

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE EDUCACION, CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES



**“Factores de personalidad y tipo de droga en pacientes adictos
de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019”**

Tesis presentada por:

Renato Jesús Machaca Luna

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciado en Psicología

Tacna-Perú

2020

AGRADECIMIENTOS

A los amigos que hice en el camino y a mi asesor, el psic. Julio Valencia
Valencia, que guió la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

A mi madre, por creer en mí más de lo que yo soy capaz de hacer.

TITULO:

“Factores de personalidad y tipo de droga en pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019”

AUTOR:

Renato Jesús Machaca Luna

ASESOR:

Psic. Julio Valencia Valencia

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Medición de las condiciones de vida psicológicas, sociales y culturales de la comunidad regional

SUB LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud y prevención

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----|
| AGRADECIMIENTOS | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| INDICE DE CONTENIDOS | v |
| INDICE DE TABLAS | vii |
| INDICE DE FIGURAS | ix |
| RESUMEN | x |
| ABSTRACT | xi |
| INTRODUCCION | xii |
| CAPITULO I: El problema | 1 |
| 1.1. Determinación del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 5 |
| 1.3. Justificación de la investigación | 6 |
| 1.4. Objetivos | 8 |
| 1.5. Antecedentes del estudio | 9 |
| 1.6. Definiciones operacionales | 18 |
| CAPITULO II: Fundamento teorico de la variable independiente | 19 |
| 2.1. Conceptualización de la personalidad | 19 |
| 2.3. Paradigmas teóricos de la personalidad | 21 |
| 2.4. Teorías de la personalidad | 22 |
| 2.5. Los cinco grandes factores de la personalidad | 27 |
| CAPITULO III: Fundamento teorico de la variable dependiente | 39 |

| | |
|--|------------|
| 3.1. Conceptualización de droga | 39 |
| 3.2. Componentes de la adicción | 40 |
| 3.3. Fases de la adicción | 42 |
| 3.4. Teorías de la adicción | 43 |
| 3.5. Tipos de droga | 47 |
| CAPITULO IV: Metodologia | 63 |
| 4.1. Enunciado de las Hipótesis | 63 |
| 4.2. Operacionalización de las variables y escalas de medición | 64 |
| 4.3. Tipo y diseño de investigación | 66 |
| 4.4. Ámbito de la investigación | 67 |
| 4.5. Unidad de estudio, población y muestra | 69 |
| 4.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos | 70 |
| CAPITULO V: Los resultados | 73 |
| 5.1. El trabajo de campo | 73 |
| 5.2. Diseño de presentación de los resultados | 75 |
| 5.3. Los resultados | 75 |
| 5.4. Comprobación de la hipótesis | 95 |
| 5.5. Discusión | 102 |
| CAPITULO VI: Conclusiones y sugerencias | 108 |
| 6.1. Conclusiones | 108 |
| 6.2. Sugerencias | 110 |
| REFERENCIAS | 115 |
| ANEXOS | 127 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Operacionalización de la variable 1 | 65 |
| Tabla 2 Operacionalización de la variable 2 | 66 |
| Tabla 3 Descripción de los participantes | 69 |
| Tabla 4 Factores de personalidad en los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna | 75 |
| Tabla 5 Droga de mayor preferencia en los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna | 77 |
| Tabla 6 Cantidad de drogas experimentadas | 78 |
| Tabla 7 Factores de personalidad del tipo de droga de mayor preferencia | 80 |
| Tabla 8 Factores de personalidad según el tipo de droga de mayor preferencia | 82 |
| Tabla 9 Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y el Neuroticismo | 85 |
| Tabla 10 Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Extraversión | 87 |
| Tabla 11 Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Apertura a la experiencia | 89 |
| Tabla 12 Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Agradabilidad | 91 |
| Tabla 13 Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Conciencia | 93 |
| Tabla 14 Comparación de medias de los factores de personalidad en toda la muestra | 95 |
| Tabla 15 Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos a la Marihuana | 97 |
| Tabla 16 Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos al Clorhidrato de Cocaína | 98 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 17 Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos a la Pasta Básica de Cocaína | 100 |
| Tabla 18 Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos al Alcohol | 101 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Descripción de los participantes | 70 |
| Figura 2. Cantidad de drogas experimentadas | 78 |
| Figura 3. Droga de mayor preferencia en los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna | 96 |

RESUMEN

La presente investigación estudió la relación entre los factores de personalidad y el tipo de droga al que el paciente es dependiente en los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna. La investigación es de tipo básica, por el nivel de conocimiento correlacional. El diseño fue no experimental, de tipo correlacional. En la investigación participaron un total de 30 personas de sexo masculino con edades entre 20 y 65 años. Para la recolección de datos se utilizaron encuestas tipo test, fue aplicado el test el NEO-FII revisado para la población peruana por Martínez y Cassaretto (2011) y entrevistas estructuradas. Entre los resultados, se halló que la droga más consumida fue la Pasta Básica de Cocaína con un 43.3%. El factor de personalidad predominante entre todos los participantes fue el factor de Extraversión con una media de 32.2 El factor de personalidad predominante en los adictos a la marihuana fue el factor de Conciencia con una media de 36.2. El factor de personalidad predominante en los adictos al Clorhidrato de Cocaína fue el factor de Conciencia con una media de 38.0. El factor de personalidad predominante en los adictos al Pasta Básica de Cocaína fue el factor de Extraversión con una media de 33.4. El factor de personalidad predominante en los adictos al Alcohol fue el factor de Extraversión con una media de 31.0.

Palabras claves: personalidad, adicción, drogas.

ABSTRACT

The present investigation studied the relationship between personality factors and the type of drug the patient is dependent on in the residents of Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna. The research is basic, due to the level of correlational knowledge. The design was non-experimental, of a correlational type. A total of 30 male subjects between the ages of 20 and 65 participated in this research. For data collection, test type surveys will be used, the NEO-FII revised for the Peruvian population by Martínez and Cassaretto (2011) and structured interviews were applied. Among the results, it was found that the most consumed drug was Basic Cocaine Paste with 43.3%. The predominant personality factor among all participants was the Extraversion factor with a mean of 32.2. The predominant personality factor in marijuana addicts was the Consciousness factor with a mean of 36.2. The predominant personality factor in Cocaine Hydrochloride addicts was the Consciousness factor with a mean of 38.0. The predominant personality factor in addicts to Basic Cocaine Paste is the Extraversion factor with a mean of 33.4. The predominant personality factor in alcohol addicts was the Extraversion factor with a mean of 31.0

Keywords: Personality, addiction, drugs

INTRODUCCION

La presente investigación estudia la relación entre los factores de personalidad y el tipo de droga al que se es dependiente en los pacientes adictos de la institución Nuevo Amanecer Tacna, teniendo como objetivo determinar la relación entre ambas variables.

La personalidad es la variable psicológica de mayor alcance en la práctica clínica, independientemente del problema que se esté interviniendo. Permite fundamentar el plan psicoterapéutico y definir qué se puede esperar del comportamiento de cada individuo según las características predominantes de su personalidad (Barberá, 1989). Estas consideraciones también aplican a los casos de intervención en personas con problemas de adicción, como ocurre con los pacientes adictos de la institución Nuevo Amanecer Tacna.

La adicción a las drogas es uno de los problemas psicológicos de mayor relevancia en el Perú por el impacto que genera tanto en la vida del individuo como en su entorno. Alrededor de esta problemática se elaboran toda clase de políticas intervención, prevención y sanción con el fin de lograr progresos en la ayuda de las personas que sufren de dependencia a las drogas (Mangelinckx, 2017). Los pacientes adictos de la institución Nuevo Amanecer Tacna pertenecen a esta población que a día de hoy es de gran preocupación para el país.

Los procedimientos habituales en la intervención de problemas de adicción mencionan a la personalidad como una variable relevante a tomar en cuenta, pero no se especifican qué diferencia puede uno esperar en la personalidad de los pacientes cuando todos ellos a pesar de compartir el problema de la adicción se diferencian en las sustancias a las cuales son dependientes. Esta ausencia de información respecto a cómo se relaciona las drogas con la personalidad está también presente en las intervenciones terapéuticas realizadas a los pacientes adictos de la institución Nuevo Amanecer Tacna, siendo necesario contribuir a llenar este vacío que tiene implicaciones tanto teóricas como prácticas.

Este estudio sobre la relación entre los factores de personalidad y los tipos de drogas, pretende en primer lugar abordar un problema que no ha sido investigado a profundidad en el entorno y que tiene implicaciones para la práctica clínica cotidiana de casos de adicción; en segundo lugar, con los datos obtenidos, se espera tener un panorama claro sobre la relación de las variables, la situación de la población de pacientes adictos en cuanto a los tipos de drogas a las que son más dependientes y los factores predominantes en su personalidad, abriendo así camino para futuras investigaciones orientadas a profundizar los temas tratados en el presente estudio.

La presente investigación está estructurada en cuatro capítulos.

En el capítulo I se desarrollará el problema y la justificación de la investigación, así como los objetivos generales y específicos, los antecedentes de estudio y las definiciones operacionales.

En el capítulo II se desarrollará el fundamento teórico de la variable personalidad, este consiste de la conceptualización de la variable, los paradigmas teóricos, las teorías de la personalidad y los cinco grandes factores de la personalidad.

En el capítulo III se desarrollará el fundamento teórico de la variable droga, este consiste de la conceptualización de la variable, los componentes de las adicciones a las drogas, las fases de la adicción, teorías de la adicción a las drogas y los tipos de droga.

El capítulo IV está constituido por la parte metodológica, que incluye la identificación y operacionalización de variables, el tipo y diseño de investigación, la población, la muestra y los instrumentos utilizados para la recolección de datos.

En el capítulo V se presenta el trabajo de campo, los resultados y la contratación de hipótesis.

En el capítulo VI se presentan conclusiones y recomendaciones.

El último apartado consiste en bibliografía y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema

Las drogas y los problemas de dependencia que desencadena se han convertido en estos últimos tiempos en uno de los mayores problemas de salud pública para todas las sociedades del mundo. Aunque tradicionalmente se asume que el principal coste producido por este problema es de carácter delincriminal, en realidad, hay además una gran presencia de costes sociales como plantean Nutt, King, Saulsbury y Blakemore (2007).

Estos costos sociales pueden ser muy grandes como en el caso de las afecciones que son autogeneradas por los mismos consumidores, en los sistemas legales y el impacto en los sistemas de salud, pues esta población es altamente vulnerable al VIH, la hepatitis y la tuberculosis (Reuter, 2006).

Las muertes en todo el mundo relacionadas a las drogas, de acuerdo a al Informe Mundial sobre las Drogas (ONUDD, 2016), estarían alrededor de 43.5 muertes por cada millón de personas con edades entre los 15 y 65 años, las causas vinculadas a la adicción son particularmente preocupantes pues solo las muertes por sobredosis representan aproximadamente la mitad del total.

En el Perú la presencia de las drogas es inquietante, solo en el 2018 fueron detenidas 11 137 personas por consumo y tráfico de drogas, llegando a incautarse aproximadamente 14 toneladas de Pasta Básica de Cocaína, 20 toneladas de Clorhidrato de Cocaína y 21 toneladas de Marihuana (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019). Estas cifras evidencian la alta demanda que tienen estas sustancias por parte de la población consumidora en nuestro país.

La tendencia abarca no solo a Perú sino a Latinoamérica en general. El consumo de drogas ha venido en aumento desde los últimos 10 años y la región es a día de hoy uno de los lugares donde más fácil y más barato es posible conseguir drogas en todo el mundo, abriendo paso al desarrollo de personas dependientes a estas sustancias (ONUDD, 2016).

De acuerdo al informe de Zavaleta, Tapia, Chávez y Vertiz (2017), en el Perú se estima que cerca de un millón 189 mil personas han consumido algún tipo de droga ilegal y se calcula que hay más de 100 mil personas con problemas de adicción entre ellos. Esto sigue un incremento sostenido, pues en el año 2010 la cifra se encontraba en 5.6% de consumidores y en el 2017 cambió a 8.1%. Ya en el 2015 habían estimado en cuanto a las adicciones que cerca de un millón y medio de personas eran adictas al alcohol, cerca un millón a la marihuana y cerca de un millón a las drogas cocaínicas.

El alcohol, que en el contexto peruano no se suele ser considerado por la población como peligroso tienen consecuencias adictivas que siguen el patrón de las drogas ilegales. Esta sustancia gracias a su legalidad es ampliamente consumida en el Perú y es responsable de más de 2.5 millones de muertes al año, además de los problemas de adicción y violencia que genera su consumo. En el mismo informe se detalla que respecto a las drogas ilegales, cada año sustancias como la Pasta Básica de Cocaína se vuelven más asequibles y más adulteradas pues Perú tendría aproximadamente 42,900 hectáreas de cultivos de coca posicionándose como uno de los mayores productores en Latinoamérica. Así mismo, el consumo de marihuana es

actualmente más nocivo y adictivo de lo que era antes ya que la concentración de tetrahidrocannabinol es aproximadamente del 35% mientras que en los años 60 y 70 rondaba entre el 4% y 5% (Zavaleta, Tapia, Chávez, & Vértiz, 2016).

Según el *Informe Mundial sobre las Drogas* (ONUDD, 2016), en el Perú el 21% de los hombres mayores de 20 años presentan consumos perjudiciales de Alcohol y un 9.1% muestran signos de dependencia, estableciéndose el Alcohol como la droga más consumida del Perú. En las drogas ilegales la Marihuana es la más consumida con cifras del 5.17%, seguida de las drogas cocaínicas como el Clorhidrato de Cocaína y las Pasta Básica de Cocaína 0.29%. Estas sustancias constituyen las drogas más consumidas por los peruanos, otras drogas como el LSD o las metanfetaminas no han tenido en nuestro país el mismo impacto que en otros países.

En Tacna también hay una alta demanda de drogas. Se registraron en el 2018 que las incautaciones de drogas llegaron a casi dos toneladas en solo las 66 intervenciones que llegaron a ser realizadas (INEI, 2019).

En la epidemiología de drogas en población peruana, el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas registra que aproximadamente 25000 tacneños han consumido drogas ilegales alguna vez (Zavaleta, Tapia, Chávez, & Vértiz, 2016). Todo esto contribuyendo al incremento de casos de adicción siendo particularmente alarmante dado que Tacna es una localidad pequeña comparada con otros departamentos del Perú.

Dentro de la literatura científica se destaca que las implicancias psicológicas de los casos de adicción a las drogas derivan principalmente de la alta comorbilidad del cuadro, como la frecuente presencia de trastornos del estado de ánimo, personalidad y ansiedad (Grant et al, 2004), que hacen más difícil su intervención.

Sin embargo, dentro de la intervención a los pacientes con adicciones las limitaciones empiezan desde planteamiento del programa terapéutico. En la práctica clínica los psicólogos puede que tomen en consideración la personalidad de su paciente como una medida sugerida por su propia experticia, pero el tratamiento tal cual como es planteado en los manuales no lo aborda explícitamente. Los procedimientos están dirigidos a efectuarse con pacientes que a pesar de padecer el mismo trastorno tienen personalidades diferentes, es decir, los tratan a todos como si fueran iguales. Estos problemas aplican también para el tratamiento de las adicciones.

Los manuales de intervención terapéutica para trastornos psicológicos detallan los pasos y protocolos necesarios a seguir para conseguir una modificación exitosa del comportamiento, pero a menos que se traten específicamente de trastornos de personalidad esta variable no es explícitamente abordada. En el manual de terapia cognitiva de Beck para los trastornos de sustancias (Beck, Newman, & Wright, 1999), una de las guías de intervención terapéutica para estos casos más difundidas en el Perú y el mundo debido al prestigio del modelo y la evidencia a su favor en comparación con otras terapias, tampoco aborda de forma directa la personalidad del paciente. Todos concuerdan que la personalidad es algo importante a tomar en cuenta, pero la relación entre los factores de personalidad y los tipos de droga al que el paciente adicto es dependiente es aún un terreno por explorar.

En la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, también se repite el problema mencionado respecto a la generalidad con la que se diseñan las intervenciones psicoterapéuticas asumiendo implícitamente cierta homogeneidad en la personalidad de los pacientes.

Esto es particularmente problemático cuando se toma en consideración que esta institución no recibe adictos a una sustancia específica. Dentro de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna residen personas con problemas de adicción a drogas legales como el alcohol, pero también a drogas ilegales como la cocaína.

Dado que no todas las drogas tienen los mismos efectos en el organismo ni generan el mismo grado de dependencia resulta problemática la incertidumbre sobre el supuesto de que todos los pacientes de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna encajan realmente en algún perfil de personalidad general del adicto. Cabe la posibilidad de que el supuesto sea incorrecto y haya estado todo este tiempo afectando inadvertidamente el trabajo terapéutico realizado dentro de la institución.

Con todo lo mencionado queda entonces claro que las drogas en nuestro contexto representan un problema de suma importancia y que investigar los correlatos de la adicción a las drogas con los factores de personalidad puede proveer importantes pistas para entender trastorno y generar políticas de intervención y prevención mejor informadas. Por lo tanto, se plantean las siguientes preguntas de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Pregunta general

PG: ¿Qué relación se presenta entre los factores de personalidad y el tipo de droga en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019?

1.2.2. Preguntas específicas

P1: ¿Cuáles es el factor de personalidad predominante en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019?

P2: ¿Cuáles es la droga más consumida por los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019?

P3: ¿Cuáles es el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción a la Marihuana de la institución Nuevo Amanecer, Tacna 2019?

P4: ¿Cuáles es el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción al Clorhidrato de Cocaína de la institución Nuevo Amanecer, Tacna 2019?

P5: ¿Cuáles es el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción a la Pasta Básica de Cocaína de la institución Nuevo Amanecer, Tacna 2019?

P6: ¿Cuáles es el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción al Alcohol de la institución Nuevo Amanecer, Tacna 2019?

1.3. Justificación de la investigación

La presente investigación es importante porque sus resultados serán útiles para los profesionales de la salud que trabajan en la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna. Al obtener una imagen realista del paciente adicto es posible adaptar el tratamiento y lograr una mayor eficacia en el efecto terapéutico para aumentar las probabilidades de cambio. El impacto de los resultados será directo al funcionamiento de la atención en la institución ya que podrán trabajar con sus propios datos y guiarse de ellos.

En la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer nunca se ha realizado un estudio científico de esta magnitud de modo que la presente investigación no solo aportará rigor a los datos sobre los pacientes, sino que además dará inicio a que en el futuro se puedan realizar nuevas investigaciones en la institución que aumentarán la calidad de su servicio y las expectativas de cambio de sus usuarios.

Es importante tener en cuenta que este beneficio no solo se extiende a la institución y los pacientes, sino también a los familiares de los últimos pues habitualmente hay en ellos expectativas de cambio en sus seres queridos y el bienestar de estos sistemas familiares también podrá verse afectado de no lograrse el propósito de rehabilitación. Contribuir a mejorar la atención de los pacientes es por lo tanto también contribuir a mejorar la calidad de vida de sus familiares.

La problemática de la adicción a las drogas en el Perú es de tal dimensión que representa a día de hoy uno de los grandes retos que afronta este país (Mangelinckx, 2017). Los pacientes de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna pertenecen a esta población que están en el foco de preocupación de este país, esto quiere decir que aportar a obtener datos que permitan la mejora del tratamiento que reciben es en última instancia una colaboración a la empresa colectiva de afrontar este problema nacional.

En la localidad de Tacna se han realizado diversos estudios sobre la adicción a las drogas, pero estos se concentran en estudiantes y no suelen evaluar a personas que están dentro del consumo crónico. No hay investigaciones registradas que aborden las dos variables que son de interés para el presente estudio. Esto muestra la importancia de los resultados de esta investigación porque contribuirán a aumentar nuestro conocimiento del fenómeno de la droga adicción tal como se presenta en Tacna y por lo tanto llenar este vacío en la literatura científica local.

De encontrarse que el supuesto de la personalidad general del adicto es falso, esta investigación será útil al dar lugar a una nueva línea de investigación que profundizará nuevas relaciones entre el constructo personalidad y la droga adicción. Impulsar la elaboración de futuros estudios que profundicen la comprensión de la relación entre los factores de personalidad y los tipos de drogas, cada investigación abarcando más que la anterior y corrigiendo los defectos de sus predecesoras de tal

forma que su desarrollo se apegue al curso acumulativo, comunitario y perfectible que es natural del conocimiento científico (Bunge, 2018).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

OG: Determinar la relación entre los factores de personalidad y el tipo de droga en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

O1: Determinar el factor de personalidad predominante en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

O2: Determinar la droga más consumida por los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019

O3: Determinar el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción a la Marihuana de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019

O4: Determinar el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción al Clorhidrato de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

O5: Determinar el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción a la Pasta Básica de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

O6: Determinar el factor de personalidad predominante en los pacientes con adicción al Alcohol de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

1.5. Antecedentes del estudio

1.5.1. Antecedentes internacionales

González, Sáiz, Quirós y López (2000) realizaron un estudio en España denominado *Personalidad y uso-abuso de cannabis*. El objetivo fue determinar los rasgos de personalidad asociados al consumo de cannabis. Los instrumentos utilizados fueron el EPQ-A y la Escala de Búsqueda de Sensaciones. La muestra consistió de 3634 jóvenes que se incorporaron al Servicio Militar de Asturias. Los resultados obtenidos indican que los consumidores de Marihuana puntúan alto en el factor de Neuroticismo y en el factor de Extraversión.

Mestre, Risco, Catalán y Ibarra (2001) realizaron un estudio en España denominado *Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína*. El objetivo fue comparar los perfiles de personalidad de adictos a opiáceos y a cocaína. El instrumento utilizado fue el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II). La muestra consistió de 73 pacientes adictos atendidos en una Unidad de Desintoxicación de España. Los resultados obtenidos indican que hay diferencias en los puntajes obtenidos por ambos grupos, donde los adictos a la cocaína presentan mayores niveles de personalidad Evitativa y Límite, así como mayor puntuación en Ansiedad, Distimia, Histeriforme y Depresión Mayor.

Sáiz, González, Paredes, Martínez y Delgado (2001) realizaron un estudio en España denominado *Personalidad y uso-abuso de cocaína*. El objetivo fue determinar los rasgos de personalidad asociados al consumo de cocaína. Los instrumentos utilizados fueron el EPQ-A y la Escala de Búsqueda de Sensaciones. La muestra consistió de 3634 jóvenes que se incorporaron al Servicio Militar de Asturias. Los resultados obtenidos indican que los consumidores de Cocaína puntúan alto en el factor de Neuroticismo y en el factor de Extraversión.

Pedrero (2002) realizó un estudio en España denominado *Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire*. El objetivo de la investigación fue determinar la existencia de grupos de sujetos drogodependientes que presentan perfiles similares y medir las diferencias en sus manifestaciones psicopatológicas. El instrumento utilizado fue el *Big Five Questionnaire* (BFQ) para estimar los 5 grandes rasgos de personalidad, el SCL-90-R y el Inventario para la Depresión de Beck para estimar las dimensiones de malestar que manifiestan. La muestra consistió de 158 sujetos que solicitaron tratamiento por dependencia de drogas en el Centro de Atención a Drogodependencias del Plan Municipal contra las Drogas de Madrid. Los resultados obtenidos indican que los sujetos muestran bajas puntuaciones en el factor de Conciencia y altas puntuaciones en el factor de Neuroticismo. Cuando se evalúan las diferencias en función de la droga que motiva la demanda estas pierden significación.

Pedrero (2006) realizó un estudio en España denominado *Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II*. El objetivo fue explorar las relaciones entre las puntuaciones del TCI-R y las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario del Temperamento y el Carácter Revisado (TCI-R) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II). La muestra consistió de 316 sujetos que iniciaron tratamiento por dependencia de heroína, cocaína, alcohol o cannabis, en un centro público de

tratamiento ambulatorio del Ayuntamiento de Madrid. Los resultados obtenidos indican que en todas las sustancias la Búsqueda de Novedad es el factor predominante. Bajas puntuaciones en Autodirección y Cooperatividad.

Pedrero (2007) realizó un estudio en España denominado *El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II*. El objetivo de la investigación fue determinar la estructura de personalidad en los pacientes drogodependientes. Los instrumentos utilizados fueron el *Big Five Questionnaire* (BFQ) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMIII). La muestra consistió de 432 adictos por heroína, cocaína o cannabis centro público ambulatorio del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Los resultados obtenidos indican que los adictos presentan, en comparación a la población normal, puntuaciones más altas en el factor de Neuroticismo, Extraversión y Apertura a la experiencia y más bajas en el factor de Conciencia. Sin embargo, cuando se analizan los datos según la principal droga de consumo los resultados son más ambiguos.

Pedrero (2008) realizó un estudio en España denominado *Personalidad y Adicciones: Relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento*. El objetivo fue determinar la personalidad en pacientes drogodependientes. El instrumento utilizado fue Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). La muestra consistió de 790 sujetos adictos en tratamiento en el centro ambulatorio CAD del ayuntamiento de Madrid. Los resultados obtenidos indican que el factor de personalidad predominante en los pacientes es la Búsqueda de Novedad.

Pedrero y Rojo (2008) realizaron un estudio en España denominado *Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados*. El objetivo fue determinar diferencias en rasgos de personalidad entre sujetos adictos a sustancias en tratamiento

y sujetos de población general emparejados en las variables sexo, edad y nivel de estudios. El instrumento utilizado fue el Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). La muestra consistió de 110 personas, 55 de la población general y 55 en tratamiento por dependencia de sustancias en el centro público CAD 4 de Madrid. Los resultados obtenidos indican que Solo aparecieron diferencias significativas y consistentes en dos rasgos: Búsqueda de Novedad, mayor en adictos, y Autodirección, mayor en población general.

Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu y Costa (2008), realizaron un estudio en los Estados Unidos denominado *Five-Factor Model personality profiles of drug users*. El objetivo de la investigación fue comparar los perfiles de personalidad de usuarios y no usuarios del tabaco, la marihuana, la cocaína y la heroína. El instrumento utilizado fue el Inventario de Personalidad NEO-PI-R. La muestra consistió de 1102 sujetos que fueron evaluados como parte del programa de Área de Captación Epidemiológica de Baltimore. Los resultados obtenidos indican que los usuarios de cocaína y heroína obtienen altos puntajes en el factor de personalidad de Neuroticismo y bajo puntaje en el factor de Conciencia. Los usuarios de marihuana obtuvieron altos puntajes en el factor de Apertura a la Experiencia, puntajes regulares en Neuroticismo y bajos puntajes en Agradabilidad y Conciencia.

Gantiva, Rodríguez, González y Vera (2011) realizaron un estudio en Colombia denominado *Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas*. El objetivo fue identificar las diferencias en el perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. El instrumento utilizado fue el *Big Five Questionnaire* (BFQ). La muestra consistió de 215 estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos indican que los consumidores moderados obtienen menores puntuaciones en el factor de Conciencia siendo este el único que distingue significativamente a los dos grupos.

Mota (2015) realizó un estudio en España denominado *Perfil de personalidad en una muestra de sujetos en tratamiento psicológico por trastorno por uso de sustancias: un estudio longitudinal* para obtener el grado de Doctor. El objetivo fue comparar los perfiles de personalidad de los pacientes en diferentes etapas de tratamiento psicológico. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) en su forma reducida Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI), el *Personality Assessment Inventory* (PAI), la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) y el Inventario de Autoengaño y Mixtificación. La muestra consistió de 60 sujetos que se encontraban en tratamiento de desintoxicación de sustancias psicoactivas en el Instituto Hipócrates. Los resultados obtenidos indican que el factor de personalidad de Conciencia aumenta a lo largo de 20 meses de tratamiento. El factor Neuroticismo disminuye su puntaje desde el inicio hasta los 20 meses de tratamiento.

1.5.2. Antecedentes Nacionales

Espinoza (2008) realizó un estudio en Perú denominado *Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana*. El objetivo fue determinar la relación existente en los patrones de personalidad desadaptativa entre consumidores y no consumidores de marihuana. Los instrumentos utilizados son Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y la Ficha de Atención (FdA). La muestra consistió de 82 personas, 41 procedentes del Programa “Lugar de Escucha” del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) y 41 no consumidores de una entidad crediticia privada. Los resultados obtenidos indican que todos los factores evaluados se diferencian en los dos grupos a excepción de Ansiedad. El grupo de consumidores obtiene los puntajes más altos en comparación del grupo de no consumidores.

Borja-Padilla (2014) realizó un estudio en Perú denominado *Perfil sociodemográfico y de personalidad en pacientes drogodependientes que ingresan al*

servicio de psicología del CS "Sagrado Corazón de Jesús"-2011. El objetivo fue el perfil sociodemográfico y de personalidad en pacientes drogodependientes. El instrumento utilizado fue test de escala de locus de control de Rotter. La muestra consistió de 30 pacientes drogodependientes que fueron captados por los diferentes servicios del C.S "Sagrado Corazón de Jesús". Los resultados obtenidos indican que en la personalidad de los pacientes drogodependientes predomina el Locus de Control Externo por sobre el Locus de Control Interno.

Cáceres (2016) realizó un estudio en Perú denominado *Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue determinar la relación entre los factores de personalidad y las estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de personalidad NEO-FFI y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE). La muestra consistió de 51 personas que solicitaron consulta por consumo de marihuana en un programa ambulatorio de motivación y consejería en adicciones de Lima Metropolitana. Los resultados obtenidos indican que se encontraron puntajes más altos en Conciencia y Extraversión. Los puntajes menores de Neuroticismo y mayores de Conciencia se relacionan a un consumo menos problemático de marihuana.

Condorcillo y Alvarez (2016) realizaron un estudio en Perú denominado *Perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue determinar la relación entre perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II) y el cuestionario de personalidad resistente CPR Moreno. La muestra consistió de 70 personas del centro de rehabilitación "Amor y fe", ubicado en el distrito de Cayma de la ciudad de Arequipa. Los resultados obtenidos indican que el los factores de los trastornos de personalidad que se relacionan con la

personalidad resistente son esquizoide, dependiente, antisocial, autoderrotista, borderline, dependencia de alcohol y drogas y depresión mayor.

Caycho (2019) realizó un estudio en Perú denominado *Anomia social y personalidad en pacientes dependientes a drogas de comunidades terapéuticas de Lima* para obtener el grado de Magíster. El objetivo fue determinar la relación entre personalidad y anomia social. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Anomia Social y el *Big Five Questionnaire* (BFQ). La muestra consistió de 232 pacientes adictos de comunidades terapéuticas de Lima. Los resultados obtenidos indican que el factor de personalidad predominante fue la Apertura a la Experiencia.

1.5.3. Antecedentes Regionales

Vela (2008) realizó un estudio en Perú denominado *Incidencia del consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Medicina Humana de la UNJBG -Tacna, setiembre 2007 - febrero 2008* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue Determinar la Incidencia de consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Medicina. El instrumento utilizado fue una encuesta creada por el mismo autor. La muestra consistió de 150 estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Los resultados obtenidos indican que la droga más consumida es el alcohol, otras drogas farmacológicas empleadas de forma no medicinal son consumidas por un grupo reducido de evaluados.

Chambilla (2011) realizó un estudio en Perú denominado *Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Distrito Ciudad Nueva Tacna -2011* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue determinar la relación entre el consumo de drogas y los factores de riesgo en adolescentes en los adolescentes. El instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado por la misma autora. La muestra consistió de

243 adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres. Los resultados obtenidos indican que la droga legal más consumida es el Alcohol y la droga ilegal más consumida de es la Marihuana.

Quispe (2015) realizó un estudio en Perú denominado *Familias disfuncionales y su relación con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la I.E. N.º 43005 Modesto Molina C.P. La Natividad* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue determinar la relación existente entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron el Apgar familiar, el AUDIT y el test de detección de uso, abuso y/o dependencia de distintas sustancias. La muestra consistió de 48 adolescentes de 3ero a 5to de secundaria de la I.E. N.º 43005 Modesto Molina C.P. La Natividad. Los resultados obtenidos indican que más de la mitad de los evaluados consumen drogas, principalmente Alcohol.

Berrios (2016) realizó un estudio en Perú denominado *Consumo indebido de anfetaminas y el nivel de riesgo de la salud en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNJBG de Tacna, año 2013* para obtener el grado de Magister. El objetivo fue determinar cómo el consumo indebido de anfetaminas influye en el nivel de riesgo de la salud en los estudiantes. El instrumento utilizado fue una encuesta creada por la misma autora. La muestra consistió de 306 alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Los resultados obtenidos indican que 88 estudiantes consumían anfetaminas, la mayoría de ellos asegura hacerlo para mejorar su rendimiento académico.

Maldonado (2017) realizó un estudio en Perú denominado *Adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna 2017* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue analizar la relación entre las adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron el test Audit, el test de Fagerstrom y un cuestionario creado por la misma autora. La muestra consistió de 270 estudiantes adolescentes de

la I.E. Jorge Chávez. Los resultados obtenidos indican que un 3% de los evaluados mostraban signos de dependencia alcohólica, la mayoría de estudiantes no han tenido experiencia con el Alcohol.

Menéndez (2017) realizó un estudio en Perú denominado *Indicadores de Trastornos de Personalidad y Tipo de Comisión de Delito en Internos del Establecimiento Penitenciario de Tacna, 2016* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue establecer la relación entre tipo de personalidad y tipo de comisión de delito. El instrumento utilizado fue el test IPDE (*International Personality Disorder Examination*). La muestra consistió de 3261 internos del Establecimiento Penitenciario de Pocollay de Tacna. Los resultados obtenidos indican que los sujetos encarcelados por delitos contra la seguridad pública, entre los cuales está el tráfico y consumo de drogas, presentan predominancia en la personalidad Narcisista y Paranoide.

Ticona (2017) realizó un estudio en Perú denominado *Influencia de los factores familiares y drogadicción en relación a la adopción de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes Tacna – 2016* para obtener el grado de Licenciado. El objetivo fue determinar la influencia de los factores familiares y drogadicción en relación a la adopción de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. El instrumento utilizado fue la Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES-III y una entrevista semiestructurada. La muestra consistió de 325 adolescentes de las instituciones educativas, Mariscal Cáceres, F. A. de Zela, Crnl. Bolognesi y Enrique Paillardelle. Los resultados obtenidos indican que la droga más consumida por los evaluados es el Alcohol, sólo un grupo menor ha experimentado con drogas ilegales como la Marihuana y la Cocaína.

1.6. Definiciones operacionales

1.6.1. Definición operacional de la variable personalidad

La variable fue medida por medio del instrumento NEO-FII *examination* (Costa & McCrae, 2002) que mide la personalidad a través de la teoría de los Cinco Grandes (*Big Five*), (Ver anexo G).

1.6.2. Definición operacional de la variable tipo droga

La variable fue medida a través de una entrevista estructurada (Ver anexo F). Los resultados de la entrevista fueron tratados cuantitativamente como escala de medición nominal.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

2.1. Conceptualización de la personalidad

El término “personalidad” tiene su origen etimológico del griego *prósopon* que significa máscara. El uso de este término se relaciona al empleo de máscaras empleadas por los actores de la antigua Grecia para interpretar un rol teatral, un patrón de conductas, una forma de ser (Magallón-Neri, 2014).

En el contexto científico las definiciones pueden variar según la teoría que intente explicar el fenómeno, a día de hoy sigue siendo difícil el consenso entre las diferentes teorías acerca de la definición. Sin embargo, una definición general orientada a sintetizar los aportes de varias perspectivas es la que ofrecen Millon y Davis (1998), quienes conceptualizan a la personalidad como un patrón de alta complejidad que consiste en diversas características psicológicas que no cambian fácilmente y que se expresan de forma automática en las diversas facetas de la vida del funcionamiento del individuo constituyendo el modo particular que cada individuo tiene de pensar sentir y actuar.

Otros autores como Doron y Parot (2007) en la búsqueda de tener una definición menos restrictiva simplemente definen la personalidad como el conjunto de comportamientos estables particulares de cada individuo. La austeridad de esta forma

de conceptualizar la personalidad le permite mayor compatibilidad con las diferentes teorías.

2.2. Componentes de la personalidad

La personalidad tiene dos componentes fundamentales que cada uno puede ser priorizado o relegado en función del otro según la teoría que aborda el fenómeno. De acuerdo a Zepeda (2003), estos componentes son:

2.2.1. Temperamento

La parte biológica de la personalidad que consiste en las estructuras neurales y predisposiciones genéticas subyacentes al comportamiento. Su análisis iniciar desde el embarazo hasta los primeros años de vida. Los elementos a través de los cuales se manifiesta en los recién nacidos abarcan desde la persistencia de la atención y la sensibilidad sensorial hasta las tendencias a la aproximación y la huida. Habitualmente a este aspecto se le relaciona con las características innatas y con la estabilidad en las conductas de la persona.

2.2.2. Carácter

La parte de la personalidad que tiene su origen en el aprendizaje, la interacción con el medio social y cultural. Habitualmente se relaciona este concepto con la flexibilidad del comportamiento tanto a lo largo de la vida de un solo individuo como en las diferencias que individuos de diferentes culturas manifiestan. Es temporalmente posterior al temperamento y solo separables conceptualmente pues la personalidad está constituida por la interacción de ambos componentes, no hay tal cosa como un ser humano con sólo carácter o sólo temperamento de modo que aislar la contribución de cada uno es una tarea metodológicamente compleja en la investigación científica.

2.2.3. Rasgo

Los rasgos son un concepto mucho más reciente a diferencia de los dos anteriores que tienen orígenes milenarios. Sin embargo, los rasgos no son algo independiente sino más bien la combinación entre el temperamento y el carácter en unidades básicas que se combinan jerárquicamente para formar rasgos cada vez más generales hasta constituir la totalidad de la personalidad del individuo.

Autores como Eysenck y Eysenck (1985) suelen reservar el término *dimensión* para los rasgos de mayor generalidad que correlacionándose tan lugar al objeto de estudio principal de las teorías factoriales de la personalidad.

2.3. Paradigmas teóricos de la personalidad

Las diferentes teorías que buscan explicar la personalidad tienden a suscribir implícitamente ciertos paradigmas en la comprensión del fenómeno que influyen en el tipo de investigación e intervención que se formula. De acuerdo a Mota (2015), la mayoría de las teorías de la personalidad suscriben en algún grado los siguientes paradigmas:

2.3.1. Paradigma internalista-personalista

De acuerdo a este paradigma los causantes del comportamiento se sitúan dentro del individuo, son estables en diferentes situaciones y a lo largo de la vida. La persona dentro de este paradigma ocupa un rol activo pues su conducta emerge en función de sus disposiciones en vez de pasivamente reaccionar a los eventos del entorno. Este tipo de teoría suelen emplear métodos clínicos y correlacionales. En algunos casos de esta teoría los estados internos pueden ser de naturaleza cognitiva, afectiva como en el psicoanálisis o fenomenológica como en el humanismo. En otros casos los estados

internos se definen por su estructura jerárquica como es característico de las diversas teorías de rasgos.

2.3.2. Paradigma situacionista-externalista

Dentro de este paradigma las causas del comportamiento no se sitúan en el interior del individuo sino más bien en su entorno, en el exterior. El rol de la persona en este paradigma es menos activo porque aun cuando la respuesta no sea enteramente mecánica los comportamientos siempre son función de los estímulos aún si estos son procesados cognitivamente. Este tipo de teorías conceden una mayor importancia al aprendizaje y las características de los contextos donde ocurren los comportamientos. Habitualmente las teorías dentro de este paradigma emplean el método experimental. Los ejemplos más clásicos son las perspectivas del comportamiento humano de Watson y Skinner, pero también participan teorías más cognitivas y sociales como las propuestas por Bandura y Mischel.

2.4. Teorías de la personalidad

2.4.1. Teoría psicoanalítica

La riqueza de la teoría psicoanalítica no se limita a lo elaborado por Freud pero sus ideas fundamentales son el núcleo que comparten todas los aportes teóricos dentro del psicoanálisis. Dentro de estas ideas fundamentales tenemos la distinción entre Ello, Yo y Superyó, donde la interacción de cada una de estas estructuras motiva el comportamiento del individuo. Dado que cada estructura se guía por principios diferentes, por ejemplo, el Ello se guía por el principio de placer mientras que el Yo por el principio de realidad, el conflicto intrapsíquico resulta inevitable. El malestar psicológico que acaece en el individuo serían a menudo el resultado de intentos inconscientes para reducir la ansiedad del algún conflicto interno (Freud, 2006).

Además de concebir a la personalidad a través de diferentes estructuras el psicoanálisis también desarrolla el grado de acceso al que el individuo tiene a cada una de esas estructuras. Para el psicoanálisis la verdadera génesis del comportamiento estaría en el inconsciente, el nivel más profundo, mientras que las cosas que el individuo conoce sobre sí mismo se situarían en el nivel consciente que es de mayor acceso, pero de menor contenido pues ahí no reside la causa de su comportamiento.

2.4.2. Teoría conductista

El conductismo tradicionalmente ha sido renuente a trabajar con el concepto de personalidad pues se trata de una forma de hacer psicología que siempre ha visto con suspicacia todo intento de explicar el comportamiento apelando a inobservables. El trabajo de Skinner (1970) intentaba abordar los patrones de comportamiento de los individuos pero haciendo siempre énfasis en conductas particulares y contextos específicos, en este sentido el conductismo ortodoxo no parece si quiera tener una teoría de la personalidad.

Sin embargo, una de las variantes del conductismo más recientes llamada “interconductismo” intenta proponer una teoría de la personalidad propiamente conductista. Mantiene el apego al estudio experimental y el rechazo a los inobservables, pero centra su atención no en conductas específicas sino en patrones de comportamiento observables en dimensiones temporales más prolongadas (Ribes-Iñesta, 2009). El término técnico conductista para esta distinción es el de conducta molecular y conducta molar. Los desarrollos y éxitos de esta teoría son aún un proyecto a concretarse en el futuro.

2.4.3. Teoría cognitiva

Para la teoría cognitiva las personas responden a los estímulos del entorno, pero

solo después de procesarlos como información a través de diferentes mecanismos mentales.

Destaca la Teoría Cognitiva Social de la Personalidad de Bandura (1999), la cual plantea que el aprendizaje por observación es el mecanismo mediante el cual el medio social moldea nuestra conducta. Podemos a través de la observación adquirir habilidades y creencias integrándolas a nuestro propio repertorio de comportamientos.

Además, la teoría cognitiva intenta llegar a un punto conciliador entre el determinismo externo al individuo e interno al individuo. La propuesta de Bandura (1999) es el determinismo recíproco donde tanto el individuo como el entorno se causan mutuamente, cada uno es codependiente del otro y modifica los estados futuros del contrario.

2.4.4. Teoría humanista

A través de sus principales representantes, Carl Rogers y Abraham Maslow, la teoría busca centrar el rol agencial del individuo como creador de su propia vida y activo en las decisiones que constituyen su devenir. Rogers (1959) considera al Yo como núcleo central de la personalidad y teoriza que su desarrollo solo es posible a través de emociones auténticas que sean congruentes con la tendencia a la autorrealización.

Maslow (1991) centra la teoría hacia el concepto de autorrealización y describe cómo este logro es solo alcanzable cuando se han cubierto necesidades jerárquicamente inferiores como las necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación y de reconocimiento. Cuando las personas alcanzan la autorrealización entonces logran una mayor aceptación del Yo y de las demás personas, su comportamiento se conduce con espontaneidad y asumen un rol plenamente activo en

sus propias vidas. De esta forma la teoría humanista es en parte una teoría descriptiva, en el sentido de que nos dice cómo funciona la personalidad, pero a la vez es una teoría prescriptiva porque nos indica hacia donde deberíamos apuntar el desarrollo de la personalidad.

2.4.5. Teoría de rasgos

Son las teorías que centran su explicación de la personalidad en los rasgos como unidad fundamental de análisis.

2.4.5.1. Hipótesis léxica. Psicólogos como Allport y Odbert (1936) se acercaron originalmente al fenómeno de la personalidad a partir del estudio del lenguaje natural pues veían en él la fuente de atributos usualmente utilizados para describir la forma de ser de cada individuo, como punto de partida después con el tiempo se llegaría a formar una taxonomía científica como la que tenemos hoy.

El nombre de este supuesto inicial en la investigación de la personalidad se conoce como la Hipótesis Léxica. Partiendo entonces del supuesto de que el lenguaje natural tiene codificado las características de la personalidad más sobresalientes y socialmente relevantes (Allport, 1937). La ventaja de este modo de acercarse al fenómeno de la personalidad yacía en que el vocabulario referido a la personalidad encontrado en los diccionarios proveía de una extensa pero finita agrupación de atributos que las personas en su vida cotidiana encontraban útiles para sus interacciones diarias (Goldberg, 1981).

5.4.5.2. Teorías factoriales. Reciben este nombre por el uso de la técnica estadística llamada Análisis Factorial para poder extraer desde los datos mismos los constituyentes principales de la personalidad. Teorías como las de Allport y Eysenck fueron teorías dominantes en su época pero con el tiempo la teoría factorial por

excelencia ha llegado a ser la teoría de los Cinco Grandes. Esto ha sido gracias a que a día de hoy la teoría goza de mayores éxitos empíricos que sus semejantes como la transculturalidad (McCrae & Terracciano, 2005) y la coherencia entre el auto reporte y el reporte de terceros (McCrae, Costa, & Martin, 2005).

La teoría de los Cinco Grandes nace como una ampliación de la hipótesis léxica y la aplicación del análisis factorial a una variedad de contenidos como adjetivos del idioma inglés (Goldberg, 1990), los ítems del *California Q-Set* (Lanning, 1994), necesidades psicológicas (Costa & McCrae, 1988), medidas de temperamento (Angleitner & Ostendorf, 1994), facetas del cuestionario en idiomas no occidentales (Gülgöz, 2002), y escalas de personalidad estándar que miden rasgos normales y anormales (Markon, Krueger, & Watson, 2005).

Una de las críticas más utilizadas en contra de las teorías que dependen tanto de constructos psicológicos como estas es que carecen de poder explicativo porque los rasgos no serían más que abreviaciones de descripciones del comportamiento de modo que todo intento de recurrir a ellos caería en circularidad. Sin embargo, como se ha descrito en los párrafos anteriores esto no se puede aplicar a la teoría de McCrae y Costa porque se concibe al rasgo no como una mera descripción sino como una predisposición subyacente que es instanciada en un sustrato biológico (Wiggins, 1997).

Esta forma de ver la personalidad se basa principalmente en el hecho de que las dimensiones de los Cinco Grandes tienen una fuerte base genética (Loehlin, McCrae, Costa, & John, 1998) y se asume por consecuencia de que debe haber otros mecanismos biológicos que intermedien el genotipo y el fenotipo expresado, por ejemplo: estructuras y procesos en regiones cerebrales como la amígdala, neurotransmisores como la dopamina, hormonas como la testosterona, etc., que otorgan a los rasgos estatus causal.

2.5. Los cinco grandes factores de la personalidad

El núcleo central de la teoría de McCrae, Costa y Martin (2005) son los Cinco Grandes factores que constituyen la personalidad. Estos factores son estructuras continuas porque cada individuo los posee en mayor o menor grado, en contra posición a si fueran categorías dicotómicas de todo o nada. Además, aun cuando todos poseemos los mismos cinco grandes factores, es la combinación específica de cada uno de ellos y de los subdimensiones que los componen lo que crea la idiosincrasia de cada individuo.

Continuando la tradición del análisis léxico, la teoría de los cinco grandes factores de la personalidad considera que el lenguaje es una fuente confiable de información sobre la estructura de la personalidad, en vez de iniciar con una teorización sobre la personalidad esta teoría comienza a partir del análisis factorial de datos y sólo después llega a teorizar sobre la estructura de la personalidad.

Esta forma de proceder ha sido objeto de crítica. Algunos autores consideran que es una teoría muy pobre o incluso que no debería llamarse teoría pues en última instancia se trataría de una descripción de la estructura de la personalidad a partir de acumulación de datos empíricos (Block, 1995).

Por esta razón, algunos autores prefieren no usar la palabra teoría y en su lugar hablar del Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad. Por ejemplo, Viruela (2013, p. 30) “el modelo de los Cinco Factores es la generalización empírica de la covarianza de los rasgos de personalidad”.

Sin embargo, esto es para otros autores una virtud. Alejándose de las teorías tradicionales de la personalidad con grandes narrativas dentro de las cuales habría que buscar algún enunciado verificable para saber si sus predicciones son correctas, la

teoría de los cinco factores al comienza desde los hallazgos mismos y puede garantizar la solidez de sus generalizaciones teóricas (Andrés-Pueyo, 1997). El resultado es una teoría de la personalidad más pobre que las tradicionales pero mejor sustentada empíricamente.

El contenido teórico de cada factor de esta teoría es entonces una suma de las predicciones que la evidencia empírica aporta y la asignación de un nombre al factor por parte de los autores basándose en lo que los ítems a su juicio parecen referir.

Aun cuando hay consenso de los ítems que componen cada factor no ocurre lo mismo con sus denominaciones. Digman (1990) los llama extraversión, condescendencia amistosa, voluntad de éxito, neuroticismo e intelecto. Borgatta (1964) los llama asertividad, simpatía, responsabilidad, emocionalidad e inteligencia. Norman (1963) los llama emocionalidad, agradabilidad, escrupulosidad, emocionalidad y cultura. Fiske (1949) los llama agradabilidad social, conformidad, voluntad de éxito, control emocional e intelecto inquisitivo, y Peabody y Goldberg (1989) los llaman poder, amor, trabajo, afecto e intelecto.

Debido a que la preferencia por los cinco grandes factores por parte de los investigadores no reside en el nombre de los mismos sino en las cosas que pueden predecir y la generalidad de su alcance descriptivo, estas disputas referidas a la etiqueta de cada factor han dejado de ser el centro de la atención (Andrés-Pueyo, 1997).

El interés actual en la teoría de los cinco grandes no está en ahondar en sus aspectos teóricos sino en aumentar su evidencia empírica, buscando más transculturalidad, estabilidad y vinculación a factores biológicos. Por esta razón, los subcomponentes de los Cinco grandes factores que fueron definidos por Costa y McCrae (2002) nunca recibieron el mismo grado de atención por parte de la comunidad científica, las investigaciones se concentran en los cinco grandes factores.

La teoría sobre los subcomponentes es aún más escasa que la de los cinco grandes, limitándose prácticamente a lo que sus autores mencionaron originalmente de ellos.

Los Cinco Grandes factores de la personalidad según McCrae, Costa y Martin (2005) son los siguientes:

2.5.1. Neuroticismo

Es el factor de personalidad más relacionado a la vida emocional de la persona. El factor es un continuo de dos extremos entre la estabilidad y la inestabilidad emocional. A mayor sea la presencia de este factor el comportamiento del individuo será más caracterizado por la tendencia a experimentar pensamientos irracionales, emociones negativas y dificultades para controlar los impulsos ante situaciones de estrés. El caso prototípico sería el de un paciente neurótico.

Acercarse al extremo opuesto implica menor respuesta ante situaciones estresantes, indiferencia emocional, poca emotividad y mayor ajuste social (Sanz, Silva, & Avia, 1999).

Costa y McCrae (2002) describen las siguientes subdimensiones del factor Neuroticismo:

5.5.1.1. Ansiedad. Dentro del continuo, las personas que se acercan al extremo mayor exhiben comportamientos ansiosos, facilidad para asustarse y con propensión para preocuparse. Las personas que se acercan al extremo inferior exhiben comportamientos relacionados a la relajación y la calma, habitualmente pueden responder con mayor control a los peligros y las situaciones estresantes.

5.5.1.2. Hostilidad-Enfado. Las personas que se acercan al extremo mayor exhiben comportamientos de frustración, amargura y rencor, experimentan ira con facilidad a través de episodios de descontrol, fácilmente susceptibles a reaccionar con hostilidad e involucrarse en conflictos. Las personas que se acercan al extremo inferior exhiben comportamientos relacionados al autocontrol, el manejo de las emociones y la capacidad de sobreponerse a los propios impulsos ante las provocaciones.

5.5.1.3. Depresión. Las personas que se acercan al extremo mayor exhiben afecto depresivo, desesperanza, propensos a experimentar sentimientos de culpa y tristeza, en el punto extremo se manifiestan comportamientos suicidas. Las personas que se acercan al extremo inferior tienden a no sentirse afectadas las sus fallos y pérdidas. Los comportamientos alegres no son opuestos a los depresivos pues estos corresponden al factor Extraversión.

5.5.1.4. Ansiedad social. Las personas que se acercan al extremo mayor experimentan sentimientos de incomodidad ante situaciones de interacción social, alta sensibilidad al ridículo y propensidad a concebirse a sí mismo como inferior. Las personas que se acercan al extremo inferior exhiben comportamientos donde no muestran interés o preocupación en comportarse con torpeza dentro de situaciones sociales. El opuesto a la Ansiedad Social está entonces más relacionado al no interés en cómo se desenvuelve en la interacción social lo cual es muy diferente a tener buenas habilidades sociales.

5.5.1.5. Impulsividad. Las personas que se acercan al extremo mayor tienen dificultad para controlar sus deseos y apetitos, los perciben como irresistibles. Las personas que se acercan al extremo inferior tienen facilidad para resistir sus propios deseos y tolerar los sentimientos de frustración, en puntos extremos los comportamientos se asimilan a los exhibidos por las personas con anhedonia.

5.5.1.6. Vulnerabilidad. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a experimentar desesperación y temor ante situaciones estresantes, usualmente buscando depender de otras personas para afrontarlas, comúnmente en los puntos más extremos se asocia con la tendencia a desarrollar psicopatologías. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a considerarse capaces de sobreponerse a las situaciones de emergencia y afrontar los retos, en punto extremo muestran dificultades para reconocer el peligro.

5.5.2. Extraversión

Es el factor de personalidad más relacionado a la vida social de la persona, el grado en que la persona prefiere estar acompañada o sola. El factor es un continuo de dos extremos entre la extraversión y la introversión. A mayor sea la presencia de este factor el comportamiento del individuo será más sociable y activo, con preferencia por situaciones divertidas que involucren a otras personas y nuevas experiencias, es decir, necesidad de estimulación externa. El caso prototípico sería el de un vendedor.

Acercarse al extremo opuesto implica menor deseo de involucrarse en actividades sociales y distanciamiento salvo con personas cercanas, mayor preferencia por actividades solitarias y silenciosas (Sanz, Silva, & Avia, 1999).

McCrae, Costa y Martin (2005) describen las siguientes subdimensiones del factor Extraversión:

5.5.2.1. Cordialidad. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden mostrar comportamientos más afectuosos y se relacionan fácilmente con otras personas, tienden a la intimidad interpersonal. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a comportarse de forma reservada y distante hacia otras personas, en puntos extremos hay incapacidad de formar y mantener relaciones personales. La

oposición de la Cordialidad no está relacionada con la hostilidad sino con el nivel de cercanía hacia otras personas.

5.5.2.2. Gregarismo. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a mostrar mayor preferencia por involucrarse en actividades que impliquen la compañía de otras personas. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a preferir situaciones con poca estimulación social, se sienten más cómodos con pocas personas o en actividades solitarias.

5.5.2.3. Asertividad. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a mostrar actitudes dominantes y destacar dentro de los grupos sociales, usualmente toman las iniciativas y son reconocidos como líderes. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a preferir que otros hablen por ellos, evitan asumir roles de protagonismo y participan con discreción.

5.5.2.4. Actividad. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a exhibir conductas enérgicas donde sus actividades suelen caracterizarse por demandar energía y ocupación. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a preferir actividades más pausadas y energéticamente poco demandantes, aunque esto no siempre implica que sean personas perezosas.

5.5.2.5. Búsqueda de emociones. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a experimentar deseos de estimulación y excitación tanto en las actividades que realizan como los ambientes en los que participan, esto ha sido formulado en otras teorías como Búsqueda de Sensaciones (Zuckerman, 1994). Las personas que se acercan al extremo menor tienden a preferir ambientes y actividades que no demanden experimentar muchas emociones acordes a su preferencia por estilos de vida tranquilos.

5.5.2.6. Emociones positivas. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a experimentar emociones más positivas como la alegría y habitualmente perciben los eventos de su vida con optimismo. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a experimentar emociones menos intensas y positivas, aunque esto no necesariamente implica infelicidad.

5.5.3. Apertura a la experiencia

Es el factor de personalidad más relacionado a los intereses de la persona. El factor es un continuo de dos extremos entre la apertura a la experiencia y la cerrazón a la experiencia. A mayor sea la presencia de este factor el comportamiento del individuo será más curioso por explorar emociones y pensamientos no convencionales, mayor apertura a considerar ideas y valores nuevos y preferencia por las actividades donde prime la creatividad. El caso prototípico sería el de un artista.

Acercarse al extremo opuesto implica preferencia por las actividades, ideas y valores convencionales, intereses limitados y con poca variación, dificultades para adaptarse a los cambios sociales y a tolerar los puntos de vista diferentes (Sanz, Silva, & Avia, 1999).

John, Naumann y Soto (2008) describen las siguientes subdimensiones del factor Apertura a la experiencia:

5.5.3.1. Fantasía. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a preferir la fantasía, la imaginación y las situaciones ideales que no siempre mantienen contacto con la realidad. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a preferir ocupar sus pensamientos en cuestiones más pragmáticas y relacionadas a las actividades reales de su día a día.

5.5.3.2. Estética. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a exhibir sensibilidad hacia las formas de expresión artísticas y sus manifestaciones estéticas. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a no ser sensibles al arte en general o simplemente carecer de interés a ese tipo de actividades.

5.5.3.3. Sentimientos. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a atribuir importancia a sus sentimientos, sean positivos o negativos, concediéndoles un rol protagónico en sus vidas. Las personas que se acercan al extremo menor tienden no atribuir la misma importancia a sus sentimientos y emociones.

5.5.3.4. Acciones. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a preferir realizar actividades novedosas que involucren nuevas experiencias. Las personas que se acercan al extremo menor tienden evitar los problemas que implican los cambios y preferir las cosas ya conocidas aun cuando sea rutinarias.

5.5.3.5. Ideas. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a preferir la exploración de ideas novedosas que rompen los esquemas tradicionales u ofrecen nuevas perspectivas de viejos problemas. No necesariamente está asociado a la inteligencia pues se trata más del interés en las nuevas ideas que en la capacidad de crearlas. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a no tener curiosidad o encontrar aburrido los temas novedosos prefiriendo restringir sus intereses a cuestiones más limitadas.

5.5.3.6. Valores. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a mostrar una actitud crítica hacia los valores de su época sean políticos, religiosos o culturales. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a evitar el cuestionamiento y sentirse más cómodos aceptando las tradiciones y el orden establecido.

5.5.4. Agradabilidad

Es el factor de personalidad más relacionado al trato que el individuo brinda a los demás. El factor es un continuo de dos extremos entre la compasión y el antagonismo. A mayor sea la presencia de este factor el comportamiento del individuo hacia otras personas será más bondadoso y servicial, mostrando mayor empatía y colaboración ante la necesidad de otras personas. El caso prototípico sería el de un misionero.

Acercarse al extremo opuesto implica tendencia a comportarse de forma insensible ante el sufrimiento ajeno, cinismo y egocentrismo con disposición a manipular a los demás (Sanz, Silva, & Avia, 1999).

Costa y Widiger (2002) describen las siguientes subdimensiones del factor Agradabilidad:

5.5.4.1. Confianza. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a percibir positivamente a los demás juzgando preferentemente el comportamiento de otras personas como bienintencionado. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a juzgar con cinismo el comportamiento de los demás o a asumir que las intenciones de las demás personas suelen ser negativas.

5.5.4.2. Sinceridad. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a que prefieren mantener transparencia en sus interacciones con los demás, habitúan a ser claros con sus intenciones y sus opiniones. Las personas que se acercan al extremo menor tienden ocultar sus intenciones y en los puntos más extremos sentir preferencia por manipular a otros a través de la fingir las propias opiniones.

5.5.4.3. Altruismo. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a preocuparse del bienestar de otras personas, tienen predisposición a ayudar a quienes lo necesitan y muestran generosidad. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a evitar comprometerse en los problemas de otras personas y priorizan su propio bienestar por sobre el de los demás.

5.5.4.4. Actitud conciliadora. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a manifestar comportamientos que habitualmente facilitan los acuerdos y las conciliaciones como el perdonar, dialogar ante las diferencias y la inhibición de la agresión. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a preferir la competición por sobre la cooperación y a menudo reaccionan con hostilidad ante el conflicto.

5.5.4.5. Modestia. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a comportarse con humildad, preferir no destacar para no acaparar el mérito más que por timidez. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a asumir que son superiores a los otros, manifestar conductas de arrogancia y grandilocuencia.

5.5.4.6. Sensibilidad hacia los otros. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a ser más sensibles hacia las necesidades y sufrimientos de otras personas, muestran empatía ante las circunstancias que viven las demás personas y guían sus comportamientos en base a sus sentimientos. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a ser menos sensibles ante el sufrimiento ajeno, aunque esto no implica intenciones de no ayudar sino más bien que la ayuda es habitualmente guiada por razonamientos lógicos en vez de ser guiada por sentimientos de compasión.

5.5.5. Conciencia

Es el factor de personalidad más relacionado a cómo el individuo organiza su

conducta a metas. A mayor sea la presencia de este factor el comportamiento del individuo será más organizado, cuidadoso y acorde a las normas. El caso prototípico sería el de un militar.

Acercarse al extremo opuesto implica mayor descuido con los propios objetivos, dificultades para la organización y la responsabilidad, menor rigor y capacidad para el control de los impulsos. Ambos lados en sus puntos más extremos pueden ser problemáticos como en el extremo mayor con conductas de poca flexibilidad por respetar normas como en el extremo menor con conductas delincuenciales (Sanz, Silva, & Avia, 1999).

Costa y McCrae (2002) describen las siguientes subdimensiones del factor Conciencia:

5.5.5.1. Competencia. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a experimentar sensaciones de ser capaz y efectivo en las acciones que se realizan para afrontar las situaciones de estrés. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a percibirse a sí mismos como incapaz de afrontar los problemas y mantiene una opinión negativa acerca de sus propias habilidades.

5.5.5.2. Orden. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a realizar las acciones para conseguir sus metas de forma organizada, siguiendo un plan y ejecutándolo con orden. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a tener dificultades para organizar las acciones que necesitan para cumplir sus objetivos o a ejecutarlos de forma ordenada.

5.5.5.3. Sentido del deber. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a mostrar mayor adherencia al cumplimiento de principios éticos y deberes morales, prioriza el apego a los valores por sobre los deseos personales. Las personas

que se acercan al extremo menor tienden mostrar conductas guiadas por los deseos momentáneos priorizándolos por sobre las normas, dando como resultados conductas más espontáneas e imprevisibles.

5.5.5.4. Necesidad de éxito. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a sentir la necesidad de lograr cosas, trabajan para satisfacer sus aspiraciones y proyectan sus objetivos futuros con anticipación. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a carecer de grandes ambiciones, no los suele motivar el logro de nuevas metas ni la persecución de nuevas ambiciones.

5.5.5.5. Autodisciplina. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a ser capaces de brindarse a sí mismos la motivación necesaria para el cumplimiento de tareas y la ejecución de las acciones necesarias para la consecución de objetivos futuros. Las personas que se acercan al extremo menor tienden a desanimarse con facilidad, abandonar los proyectos que emprenden cuando surge dificultades o adversidades que demanden nuevos esfuerzos.

5.5.5.6. Deliberación. Las personas que se acercan al extremo mayor tienden a pensar previo a tomar un curso de acción, reflexionan con prudencia antes de tomar decisiones importantes y analizan la situación. Las personas que se acercan al extremo menor tienden actuar sin considerar las consecuencias de sus actos, a menudo actúan y hablan de forma precipitada en base a lo que sienten en el momento sin reflexionar sobre el contenido que expresan.

CAPITULO III

FUNDAMENTO TEORICO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

3.1. Conceptualización de droga

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) una droga es “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

Para que una sustancia pueda ser considerada una droga, de acuerdo a Moral y Fernández (2009), debe ser capaz de modificar funciones psíquicas al ser introducida al organismo, inducir a la persona a repetir su administración, generar algún tipo de refuerzo positivo, generar malestares físicos y psicológica ante el cese de su administración y que su uso no tiene como fin principal algún propósito médico.

Las drogas pueden clasificarse según Schuckit (2000) en:

3.1.1. Depresores del Sistema Nervioso Central

Como el alcohol, los ansiolíticos y las drogas ansiolíticas como las benzodiacepinas.

3.1.2. Estimulantes o simpatomiméticos del SNC

Como las anfetaminas, el metilfenidato, los diferentes tipos de cocaína y los productos para perder peso.

3.1.3. Opiáceos

Como la heroína, la morfina, la metadona y la mayoría de prescripciones analgésicas.

3.1.4. Cannabinoides

Como la marihuana y el hachís.

3.1.5. Alucinógenos

Como el éxtasis (MDMA), la dietilamina de ácido lisérgico (LSD), la mescalina y la psicocibina.

3.1.6. Inhalantes

Como los aerosoles, los sprays, los disolventes, la gasolina y el terocal.

3.2. Componentes de la adicción a las drogas

La dependencia a sustancias psicoactivas solo debería diagnosticarse si la persona comienza a utilizar la droga de forma problemática (Martín et al., 2009).

3.2.1. La dependencia física

También conocida como dependencia fisiológica o neuroadaptación. Consiste en la necesidad imperante de mantener dentro del organismo la droga, generando posteriormente tolerancia y síndrome de abstinencia. Es una característica habitual de las sustancias depresógenas como el alcohol y los sedantes, también está presente pero en menor proporción en las drogas estimulantes como la cocaína y las anfetaminas.

La dependencia física es importante para el establecimiento de la adicción como trastorno, pero no siempre es suficiente. Los efectos reforzadores en la búsqueda y obtención de la sustancia constituyen segundo componente de la dependencia con la que conjuntamente constituyen el cuadro psicopatológico.

3.2.2. La dependencia psicológica

También conocido como dependencia conductual. Consiste en los efectos reforzantes que mantienen los comportamientos de búsqueda y consumo de drogas.

Los efectos reforzantes pueden ser positivos o negativos. Los reforzadores positivos en este contexto son los efectos de placer y euforia que genera la administración de la droga. Los reforzadores negativos son la evitación del malestar, los deseos irresistibles de consumidor conocidos como *craving* y las molestias fisiológicas.

A menudo se considera a la dependencia psicológica como de mayor complejidad debido a que intervenir este componente implica abordar una variedad de factores sociales, culturales, motivaciones, educativos, etc. (Moral & Fernández, 2009).

3.3. Fases de la adicción a las drogas

Becoña y Vázquez (2001) distinguen los siguientes tipos de consumidores:

3.3.1. Consumidor experimental

Las personas que han probado por primera vez una o más sustancias motivadas por curiosidad o imitación al grupo, están en condiciones de continuar o detener el consumo.

3.3.2. Consumidor ocasional o social

Las personas que consumen ocasionalmente, principalmente en contextos como reuniones sociales. La motivación está sujeta a la búsqueda de aceptación e integración grupal, así como la búsqueda de diversión y disponibilidad de la droga.

3.3.3. Consumidor habitual

Las personas que cuyo consumo se está estableciendo como costumbre y por lo tanto se inicia la dependencia psicológica. Se evidencian conductas de deterioro del funcionamiento personal como pérdida del control ante la abstinencia, deterioro del cuidado personal y realización de comportamientos antisociales.

3.3.4. Consumidor compulsivo o dependiente

Las personas que centran su vida alrededor del consumo. Ocurre la pérdida de valores y las transgresiones a las normas sociales por las afecciones físicas y

psicológicas del cuadro. Experimentación intensa de síndrome de abstinencia y patrones conductuales de consumo compulsivo.

3.4. Teorías de la adicción a las drogas

3.4.1. Teoría psicoanalítica

Freud a lo largo de su vida elaboró algunas ideas importantes acerca de las adicciones, pero nunca llegó a formular propiamente una teoría psicoanalítica de la adicción. Sin embargo, sus ideas fueron tomadas por psicoanalistas posteriores para dar forma a nuevas elaboraciones teóricas.

En *El Malestar en la Cultura*, Freud (1930) explica que las drogas cumplirían el rol de aliviar las presiones cada vez más imperantes de la sociedad. La adicción sería entonces una forma en la que el individuo intenta escapar de sus propias insatisfacciones. Un aporte importante que realiza Freud y que marca la comprensión de la adicción que tendrá en general la aproximación psicoanalítica, es que vincula el consumo no con la sustancia misma sino con el rol que cumple en el conflicto psíquico interno del individuo. La consecuencia de plantear el problema de esta manera es que el tratamiento para Freud no puede limitarse a la privación del consumo pues eso sería solo abordar el síntoma y no la verdadera causa del comportamiento.

Lacan teoriza a partir de las ideas de Freud que este comportamiento trastornado tiene su origen en el complejo de destete, sería un caso de un trauma no superado. Para Lacan los adictos son personas renuentes al análisis porque en ellos acontece un desinterés por el Otro. El adicto estaría utilizando la sustancia para compensar la falta de representación interna de un objeto idealizado y por lo tanto rompe sus relaciones con mundo (pareja, trabajo, familia) en la medida que más se profundiza su consumo. Todas estas ideas son coherentes con la idea freudiana de que

la sustancia ocupa un rol libidinal en el individuo y que por lo tanto intervenir el problema solo puede hacerse correctamente si se presta atención a las causas subyacentes al consumo en vez de centrarse en la abstinencia (Gutiérrez-Peláez, Blanco-González, & Márquez, 2018).

3.4.2. Teoría cognitivo conductual

Esta teoría de acuerdo a Heilig, Epstein, Nader y Shaham (2016) resalta los factores sociales y ambientales que contribuyen a la adicción, así como los procesos de aprendizaje que trasladan estos factores a consecuencias negativas. Sirven para explicar porque las experiencias como se aumenta la vulnerabilidad a la adicción ante exposición a las drogas en etapas tempranas (la exposición en el periodo de adolescencia está entre los mayores factores de vulnerabilidad a la adicción), exposición a ambientes de alto riesgo (principalmente ambientes con alto estrés social como entornos familiares con poco soporte, alternativas conductual restringidos, barrio con actitudes permisivas al consumo o fácil acceso a las sustancias) y estados psicológicamente vulnerables como los trastornos afectivos, TDAH, psicosis y trastornos de ansiedad (Stanis & Andersen, 2014).

La exposición a traumas físicos, económicos y psicológicos hacen a las personas más susceptibles al trastorno de consumo de drogas. Los modelos de aprendizaje consideran a la adicción como un proceso natural, aunque desventajoso, de respuestas sensibles al contexto una enfermedad.

Los modelos de aprendizaje ayudan a focalizar la atención en las soluciones individuales para superar la adicción, sobre todo poniendo énfasis en las modificaciones cognitivas y la agencia personal. En estas teorías, de acuerdo a Buchanan (2006), se utilizan diferentes niveles de análisis donde resaltan el cultural, social y psicológico, pero a menudo se ignora los niveles neuronales.

Los avances en psicología cognitiva revelan que procesos de aprendizaje son fundamentales en la explicación de las conductas adictivas, como los involucrados en la planificación, la toma de decisiones, el control inhibitorio y la detección de señales que predicen recompensas (Lewis, 2018).

El mecanismo en cuestión funcionaria, según Bickel y Marsch (2001), a través de un esquema donde las conductas adictivas comienzan como impulsos motivados por recompensas (un caso de condicionamiento operante) y con el tiempo se consolida a través de las repeticiones en una respuesta que se emite de forma reactiva sin procesamiento de inhibición o juicio de elección (un caso de condicionamiento pavloviano). El cambio de un comportamiento impulsivo (orientado a la recompensa, operante) hacia un compulsivo (automático, pavloviano) es el eje central de la explicación por aprendizaje.

3.4.3. Teoría biológica

También conocida como Modelo Biomédico. De acuerdo a Lewis (2018), esta teoría entiende a la adicción como una enfermedad cerebral ocasionada por cambios en los sistemas cerebrales que median la experiencia y la anticipación de las recompensas y las funciones superior que subyacen al juicio y control cognitivo.

Algunos teóricos encuentran atractiva esta posición porque parece explicar por qué las personas con adicciones encuentran tan difícil cambiar sus pensamientos y comportamientos, además de remover el estigma hacia los adictos y sus familias. Ha sido usado para facilitar el acceso a tratamiento en vez de la segregación y el castigo (Volkow, Baler, & Goldstein, 2011).

Utilizando conceptos de la neurociencia se teoriza que la adicción funcionaría a través de una serie de cambios neurosinápticos. En primer lugar hay un cambio en el

comportamiento adictivo mediado por el estriado ventral, en segundo lugar el comportamiento involuntario se acentúa al haber una reducción en la conectividad funcional y estructural entre el estriado y la corteza frontal, en tercer lugar hay una sensibilización a los estímulos que predicen recompensa lo cual es mediado por la dopamina meso límbica y en cuarto lugar hay una disminución de la sensibilidad de los estímulos de recompensas alternativos a los estímulos de recompensa adictivos provocados por cambios en la actividad de las neuronas dopaminérgicas (Lewis, 2018).

En un intento de integrar los principales hallazgos de la teoría cognitivo conductual y biológica, Volkow, Koob y McLellan (2016) plantean que los problemas de consumo de drogas emergen a lo largo de tres etapas.

En la prime etapa, la adicción que consiste en una activación de las emisiones de dopamina en las áreas del cerebro relacionadas a las recompensas. Estos cambios cerebrales generan cambios a nivel conductual porque afectan los procesos de aprendizaje operante y pavloviano que mantiene el individuo con las sustancias en su entorno (Schultz, 2002).

La segunda etapa de afecto negativo consiste en la perdida de la gratificación que habitualmente ofrecía el consumo de la sustancia, esto se ve explicado por qué a nivel simpático ocurre un proceso de sensibilización análogo al del organismo con estímulos ambientales, de la misma forma en la que un ruido inicialmente puede llamar la atención pero al ser permanente en el ambiente acaba por pasar desapercibido, de igual forma las neuronas de dopamina no responden a la sustancia de la misma forma que lo hacían al inicio (Volkow, Koob, & McLellan, 2016).

Finalmente, la fase de preocupación y anticipación, el placer ocurre en la actividad pre frontal del cerebro y ocurren serias afecciones en las funciones ejecutivas, las capacidades de autorregulación, la toma de decisiones y la flexibilidad en la

monitorización del error. Estos cambios corresponden a afecciones en las comunicaciones sinápticas de dopamina y glutamato en las regiones pre frontales del cerebro, lo cual debilita la capacidad del individuo para resistirse a las urgencias fuerte o persistir en decisión de resistirse al consumo de drogas (Goldstein & Volkow, 2011).

3.5. Tipos de droga

3.5.1. Alcohol (OH)

Esta sustancia se caracteriza por tener como efectos en el organismo la activación conductual, acompañada de desinhibición y euforia. Es además característico que en la medida que aumentan la dosis también aumentan los efectos sedativos de esta sustancia (Becoña & Vázquez, 2001)

Debido su composición los efectos pueden variar de acuerdo al sexo, habitualmente las mujeres suelen absorber el etanol con mayor rapidez que los hombres, por lo que las primeras sentirían los efectos antes que los segundos. Sin embargo, en ambos casos ocurre que el consumo a largo plazo genera tolerancia y dependencia (Hommer, Momenan, Kaiser, & Rawlings, 2001).

El etanol, principal compuesto de todas las bebidas alcohólicas, tiene importantes efectos en los principales neurotransmisores del cerebro. La actividad inhibitoria del receptor GABA causada por el etanol explicarían algunos de los efectos más conocidos de la ingesta de bebidas alcohólicas como la relajación muscular, la alteración de la coordinación motora y la alteración de las funciones cognitivas (Ayesta, 2002).

El uso prolongado de alcohol puede también producir la supresión de los receptores NMDA, relacionados al glutamato, y de esta forma se explicaría los efectos

amnésicos del alcohol, así como las características reforzantes de esta droga (Faingold, Gouemo, & Riaz, 1998).

Los inhibidores de la recaptación de serotonina de ven afectados también por el consumo de alcohol y es por eso que se han desarrollados medicamentos que al actuar sobre ellos han sido capaces de reducir el consumo alcohol (Dundon, Lynch, Pettinati, & Lipkin, 2004).

A pesar de que la composición del alcohol interactúa con las propiedades químicas del sistema nervioso los efectos adictivos no pueden reducirse a factores biológicos. Estos forman una parte necesaria de la explicación, pero no suficiente. De acuerdo a Hawkins, Catalano y Miller (1992), los efectos adictivos del alcohol se explican a partir de la interacción de las disposiciones biológicas del individuo con diversos factores de riesgo, entre los que distingue:

3.5.1.1. Factores familiares. Esto factores consisten en pertenecer a familias disfuncionales, experimentar maltrato físico o psicológico dentro del hogar, pertenecer a una familia con miembros consumidores, distanciamiento afectivo entre los miembros de la familia y negligencia parental.

3.5.1.2. Factores psicológicos. Esto factores consisten en niveles bajos de autoestima, trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, bajo control de impulsos, escasas habilidades sociales, dificultad para el manejo de emociones, necesidad de validación externa, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional y la búsqueda de sensaciones.

3.5.1.3. Factores sociales. Esto factores consisten en vivir en lugares con fácil acceso al alcohol, publicidad de consumo constante, fracaso escolar, abandono de los estudios, pertenecer a un grupo de amigos consumidores y vivir en zonas marginales.

Así mismo, existen factores protectores que facilitan que el individuo a pesar de tener predisposición a caer en dependencia del alcohol pueda evitar este desenlace. Randolph, Russell, Harker y Finchman (2010) distinguen los siguientes factores protectores:

3.5.1.4. Factores familiares. Estos factores consisten en pertenecer a una familia comunicativa, unida, con miembros que se apoyan mutuamente. Familias que promueven hábitos sanos entre sus integrantes y comparten tiempo de calidad juntos.

3.5.1.5. Factores psicológicos. Estos factores consisten en una elevada autoestima, control de impulsos, asertividad, tolerancia a la frustración, capacidad para postergar las recompensas, madurez emocional, tener un proyecto de vida, habilidades sociales y disponer de estrategias de afrontamiento adecuadas.

3.5.1.6. Factores sociales. Estos factores consisten en pertenecer a grupos de amigos con hábitos saludables, participar en actividades de ocio que no necesiten de alcohol, vivir en áreas en donde no es fácil el acceso a la sustancia, participación en actividades comunitarias y estar inmersos en el deporte.

3.5.2. Marihuana (THC)

La marihuana está compuesta por una variedad de sustancias químicas dentro de las cuales destacan los cannabinoides. En el cannabis se han encontrado más de 60 variedades de cannabinoides, los más abundantes son el cannabigerol, el cannabícromeno, el cannabidiol y el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) (Adams & Martin, 1996).

El THC es el principal responsable del estado de intoxicación que produce la marihuana, de tal forma que la potencia de los efectos de la marihuana dependerá del

nivel de concentración de THC, a mayor sea la concentración más fuerte serán los efectos.

De acuerdo a Grotenhermen (2006), la absorción de la marihuana es bastante rápida debido a que esta se fuma lo cual facilita su acceso de forma similar a las drogas de consumo intravenoso. Por esta razón es que los efectos más potentes aparecen al inicio del consumo, aproximadamente durante la media hora de la primera inhalación.

El blanco principal de los efectos de la marihuana son los receptores del sistema endocannabinoide que actúan como neuromodulador, a través de sus proyecciones nerviosas facilita la liberación de dopamina en el núcleo accumbens e interactúa con otros receptores encontrados en áreas diversas como los ganglios basales, el hipocampo, la corteza cerebral y el cerebelo.

De acuerdo a Julien, Advokat y Comaty (2008), las funciones vitales a nivel cerebral no quedan afectadas por su consumo, esto debido a que no hay receptores de cannabinoides en el tronco del encéfalo. Sin embargo, en el resto de estructuras si hay receptores de cannabinoides lo cual va a comprometer el funcionamiento de sistemas relacionados a la regulación hormonal, funciones básicas de supervivencia y funciones cognitivas superiores a través de la afección de estructura corticales.

Redolar (2011) describe que los efectos de la marihuana pueden dividirse en:

3.5.2.1. Efectos fisiológicos. Esto efectos consisten en alteraciones de la presión sanguínea y el ritmo cardiaco. Esto hace que el consumo sea particularmente peligroso para quienes sufre de enfermedades al corazón y cerebro vasculares.

3.5.2.2. Efectos respiratorios. Estos efectos consisten en el deterioro de la salud pulmonar, dificultades para respirar, una menor capacidad de almacenamiento de aire y aumento del riesgo de sufrir enfermedades respiratorias como el asma y la bronquitis.

3.5.2.3. Efectos psicológicos. Estos efectos consisten en dificultades para la concentración y ejecución de tareas cognitivamente demandantes, entorpecimiento de las funciones psicomotrices, distorsiones en la percepción temporal, alteraciones en la visión, la audición y el tacto, cambios en el estado de ánimo y la interacción social.

3.5.2.4. Efectos en la alimentación. Estos efectos consisten en deficiencias nutricionales que llevan a fatiga muscular y la indigestión, incremento del apetito principalmente por alimentos ricos en calorías lo que habitualmente lleva a desarrollar hábitos alimenticios poco saludables y afectar la salud física.

3.5.2.5. Efectos inmunológicos. Estos efectos consisten en una mayor vulnerabilidad a sufrir enfermedades infecciosas como producto de la pérdida de anticuerpos y enlentecimiento de la respuesta del sistema inmune.

3.5.3. Clorhidrato de Cocaína (CC)

Se denomina Clorhidrato de Cocaína a un derivado de la hoja de coca, en forma de sal de cocaína formada con ácido clorhídrico que tiene apariencia de cristales escamosos blancos y puede ser administrada por vía intranasal o endovenosa (Caballero, 2005).

Esta sustancia se caracteriza por un incremento del estado de arousal y la actividad motora, la disminución del apetito, la reducción de la fatiga y las sensaciones de euforia.

Los efectos fisiológicos característicos consisten en el incremento del estado del arousal y la actividad motora, la disminución del apetito, la reducción de la fatiga, la reducción del sueño, aumento de la presión arterial, disminución del apetito, taquicardia e hipertensión. Estos últimos efectos son los responsables de que la mayoría de muertes relacionadas al consumo de cocaína son provocadas por paros cardíacos o convulsiones que se complican con paros respiratorios (Marzoa, Ferrer, Crespo, & Crespo, 2006).

A largo plazo puede haber síntomas depresivos cuando se disipan los efectos de la cocaína, además de dificultades para conciliar el sueño, somnolencia y ansiedad. Al incrementarse la tolerancia también se incrementan las dosis de droga y emergen problemas de coordinación motriz, disfunciones sexuales y alteraciones del juicio. En los casos más crónicos se presentan paranoias, impulsividad, alucinaciones y comportamientos agresivos (Llopis, 2001).

Sus efectos se hacen manifiestos después de aproximadamente 5 a 10 minutos después del consumo. Los efectos iniciales suelen durar menos de una hora, pasando ese periodo de tiempo se presentan signos de ansiedad. Cuando hay intoxicación aguda se incrementa la rapidez del habla en algunos casos perdiendo la ilación del discurso o presentan un contenido incoherente. A pesar de todo esto hay una mayor sensibilidad a los estímulos y los eventos que rodean a la persona. Cuando aumenta el deseo de consumir mayores cantidades de cocaína, la sustancia se vuelve un reforzador superior a otras necesidades consideradas más básicas evolutivamente como la comida o el sexo (Kalivas, Volkow, & Seamans, 2005).

Según García (2007) los principales problemas asociados al consumo de cocaína son:

3.5.3.1. Complicaciones médicas. Las más frecuentes son las intoxicaciones, los problemas cardiovasculares, las alteraciones neurológicas, los problemas respiratorios, las complicaciones obstétricas, alteraciones sexuales, infecciones, alteraciones neuroendocrinas y alteraciones otorrinolaringológicas.

3.5.3.2. Comorbilidad psicopatológica. Los más frecuentes serían los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de personalidad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la esquizofrenia.

3.5.3.3. Consecuencias psicosociales. Debido al tiempo que se requiere para el consumo y la recuperación después de sus efectos las personas disminuyen su participación en otro tipo de actividades como el trabajo, la familia y la recreación.

3.5.3.4. Urgencias hospitalarias y mortalidad. El consumo prolongado de Clorhidrato de Cocaína puede llegar a causar paros respiratorios, convulsiones y la muerte.

La cocaína tiene como mecanismo de acción a la inhibición de la recaptación de monoaminas en el cerebro como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. La exposición continua a la sustancia es capaz de generar modificaciones en las sinapsis donde participan dichos neurotransmisores haciendo posible que las conductas adictivas reaparezcan incluso después de tiempo en abstinencia (Kalivas & Volkow, 2005).

La cocaína actúa sobre el sistema de recompensa del cerebro. Su principal mecanismo es la inhibición de la receptación de dopamina. Específicamente, la cocaína actúa en el núcleo accumbens, la corteza prefrontal media, el putamen, el hipocampo y el núcleo caudado. El exceso de noradrenalina causa la mayoría de los

efectos psicológicos que caracterizan a esta droga, mientras que el incremento de norepinefrina es la principal responsable de los cambios fisiológicos como el aumento de las resistencias vasculares arteriales, la vasoconstricción intensa y la reducción del débito sanguíneo (Belin, Mar, Dalley, Robbin, & Everit, 2008).

3.5.4. Pasta Básica de Cocaína (PBC)

La Pasta Básica de Cocaína, también conocida como sulfato de coca, pasta libre o pasta base, es un derivado de la hoja, no es un producto refinado pues es el resultado de la primera fase de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca en maceración con ácido sulfúrico u otros productos químicos. La concentración de cocaína en la pasta base es mayor que en la hoja de coca, se calcula que aproximadamente entre el 40-85%.

Esta droga a diferencia del clorhidrato de cocaína se consume fumando a través de cigarrillos, pipas y otros medios que permitan el ingreso por vía pulmonar. Esto es debido a que al ser una droga alta en impurezas no es posible administrarla a través de inyecciones como la heroína ni aspirada como el clorhidrato de cocaína pues no es fácilmente absorbida cuando entra en contacto con la mucosa nasal (Navarro, 1992).

Debido a que esta droga se consume fumando puede llegar rápidamente al sistema nervioso y cuanto más rápido llega al cerebro más potencial adictivo tiene la sustancia. Puede tardar en llegar al cerebro entre 8 y 12 segundos.

Nizama (1979) describe el proceso de adicción a la PBC como una secuencia de fases de compulsión a seguir fumando donde se presenta altos niveles de angustia ante la posibilidad de que la droga se agote, constantes percepciones con paranoia, anublamiento de la conciencia, irritación ante los ruidos, rigidez muscular, pérdida de

la sensibilidad al dolor, excitación psicomotriz, ritualización del acto de fumar y egocentrismo.

Algunos autores como Almeida (1978), Navarro (1992) y Nizama (1979) han descrito episodios de psicosis cuyos síntomas pueden durar unas pocas horas, pero también pueden durar varios días a pesar de la interrupción del consumo de la droga. Habitualmente dividen estos síntomas en fases:

3.5.4.1. Momento antes del consumo. Caracterizado por un síndrome neurovegetativo, un síndrome ansioso y un síndrome obsesivo - compulsivo agudo, se presenta taquicardia, sudoración y malestar abdominal que habitualmente se describe como deseos de defecar. Para financiar el consumo, comienza vendiendo sus objetos personales, luego objetos de su hogar. Comúnmente obtiene dinero estafando, engañando y manipulando a las personas del entorno.

3.5.4.2. Momento de consumo. Inicia desde la primera aspirada y produce placentero intenso que los consumidores describen como similar al placer producido por un orgasmo acompañado de euforia. Sin embargo, el efecto es muy breve ya que dura apenas de 3 a 4 segundos. La angustia por la cesación del efecto lleva al consumidor a fumar una y otra vez buscando experimentar nuevamente la sensación inicial que a menudo no se alcanza porque el placer disminuye de forma progresiva después de cada aspiración, entrando en un estado de irritabilidad e inquietud. Dentro de esta fase aparece uno de los síntomas descritos por los consumidores con más frecuencia, se trata de la rigidez corporal, el “ponerse duro” que suele ser acompañado de enlentecimiento motor y pensamientos de desconfianza hacia el entorno. El consumo se detiene únicamente cuando el dinero ha terminado o el consumidor entra en un cuadro de intoxicación aguda.

3.5.4.3. Momento después del consumo. Caracterizado por sensación de fatiga, irritabilidad, y deseos intensos de dormir. Cuando no se trata de consumidores crónicos pueden parecer sentimientos y pensamientos de culpa. Después de dormir el cansancio se mantiene, boca se reseca y los labios y la lengua se inflaman por el intenso consumo. Es común la disminución del impulso sexual y la presencia de síntomas depresivos. Estos síntomas pueden detenerse después de unas pocas horas de la ingesta y dar lugar a un nuevo episodio de consumo que tiene por principal objetivo revivir la experiencia de la primera aspiración.

El consumo puede aumentar de forma incontrolable cuando llega a niveles crónicos. En estos casos, la mayoría de adictos al PBC pueden llegar a consumir hasta 40 cigarrillos en 24 horas, algunos llegan a consumir más de 300 cigarrillos en 24 horas (Navarro, 1989).

Los efectos reforzantes del PBC se explican neurofisiológicamente por el hecho de que esta sustancia bloquea los transportadores de dopamina, generando mayores concentraciones en las hendiduras sinápticas y así afectando al sistema de recompensas del cerebro (Volkow, 2010). Las recaídas y la ansiedad de consumo son provocadas en parte por las alteraciones de las neuronas mesocorticolímbicas que tienen como efecto la neuroadaptación por consumo prolongando de la sustancia (Nestler & Aghajanian, 1997). El consumo prolongado de PBC genera un fenómeno conocido como sensibilización o neuroadaptación, donde ocurren cambios neurales que subyacen a la tolerancia y los síntomas de abstinencia (Sánchez, 1991).

El consumidor crónico desarrolla una serie de mecanismos de defensa que complica cualquier intento de recuperación. Navarro (1992) describe tres mecanismos principales: racionalización, argumentos y juicios falsos dirigidos a justificar el consumo; la negación para minimizar o negar la existencia de la dependencia a la droga; y, el autoengaño donde se asume una convicción errónea de tener el control del consumo.

3.5.5. Metanfetamina

La metanfetamina es una droga de apariencia cristalina, sin olor, y que puede ser disuelta fácilmente en agua o licor. El consumo de esta droga produce efectos después de 3 a 5 minutos si es que es inhalada, en caso de consumirse por vía oral los efectos aparecen después de 15 a 20 minutos.

Esta droga se caracteriza por generar a corto plazo un aumento de atención y de la actividad física, reducción de la fatiga, disminución del sueño y del apetito, incremento de la sensación de euforia y la frecuencia respiratoria, irregularidad del ritmo cardíaco, hipertermia, mejora en el estado de ánimo, iniciativa y autoconfianza, aumento de la actividad física y energía, aumento de la libido y de la capacidad sexual (Newton, Kalechstein, Duran, Vansluis & Ling, 2004).

Todos esos efectos son habitualmente percibidos como atractivos por parte del consumidor, sin embargo, cuando el consumo de prolonga los efectos varían. Los efectos a largo plazo consisten en insomnio, psicosis paranoides, alucinaciones, actividad motora estereotipada, habitualmente dañan su piel por delirios relacionados a insectos dentro del cuerpo, alteraciones de la memoria, agresividad en la conducta, ataques de pánico, trastornos emocionales, graves problemas dentales y pérdida de peso (Schep, Slaughter, & Beasley, 2010).

Elkashef, Vocci, Hanson, White y Wickes (2008) dividen el consumo de metanfetamina en las siguientes etapas:

3.5.5.1. Agitación. Dura entre 5 a 30 minutos. En esta fase hay un incremento de la frecuencia cardíaca y aceleración del metabolismo.

3.5.5.2. Subida. Dura entre 4 a 16 horas, el comportamiento del consumidor se vuelve locuaz y dependiendo de la dosis puede llegar a mostrar agresividad.

3.5.5.3. Atracón. Es el resultado de la reducción de los efectos de la droga ya sea por el tiempo transcurrido o porque se ha desarrollado tolerancia, para compensar la debilitación de los efectos el individuo consume repetidamente la sustancia.

3.5.5.4. Retuerzo. El consumidor se mantiene días sin dormir, con estado de ánimo irritable y paranoico.

3.5.5.5. Bajón. El estado de ánimo se aplana, el consumidor tiende a la soledad, reduce la comunicación y aumentan los deseos de dormir.

3.5.5.6. Síndrome de Abstinencia. Los consumidores sienten la necesidad de consumir nuevamente pero ahora con la finalidad de detener los efectos negativos de la droga desaparezcan. Las alteraciones del sueño, el estado de ánimo y la fatiga se vuelven incontrolables.

3.5.6. Heroína

La heroína es una droga derivada del opio y elaborada a partir de la morfina. El color de la sustancia depende de su grado de pureza, a más oscura mayor es la adulteración y por lo tanto incrementa su toxicidad. Se caracteriza por producir a corto plazo sensaciones placenteras de euforia, la ausencia de malestar dura aproximadamente entre 3 horas después de lo cual desaparece progresivamente (Castaño, 2002).

También produce enrojecimiento en la piel, sensación de pesadez en las extremidades, alteración del estado de vigilia y náuseas. A largo plazo los efectos se tornan más peligrosos pues las venas pueden dañarse al ser administrada la droga con inyecciones, infecciones en membranas y válvulas del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos del estado de ánimo, alteración de los ciclos menstruales en el caso de las mujeres y disfunciones sexuales en el caso de los hombres, problemas de insomnio y conducta delictiva (Porras-Morales, 2004).

En los casos de sobredosis de heroína la respiración puede detenerse en su totalidad reduciendo la cantidad de oxígeno que abastece al cerebro. De sobrevivir a la sobredosis el consumidor puede tener con secuelas daños en el sistema nervioso o caer en estado de coma.

Giner, Sancho, Castellano, Pérez y Mateu (2001) señalan que los efectos de la heroína pueden organizarse según el sistema o aparato del organismo sobre el cual alteran las funciones.

3.5.6.1. Aparato Respiratorio. Disminución de la frecuencia, el volumen y el ritmo respiratorio.

3.5.6.2. Aparato circulatorio. Hipotensión y bradicardia.

3.5.6.3. Sistema nervioso. Episodios de euforia, depresión, insomnio, somnolencia, alteración de la coordinación muscular.

3.5.6.4. Aparato digestivo. En la boca frecuentemente aparecen caries, pérdida de dientes, gingivitis, úlceras y várices en el esófago, disminución de secreciones digestivas y estreñimiento.

3.5.6.5. Aparato genitourinario. Disminución de la testosterona, impotencia, disminución de la producción de espermatozoides, inhibición de la ovulación y la menstruación, disminución del flujo de la orina.

3.5.7. Éxtasis (MDMA)

El éxtasis, también conocido como MDMA (Metilendioxitmetanfetamina) es una droga de síntesis o droga de diseño, lo cual significa que pertenece a las sustancias que no existen en la naturaleza y que por lo tanto tienen que ser elaboradas en laboratorios químicos con el fin de generar moléculas que tengan las propiedades relevantes de otras drogas que se utilizan para fines no médicos (Sáiz & Gómez-Jarabo, 2003).

Su principal forma de consumo es a través de pastillas las cuales suelen variar de forma y color. Habitualmente presentan dibujos grabados en la superficie representando a personajes reales y ficticios de gran popularidad, lo cual contribuye a que sean percibidas como objeto recreativo (Capela et al, 2009).

La concentración de MDMA en las pastillas ha sufrido variaciones en los recientes años. Hace una década la concentración habitual era de aproximadamente 150 mg pero ha habido un incremento a concentraciones de 300 mg (Morefield, Keane, Felgate, White & Irvine, 2011).

Los efectos de la droga aparecen aproximadamente después de 20 minutos después de su consumo. El efecto aumenta progresivamente hasta llegar a un máximo después de una hora. Los efectos duran entre 3 y 6 horas (Green, Mehan, Elliott, O'Shea & Colado, 2003).

Según Meyer (2013), el MDMA actúa sobre neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, los efectos en el comportamiento se caracterizan por cambios la dimensión emocional de las personas, generando sensaciones de bienestar, autoaceptación, euforia, mayor sociabilidad, alteraciones perceptivas, incremento de la resistencia física y la excitación sexual. Además de efectos psicológicos conlleva también problemas de hipertensión, riesgo de hemorragia interna y taquicardia

Es muy frecuente que los consumidores ingieran más de una pastilla, los consumidores crónicos pueden llegar a ingerir más de 4. En estos últimos se puede llegar a observar problemas neurológicos como convulsiones y ataques epilépticos.

Cuando el consumo es frecuente las sensaciones de bienestar cambian a experiencias desagradables que pueden mantenerse varios días posterior al consumo, en la medida que aumenta el consumo los efectos desagradables se tornan más frecuentes que los placenteros.

3.5.8. LSD

La dietilamida del ácido lisérgico, también conocida como LSD, es una droga sintética de efectos alucinógenos. Esta droga se puede consumir a través de vía oral cuando está en forma de pastillas o de cubos de gelatina. También puede ser consumida en su forma de papel secante impregnado ya sea lamiéndolo o colocándolo debajo de la lengua (Nichols, 2004).

Una dosis de 0,1 mg basta para causar cambios perceptivos, taquipsiquia y nuevas interpretaciones de los objetos. Los efectos duran de 6 a 9 horas y comienzan a percibirse aproximadamente después de 30 minutos del consumo.

A corto plazo el LSD genera cambios en la percepción y esquema corporal, experiencias de despersonalización, alucinaciones vívidas, alteraciones en la percepción a través de diferentes modalidades y distorsión de la noción del tiempo. Los efectos dependerán de la dosis, el estado psicológico en el momento del consumo y las características del ambiente (Escobar & Roazzi, 2010).

Los cambios fisiológicos que ocasiona el LSD consisten en aumento de la temperatura y la presión arterial, taquicardia, sudoración, dilatación pupilar y náuseas. Sin embargo, no son esos los principales riesgos del consumo de esta sustancia. Según Escobar (1999), el consumo puede llevar a intentos de suicidio debido a la desesperación y terror que puede desencadenar el contenido de ciertas alucinaciones sobre todo si el adicto se encuentra con dificultades emocionales en el momento del consumo. Los estados psicóticos causados por el consumo de LSD, también llamados por los consumidores como malos viajes, pueden extenderse hasta 24 horas.

El LSD actúa principalmente en receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos. Los efectos están causados principalmente por los cambios en los receptores de serotonina lo cual genera aumento de la acción de la serotonina en la hendidura sináptica y promueve alteraciones cualitativas y cuantitativas del funcionamiento cerebral (Escobar & Roazzi, 2010).

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. Enunciado de las Hipótesis

4.1.1. Hipótesis general

HG: Los factores de personalidad varían según el tipo de droga de mayor preferencia en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019

4.1.2. Hipótesis específica

H1: El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H2: La Pasta Básica de Cocaína es el tipo de droga más consumida en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H3: El factor de personalidad de Apertura a la Experiencia, es el predominante en los pacientes adictos a la Marihuana de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H4: El factor de personalidad de Extraversión, es el predominante en los pacientes adictos al Clorhidrato de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H5: El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos a la Pasta Básica de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H6: El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos al Alcohol de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

4.2. Operacionalización de las variables y escalas de medición

4.2.1. Personalidad

4.2.1.1. Definición conceptual La personalidad es el conjunto de estilos individuales, emocionales, interpersonales, experienciales y motivacionales que hacen que crean las diferencias en como son las personas, es decir, lo hace único a cada individuo. Estas diferencias son resumidas en las combinaciones particulares de cinco grandes factores llamados neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, agradabilidad y conciencia (Costa & McCrae, 1988).

4.2.1.2. Definición operacional La variable fue medida por medio del instrumento NEO-FII *examination* (Costa & McCrae, 2002) que mide la personalidad a través de la teoría de los Cinco Grandes (*Big Five*).

Tabla 1
Operacionalización de la variable 1

| Variable | Dimensiones | Subdimensiones | Escala de medición |
|---------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Personalidad | Neuroticismo | Ansiedad | Intervalo |
| | | Hostilidad | |
| | | Depresión | |
| | | Ansiedad social | |
| | | Impulsividad | |
| | | Vulnerabilidad | |
| | Extraversión | Cordialidad | |
| | | Gregarismo | |
| | | Asertividad | |
| | | Actividad | |
| | | Búsqueda de emociones Positivas | |
| | Apertura a la experiencia | Fantasía | |
| Estética | | | |
| Sentimientos | | | |
| Acciones | | | |
| Agradabilidad | Ideas | | |
| | Valores | | |
| | Confianza | | |
| | Sinceridad | | |
| | Altruismo | | |
| | Actitud conciliadora | | |
| Conciencia | Modestia | | |
| | Sensibilidad a los demás | | |
| | Competencia | | |
| | Orden | | |
| | Sentido del deber | | |
| | | Necesidad de logro | |
| | | Autodisciplina | |
| | | Deliberación | |

Fuente: Elaboración propia

4.2.2. Droga

4.2.2.1. Definición conceptual. Toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona; y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores (OMS, 2008).

4.2.2.2. Definición operacional. La variable fue medida a través de una entrevista estructurada que consiste en las siguientes dimensiones.

Tabla 2
Operacionalización de la variable 2

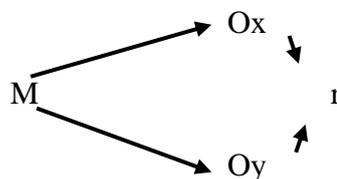
| Variable | Dimensiones | Categorías | Escala de medición |
|-----------------|-------------------------|------------|--------------------|
| Droga principal | Alcohol | Sí No | Nominal |
| | Clorhidrato de Cocaína | Sí No | |
| | Pasta Básica de Cocaína | Sí No | |
| | Marihuana | Sí No | |

Fuente: Elaboración propia

4.3. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo correlacional porque busca determinar la relación entre las variables, de diseño no experimental porque no recurre a la manipulación de

variables, es cuantitativa porque recurre a análisis estadísticos y transversal porque solo realiza un solo momento en el tiempo.



Leyenda:

M: Muestra

Ox: Observación de la primera variable

r: Relación

Oy: Observación de la segunda variable

4.4. Ámbito de la investigación

La Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna fue creada el 28 de abril del año 2005 por el actual director Armando Figueroa Suarez con la final de ofrecer el servicio de tratamiento residencial para personas con problemas de adicción a drogas. En aquel entonces la institución quedaba ubicada en el Centro Poblado menor Alto Bolognesi, Av. Jorge Chávez 2406.

La infraestructura del ambiente consistía en una casa de dos pisos adaptada para los propósitos de la institución. En el inicio de su funcionamiento no contaba con personal de salud, todas las actividades realizadas dentro de la institución estaban a cargo del director y el Sr. Roberto Arce quién había completado el tratamiento en una cede diferente de la misma institución.

A partir del año 2011 se obtuvieron formalizaciones en SUNAD donde están registrados bajo el RUC 20532804711 como Servicios sociales con alojamiento. Así

mismo, se integró a la Institución un personal de salud conformado por un técnico de enfermería, un enfermero y un médico. Las personas que ocupan esos cargos han variado hasta el día de hoy, pero los cargos han permanecido activos durante todos estos años.

A día de hoy la institución está dirigida por el director Armando Figueroa Suárez y el subdirector Juan Gómez Chirinos. La institución ha pasado a ubicarse en la Asociación Los Claveles calle Carlos Wiesse Mz. R2 Lote 28 del distrito Gregorio Albarracín. La infraestructura consiste en una casa de cuatro pisos adaptada a las necesidades de la institución con una capacidad máxima de 62 personas.

El personal de salud actual que trabaja en la institución consiste de una técnica de enfermería, una enfermera, un médico y un psicólogo.

Actualmente la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna cuenta con los siguientes permisos: Conformidad del cumplimiento de normas y estándares de salud para funcionamiento por la Dirección Regional Sectorial de Salud Tacna (ver anexo A), Certificado de Compatibilidad y Uso por la Municipalidad Distrital Cnel. Gregorio Albarracín Lanchipa (ver anexo B), Autorización de funcionamiento por Inspección Sanitaria del Gobierno Regional de Tacna (ver anexo C), Autorización de funcionamiento por Inspección Técnica de Seguridad en Edificaciones de la Municipalidad Provincial de Tacna (ver anexo D) y Licencia Municipal de Funcionamiento por la Municipalidad Distrital Cnel. Gregorio Albarracín Lanchipa (ver anexo E).

4.5. Unidad de estudio, población y muestra

La población está conformada por 30 pacientes adictos que reciben tratamiento residencial dentro de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, durante el año 2019, todos ingresaron a la institución con diagnóstico de dependencia de sustancias CIE-10 (F10-F19). Esta institución únicamente acoge a varones por lo que toda la población pertenece al sexo masculino. La muestra del presente estudio equivale a la población total de pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, dado a que el número de pacientes era manejable y accesible. El tipo de muestreo utilizado es el censo, en el cual la medición se realiza con toda la población.

Los criterios de inclusión consisten en ser mayor de 18 años y haber consumido al menos una de las drogas de interés para la presente investigación (alcohol, marihuana, pasta básica de cocaína o clorhidrato de cocaína). Los criterios de exclusión consisten en analfabetismo, problemas visuales o algún tipo de alteración psicológica (como alteración de la conciencia o episodios psicóticos) que imposibilitara la realización correcta de la evaluación.

Los 30 pacientes tienen edades entre el rango de 20 y 65 años. En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de la variable edad en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna 2019.

Tabla 3

Descripción de los participantes

| Estadístico | Edad |
|-------------|------|
| Media | 33.5 |
| Mediana | 28.5 |
| Varianza | 142 |
| Mínimo | 20 |
| Máximo | 65 |

Fuente: Datos obtenidos por entrevista estructurada

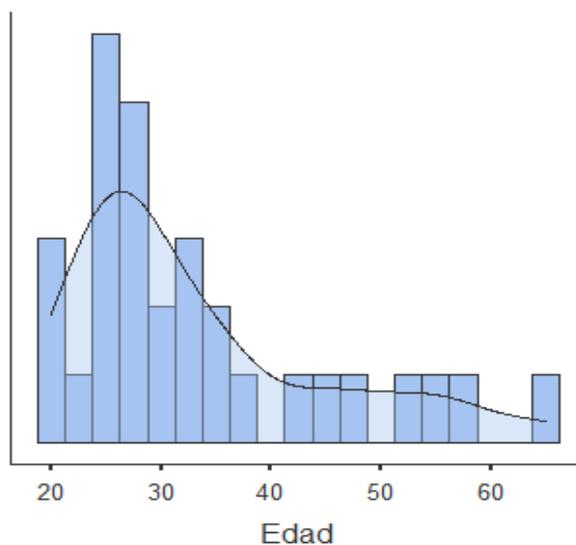


Figura 1. Descripción de los participantes

4.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Procedimientos

La recolección de datos se realizó entre los meses marzo y junio del 2019, en la institución Nuevo Amanecer. La información recolectada se digitalizó en el software estadístico Jamovi, y posteriormente se aplicaron las técnicas estadísticas pertinentes.

Los datos fueron digitalizados en el software estadístico Jamovi versión 1.1.9. Para el análisis se empleó estadística descriptiva e inferencial, y se representaron los resultados a través de tablas y gráficos.

4.6.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta para la variable personalidad a través del instrumento NEO-FII. El instrumento fue diseñado como una versión abreviada de 60 ítems por Costa y McCrae (1992) del instrumento original NEO-PIR, que contiene

240 ítems. El NEO-FFI cuenta con los mejores reactivos del NEO-PI-R extraídos a partir de análisis factorial. Todos los factores de la versión abreviada presentan índices de congruencia con los factores de la versión original superiores a 0.86 (Costa & McCrae, 2002).

El instrumento utiliza una escala de Likert de 0 a 4 puntos que indica el grado de acuerdo que del evaluado con cada uno de los reactivos. La puntuación para cada factor puede llegar a un máximo de 48 puntos donde una mayor puntuación indica una mayor presencia del factor. El puntaje de cada factor es el resultado de reactivos positivos directos y negativos invertidos. Los reactivos para cada factor son los siguientes:

Neuroticismo :1, -6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, -41, -46, 51, -56

Extraversión :2, 7, 12, -17, 22, -27, 32, -37, -42, 47, 52,-57

Apertura :3, -8, 13, 18, -23, 28, 33, -38, -43, 48, 53, -58

Agradabilidad :4, -9, -14, -19, 24, 29, -34, 39, 44, 49, -54, -59

Conciencia :5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, -50, -55, -60

Las puntuaciones de cada factor se obtienen sumando las puntuaciones de cada reactivo, es posible hacer transformaciones a esos puntajes para compararlo a un baremo y clasificar el puntaje en alguna categoría orientativa. Sin embargo, en esta investigación se ha preferido trabajar con las puntuaciones directas para mantener la variable en escala de intervalo.

Las propiedades psicométricas del test han sido revisadas para la población peruana por Martínez y Cassaretto (2011). Verificaron la confiabilidad del instrumento a través de un alpha de Cronbach que dio como resultado del factor Neuroticismo con 0.84, el factor Extraversión 0.78, el factor Apertura 0.73, el factor Agradabilidad 0.75

y el factor Conciencia 0.86. La validez de la adaptación fue evaluada a través de un análisis factorial exploratorio de 5 factores que pudo explicar el 38.29% de la varianza.

Además, se realizó una entrevista estructurada (ver Anexo G) para obtener datos referidos a la droga de mayor preferencia.

Todas las preguntas de la entrevista estructurada fueron preguntas cerradas donde los evaluados debían contestar con un Sí o con un No acerca de si habían consumido alguna vez las drogas de interés para el presente estudio (Alcohol, Marihuana, Clorhidrato de Cocaína y Pasta Básica de Cocaína) y posteriormente responder nombrando la droga de mayor preferencia dentro de la lista de drogas de relevantes para la presente investigación que ha consumido al menos una vez.

Los resultados de la entrevista se trataron de forma cuantitativa como escala de medición nominal, esto permitió someter los datos a análisis estadísticos.

CAPITULO V

LOS RESULTADOS

5.1. El trabajo de campo

5.1.1. Acciones de preparación

El proyecto de investigación fue elaborado durante los meses de febrero y marzo del 2019. El test NEO-FII para medir los cinco grandes factores de personalidad fue conseguido vía electrónica y se verificó en la literatura científica sus propiedades psicométricas para la población peruana. Pruebas piloto fueron realizadas para garantizar que las características de impresión del test fueran adecuadas para su comprensión.

5.1.2. Acciones de coordinación

El autor realizó sus prácticas pre-profesionales dentro del ámbito de estudio de esta investigación, Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna. Para su aceptación fue primero necesario conversar personalmente con el director de la institución Armando Figueroa Suárez y explicar las diversas tareas que se realizan como parte de las prácticas pre-profesionales, entre ellas la de realizar una investigación. Posteriormente se realizó la presentación formal a través de la carta de presentación emitida por la Universidad Privada de Tacna y firmada por la decana de la facultad Mag. Patricia

Rosa María Nué Caballero. La coordinación de los requerimientos para la investigación fue atendida desde el ingreso a la institución.

Dentro del protocolo de atención que reciben los pacientes internados en este centro, todos deben pasar sin excepción por el área de psicología. A cada paciente se le elabora una historia clínica y se aplican test psicológicos. Los test aplicados son todos test proyectivos. Para la presente investigación se agregó al protocolo el test de personalidad NEO-FII que mide los Cinco Grandes Factores de la personalidad con el doble propósito de enriquecer el contenido de las historias clínicas y obtener datos para la investigación. Dado que todos los pacientes pasan por este protocolo de atención entonces todos los pacientes de la institución han sido los participantes del estudio, es decir, la muestra ha sido igual a la población.

5.1.3. Acciones de aplicación

La recolección de datos se realizó entre los meses marzo y junio del 2019. Cada participante completó el test en presencia del investigador y dentro del consultorio de psicología de forma privada, por lo cual no hubo distracciones o ruidos que pudieran interrumpir su concentración. Los test fueron completados en presencia del investigador y se verificó que no se respondieran las preguntas de forma mecánica y apresurada sin leer los reactivos. Además, se atendió a cualquier duda que pudiera tener el participante a la hora de responder el test. Los pacientes demoraron en promedio 40 minutos en completar el test.

En una segunda sesión se realizó la entrevista estructurada para conocer la droga de mayor preferencia del paciente. La información recolectada en las dos sesiones además de incorporarse a la base de datos de la investigación fue también agregada a las respectivas historias clínicas de cada paciente.

5.2. Diseño de presentación de los resultados

Los datos se presentarán en el siguiente orden:

1. Presentación de los datos de los factores de personalidad de los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

2. Presentación de los datos de drogas consumidas en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

3. Presentación de los datos de la relación de cada factor de personalidad con los tipos de droga de mayor preferencia en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

5.3. Los resultados

5.3.1. Resultados de la variable personalidad

Tabla 4

Factores de personalidad en los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

| | Neuroticismo | Extraversión | Apertura a la experiencia | Agradabilidad | Conciencia |
|----------|--------------|--------------|---------------------------|---------------|------------|
| Media | 19.9 | 32.2 | 27.6 | 29.4 | 31.5 |
| Varianza | 21.4 | 20.2 | 47.2 | 28.0 | 43.8 |

Fuente: Test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 4 se presentan la media y las varianzas de las puntuaciones de los cinco grandes factores de personalidad en los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que la puntuación media para el factor Neuroticismo es de 19.9 con una varianza de 21.4, la puntuación media para el factor Extraversión es de 32.2 con una varianza de 20.2, la puntuación media para el factor Apertura a la experiencia es de 27.6 con una varianza de 47.2, la puntuación media del factor Agradabilidad 29.4 con una varianza de 28.0 y la puntuación media del factor Conciencia es de 31.5 con una varianza de 43.8.

Del resultado se destaca que si el análisis se aplica a todos los participantes como un único grupo entonces el factor de personalidad que predomina es Extraversión y el factor de personalidad con menor presencia es Neuroticismo.

5.3.2. Resultados de la variable tipo de droga

Tabla 5

Droga de mayor preferencia en los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

| Tipo de droga preferida | Porcentaje |
|-------------------------|------------|
| PBC | 43.3 % |
| THC | 26.7 % |
| OH | 16.7 % |
| CC | 13.3 % |

Fuente: Entrevista estructurada a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 5 se presentan los porcentajes de la droga preferida en los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que el 43.3% de los participantes son principalmente dependientes a la Pasta Básica de Cocaína, el 26.7% son principalmente dependientes a la Marihuana, el 16.7% son principalmente dependientes al alcohol y el 13.3% son principalmente dependientes al Clorhidrato de Cocaína.

Del resultado se destaca que por un amplio margen casi la mitad de los participantes consideran a la Pasta Básica de Cocaína su principal droga de consumo mientras que la otra droga cocaínica, el Clorhidrato de Cocaína, es la sustancia a la que menos participantes son principalmente dependientes.

Tabla 6
Cantidad de drogas experimentadas

| Cantidad de drogas experimentadas | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| 1 droga | 3 | 10.0 % |
| 2 drogas | 6 | 20.0 % |
| 3 drogas | 4 | 13.3 % |
| 4 drogas | 17 | 56.7 % |

Fuente: Entrevista estructurada a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

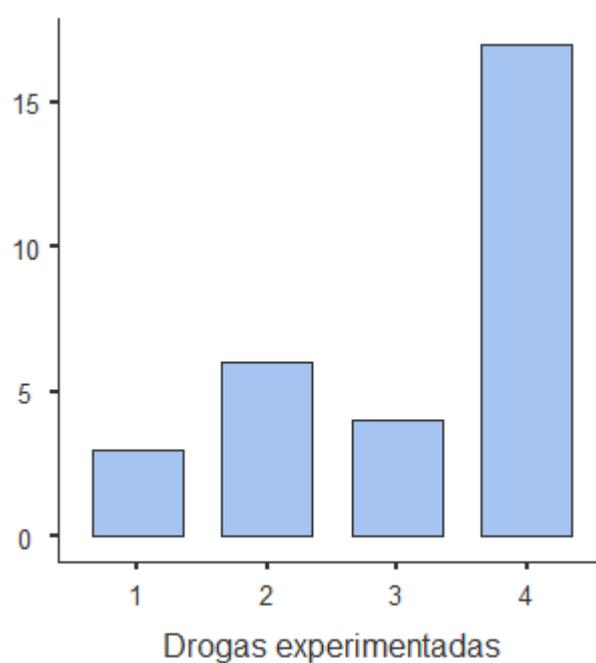


Figura 2. Cantidad de drogas experimentadas

Interpretación:

En la Tabla 6 y Figura 2, se presentan las frecuencias y porcentajes del número de drogas que al menos una vez han consumido los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que el 56.7% de los participantes han consumido al menos una vez 4 drogas diferentes, el 20.0% han consumido al menos una vez dos drogas diferentes,

el 13.3% han consumido al menos una vez tres drogas diferentes y el 10.0% han consumido al menos una vez una droga.

Del resultado se destaca que la mitad de los participantes ha consumido al menos una vez todas las drogas consideradas para la presente investigación. Sin embargo, la mayoría de la mitad restante no ha experimentado con todas las sustancias consideradas para este estudio.

5.3.3. Resultados de la relación entre la variable personalidad y la variable tipo de droga

Tabla 7
Factores de personalidad del tipo de droga de mayor preferencia

| | Droga | Neuroticismo | Extraversión | Apertura | Agradabilidad | Conciencia |
|----------|-------|--------------|--------------|----------|---------------|------------|
| Media | OH | 19.8 | 31.0 | 24.9 | 27.0 | 27.6 |
| | PBC | 19.4 | 33.4 | 28.1 | 30.3 | 30.1 |
| | THC | 23.0 | 31.2 | 33.2 | 30.8 | 36.2 |
| | CC | 18.0 | 32.0 | 24.5 | 29.3 | 38.0 |
| Varianza | OH | 11.1 | 23.7 | 56.4 | 45.7 | 15.1 |
| | PBC | 28.9 | 26.1 | 25.1 | 16.6 | 44.2 |
| | THC | 22.0 | 13.7 | 87.7 | 52.7 | 43.2 |
| | CC | 14.0 | 6.00 | 21.7 | 4.92 | 11.3 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 7, se presenta la media y la varianza de los puntajes de los cinco grandes factores de la personalidad de cada grupo de droga de mayor preferencia de los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que en los pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol el factor de personalidad Neuroticismo obtiene una media de 19.8, la Extraversión obtiene una media de 31.0, la Apertura a la experiencia obtiene una media de 24.9, la Agradabilidad obtiene una media de 27.0 y la Conciencia una media de 27.6. En los pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína el factor de personalidad Neuroticismo obtiene una media de 19.4, la Extraversión obtiene una media de 33.4, la Apertura a la experiencia obtiene una media de 28.1, la Agradabilidad obtiene una media de 30.3 y la Conciencia una media de

30.1. En los pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana el factor de personalidad Neuroticismo obtiene una media de 23.0, la Extraversión obtiene una media de 31.2, la Apertura a la experiencia obtiene una media de 33.2, la Agradabilidad obtiene una media de 30.8 y la Conciencia una media de 36.2. En los pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína el factor de personalidad Neuroticismo obtiene una media de 18.0, la Extraversión obtiene una media de 32.0, la Apertura a la experiencia obtiene una media de 24.5, la Agradabilidad obtiene una media de 29.3 y la Conciencia una media de 38.0.

Del resultado destaca que para el grupo de pacientes cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol el factor de personalidad predominante es Extraversión, para el grupo de pacientes cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína el factor de personalidad predominante es Extraversión, para el grupo de pacientes cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana el factor de personalidad predominante es Conciencia, para el grupo de pacientes cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína el factor de personalidad predominante es y para el grupo de pacientes cuya droga de mayor preferencia es el factor de personalidad predominante es Conciencia.

Por lo tanto, no en todos los grupos predomina el mismo factor de personalidad.

Tabla 8
Factores de personalidad según el tipo de droga de mayor preferencia

| | Droga | Media | Desviación Estándar |
|---------------------------|-------|-------|---------------------|
| Neuroticismo | OH | 19.8 | 3.33 |
| | PBC | 19.4 | 5.38 |
| | THC | 23.0 | 4.69 |
| | CC | 18.0 | 3.74 |
| Extraversión | OH | 31.0 | 4.87 |
| | PBC | 33.4 | 5.11 |
| | THC | 31.2 | 3.70 |
| | CC | 32.0 | 2.45 |
| Apertura a la experiencia | OH | 24.9 | 7.51 |
| | PBC | 28.1 | 5.01 |
| | THC | 33.2 | 9.36 |
| | CC | 24.5 | 4.65 |
| Agradabilidad | OH | 27.0 | 6.76 |
| | PBC | 30.3 | 4.07 |
| | THC | 30.8 | 7.26 |
| | CC | 29.3 | 2.22 |
| Conciencia | OH | 27.6 | 3.89 |
| | PBC | 30.1 | 6.65 |
| | THC | 36.2 | 6.57 |
| | CC | 38.0 | 3.37 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 8, se presenta la media y la desviación estándar de los puntajes de cada uno de los cinco grandes factores de la personalidad en los grupos de droga de mayor preferencia de los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que para el factor de personalidad Neuroticismo la media de los puntajes en los participantes que son principalmente dependientes a la Marihuana es de 23.0, en los participantes que son principalmente dependientes a la Pasta Básica de Cocaína es de 19.4, en los participantes que son principalmente dependientes al Alcohol es de 19.8 y en los participantes que son principalmente dependientes al Clorhidrato de Cocaína es de 18.0. Para el factor de personalidad Extraversión la media de los puntajes en los participantes que son principalmente dependientes a la Marihuana es de 31.2, en los participantes que son principalmente dependientes a la Pasta Básica de Cocaína es de 33.4, en los participantes que son principalmente dependientes al Alcohol es de 31.0 y en los participantes que son principalmente dependientes al Clorhidrato de Cocaína es de 32.0. Para el factor de personalidad Apertura la media de los puntajes en los participantes que son principalmente dependientes a la Marihuana es de 33.2, en los participantes que son principalmente dependientes a la Pasta Básica de Cocaína es de 28.1, en los participantes que son principalmente dependientes al Alcohol es de 24.9 y en los participantes que son principalmente dependientes al Clorhidrato de Cocaína es de 24.5. Para el factor de personalidad Agradabilidad la media de los puntajes en los participantes que son principalmente dependientes a la Marihuana es de 30.8, en los participantes que son principalmente dependientes a la Pasta Básica de Cocaína es de 30.3, en los participantes que son principalmente dependientes al Alcohol es de 27.0 y en los participantes que son principalmente dependientes al Clorhidrato de Cocaína es de 29.3. Para el factor de personalidad Conciencia la media de los puntajes en los participantes que son principalmente dependientes a la Marihuana es de 36.2, en los

participantes que son principalmente dependientes a la Pasta Básica de Cocaína es de 30.1, en los participantes que son principalmente dependientes al Alcohol es de 27.6 y en los participantes que son principalmente dependientes al Clorhidrato de Cocaína es de 38.0.

Del resultado se destaca que el grupo de participantes cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana presenta los mayores niveles del factor de personalidad Neuroticismo, el grupo de participantes cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína presenta los mayores niveles del factor de personalidad Extraversión, el grupo de participantes cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana presenta los mayores niveles del factor de personalidad Apertura a la experiencia, el grupo de participantes cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana presenta los mayores niveles del factor de personalidad Agradabilidad y el grupo de participantes cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína presenta los mayores niveles del factor de personalidad Conciencia.

Por lo tanto, todos los factores de personalidad presentan variaciones según la sustancia al que el paciente adicto es principalmente dependiente.

Tabla 9
Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y el Neuroticismo

| Comparación de drogas | | | Diferencia de medias | d de Cohen |
|-----------------------|---|-----|----------------------|------------|
| OH | - | PBC | 0.365 | 0.0321 |
| | - | THC | -3.250 | 0.2254 |
| | - | CC | 1.750 | 0.1130 |
| PBC | - | THC | -3.615 | 0.2716 |
| | - | CC | 1.385 | 0.0957 |
| THC | - | CC | 5.000 | 0.2947 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 9, se presenta el Análisis de Varianza del factor de personalidad Neuroticismo comparado en los grupos de droga de mayor preferencia de los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que el tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Neuroticismo entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína es de 0.0321. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Neuroticismo entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.2254. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Neuroticismo entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.1130. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Neuroticismo entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.2716. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Neuroticismo entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es

la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0957. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Neuroticismo entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.2947.

Del resultado destaca que la mayor diferencia en el factor de personalidad Neuroticismo ocurre entre los entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana.

Tabla 10
Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Extraversión

| Comparación de drogas | | | Diferencia de medias | d de Cohen |
|-----------------------|---|-----|----------------------|------------|
| OH | - | PBC | -2.385 | 0.2103 |
| | - | THC | -0.200 | 0.0139 |
| | - | CC | -1.000 | 0.0647 |
| PBC | - | THC | 2.185 | 0.1645 |
| | - | CC | 1.385 | 0.0960 |
| THC | - | CC | -0.800 | 0.0473 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 10, se presenta el Análisis de Varianza del factor de personalidad Extraversión comparado en los grupos de droga de mayor preferencia de los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que el tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Extraversión entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína es de 0.2103. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Extraversión entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.0139. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Extraversión entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0647. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Extraversión entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.1645. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Extraversión entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es

la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0960. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Extraversión entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0473.

Del resultado destaca que la mayor diferencia en el factor de personalidad Extraversión ocurre entre los entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína.

Tabla 11
Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Apertura a la experiencia

| Comparación de drogas | | | Diferencia de medias | d de Cohen |
|-----------------------|---|-----|----------------------|------------|
| OH | - | PBC | -3.202 | 0.1990 |
| | - | THC | -8.325 | 0.4078 |
| | - | CC | 0.375 | 0.0171 |
| PBC | - | THC | -5.123 | 0.2718 |
| | - | CC | 3.577 | 0.1747 |
| THC | - | CC | 8.700 | 0.3621 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 11, se presenta el Análisis de Varianza del factor de personalidad Apertura a la experiencia comparado en los grupos de droga de mayor preferencia de los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que el tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Apertura a la experiencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína es de 0.1990. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Apertura a la experiencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.4078. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Apertura a la experiencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0171. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Apertura a la experiencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.2718. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Apertura a la

experiencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.1747. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Apertura a la experiencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.3621.

Del resultado destaca que la mayor diferencia en el factor de personalidad Apertura a la experiencia ocurre entre los entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana.

Tabla 12

Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Agradabilidad

| Comparación de drogas | | | Diferencia de medias | d de Cohen |
|-----------------------|---|-----|----------------------|------------|
| OH | - | PBC | -3.308 | 0.2512 |
| | - | THC | -3.800 | 0.2275 |
| | - | CC | -2.250 | 0.1254 |
| PBC | - | THC | -0.492 | 0.0319 |
| | - | CC | 1.058 | 0.0631 |
| THC | - | CC | 1.550 | 0.0788 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 12, se presenta el Análisis de Varianza del factor de personalidad Agradabilidad comparado en los grupos de droga de mayor preferencia de los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que el tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Agradabilidad entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína es de 0.2512. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Agradabilidad entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.2275. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Agradabilidad entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.1254. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Agradabilidad entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.0319. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Agradabilidad entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia

es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0631. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Agradabilidad entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0788.

Del resultado destaca que la mayor diferencia en el factor de personalidad Agradabilidad ocurre entre los entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína.

Tabla 13
Comparación Post-Hoc para el ANOVA de los tipos de droga de mayor preferencia y la Conciencia

| Comparación de drogas | | | Diferencia de medias | d de Cohen |
|-----------------------|---|-----|----------------------|------------|
| OH | - | PBC | -2.45 | 0.1749 |
| | - | THC | -8.58 | 0.4821 |
| | - | CC | -10.38 | 0.5430 |
| PBC | - | THC | -6.12 | 0.3729 |
| | - | CC | -7.92 | 0.4441 |
| THC | - | CC | -1.80 | 0.0860 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Interpretación:

En la Tabla 13, se presenta el Análisis de Varianza del factor de personalidad Conciencia comparado en los grupos de droga de mayor preferencia de los pacientes adictos de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

Se observa que el tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Conciencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína es de 0.1749. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Conciencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.4821. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Conciencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.5430. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Conciencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana es de 0.3729. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Conciencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica

de Cocaína y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.441. El tamaño del efecto de la diferencia de medias del factor de personalidad Conciencia entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína es de 0.0860.

Del resultado destaca que la mayor diferencia en el factor de personalidad Conciencia ocurre entre los entre los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol y los pacientes que cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína.

5.4. Comprobación de la hipótesis

5.4.1. Contrastación de la hipótesis específica 1

Para la contrastación de la hipótesis específica 1, se utilizó la prueba estadística *t* de Student para muestras pareadas, donde se comparan las medias del factor Neuroticismo contra las medias de los otros factores de personalidad bajo la hipótesis de que la media del factor Neuroticismo será mayor en cada una de las comparaciones. Se utilizará la regla decisión de proceder como si hubiera un efecto real cuando el *p* valor es menor a 0.05, lo cual permitirá a largo plazo no estar equivocado más del 5% de las veces.

Ho: El factor de personalidad de Neuroticismo, no es el predominante en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H1: El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Tabla 14
Comparación de medias de los factores de personalidad en toda la muestra

| Factores de personalidad | | t de Student | p valor | Diferencia de medias |
|--------------------------|---------------------------|--------------|---------|----------------------|
| Neuroticismo | Extraversión | -9.10 | 1.000 | -12.30 |
| | Apertura a la experiencia | -4.79 | 1.000 | -7.70 |
| | Agradabilidad | -6.56 | 1.000 | -9.47 |
| | Conciencia | -6.85 | 1.000 | -11.60 |

Fuente: Test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

De acuerdo a los resultados de la tabla 14 se puede apreciar que ningún *p* valor fue menor a 0.05, por lo cual se decide no rechazar la hipótesis nula *Ho* dados los datos de los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

5.4.2. Contrastación de la hipótesis específica 2

Para la contrastación de la hipótesis específica 2, se utilizó porcentajes para cada droga lo cual permite comparar la droga de mayor preferencia dentro de los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H₀: La Pasta Básica de Cocaína no es el tipo de droga más preferido en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H₁: La Pasta Básica de Cocaína es el tipo de droga más preferido en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

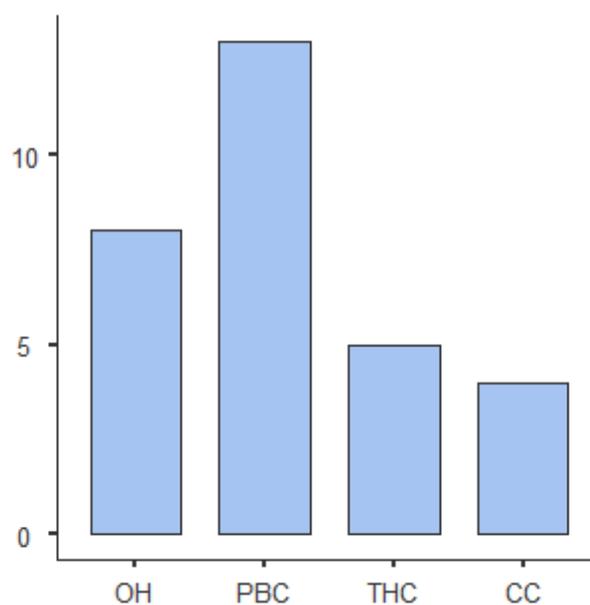


Figura 3. Droga de mayor preferencia en los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

Según indica la figura 3 y la tabla 5, la droga más preferida es la Pasta Básica de Cocaína con un porcentaje de 43.3% en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa.

5.4.3. Contrastación de la hipótesis específica 3

Para la contrastación de la hipótesis específica 3, se utilizó la prueba estadística t de Student para muestras pareadas, donde se comparan las medias del factor Neuroticismo contra las medias de los otros factores de personalidad bajo la hipótesis de que la media del factor Neuroticismo será mayor en cada una de las comparaciones. Se utilizará la regla decisión de proceder como si hubiera un efecto real cuando el p valor es menor a 0.05, lo cual permitirá a largo plazo no estar equivocado más del 5% de las veces.

Ho: El factor de personalidad de Neuroticismo, no es el predominante en los pacientes adictos a la Marihuana de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H1: El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos a la Marihuana de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Tabla 15
Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos a la Marihuana

| Factores de personalidad | | t de Student | p valor | Diferencia de medias |
|--------------------------|---------------------------|--------------|---------|----------------------|
| Neuroticismo | Extraversión | -3.11 | 0.982 | -8.20 |
| | Apertura a la experiencia | -1.93 | 0.937 | -10.20 |
| | Agradabilidad | -1.61 | 0.908 | -7.80 |
| | Conciencia | -3.47 | 0.987 | -13.20 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

De acuerdo a los resultados de la tabla 15 se puede apreciar que ningún p valor fue menor a 0.05, por lo cual se decide no rechazar la hipótesis nula Ho dados los datos

de los pacientes adictos a la Marihuana de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

5.3.4. Contrastación de la hipótesis específica 4

Para la contrastación de la hipótesis específica 4, se utilizó la prueba estadística t de Student para muestras pareadas, donde se comparan las medias del factor Neuroticismo contra las medias de los otros factores de personalidad bajo la hipótesis de que la media del factor Neuroticismo será mayor en cada una de las comparaciones. Se utilizará la regla decisión de proceder como si hubiera un efecto real cuando el p valor es menor a 0.05, lo cual permitirá a largo plazo no estar equivocado más del 5% de las veces.

H₀: El factor de personalidad de Neuroticismo, no es el predominante en los pacientes adictos al Clorhidrato de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H₁: El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos al Clorhidrato de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Tabla 16
Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos al Clorhidrato de Cocaína

| Factores de personalidad | | t de Student | p valor | Diferencia de medias |
|--------------------------|---------------------------|--------------|---------|----------------------|
| Neuroticismo | Extraversión | -5.00 | 0.992 | -14.00 |
| | Apertura a la experiencia | -10.07 | 0.999 | -6.50 |
| | Agradabilidad | -4.28 | 0.988 | -11.25 |
| | Conciencia | -5.77 | 0.995 | -20.00 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

De acuerdo a los resultados de la tabla 16 se puede apreciar que ningún p valor fue menor a 0.05, por lo cual se decide no rechazar la hipótesis nula H_0 dados los datos de los pacientes adictos al Clorhidrato de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

5.4.5. Contrastación de la hipótesis específica 5

Para la contrastación de la hipótesis específica 5, se utilizó la prueba estadística t de Student para muestras pareadas, donde se comparan las medias del factor Neuroticismo contra las medias de los otros factores de personalidad bajo la hipótesis de que la media del factor Neuroticismo será mayor en cada una de las comparaciones. Se utilizará la regla decisión de proceder como si hubiera un efecto real cuando el p valor es menor a 0.05, lo cual permitirá a largo plazo no estar equivocado más del 5% de las veces.

H_0 : El factor de personalidad de Neuroticismo, no es el predominante en los pacientes adictos a la Pasta Básica de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H_1 : El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos a la Pasta Básica de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Tabla 17
Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos a la Pasta Básica de Cocaína

| Factores de personalidad | | t de Student | p valor | Diferencia de medias |
|--------------------------|---------------------------|--------------|---------|----------------------|
| Neuroticismo | Extraversión | -5.48 | 1.000 | -14.00 |
| | Apertura a la experiencia | -3.48 | 0.998 | -8.69 |
| | Agradabilidad | -4.76 | 1.000 | -10.92 |
| | Conciencia | -3.38 | 0.997 | -10.69 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

De acuerdo a los resultados de la tabla 17 se puede apreciar que ningún p valor fue menor a 0.05, por lo cual se decide no rechazar la hipótesis nula H_0 dados los datos de los pacientes adictos a la Pasta Básica de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

5.4.6. Contrastación de la hipótesis específica 6

Para la contrastación de la hipótesis específica 6, se utilizó la prueba estadística t de Student para muestras pareadas, donde se comparan las medias del factor Neuroticismo contra las medias de los otros factores de personalidad bajo la hipótesis de que la media del factor Neuroticismo será mayor en cada una de las comparaciones. Se utilizará la regla decisión de proceder como si hubiera un efecto real cuando el p valor es menor a 0.05, lo cual permitirá a largo plazo no estar equivocado más del 5% de las veces.

H_0 : El factor de personalidad de Neuroticismo, no es el predominante en los pacientes adictos al Alcohol de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

H1: El factor de personalidad de Neuroticismo, es el predominante en los pacientes adictos al Alcohol de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Tabla 18

Comparación de medias de los factores de personalidad en pacientes adictos al Alcohol

| Factores de personalidad | | t de Student | p valor | Diferencia de medias |
|--------------------------|---------------------------|--------------|---------|----------------------|
| Neuroticismo | Extraversión | -6.05 | 1.000 | -11.25 |
| | Apertura a la experiencia | -1.55 | 0.918 | -5.13 |
| | Agradabilidad | -2.94 | 0.989 | -7.25 |
| | Conciencia | -6.55 | 1.000 | -7.88 |

Fuente: Entrevista estructurada y test aplicados a residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna

De acuerdo a los resultados de la tabla 18 se puede apreciar que ningún p valor fue menor a 0.05, por lo cual se decide no rechazar la hipótesis nula H_0 dados los datos de los pacientes adictos a la Alcohol de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019.

5.5. Discusión

La presente investigación estudió la relación entre los factores de personalidad y los tipos de droga en los pacientes adictos de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019. La discusión se desarrolla en el orden de los objetivos trazados, que son, identificar la droga de mayor preferencia en los participantes, determinar el factor de personalidad predominante en los participantes e identificar el factor de personalidad predominante en los participantes divididos en grupos según la droga de su mayor preferencia.

Respecto a la determinación de la droga de mayor preferencia en los pacientes adictos de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019, se puede apreciar en la Tabla 5 que la Pasta Básica de Cocaína, con un porcentaje de 43.3%, es el tipo de droga de mayor preferencia.

Este resultado difiere del encontrado en la región de Tacna por Chambilla (2011), Vela (2008) y Ticona (2017), quienes hallaron al Alcohol como la droga más consumida por sus evaluados.

Sin embargo, estas diferencias en los resultados pueden ser atribuidas a diferencias en las poblaciones estudiadas. Chambilla (2011) y Ticona (2017) estudiaron poblaciones de estudiantes adolescentes, mientras que Vela (2008) estudió una población de estudiantes universitarios.

La población de la presente investigación consiste en personas adictas cuya gravedad de su cuadro ha demandado por parte de ellos mismos y/o sus familiares optar por ayuda profesional con tratamiento residencial. Por esta razón es esperable que dentro de las personas que aún mantienen una vida funcional, como los estudiantes,

la droga más común sea una droga legal como el Alcohol, mientras que en los pacientes adictos de la institución Nuevo Amanecer Tacna la droga más común sea una droga ilegal como la Pasta Básica de Cocaína.

Además, la predominancia de la Pasta Básica de Cocaína en los evaluados del presente estudio puede deberse a que es una droga cada vez más fácil de conseguir a precios más asequibles debido al crecimiento del narcotráfico en la región y al aumento de productores de esta droga artesanal en el Perú (ONUDD, 2016).

Por otro lado, con respecto a la determinación del factor de personalidad predominante los pacientes adictos de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, 2019, se puede apreciar en la tabla 14 que el factor Neuroticismo no predomina como originalmente se hipotetizó en esta investigación. Consultando la información de la tabla 4 se puede observar que es el factor Extraversión, con un puntaje de media 32.2, el factor de personalidad predominante.

Los resultados encontrados difieren de los obtenidos por Caycho (2019) donde el factor de personalidad de Apertura a la experiencia es el predominante. Sin embargo, los resultados de la presente investigación sí coinciden con una cantidad mayor de estudios, en concreto los realizados por Pedrero (2008), Pedrero (2006) y Pedrero y Rojo (2008), donde encontraron alta presencia del constructo Búsqueda de novedad, el cual de acuerdo a la interpretación de Costa y Widiger (2002) estaría dentro del factor Extraversión.

Con respecto a la determinación del factor de personalidad predominante en el grupo de pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, se puede apreciar en la tabla 17 que el factor Neuroticismo no predomina como originalmente se hipotetizó en esta investigación. Consultando la información de la tabla 7 se puede observar que

es el factor Extraversión, con un puntaje de media 33.4, el factor de personalidad predominante.

De igual manera, con respecto a la determinación del factor de personalidad predominante en el grupo de pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, se puede apreciar en la tabla 18 que el factor Neuroticismo no predomina como originalmente se hipotetizó en esta investigación. Consultando la información de la tabla 7 se puede observar que es el factor Extraversión, con un puntaje de media 31.0, el factor de personalidad predominante.

Por lo tanto, tanto los resultados de ambos grupos concuerdan con el resultado en el grupo integrado por todos los participantes, la predominancia del factor de personalidad de Extraversión.

Estos resultados pueden ser explicados a partir del trabajo de Jokela (2018), quien afirma que la alta presencia del factor de personalidad de Extraversión tiende a llevar a los individuos hacia conductas poco saludables, así como motivar en ellos la participación de actividades implicadas en situaciones de riesgo. Esto permite entender la predisposición de los participantes de este grupo para entrar al mundo del consumo y decantarse por sustancias de alto poder adictivo como la Pasta Básica de Cocaína. En el caso del Alcohol, según Costa y McCrae (1992) las personas que puntúan alto en Extraversión tienden a preferir la participación en actividades estimulantes que impliquen interacción social. En la realidad peruana el principal contexto de diversión en grupos sociales son las fiestas y eventos similares en los cuales hay alta exposición a las bebidas alcohólicas facilitando las situaciones de riesgo que exponen a la persona a desarrollar dependencia a esta sustancia.

La predominancia del factor de personalidad de Extraversión no se mantiene en todos los grupos. Con respecto a la determinación del factor de personalidad predominante en el grupo de pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, se puede apreciar en la tabla 15 que el factor Neuroticismo no predomina como originalmente se hipotetizó en esta investigación. Consultando la información de la tabla 7 se puede observar que es el factor Conciencia, con un puntaje de media 36.2, el factor de personalidad predominante.

Este resultado no concuerda con lo encontrado por Terracciano et al (2008) donde el factor de personalidad de Conciencia fue el menor y el factor de personalidad de Apertura a la experiencia fue el predominante. Por otro lado, González, Sáiz, Quirós y López (2000) encontraron que el factor de personalidad de Neuroticismo es el predominante. Sin embargo, Cáceres (2016) sí obtuvo resultados similares al del presente estudio al encontrar al factor de personalidad de Conciencia como el predominante en los consumidores de Marihuana.

De igual manera, con respecto a la determinación del factor de personalidad predominante en el grupo de pacientes adictos cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna, se puede apreciar en la tabla 16 que el factor Neuroticismo no predomina como originalmente se hipotetizó en esta investigación. Consultando la información de la tabla 7 se puede observar que es el factor Conciencia, con un puntaje de media 38.0, el factor de personalidad predominante.

Nuevamente hay diferencias importantes con los resultados de otros investigadores. Terracciano et al (2008) encuentra como predominante al factor Neuroticismo. Independientemente, Sáiz et al (2001) también halla al factor de personalidad de Neuroticismo como el predominante en los consumidores de Clorhidrato de Cocaína.

Una posibilidad que podría dar cuenta de estas diferencias es que los participantes estudiados de los estudios anteriormente mencionados provienen de realidades socio-culturales diferentes a la tacneña, si esta variable tiene un fuerte poder explicativo en los factores de personalidad entonces podría proveernos de una respuesta a los resultados incongruentes. No es posible actualmente buscar evidencia favor a esta explicación debido a que como se puede apreciar en los antecedentes regionales, no hay estudios en la localidad de Tacna que hayan abordados las dos variables que son de interés para la presente investigación.

Sin embargo, existe otra explicación más satisfactoria. A diferencia de los participantes estudiados por los otros investigadores, los participantes de la presente investigación no son solo personas con problemas de adicción, sino que además están internados en proceso de rehabilitación. Es posible entonces que las diferencias provengan del abordaje terapéutico de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer Tacna. Esta explicación se respalda en los hallazgos de Mota (2015), quien encontró que los sujetos en tratamiento psicológico por trastorno de sustancias presentan diferencias en sus factores de personalidad al inicio del tratamiento y después del tratamiento. Específicamente, hay un aumento del factor de personalidad de Conciencia y una disminución del factor de personalidad de Neuroticismo. Que las intervenciones terapéuticas estén dirigidas a abordar conductas relacionadas al factor de personalidad de Conciencia es algo esperable dado que según encuentra Gantiva, Rodríguez, González y Vera (2011), es la diferencia en este factor de la personalidad el que distingue a los consumidores moderados de los excesivos.

Además de las diferencias observadas en los factores de personalidad predominantes en cada grupo de participantes, en las tablas 9, 10, 11, 12, y 13 se puede apreciar además cómo el mismo factor de personalidad sufre variaciones en todos los grupos. Este hallazgo se repite para todos los factores de personalidad analizados por separado.

Las diferencias entre los hallazgos analizados usando la totalidad de los participantes frente a los hallados distinguiendo la droga de mayor preferencia ha sido también encontrada por Pedrero (2007) donde los adictos que estudió puntuaban alto en el factor de personalidad de Neuroticismo, pero cuando dividió por la principal droga de consumo los resultados eran mucho menos robustos. Hallazgos similares obtuvo Pedrero (2002), quien encontraba también alto Neuroticismo en los sujetos drogodependientes que estudió, pero estos resultados perdían significatividad al realizar el análisis controlando por la droga de mayor preferencia.

Es importante notar entonces que no parece haber un perfil estable en la configuración de rasgos de personalidad que se repita para todas las sustancias. De modo que aun si los perfiles del Perú, específicamente de Tacna, no coinciden con los de otras localidades, sí es claro que asumir un perfil de personalidad homogéneo en las personas con problemas de consumo de drogas es injustificado. Restringir nuestro análisis a la totalidad de adictos sin distinguir las sustancias a las que son dependientes puede ser engañoso.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1. Conclusiones

Primera:

La Pasta Básica de Cocaína, con un porcentaje de 43.3%, es el tipo de droga de mayor preferencia en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Segunda:

La Extraversión, con un puntaje de media 32.2, es el factor de personalidad predominante en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Tercera:

La Conciencia, con un puntaje de media 36.2, es el factor de personalidad predominante en los pacientes adictos a la Marihuana de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Cuarta:

La Conciencia, con un puntaje de media 38.0, es el factor de personalidad predominante en los pacientes adictos al Clorhidrato de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Cinco:

La Extraversión, con un puntaje de media 33.4, es el factor de personalidad predominante en los pacientes adictos a la Pasta Básica de Cocaína de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

Sexta:

La Extraversión, con un puntaje de media 31.0, es el factor de personalidad predominante en los pacientes adictos al Alcohol de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019.

6.2. Sugerencias

Primera:

Dado que la Pasta Básica de Cocaína es la droga de mayor preferencia en los pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019, se recomienda que los familiares de los pacientes que están internados en la institución reciban charlas informativas sobre las características de esta sustancia. Estas serán llevadas a cabo por los integrantes del personal de salud de la institución. El psicólogo de la institución estará a cargo de explicar los efectos psicológicos de la sustancia, abordando los cambios que el consumo implica para el comportamiento, las emociones y la cognición de los consumidores, estos temas deberán ser abordados de forma concisa y en un lenguaje accesible para el público general. El médico de la institución estará a cargo de explicar los efectos de la sustancia a la salud física, abordando las enfermedades médicas a las que los consumidores son proclives tanto por el consumo directo de la sustancia (problemas cardiacos, respiratorios, etc.) como por el estilo de vida que llevan al consumir (tuberculosis, VIH, etc.). Además, utilizar la oportunidad para corregir en los familiares los mitos acerca de las drogas, como que el alcohol no es una droga o que la marihuana es una droga segura.

Segunda:

Dado que el factor de personalidad predominante en el total de los pacientes no se mantiene al agruparlos según la sustancia que prefieren es necesario que la atención sea coherente con las características de cada grupo. Dentro del personal de salud de la institución, el técnico de enfermería tiene el trabajo de armar las historias clínicas de los pacientes para que el psicólogo, la enfermera y el médico de la institución agreguen el contenido correspondiente. El psicólogo de la

institución estará a cargo de agregar a las historias clínicas los datos de la presente investigación respecto a la droga de mayor preferencia de cada paciente, de esta forma tendrá presente esta información en cada atención terapéutica que realice con el paciente correspondiente. Así mismo, el técnico de enfermería estará a cargo de clasificar y ordenar en apartados diferentes las historias clínicas según la droga de mayor preferencia de cada paciente. Esta nueva organización de las historias clínicas facilitará el trabajo del personal de salud de la institución.

Tercera:

Dado que el factor de personalidad de Conciencia predomina en los pacientes cuya droga de mayor preferencia es la Marihuana, la atención que recibe los pacientes deben ser coherente con este resultado. El psicólogo de la institución estará a cargo de realizar los cambios pertinentes en las intervenciones psicoterapéuticas. Los objetivos terapéuticos deben ser enfocados en aprovechar las conductas relacionadas el factor de personalidad de Conciencia como la responsabilidad, la planificación y la persecución de logros. Integrar en las intervenciones el énfasis a la responsabilidad para con los padres, hijos y el trabajo. Realizar conjuntamente la planificación de metas en diferentes aspectos de su vida y la organización de los pasos necesarios para alcanzarlas. Utilizar la necesidad de logro como herramienta de motivación para el cambio. Además, instruir a la familia de los pacientes para que sirvan de facilitadores en el mantenimiento de las conductas adaptativas relacionadas al factor de Conciencia en el periodo posterior al internamiento.

Cuarta:

Dado que el factor de personalidad de Conciencia predomina en los pacientes cuya droga de mayor preferencia es el Clorhidrato de Cocaína, la atención que reciben los pacientes debe ser coherente con este resultado. El psicólogo de la institución estará

a cargo de realizar los cambios pertinentes en las intervenciones psicoterapéuticas. Los objetivos terapéuticos deben ser enfocados en aprovechar las conductas relacionadas al factor de personalidad de Conciencia como la responsabilidad, la planificación y la persecución de logros. Integrar en las intervenciones el énfasis a la responsabilidad para con los padres, hijos y el trabajo. Realizar conjuntamente la planificación de metas en diferentes aspectos de su vida y la organización de los pasos necesarios para alcanzarlas. Utilizar la necesidad de logro como herramienta de motivación para el cambio. Además, instruir a la familia de los pacientes para que sirvan de facilitadores en el mantenimiento de las conductas adaptativas relacionadas al factor Conciencia en el periodo posterior al internamiento.

Quinta:

Dado que el factor de personalidad de Extraversión predomina en los pacientes cuya droga de mayor preferencia es la Pasta Básica de Cocaína, la atención que reciben los pacientes debe ser coherente con este resultado. El psicólogo de la institución estará a cargo de realizar los cambios pertinentes en las intervenciones psicoterapéuticas. Las conductas relacionadas al factor de personalidad de Extraversión como la necesidad de estimulación y búsqueda de nuevas experiencias deben ser abordadas a través del entrenamiento en el reconocimiento de situaciones de riesgo. La preferencia por actividades con interacción social debe ser tomada en cuenta en la planificación de talleres. Los directores y hermanos mayores de la institución estarán a cargo de recoger información a partir de la convivencia diaria con los pacientes. Esta información será utilizada por el psicólogo para planificar las actividades de los talleres, procurando que puedan resultar de mayor interés para los pacientes y evitar incluir actividades que demanden por parte de los participantes prolongados tiempos de silencio y escasa interacción social.

Sexta:

Dado que el factor de personalidad de Extraversión predomina en los pacientes cuya droga de mayor preferencia es el Alcohol, la atención que reciben los pacientes debe ser coherente con este resultado. El psicólogo de la institución estará a cargo de realizar los cambios pertinentes en las intervenciones psicoterapéuticas. Las conductas relacionadas al factor de personalidad de Extraversión como la necesidad de estimulación y búsqueda de nuevas experiencias deben ser abordadas a través del entrenamiento en el reconocimiento de situaciones de riesgo. La preferencia por actividades con interacción social debe ser tomada en cuenta en la planificación de talleres. Los directores y hermanos mayores de la institución estarán a cargo de recoger información a partir de la convivencia diaria con los pacientes. Esta información será utilizada por el psicólogo para planificar las actividades de los talleres, procurando que puedan resultar de mayor interés para los pacientes y evitar incluir actividades que demanden por parte de los participantes prolongados tiempos de silencio y escasa interacción social.

Séptima:

Continuar la presente investigación con futuros estudios en los que con mayor tiempo y presupuesto se aumente el alcance de la población estudiada con muestras de diversas partes de Tacna y posteriormente de diversos lugares del Perú. Investigadores interesados en este tema deberán tomar en cuenta que es posible ampliar el conocimiento del presente estudio si se logra controlar por la cantidad de sustancias experimentadas para que la muestra sea más homogénea y las conclusiones más robustas. Dar inicio a la exploración de posibles relaciones causales a través de estudios longitudinales que midan la personalidad al inicio del tratamiento y al final del mismo. Así mismo, averiguar a través de estudios longitudinales que tanto pueden perdurar los cambios en el factor de Conciencia que aparentemente la intervención terapéutica genera. Finalmente, analizar los datos de futuras investigaciones a través

de métodos estadísticos de mayor complejidad como el Análisis Multivariante de la Varianza.

REFERENCIAS

- Adams , I., & Martin , B. (1996). Cannabis: Pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 1585-1614.
- Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Nueva York: Holt.
- Allport, G., & Odbert, H. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*.
- Almeida, M. (1978). Contribución al estudio de la historia natural de la dependencia a la pasta básica de cocaína. *Revista de Neuropsiquiatría*, 44-45.
- Andrés-Pueyo, A. (1997). *Manual de psicología diferencial*. Madrid: McGraw Hill.
- Angleitner, A., & Ostendorf, F. (1994). Temperament and the Big Five factors of personality. En C. Halverson, G. Kohnstamm, & R. Martin, *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (págs. 69-90). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Ayesta, F. (2002). Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Adicciones*, 14, 63-78.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. *Handbook of personality*, 2, 154-196.
- Barberá, V. (1989). Unas notas con algunas reflexiones respecto a la psicología de la personalidad y terapias-intervenciones científico-psicológicas. *Análisis y modificación de conducta*, 15(44), 177-192.
- Beck, A., Newman, C., & Wright, F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña , E., & Vázquez , F. (2001). Capítulo Introducción. En E. Becoña, F. Vázquez, & F. Lino, *Heroína, cocaína y drogas de síntesis* (págs. 11-36). Madrid: Síntesis.
- Belin, D., Mar, A., Dalley, J., Robbin, T., & Everit, B. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320, 1352-1355.

- Berrios, Y. (2016). Consumo indebido de anfetaminas y el nivel de riesgo de la salud en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNJBG de Tacna, año 2013. *Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann*.
- Bickel, W., & Marsch, L. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96(1), 73-86.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological bulletin*, 187.
- Borgatta, E. (1964). The structure of personality characteristics. *Behavioral Science*, 8- 17.
- Borja-Padilla, K. (2014). Perfil sociodemográfico y de personalidad en pacientes drogodependientes que ingresan al servicio de psicología del C.S “Sagrado Corazón de Jesús” – 2011. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 10(1).
- Buchanan, J. (2006). Understanding problematic drug use: a medical matter or a social issue? *Community Justice*, 47-61.
- Bunge, M. (2018). *La ciencia: su método y su filosofía*. Laetoli.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: PNSD.
- Cáceres, E. (2016). *Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Capela, J. P., Carmo, H., Remião, F., Bastos, M., Meisel, A., & Carvalho, F. (2009). Molecular and cellular mechanisms of ecstasy-induced neurotoxicity: an overview. *Molecular neurobiology*, 39(3), 210-271.
- Castaño, G. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones*, 14(1), 87-90.
- Caycho, A. (2019). Anomia social y personalidad en pacientes dependientes a drogas de comunidades terapéuticas de Lima. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.

- Chambilla, L. (2011). Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Distrito Cuidad Nueva Tacna-2011. *Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann*.
- Condorcillo, A., & Alvarez, S. (2016). Perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento. *Universidad Nacional San Agustín*.
- Costa, P., & McCrae, R. (2002). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R): Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA.
- Costa, P., & Widiger, T. (2002). Description of the NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) Facet Scales. En P. Costa, & T. Widiger, *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (págs. 463-467). Washington DC: American Psychological Association.
- Costa, P., & McCrae, R. (1988). From catalog to classification: Murray's needs and the Five-Factor Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 258–265.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI): Professional manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Digman, J. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 417–440.
- Doron, R., & Parot, F. (2007). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Akal.
- Dundon, W., Lynch, K., Pettinati, H., & Lipkin, C. (2004). Treatment outcomes in type A and B alcohol dependence 6 months after serotonergic pharmacotherapy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(7), 1065-1073.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G., White, J. & Wickes, W. (2008). Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update. *Substance Abuse*, 29(3), 31-49.

- Escobar, R. & Roazzi, A. (2010). Panorama Contemporáneo del uso terapéutico de sustancias Psicodélicas: Ayahuasca e Psilocibina. *Neurobiología*, 73(3), 159-172.
- Escobar, R. (1999). *Diccionario de drogas peligrosas: sustancias peligrosas: composición, orígenes y efectos: politoxicomaná y mezclas clandestinas internacionales: jergas regionales del delito, del tráfico y de la adicción*. Editorial Universidad.
- Espinoza, L. (2008). Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana. *Revista española de drogodependencias*, (2), 206-222.
- Eysenck, H., & Eysenck, M. (1985). *Personality and Individual Differences*. Nueva York: Plenum Press.
- Faingold, C., Gouemo, P., & Riaz, A. (1998). Ethanol and neurotransmitter interactions: From molecular to integrative effects. *Progress in Neurobiology*, 55, 509-535.
- Fiske, D. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 329-344.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras: 1932-1936*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gantiva, C., Rodríguez, M., González, M., & Vera, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. *Psicología desde el Caribe*, (28), 24-38.
- García, O. (2007). *Eficacia del programa de reforzamiento comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína*. Universidad de Oviedo.
- Giner, F., Sancho, A., Castellano, M., Pérez, L., & Mateu, M. (2001). *Opiáceos, médicos y heroinómanos*. Valencia: Generalitat de Valencia.

- Goldberg, L. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. En Wheeler, *Review of personality and social psychology* (págs. 141-165). Beverly Hills: Sage.
- Goldberg, L. (1990). An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216–1229.
- Goldstein, R., & Volkow, N. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*, 12(11), 652.
- González, M., Sáiz, P., Quirós, M., & López, J. (2000). Personalidad y uso-abuso de cannabis. *Adicciones*, 12(5), 185-196.
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Dufour, M., Compton, W., . . . Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.
- Green, A., Mehan, A., Elliott, J., O’Shea, E., & Colado, M. (2003). The pharmacology and clinical pharmacology of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, “ecstasy”). *Pharmacological reviews*, 55(3), 463-508.
- Grotenhermen, F. (2006). Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoids*, 10-14.
- Gülgöz, S. (2002). Five-Factor Model and the NEO-PI-R in Turkey. En R. McCrae, & J. Allik, *The Five-Factor Model of personality across cultures* (págs. 167-188). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Gutiérrez-Peláez, M., Blanco-González, L., & Márquez, C. (2018). Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones. *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, 18(34), 201-222.

- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 64-105.
- Heilig, M., Epstein, D., Nader, M., & Shaham, Y. (2016). Time to connect: bringing social context into addiction neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(9), 592.
- Hommer, D., Momenan, R., Kaiser, E., & Rawlings, R. (2001). Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 198-204.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (12 de Octubre de 2019). *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Obtenido de <http://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/drug-dealing/>
- John, O., Naumann, L. & Soto, C. (2008). Paradigm shift to the integrative BigFive trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En O. John, R. Robins, & L. Pervin, *Handbook of personality: Theory and research*. Nueva York: Guilford Press.
- Jokela, M. (2018). Personality as a determinant of health behaviors and chronic diseases: Review of meta-analytic evidence. En C. Ryff, & R. Krueger, *Oxford handbook of integrated health science*. Oxford: Oxford University Press.
- Julien, R., Advokat, C., & Comaty, J. (2008). *A primer of drug action. A comprehensive guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs*. Nueva York: Worth Publishers.
- Kalivas, P., & Volkow, N. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *The American Journal of Psychiatry*, 1403-1413.
- Kalivas, P., Volkow, N., & Seamans, J. (2005). Unmanageable motivation in addiction: a pathology in prefrontal-accumbens glutamate transmission. *Neuron*, 47-50.
- Lanning, K. (1994). Dimensionality of observer ratings on the California Adult Q-Set. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 151-160.

- Lewis, M. (2018). Brain change in addiction as learning, not disease. *New England Journal of Medicine*, 379(16), 1551-1560.
- Llopis, J. (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. *Adicciones*, 147-166.
- Loehlin, J., McCrae, R., Costa, P., & John, O. (1998). Heritabilities of common and measure-specific componentes of the Big Five personality factors. *Journal of Research in Personality*, 32, 431-453.
- Magallón-Neri, E. (2014). Tastornos de la Personalidad. En L. Ezpeleta, & J. Toro, *Psicopatología del Desarrollo* (pág. 571). Madrid: Pirámide.
- Maldonado, G. (2017). Adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en los estudiantes de la IE Jorge Chávez, Tacna 2017. *Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann*.
- Mangelinckx, J. (2017). *Lucha contra las drogas en el Perú*. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Markon, K., Krueger, R., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 139-157.
- Martinez, P., & Cassaretto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63-74.
- Marzoa, R., Ferrer, V., Crespo, M., & Crespo, M. (2006). Cocaína y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*, 169-178.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- McCrae, R., & Terracciano, A. (2005). Personality Profiles of Culture: Aggregate Personality Traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 407-425.
- McCrae, R., Costa, P., & Martin, T. (2005). The NEO-PI-3: A more readable Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 84, 261-270.

- Menéndez, E. (2017). Indicadores de Trastornos de Personalidad y Tipo de Comisión de Delito en Internos del Establecimiento Penitenciario de Tacna, 2016. *Universidad Privada de Tacna*.
- Mestre, L., Risco, P., Catalán, A., & Ibarra, O. (2001). Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 288-289.
- Meyer, J. (2013). 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): current perspectives. *Substance abuse and rehabilitation*, 4, 83.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Moral, M., & Fernández, L. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza, & I. Lizasoain, *Drogodependencias, Farmacología, Patología y Psicología* (págs. 1-27). Buenos Aires: Médica Panamérica.
- Morefield, K., Keane, M., Felgate, P., White, J., & Irvine, R. (2011). Pill content, dose and resulting plasma concentrations of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) in recreational 'ecstasy' users. *Addiction*, 106(7), 1293-1300.
- Mota, I. (2015). Perfil de personalidad en una muestra de sujetos en tratamiento psicológico por trastorno por uso de sustancias: un estudio longitudinal. *Universidad de Sevilla*.
- Navarro, R. (1989). Aspectos clínicos de la dependencia a la pasta básica de cocaína. *CEDRO*, 117-166.
- Navarro, R. (1992). *Cocaína: Aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación*. Lima: Ediciones libro Amigo.
- Nestler, E., & Aghajanian, G. (1997). Molecular and cellular basis of addiction. *Science*, 58-63.
- Newton, T., Kalechstein, A., Duran, S., Vansluis, N., & Ling, W. (2004). Methamphetamine abstinence syndrome: preliminary findings. *American Journal on Addictions*, 13(3), 248-255.

- Nichols, D. (2004). Hallucinogens. *Pharmacology & therapeutics*, 101(2), 131-181.
- Nizama, M. (1979). Síndrome de la pasta básica de cocaína. Fenomenología clínica, historia natural y descripción de la subcultura. *Revista de Neuropsiquiatría*, 113-134.
- Norman, W. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 574-583.
- Nutt, D., King, L., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs. *The Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. World Health Organization.
- Peabody, D., & Goldberg, L. (1989). Some determinants of factor structures from personality-traits descriptors. *Journal Personality and Social Psychology*, 552-567.
- Pedrero, E. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire. *Trastornos Adictivos*, 4(3), 138-150.
- Pedrero, E. (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, 18, 135-148.
- Pedrero, E. (2007). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 116-125.
- Pedrero, E. (2008). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 6(1), 9-54.

- Pedrero, E., & Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20(3), 251-262.
- Porrás-Morales, G. (2004). Intoxicación aguda por heroína. *Acta Médica Costarricense*, 46(1), 38-41.
- Quispe, Z. (2015). Familias disfuncionales y su relación con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la IEN ° 43005 Modesto Molina CP La Natividad. *Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann*.
- Randolph, K., Russell, D., Harker, K., & Finchman, D. (2010). Protective Influences on the Negative Consequences of Drinking Among Youth. *Youth & Society*, 546-568.
- Redolar, D. (2011). *Cerebro y Adicción*. Barcelona: UOC.
- Reuter, P. (2006). What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures. *Addiction*, 101(3), 315-322.
- Ribes-Iñesta, E. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(2), 145-161.
- Rogers, C. (1959). *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sáiz, P. & Gómez-Jarabo, G. (2003). MDMA (éxtasis): usos y potencialidades terapéuticas. *Revista Cultura y Droga*.
- Sáiz, P., González, M., Paredes, B., Martínez, S., & Delgado, J. (2001). Personality and use-abuse of cocaine. *Adicciones*, 13(2).
- Sánchez, M. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. *Anuario de Psicología*, 5-18.
- Sanz, J., Silva, F., & Avia, M. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los "Cinco Grandes": El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McCrae. En F. Silva, *Avances en evaluación psicológica* (págs. 171-234). Valencia: Promolibro.

- Schep, L., Slaughter, R., & Beasley, D. (2010). The clinical toxicology of metamfetamine. *Clinical Toxicology*, 48(7), 675-694.
- Schuckit, M. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Schultz, W. (2002). Getting formal with dopamine and reward. *Neuron*, 36(2), 241-263.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana: una psicología científica*. Barcelona: Fontanella.
- Stanis, J., & Andersen, S. (2014). Reducing substance use during adolescence: a translational framework for prevention. *Psychopharmacology*, 231(8), 1437-1453.
- Terracciano, A., Löckenhoff, C., Crum, R., Bienvenu, J., & Costa, P. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC psychiatry*.
- Ticona, N. (2017). Influencia de los factores familiares y drogadicción en relación a la adopción de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes Tacna–2016. *Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann*.
- Vela , C. (2008). Incidencia del consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Medicina Humana de la UNJBG-Tacna, setiembre 2007-febrero 2008. *Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann* .
- Viruela, A. (2013). Desarrollo de la personalidad: estabilidad y cambio desde el inicio de la adolescencia al inicio de la etapa adulta. *Universidad Jaume I Castellón de la Plana*.
- Volkow, N. (2010). Cocaine: Abuse and addiction. *Research Report Series*.
- Volkow, N., Baler, R., & Goldstein, R. (2011). Addiction: pulling at the neural threads of social behaviors. *Neuron*, 69(4), 599-602.
- Volkow, N., Koob, G., & McLellan, A. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.

- Wiggins, J. (1997). In defense of traits. En R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs, *Handbook of personality psychology* (págs. 649-679). San Diego: Academic Press.
- Zavaleta, A., Tapia, L., Chávez, V., & Vértiz, R. (2016). *Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015: encuesta de hogares*. Lima: CEDRO.
- Zavaleta, A., Tapia, L., Chávez, V., & Vertiz, R. (2017). *Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares 2017*. Lima: CEDRO.
- Zepeda, F. (2003). *Introducción a la psicología: una visión científico humanista*. Ciudad de México: Pearson Educación.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXOS

Anexo A: Certificado de conformidad del cumplimiento de normas y estándares de salud para funcionamiento por la Dirección Regional Sectorial de Salud Tacna

Anexo B: Certificado de Compatibilidad y Uso por la Municipalidad Distrital Cnel. Gregorio Albarracín Lanchipa

Anexo C: Autorización de funcionamiento por Inspección Sanitaria del Gobierno Regional de Tacna

Anexo D: Autorización de funcionamiento por Inspección Técnica de Seguridad en Edificaciones de la Municipalidad Provincial de Tacna

Anexo E: Licencia Municipal de Funcionamiento por la Municipalidad Distrital Cnel. Gregorio Albarracín Lanchipa

Anexo F: Instrumento para la variable personalidad

Anexo G: Entrevista estructurada

Anexo A: Certificado de conformidad del cumplimiento de normas y estándares de salud para funcionamiento por la Dirección Regional Sectorial de Salud Tacna

Resolución Directoral

Nº 310 -2016-OAJ-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA

Tacna, _____

la Municipalidad Provincial de Tacna y Certificado de Compatibilidad de Uso N° 015-2018-SGPU-GDU/MDCGAL otorgado por la Municipalidad Distrital Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa.

Que, mediante Informe N° 007-2018-SS-DESP/DRS.T/GOB.REG.TACNA, de fecha 03 de Abril 2018, se informa que se ha cumplido satisfactoriamente con el proceso de verificación del establecimiento denominado: "CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y ESPIRITUAL NUEVO AMANECER TACNA"; ubicado en la calle Carlos Wiese Portocarrero M R2 Lote 28, distrito Gregorio Albarracín, provincia y departamento de Tacna; por lo que al no existir discrepancias con los resultados y teniendo en cuenta las características del mismo.

Con la visación de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud Tacna;

En observancia a la Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, su modificatoria Ley N° 27902 y la Ley N° 28013; concordante con la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, y en uso de las atribuciones delegadas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 494-2016-G.R./GOB.REG.TACNA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR LA CONFORMIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y ESTANDARES DE SALUD PARA SU FUNCIONAMIENTO DE LA "CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y ESPIRITUAL NUEVO AMANECER TACNA" ubicado en la calle Carlos Wiese Portocarrero M R2 Lote 28, Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, provincia y departamento de Tacna, por los argumentos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.

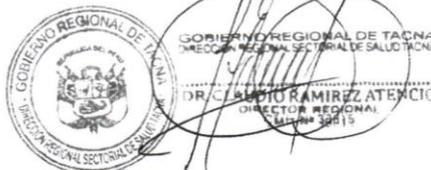
ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente aprobación asignada tendrá una vigencia de tres (3) años.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER, que el Director y/o Responsable de la institución cumpla con las funciones específicas establecidas las normas contenidas en la Ley N° 28642, Ley General de Salud y sus modificatorias.

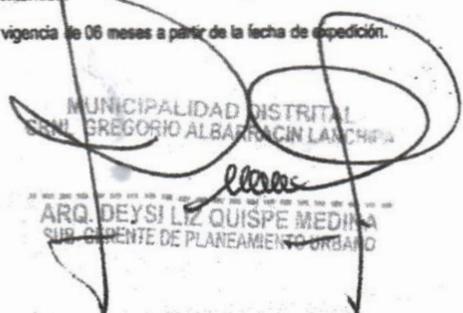
ARTÍCULO CUARTO.- NOTIFICAR la presente resolución a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, demás instancias administrativas y parte interesada para su efectivo cumplimiento.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

CWRA/MRRF



Anexo B: Certificado de Compatibilidad y Uso por la Municipalidad Distrital
Cnel. Gregorio Albarracín Lanchipa

| | | | |
|---|--|---|--|
|  | | MUNICIPALIDAD DISTRITAL CNEL. GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA | GERENCIA DE DESARROLLO URBANO SUB GERENCIA DE PLANEAMIENTO URBANO |
| CERTIFICADO DE COMPATIBILIDAD Y USO N° 015-2018-SGPU-GDU/MDCGAL | | | |
| La Municipalidad Distrital Gregorio Albarracín Lanchipa a través de la Gerencia De Desarrollo Urbano | | | |
| VISTO Y CONSIDERANDO: La Carta N°002-2018-ADGLL-T, de fecha 02 de abril del presente año y el expediente N° 577476-2018 de referencia con fecha 05 de abril del año 2018, presentado por el Sr. ARMANDO FIGUEROA SUÁREZ, identificado con DNI N° 00517881. | | | |
| SE CERTIFICA: Que, el Establecimiento ubicado en la CALLE CARLOS WIESSE PORTOCARRERO MZ "R2" LT "28", del Distrito Cnel. Gregorio Albarracín Lanchipa, es compatible con el uso de suelo para el giro destinado a servicio de "CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y ESPIRITUAL" de acuerdo al Plan de Desarrollo Urbano-PDU Aprobado con Ordenanza Municipal N° 0019-15-MPT con vigencia desde 27 de agosto del 2015 hasta el 27 de agosto del 2025, el establecimiento se encuentra ubicado dentro de una ZONA DE DENSIDAD MEDIA - RDM (R3) determinándose su compatibilidad: | | | |
| CUADRO DE COMPATIBILIDAD DE USO | | | |
| CLAVE | | USO DEL SUELO COMPATIBLE | |
| ZONA DE DENSIDAD MEDIA - RDM (R3) | | R3, R4, C1, C2, OU | |
| Que, de acuerdo al Índice de Uso del Suelo para la Ubicación de Actividades Urbanas, de la Ciudad de Tacna, aprobado con Ordenanza Municipal N° 0024-08, de Fecha 12 de junio del 2008, vigente a la fecha, la actividad urbana "CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y ESPIRITUAL", pertenece a la rama de SERVICIOS MEDICOS Y VETERINARIOS, del ítem 138 – Consultorio médico, odontológicos y veterinarios, de esta se determina: | | | |
| INDICE DE USOS PARA LA UBICACIÓN DE ACTIVIDADES URBANAS | | ZONA RESIDENCIAL (R3) | |
| SERVICIOS MEDICOS Y VETERINARIOS ítem 138 – Consultorio médico, odontológicos y veterinarios. | | UBICACIÓN CONFORME | |
| Cabe resaltar que el concepto de COMPATIBILIDAD DE USO es la evaluación que realiza la unidad municipal competente con el fin de verificar si el tipo de actividad económica a desarrollarse en un establecimiento, resulta o no compatible con la categorización del espacio geográfico establecido en la zonificación vigente. | | | |
| Se hace presente que el Certificado se refiere únicamente a la Compatibilidad de Uso por su ubicación, el cual no acredita ningún derecho de propiedad o similar, se elabora en virtud a la documentación presentada que tiene carácter de declaración Jurada, pero no exime al predio de otras taxativas o cargas que pudiesen limitar la disponibilidad. | | | |
| La presente, tiene una vigencia de 06 meses a partir de la fecha de expedición. | | | |
|  | | | |
| MUNICIPALIDAD DISTRITAL CNEL. GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA ARQ. DEYSI LIZ QUISPE MEDINA SUB GERENTE DE PLANEAMIENTO URBANO | | | |
| C.C. Archivo DLQM/SGPU | | TACNA, 10 de abril del 2018 | |

Anexo C: Autorización de funcionamiento por Inspección Sanitaria del
Gobierno Regional de Tacna

Tacna, 04 de abril del 2018

OFICIO N° 0826-2018-DR-DRS.T/GOB.REG.TACNA

Señor
ARMANDO FIGUEROA SUAREZ
Director General de Casa Nuevo Amanecer
Ciudad.-

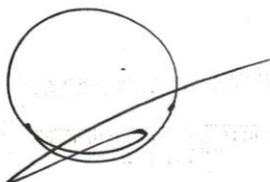
Asunto : Autorización de Funcionamiento.

*Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente, y a la vez manifestarle que de acuerdo a la Inspección Sanitaria realizada al Centro de Rehabilitación Nuevo Amanecer, en el cual se concluye que según la Ficha para Evaluación Sanitaria que se aplica a los Servicios de Salud Mental, lo califica como **ACEPTABLE, autorizando su funcionamiento.***

Por lo que se notifica a usted, a fin de continuar con su funcionamiento y mantener los estándares de calidad. Caso contrario se procederá de acuerdo a la Ley del Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para manifestarle mi mayor consideración y especial deferencia.

Atentamente,



C. c. Archivo
CwRA/scc

Anexo D: Autorización de funcionamiento por Inspección Técnica de Seguridad en Edificaciones de la Municipalidad Provincial de Tacna



MUNICIPALIDAD
PROVINCIAL DE TACNA

**CERTIFICADO DE INSPECCIÓN TÉCNICA DE SEGURIDAD EN
EDIFICACIONES A DETALLE
N° 092 - 2019**

El órgano ejecutante de la Municipalidad Provincial de Tacna, en cumplimiento de lo establecido en el D.S. N° 058-2014-PCM, ha realizado la Inspección Técnica de Seguridad en Edificaciones DETALLE a la edificación, local, establecimiento:

CASA HOGAR NUEVO AMANECER
(NOMBRE COMERCIAL)

Ubicado en JUNTA VECINAL LOS CLAVELES MZ-R2 LT-28
(Calle, Av., Jr., Lote., Mz., Urb.)

Distrito GREGORIO ALBARRACIN, Provincia TACNA, Departamento TACNA

Solicitado por ASOC. CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y ESPIRITUAL NUEVO AMANECER TACNA
(Nombre del propietario, representante legal, apoderado, conductor o administrador)

El que suscribe **CERTIFICA** que el objeto de la Inspección antes señalado **CUMPLE** con la normativa en materia de seguridad en edificaciones vigente.

Capacidad Máxima de la Edificación: (62) SESENTA Y DOS
(En números) (En letras)

Giro o actividad de la Edificación: CASA HOGAR

Área de la Edificación (m²): 373.43

Solicitud N°: 01550

VIGENCIA 2 AÑOS

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE TACNA
RAÚL YUSTO RICARDO CARRERA MORALES
 Sub Gerencia de Gestión del Riesgo de Desastres

| | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| LUGAR: | TACNA |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | : <u>19/08/2019</u> (D/M/A) |
| FECHA DE SOLICITUD DE RENOVACION | : <u>19/07/2021</u> (D/M/A) |
| FECHA DE CADUCIDAD | : <u>19/08/2021</u> (D/M/A) |

"El presente Certificado de ITSE no constituye autorización alguna para el funcionamiento del objeto de la presente inspección"

NOTA:

- DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES, EL PRESENTE CERTIFICADO DEBERÁ SER FIRMADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE
- ESTE CERTIFICADO DEBERÁ COLOCARSE EN UN LUGAR VISIBLE DENTRO DE LA EDIFICACIÓN, LOCAL, ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN
- CUALQUIER TACHA O ENMENDADURA INVALIDA EL PRESENTE CERTIFICADO.

Anexo E: Licencia Municipal de Funcionamiento por la Municipalidad Distrital Cnel. Gregorio Albarracín Lanchipa



"Año del DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL"

**RESOLUCION DE GERENCIA DE ADMINISTRACION
TRIBUTARIA N° 0425 - 2018-MDCGAL**

Tacna, Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, 02 de mayo del 2018

VISTO:

El INFORME N° 0574-2018-EFCFT-GAT-MDCGAL de fecha 02 de mayo del año en curso y expediente con Registro ID N° 580080 de fecha 17/04/2018, presentado por ASOCIACION CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y ESPIRITUAL NUEVO AMANECER TACNA, representado por su representante legal Don ARMANDO FIGUEROA SUAREZ, identificado con DNI N°00517881; mediante el cual solicita el otorgamiento de la LICENCIA MUNICIPAL DE FUNCIONAMIENTO, del local comercial ubicado en ASOCIACION DE VIVIENDA LOS CLAVELES MZ. 44 LOTE 28 (calle Carlos Wiesse Portocarrero), Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, provincia y departamento de Tacna, destinado para el giro comercial de CENTRO DE REHABILITACION con la denominación comercial "CASA HOGAR NUEVO AMANECER TACNA", siendo el área comercial de 361.79m².

CONSIDERANDO:

Que, es atribución de las municipalidades otorgar la autorización para el funcionamiento de establecimientos industriales, comerciales y de servicios de conformidad con las normas y reglamentos.

Que, visto el INFORME N° 0574-2018-EFCFT-GAT-MDCGAL de fecha 02 de mayo del año en curso, del Equipo Funcional de Control, Fiscalización y Tributación señala que, habiendo cumplido lo establecido en el TUPA-MDCGAL; Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Edificaciones de DETALLE N° 0105-2017, de fecha 12 de setiembre 2017, otorgado por la Municipalidad Provincial de Tacna. Autorizándose el funcionamiento de 08:00 a 19:00 horas

Por estas consideraciones y en uso de las facultades conferidas por la Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades, D. Leg. N° 776, Ley de Tributación Municipal modificado por Decreto Supremo N° 156-2004-EF, Texto Único Ordenado de la Ley de Tributación Municipal, Ley N°28976 Ley Marco de Licencia de Funcionamiento, el Artículo 74° de la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General, la Resolución de Alcaldía N° 033-2011-M.D.C.G.A.L.



SE RESUELVE:

Art. Primero:

Declarar PROCEDENTE La solicitud presentada por ASOCIACION CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y ESPIRITUAL NUEVO AMANECER TACNA identificado con RUC N° 20532804711, representado por su representante legal Don ARMANDO FIGUEROA SUAREZ, identificado con DNI N°00517881, el otorgamiento de la LICENCIA MUNICIPAL DE FUNCIONAMIENTO, del local comercial ubicado en ASOCIACION DE VIVIENDA LOS CLAVELES MZ. 44 LT. 28 (calle Carlos Wiesse Portocarrero); destinado para el giro comercial de "CENTRO DE REHABILITACION" con la denominación comercial "CASA HOGAR NUEVO AMANECER TACNA", siendo el área comercial de 361.79m², por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente Resolución.

Art. Segundo:

La presente licencia está sujeta a fiscalización posterior por parte de la Municipalidad a través del Equipo Funcional de Control, Fiscalización y Tributación; y Equipo Funcional de Gestión del Riesgo de Desastre – GDU.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL
C.N.L. GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA

Anexo F: Instrumento para la variable personalidad

INVENTARIO DE PERSONALIDAD REDUCIDO DE CINCO FACTORES (NEO-FFI)

Marque el dígito elegido en el espacio existente a la derecha del número de ítem. No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay tiempo límite, pero intente trabajar lo más deprisa posible. No se entretenga demasiado en la respuesta. No deje NINGUNA respuesta en blanco.

| Total desacuerdo | Desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|------------------|------------|---------|------------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| A menudo me siento inferior a los demás. | | | | | |
| Soy una persona alegre y animosa. | | | | | |
| A veces, cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento profunda emoción o excitación. | | | | | |
| Tiendo a pensar lo mejor de la gente. | | | | | |
| Parece que nunca soy capaz de organizarme. | | | | | |
| Rara vez me siento con miedo o ansioso. | | | | | |
| Disfruto mucho hablando con la gente. | | | | | |
| La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí. | | | | | |
| A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero. | | | | | |
| Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada. | | | | | |
| A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores. | | | | | |
| Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente. | | | | | |
| Tengo gran variedad de intereses intelectuales. | | | | | |
| A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Trabajo mucho para conseguir mis metas. | | | | | |
| A veces me parece que no valgo absolutamente nada. | | | | | |
| No me considero especialmente alegre. | | | | | |
| Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza. | | | | | |
| Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear. | | | | | |
| Tengo mucha auto-disciplina. | | | | | |
| A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza. | | | | | |
| Me gusta tener mucha gente alrededor. | | | | | |
| Encuentro aburridas las discusiones filosóficas. | | | | | |
| Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar. | | | | | |
| Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias. | | | | | |
| Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar. | | | | | |
| No soy tan vivo ni tan animado como otras personas. | | | | | |
| Tengo mucha fantasía. | | | | | |
| Mi primera reacción es confiar en la gente. | | | | | |
| Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez. | | | | | |
| A menudo me siento tenso e inquieto. | | | | | |
| Soy una persona muy activa. | | | | | |
| Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades. | | | | | |
| Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador. | | | | | |
| Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago. | | | | | |
| A veces me he sentido amargado y resentido. | | | | | |
| En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros. | | | | | |
| Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Tengo mucha fe en la naturaleza humana. | | | | | |
| Soy eficiente y eficaz en mi trabajo. | | | | | |
| Soy bastante estable emocionalmente. | | | | | |
| Huyo de las multitudes. | | | | | |
| A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas. | | | | | |
| Trato de ser humilde. | | | | | |
| Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo. | | | | | |
| Rara vez estoy triste o deprimido. | | | | | |
| A veces rebose felicidad. | | | | | |
| Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos. | | | | | |
| Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna. | | | | | |
| En ocasiones primero actúo y luego pienso. | | | | | |
| A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento. | | | | | |
| Me gusta estar donde está la acción. | | | | | |
| Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países. | | | | | |
| Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario. | | | | | |
| Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna. | | | | | |
| Es difícil que yo pierda los estribos. | | | | | |
| No me gusta mucho charlar con la gente. | | | | | |
| Rara vez experimento emociones fuertes. | | | | | |
| Los mendigos no me inspiran simpatía. | | | | | |
| Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer. | | | | | |

Anexo G: Entrevista estructurada**Entrevista estructurada**

Introducción explicando el objetivo de la entrevista, la importancia de responder honestamente y el tiempo aproximado que durará.

Nombre: _____

Edad: _____

¿En toda su vida, ha consumido alguna vez Alcohol?

- a) Sí
- b) No

¿En toda su vida, ha consumido alguna vez Marihuana?

- a) Sí
- b) No

¿En toda su vida, ha consumido alguna vez Pasta Básica de Cocaína?

- a) Sí
- b) No

¿En toda su vida, ha consumido alguna vez Clorhidrato de Cocaína?

- a) Sí
- b) No

De todas las drogas que hemos mencionado (Alcohol, Marihuana, Pasta Básica de Cocaína, Clorhidrato de Cocaína), ¿Cuál de las que has probado es la que más te llama a consumir?

- a) Alcohol
- b) Clorhidrato de Cocaína
- c) Pasta Básica de Cocaína
- d) Marihuana

Tacna, 03 de diciembre del 2019

Informe N° 018-2019-II-JBVV/D.FAEDCOH/UPT

Señor

Mgr. PATRICIA NUE CABALLERO

DECANO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES.

PRESENTE

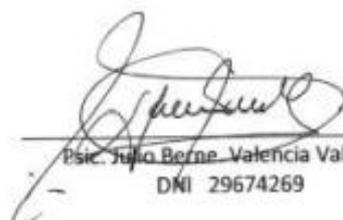
ASUNTO: Asesoramiento de Investigación de Tesis Resolución N° 316-D-2019-UPT/FAEDCOH

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento sobre la culminación del asesoramiento de investigación de Tesis, que lleva por Título "**Relación Entre los Factores de Personalidad y el Tipo de Droga en Pacientes Adictos de la Institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019**" presentado por el Bachiller en Psicología **MACHACA LUNA, Renato Jesús**, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Habiéndose realizado las sesiones correspondientes y las correcciones necesarias durante su ejecución, es que informo que se culminó de forma satisfactoria con dicha tesis.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle mi especial deferencia.

Atentamente. -


Psic. Julio Berne, Valencia Valencia
DNI 29674269

Tacna, 31-07-2020

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

Mg. PATRICIA NUÉ CABALLERO

Asunto: Informe de dictaminador de tesis

Referencia: RESOLUCIÓN Nº 035-D-2020-UPT/FAEDCOH (Tacna, 13 de mayo de 2020)

Tengo el agrado de dirigirme a usted para hacerle llegar el informe correspondiente en mi calidad de **dictaminador de tesis**, el cual fue presentado por el Bach. en Psicología MACHACA LUNA Renato Jesús, titulado: *"Factores de personalidad y tipo de droga en pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna 2019"*, para obtener el Título de Licenciado en Psicología.

Al respecto cabe señalar que **se encuentra apto para continuar con su trámite**, ha subsanado las observaciones dadas con anterioridad.

Es todo en cuanto informo a usted. Me despido expresándoles mis más sinceros deseos de aprecio y estima personal.

Atte.



Mgr. Alex Valenzuela Romero

Docente FAEDCOH

INFORME

AL : Mgr. PATRICIA NUÉ CABALLERO
Decana de la FAEDCOH - UPT

DEL : Psic. Yefer Andrés Torres Gonzales
Docente de la Carrera Profesional de Psicología

ASUNTO : Dictamen de tesis.

FECHA : Tacna, 05 de agosto de 2020

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y cumplir con lo dispuesto en la resolución 035-D-2020-UPT/FAEDCOH (Tacna, 13 de mayo de 2020), en el que se me designa como dictaminador de la tesis titulada "Relación entre los factores de personalidad y el tipo de droga en pacientes adictos de la institución Casa Hogar Nuevo Amanecer, Tacna, 2019", el cual fue presentado por el Bach. en Psicología MACHACA LUNA, Renato Jesús, para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Al respecto debo señalar que luego del acompañamiento y levantamiento de observaciones respectivas, comunico a usted que el proceso de asesoría culminó satisfactoriamente, pudiendo continuar con la siguiente etapa; es decir **SE ENCUENTRA APTO** para continuar con su trámite.

Es cuanto informo para los fines pertinentes.



Psic. Yefer Andrés Torres Gonzales

Docente - Escuela Profesional de Humanidades
Carrera Profesional de Psicología