



UNIVERSIDAD ESPIRITU SANTO

FACULTAD DE ARTES LIBERALES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TITULO: RASGOS CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD EN CONSUMIDORES DE
DROGAS

TRABAJO DE TITULACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PREVIO A
OPTAR EL GRADO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Jorge Oswaldo Solórzano García

NOMBRE DEL TUTOR:

María Vera PhD.

SAMBORONDÓN, DICIEMBRE, 2018

Resumen

Las drogas provocan cambios en el sistema nervioso que se reflejan en la conducta de los consumidores, por lo que es indispensable hacer referencia a dos temas específicos; la personalidad y los rasgos de la personalidad, razón por la cual el objetivo de esta investigación es analizar la correlación de los rasgos en la personalidad de personas consumidores de cocaína, cannabis y ache; drogas más consumidas en el Ecuador. Los rasgos de la personalidad se midieron mediante la aplicación del Personality Assessment Inventory. Se evaluaron 120 personas de los cuales 30 son adictas a la cocaína, 30 adictas al cannabis, 30 adictas a la ache y 30 del grupo control. Los resultados fueron analizados mediante análisis de varianza (ANOVA) y análisis chi cuadrado. Entre los resultados más significativos, se encontró diferencias significativas en la personalidad dependiendo de la droga consumida y patrones en el inicio de las drogas. Estos resultados podrán ser utilizados para aplicar planes de tratamiento eficientes acorde al consumidor.

Palabras clave: Ache, cocaína, cannabis, rasgos de la personalidad

Rasgos Clínicos de la Personalidad en Consumidores de Drogas

Las drogas se han usado desde principios de la humanidad. Sin embargo, su consumo se vuelve preocupante hace décadas, alcanzando gran trascendencia por causa de la transmutación social, cultural y tecnológica, promotoras de ser detonantes del fenómeno designado como drogodependencia (García y Sánchez, 2011).

El National Institute on Drugs Abuse (NIDA, 2018) define a las drogas como componentes químicos que lesionan el cerebro al ingresar en su sistema de comunicación y obstaculizar el proceso por el cual las neuronas envían, reciben y procesan la información de forma normal.

Sherman (2017) asegura que drogas como la marihuana y la heroína, activan el sistema neuronal ya que su configuración química emula a las de un neurotransmisor común. Esta semejanza en su configuración química confunde a los receptores y faculta que las drogas se anexas a las neuronas y las activen; pero a pesar de que estas drogas tengan una configuración química semejantes a las del cerebro, no las van a excitar de igual forma en que lo hace un neurotransmisor común o natural, transmitiendo mensajes anormales que se transfieren a través de la red.

Las anfetaminas y la cocaína, pueden ser capaces de provocar que las neuronas descarguen cantidades excepcionalmente grandes de neurotransmisores comunes o naturales o evitan el reciclaje habitual de estos componentes químicos del cerebro. Esta modificación origina un mensaje acrecentado de forma exorbitante, que tendrá como consecuencia la obstaculización de los canales de comunicación (NIDA, 2018).

Según Osuna (2005) existen muchas clasificaciones de las sustancias psicoactivas debido a los diferentes aspectos en que se las ha estudiado. Sin embargo, esta investigación se basará en la propuesta por la OMS, descrita por José María Osuna,

que las agrupa según la consecuencia en el sistema nervioso central y pueden ser: Depresoras, Estimulantes y Alucinógenas.

En primer lugar, Depresoras. Toda sustancia que disminuye o enlentece el funcionamiento del sistema nervioso central. Como, por ejemplo: el alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, ache y metadona). En segundo lugar, Estimulantes. Toda sustancia que incrementa la actividad del sistema nervioso central tales como: la cocaína, estimulantes del tipo anfetamínico y una considerable parte de las sustancias de síntesis, aparte de las nuevas sustancias psicoactivas. En tercer lugar, Alucinógenos/Psicodélicos. Toda sustancia que ocasiona distorsiones en las sensaciones y modifican marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Encontramos de origen natural y sintético que son estructuralmente diferente, tales como: ayahuasca, mezcalina, LSD, éxtasis, fenciclidina, cannabis, derivados del cannabis, dimetilriptamina entre otros.

Como se menciona anteriormente las drogas provocan cambios a nivel del sistema nervioso que se reflejan en la conducta de los consumidores, por lo que es indispensable hacer referencia a dos temas específicos; la personalidad y los rasgos de la personalidad. Entendiendo la personalidad como “patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persiste a través del tiempo y de las situaciones” (Morris y Maisto, 2011, p. 396) y rasgos de la personalidad como un sistema neuropsíquico general y focalizado (característico al individuo) con la cabida para hacer muchos estímulos funcionalmente parecidos para iniciar y tutelar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva (Cervone, 2009). Por tanto, es imprescindible, realizar una investigación basada en la correlación de los rasgos de la personalidad de personas consumidoras de cocaína, cannabis y ache.

El Centro de Intervención Psicológica Integral y Aplicada (CIPSIA, 2016) define a los rasgos de la personalidad como las directrices conductuales y de comportamiento que se exteriorizan en las diversas situaciones o contextos. Basándose en la información científica ya expuesta se sabe que todo individuo consumidor de drogas tendrá estos rasgos alterados, los que serán causantes de un sinnúmero de patologías en la personalidad

En Ecuador (El Telégrafo, 2016) la edad de inicio del consumo de drogas es a los 12 años, resultado obtenido de la investigación del Observatorio Social Ecuador, CARE Ecuador, Save the Children, determinan que la primera droga de fácil acceso es la marihuana, seguida de la ache y la cocaína, por lo cual es necesario conocer algunos datos que nos ofrecen especialistas de la salud como Psiquiatras y declaraciones de instituciones públicas y privadas con injerencia en el tema, para tener una idea de la importancia del estudio de la Ache.

López y col (2007) asegura que la presencia de trastornos de la personalidad en individuos con drogodependencias es un aspecto relevante, tanto por el alto porcentaje de prevalencia, como por la necesidad de tenerlo en cuenta en el momento de planificar el tratamiento. Razón por la cual se utilizará el siguiente instrumento de medición de rasgos clínicos de la personalidad.

El Personality Assessment Inventory (Inventario de Evaluación de la Personalidad - PAI) (Morey, 2011) hace referencia a los trastornos de personalidad como formas habituales e inflexibles de ser y comportarse, duraderas en el tiempo, generalizadas a todas las facetas de la vida. Pero desde una perspectiva dimensional se entiende que entre los estilos de personalidad y los trastornos de personalidad existe una característica constante que está constituida de los mismos rasgos, pero con un nivel de

desadaptación mínimo y con una mayor plasticidad y posibilidad de cambio (Morey, 2011).

A continuación, el PAI establece la clasificación de los diferentes trastornos de la personalidad y los rasgos característicos de los mismos en: a) trastorno paranoide de la personalidad, b) trastorno esquizoide de la personalidad, c) trastorno narcisista de la personalidad, d) trastorno de la personalidad por evitación, e) trastorno de la personalidad por dependencia, f) trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y g) trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

Referente a los rasgos estipula los siguientes: 1) hipervigilancia, 2) resentimiento, 3) indiferencia social, 4) actitud agresiva, 5) alteración del pensamiento, 6) persecución, 7) fobias, 8) conductas antisociales, 9) agresividad física, 10) problemas con las drogas, 11) inestabilidad emocional, 12) alteración de la identidad, 13) relaciones interpersonales problemáticas, 14) autoagresiones, 15) ideaciones suicidas, 16) depresión cognitiva, 17) estrés postraumático, 18) impresión positiva, 19) afabilidad, 20) somatización, 21) egocentrismo, 22) grandiosidad, 23) dominancia, 24) obsesión, 25) compulsión, 26) resentimiento, 27) agresiones verbales, 28) rechazo al tratamiento, 29) ansiedad emocional.

En cuanto a la cocaína, Duran y Becoña (2006) establecen que los rasgos característicos en consumidores de cocaína son: inestabilidad emocional, alteración de la identidad, relaciones interpersonales problemáticas, autoagresiones, ideaciones suicidas, depresión cognitiva, estrés postraumático, impresión positiva baja (baja autoestima), rechazo al tratamiento, hipervigilancia, resentimiento, indiferencia social, actitud agresiva y afabilidad. Becoña y Cortés (2011) describe que las problemáticas médicas más relevantes en los consumidores de cocaína son las de tipo vascular: infarto y hemorragia cerebral, insuficiencia cardiaca congestiva, trombosis vascular entre otros.

Y los pulmonares: lesión de la vía aérea, edema pulmonar, hemorragia pulmonar, dolor de pecho, neumonía, enfisema entre otros.

Referente al cannabis (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2010) establecen que los rasgos de personalidad frecuentes en consumidores de dicha droga son: ansiedad, impulsividad motora y cognitiva, búsqueda de sensaciones y excitación, improvisación y ausencia de planificación, inestabilidad emocional, desinhibición e indiferencia social. Y con respecto a las consecuencias médicas de los consumidores de cannabis (Becoña y Cortés, 2011) establece que los problemas de tipo cognitivo son los de mayor gravedad sin dejar de lado los trastornos del sueño, alimentación, analgesia, cardiovasculares, respiratorios, oculares, gastrointestinales, inmunológicos, endocrinos entre otros.

Con respecto a la Ache, El Comercio (2017) indica que es en el año 2014 donde se empiezan a realizar los primeros análisis de la droga ache por parte de la Secretaria Técnica de Drogas encontrando que su composición se basa en heroína, cafeína y diltiazem. Rendón (2015) en un artículo de El Comercio afirma que la ache está siendo mezclada con metanfetaminas más sustancias neurotóxicas, tales como: cal, cemento, sales de baño, acetona, ketamina, heces de animales, bicarbonato entre otros. El Telégrafo (2017) indica que la Secretaria Técnica de Drogas bajo la autoridad de Luis Fernando Salazar, revela que estudios en la composición de la droga ache entre el año 2016 y 2017 dan como resultado que contiene un 30% de heroína y 70% de sustancias agregadas como cafeína, diltiazem, tolicaina, aminopirina, noxetilina, y dietilftalato.

Esta investigación se basará en datos teóricos obtenidos de varias fuentes como los adquiridos del I Congreso Nacional de Educación: Uso y abuso de drogas “Por un Ecuador sin Ache”, llevado a cabo en el año 2016, en el cual Sagnay (2016) afirma que los rasgos en la personalidad más evidentes de los consumidores de esta droga son:

ansiedad, baja autoestima, irritabilidad, conducta obsesiva compulsiva, ausencia de empatía, apatía, anhedonia, rasgos delictivos o antisociales. Sagnay también menciona que los problemas físicos del consumo son: trastornos del sueño y apetito, xerostomía, disartria, trastornos gastrointestinales, prurito, acné, úlceras dérmicas, xeroris, trastornos menstruales y ovulares, clorosis, trastornos cardiovasculares y pulmonares, entre otros.

En el artículo del diario El Telégrafo (2016) el Dr. Daniel Rodríguez revela que el efecto inmediato del consumo de la ache es la euforia o también llamado “rush”, hiperexcitabilidad y bajo umbral del dolor. En el mismo artículo se menciona que los 6 órganos más afectados del uso de la droga ache son: pulmones, riñón, hígado, corazón, páncreas, cerebro y estómago.

Una vez que se describen las consecuencias médicas y psicosociales de personas consumidoras de cocaína, cannabis y ache es preciso hacer énfasis en los efectos sociales que causa la drogodependencia. Según El Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Veracruz (CECYVET) (2014) se instauran los siguientes problemas: 1) imagen personal deteriorada, 2) aislamiento, 3) estigmatización, 4) deterioro en la relación de pareja, 5) vida familiar centrada en el adicto, 6) rechazo social, 7) bajo rendimiento escolar y/o laboral. 8) riesgo de accidentes laborales y de tránsito, 9) incidencia en conductas delictivas, 10) costos de tratamientos, 11) riesgo de contraer SIDA u otras enfermedades venéreas.

Suárez (2015) indica que es de suma importancia realizar estudios e investigaciones de la droga ache ya que posee como componente principal partículas de heroína, extracto de animales (heces fecales, huesos molidos) y sustancias neurotóxicas. El consumo de las misma podría producir hasta un 80% de inhabilidad cerebral seguido de la muerte. Debido a la amenaza de esta droga se crea una comisión conformada por los ministerios de Salud, Inclusión Social, Justicia, Educación, del Interior y Desarrollo Social con la rectoría del Consep que actualmente

se denomina Secretaria Técnica de Prevención Integral de drogas para abordar los casos más críticos ya si alertar a la ciudadanía (Ecuavisa, 2015).

Según la Psiquiatra Sagnay, citada en La Revista (2014), alega que la droga ache está irrumpiendo en instituciones académicas como colegios, pero lo más grave es que también lo está haciendo en escuelas donde se produce el expendio y consumo de la misma. Sagnay (2016) afirma en el I Congreso por un Ecuador sin “H” que esta droga causa dependencia física y psicológica a partir del tercer consumo, convirtiéndola en un problema de salud pública a nivel nacional.

Con la información expuesta sobre la variabilidad en la composición de la ache y la aseveración de El National Institute of Drugs Abuse (2018) el cual certifica que cada droga causa en la persona que la consume un efecto diferente, alterando neurotransmisores específicos los cuales producen cambios en la conducta, ergo, en los rasgos de la personalidad, es imprescindible, realizar una investigación basada en la correlación de los rasgos de la personalidad de personas consumidoras de ache con los rasgos de la personalidad en consumidores de cocaína y marihuana, debido a que son las 3 drogas sólidas de mayor consumo en el Ecuador, dato mencionado con anterioridad.

De esta manera se podrá marcar el camino hacia nuevos procedimientos farmacológicos y cognitivos-conductuales, de forma que se puedan prometer posibles plataformas para la creación de estrategias de prevención y monitoreo de los adelantos terapéuticos tal como lo afirma El National Institute of Drugs Abuse (2018) por lo cual el objetivo principal de esta investigación será analizar una correlación de los rasgos en la personalidad de personas consumidores de cocaína, cannabis y ache.

Método

Muestra y procedimiento

Se realiza un estudio no probabilístico por conveniencia y bola de nieve. En el cual se evalúan 120 personas de los cuales 30 corresponden a personas adictas a la cocaína, 30 personas adictas al cannabis, 30 a personas adictas a la ache y 30 personas del grupo control. El grupo experimental constará con 90 personas y los criterios de inclusión fueron: a) tener 18 años o más; b) cumplir los criterios de dependencia del DSM-V y c) tener diagnóstico de dependencia a la cocaína, cannabis y ache. El grupo de control constará con 30 personas y los criterios de inclusión fueron: a) tener 18 o más años, b) no haber consumido ningún tipo de droga sólida, c) no tener patologías mentales.

El grupo de personas consumidoras de cocaína posee una media de edad de 28,4 (SD= 8); edad mínima de 18 y máxima de 49. La media en la edad de inicio en el consumo de drogas es de 15,9 (SD=4,3); edad de inicio mínima de 6 y máxima de 28. La media del tiempo de consumo de drogas es de 7,9 (SD= 5,2); con un mínimo de 2 y máxima de 18.

Las personas consumidoras de cannabis que forman parte de este estudio poseen una media de edad de 27,7 (SD= 9,5); edad mínima de 18 y máxima de 52. La media en la edad de inicio en el consumo de drogas es de 16,9 (SD=3,8); edad de inicio mínima de 10 y máxima de 26. La media del tiempo de consumo de drogas es de 7,7 (SD= 7); con un mínimo de 2 y máxima de 35.

El grupo de personas consumidoras de ache posee una media de edad de 20 (SD= 2,1); edad mínima de 17 y máxima de 25. La media en la edad de inicio en el consumo de drogas es de 14,7 (SD=2); edad de inicio mínima de 11 y máxima de 18. La media del tiempo de consumo de drogas es de 4,97 (SD= 1,4); con un mínimo de 11 y máxima de 18.

El grupo control posee una media en la edad de 25,5 (SD= 8,4); edad mínima de 18 y máxima de 56.

Una parte de la muestra del grupo experimental se obtiene en diferentes centros de adicción de las ciudades de Guayaquil, Portoviejo, Petrillo, Quevedo, Machala, Cuenca, Samborondón y Santa Ana, el acceso se obtiene mediante intervención de Psiquiatras y personas que trabajan en los mismos con las cuales se tienen lazos de amistad. Otra parte se obtiene mediante bola de nieve en la cual un consumidor de cannabis destina a otros consumidores de la misma droga y así hasta completar la muestra. En lo que respecta al grupo de control la muestra se obtiene por medio de conocidos no consumidores de cocaína, cannabis y ache de las ciudades antes mencionadas.

La aplicación del test se realiza de forma grupal e individual, en la cual se entrega un cuadernillo y una hoja de respuesta a cada persona, previamente se le/s explica en que consiste el test y la forma de responderlo. Una vez completadas las hojas de respuesta se procede a introducir los datos en el software de la empresa Técnicos Especialistas Asociados, SA (TEA Ediciones) para la obtención de los resultados de cada individuo mediante PDF.

De la muestra total de 120 personas se obtiene un 43% de test inválidos que se dividen en 13% de cocaína, 15% cannabis, 11% ache y 4% grupo control. Estos test inválidos también serán parte del análisis para determinar los rasgos clínicos de la personalidad en personas consumidoras de cocaína, cannabis y ache.

Instrumentos

Los rasgos de la personalidad se midieron mediante la aplicación del Personality Assessment Inventory o Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) cuyo autor es Leslie Morey y la versión española realizado por Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal,

y Sánchez (Morey, 2011). Está formado por 344 ítems distribuidos en 22 escalas. De éstas 11 son clínicas: quejas somáticas, ansiedad y trastornos relacionados, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, problemas con alcohol y problemas con drogas. 5 escalas están relacionadas al tratamiento: agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento. 2 afines a relaciones interpersonales: dominancia y afabilidad. Finalmente 31 subescalas : conversión, somatización, hipocondría, cognitiva, emocional, fisiológica, obsesivo-compulsivo, fobias, estrés postraumático, cognitiva, emocional, fisiológica, nivel de actividad, grandiosidad, irritabilidad, hipervigilancia, persecución, resentimiento, experiencias psicóticas, indiferencia social, alteraciones pensamiento, inestabilidad emocional, alteraciones de identidad, relaciones interpersonales problemáticas, autoagresiones, conductas antisociales, egocentrismo, búsqueda de sensaciones, actitud agresiva, agresiones verbales, agresiones físicas El formato de respuesta es tipo Likert graduada en 4 puntos, donde 1 (falso) y 4 (completamente verdadero). La fiabilidad promedio test-retest del PAI fue de 0,82 y la consistencia interna de sus escalas obtuvo coeficientes alfa de Cronbach promedio de 0,78 para la muestra normal y de 0,83 para la muestra clínica.

La muestra será clasificada en personas consumidoras de cocaína, cannabis, achenas a las cuales se le realizó preguntas cerradas para obtener el historial de consumo y grupo control.

Resultados

A continuación, se presenta una tabla con los resultados obtenidos del PAI expresados con medias correspondientes para cada uno de los cuatro grupos experimentales, consumidores de cocaína, cannabis, achenas y grupo control. Además, se

muestra la F del ANOVA realizado para comprobar diferencias significativas en las medias.

Tabla 1.

Medias en el PAI y resultados de ANOVA (N=90)

	Media Cocaína	Media Cannabis	Media Ache	Media Control	F
Clínicas Quejas Somáticas	11,3	9,77	12,17	10,08	2.58
Clínicas Ansiedad	14,981	11,7	14,93	17,7	.81
Clínicas Trast. Rel. Ansiedad	18,1	16,03	18,57	21,53	.50
Clínicas Depresión	11,73	9,3	16,93	12,53	1.23
Clínicas Manía	21,93	19,77	20,63	24,777	.34
Clínicas Paranoia	15,93	15,5	19,93	20,73	.77
Clínicas Esquizofrenia	13,9	11,03	14,3	14,13	.39
Clínicas Limite	20,63	17,8	20,5	18,33	.17
Clínicas Antisociales	18,23	14,67	21,03	14,43	.99
Clínicas Alcohol	9,23	4,83	6,5	3,3	2.84*
Clínicas Drogas	12,23	8,7	14,77	2,33	6.78***
Relac. Tratamiento Agresión	13,83	10,83	13,27	12,37	.28
Relac. Tratamiento Id. Suicida	4,77	2,47	3,5	2,87	.77
Relac. Tratamiento Estrés	7,3	5,87	6,5	7,07	.27
Relac. Trat. Falta Apo. Social	3,97	5,43	5,1	5,1	.43
Relac. Trat. Recha. Tratamient	3,8	5,3	4,97	12,9	16.30***
Relaciones Interp. Dominancia	10,5	10,9	10,9	20,47	5.81***
Relaciones Interp. Afabilidad	10,53	9,9	11,87	19,1	4.49**
Sub. Som Conversión	3,87	3,33	3,9	2,23	.82
Sub. Som Somatización	3,5	3,37	3,93	4,27	.29
Sub. Som Hipocondría	3,93	3,17	4,33	3,67	.37
Sub. Ans. Cognitiva	5,4	4,23	5,17	6,7	1.05
Sub. Ans. Emocional	5,53	4,17	5,83	6,9	1.14
Sub. Ans. Fisiológica	4,03	3,33	3,93	4,1	.18
Sub. Tra. Obsesi. Compulsivo	6,67	5,93	6,1	9,43	1.92
Sub. Tra. Fobias	4,5	4,87	6,6	7,07	1.51
Sub. Tra. Estrés Postraumático	6,93	5,33	5,87	5,1	.45
Sub. Dep. Cognitiva	3,8	2,3	4,83	4,07	1.73
Sub. Dep. Emocional	4,07	2,97	4,2	3,57	.47
Sub. Dep. Fisiológica	3,87	4,1	4,57	4,97	.32
Sub. Man. Nivel de Actividad	6,57	4,8	6,2	5,47	.52
Sub. Man. Grandiosidad	8,23	8,3	7,37	11,63	1.55
Sub. Man. Irritabilidad	7,13	6,77	7,07	7,7	.09
Sub. Par. Hipervigilancia	7,4	7,1	7,73	9,7	.76
Sub. Par. Persecución	3,9	4,1	5,53	3,27	1.09
Sub. Par. Resentimiento	4,63	4,33	6,67	7,83	2.68*
Sub. Esq. Exper. Psicóticas	4,73	3,77	3,77	3,5	.39

Sub. Esq. Indiferencia Social	3,17	4,37	4,6	5,83	1.55
Sub. Esq. Alter. Pensamiento	6	2,97	5,93	4,87	1.97
Sub. Lim. Inestabi. Emocional	4,97	4,27	4,73	5,6	.37
Sub. Lim. Altera. Identidad	5,3	4,77	5,23	5	.06
Sub. Lim. Rel. Interp.	4,93	5,2	4,9	3,8	.41
Problemas					
Sub. Lim. Autoagresiones	5,43	3,6	5,63	4,03	1.21
Sub. Ant. Cond. Antisociales	7,2	5,9	9,07	4,27	2.23
Sub. Ant. Egocentrismo	4,83	4,03	5,7	4,03	.74
Sub. Ant. Bús. Sensaciones	6,2	4,73	6,27	6,2	.49
Sub. Agr. Actitud Agresiva	4,83	4,83	4,7	5,47	.13
Sub. Agr. Agresiones Verbales	4,4	3,23	4,37	5,13	.94
Sub. Agr. Agresiones Físicas	4,6	3,63	4,2	1,83	2.09

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Existe una tendencia muy marcada entre las personas del grupo control y las personas consumidoras de cannabis, siendo las del grupo control las que poseen mayores puntuaciones en los rasgos clínicos como ansiedad cognitiva, ansiedad emocional, ansiedad fisiológica, trastornos relacionados a la ansiedad obsesivos compulsivos, trastorno relacionados a la ansiedad fobias, depresión cognitiva, depresión emocional, depresión fisiológica, grandiosidad, irritabilidad, hipervigilancia, resentimiento, indiferencia social, egocentrismo, agresión verbal, actitud agresiva y dominancia ; mientras que la personas del grupo consumidoras de cannabis presentan las menores puntuaciones en los rasgos clínicos excluyendo afabilidad, egocentrismo y problemas en relaciones interpersonales. Los grupos de personas consumidoras de cocaína y ache presentan puntuaciones intermedias en los rasgos clínicos, los relacionados al tratamiento y de relaciones interpersonales en comparación a los consumidores de cannabis y grupo control.

Se encuentran diferencias significativas en algunos rasgos clínicos como: 1) Consumo de alcohol en el cual el valor más alto lo obtienen las personas consumidoras de cocaína y el más bajo el grupo control; 2) Consumo de drogas, el valor más alto lo tiene el grupo de personas consumidoras de ache y el de menor valor el grupo control; 3) Paranoia-resentimiento el grupo control obtiene el valor más alto y el grupo de

personas consumidoras de cannabis obtiene el menor valor; 4) Rechazo al tratamiento, el grupo control obtiene el valor más alto y el grupo de personas consumidoras de cocaína obtiene el más bajo; 5) Relaciones interpersonales-dominancia el grupo control obtiene el valor más elevado y las personas consumidoras de cocaína obtienen el más bajo; y 6) Afabilidad el grupo control obtiene el valor más alto y el grupo de personas consumidoras de cannabis obtienen el valor más bajo.

Respecto al inicio y tiempo de consumo, los tres grupos de consumidores (cocaína, cannabis y ache) se encuentran en un rango de edad entre 20 y 28 años, siendo las personas consumidoras de ache las que comienzan más jóvenes ya que el primer consumo es con 15 años y el tiempo de consumo bordea los 5 años. Las personas consumidoras de cocaína empiezan su primer consumo con edad de 16 años y el tiempo de consumo bordea los 8 años. Por último, las personas consumidoras de cannabis empiezan el primer consumo con una edad de 17 años y su tiempo de consumo bordea los 8 años.

Finalmente, se realizó un análisis chi cuadrado (prueba para análisis para variables cualitativas) para analizar la relación entre la droga que se consume y la droga con la que se inició el consumo. Siendo el valor del estadístico de contraste significativo ($\chi^2 = 66.52$; $p = .000$). El 40% de personas consumidoras de cocaína inician ingiriendo alcohol, un 20% ingiriendo base de coca y un 20% ingiriendo cannabis. Respecto a las personas consumidoras de cannabis, el 73,3% inicia ingiriendo cannabis, un 16,7% alcohol y 3,3% base de coca un. De las personas consumidoras de ache, el 60% inicia ingiriendo el propio ache, el 26,7% inicia ingiriendo cannabis y el 10% ingiriendo alcohol. Con lo cual se podría establecer una relación directa de personas consumidoras de cocaína y alcohol, mientras que los consumidores de cannabis y ache se mantienen

casi en su totalidad con la primera droga consumida que sería cannabis y ache respectivamente.

Las diferencias nombradas con anterioridad se pueden ver de forma más clara en la siguiente figura:

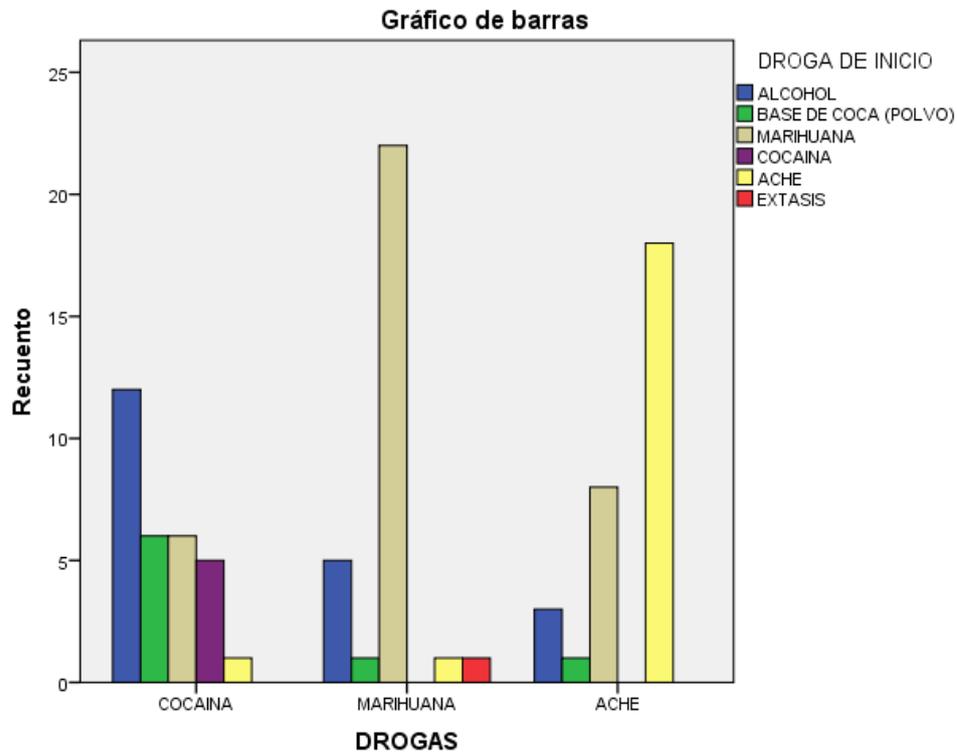


Figura 1. Droga consumida y droga de inicio.

Discusión

La adicción se ha vuelto un problema de salud pública y mucho más en las últimas décadas, por detonantes como la transmutación social cultural y tecnológica, presentes en la actualidad. La utilización de cualquier tipo de sustancia considerada como droga, lesiona el cerebro produciendo cambios en el sistema nervioso central, que se ven reflejados en la conducta de los consumidores (NIDA, 2018). Estos cambios son el motivo por el cual se realiza un análisis de la correlación en los rasgos de la personalidad de personas consumidoras de cocaína, cannabis y ache. Se han elegido

estas tres drogas, y no otras, ya que son las sustancias sólidas más utilizadas en el Ecuador por su fácil acceso y consumo.

A continuación, se abordan con detalle los datos obtenidos con la literatura recabada sobre el tema; así como, datos significativos de las muestras estudiadas y hallazgos inesperados con respecto al grupo control.

Al momento de aplicar el test de personalidad PAI se hicieron evidentes algunas características propias de cada grupo de consumidores. Por ejemplo, el grupo de personas consumidoras de cocaína tuvieron conductas de grandiosidad e impulsividad al responder los ítems, y no realizaron ningún tipo de preguntas respecto a la ejecución del cuestionario. Las personas consumidoras de cannabis fueron los que mayor problema tuvieron al momento de la ejecución del mismo debido a un enlentecimiento cognitivo y de atención. Por su parte, las personas consumidoras de ache tuvieron mayor cantidad de problemas respecto al significado de las palabras del cuadernillo de ítems del PAI. Además, mostraban signos de cansancio y tomaban descansos durante el cuestionario. Con respecto a la escala de validez de los resultados obtenidos, se encuentra entre un 85 a un 90% de test válidos, con lo cual se demuestra la veracidad de la investigación.

Existe evidencia científica de los rasgos de la personalidad que caracterizan a las personas consumidoras de cocaína y cannabis López y Becoña (2006), Personality Assessment Inventory (Morey, 2011), pero no se encuentran datos científicos con respecto a la ache, sino únicamente evidencia empírica sobre la misma droga. Dada la información recogida en el presente estudio, se afirma que no existen investigaciones con respecto a la correlación entre los rasgos de la personalidad de personas consumidoras de cocaína, cannabis y ache; no obstante, dados los resultados, se evidencia en las tres muestras la existencia complementaria de rasgos comunes.

Por ejemplo, en los consumidores de cocaína, en línea con López y Becoña (2006), puntúan alto en: afabilidad, hipervigilancia, estrés post traumático, autoagresiones y alteraciones en la identidad. La presente investigación aporta nuevos datos tales como: ansiedad, manía, paranoia, límites y antisociales.

En cuanto a los consumidores de cannabis se confirma lo expuesto por Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri (2010), puntúan alto en: ansiedad, actividad motora y cognitiva, indiferencia social y búsqueda de sensaciones. La presente investigación aporta nuevos datos tales como: esquizofrenia, relacionados a la ansiedad, manía, límites, paranoia y antisociales.

Por último, y con respecto a la muestra de consumidores de ache, Sagnay (2016) muestra puntuaciones altas en: ansiedad, límites y antisociales. La presente investigación aporta nuevos datos tales como: relacionados a la ansiedad, manía, paranoia, esquizofrenia y depresión.

Cabe recalcar que la información obtenida de los resultados del Test de Personalidad PAI, sobrepasaron las expectativas respecto a los rasgos de personalidad esperados en las muestras. Entre los rasgos significativos encontrados, se halla el consumo de alcohol en la muestra de consumidores de cocaína. Este hallazgo supone significancia, dado los relatos orales que gran parte de esta muestra ofreció durante la aplicación del test. La muestra afirma que se tiende a iniciar la ingesta de cocaína con el fin de evitar los efectos producidos por el consumo excesivo de alcohol. En el grupo control, se obtienen los valores más bajos respecto al consumo excesivo de alcohol.

Otro rasgo significativo fue el de consumo de otras drogas en personas consumidoras de ache. Esto se debe a que esta droga tiene un alto poder adictivo, dada la presencia de heroína como su componente principal; es por ello que, a la tercera dosis

de esta sustancia, genera una adicción física y psicológica. El grupo control obtiene los valores más bajos respecto al consumo de drogas.

En el grupo control se han encontrado los resultados más inesperados. Puntúan altamente en el rasgo Paranoia-Resentimiento; los consumidores de cannabis obtienen el menor porcentaje en este rasgo. Se podría deducir que debido a que poseen un alto porcentaje en el ítem de indiferencia social, sin llegar este a ser significativo, no le dan importancia a ciertas situaciones personales, que se asocia con su labilidad emocional y enlentecimiento cognitivo, característico de estas personas.

Similar a lo encontrado en el rasgo Paranoia-Resentimiento, los rasgos de: Rechazo al tratamiento, Dominancia y Afabilidad, son rasgos significativos al ser estos, en comparación con las muestras de consumidores de cannabis, cocaína y ache, en los cuales no se anticipaban puntuaciones altas al inicio de la investigación. Como posible interpretación de estos hallazgos, en el grupo control podría incidir un estigma referente a las adicciones como condición de debilidad, representadas en altas puntuaciones en los rasgos mencionados, que denotarían el perfil de fortaleza y adecuación a la norma social que el grupo control emprendería representar.

Al representar el grupo control la muestra con mayor número de altas puntuaciones, estos datos inesperados otorgan la oportunidad de investigar que está influyendo en la sociedad actual para que el grupo “sano”, según los resultados obtenidos, sea considerado como el grupo crítico de la investigación. Esto podría ser como un predictor de que alguien de este grupo, en un futuro, podría ser un adicto en potencia.

Como se menciona en más de un ocasión, la transmutación social, cultural y tecnológica como posible factor de riesgo en el proceso de inicio de una adicción, se tendría que relacionar con personas sanas, que no poseen una predisposición genética a

volverse adicto, pero si a tener rasgos propios de uno, a lo cual se le atribuye la presión ejercida por un ritmo de vida más acelerado, el nivel de competitividad a nivel familiar-académico-laboral y la desestructuración familiar cada vez se encuentra en mayor auge, como causante de la desestabilización en la homeostasis del ser humano como persona propiamente dicho.

Implicaciones teóricas y prácticas

El estudio responde a la problemática vigente en el tema de las adicciones en el Ecuador. Se encuentra vastos datos científicos acerca de la cocaína y cannabis, quedando solo información empírica sobre la aché con lo cual fue necesario realizar la investigación, ya que no existe nada sobre esta. Se decide realizar la correlación de los tres grupos consumidores más el grupo control y los resultados fueron de gran valor académico y científico, se pudo encontrar y definir los rasgos de personalidad de los consumidores de aché bajo una visión científica, afirmando los datos empíricos encontrados. Los datos obtenidos sobre el grupo control crea un campo abierto para futuras investigaciones.

Es imprescindible esta investigación, ya que, establecidos los rasgos en la personalidad, se podrá aplicar las técnicas psicológicas adecuadas a cada grupo de consumidores de acuerdo a la droga consumida, rompiendo la generalización que aún se mantiene al momento de trabajar con adictos.

Del mismo modo, se podrán crear planes de prevención siguiendo el mismo esquema, ya que, dependiendo los rasgos en la personalidad obtenidos en los consumidores, se podría hacer énfasis en cómo abordarlos de manera más asertiva y eficiente, para así evitar ese primero consumo que les podría desencadenar en una adicción. Actualmente, los planes de prevención se deben aplicar a la familia y bajo este paradigma de complejidad, más los datos obtenidos en el grupo control, se debería en

primer lugar, intentar devolver al homeostasis psíquica de los mismos para luego aplicar dichos planes de prevención de manera más asertiva y eficiente.

Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza de este estudio es que no existe ninguna investigación científica sobre una correlación de los rasgos en la personalidad de personas consumidoras de cocaína, cannabis y ache. Respecto a la droga ache es la primera investigación científica que se realiza y en la cual quedan establecidos los rasgos de personalidad de las personas consumidoras de la misma. Gracias a la utilización del test de personalidad PAI se obtiene una vasta fuente de datos sumamente amplia y veraz. La adquisición de los datos se pudo realizar gracias a diferentes contactos personales en los muchos centros de adicciones y/o comunidades terapéuticas del Ecuador.

Existen algunas limitaciones y la principal es la falta de información científica respecto a la droga ache. Se observa un número excesivo de ítems por responder en el Test PAI, ya que las personas se cansaban produciendo inconsistencia e infrecuencia en los resultados. Otra limitación observable fue el desconocimiento de algunas palabras del vocabulario que se encuentra en el cuadernillo de aplicación del PAI. El acceso a los centros de adicciones o comunidades terapéuticas es muy reservado con lo cual se limita la muestra. En base al género no se permite el acceso a centros de adicción y/o comunidades terapéuticas donde sus pacientes son mujeres. No existió un equipo de trabajo ni presupuesto para poder abarcar otros centros de adicción y/o comunidades terapéuticas ubicadas en la ciudad de Guayaquil u otras ciudades del Ecuador.

Futuros estudios

En caso de querer realizar investigación relacionadas a los rasgos de personalidad en adictos, es recomendable la aplicación de un test con validez y confiabilidad con menos cantidad de ítems por responder que el PAI para evitar un alto

porcentaje de invalidez y hacer más flexible un análisis de resultados. Debido a la falta de información sobre la droga ache es necesario se le ponga énfasis en estudiarla de forma científica, para poder socializar la información a nivel mundial sobre esta droga de origen ecuatoriano. Los datos obtenidos sobre el grupo control, abrieron un campo amplio en la investigación, ya que se debe esclarecer, por qué obtienen el mayor porcentaje de valores altos en los resultados del PAI a diferencia de los grupos consumidores de cocaína, cannabis y ache.

Conclusiones

En conclusión, se han obtenido nuevos datos respecto a los rasgos en la personalidad de cada muestra; tales como ansiedad, manía, paranoia, depresión, rasgos límites, rasgos antisociales y rasgos relacionados con la esquizofrenia. Así mismo, se encuentran rasgos significativos encontrados en los consumidores de cocaína y en los consumidores de ache; como también resultados inesperados en el grupo control, el cual posee la mayor cantidad de puntuaciones elevadas en relación a los otros tres grupos siendo el rasgo Paranoia-Resentimiento el de mayor puntuación. Por ende, queda demostrado que el consumo de cocaína, cannabis o ache producirá alteraciones en los rasgos de la personalidad, que se visualizan mediante cambios conductuales específicos.

Referencias

- Anchundia, L. (febrero, 2014). Colegiales 'hacheros'. La Revista. Recuperado de <http://www.larevista.ec/orientacion/salud/colegiales-hacheros>
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Socidrogalcohol.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E., y Aizpiri, J. (2010). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Adicciones*, 22(3), 245-252.
- CECYTEV. (2014). *Programa Institucional de Tutorías III*. Recuperado de <http://cecytev.edu.mx/wp-content/uploads/2014/01/Tutor%C3%ADas-Tercer-Semestre.pdf>
- Cervone, D. y Pervin, L. (2009). *Personalidad: teoría e investigación* (2 ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
- CIPSIA. (2016). *Los 5 rasgos de la personalidad*. Recuperado de <https://www.cipsiapsicologos.com/blog/los-5-rasgos-de-la-personalidad/>
- Diario Expreso. (15 de junio de 2017). La 'hache', bajo la lupa de Neurociencias. *Diario Expreso*. Recuperado de <http://www.expreso.ec/guayaquil/la-hache-bajo-la-lupa-de-neurociencias-XB1416462>
- El Comercio. (23 de marzo de 2017). Droga H puede tener hasta 80% de heroína. *El Comercio*. Recuperado de <https://www.elcomercio.com/actualidad/drogah-heroina-analisis-microtrafico-investigaciones.html>
- El Telégrafo. (2 de julio de 2016). El consumo de la droga "H" debilita a más de 6 órganos. *El Telégrafo*. Recuperado de

<https://www.elselegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-consumo-de-la-droga-h-debilita-a-mas-de-6-organos>

El Telégrafo. (20 de junio de 2017). La 'h' tiene el 30% de heroína y el 70% de productos químicos. *El Telégrafo*. Recuperado de <https://www.elselegrafo.com.ec/noticias/39/13/la-h-tiene-el-30-de-heroina-y-el-70-de-productos-quimicos>

García, A. y Sánchez, A. (2011). *Drogas, sociedad y educación*, Murcia, España: Ediciones de la Universidad de Murcia.

López, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3), 578-583.

López, A. y col. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 215-227.

Morey, L. (2011). *PAI: Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid, España: TEA ediciones.

Morris, C.G. y Maisto, A.A. (2005). *Introducción a la psicología* (12 ed.). México: Pearson Educación.

NIDA. (2018). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción* (NIH Publicación No. 18-DA-5605). Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion> Ortiz-Tallo Alarcón, M., Santamaría Fernández, P., Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M^a P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.

Osuna, J. M. (2005). Drogas ¿un fenómeno en evolución? *Carmona: Revista de estudios locales*, 3(3), 1269-1291. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2328625>

Rendón, N. (21 de octubre de 2015). Las mafias crean nuevo coctel de drogas con la 'H'. *El Comercio*. Recuperado de <http://www.elcomercio.com/actualidad/mafias-coctel-drogas-hache-cocaina.html>

Sagnay, J. (noviembre, 2016). I Congreso Nacional de Educación: Uso y Abuso de Drogas, *Por un Ecuador sin Ache*. Simposio llevado a cabo en la conferencia de la Universidad Politécnica Salesiana, Guayaquil.

Sherman, C. (2017). *Impacts of Drugs on Neurotransmission*. NIDA. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2017/03/impacts-drugs-neurotransmission>

Suárez, J. (14 de septiembre de 2015). Droga 'H' enquistada su 'imperio' en la región Costa. *Ecuavisa*. Recuperado de <http://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/nacional/117792-droga-h-enquistada-su-imperio-region-costa>

Anexos**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Sra. Dra. Julieta Sagnay V.
Con domicilio en Guayaquil
Directora de Clínica de la Conducta (CDC)

MANIFIESTO

Que consiento (previa autorización de los representantes de los internos) a Jorge Oswaldo Solórzano García CI 1307572618 y código estudiantil 2006193229, estudiante de Psicología Clínica en la participación de la aplicación del test de personalidad PAI a los internos del centro Clínica de la Conducta, cuyo fin es la recolección de datos para poder realizar el paper de grado en la Universidad de Especialidades Espíritu Santo en la cual se desenvuelve como estudiante y así poder obtener su título profesional de Psicólogo Clínico.

Que he sido informada de que la información aportada al estudiante durante el proceso de aplicación está sujeto a secreto profesional y que, por lo tanto, no pueden ser divulgados los nombres de los pacientes a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

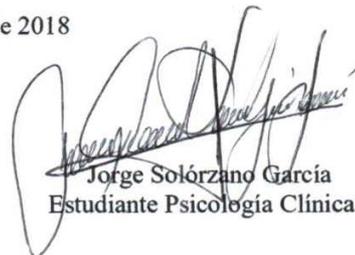
Que hemos sido informados que el estudiante está obligado a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para nuestro hijo/hija, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente.

En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la psicólogo/psicóloga estará obligado/a a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

En Guayaquil, a 15 de marzo de 2018



Dra. Julieta Sagnay V.
Directora de CDC



Jorge Solórzano García
Estudiante Psicología Clínica