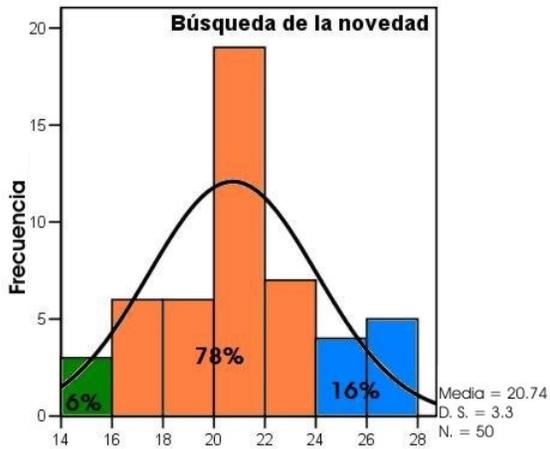


Algunos pacientes consideraron como drogas los fármacos que consumen indicando en sus respuestas Tafil, Rivotril, fluoxetina y carbamazepina, aunque 8% acepta consumir benzodiazepinas con un patrón adictivo y sin supervisión médica. La droga más consumida es la marihuana (24%).

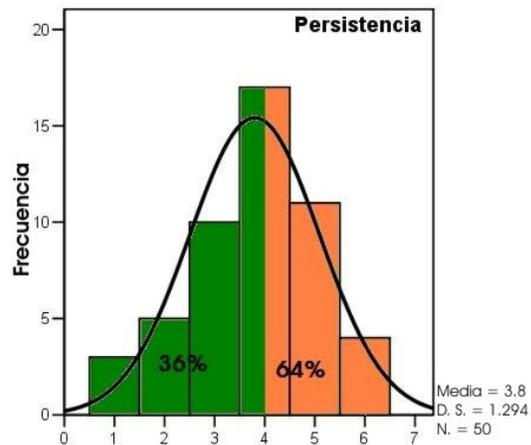
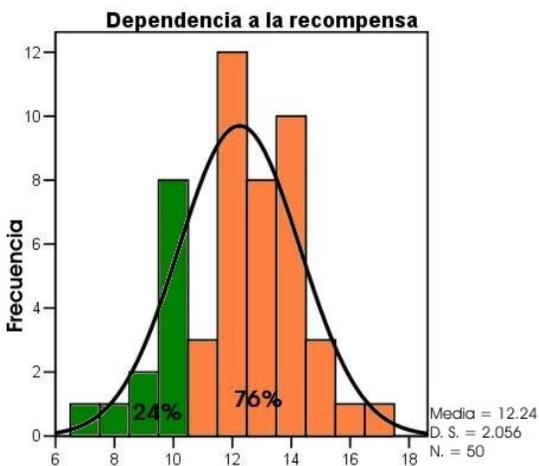
Drogas Consumidas



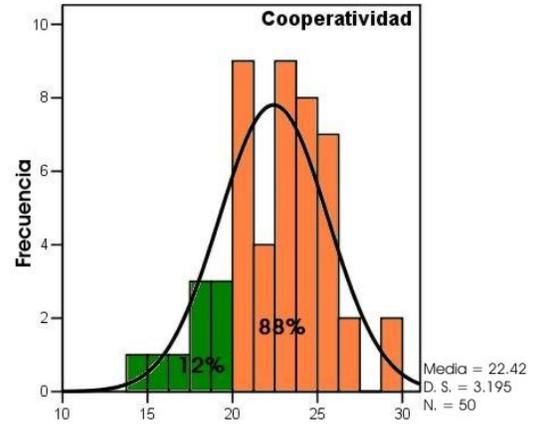
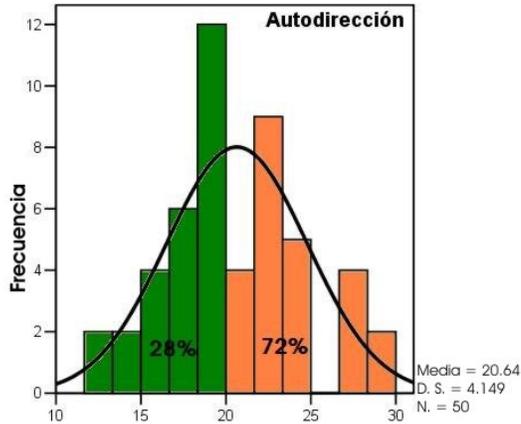
Los puntajes del inventario de temperamento y carácter (ITC) se compararon con los estadísticos presentados por el estudio de *Sánchez de Carmona y col.* en estudiantes mexicanos (1996)⁴⁹. Se encontró que los pacientes presentan normalidad en cuanto a la búsqueda de emociones en comparación a los estudiantes mexicanos. Solo 16% de la muestra presenta curiosidad y poca tolerancia a la frustración. En cuanto a la evitación al daño, 38% de los pacientes evaluados muestran comportamiento desinhibido o descuidado e infravaloración del peligro. No se reportaron pacientes con puntajes bajos en esta escala lo que indica que no presentan características de inhibición, pesimismo y cautela.



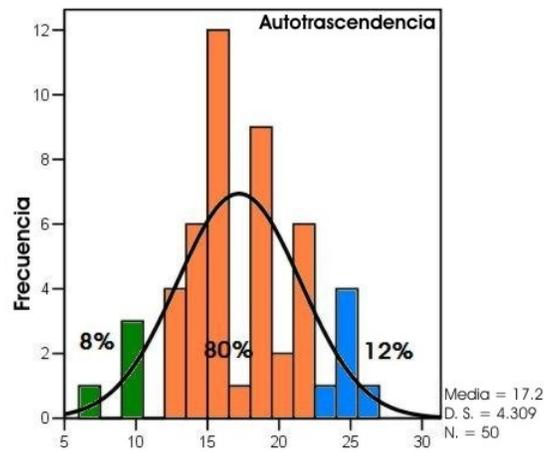
La escala de dependencia a la recompensa no mostró puntajes altos. Esto indica que los pacientes de la muestra no presentan sentimentalismo ni dependencia social. El 24% obtuvo puntajes bajos indicando que son sujetos que tienden más a la independencia en sus acciones y a presentar actitudes prácticas. Con respecto a la persistencia, se encontró que el 36% de la muestra presenta perseverancia de las conductas a pesar de la frustración siendo ambiciosos y perfeccionistas. No se obtuvieron puntajes altos.



En la escala de autodirección, la muestra no presenta puntajes altos. El 28% obtiene puntuaciones bajas que reflejan sentimientos de inferioridad y baja autoestima, inmadurez y características infantiles. En cuanto a la cooperatividad, los pacientes no presentan puntajes altos y solo 12% obtuvo puntajes bajos. Esto indica que tienden más a ser socialmente intolerantes y desinteresados ya que no presentan empatía ni compasión.



Por último, en la escala de autotrascendencia se encontró normalidad en las puntuaciones de la muestra. Solo 12% obtuvo puntajes altos que reflejan falta de concentración o concentración unidireccional, fascinación por las cosas y poco sentido del paso del tiempo.



3.2 Comprobación de Hipótesis

Para corroborar la hipótesis principal del estudio se realizó una correlación de *Spearman* con el programa *SPSS* para *Windows* entre las variables uso de alcohol, uso de drogas, búsqueda de emociones y las escalas del inventario de temperamento y carácter.

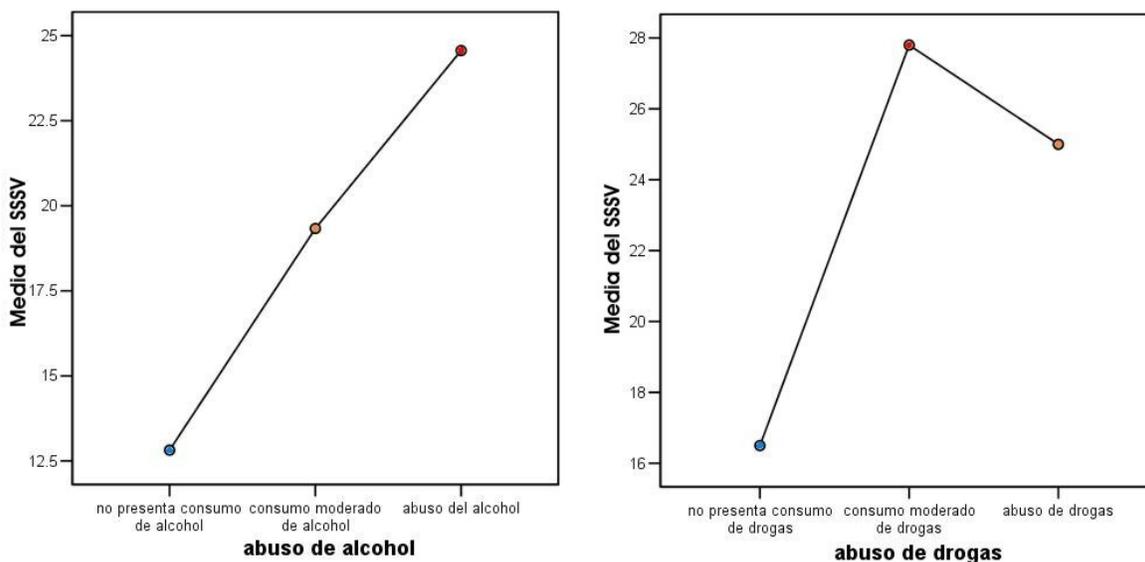
Se encontró una relación directa y estadísticamente significativa del abuso de alcohol con el abuso de drogas ($\rho=0.482$; $p=0.01$) y la búsqueda de emociones ($\rho=0.607$; $p=0.01$). Se encontró también una relación inversa con dependencia a la recompensa ($\rho=-0.285$; $p=0.05$). El abuso de drogas obtuvo una relación directa y estadísticamente significativa con la búsqueda de emociones ($\rho=0.452$; $p=0.01$) y una relación inversa con la persistencia ($\rho=-0.327$; $p=0.01$).

Estos hallazgos indican que el consumo de alcohol está asociado con el abuso de drogas. Ambas conductas de abuso se asocian con la búsqueda de emociones. El abuso de alcohol se relaciona con una “influencia disminuida de la presión social, actitud de independencia y practicidad ante la vida así como disfrute de la soledad”⁵⁰. Mientras que el abuso de drogas se asocia con la “perseverancia a las conductas a pesar de la frustración y la fatiga, la impaciencia la ambición y cierto perfeccionismo”⁵¹.

La persistencia a su vez, mostró relación directa y estadísticamente significativa con la evitación al daño ($\rho=0.345$; $p=0.05$). Esto indica que la falta de persistencia observada en los pacientes con abuso de drogas se relaciona a su vez con un “comportamiento desinhibido y descuidado, actitud optimista ante el futuro, acercamiento confiado e infravaloración del peligro con actitudes abiertas y extrovertidas, que refuerzan el mantenimiento de las conductas”⁵².

La evitación al daño presenta relación directa y estadísticamente significativa con autodirección ($\rho=0.427$; $p=0.01$) y una relación inversa con autotrascendencia ($\rho=-0.337$; $p=0.05$). Esto indica que los pacientes con abuso de drogas al presentar puntajes bajos en autodirección tienden a presentar “sentimientos de inferioridad y baja autoestima; tienden a culpar a otros de sus problemas presentan dudas sobre su identidad y propósitos. Son reactivos y con pocos recursos, inmaduros y con características infantiles”⁵³. Así mismo, los puntajes altos en autotrascendencia indican “falta de concentración, fascinación por las cosas, poco sentido del paso del tiempo y concentración unidireccional”⁵⁴.

Con estos resultados, se procedió a un análisis factorial unidireccional (*ANOVA oneway*) en el *SPSS*. Los resultados indicaron que la búsqueda de emociones es un factor influyente en el consumo tanto de alcohol ($F=17.224$; $p=0.01$) como de drogas ($F=7.23$; $p=0.05$). A continuación se presentan las gráficas de este análisis con sus interpretaciones:

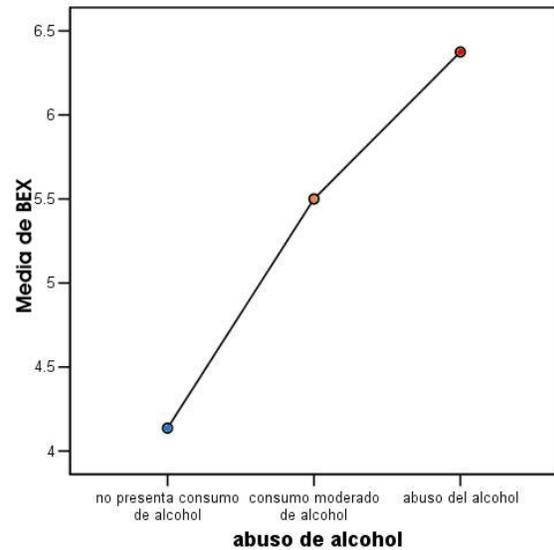
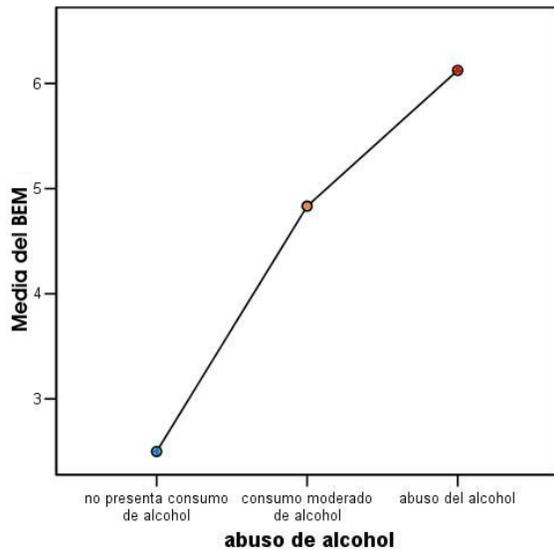


Se observó que los pacientes que no presentan consumo de alcohol obtienen las puntuaciones más bajas en búsqueda de sensaciones y los que presentan abuso de alcohol obtuvieron los puntajes más altos. Esto indica que los pacientes que abusan del alcohol (32% de la muestra) presentan la “necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas”⁵⁵.

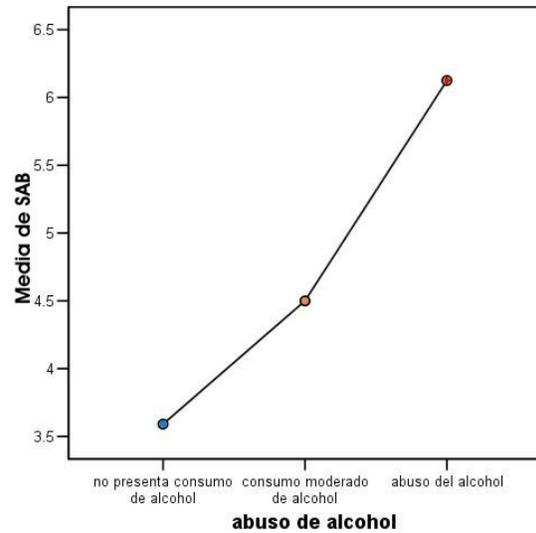
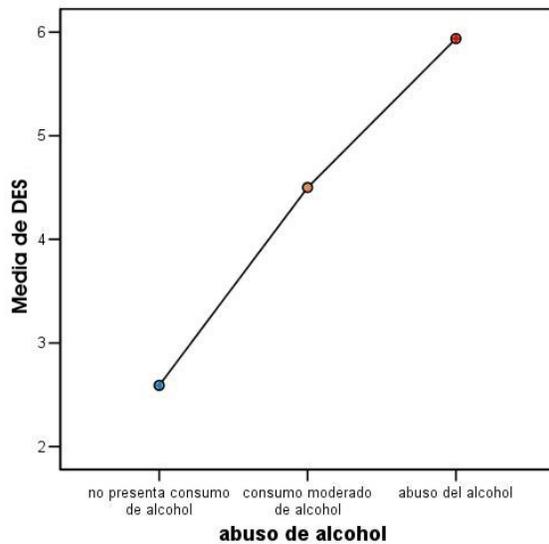
Con respecto al abuso de drogas, se encontró que los pacientes abstemios obtienen las puntuaciones más bajas en búsqueda de sensaciones y los que presentan consumo (el 10% de la muestra) o abuso a alguna droga (el 6% de la muestra) obtuvieron los puntajes más altos. Esto indica que en cuanto al consumo de drogas a diferencia del consumo de alcohol, la necesidad de sensaciones y experiencias nuevas se presenta desde el consumo y no solo en el abuso. Esto también se explica debido a que fueron pocos los pacientes del grupo de abuso de drogas.

Las subescalas del instrumento búsqueda de sensaciones también mostraron ser factores influyentes en el abuso de alcohol: BEM-búsqueda de emociones ($F=8.958$; $p=0.01$), BEX-búsqueda de excitación ($F=4.421$; $p=0.05$), DES-desinhibición ($F=15.262$;

p=0.01) y SAB-susceptibilidad hacia el aburrimiento (F=6.153; p=0.01). A continuación se muestran las graficas correspondientes:



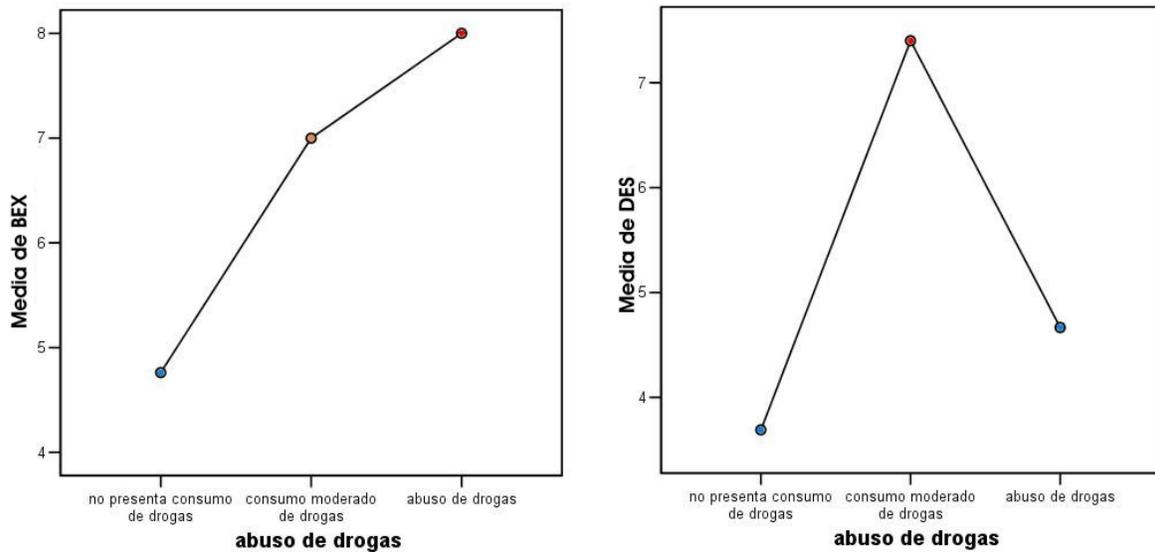
Se observa en la grafica que los pacientes con abuso de alcohol presentan los puntajes más altos de búsqueda de emociones y búsqueda de excitación.



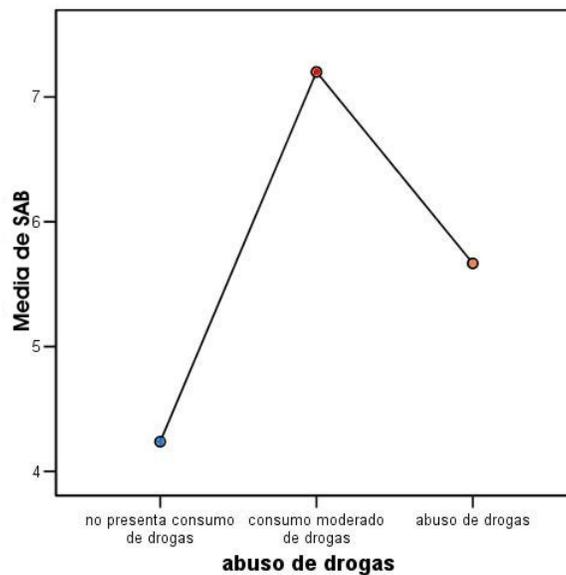
Se observa también que los pacientes con abuso de alcohol son los más desinhibidos y con mayor tendencia al aburrimiento.

Con respecto al abuso de drogas, la única subescala que no mostró influencia estadísticamente significativa fue BEM-búsqueda de emociones. Las otras tres subescalas mostraron ser factores influyentes en el abuso de drogas: BEX-búsqueda de excitación

($F=4.391$; $p=0.05$), DES-desinhibición ($F=7.094$; $p=0.05$) y SAB-susceptibilidad hacia el aburrimiento ($F=4.094$; $p=0.05$).



Los pacientes con abuso de drogas observaron los puntajes más altos en búsqueda de excitación al igual que los abusadores de alcohol. Sin embargo, los pacientes más desinhibidos fueron los que presentan consumo y no los que abusan continuamente de alguna sustancia. Esto se debe posiblemente al efecto crónico que tiene las drogas en el organismo.



Por último se observa que los pacientes con mayor susceptibilidad hacia el aburrimiento son los que presentan consumo, seguidos de los que abusan continuamente de alguna droga. Nuevamente esto puede ser explicado por los efectos clínicos y deterioro crónico que provocan algunas drogas.

4. DISCUSIÓN

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad que participaron en el estudio presentaron necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. Estas características se relacionan con los hallazgos de otros investigadores⁵⁶ que asocian la búsqueda de sensaciones con la impulsividad. *Zuckerman*⁵⁶ plantea que estas características tienen un fundamento biológico y diversos autores lo han asociado a los niveles de monoaminooxidasa (MAO)^{57,58} el promedio de potenciales evocados⁵⁹ y niveles de testosterona⁶⁰.

La búsqueda de sensaciones a su vez se asocia con ciertas dimensiones del temperamento encontradas en el estudio. La dimensión búsqueda de novedad (NS) indicó que los pacientes tienden a ser poco tolerantes a la frustración, impulsivos y lábiles⁶¹. En cuanto a la evitación al daño (HA) se encontró que los pacientes presentaron comportamiento desinhibido o descuidado e infravaloración del peligro. No se reportaron pacientes con puntajes bajos en esta escala lo que indica que no presentan características de inhibición, pesimismo y cautela. En cuanto a la dimensión de dependencia a la recompensa (RD) los pacientes mostraron independencia en sus acciones y actitudes prácticas. Así mismo se encontró perseverancia de las conductas a pesar de la frustración (PE) con ambición y perfeccionismo.

Con respecto a las dimensiones del carácter, se encontró que los pacientes presentan sentimientos de inferioridad y baja autoestima, inmadurez y características infantiles (SD). Mostraron ser socialmente intolerantes y desinteresados con poca empatía y compasión (CO). Tanto las dimensiones del temperamento como las del carácter apuntan nuevamente a evidenciar la impulsividad característica del trastorno límite.

La impulsividad es un factor importante en el desarrollo de la conducta de abuso de sustancias. De ahí que los trastornos de personalidad más comúnmente asociados al abuso de sustancias sean el trastorno antisocial y el trastorno límite⁶². El estudio corrobora nuevamente estas observaciones ya que el 32% de la muestra mostró abuso de alcohol y 16% consumo o abuso de drogas. Este hallazgo permite problematizar la primera hipótesis de investigación:

Los pacientes mexicanos con trastorno límite de la personalidad presentaran mayor abuso de alcohol y/o abuso de drogas.

Se encontró un mayor consumo de alcohol más no de drogas. A pesar de este hallazgo, la relación encontrada entre las características de personalidad y temperamento y el uso de sustancias corroboran estudios preliminares.

En un grupo de pacientes mexicanos con trastorno límite de la personalidad, cuyos patrones de temperamento y carácter se encuentran bien identificados, existirá una asociación con la búsqueda de sensaciones y el abuso de alcohol y/o abuso de drogas.

Se encontró que la búsqueda de sensaciones es un factor influyente en el abuso tanto de alcohol como de drogas. Esto permite inferir que en pacientes con trastorno límite de la personalidad, la conducta adictiva se asocia con la “necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de tenerlas”⁶³. Sin embargo, los pacientes que presentan abuso de alcohol presentan rasgos de temperamento distintos que los que presentan abuso de drogas. Los pacientes con abuso de alcohol presentan un temperamento con poca dependencia a la recompensa definida como la tendencia a responder ante los premios y recompensas. Presentan “poca influencia de la presión social independencia y actitud practica ante la vida así como disfrute de la soledad”⁶⁴. Esto permite inferir a su vez que existan factores biológicos reflejados en el temperamento que influyen en la diferencia entre consumir solo alcohol o drogas⁶⁵.

Los pacientes con abuso de drogas presentan un temperamento con poca persistencia. Son sujetos que no tienden a pensar y reflexionar sobre la frustración. Esta característica los hace más impulsivos⁶⁶.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de este estudio se verifica la información sobre el trastorno límite y la búsqueda de sensaciones. En especial cuando se toma en cuenta la presencia de impulsividad como un rasgo del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

En lo referente a patrones de personalidad sobre el trastorno límite y de acuerdo a la muestra estudiada se identifico en la escala búsqueda de sensaciones; normalidad en la búsqueda de emociones, una menor necesidad de experiencias excitantes, aunque una mayor desinhibición y cierta tendencia al aburrimiento. Lo que condiciona la susceptibilidad de experimentar actividades sin advertir con claridad el peligro, por lo tanto la tendencia a presentar conductas impulsivas.

En cuanto al inventario de temperamento y carácter de *Cloninger*; se encontró normalidad en la búsqueda de lo novedoso, con descuido en la evitación del daño, con cierta tendencia al sentimentalismo y dependencia social, persistencia de las conductas aun ante la frustración, con sentimientos de inferioridad y baja autoestima, además de normalidad en las escalas de cooperatividad y autotranscendencia. Lo que condiciona conductas repetitivas aun ante la frustración, sin advertir el peligro y daño, con necesidad de reconocimiento de los demás y la presencia de baja autoestima. Lo anterior confirma y verifica lo identificado en la escala búsqueda de sensaciones, en lo referente a la tendencia de conductas impulsivas.

Tomando en cuenta los patrones de personalidad y características de la muestra se puede relacionar la tendencia entre el trastorno límite de personalidad y el consumo de sustancias. Aunque la relación es más evidente con el consumo y abuso de alcohol, en comparación con el consumo de otras drogas.

De acuerdo a los resultados de la escala de búsqueda de emociones se puede considerar que existen características en la personalidad que influyen en el consumo de alcohol y drogas, posiblemente relacionadas con la dificultad para identificarla como una situación de riesgo.

En lo referente a las dimensiones del temperamento y carácter de *Cloninger*, se encuentra una relación similar, pero además identifica otras características como la

persistencia de las conductas, una mayor dependencia de reconocimiento y susceptibilidad afectiva. Elementos que aumentan la susceptibilidad de los pacientes para el consumo y dependencia a diversas sustancias.

De acuerdo al inventario de temperamento y carácter existen diferencias entre el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y el consumo de alcohol u otras drogas. En los pacientes con trastorno límite de la personalidad y consumo de alcohol existe pobre influencia social, cierta independencia, una actitud práctica y necesidad de recompensa. Mientras que los pacientes con trastorno límite de la personalidad y el consumo de drogas se encuentra asociado a una pobre persistencia, falta de tendencia a pensar sobre la frustración, sin medir riesgos y daños. Lo que los evidencia como más impulsivos en comparación con los consumidores de alcohol y por lo tanto en mayor riesgo para el consumo de diversas sustancias.

Finalmente el inventario de temperamento y carácter tiene mayor capacidad para identificar otros elementos relacionados con patrones de personalidad, en comparación con la escala de búsqueda de sensaciones. En gran parte por la forma en que se encuentran diseñados los instrumentos, aunque los dos son sensibles para verificar, en esta muestra, la presencia de impulsividad.

6. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La principal limitación del estudio fue el tamaño de la muestra. Así como una mayor proporción de mujeres, por lo que no fue posible realizar comparativos por sexo. Tampoco fue posible distinguir en la muestra a los pacientes con manejo únicamente en la consulta externa entre aquellos que ya contaban con hospitalizaciones previas o manejo psicoterapéutico o farmacológico. Lo anterior podría ofrecer información más detallada sobre intensidad y grado de disfuncionalidad.

En lo referente a sugerencias; se podría ampliar la muestra en investigaciones posteriores con un muestreo estratificado para controlar las variables sexo y tipo de manejo de los pacientes. Además de considerar la variable de tiempo transcurrido desde el diagnóstico, para obtener información más detallada y con un grado mayor de confiabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995: 908.
- 2 Dulit RA, Fyer MR, Haas GL, Sullivan T, Frances AJ. Substance use in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1002-1007.
- 3 Craig RJ. Personality characteristic of heroin addicts: A review of the empirical literature with critique -part II. *Int J Addict* 1979; 14:607-626.
- 4 Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1259-1264.
- 5 Van Praag HM. Serotonergic mechanisms and suicidal behavior. *Psychiatr Psychobiol* 1998; 3:335-346.
- 6 Rubio G, Pérez P. Indicadores biológicos de la repetición de la conducta suicida en los trastornos depresivos: perspectivas psicoterapéuticas. *Farmacología S.N.C.* 1994; 8:4-17.
- 7 Bernardo M, Roca M. Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica. Barcelona: Masson; 1998: 175.
- 8 Soler P, Gascon J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1999: 448.
- 9 Regier DA, Boyd JH, Bwke JD y cols. One moth prevalence of mental disorders in the United Status. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:977-986.
- 10 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S y cols. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- 11 Leshner AI. Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse (NIDA) Dru Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) *Psychol Addict Behav* 1997; 11:211-5.
- 12 Farrel M, Marshall Ej: Organization and delivery of treatment services for dual diagnosis. *Special Populations, Psychiatry*, 62-64, 2004.
- 13 Ortiz A, Soriano A, Galvan J, Meza D: Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. *Sistema de reporte reinformación de drogas. Salud Mental*, 28,2: 91-97, 2005.

14 Medina-Mora Me, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Bautista C Et Al: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26,4: 1-16, 2003.

15 Vázquez C, Ring J, Avia Md: Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: InteramericanaMcGrawHill, vol. 2º, 1990.

16 Fernández-Montalvo J, Landa N, López-Goñi Jj, Lorea I: Personality disorders in alcoholics: A comparative study with the IPDE and the MCMI-II. *Addict Behav*, 31: 1442-1448, 2006.

17 Dowson Jh, Grounds At: *Personality disorders. Recognition and clinical management*. Cambridge. Cambridge University Press, 1995.

18 Miles Cox W. How Tto understand the relationship between psychopathology and addictive disorders. *Psychopathology and addictive disorders*. RM Meyer (Ed). The Guilford Press, New York 1096, 3-16.

19 San Narciso GI, Carreño JE, Pérez SF, Álvarez CE, Gonzales MP, Bobes J. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltresona. *Adicciones* 1998; 10: 7-21.

20 Craig RJ, Baker Sl. *Drug dependent patients: treatment and research*. Springfield: Thomas Publisher, 1982.

21 Goldberg LR. An alterantive “description of personality”: The big-five factor structure. *J Pers Soc Psicol*. 1990; 59: 1216-1229.

22 Laqueille X, Spadone X. Les troubles dépressifs dans la prise en charge des toxicomanes. Place de la methadone. *Encèphale* 1995; 1:4-11.

23 Grilo C, Martino S, Walter M, Becker D, Edell W, McGlashan. Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1305-7.

24 Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *Nerv Ment Dis* 1998; 186: 87-95.

25 Millon TH, Davis R. *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1998.

26 Brooner RK, Herbst JH, Schmidt CW, Bigelow GE, Costa PT. Antisocial personality disorder among drug abusers: Relations to other personality diagnoses and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:313-9.

-
- 27 Regier DA, Boyd JH, Bwke JD y cols. One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 45: 977-986.
- 28 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- 29 Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling j, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *Nerv Ment Dis* 1998; 186: 87-95.
- 30 Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 274-82.
- 31 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL Goodwin F K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama* 1990; 264: 2511-8.
- 32 Dejong CA, Van Den Brink W, Harteveld FM, Van Der Wielen EG. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 87-94.
- 33 Zuckerman, M.; Eysenck, S.B.G. y Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.
- 34 Zuckerman, M. (1983). Sensation seeking and sports. *Personality and Individual Differences*, 4, 285-293.
- 35 Fowler CJ; von Knorri NGL, Oreland GL. (1980). Platelet monoamine oxidase activity in sensation seekers. *Psychiatric Research*, 3, 272 – 279.
- 36 Ward P B, Watts SV, Norman TR, Burrows GD y McConag HY (1987). Low platelet monoamine oxidase and sensation seeking in males: An established relationship? . *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 75, 86-90.
- 37 Orlebeke JF, Kok A, Zeillemaker CW (1989). Desinhibition and the processing of auditory stimulus intensity: An ERP study. *Personality and Individual Differences*, 10, 445-45.
- 38 Daitzman, R.J.; Zuckerman, M.; Sammelwitz, P.H. y Ganjan, V. (1978). Sensation seeking and gonadal hormones. *Journal of Bioscience*, 10, 401-408.
- 39 Manuela Martínez-Lorca, Carlos Alonso-Sanz. Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *ADICCIONES*, 2003, 15, 2, 145-158.

40 M^a Paz García-Portilla, Pilar Alejandra Sáiz, Begoña Paredes, Sonia Martínez, Julio Bobes Personalidad y uso-abuso de éxtasis (MDMA) ADICCIONES (2003), 15, 2, 199-202.

41 Edna Arillo-Santillán, James Thrasher, Rosibel Rodríguez-Bolaños, Rubén Chávez-Ayala, Silvia Ruiz-Velasco, Eduardo Lazcano-Ponce. Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas Salud pública de México. 2007; v. 49 supl. 2.

42 Zuckerman M, Eysenck SBG, Eysenck HJ. Sensation-seeking in England and America: Cross-cultural age, and sex comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978; 46: 139-49.

43 Gracia, S.; Saldívar, A. y Contreras, C. "Validación de la escala de búsqueda de sensaciones: Rasgos de personalidad y su importancia en la adicción a las drogas" Presentado en el IX Congreso Mexicano de Psicología Social, celebrado del 16 al 18 de octubre de 2002. Colima, Col. México.

44 Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora I, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P. Eur Psychiatry 1997; 12: 232-41.

45 Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3^a ed. Barcelona: Ars Médica, 2004.

46 Dolceti i Serra. (2006) Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC) Tesis doctoral. Universitat de Lleida, 109-135.

47 Secretaria de Salud. Ley General de Salud. México 2004.

48 Pérez Pérez, J; Torrubia, R. Fiabilidad y Validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). Revista Latinoamericana de Psicología, 1986. 18: 7-22.

49 Sánchez M, Páez F, López J, Nicolini H Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) Salud Mental, V, 19, octubre 1996.

50 Dolceti i Serra. (2006) Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC) Tesis doctoral. Universitat de Lleida, p 19.

51 Dolceti i Serra. (2006) Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC) Tesis doctoral. Universitat de Lleida, p 28.

52 Dolceti i Serra. (2006) Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC) Tesis doctoral. Universitat de Lleida, p 32.

53 Dolceti i Serra. (2006) Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC) Tesis doctoral. Universitat de Lleida, p. 45.

54 Dolceti i Serra. (2006) Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC) Tesis doctoral. Universitat de Lleida, p 64.

55 Zuckerman M, Eysenck SBG, Eysenck HJ. Sensation-seeking in England and America: Cross-cultural age, and sex comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46: 139-49.

56 Zuckerman, M. (1983). Sensation seeking and sports. *Personality and Individual Differences*, 4, 285-293.

57 Fowler CJ; von Knorri NGL, Oreland GL. (1980). Platelet monoamine oxidase activity in sensation seekers. *Psychiatric Research*, 3, 272-279

58 Ward P B, Watts SV, Norman TR, Burrows GD y McConag HY (1987). Low platelet monoamine oxidase and sensation seeking in males: An established relationship? . *Acta Psychiatrica Scandinavia* , 75, 86-90.

59 Orlebeke JF, Kok A, Zeillemaker CW (1989). Desinhibition and the processing of auditory stimulus intensity: An ERP study. *Personality and Individual Differences*, 10, 445-451.

60 Daitzman, R.J.; Zuckerman, M.; Sammelwitz, P.H. y Ganjan, V. (1978). Sensation seeking and gonadal hormones. *Journal of Bioscience*, 10, 401-408.

61 Dolceti i Serra. (2006) Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC) Tesis doctoral. Universitat de Lleida, p111.

62 Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *Nerv Ment Dis* 1998; 186: 87-95.

63 Zuckerman, M. (1983). Sensation seeking and sports. *Personality and Individual Differences*, 4, 285-293.

64 Dolceti i Serra. (2006) *Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (El TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC)* Tesis doctoral. Universitat de Lleida, p 19

65 Miles Cox W. How To understand the relationship between psychopathology and addictive disorders. *Psychopathology and addictive disorders*. RM Meyer (Ed). The Guilford Press, New York 1096, 3-16.

66 Laqueille X, Spadone X. Les troubles dépressifs dans la prise en charge des toxicomanes. Place de la methadone. *Encéphale* 1995; 1:4-11.

ANEXOS

9.1. Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V) (Sensation-Seeking Scale, SSS)

	Si	No
1. A menudo desearía ser un escalador de montañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gustan algunos olores corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me gustan las fiestas desenfadadas y desinhibidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No puedo permanecer en el cine cuando he visto la película	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta explorar una ciudad o barrio desconocido aunque pueda perderme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me gusta la compañía de personas liberadas que practican el «cambio de parejas»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me aburre de ver las mismas caras de siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me gustaría practicar el esquí acuático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. He probado marihuana u otras hierbas, o me gustaría hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A menudo me gusta ir colocado (bebiendo alcohol o fumando hierba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando puedes predecir casi todo lo que va a decir o hacer una persona, puedes considerarla como una persona aburrida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gustaría practicar el <i>wind-surfing</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me gusta tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, aunque sean poco convencionales o incluso ilegales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Generalmente no me divierten las películas o juegos en los que puedo predecir de antemano lo que va a suceder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me gustaría aprender a volar en avioneta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me gusta probar comidas nuevas que no he probado antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me gusta salir con personas del sexo opuesto que sean físicamente excitantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ver películas o diapositivas de viajes en casa de alguien me aburre tremendamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me gustaría practicar el submarinismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración ni su itinerario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tener muchas bebidas es la clave de una buena fiesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Prefiero los amigos que son impredecibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me gustaría probar a lanzarme en paracaídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Una persona debería tener considerable experiencia sexual antes del matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me siento intranquilo si no me puedo mover alrededor de mi casa durante un largo periodo de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me gusta saltar desde trampolines altos en piscinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Me gustaría conocer personas que son homosexuales (hombres o mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me imagino buscando placeres alrededor del mundo con la <i>jet-set</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. El peor pecado social es ser un aburrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Me gustaría recorrer una gran distancia en un pequeño velero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Frecuentemente encuentro preciosos los colores chocantes y las formas irregulares de la pintura moderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me gusta ver las escenas sexy de las películas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me gusta la gente aguda e ingeniosa aunque a veces ofenda a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me gustaría la sensación de bajar esquiando muy rápido por la pendiente de una gran montaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. La gente puede vestirse como quiera aunque sea de una forma extravagante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Me siento muy bien después de tomarme unas copas de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. No tengo paciencia con las personas grises o aburridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre: _____ Fecha: _____

	SI	NO
11.- ¿En el transcurso de este último año, bebió más del equivalente a una botella de vino (ó 3 copas de alcohol) en más de 3 ocasiones (comidas, fiestas, reuniones)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- En el transcurso de este último año:		
a) ¿Ha tenido necesidad de beber más cantidad de alcohol para obtener el mismo efecto que anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Cuándo bebía menos, temblaban sus manos, sudaba o se sentía agitado/a? ¿Bebía para evitar estos problemas o para evitar la "resaca"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿Los días en los que bebía, empleaba más de 2 horas diarias en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) ¿Redujo sus actividades (esparcimiento, trabajo, cotidianas) porque usted bebía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- En el transcurso de este último año:		
a) ¿Ha estado usted varias veces embriagado o con "resaca", cuando tenía varias cosas que hacer, en el trabajo (o estudio) o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? (No anotar SI, más que si esto ha ocasionado problemas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Ha llegado usted a estar bajo los efectos del alcohol, en una situación en la que tuviese un riesgo físico (ej.; conducir, utilizar una máquina o un instrumento peligroso,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Ha tenido usted problemas legales porque había bebido (ej.: denuncias, arrestos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas en su entorno o con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESULTADO:

MINI: abuso drogas

Nombre: _____ Fecha: _____

	SI	NO
J1.- ¿En el transcurso de este último año, ha llegado a tomar varias veces uno de estos productos, con el propósito de dominarse, cambiar su humor o "colocarse"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Especificar la(s) droga(s) consumida(s): _____</i>		
<i>Droga examinada: _____</i>		
J2.- Considerando la droga seleccionada, en el transcurso de este último año:		
a) ¿Ha constatado que debía de tomar mucha más cantidad para obtener los mismos efectos que anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Cuándo usted tomaba menos, tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado/a, ansioso/a, irritable o deprimido/a? ¿Llegaba a tomarse esta(s) droga(s) para evitar estar enfermo (SINTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Llegaba a menudo cuando las tomaba, a tomar más de lo que tenía intención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Ha tratado de reducir su consumo o dejarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿Los días que utilizaba droga(s), empleaba más de 2 horas diarias en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) ¿Ha reducido usted sus actividades (esparcimiento, trabajo, cotidianas) a causa de la droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) ¿Ha continuado tomando esta(s) droga(s) a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J3.- En el transcurso de este último año:		
a) ¿Ha estado usted varias veces intoxicado/a, o "colocado/a" por una droga aunque tuviese cosas que hacer en el trabajo (o estudio) o en su casa? ¿Esto le ocasionó problemas? (No anotar SI, más que si esto ha ocasionado problemas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Ha llegado usted a estar bajo el efecto de alguna droga, en una situación en la que hubiese un riesgo físico (ej.: conducir, utilizar una máquina o un instrumento peligroso,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Ha tenido usted algún problema legal por haber tomado droga(s) (ej.: denuncias, arrestos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Ha continuado usted tomando esta(s) droga(s) a pesar de saber que esto le causaba problemas en su entorno o con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESULTADO: