



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN
DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y PASTA BÁSICA DE
COCAÍNA DE UN CENTRO TERAPÉUTICO DE PUENTE
PIEDRA”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autor:

Br. Estephany Lizet Poemape Santivañez

Lima – Perú
2018

APROBACIÓN DE LA TESIS

El (La) asesor(a) y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por el (la) Bachiller **Estephany Lizet Poemape Santivañez**, denominada:

“TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y PASTA BÁSICA DE COCAÍNA DE UN CENTRO TERAPÉUTICO DE PUENTE PIEDRA”

Mg. Mauro Cerón Salazar

**JURADO
PRESIDENTE**

Mg. Karim Talledo Sánchez

**JURADO
SECRETARIA**

Mg. Lady Mendoza Canicela

**JURADO
VOCAL**

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en mi convivir diario; a mis padres por ser los guía en el sendero de cada acto que realizo, a mi hija por ser la motivación para seguir adelante con este objetivo y al Mg. Miguel Ángel Vallejos Flores por guiarme con sus conocimientos para realizar los propósitos que tengo en mente.

Estephany Lizet Poemape Santivañez

AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todas las personas que trabajaron conmigo, ayudándome y motivándome. Agradezco profundamente a Dios, por guiarme en el sendero correcto de la vida, cada día en el transcurso de mí camino e iluminándome en todo lo que realizo de mí convivir diario.

A mi hija por motivarme en cada decisión que tomo, y por estar a mi lado en cada momento hoy, mañana y siempre.

A mis padres, por ser mi ejemplo para seguir adelante en el convivir diario y por inculcarme valores que de una u otra forma me han servido en la vida, gracias por eso y por muchos más.

A la directora de mi centro de internado, la Lic. Psicóloga Pilar Jiménez por tenerme paciencia y por guiarme en cada paso de este proyecto, es este mundo nuevo para mí.

A mis maestros de la Universidad Privada del Norte que me impartieron sus conocimientos y experiencias en el transcurso del ciclo estudiantil y que me ayudaron de una u otra forma para hacer posible la realización de este proyecto y a todas las personas que me incentivaron y me motivaron para seguir adelante con los objetivos de este propósito.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

<u>APROBACIÓN DE LA TESIS</u>	ii
<u>DEDICATORIA</u>	iii
<u>AGRADECIMIENTO</u>	iv
<u>ÍNDICE DE CONTENIDOS</u>	v
<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	vii
<u>ÍNDICE DE FIGURAS</u>	viii
<u>RESUMEN</u>	ix
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Justificación.....	16
1.4. Limitaciones	17
1.5. Objetivos	18
1.5.1. Objetivo general	18
1.5.2. Objetivos específicos.....	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	19
2.1 Antecedentes	19
2.1.1. Antecedentes Internacionales	19
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	21
2.2. Bases teóricas.....	23
2.2.1 Drogas.....	23
2.2.1.1 Epidemiología.....	25
2.2.1.2 Etiología	27
2.2.1.3 Efectos de las Drogas	29
2.2.1.3.1 Dependencia del Alcohol.....	31
2.2.1.3.2. Dependencia Cocaína-PBC	33
2.2.1.3.3. Dependencia Marihuana	34
2.2.1.4. Etapas de las Adicciones	35
2.2.1.5. Evaluación y Diagnostico	37
2.2.1.6. Tratamiento de las Adicciones	39
2.2.1.6.1. Tratamiento del alcoholismo.....	42

2.2.1.6.2.	Tratamiento del abuso de droga ilegal	44
2.2.2.	Personalidad	45
2.2.2.1.	Características de la Personalidad	47
2.2.2.1.1	Búsqueda de sensaciones	48
2.2.2.2.	Trastornos de la Personalidad.....	48
2.2.3.	Psicopatología y Adicciones.....	53
2.2.3.1.	Definición Comorbilidad – Diagnostico Dual.....	53
2.2.3.2.	Adicciones y Trantornos de Personalidad	57
2.3.	Hipótesis.....	65
2.3.1	Formulación de la hipótesis.....	65
2.3.2.	Variables	66
2.3.3.	Variables demográficas	66
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA		67
3.1.	Operacionalización de variables.....	67
3.2	Diseño de investigación.....	68
3.2.1	Según el propósito.....	68
3.2.2	Según el diseño de investigación.	69
3.3	Unidad de estudio.....	69
3.4	Población.....	69
3.5	Muestra	70
3.6	Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	70
3.7	Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos.....	72
CAPÍTULO IV.RESULTADOS		73
4.1	Análisis e interpretación de resultados.....	73
4.2	Prevalencia de los trastornos de personalidad según en pacientes de sustancias psicoactivas	77
4.3	Instrumento	79
4.4	Confiabilidad.....	80
4.5	Validez.....	81
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....		84
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....		87
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES		88
CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS		90
CAPÍTULO IX. APÉNDICE		96

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas

Tabla - 1 Operacionalización de Variables	67
Tabla - 2 Muestreo probabilístico	70
Tabla - 3 Medidas de Tendencia Central de los trastornos de la personalidad	73
Tabla - 4 Frecuencia de la muestra de pacientes adictos según droga problema..	74
Tabla - 5 Frecuencia de la muestra de pacientes adictos según grado de instrucción	75
Tabla - 6 Frecuencia de la muestra de pacientes adictos según estado civil	76
Tabla - 7 Diferencia entre los trastornos de la personalidad entre consumidores pacientes adictos al alcohol y pasta basica de coca	77
Tabla - 8 Prevalencia de los trastornos de la personalidad en paciente consumidores de PBC.....	78
Tabla - 9 Prevalencia de los trastornos de la personalidad en paciente alcohólicos	79
Tabla - 10 Confiabilidad a través de consistencia interna para la escala de personalidad	80
Tabla - 11 Análisis de ítems-test para el cuestionario de personalidad.....	81
Tabla - 12 Baremos de la escala de personalidad Millon II	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras

Figura - 1 Clasificación Trastornos de la Personalidad	49
Figura - 2 Modelo Multiaxial de Millon (Conducta Anormal)	52
Figura - 3 Comorbilidad - Trastorno Dual	54
Figura - 4 Tipos de alcoholismo según Cloninger	59
Figura - 5 Distribución de frecuencias según droga problema	74
Figura - 6 Distribución de frecuencias según grado de instrucción	75
Figura - 7 Distribución de frecuencias según estado civil.....	76

RESUMEN

En los últimos años se ha incrementado cuantiosamente la preocupación sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con abuso de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad. Los pacientes con estos problemas han sido considerados durante mucho tiempo como intratables y eran objeto de atención por los servicios sociales y de justicia más no de los sanitarios.

Se afirma que hoy en día, sobre todo en el campo de las adicciones, esta postura está cambiando y se va adquiriendo mayor conciencia de que estos pacientes gracias a diversos estudios que han detectado una elevada prevalencia de comorbilidad.

En la actualidad dicho modelo se incorpora perfectamente en los diferentes ejes que se requiere para la aparición de una patología, es mundialmente reconocido el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II). En este trabajo se hace una revisión general de la estrategia de las disposiciones y una aproximación al modelo evolutivo de Millon y a su instrumento, el MCMI- II.

El presente estudio revisa todos los aspectos relacionados a los trastornos de la personalidad asociados a dos tipos de dependencias específicas. Además se describen los hallazgos planteados en nuestros objetivos y los resultados obtenidos mediante los diagnósticos que presentan los sujetos de estudio.

ABSTRACT

In the last few years has increased greatly the concern about the diagnosis and treatment of patients with psychoactive substance abuse and personality disorders. Patients with these problems have been considered for a long time as intractable and were being the object of attention by the social services and justice but not of the toilets.

It is said that today, especially in the field of addictions, this position is changing and becoming more aware that these patients thanks to various studies that have detected a high prevalence of comorbidity.

In the present model is incorporated into the different axes that are required for the emergence of a pathology, is widely recognized the Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II). In this paper, a general review of the strategy of the provisions and an approach to the evolutionary model of a million and to his instrument, the MCMI-II.

The present study examines all aspects related to personality disorders associated with two types of specific units. In addition, describe the findings raised in our objectives and the results obtained by using the diagnostics that are the subjects of study.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En la actualidad se ha acentuado el consumo de sustancias Psicoactivas (SPA), en consecuente existe una mayor probabilidad de adicción y de igual manera de dependencias de estas sustancias, por lo cual ha comenzado a ser un peligroso problema sanitario. Por esta razón el número de investigaciones ha incrementado considerablemente en las últimas décadas. Con el fin de concertar de forma conveniente la adicción, se inició buscando una conexión de determinados trastornos de personalidad que fueran usuales de encontrar en personas adictas.

En el mundo, el número de consumidores de drogas ilegales fue de 200 millones de personas en el 2005, cifra que se mantuvo relativamente estable con respecto al año anterior. Respecto a todas las drogas consumidas, 162.4 millones de personas consumieron cannabis, el cual representa el 4 por ciento de la población mundial; 25 millones anfetaminas; 9.7 millones éxtasis; 13.4 millones cocaína; 15.9 millones drogas opiáceas. Los consumidores de cocaína, representaron el 0.3% de la población mundial; si bien este porcentaje fue igual al del año anterior, en términos absolutos reflejó una disminución de 300,000 consumidores en el mundo. En el caso de cannabis, sus consumidores aumentaron de 3.7% a 4% en términos relativos y en millón y medio de personas en términos absolutos. La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (Devida, 2006).

Según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (Unodc), se estima que en 2012, unas 230 millones de personas en el mundo (estimación que va desde 153 a 300 millones) consumieron alguna droga ilícita en el año previo. Esto representa alrededor del 5% (entre 3,4% y 6,6%) de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad.

De la misma manera en ese mismo año hubo en todo el mundo entre 99.000 y 252.000 muertes en relación con el consumo de drogas ilícitas, lo que representaría entre el 1,3% de todas las muertes en personas de 15-64 años. La

principal causa de ellas fue la sobredosis de opiáceos, responsable de entre 70.000 y 100.000 fallecimientos (Unodc, 2012).

Los resultados del reciente del estudio (Devida, 2013a) reafirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por las personas en especial por los escolares; y si bien la edad promedio de iniciación es 13 años, la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es por ello que el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre el rango de los 8 y los 11 años. Por ese motivo el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. Por otro lado, del 40.5% (900,000) de escolares encuestados que informaron haber probado alguna droga legal, sea alcohol o tabaco, el 23.3% reconocen que lo hizo en el último año y el 12.3% en el último mes antes de la encuesta.

Unodc (2013), citado por el Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, CAN (2013) menciona que el entorno familiar, que incluye a padres y hermanos, 19.4%, y otros familiares (primos, tíos, etc.), 17.1%, es el principal ambiente de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, 36.5 %, seguido de los amigos del barrio, 24.3%, y los compañeros de estudio, 23.8%. En lo que respecta a la tasa de incidencia anual de alcohol, el estudio determinó que cada año más de 230 000 escolares se inician en el consumo de bebidas alcohólicas.

Devida (2013a) informa que la manifestación del uso de drogas en estos grupos de edad continúa siendo muy numerosa entre las personas quien han probado marihuana en el último año, en consecuente las estadísticas indican que 1 de cada 4 es un menor de edad y 1 de cada 2 es un joven entre 19-25 años: cerca del 75% del consumo de marihuana está radicado en menores de 25 años, y sucede algo idéntico con el 54% del uso de pasta base y el 43% del consumo de cocaína.

De esta misma manera también Cedro (2013) indica que la prevalencia de vida por consumo de drogas “ilegales” a nivel nacional en el período de la investigación es de 6,4% para la marihuana, 3,1% para la pasta básica de cocaína, 1,9% para el clorhidrato de cocaína y 1,3% para los inhalantes. Al mismo tiempo se considera edad de inicio a aquella en la que el individuo realiza el primer uso de la sustancia. Diversas investigaciones determinan que rango de edad de consumo es entre los 12 a 18 años, además los tranquilizantes son las sustancias para las que se registra una menor edad promedio de inicio de consumo a los 14 años, en la categoría de 19 a 29 años las sustancias más consumidas son la marihuana y el PBC y estas mismas presentan una edad promedio de inicio de consumo a los 17 años, la marihuana y la cocaína figuran en el grupo de 30 a 40 años, y tienen un mayor promedio de edad de inicio de consumo a los 19 años, en el grupo de 41 a 50 años la sustancia que presenta mayor consumo es la marihuana, su edad promedio de inicio de consumo es de 18 años. Finalmente en el los individuos de 51 a 65 años cuentan con una mayor consumo de marihuana y el éxtasis y su edad promedio de inicio de consumo es a los 20 años.

Una de las principales variable de inicio se refiere los contextos sociales (familiar, escolar, vecinal) en que una persona empieza en el consumo de alguna sustancia psicoactivas. De acuerdo con las diversas fuentes revisadas cuenta con un mayor coincidencia cuando refieren que el entorno familiar y vecinal resulta clave en la determinación de factores de riesgo de consumo de drogas. Operativamente, la pregunta se hizo a través del inventario Multiaxial de Millon al total de personas que manifestaron haber consumido una determinada droga alguna vez en la vida.

En el 2013b, Devida informa mediante sus estadísticas que los consumidores de tabaco se iniciaron principalmente con los amigos del barrio (42%), el 29.5% de los consumidores de alcohol dijeron haberse iniciado en el consumo de esta sustancia con los amigos del barrio, la mayor parte (62.8%) de quienes reportaron haber consumido marihuana señalaron que se iniciaron con los amigos del barrio, en el caso de la PBC, los amigos del barrio fueron también el principal entorno del inicio del consumo (64.1%), el 77.3% de quienes manifestaron haber consumido

cocaína dijeron que se iniciaron igualmente con los amigos del barrio, a presencia de los amigos del barrio como parte del entorno de inicio del consumo de drogas fue en el caso de éxtasis mayor que para otras drogas (85.4%), los amigos del barrio figuran asimismo como principales actores del entorno de inicio del consumo de drogas inhalantes (43.7%).

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) citado por Torres, Meda, Palomera, De Santos & Salazar. (2015, p. 395) concluye que los diversos estudios epidemiológicos, han demostrado la existencia de importantes asociaciones estadísticas que evidencian la elevada prevalencia de la concurrencia entre los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) con Otros Trastornos Psiquiátricos (OTP), misma que oscila entre el 20% y 50% en población general y entre el 40% y 80% en población clínica. Asimismo los estudios epidemiológicos sugieren que en más de 80% de los casos los OTP iniciaron antes de la aparición de los TCS, de tal forma que las personas con OTP presentan hasta 3 veces más probabilidad de desarrollar TCS posteriormente.

“La relación entre el abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas y los trastornos psiquiátricos ha sido ampliamente estudiada” (...) (Casas, 2002) citado por Leal, Caballero, Calco & Diago. (2015). De igual manera refiere que se ha evidenciado que de un 80-90% de los consumidores de drogas han tenido al menos un diagnóstico psiquiátrico durante su vida y en un 50% más de uno. En la población general, los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, llegando, según algunos autores hasta el 25% de la población, aunque estudios realizados plantean que entre un 23% y un 70% de pacientes alcohólicos presentan también trastornos de ansiedad, sobre todo neurosis de ansiedad y fobias. Por otro lado del 20% al 45% de pacientes con trastornos de ansiedad tienen antecedentes de alcoholismo.

La nombrada fuente de igual manera menciona que la prevalencia de trastornos de abuso/dependencia de alcohol entre pacientes con trastornos de ansiedad en general, se sitúa entre el 15 % y el 33 % según los distintos estudios. Esta variabilidad en la prevalencia podría explicarse por los distintos trastornos de

ansiedad incluidos. Así en el caso de los trastornos de pánico, la prevalencia de trastornos por alcohol en estos pacientes varía entre el 8 y el 28%, en la agorafobia se ha situado entre el 7 % y el 27 %, en la fobia social entre el 20 % y el 36 % y en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo en el 15 %.

El Instituto Especializado de Salud Mental en Lima Metropolitana (IESM) (2011), citado por DEVIDA (2013b, p. 22), indica que la prevalencia de vida de drogas ilegales (como marihuana, pasta básica de cocaína, etc.) fue de 2.6% en Lima Metropolitana, 0.8% en la sierra y 1.6% en la selva. La droga ilegal más consumida en las tres regiones fue la marihuana. También se observó que la edad de inicio del consumo de drogas ilegales en las y los adolescentes fue entre 13 y 14 años de edad en Lima Metropolitana, entre 11 y 14 años en la sierra; y entre 13 y 14 años de edad en la selva.

Sepúlveda, Roa, & Muñoz. (2011), el inicio del consumo de drogas se produce en los primeros años de la adolescencia y se relaciona con aspectos familiares, socioeconómicos, cognitivos y emocionales. Un estudio con adolescentes demostró una prevalencia de consumo de cigarrillos de 5,4%, de alcohol de 37,3% y de 37,8% para drogas ilícitas, siendo la influencia de sus pares la principal motivación del consumo. Una investigación realizada con estudiantes de la Universidad de Sao Paulo, demostró 86% de prevalencia de vida de alcohol y una edad promedio de inicio de consumo de 13 años, seguido por tabaco con 65% y marihuana con 28,5%. Además, se demostró que las mujeres beben dentro de los límites de bajo riesgo, mientras los hombres tienen consumos mayores y presentan conductas riesgosas asociadas al consumo.

1.2. Formulación del problema

¿La presentación de los trastornos de la personalidad difiere en los dependientes al alcohol y dependientes de Pasta Básica de Cocaína de un centro terapéutico de Puente Piedra?

1.3. Justificación

La presente investigación tiene una pertinencia teórica debido a que no se han realizado investigaciones que relacione la variable trastornos de la personalidad con nuestras dos unidades de estudio alcohol y PBC en personas de centros terapéuticos, siendo ambas de vital importancia, cuyos resultados de esta investigación podrá estructurarse en una propuesta para ser incorporados en investigaciones correlacionales, ya que se estaría demostrando que tipos de trastornos prevalecen en nuestras dos unidades de estudio y podrán ser tomados como punto de partida para futuras investigaciones.

Así mismo, presenta una pertinencia aplicativa, ya que con dichos resultados se podrán tomar medidas en un centro de rehabilitación que beneficien a esta población, conociendo los tipos de personalidad en las adicciones de alcohol y PBC. Pensemos que el trastorno de personalidad antisocial y en el trastornos de personalidad narcisista de la personalidad como ejemplos bien conocidos en este tipos de población, para poder así hallar un muestreo comparativo con las diversas investigación; y así poder contrastar o debatir con los resultados obtenidos, se podrán diseñar un tratamiento personalizado para los pacientes que presenten adicciones y así poder lograr una mejora continua y un seguimiento en el avance que necesitan después de la rehabilitación; ya que la ayuda psicológica que tienen que presentar no se acaba con la alta del paciente; sino se necesitara una asistencia de por vida para lograr una homeostasis en las relaciones interpersonales e intrapersonales del individuo.

Esta investigación se realiza porque existe un incremento en la dependencia de sustancias psicoactivas, es un gran problema social que se ha introducido hasta los más íntimo de las familias y al cual nos enfrentamos en la actualidad; por ello existe la necesidad de mejoras en los programas teniendo como conocimiento los trastornos de la personalidad que predisponen la dependencia de la droga problema de los internos de un centro terapéutico de Puente piedra.

Los programas de prevención deben abordar satisfactoriamente las principales variables que pueden llevar a un individuo a la realización de este tipo de conductas, así como dotarlas de las habilidades necesarias para resistir las presiones sociales que le incitan a la realización de estas a través de la resiliencia.

1.4. Limitaciones

El muestreo es elegido por conveniencia; ya que los sujetos de la investigación son seleccionados para el estudio debido a que son accesibles de reclutar; por el mismo hecho que se encuentran internados en un centro de rehabilitación de Puente Piedra, es más rápida, fácil, barata ya que son de distintas poblaciones (distritos) y sobre todo se encuentran disponibles en un mismo lugar. Las limitaciones de este tipo de muestreo son los sesgos o prejuicios del muestreo, por no demostrar ecuanimidad al ser elegidos, la muestra no es característica de toda la población.

Por consiguiente otra de las dificultades que se presentó en la investigación fue que algunos de los familiares decidieron retirar a los pacientes del internamiento antes del tiempo correspondiente; ya sea por medios económicos, manipulación del familiar o por otros motivos no especificados, esto interrumpió el proceso de evaluación de la mencionada investigación; ya que se desarrolla en un centro terapéutico con sus tres sedes específicas, por esta razón se requirió a la población completa que sería tomada como muestra inicial, donde se presentó inconvenientes en la validez de la población porque se contó con una población menor a la estimada en principio.

En el caso de este estudio, no fue posible emplear una entrevista estructurada para determinar un diagnóstico, puesto que el centro con el que se trabajó permitía evaluar al paciente en sesiones mínimas, lo cual no proporcionaba el tiempo suficiente para poder realizar la entrevista personal por lo cual se tomó como referencia la historia clínica tomada por nuestros colegas; por lo que se consideró la droga problema del paciente. Por lo tanto, se optó por emplear los

inventarios de MCMI-II que conto con una prevalencia de 75 y el punto de corte para sintomatología severa como criterio para la prevalencia de 85. Asimismo, se plantearía poseer una muestra más amplia para este análisis, puesto que en la presente investigación la muestra se redujo al eliminar a los participantes que presentaban problema de conducto o en otros casos un problema de ludopatía, lo cual podría restarle potencia a los resultados obtenidos.

Resumiendo es una limitación; ya que se toma precauciones en la cantidad de pruebas que serán aplicadas por lo que se cuenta de igual manera con una cierta cantidad de materiales para todos los encuestados y al final solo se administró una cantidad menor a lo esperado y esto ocasiono el derroche de pruebas; por ello es dinero desperdiciado y como se tiene en consideración al existir una muestra grande es más probable detectar diferencias significativas entre los grupos y así poder lograr una investigación más enriquecedora.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- Determinar si existen diferencias en los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y dependientes de Pasta Básica de Cocaína de un centro terapéutico de Puente Piedra.

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar qué tipo de trastornos de la personalidad prevalece en dependientes de Alcohol de un centro terapéutico de Puente Piedra.
- Determinar qué tipo de trastornos de personalidad prevalece en dependientes de Pasta Básica de Cocaína de un centro terapéutico de Puente Piedra.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A continuación se expondrá en forma breve los estudios realizados en torno a la variable y las unidades de estudio (Trastornos de la personalidad y Dependencia al alcohol y Dependencia a Pasta Básica de Cocaína - PBC). Para empezar se presentarán los estudios relacionados con los trastornos de la personalidad por consiguiente la dependencia de alcohol y dependencia a Pasta Básica de Cocaína.

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Mangas (2015) en su investigación sobre la relación entre la personalidad y el consumo problemático de cannabis en población universitaria, refiere que tomó como muestra a 154 estudiantes de 7 universidades públicas de la ciudad de Cataluña (20,8% hombres y 78,6% mujeres) edad entre 19 y 30,2, con la finalidad de demostrar que cuando más excesivo es el consumo es más notorio los rasgos de personalidad relacionados con el consumo. El instrumento utilizado para detectar el consumo fue Cannabis Abuse Screening Test (CAST) y el Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A) y para evaluar la personalidad se utilizó el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ-50-cc). Finalmente se pudo encontrar que la escala que presentó mayor relación con el consumo problemático fue la impulsividad - búsqueda de sensaciones; ya que presentaban una mayor puntuación en esta dimensión de la prueba administrada.

Vega & Juárez. (2014) estudiaron la relación entre alcoholismo y rasgos clínicos de personalidad en grupos de alcohólicos anónimos, de tipo correlacional múltiple, la población de estudio fueron individuos que pertenecen a los grupos de alcohólicos anónimos del corredor industrial de Boyacá, se tomó como muestra a 78 sujetos entre 13 grupos de ayuda de alcohólicos anónimos con la finalidad de medir y analizar variable personalidad por la cual se utilizó como pruebas el MMPI (forma corta) que consta de 71 frases afirmativas sobre diferentes temas propios de la evaluación psicopatológica; dicho instrumento fue diseñado para brindar

una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social. Finalmente la investigación permitió identificar que durante la intoxicación alcohólica son frecuentes las alteraciones emocionales, las alteraciones cognitivas y las alteraciones del estado de conciencia.

Castañeda & Chaves. (2013), realizaron un estudio sobre relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol de estudio transversal, descriptivo y correlacional, se obtuvo una muestra de 61 participantes, de los cuales 33 fueron hombres y 28 mujeres, con la finalidad identificaron la población del municipio de el Retiro (Antioquia) los tipos de consumo de alcohol; así como su relación con los estilos de personalidad. Los instrumentos utilizados fueron Millon Inventario de personalidad (MIPS) y Alcohol Usar prueba de identificación de desorden (Audit). Así se encontró que en los hombres el consumo de alcohol se encuentra relacionado con los estilos de personalidad como la innovación, la discrepancia y el dominio; mientras que en las mujeres se relacionan con la discrepancia, la expansión, la modificación y la adecuación.

Torres de Galvis, Posada, Bareño & Barbesí. (2010), en su estudio sobre trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana, se encuestó a 3.896 adultos de 18 a 54 años de edad no institucionalizados y residentes en el área urbana, con el objetivo de calcular la prevalencia anual y de vida para uso y trastornos por abuso o dependencia de sustancias y su comorbilidad con trastornos del ánimo, ansiedad e impulsividad. El instrumento aplicado fue el CIDI-WHO. Así se encontró que en el grupo de trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presentó la mayor fuerza de asociación, entre los trastornos del estado del ánimo, el trastorno afectivo bipolar presentó la asociación más alta y entre los trastornos del impulso, la asociación más fuerte se encontró con el trastorno de la conducta. En conclusión el estudio sugiere que existe una fuerte asociación entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos.

Stinson citado por Durand (2013, p. 216) indica que el 44,0% de las personas con algún trastorno por consumo de sustancias tiene un trastorno de personalidad. En el estudio Epidemiológica Catchment Area (ECA) del Instituto Nacional de Enfermedades Mentales, realizado con 20.291 sujetos, se analizó la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias. El instrumento de evaluación utilizado fue la Diagnostic Interview Scale, basado en los criterios DSM-III. El 42,7% de los sujetos con abuso o dependencia de la cocaína presentan un trastorno de personalidad antisocial; en el caso de los consumidores de heroína es de un 36,7%, en los de cannabis un 14,7% y en los de alcohol un 14,3%.

En varias investigaciones (Calsyn & Saxon, 1998; Skinstad & Swain, 2001; Weiss 1993) citado por Durán & Becoña 2006, p. 579 concluyeron que el 97% de los consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio tienen un trastorno de la personalidad, un 74% de los consumidores de cocaína en tratamiento presentan al menos un trastorno de personalidad, y un 69% de estos los mantienen tanto en períodos de abstinencia como de consumo, que un 66,7% cumplen el criterio de trastorno de personalidad en el momento de entrada a tratamiento, y el 51% lo cumple tras doce semanas de tratamiento, el 48% de los consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio tienen un trastorno de personalidad y el 18% tienen dos o más; entre los que reciben un tratamiento ambulatorio intensivo o están hospitalizados, el porcentaje de prevalencia asciende al 75%. También recogen porcentajes de asociación entre el 30 y el 70% una muestra española, muestra un 64,3%. Conviene señalar que la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población sana se sitúan entre el 10-15%.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Arana, (2013) estudió los Factores de Personalidad en Estudiantes Universitarios según Características de Consumo de Alcohol, se encuestó a 76 estudiantes universitarios de 17,7 años de edad, en su mayoría mujeres, con la finalidad de describir la relación entre los factores de personalidad y las características de consumo de alcohol. El instrumento que se utilizó para la medición de la

personalidad fue el NEO PI-R versión S; y para las características de consumo de alcohol se modificaron los instrumentos de Chau (1998) & Windle (1996). Se reveló que Extraversión y Apertura a la Experiencia fueron las características de personalidad que mostraron mayor asociación con el consumo de alcohol entre los estudiantes encuestados, finalmente se encontró que Agradabilidad podría ser considerado como un factor protector ante diversos problemas relacionados con el consumo de alcohol y que Neuroticismo podría ser un factor de riesgo en el caso del uso del alcohol como estrategia de afrontamiento.

González, Espada, Guillen, Secades & Orgilés (2014, pp. 108- 111), realizaron un estudio sobre Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes, Participaron 1,455 estudiantes de secundaria entre 13 y 18 años. Se aplicó la adaptación del Inventario de Personalidad 16PF-IPIP para evaluar Calidez, Estabilidad, Gregarismo, Amigabilidad, Sensibilidad, Confianza, Apertura, Sociabilidad, Perfeccionismo y Calma. La muestra la componían 1,547 adolescentes de 17 escuelas públicas de cinco provincias. De ellos, 92 adolescentes fueron excluidos por no completar correctamente el cuestionario. El total de la muestra final estaba compuesta por 1,455 adolescentes. Los resultados para Consumo o No consumo durante los últimos 30 días mostraron diferentes distribuciones que se detallan a continuación: los grupos inferiores y superiores en niveles del rasgo como en la Calidez tenían más consumidores de alcohol; los grupos centrales tenían más consumidores de alcohol como en la Confianza, los grupos más altos tenían más consumidores como en la Apertura a la Experiencia y los grupos más altos tenían menos los consumidores como en el Gregarismo.

Saiz, Álvaro & Martínez (2010) en su investigación Relación entre rasgos de personalidad y valores personales en pacientes dependientes de la cocaína, estuvo compuesta por 233 participantes dependientes de la cocaína, de 15 a 39 años, siendo la mayoría varones (82,3%). Para medir los rasgos de personalidad se aplicó el Big-Five Factors Questionnaire (BFQ) (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 2001), encontró que el consumo de cocaína se asocia tanto con alto

como con bajo control cognitivo, resultará apropiado tener en cuenta para la comprensión del consumo de cocaína, la aportación explicativa de los valores personales y de los rasgos de personalidad de forma complementaria.

Bricolo, Goma, Bertani & Serpelloni (2012), en su estudio de prevalencia de trastornos de personalidad con trastornos por uso de drogas, tuvo como muestra a 115 personas, 88 (77%) varones, 27 (23%) mujeres, que tuvo como finalidad señalar la prevalencia de trastornos de personalidad. El instrumento utilizado es el cuestionario de personalidad SCID II. Así se encontró que los trastornos de personalidad más frecuentes fueron: el Borderline (86 individuos sobre 112) con un porcentaje cercano al 76,8%, seguido del Antisocial 69,6%, Paranoide 52,7%, Narcisista 42%, Obsesivo Compulsivo 40,2%, Evitante 34,8%, Esquizoide 34,8%, Dependiente 25,9%, Esquizotípico 25,9% y, finalmente, el trastorno que se presentaba con una frecuencia menor era el Histriónico 9,8%. También se ha evidenciado la presencia de trastornos de Personalidad Negativa (47,3 %) y de trastornos depresivos (45,5%).

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Drogas

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2010) concluye que la droga es: Toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración, puede alterar de algún modo el sistema nervioso central del individuo y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psíquica, física o ambos y tolerancia. Así mismo refiere “es toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (p. 10)

Paralelamente Unodc (2013) las drogas son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. Es toda sustancia capaz de alterar el

organismo y su acción psíquica que ejerce sobre la conducta, la percepción y la conciencia. La dependencia de la droga es el consumo excesivo, persistente y periódico de toda sustancia tóxica.

La droga es una sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central (psicotropa) que crea adicción, taquifilaxia y cuadros de abstinencia. El término ha perdido sus antiguos significados de sustancia química (droguería), de fármaco (sustancia química con actividad terapéutica) y de psicótropo (sustancia con actividad farmacológica en el sistema nervioso central). Plantea la cita que las drogas han cambiado sus objetivos primordiales, ya que en la actualidad son utilizadas como estimulantes para sentir placer y poder de superioridad, dejando como consecuencia conductas y actitudes indeseables para la sociedad. (Paredes, 2013)

Méndez (2017) destaca el término drogas visto desde un punto de vista estrictamente científico es principio activo, materia prima. En ese sentido la droga puede compararse formalmente dentro de la farmacología y dentro de la medicina con un fármaco, es decir que droga y fármaco pueden utilizarse como sinónimos. Los fármacos son un producto químico empleado en el tratamiento o prevención de enfermedades. Los fármacos pueden elaborarse a partir de plantas, minerales, animales, o mediante síntesis.

Seguidamente indica que existe una segunda concepción que es de carácter social, según ésta las drogas son sustancias prohibidas, nocivas para la salud, de las cuales se abusan y que en alguna forma traen un perjuicio individual y social. Luego queda el problema dónde actúan estas sustancias, ya que todas estas drogas tienen un elemento básico en el organismo que es el sistema nervioso central el cual es la estructura más delicada y el más importante que tiene el ser humano, y si estas sustancias actúan sobre esas estructuras afectándolas, deteriorándolas, indudablemente van a constituir un elemento grave y peligroso para la sociedad; para la salud individual y lógicamente para la salud pública.

2.2.1.1. Epidemiología

En el Perú, el consumo de drogas es un problema de connotación nacional. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Prevención y Uso de Drogas, Devida (2003, pp. 22-49), son altos los niveles de prevalencia de vida de consumo de drogas sociales; ya que el 94.2% de la población en el mencionado estudio ha consumido alguna vez en su vida alcohol y 68 % tabaco, las demás estadísticas son menores por ende no se tomaron en consideración. De la misma manera se presume que alrededor de un millón doscientos setenta mil personas de diferentes estratos sociales y edades son dependientes del consumo de alcohol y casi quinientas mil personas adictas al tabaco.

Por otro lado la prevalencia de dependencia del alcohol tiende a concentrarse en los grupos de edades entre los 20 a 30 años con el 25.2 % y de 31 a 40 años con el 25.3. Para el caso de la prevalencia del tabaco, se observa un mayor nivel de dependencia de igual manera en personas de 20 a 30 años con el 10.2 % y de 31 a 40 años con el 9.2 %. El consumo de estas drogas se inicia a edades tempranas, siendo mayor la proporción de ingesta de alcohol entre los grupos más jóvenes, el 41.0% de adolescentes entre 12 a 13 años ha bebido alcohol por lo menos una vez en el último año, porcentaje que se incrementa paulatinamente a edades mayores.

Por último en la mencionada Encuesta, el consumo de drogas ilícitas se concentra en los grupos juveniles y adultos (entre 17 a 30 años). Así, se estima que el 9.9 % de los jóvenes de 17 a 19 años y el 5.5 % de las personas entre 20 a 30 años han consumido marihuana el último año. Para el caso de pasta básica de cocaína, 4.4% de los jóvenes entre 17 a 19 años y 1.9% de personas entre 20 a 30 años, la han consumido, el último año; en el mismo periodo 6.8% de los jóvenes entre 17 a 19 años y 1.8% de personas entre 20 a 30 años, han consumido clorhidrato de cocaína.

La marihuana es la droga ilícita con la más alta prevalencia de consumo (5.8 %), seguida de la pasta básica de cocaína (2.1%), los inhalantes y el clorhidrato de cocaína (1.8%).

Preocupa observar que la edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas ha descendido, mientras que se ha incrementado el número de jóvenes que la consumen. Se calcula que existen 80,000 adictos entre consumidores de PBC, clorhidrato de cocaína y marihuana. En términos generales, el patrón de consumo de drogas ilícitas en mujeres es menor que los hombres, a excepción de los tranquilizantes. La Encuesta Nacional, que se viene tomando como referencia para la información epidemiología, señala que en los resultados de la encuesta presenta que las drogas estudiadas, las sustancias de diseño fueron las menos consumidas con un 0.1% como prevalencia de vida.

En conclusión a lo anteriormente mencionado el uso de sustancias de diseño viene a dificultar aún más el panorama del consumo de drogas ilícitas en nuestro país, pues esta droga modifica ligeramente la estructura química de los narcóticos y estimulantes y contienen muchas sustancias químicas aún desconocidas; ya en consumidores mencionan que esta sustancia es la droga más letal y a su vez barata por lo que ellos preferirían consumir otras drogas en vez de las señaladas sustancias de diseño.

Perea (2004) en su investigación refiere que desde finales del año 1999, se reportaron los primeros casos de venta y consumo de drogas de diseño. Se presume que en la actualidad el denominado "éxtasis" (MDMA) ha sido integrado dentro de la amplia gama de productos que comercializan las organizaciones de narcotraficantes en el Perú, extendiéndose paulatinamente el consumo de esta sustancia en diversos centros de diversión juvenil de Lima, y en las principales ciudades del Perú, perteneciendo en su mayoría, al grupo de edades entre 16 y 25 años.

2.2.1.2. Etiología

El incremento de la dependencia ante las drogas es complicado y poco claro, en diversas investigaciones mencionan al menos tres componentes. Las drogas adictivas, las circunstancias que lo predisponen y la personalidad del usuario. Los rasgos de la personalidad del consumidor podrían estar implicados en el posterior consumo; así mismo con la disponibilidad de la sustancia podrán determinar la elección de esta y la frecuencia de consumo. Así mismo la drogodependencia se relaciona en parte en gran parte con patrones culturales y con las clases socioeconómicas. El consumo ocasional puede ser progresivo generando una tolerancia; ya que la presión ejercida por los compañeros de grupo acompañada del estrés emocional conllevaría un alivio sintomáticamente por la droga.

Amador & Montserrat (2003) refieren a la tristeza como uno de los factores principales, así mismo se ve relacionada con una baja autoestima, alienación social y estrés. La convicción de que los fármacos son el remedio para poder mejorar todas las situaciones puede hacer que algunos individuos hiperestésicos acudan al petitorio para solucionar sus problemas psicológicos, aunque los fármacos que consuman en algunos casos no sean los adecuados. Con respecto a los factores que favorecen el acercamiento a la droga tenemos: Debilitamiento de los lazos familiares, pérdida de valores positivos, legislación represiva mal orientada, ritmo rápido de industrialización y urbanización, con formación de aglomeraciones humanas dotadas de los mínimos servicios sanitarios, culturales, con paro laboral, florecimiento de subculturas y el incremento de la violencia.

El problema es muy complejo y resulta de una multiplicidad de factores individuales, sociales, familiares y culturales. Nunca se llega a la dependencia de droga por la influencia de único motivo. Es importante identificar las distintas fuentes que, asociadas, explican esta sociopatología (Rodríguez, 2016)

a) Factores ligados al individuo

Dificultad para establecer vínculos significativos con otros.

Inseguridad o negativismo con relación al futuro.

Dificultades para recibir o dar afecto.

Dificultades para utilizar el tiempo libre.

Insatisfacción en sus expectativas.

Carencia de autoestima.

Presión negativa del grupo de pares.

Descontento de su calidad de vida.

Ausencia de proyectos.

b) Factores vinculados al grupo familiar

La familia aporta los primeros y más importantes modelos de vida para el individuo, como así también la primera red de sostén de afecto. Por eso las disfunciones familiares pueden constituir otra fuente de factores intervinientes:

Uso de drogas o alcohol en alguno de los miembros de la familia.

Maltrato de los padres.

Incomunicación o comunicación no funcional.

Relaciones afectivas ausentes o frustrantes.

Sobreprotección, falta de respeto e intolerancia de los padres.

c) Factores vinculados a la educación

La escuela es la segunda institución proveedora de modelos y vínculos afectivos, y en tal sentido es corresponsable de la formación y crecimiento libre de los niños y de los jóvenes. Sus disfunciones aportan factores al problema del uso de drogas:

Ausencia de un proyecto educativo que favorezca el desarrollo de valores éticos como la solidaridad, el respeto, la libertad, la responsabilidad, la tolerancia y otros.

Actividades de enseñanza que sólo ponen énfasis en la adquisición de información.

Falta de gratificación y motivación por parte de los docentes.

Modelo autocrático en los vínculos institucionales y jornada escolar reducida.

Ausencia de propuestas educativas relacionadas al tiempo libre.

En pocas palabras, el uso indebido de drogas es el desenlace de las interrelaciones entre diversos factores los cuales pueden ser: el individuo, constelaciones familiares, antecedentes educativos, las condiciones sociales que nos rodean, y la accesibilidad que se tiene a la droga en sí mismo. La drogodependencia instituye una señal del fracaso individual para crecer en autodeterminación.

2.2.1.3 Efectos de las Drogas

Diversas investigaciones refieren que entre mayor sea la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas en conjunto de la rapidez de la absorción, se producirá una mayor intensidad en la euforia, cabe destacar si hubo una prontitud en absorción se tendrá un efecto poco duradero. A continuación se presentan los distintos cuadros psicopatológicos que presenta el consumo de las distintas sustancias.

Cocaína: Actúa sobre el S.N.C. como estimulante produciendo una sensación de alerta continua. Entre las consecuencias de su consumo se presenta: Irritabilidad. Anorexia. Extrema delgadez. Psicosis paranoides.

Heroína, Morfina, Metadona, Meperidina, Codeina, Propoxifeno: En la intoxicación aguda, presentan cuadros de miosis, abotamiento emocional, enlentecimiento de las respuestas cerebrales, depresión respiratoria, depresiones emocionales. Si su consumo es continuo se presenta arritmia, estreñimiento, impotencia, amenorrea. Deprimen el S.N.C. El síndrome de abstinencia es grave.

Lsd, Mescalina, Fenciclidina, Psilocibina: Provocan distorsión perceptiva, ilusiones, alucinaciones, delirios. Su uso reiterado puede conducir a psicosis alucinatorias. El efecto que provoca en el SNC es perturbador por lo que no hay sentido de orientación, dificultad en concentrarse y se producen alucinaciones.

Marihuana, Hachis, Polvo de Angel: Taquicardia, riesgo de alucinaciones visuales o auditivas, paranoia en personas predispuestas. Cambios de humor repentinos. Desorientación, trastornos psiquiátricos.

Alcohol Etilico: Lenguaje confuso, trastornos psicomotores, adormecimiento, coma muerte por intoxicación aguda. Los efectos a largo plazo se traducen en trastornos hepáticos, cerebrales, demencia, conflictos familiares y sociales. (Arce, 2013)

Chirimusca (2013) menciona diversas alteraciones de sustancias psicoactivas que serán detalladas a continuación:

Sistema nervioso central.

Disminución de la memoria a corto y largo plazo, alteración del sentido del espacio y el tiempo, disminución de la capacidad de atención, aprendizaje y concentración, irritabilidad, temblor, ansiedad, intranquilidad, insomnio, desgana, alteración de la percepción y del juicio, dolor de cabeza, agresividad, alucinaciones, pérdida de la coordinación, desarrollo de cuadros paranoicos (sensación de ser vigilado o perseguido), vértigo, destrucción de neuronas, disminución de las capacidades mentales, depresión, intoxicación, trastornos de conciencia, atrofia del nervio óptico.

Sistema cardio-respiratorio.

Aceleración del ritmo cardíaco, aceleración del ritmo respiratorio, cardiopatías, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, enfermedades de las arterias coronarias, anemia, dificultades para la coagulación sanguínea, neumonías, secreción nasal, aumento de la presión sanguínea, irritación de los bronquios, bronquitis, tos, asfixia, mala función de los pulmones, mayor tendencia a la aparición de úlceras en la mucosa nasal, cáncer bronquial o pulmonar

Sistema reproductivo.

Alteración de la ovulación y el ciclo menstrual, problemas en el embarazo (mayor incidencia de abortos, partos prematuros y bajo peso del recién nacido),

disminución del número de espermatozoides y de su movilidad (infertilidad, impotencia).

Sistema digestivo y renal.

Náuseas, pérdida de peso, destrucción y disfunción del hígado (hepatitis, cirrosis), inflamación y varices en el esófago, gastritis, úlceras y hemorragias digestivas, inflamación del páncreas, diarrea, mayor tendencia a la aparición del cáncer de laringe y esófago, mala absorción de los alimentos, déficit de minerales (hierro, calcio, etc), destrucción del riñón (nefritis, insuficiencia renal).

2.2.1.3.1 Dependencia Alcohol

Este depresor del sistema nervioso central es la droga legal de más alto consumo en diversos países y cuenta con un índice elevado de adicción, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy enraizado en nuestra cultura (OMS, 2010). El alcohol etílico que contienen las bebidas se produce durante la fermentación de los azúcares por las levaduras y es el que provoca la embriaguez.

Belloch, Sandín, & Ramos (2008) refiere la etiología del alcohol como uno de los puntos importantes a los factores genéticos que es el Gen de Placer: También conocido como Gen del alcoholismo, situado sobre un determinado cromosoma provocando una mayor propensión al consumir el alcohol. Otra investigación, señala que los hijos (de padres alcohólicos) adoptados por padres no alcohólicos, tienen un nivel alto en el consumo de alcohol. De igual manera los hijos (de padres no alcohólicos) adoptados por padres alcohólicos, tienen un nivel bajo en el consumo de alcohol. Por otro Belmonte (1973) citado por (Belloch et al., 2008) propone que la enfermedad alcohólica no es sinónimo de enfermedad hereditaria, ya que la alcoholemia se debe a la convivencia y educación mas no a la herencia.

En el 2013, Mejía presentó efectos de cinco etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así

como el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el sexo y el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe:

Primera: el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido debido a que el alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera y el individuo parece excitado.

Segunda: su conducta es esencialmente emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.

Tercera: el individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.

Cuarta: no puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.

Quinta: inconsciencia, ausencia de reflejos. El individuo puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.

Torres de Galvis et al. (2010) afirman que cuando una persona ingiere una copa, el 20% del alcohol presente en esa bebida es absorbido en forma inmediata a través de las paredes del estómago y pasa directamente a la sangre. El otro 80% es absorbido lentamente y también lo hace desde el intestino delgado para circular en la sangre. Si la ingestión de bebidas alcohólicas se detiene o continúa en forma moderada, las concentraciones de alcohol en la sangre se mantendrán bajas, pues un hígado sano podrá metabolizarlas y eliminarlas a través de la orina y el aliento. Sin embargo, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad tomada rebasan la capacidad de eliminación, se alteran la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan la memoria y el juicio y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en riesgo la vida.

En 1849 surgió el término alcoholismo y una de sus primeras definiciones la hizo Magnus Hug, quien lo conceptualizó como “el conjunto de manifestaciones patológicas del sistema nervioso, en los ámbitos psíquicos, sensitivos y motor”

observadas en los sujetos que consumían bebidas alcohólicas en forma continua y excesiva, durante largo tiempo. Bobes, Casas & Gutiérrez (2011).

Actualmente el CIE-10 define al alcohólico como “un bebedor excesivo, cuya dependencia del alcohol se acompaña de trastornos mentales, en la salud física, en la relación con los demás y en la conducta social y económica”.

2.2.1.3.2. Dependencia Cocaína - PBC

Unodoc citado por Devida (2011) menciona en sus recopilaciones de información menciona que en la última década un nuevo nombre se sumó a ésta lista en el Uruguay: la Pasta Base de Cocaína (PBC). Favorecida por la crisis económica, su bajo costo, y la falta de otras drogas como la cocaína y la marihuana en el período 2002-2004, la PBC se instauró y difundió en nuestro país generando un fuerte quiebre en los sistemas sanitarios y de diagnóstico clínico, así como también en la vida de quienes por una u otra razón se vincularon a ella.

Por otro lado, y coincidiendo con estudios previos Unodc, (2013) nos mencionan que la PBC, conocida también como, pasta de coca, pasta base, o simplemente pasta, es el producto intermedio en el proceso de extracción y purificación del clorhidrato cocaína, que es la forma de consumo de cocaína más extendida: polvo blanco que se inhala. Su elaboración consta de los siguientes pasos: primero se machacan las hojas de coca secas y se disuelven en agua. Luego se trata esa solución con kerosene o gasoil, con ácido sulfúrico y amoníaco. Por último se filtra la solución, obteniéndose así una mezcla semisólida del color amarillento o grisáceo característico.

En 1979, Nizama en sus investigaciones menciona que al igual que el crack, la PBC es una de las formas fumables de la cocaína, a diferencia del clorhidrato que no puede ser fumado. La inhalación pulmonar, al igual que la vía intravenosa, es otra de las vías de administración rápida. De esta manera, la PBC alcanza el torrente sanguíneo y llega al cerebro en los primeros 5 a 8 segundos después de ser fumada haciendo que tenga un efecto muy rápido, muy intenso y de corta

duración ente los 5 y 10 min. Justamente, este factor es uno de los que le da mayor potencial adictivo.

2.2.1.3.3. Dependencia Marihuana

La marihuana, es la droga ilegal con uno de los más elevados registros de consumo a nivel mundial, a lo que se agrega un alarmante descenso en la edad de inicio. Esto último tal vez sea lo más riesgoso desde la perspectiva de la salud pública si consideramos que cuanto más precoz sea el inicio en una prematura adolescencia, más perjudiciales serán los efectos respecto a un inicio remiso, tirando así la teoría con la que se iniciaron diversas investigaciones donde sostenían que el consumo de marihuana no era perjudicial para la salud de la persona que la consume.

Unodoc (2013) en su estudio nacional en el Perú encuentran que los patrones de las prevalencias de vida, año y mes del consumo de la marihuana siguen encabezando las estadísticas del consumo de las drogas ilícitas. Esta tendencia viene acompañada por una mayor cantidad de peticiones de consejería y tratamiento en los establecimientos de salud. Los profesionales de la salud a los que se dirige esta demanda se encuentran ante un número creciente de púberes, adolescentes y jóvenes que comunican Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar los problemas asociados con el consumo de esta sustancia (dependencia, insomnio, crisis de ansiedad, pánico, apatía, irritabilidad, episodio psicótico, etc.) y que solicitan ayuda especializada para interrumpir el uso sea de carácter temporal o indefinido.

De igual manera el consumo de marihuana suele ser percibido por los y las adolescentes y jóvenes no solamente como inocuo para la salud, sino incluso con propiedades curativas. La introducción en el imaginario colectivo de la idea de que esta sustancia tendría efectos medicinales agrega elementos que validan su uso indiscriminado, sin considerar lo restringido que podría ser ese tipo de indicación médica de ser eventualmente comprobada.

En estos últimos años la conciencia sobre el riesgo de consumo de drogas a disminuido, al contrario se visto un incremento en el área de vulnerabilidad entre los jóvenes estudiantes. Su uso eventual es considerado para el consumidor como inofensivo y esto muestra que se encuentran en sintonía con el mundo por la mayoría de los menores; lo que afirma lo planteado anteriormente que entre más elevado sea el consumo se tendrá una disminución conciencia de riesgo.

Ahora bien, los datos del estudio en escolares de Devida (2013a) informan que el 4,3 % de los encuestados (94,790) admiten haber consumido marihuana alguna vez en su vida, mientras que el 2.2% (47,234) informan haberlo hecho en el último año también se observa que el cannabis llega a obtener una incidencia de 1.5%. Esto quiere decir que de cada 100 estudiantes que no consumían esta sustancia un año antes de la encuesta, 1.5% se iniciaron en el uso en los últimos 12 meses. La edad promedio de inicio del consumo es 14.3 años, coincidiendo con las edad de iniciación de la PBC, cocaína y MDMA o éxtasis.

2.2.1.4. Etapas de las Adicciones

Diversos autores señalan cuatro etapas básicas comunes en el proceso de la adicción. Es de suma importancia comprender cada una de las etapas para así poder lograr una adecuada intervención y encontrar el cambio esperado. Este aspecto es fácil de observar, el patrón de uso, la sucesión de los signos y síntomas que resulta de dicho uso

En 2014, Burneo & Castillo informan que la conducta adictiva es aquella conducta caracterizada por:

Un fuerte deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de realizar tal conducta no está disponible). Capacidad deteriorada para controlar la conducta (notablemente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o controlar el grado en que la conducta ocurre).

Malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o se deja de practicar.

Persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que es la que produce los problemas. (p. 113)

Cornejo (2009) menciona en su investigación cuatro etapas de la adicción las cuales son:

Consumo experimental: Está constituido por las primeras experiencias en las que se prueba las sustancias. Una vez que se ha experimentado, la persona decide si continua o interrumpe el consumo. El consumo de carácter experimental es propio de adolescentes y jóvenes, que al desconocer los efectos de distintas drogas, tienen deseos de experimentar con ellas. Tiende a estar motivado por la curiosidad, invitación, la presión social o por el deseo de compartir una experiencia placentera y supuestamente inofensiva. La duración depende de la dosis y vía de administración.

Consumo ocasional: Es el uso esporádico de la sustancia, sin frecuencia ni intensidad fija. Aquí el usuario es esencialmente pasivo, normalmente no busca la droga solo la toma cuando está a la mano. Se denomina social porque generalmente el consumo (drogas ilegales) se presenta en momento de socialización (salidas del colegio, una fiesta, fútbol e ir a la iglesia).

Consumo habitual: Aquí el usuario busca la droga activamente, tratando de mantener su propio abastecimiento, asegurando tener acceso continuo y fácil a ella. La usa frecuentemente, todas las veces que pueda, buscando sus efectos. El consumo ya puede traer problemas personales, familiares, sociales, laborales y económicos.

Consumo dependiente: El consumo se convierte en la principal actividad en la vida del usuario. Cada vez que entrar en contacto con la sustancia pierden el control al inicio o en el mantenimiento.

La supresión de la sustancia, origina una serie de manifestaciones llamado “síndrome de abstinencia” En muy pocas ocasiones el usuario enfrenta directamente los hechos de su decisión de usar la sustancia psicoactiva.

2.2.1.5. Evaluación y Diagnóstico

Droga según la OMS, 2013 indica que es toda aquella sustancia que, una vez consumida, provoca alteraciones biopsicosociales en el individuo, además de causar dependencia física o psicológica y provocar síndromes de abstinencia. En los últimos años se han hecho esfuerzos para mejorar el abordaje integral frente a la problemática de las drogas, a pesar de ello se sigue incrementando, sobre todo su consumo. En tal sentido, es necesario cuantificar la magnitud de la asociación de un factor de riesgo y la conducta adictiva, porque ello ayuda a contribuir en la priorización de los problemas de consumo de drogas en la población.

Unodc, Devida (2011).El consumo de drogas es un fenómeno de naturaleza compleja de múltiples causas y que impacta de diversa manera a la población peruana, atentando contra la salud pública, el desarrollo social y familiar de las personas, incluso la seguridad ciudadana. El consumo de drogas en el Perú, evidencia una presencia importante en los grupos de adolescentes y jóvenes. Asimismo, es preocupante, el incremento del consumo de drogas ilegales en los últimos años, que se evidencia en los estudios realizados en la población general y en la población escolar, mientras que en el caso de las drogas legales (alcohol y tabaco) su consumo ha disminuido progresivamente en los últimos años.

Espada, Méndez, Griffin & Botvin (2003) citado por Saldivia, & Vizcarra (2012) consideran que el consumo de alcohol y otras drogas tiene importantes efectos en el desarrollo de vida de los jóvenes, ya que produce consecuencias a nivel individual, detrimento de la salud física y psicológica; deterioro de las funciones cognitivas y alteraciones emocionales. Las consecuencias a nivel familiar y psicosocial son: aislamiento familiar, social, alteración de la dinámica familiar, conductas de riesgo como conductas delictivas y promiscuas, involucramiento en

microtráfico y tráfico de sustancias, aumento de la violencia interpersonal e intentos de suicidio. También se describen consecuencias económicas para el consumidor, su familia y la sociedad.

Los resultados obtenidos por Contradrogas, 1998; Devida, 2003 sugieren que el comportamiento de consumo se presenta con una tendencia creciente en la mayoría de las drogas, así como, la aparición del consumo de nuevas drogas, que hasta las últimas investigaciones no se presentaban, como es el caso de las drogas de diseño. En el último estudio se remarca la preocupación por la población adolescente, que marca la pausa con una prevalencia anual del consumo de drogas significativo en comparación con los demás grupos etarios.

El problema del consumo afecta principalmente a la población juvenil y a los varones más que a las mujeres. La marihuana, seguida de la pasta base de cocaína, el crack y el clorhidrato de cocaína son las drogas ilícitas de mayor consumo en la región, generando mayores problemas en jóvenes de alta vulnerabilidad social. Según los datos que proveen los centros de tratamiento, el alcohol y el tabaco, seguidos por la marihuana, son las drogas de inicio más frecuentes de los pacientes atendidos en centros de tratamiento; pero las drogas ilícitas de mayor impacto en la salud son la cocaína, la pasta base y el crack. (División de Desarrollo Social de la Cepal, 2000, pp. 6-7)

Espada, Orgilés, Méndez, García-Fernández & Ingles (2008) citan la información de (García & González, 2002) según la cual el consumo de drogas en la adolescencia es desde hace décadas una de las problemáticas que genera mayor preocupación social. Entre las repercusiones físicas y psicológicas del consumo se encuentra el fracaso escolar, conductas agresivas, relaciones sexuales de riesgo y realizar otras conductas perjudiciales para la salud. El consumo de sustancias se encuentra muy relacionado con los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios, siendo éstas las tres primeras causas de muerte entre los jóvenes

OMS (2010) sugieren que los programas de tratamiento de los trastornos de la personalidad que han mostrado ser efectivos tienen en común: la psicoeducación, la intervención motivacional, la intervención cognitiva y las relaciones interpersonales.

Cedro (2013), la historia familiar puede hacer patente la existencia de un consumo de sustancias (hay una relación directa entre niveles de uso de drogas de los padres y los de los hijos), un aislamiento social de la familia u otros factores, como la separación o divorcio de los padres, la formación de nuevas parejas por parte de éstos, la muerte de uno de los padres o el desempleo. La información sobre sus compañeros y la relación de éstos con el consumo de sustancias puede ser de gran interés y trascendencia. Especialmente durante la adolescencia temprana (10-13 años), la influencia de sus iguales es muy marcada. Los amigos íntimos que usan drogas se convierten en uno de los factores de riesgo más importante. La Asociación Americana de Psiquiatría, mediante el DSM-IV, permite conocer los criterios diagnósticos para trastornos por consumo de drogas.

2.2.1.6. Tratamiento de las Adicciones

El tratamiento psicológico es un aspecto fundamental en la drogodependencias. Según las diversas investigaciones se logra que para lograr un tratamiento exitoso se tendrá que tener en consideración contar con un equipo multidisciplinario para así poder lograr una terapia farmacológica que se verán resultados en largo plazo. Por otro lado un tratamiento con mayor validez en nuestra opinión para pacientes con conducta adictiva es el enfoque cognitivo conductual

Sánchez & Gradoli (2001, pp. 22-23) Además de los principios efectivos de tratamiento recomendados de forma general en el tratamiento de las drogodependencias, el National Institute of Drug Abuse (NIDA) señala también las distintas intervenciones psicoterapéuticas fundamentadas científicamente, y que

deben de orientar al clínico en la práctica clínica diaria. De forma resumida se presentan tales intervenciones.

Prevención de recaídas: Conjunto de intervenciones de tipo cognitivo-conductual diseñadas por Marlatt & Gordon para la prevención de recaídas en el alcoholismo y que con posterioridad se ha aplicado con éxito en las demás conductas adictivas. Uno de los procedimientos más utilizados por los clínicos.

Modelo Matrix: Enfoque diseñado para jóvenes adictos a psicoestimulantes, con componentes variados, en el que destacan las terapias conductuales, junto a enfoques psicoeducativos, estrategias de autoayuda, consejo psicológico individual y de grupo.

La psicoterapia expresiva de apoyo: de interés en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona, pacientes que presentan problemas de salud mental combinados con conductas adictivas. Enmarcada en el campo de las terapias dinámicas breves, presta especial atención al análisis de la relación entre sentimientos, conducta y drogas.

El consejo individualizado: Agrupa una serie de estrategias psicológicas y sociales de diversa índole que mayoritariamente podrían estar inscritas dentro del ámbito de la modificación de conducta, con especial hincapié en los problemas derivados o asociados al consumo de drogas. Hace hincapié en el establecimiento de metas a corto plazo, elaborando estrategias de afrontamiento adecuadas a los problemas asociados con la abstinencia y orienta al paciente hacia los servicios comunitarios más adecuados para cubrir sus carencias médicas, sociales, económicas, de empleo, etc.

La terapia de incremento motivacional: Técnica de consejo psicológico que busca incrementar la motivación del paciente para que abandone el uso de drogas. Busca utilizar los recursos intelectuales del paciente o los elementos de su entorno que faciliten el cambio deseado hacia la abstinencia.

Terapia conductual para adolescentes: Estrategia terapéutica que se basa en principios de la terapia de conducta tales como el control estimular, modelado de conductas y reforzamiento contingente. En esta aproximación terapéutica para los adolescentes con problemas de drogas se presta especial atención a los mecanismos de control social, implicando en el proceso terapéutico a la familia o a otras personas significativas para el paciente.

Terapia familiar multidimensional para adolescentes: Al igual que en el caso anterior, este enfoque terapéutico está pensado especialmente para adolescentes con problemas con las drogas. Pero a diferencia de la terapia conductual para adolescentes, su foco se centra en las relaciones familiares, ya que el problema adictivo es visto como el producto de una red de influencias, en la que la red familiar tiene un papel clave.

Terapia multisistémica: Enfoque terapéutico intensivo dirigido a adolescentes con problemas de drogas y una conducta antisocial marcada.

Terapia combinada de tipo conductual y reemplazo de la nicotina: Estrategia que utiliza técnicas conductuales como el entrenamiento en afrontamiento de situaciones de riesgo, junto al soporte de los parches o chicles de nicotina.

Enfoque de refuerzo comunitario (CRA) más *Vouchers*: Terapia multimodal, ha sido uno de los enfoques que han sido mejor evaluados según el NIDA y ha sido utilizado con éxito con pacientes alcohólicos, heroinómanos y cocainómanos. Los *vouchers* basados en la economía de fichas, y son justificantes de analíticas de orinas negativas que pueden intercambiarse por diversos refuerzos.

En la próxima sección se presentara un pequeño resumen de los tratamientos más tradicionales del abuso de sustancias y su dependencia.

2.2.1.6.1. Tratamiento del alcoholismo

Beck, Wright, Newman & Liese (1999, p.39) citan la información de Miller & Hester (1980, 1986) han realizado revisiones exhaustivas de la literatura científica que existe acerca del tratamiento del alcoholismo. Estos autores han examinado nueve tipos principales de intervenciones. Las cuatro más comunes son farmacoterapia, psicoterapia o *counseling*, Alcohólicos Anónimos y educación sobre el alcoholismo. Los abordajes terapéuticos menos empleados son la terapia de familia, la terapia aversiva, los métodos operantes, la bebida controlada y otros tratamientos de espectro más amplio.

Se afirma que (Miller & Ester, 1986 en Beck et al. 1999) concluyen en sus revisiones que el tratamiento del alcoholismo se realiza mejor mediante un abordaje que contiene un proceso de dos etapas, requiriéndose distintas intervenciones en cada etapa. El primer grupo de intervenciones debería centrarse en cambiar las conductas de beber por la abstinencia o la moderación (p. ej., entrenamiento en autocontrol conductual). El segundo grupo de intervenciones debería estar centrado en mantener la sobriedad (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales para poder incrementar la confianza para relacionarse con gente que no utiliza drogas).

Sin embargo, los mismos autores también elaboraron unas conclusiones problemáticas acerca de la pobre relación que existía entre la investigación empírica y los abordajes de tratamiento interno más tradicionales. Los métodos de tratamiento que se apoyan en los resultados de investigación controlada incluyen terapias aversivas, entrenamiento en autocontrol conductual, refuerzo comunitario, terapia familiar y matrimonial, entrenamiento en habilidades sociales y control del estrés, mientras que los abordajes que actualmente se están utilizando como prácticas estandarizadas en los programas de alcoholismo incluyen Alcohólicos Anónimos, educación sobre el alcoholismo, disulfarina, terapia de grupo y *counseling* individual.

Beck et al. (1999) citan la afirmación de McLellan (1992) expusieron que la desintoxicación estándar de los «programas de 28 días» (a pesar de su costo) son insuficientes para lograr mejoras a largo plazo. Sin duda, para ayudar a los pacientes con abuso de drogas o alcohol a conseguir mejoras más duraderas, los tratamientos deben ser complementados con tratamientos externos simultáneos, que se centren en el cambio de actitud y en la adquisición de habilidades.

Los resultados que presentaron Beck et al. (1999) del Instituto de Medicina ha encargado recientemente a un comité de la Academia Nacional de Ciencias quiere elabore una revisión crítica exhaustiva sobre los estudios e investigaciones realizados sobre el tratamiento de los problemas con el alcohol. La evaluación del comité fue que «no hay ningún tratamiento simple o modalidad que se haya demostrado que sea superior a los otros». Sus conclusiones, publicadas en la *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems* (1990) incluyen las siguientes:

No hay ningún tratamiento simple que sea efectivo para todas las personas con problemas alcohólicos.

Ofrecer las modalidades de tratamiento específicas y apropiadas, puede mejorar ostensiblemente los resultados.

Las intervenciones breves pueden ser bastante efectivas comparadas con la falta de tratamiento, y pueden ser mucho más efectivas económicamente comparadas con tratamientos más intensivos.

El tratamiento de otros problemas vitales relacionados con la bebida puede mejorar el pronóstico en personas con problemas con el alcohol.

Las características del terapeuta son determinantes parciales del resultado.

Los resultados vienen determinados, en parte, por los factores del proceso de tratamiento, factores de adaptación después del tratamiento, las características

del individuo que busca ayuda, las características de sus problemas y las interacciones entre estos factores.

Las personas que son tratadas por problemas de alcohol llegan a conseguir un continuo de resultados con respecto a la conducta de beber y los problemas con el alcohol y su tratamiento sigue distintos cursos, en cuanto a resultados.

Aquellos que disminuyen significativamente su nivel de consumo de alcohol o que llegan a ser totalmente abstemios, usualmente también disfrutaban de mejoría en otras áreas de la vida, en particular a medida que el período de reducción del consumo se hace más grande.

Estos descubrimientos del Instituto de Medicina (1990), conjuntamente con los de Miller & Hester (1986), ponen claramente de manifiesto que existe todavía una necesidad profunda de encontrar tratamientos del alcoholismo eficaces. Creemos que los principios introducidos en este libro podrán integrarse y ser evaluados en programas de tratamiento tradicionales, de cara a conseguir programas de tratamientos del alcoholismo efectivos y apropiados (pp. 40-41).

2.2.1.6.2. Tratamiento del abuso de droga ilegal

Además de lo señalado anteriormente sobre los programas que tienen en el tratamiento de alcohol, el Instituto de Medicina nombró otro comité distinto para revisar la literatura científica sobre el tratamiento de los problemas ocasionados por las drogas en Estados Unidos. Específicamente, el comité dividió los tratamientos en cuatro categorías: mantenimiento con metadona, comunidades terapéuticas, programas de metadona externos y programas de dependencia químicos. (Beck et al.1999)

Estos descubrimientos fueron similares a los de Beck et al. (1999, pp. 41-42) citan la afirmación de Miller & Hester (1986). Los programas más válidos empíricamente eran el mantenimiento con metadona en clínica para la

dependencia de opiáceos. También algunas evidencias apoyaban la eficacia de las comunidades terapéuticas y el tratamiento externo con metadona. Sin embargo, «la dependencia química es el tratamiento con mayor cantidad de ingresos, seguramente el segundo con mayor número de clientes, y el que tiene menor base científica en cuanto a su efectividad». Sin embargo, el Instituto de Medicina reconoció que la mayoría de estudios sobre mantenimiento con metadona se realizaron entre 1970 y principios de 1980. Como resultado, estas investigaciones no se han centrado suficientemente con los problemas crecientes de la cocaína en el país. Por contra, en este libro nos centraremos mucho en la terapia cognitiva contra la adicción de cocaína y *crack*.

2.2.2. Personalidad

El estudio de la personalidad se puede remontar alrededor de un siglo antes de Cristo; desde entonces los Griegos se interesaron por personificar diferentes papeles en el drama de dicha cultura, para lo que las personas utilizaban máscaras que cubrían sus rostros; de esta manera les era posible representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos. Es decir, asumir diferentes personalidades dentro de una misma persona, por lo cual el concepto personalidad se origina del término persona. (Guerrero & Mocha, 2016, p-12).

Años más tarde, Cicerón (106-43, citado por Cerdá, 1985) definió el término personalidad, enfocándose desde cuatro diferentes significados:

La forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas

El papel que una persona desempeña en la vida

Un conjunto de cualidades que comprenden al individuo

Como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

De acuerdo con el teórico más importante de este paradigma de la psicología, la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que por lo general se dan fuera de la conciencia (Morris y

Maisto, 2005 citado por Guerrero et al. 2016). El concepto de conducta desde esta orientación es de vital importancia porque permite entender la personalidad; es por eso que plantean que el punto de vista estructural de Freud es una buena manera de abordar este tema.

Hernández (2015) cita las teorías de diversos autores explicando la personalidad a continuación se presentaran algunas definiciones más puntuales según cada uno de ellos:

Kotler (1996) define personalidad como: "Las características psicológicas y distintivas de una persona que conducen a respuestas a su ambiente relativamente consistente y permanente." La personalidad individual se describe en función de características como la confianza en sí mismo, autoridad, autonomía, sociabilidad, agresividad, estabilidad emocional, afiliación y adaptabilidad.

Gordon Allport la personalidad es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan un aroma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio".

Sigmund Freud definió personalidad como "el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones".

Eysenck (1991), como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.

Jean Filloux definió personalidad como configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, como el conjunto de los sistemas responsables de su conducta.

Bandura propone una teoría de la personalidad como una integración del ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Dicha

Integración se da en base a nuestras habilidades para introducir, elegir y organizar las imágenes en la mente y llevarlas al lenguaje. Obviamente estamos refiriéndonos a una acción cognitiva sin desentendernos del condicionamiento en este proceso. El aprendizaje por observación o modelado y la auto regulación, son sus máximas.

2.2.2.1. Características de la Personalidad

Destacan varios estudios centrados en el análisis de aquellos rasgos de personalidad en la infancia que podrían estar implicados en el posterior consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Brook, Witheman, Gordon & Cohen (1989) citado por Graña & Muñoz (2000) estudiaron una muestra de 600 adolescentes y sus madres en tres etapas distintas con el objetivo de determinar las influencias de los factores de personalidad en la infancia y adolescencia en el inicio y escalada en el uso de drogas. Concluyeron que rasgos como un pobre control de las emociones, la no convencionalidad y la introversión social aparecían estrechamente asociados con la escalada en el consumo de sustancias. Estos resultados estarían en consonancia con los obtenidos por estudios similares como el de Kellam, Brown, Rubin & Ensminger (1983) citado por Graña & Muñoz (2000), que enfatizaron el poder predictivo de rasgos como la timidez, la agresividad y la personalidad depresiva en la infancia en relación con el posterior uso de drogas.

Graña & Muñoz (2000, p. 251) presenta los resultados de diversos autores en estudios comparativos, se ha descrito un amplio espectro de trastornos y características de la personalidad en los hijos de alcohólicos. Para este grupo, los resultados señalan una mayor presencia de rasgos antisociales de una personalidad de tipo pasivo agresiva (Aronson & Gilbert, 1963) y de mayores niveles de introversión y desadaptación social junto con rasgos de impulsividad, una excesiva dependencia de los demás y otros signos de manifiesta incapacidad para desarrollar y mantener relaciones gratificantes (Knowles & Schroeder, 1990).

2.2.2.1.1. Búsqueda de sensaciones

Son muchas las investigaciones que han relacionado considerablemente la búsqueda de sensaciones, ya sea como constructo total o como dimensiones separadas, con conductas definidas como el uso de alcohol y otras drogas ilegales de igual manera la criminalidad, tanto en poblaciones más vulnerables que son los jóvenes como de adolescentes.

La dirección de los resultados comentados se ha visto confirmada por los datos obtenidos en estudios realizados en nuestro país. Este es el caso de la investigación llevada a cabo por Cárdenas y Moreno-Jiménez (1989) citado por Graña & Muñoz (2000) en la que encontraron que el consumo de alcohol correlacionaba positivamente con la búsqueda de sensaciones, aunque no ocurría así en el caso del consumo de tabaco. En este mismo sentido, otros autores señalaron que aquellos sujetos que mostraron mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones eran los que presentaban un mayor consumo de drogas legales como el tabaco y las bebidas alcohólicas. (Del Barrio y Alonso, 1994, en Graña & Muñoz, 2000, p. 251).

2.2.2.2. Trastornos de la Personalidad

En 2004, Caballo informo que los Trastornos de la Personalidad que empiezan temprano y duran prácticamente toda la vida, sugiere que tanto los aspectos genéticos como las primeras experiencias en la familia pueden ser importantes a la hora de considerar la etiología de los mismos. Se ha señalado que para la mayoría de los Trastornos de la Personalidad las influencias genéticas y las ambientales son igual de importantes y no se puede ignorar ninguna de ellas. O'Connor & Dyce (2001) citato por Caballo (2004), señalan que las pruebas genéticas más amplias que tenemos hoy día se refieren a los trastornos paranoide, esquizoide, esquizotípico, límite y antisocial. Los trastornos del Grupo A se han estudiado principalmente por su supuesta relación con la esquizofrenia. No obstante, excepto la vinculación más o menos clara encontrada entre el trastorno Esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia, no parece haber

muchas pruebas de la relación genética de este último síndrome clínico con los otros dos trastornos de dicho grupo A. (p. 40)

DSM-IV: un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 1994). El DSM-IV-TR, distingue diez trastornos específicos de la personalidad clasificados en tres grandes grupos (véase Figura 1). La clasificación es como sigue:

<u>GRUPO A</u>	<u>GRUPO B</u>	<u>GRUPO C</u>
<u>RAROS Y EXCENTRICOS</u>	<u>DRAMATICOS EMOTIVOS</u>	<u>TEMEROSOS ANSIOSOS</u>
T. Paranoide de la P	<u>E INESTABLES</u>	T. por Evitación de la P
T. Esquizoide de la P	T. Antisocial de la P	T. por Dependencia de la P
T. Esquizotípico de la P	T. Límite de la P	T. Obsesivo Compulsivo de la Personalidad
	T. Histriónico de la P	
	T. Narcisista de la P	

Figura 1. Clasificación Trastornos de la Personalidad.

Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR [figura] .Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadec3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

Este manual, tiene una categoría llamada Trastornos de la personalidad no especificado, que correspondería a la categoría del CIE-10 llamada otros trastornos específicos de la personalidad, en donde se incluyen los trastornos de personalidad que no satisfacen los criterios diagnósticos para un trastorno específico de la personalidad, o para un trastorno de la personalidad no incluido en la clasificación, como por ejemplo el trastorno pasivo agresivo de la personalidad y trastorno depresivo de la personalidad.

CIE-10: los trastornos de personalidad son trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. (...) No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. (...) Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento.

Según Theodore Millon:

“La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprende el patrón identificador e idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo”

Según T. Millon, la personalidad consiste en múltiples unidades en múltiples niveles de datos, (que son los que aportan cada modelo teórico)

Datos biofísicos: los teóricos de esta orientación, se basan en los hallazgos de defectos estructurales o deficiencias químicas como la explicación de la aparición de síntomas.

Datos intrasíquico: derivados de los modelos dinámicos, subrayan el impacto de experiencias tempranas y consideran los trastornos del adulto como consecuencia de hechos pasados que siguen operando en forma insidiosa y subterránea.

Datos fenomenológicos: se refieren a los datos de la experiencia fenomenológica y consciente de cada individuo, y derivan de las corrientes humanísticas y existenciales. Desde esta perspectiva lo importante es la forma en que son sentidas las cosas y elaboradas por la persona, más allá de una “realidad objetiva”.

Datos comportamentales: desde esta perspectiva, las influencias ambientales son las de mayor relevancia, que refuerzan y controlan la patología del comportamiento humano.

Datos socioculturales: derivados de las perspectivas sociológicas y antropológicas, centrándose en el fenómeno sociocultural de las familias, los grupos y las etnias.

Según Millon la personalidad existe en un contínuum. No es posible una división estricta entre la normalidad y la patología. A pesar que el concepto de normalidad es complejo, debido a que dependerá de los criterios considerados para el mismo (estadístico, filogenético, legal, sociocultural, axiológico, etc), y que siempre están fuertemente influenciados por variables socioculturales, que varían según lugar y época; es pertinente distinguir entre las características de una personalidad saludable o normal, de aquella no saludable y con características de “trastorno”. (Román, 2016)

Modelo Multiaxial

En el DSM los trastornos se agrupan según sus clasificaciones y el modelo Multiaxial, la definición Multiaxial hace referencia a varios ejes que refleja una información distinta y específica. Un sistema Multiaxial incluye una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales pertenece a distintas área de información que facilita al examinador en la proyección del tratamiento y en la predicción de resultados.

De igual manera el DSM – IV El uso del modelo Multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos. Proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación. (p.27)

Tal como se observa en la Tabla 2, el modelo Multiaxial de Millon (Ávila-Espada, 2002) se divide en 5 ejes que proporcionan las distintas influencia que tienen el comportamiento humano.

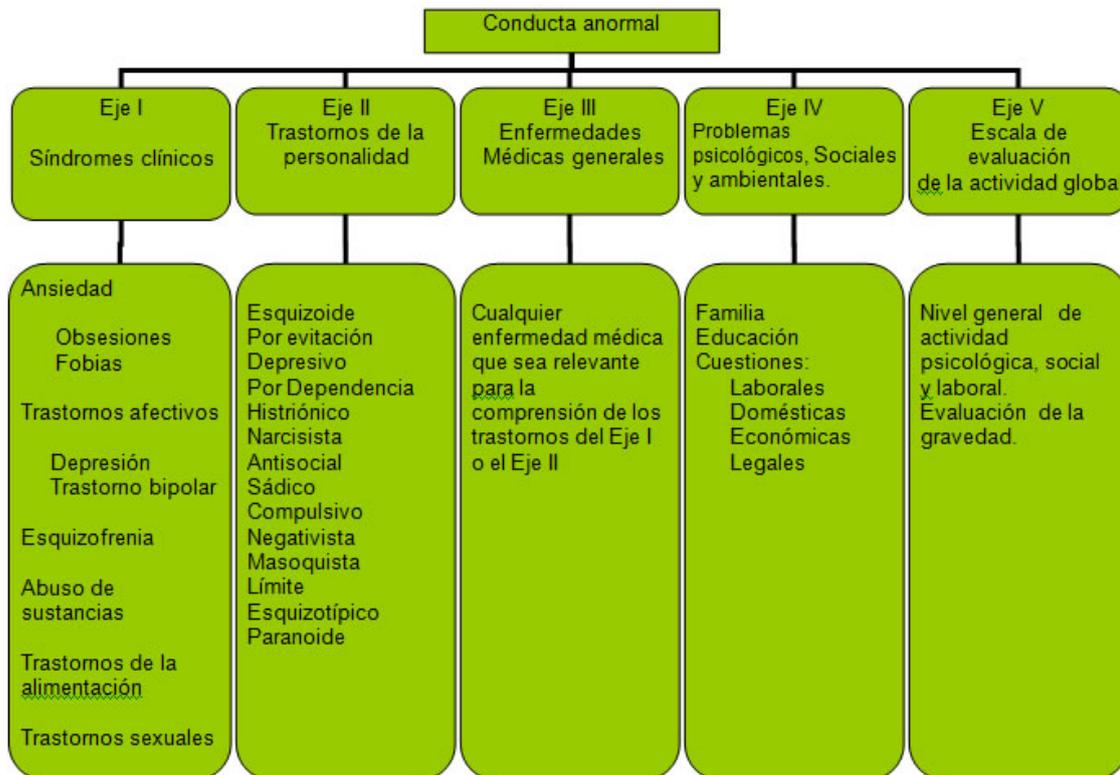


Figura 2. Modelo Multiaxial de Millon (Conducta Anormal)

Fuente: Ávila-Espada, A (2002). Inventario Clínico Multiaxial de Millon [figura]. Recuperado de <http://www.worldcat.org/title/mcmi-ii-inventario-clinico-multiaxial-de-millon-ii-manual/oclc/806455651>

2.2.3. Psicopatología y Adicciones

La presencia de trastornos de la personalidad en personas con problemas de consumo de drogas se ha convertido recientemente en un tema de interés no sólo por la alta prevalencia de estos problemas sino también por la necesidad de tenerlo en cuenta en el momento de organizar y estructurar la intervención. (Casares, Gonzales, Torres, Fernández & Álvarez, 2010)

Solis (2007) la psicopatología de la adicción apunta, en esencia, al estado motivacional morboso causado por sustancias psicótropas (dependencias químicas) o comportamientos (dependencias conductuales como ludopatía y otras). El núcleo fenomenológico de la adicción no es sensoperceptivo (psicosis), ni afectivo (trastornos del estado de ánimo), ni sustancialmente cognitivo: es volitivo. En adicciones, psicopatología y saber popular coinciden en lo que básicamente importa: el problema y la solución es la voluntad. Se reformulan aquí aspectos psicopatológicos clave como la motivación y la acción, la percepción y las necesidades humanas básicas, la intención y la evitación, el funcionamiento consciente y el implícito, o la solución de problemas y la clarificación. Se abordan nuevos conceptos psicopatológicos como inconsistencia motivacional, autocatálisis patógena o atractor pauta de orden. La psicopatología de las adicciones permite identificar tres factores de cambio: activación de recursos, intervenciones específicas de trastorno y elaboración de conflictos. El conocimiento de esta psicopatología específica y novedosa permite la mejor aproximación posible al tratamiento de las adicciones.

2.2.3.1. Definición Comorbilidad – Diagnostico Dual

La OMS delimita la comorbilidad como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Torrens (2008) Se denomina “patología dual” a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro

trastorno psiquiátrico. Estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica). Se presenta un estado de la situación de la patología dual desde la perspectiva epidemiológica, clínica y terapéutica y se revisan los retos de futuro más relevantes. Al estudiar la comorbilidad del eje II en consumidores de sustancias en pacientes referidos al tratamiento de trastorno de personalidad, se encontraron que el 60% de los pacientes con trastorno de personalidad presentaban también trastorno por consumo de sustancias.

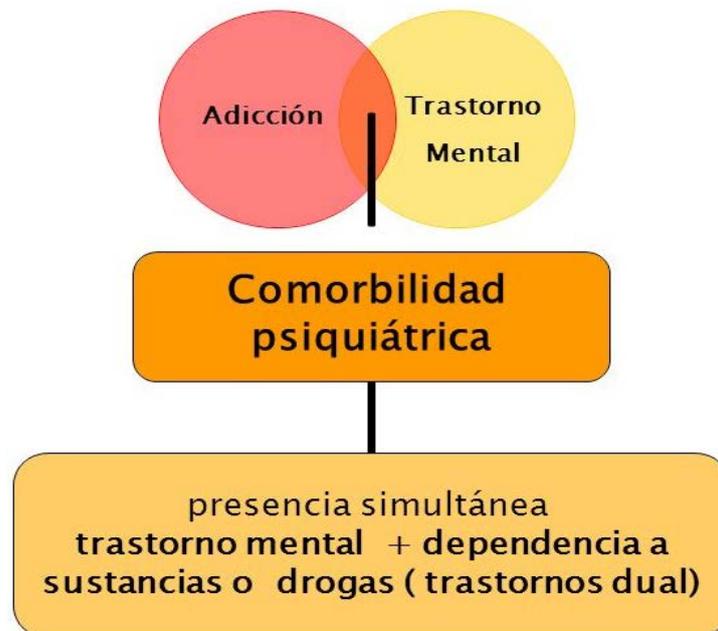


Figura 3. Comorbilidad- trastorno dual

Fuente: Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro [ilustración]. Recuperado de http://www.arona.org/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_28608_1.pdf

En los retos de futuro se hace hincapié en las necesidades de profundizar en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo, intoxicación, abstinencia de sustancias; la importancia de disponer de instrumentos clínicos de cifrado para detectar la patología dual; la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas farmacológicas y psicológicas efectivas; la importancia de la atención integrada de

estos pacientes por un solo equipo terapéutico en una red única de salud mental y adicciones y finalmente, la necesidad de incorporar la formación en patología dual a los profesionales sanitarios. (p.315)

Rubio (2000) La relación entre el uso de drogas y los trastornos psiquiátricos es muy estrecha. El consumo de drogas suele producir trastornos psiquiátricos, y bastantes sujetos con trastornos emocionales utilizan las drogas para mitigar determinados estados emocionales. En otros casos, los fenómenos relacionados con la acción tóxica de las drogas en el organismo, son los elementos causales de trastornos como la intoxicación, el síndrome de abstinencia o el delirium. Por último, la evolución de la propia dependencia, con las complicaciones físicas, psicológicas y sociales, puede cristalizar en trastornos psiquiátricos como las depresiones.

Rubio resume su investigación mencionando que el problema de la patología psiquiátrica asociada al uso de sustancias es distinguir cuando está relacionada con la ingesta o con la abstinencia, y cuando se trata de trastornos independientes. Es decir, diferenciar los trastornos inducidos por la intoxicación, aguda o crónica, o por la abstinencia, de la auténtica comorbilidad. El término de comorbilidad psiquiátrica indica que existe una cierta asociación entre los trastornos psiquiátricos y los problemas por el uso de drogas. En ese sentido se señalan los trastornos que suelen preceder a la dependencia, los que pueden darse consecutivamente o aparecer durante la evolución de la dependencia. Cuando se habla de patología dual se quiere hacer especial hincapié en que los dos tipos de trastornos están presentes, de forma independiente (no son inducidos por la sustancia) en el momento de hacer el diagnóstico clínico.

Esta gravedad clínica y social es importante porque la patología dual no es una condición aislada sino que tiene una presencia epidemiológica importante. Tanto los estudios llevados cabo en población general como los llevados a cabo en las clínicas refieren que la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada, situándose entre el 15-

80%. Torrens (200, p.316). En este amplio rango se debe a distintos factores, entre los que el autor destaca:

La heterogeneidad de las muestras en las que se ha llevado el estudio: población general, personas que acuden en demanda de tratamiento, consumidores reclutados fuera de los servicios asistenciales.

El lugar en el que son atendidos: centros de la red de drogodependencias; recursos asistenciales de la red de salud mental; centros penitenciarios, etc....

Factores relacionados con la sustancia de abuso, tanto por sus efectos farmacológicos sobre el sistema nervioso central (sedantes, estimulantes, psicodélicos), como por su situación legal, disponibilidad y accesibilidad (cuánto más accesible sea una sustancia, más posibilidades hay de que personas sin antecedentes psiquiátricos y con estilos de vida normalizados la consuman). Factores intercurrentes como, por ejemplo, la presencia de infección por el VIH que a su vez también se asocia a psicopatología. Las dificultades diagnósticas, que como se describe a continuación, plantean problemas importantes y han sufrido cambios en los criterios utilizados a lo largo del tiempo.

Krausz (1996) citado por Arana & Germán (2005) propone cuatro categorías de diagnóstico dual:

Un diagnóstico primario de un trastorno mental, con un diagnóstico (dual) posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental.

Un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental. Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y de trastornos psiquiátricos.

Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo de un trastorno de estrés postraumático. (p.177)

De igual modo, el Informe nacional sueco distingue entre pacientes psiquiátricos que sufren comorbilidad y pacientes drogodependientes con trastornos de la personalidad que se ven acrecentando por el consumo de drogas y que en su mayoría de veces no reciben un diagnóstico adecuado.

Arana & Germán (2005, p. 178) citan la información de Morel (1999) según la cual distingue los trastornos psiquiátricos no específicos observados entre los consumidores de drogas de las complicaciones específicamente relacionadas con el consumo de drogas. Los trastornos observados con frecuencia entre los consumidores de drogas incluyen:

Ansiedad y trastornos depresivos.

Trastornos del sueño, resultado de la depresión, trastornos de ansiedad o psicosis.

Comportamiento agresivo y violento que indica trastornos de personalidad antisociales, psicopáticos, esquizofrénicos o paranoides.

2.2.3.2. Adicciones y Trastornos de la Personalidad

Es evidente que existe un extenso número de investigaciones realizadas sobre nuestro tema de estudio; es sugestivo realizar una revisión de los mismos con el fin de conocer que trastornos de la personalidad se vinculan frecuentemente con determinadas adicciones y por ello hay que tener más en cuenta en la prevención y en el tratamiento.

Otro de los motivos para efectuar esta revisión es tratar de aclarar el debate sobre si el trastorno de personalidad es uno de las causas predominantes de la conducta adictiva o si por el contrario es la dependencia a las sustancias psicoactivas lo que provoca un trastorno de personalidad. Debido a que las drogas más consumidas y tratadas son el alcohol, la cocaína, los opiáceos, el cannabis y sus compuestos hemos centrado nuestra revisión en los estudios que

se centran en la relación de dos de estas sustancias con los trastornos de personalidad.

a) Los trastornos de personalidad y el alcoholismo

Según los autores el alcoholismo representa uno de los problemas socioeconómicos y sanitarios más graves en nuestro país, pero en medio mundo también. Esto puede ser debido a que el alcohol es una de las sustancias junto al tabaco de mayor accesibilidad, socialmente aceptada, de fácil adquisición y con una gran tradición cultural. Desde jóvenes se utiliza el alcohol como motor de las relaciones sociales (Fernández & Echeburúa 2001, p.18).

El estudio de los trastornos de personalidad entre pacientes alcohólicos ha suscitado gran interés en los últimos años. Las diferentes investigaciones llevadas a cabo indican unos resultados heterogéneos con amplia variabilidad en la tasa de comorbilidad de los trastornos de personalidad con el alcoholismo. (Universidad de Oviedo, 2012)

Cuando una persona tiene problemas con una sustancia, es habitual que presente un trastorno adicional Echeburúa, Bravo & Aizpiri (2008) citan la información de Casas (1994). Los trastornos duales más frecuentes en el alcoholismo son la depresión, mayor en las mujeres, y los trastornos de ansiedad En algunos casos sí, principalmente en el uso de alcohol en los trastornos límite de la personalidad. En otros casos en los que predominan los rasgos antisociales, es la búsqueda de excitación, más que la reducción del dolor emocional, la que explica el uso de las drogas. (Echeburúa et.al., 2008).

En la investigación de la Universidad de Oviedo sobre el consumo excesivo de alcohol se percibe que los alcohólicos de tipo II son más impulsivos y buscadores de sensaciones y muestran más hostilidad y malestar emocional que los alcohólicos de tipo I (véase Figura 3). Respecto a las características psicopatológicas hay una sintomatología depresiva y una inadaptación a la vida cotidiana. Por otra parte, los trastornos de personalidad son más frecuentes en

sujetos alcohólicos de tipo II, con una presencia específica de trastornos narcisistas y paranoide. En ambos grupos, se observan trastorno obsesivo compulsivo, el antisocial, el dependiente y el evitativo.

La agrupación de estos trastornos de personalidad se clasifica respecto a los alcohólicos dependientes de tipo II en el cluster B (dramáticos, emocionales y erráticos) y en el cluster C (ansiosos y temerosos). Por el contrario, los alcohólicos-dependientes de tipo I se agrupan en el cluster C.

TIPOS DE ALCOHOLISMO (CLONINGER)	
TIPO I	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del alcoholismo después de los 25 años.
	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia solo aislada de problemas relacionados con el alcohol, las relaciones conyugales o el autocuidado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Busca el placer o evita el dolor, personalidad pasiva y dependiente.
	<ul style="list-style-type: none"> • Ensimismamiento e historias dispersas de detención, violencia o abuso de droga.
TIPO II	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio tardío.
	<ul style="list-style-type: none"> • Es familiar de un hombre alcohólico.
	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de los problemas con el alcohol antes de los 25 años.
	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo indiferente, antisocial, búsqueda de sensaciones.
	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio precoz.

Figura 4. Tipos de alcoholismo según Cloninger

Fuente: Universidad de Oviedo, (2012). *Psicología de las Adicciones*. (pp. 13-17). Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/10198189/>

Existen diversas investigaciones acerca de la relación de trastornos de la personalidad y alcohol descubriendo similares resultados hasta la actualidad, con pequeñas variaciones. En el año 1997, de una muestra de 366 sujetos, las personalidades más características eran la antisocial, la personalidad límite, y la paranoide. La que menos relación tiene es la esquizoide, y esquizotípico (Morgensten et al, 1997, en Universidad de Oviedo, 2012). Un año más tarde, lo

característico es que la personalidad narcisista es la que menos puntúa Driessen et al, (1998) citado por en Universidad de Oviedo (2012).

Sorprendentemente, en el estudio del año siguiente, es la de mayor puntuación, acompañada de la personalidad evitativo y paranoide (Pettinati et al, 1999, en Universidad de Oviedo, 2012). Para finalizar el estudio encabezan las personalidades pasivo-agresivo, antisocial, narcisista. (Fernández, 2002).

b) Trastornos de personalidad y adicción a la cocaína

Se encuentran cuantiosos estudios sobre la relación existente entre el consumo de cocaína o derivados y los trastornos de personalidad, por lo que la cocaína es una de las sustancias psicoactivas más consumidas y con mayor demandada para empezar un tratamiento.

Los resultados de la búsqueda indican que en las escalas básicas de personalidad más prevalentes son la pasivo agresiva, la antisocial, la narcisista y la histriónica. Las escalas de personalidad patológica más prevalentes son la límite y la paranoide. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados a nivel internacional y en nuestro país. En las escalas básicas de personalidad destacan las siguientes escalas, en las que un mayor porcentaje de sujetos han obtenido una puntuación TB superior a 84: la pasivoagresiva (42,2%), la antisocial (38,8%), la narcisista (35,3%) y la histriónica (32,4%). En las escalas de personalidad patológica destacan la límite (16,7%) y la paranoide (10,8%). En este artículo se lleva a cabo un estudio de los trastornos de personalidad asociados a la adicción a la cocaína.

Para ello se contó con una muestra de 60 pacientes cocainómanos, que cumplieron el MCMI-II antes del tratamiento, y de 50 sujetos de la población normal con las mismas características demográficas (edad, sexo y nivel socioeconómico). El 36,7% de la muestra clínica (frente al 16% de la muestra normativa) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. Los trastornos de mayor prevalencia entre los cocainómanos fueron el trastorno pasivo-agresivo de

la personalidad y el trastorno dependiente de la personalidad (10% cada uno de ellos), seguidos del trastorno obsesivo-compulsivo y el histriónico (6,7% cada uno). Asimismo, el 15% de la muestra clínica presentaba simultáneamente dos o más trastornos. (Universidad de Oviedo, 2012)

Los resultados obtenidos con el MCMI-II en la mencionada investigación muestran que 22 sujetos (el 36,7% de la muestra clínica) obtuvieron puntuaciones indicadoras de la existencia de, al menos, un trastorno de la personalidad. Los trastornos de personalidad más prevalentes obtenidos en este estudio son el trastorno de la personalidad por dependencia y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. Las escalas básicas de la personalidad en las que un mayor número de sujetos tienen una TB superior a 84 son: la pasivo/agresiva, un 33,3% la antisocial, un 22,5% y la narcisista, un 18,6%. En las escalas de personalidad patológica destaca la escala límite, con un 7,8% de la muestra.

Los resultados muestran que el 45,7% de los pacientes presenta, al menos, un trastorno de personalidad. Más en concreto, el trastorno de mayor prevalencia es el trastorno antisocial de la personalidad (25,7%), seguido del trastorno pasivo-agresivo (14%) y del trastorno de la personalidad por evitación (14,28). Se observa una cierta tendencia a presentar una mayor prevalencia en los trastornos de personalidad del grupo B. Los resultados mostraron una tasa de trastorno antisocial de la personalidad que ascendía al 34% de la muestra estudiada trastorno como indicador de mal pronóstico en el tratamiento de las conductas adictivas.

En los resultados de la investigación de la Universidad de Oviedo (2012) se observa una alta prevalencia de trastornos de personalidad en todos los grupos, el 85% de los sujetos presenta alguno. El 71,4% de los sujetos presenta más de un trastorno. Asimismo se constatan diferentes perfiles de personalidad según la sustancia consumida. Se comprueba mayor prevalencia de trastornos de personalidad en el grupo de alcohol cuando se consideran varios trastornos

agrupados. Cuando se considera un solo trastorno existe una mayor prevalencia en el grupo de cocaína.

Además de las conductas antisociales y la pasivo/agresiva, otro de los trastornos más frecuentes entre los adictos a la cocaína es la personalidad narcisista que afecta al 18,6%. Patrones de agresividad y sadismo en casi un 14% de los casos, con tendencias autodestructivas en un 10,85%. Con menos frecuencia aparecen trastornos esquizoides (7%) rechazan las relaciones interpersonales; conductas fóbicas (9,8%) -miedo irremediable a determinadas cosas o situaciones-; dependencia (5,9%); ejemplos de histrionismo (9,8%). Las alteraciones más frecuentes de los consumidores de este tipo de droga son las actitudes antisociales, conductas pasivo-agresivas con patrones de sadismo y personalidad narcisista.

c) Los trastornos de personalidad y los opiáceos

Los trastornos de personalidad y la dependencia a opiáceos, refiriéndonos a la heroína, ha sido objeto de estudio en diversas investigaciones especialmente en décadas anteriores debido a su elevado consumo. Las primeras averiguaciones en adictos a opiáceos pretendían definir la existencia de una personalidad adictiva sin que pudiera llegar a demostrarse la existencia de ésta.

En el ámbito específico de los trastornos de personalidad, la mayor parte de los estudios coinciden en señalar la presencia frecuente de estos trastornos en adictos a opiáceos, siendo el más frecuente el trastorno de personalidad antisocial. Así Rubio (1992) citado por la Universidad de Oviedo (2012) obtienen que el total de los 38 sujetos estudiados a través del IPDE, presentaran trastornos de personalidad, mostrando 31 de ellos trastorno de personalidad antisocial y narcisista. Similares fueron los resultados obtenidos por la Universidad de Oviedo (2012) citan la información de Valls Lázaro & Cols (1992) que aplicaron el mismo instrumento de evaluación a 25 sujetos donde el 96% de ellos presentaba trastornos de personalidad, siendo el trastorno antisocial el más frecuente seguido del trastorno límite.

En un estudio posterior, utilizando una muestra de 196 varones y 113 mujeres incluidos en un programa de mantenimiento con metadona, encontraron comorbilidad de trastornos del eje I en un 75% de los casos y, en el eje II aparecía un 36,2% de la muestra con un TP narcisista y/o antisocial; un 16,2% con un TP por dependencia y, en proporciones más bajas, el TP negativista e histriónico, destacando este último y el TP por dependencia en mujeres (Calsyn, Fleming, Wells & Saxon, 1996, en Universidad de Oviedo, 2012).

Sánchez Hervás, Tomás & Climent (1999) citado por Universidad de Oviedo (2012, p.15) realizaron un estudio con tres grupos de pacientes adictos a opiáceos (en mantenimiento con metadona, con antagonistas opioides y sin tratamiento) utilizando el SCID-II (Entrevista Clínica para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV). Los resultados fueron una alta prevalencia de distintos trastornos de personalidad, en especial de trastorno antisocial, límite y paranoide.

d) Los trastornos de personalidad y la adicción al cannabis

Es de mayor complejidad encontrar estudios relacionados a la correlación entre los trastornos de personalidad y la adicción a sustancias que no sean cocaína, opiáceos o alcohol, probablemente por el menor número de adictos en tratamiento a otras drogas que no sean las citadas.

El cannabis es una droga cuyo uso está relativamente extendido e incluso normalizado, pero en los últimos años cada vez más personas solicitan tratamiento por adicción a esta sustancia. En 2007, el 11,7% de las personas que solicitaron tratamiento por adicción a sustancias lo hicieron por el cannabis (Plan Nacional sobre Drogas, 2007). De ahí la necesidad de conocer la relación entre la adicción al cannabis y los trastornos de personalidad: lo profesionales necesitan tener en cuenta los TTPP que pueda tener el sujeto para adecuar el tratamiento y personalizarlo lo mejor posible. Además, puede aportar información sobre por qué unas personas desarrollan adicción y otras no. (Universidad de Oviedo, 2012).

Con respecto al cannabis, Pedrero, Puerta, Lagares & Saez (2003) determinan la presencia y la gravedad de los trastornos de personalidad en una muestra de 150 sujetos en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias, de los cuales 6 eran adictos al cannabis. Sólo se detectaron el trastorno de personalidad dependiente y el histriónico en el 16,7% de la muestra cada uno; es decir, cada trastorno se detectó en una persona de las 6 investigadas no sabiendo si ambos trastornos se detectaron en la misma persona o en personas diferentes.

Sin embargo el estudio de Pedrero et al (2003) no es muy significativo debido a la muestra usada, que era muy reducida. El estudio de Espinoza (2008) citado por Universidad de Oviedo (2012). Utiliza una muestra de 41 consumidores de cannabis y 41 no consumidores, a los cuales se les pasa el MCMI-II. En casi todos los casos el porcentaje de consumidores con algún trastorno de personalidad era mayor que en los no consumidores, excepto en el trastorno de personalidad compulsivo. Si consideramos dos niveles de gravedad, moderado y grave, en el nivel moderado los trastornos de personalidad más presentes en los consumidores fueron el histriónico y el narcisista, y en el nivel grave los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el narcisista, el antisocial y el pasivo agresivo.

Resultados semejantes a los del estudio de Espinoza podemos encontrar en el estudio de Aizpiri, Bravo de Medina & Echeburúa (2010) citado por Universidad de Oviedo (2012), donde comparan un grupo de 141 sujetos adictos al cannabis con 140 sujetos sanos y 140 sujetos de control clínico, es decir, sujetos que solicitan ayuda por trastornos del eje I pero no son consumidores de ninguna sustancia. Los principales resultados muestran que el grupo de adictos al cannabis muestran más frecuentemente trastornos de personalidad (32,8%) frente al grupo de control clínico (23,7%) y al grupo normativo de control (10%). Los trastornos más comunes en los adictos al cannabis son el narcisista, que aparece en un 11,3% de la muestra, y el antisocial y el esquizotípico, que aparecen en un 9,9%.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Formulación de la hipótesis.

H1. Existe diferencias significativas en los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y dependientes Pasta Básica de Cocaína.

H0. No existe diferencias significativas en los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y Pasta Básica de Cocaína.

Hipótesis Específicas

H1. Existe diferencias significativas en los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y dependientes Pasta Básica de Cocaína, de acuerdo al grado de instrucción.

H0. No existe diferencias significativas en los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y dependientes Pasta Básica de Cocaína, de acuerdo al grado de instrucción.

H2. Existe diferencias significativas en los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y dependientes Pasta Básica de Cocaína, de acuerdo al estado civil.

H0. No existe diferencias significativas en los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y dependientes Pasta Básica de Cocaína, de acuerdo al estado civil.

2.3.2. Variables

Variable de estudio:

- Trastorno de la personalidad

2.3.3. Variables demográficas

- Grado de Instrucción : Secundaria incompleta e completa, técnico, superior completo e incompleto y primaria incompleta.
- Estado Civil : Soltero, casado, conviviente y separado
- Sexo : Varones y mujeres
- Edad : 18 a más.

III. METODOLOGÍA

3.1. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	El Manual de Estadística conocido como DSM-IV-TR define a un trastorno de la personalidad como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.”	Escalas de Validez	Validez
			Sinceridad
			Deseabilidad Social
			Autodescalificación
			Esquizoide
			Evitativo
		Patrones clínicos de personalidad	Dependiente
			Histriónico
			Narcisista
			Antisocial
			Agresivo-sádico
			Compulsivo
			Pasivo-agresivo
Autoderrotista			

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	Patología severa de personalidad	Esquizotípico
		Borderline
		Paranoide
	Síndromes clínicos	Ansiedad
		Somatoformo
		Bipolar
		Distimia
		Dependencia de alcohol
		Dependencia de drogas
		Síndromes severos
	Depresión mayor	
	Desorden delusional	

3.1. Diseño de investigación

3.1.1. Según el propósito.

Busca el conocimiento puro por medio de la recolección de datos, de forma que añada datos que profundizan cada vez los conocimientos ya existidos en la realidad, se construye a base de esto un mayor conocimiento en sus hipótesis, teorías y leyes, por eso es importante conocerlos antecedentes para poder genera criterios nuevos por medio de la investigación donde se especifique la forma detallada de su estudio sus conclusiones obtenidas se basaran en los hechos. (Pinedapro, 2013)

3.1.2. Según el diseño de investigación.

La investigación no experimental es la búsqueda empírica estova de la mano con la observación de fenómenos y su análisis estadístico, es el más usado en el campo de las ciencias sociales y en las ciencias naturales de igual manera la sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa sobre la variación simultaneas de las variables independientes y dependientes; de igual manera es una investigación transaccional; ya que se recolectan dato en un solo momento y tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en el momento dado (Kerlinger, 2002).

3.2. Unidad de estudio

Dependientes al Alcohol y Dependientes de Pasta Básica de Cocaína.

3.3. Población

Los participantes fueron pacientes de un mismo centro terapéutico que cuenta con dos sedes ubicado en el distrito de Puente Piedra. Para acceder a los mismos se contó con la aprobación del gerente de la mencionada institución, quien asignó sus 3 sedes estimando la colaboración de 363 internos entre los 18 y 65 años. La mayor parte de la población son hombres 356 personas (98%) y en su minoría son mujeres 7 participantes (2 %)

3.4. Muestra

Inicialmente la muestra contaba con 375 evaluados, por motivos de que los evaluados contaban con otra droga problema distinta a la de las requeridas se prosiguió a eliminar a la muestra 12 participantes, donde actualmente se encuentra conformada por 363 personas con 95% de confianza, dichos evaluados pertenecen a un centro terapéutico casa que se encuentra ubicada en el distrito de Puente Piedra.

Tabla 2
Muestreo probabilístico Sistemático

SEDES	N	n=K*N
1	146	75
2	146	75
3	71	37
	363	187

EJEMPLO

N= población total = 363
n= muestra= con un nivel
de confianza de 95%
K= $n/N = 0.515$

3.5. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Todo estudio se basa en la recolección de información que revele datos importantes y significativos sobre la investigación en la que se está trabajando. Esta información debe recopilarse en el menor tiempo posible para no perder la oportunidad de que interfieran variables externas ya a su vez para que no se pierda veracidad.

Dentro de las técnicas empleadas para la recolección de datos se han utilizado la encuesta (MCMI -II), la evaluación grupal que se realizó para el 90% de los evaluados y también las entrevistas individuales; dichas entrevistas se realizaron de manera personalizada para el 10% de la población ya que requerían una mayor supervisión porque se encontraron con medidas correctivas por comportamientos inadecuados y en otros casos porque eran pacientes que se atendían sus casos clínicos desde el inicio del internamiento, por lo cual se tenía a cargo dichas historias clínicas y el progreso respectivo de los mismos.

El instrumento que se utiliza para la descripción de características de personalidad y dependencia de la droga problema es el MCMI -II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Consta de un formato de respuesta Verdadero/Falso, cuenta con 175 ítems (vea apéndice A), que ocupa un tiempo de administración, relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico. Sus ítems se dividen en dos grupos: prototípicos, que representan características centrales de personalidad que son únicas para ese patrón o síndrome, y periféricos, que representan características no centrales y compartidas por dos o más patrones de personalidad o síndrome similares. Los ítems prototípicos son puntuados con el valor 2, mientras que los ítems periféricos son puntuados con el valor 1 (Strack & Millon, 2007).

Como se ha mencionado previamente, el MCMI-II es una prueba tanto para evaluar los trastornos clínicos como los trastornos de personalidad y es de rápida aplicación. No obstante, si bien estas características son una ventaja práctica, también pueden ser desventajas; debido a que diversas escalas comparten ítems, lo cual afecta la capacidad para discriminar los trastornos que miden de los otros medidos por otras escalas.

Por último, se realizó un análisis de validez y confiabilidad a través del coeficiente de Alpha de Cronbach (α), donde los resultados muestran una adecuada confiabilidad con (α) de .951, demostrando que existe una óptima consistencia interna en la prueba. Asimismo conto con un análisis ítem constructo que muestra en su mayoría están correlacionados con el constructo con un resultado $p < .001$. Se empleó el método para baremar el test a través de percentiles, debido que el MCMI-II es una prueba que no ha sido adaptada en nuestro país, por lo contrario se utilizó la versión española en la obtención de resultados (vea apéndice B), También llamado tabla de normas, es una tabla que sistematiza las normas que

transmutan los puntajes directos en puntajes derivados susceptibles de interpretación estadística.

3.6. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

Los resultados analizados se presentaron en tablas o figuras según corresponden a los análisis correspondientes, se especificaron los datos en frecuencia, porcentajes, medias, desviación estándar, según los objetivos.

Inicialmente se realizó las coordinaciones necesarias con el centro terapéutico para la administración de la prueba a toda la población que presentaba dependencia con nuestras unidades de estudio contando con tres sedes, se obtuvo un consentimiento informado de la representante legal de la empresa (vea apéndice C). Asimismo se procedió a realizar una información oral con los participantes para así contar con su beneplácito para que los resultados sean empleados para una investigación y a su vez este tipo de evaluaciones también son tomadas como parte de su permanencia.

La base de datos obtenidos de esta investigación será sometida a análisis estadísticos, haciendo uso de la estadística descriptiva para el objetivo descriptivo del estudio. Inicialmente se analizaron los datos estadísticos descriptivos de la muestra en cuando a las variables sociodemográficas. Asimismo, se usaron estadísticas inferenciales para comprobar las hipótesis planteadas, la decisión de usar los estadísticos para la contratación de las hipótesis se hizo de acuerdo al análisis de la distribución de normalidad de los datos analizados con la prueba no paramétrica de Kolmogorov – Smirnov. Se usaron las estadísticas paramétricas; ya que la distribución de los datos se presentó varianzas de formas homogéneas.

IV. RESULTADOS

4. Análisis e interpretación de resultados descriptivos del cuestionario Millon

Los resultados obtenidos en la presente investigación se describen y muestran en tablas y figuras estadísticas, así como las medidas de tendencia central de las variables son abordadas en la tabla 3. En esta tabla se observa que los datos tienden a ser homogéneos de acuerdo a la medida de tendencia central (Media) y de dispersión (Desviación estándar) así como el coeficiente de variabilidad (CV) el cual se encuentra porcentajes adecuados menores al 20%.

Tabla 3

Medidas de Tendencia Central de los trastornos de la personalidad.

Variable	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>CV</i>
Trastornos de la Personalidad	363	43.79	5.68	12.97

En la tabla 4 y Figura 5 se muestra la distribución de frecuencias según droga problema en la muestra de consumidores de sustancias psicoactivas, se observa que el grupo de pasta básica de cocaína representa el 59,5% mientras que el grupo de paciente alcohólicos es el 40,5%

Tabla 4

Frecuencia de la muestra de pacientes adictos según droga problema

Droga Problema	<i>f</i>	%
Alcohol	147	40.5
Pasta Básica de Cocaína	216	59.5
Total	363	100.0

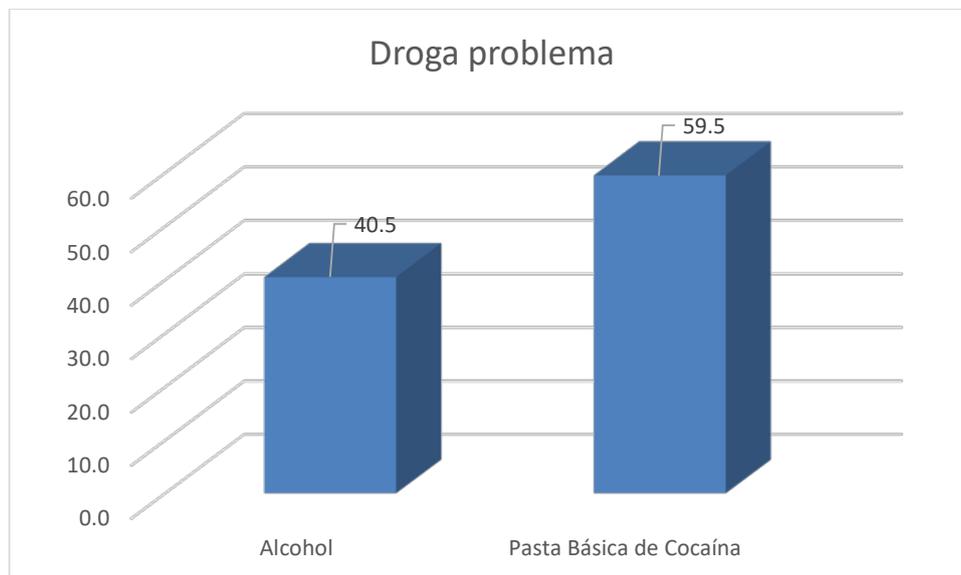


Figura 5. Distribución de frecuencias según droga problema

En la tabla 5 y Figura 6 se muestra la distribución de frecuencias según grado de instrucción en la muestra de consumidores de sustancias psicoactivas, se observa tres grupos grandes donde concentran los datos, el grupo de secundaria completo representan el 46,6%, seguido por el grupo de secundaria incompleta con un 21,15 y el grupo de superior completo con un 11,8 %

Tabla 5

Frecuencia de la muestra de pacientes adictos según grado de instrucción

Grado de Instrucción	<i>f</i>	%
Superior	29	8.0
Superior Incompleto	43	11.8
Técnico	35	9.6
Sec. Completa	169	46.6
Sec. Incompleta	78	21.5
Primaria Incompleta	9	2.5
Total	363	100.0

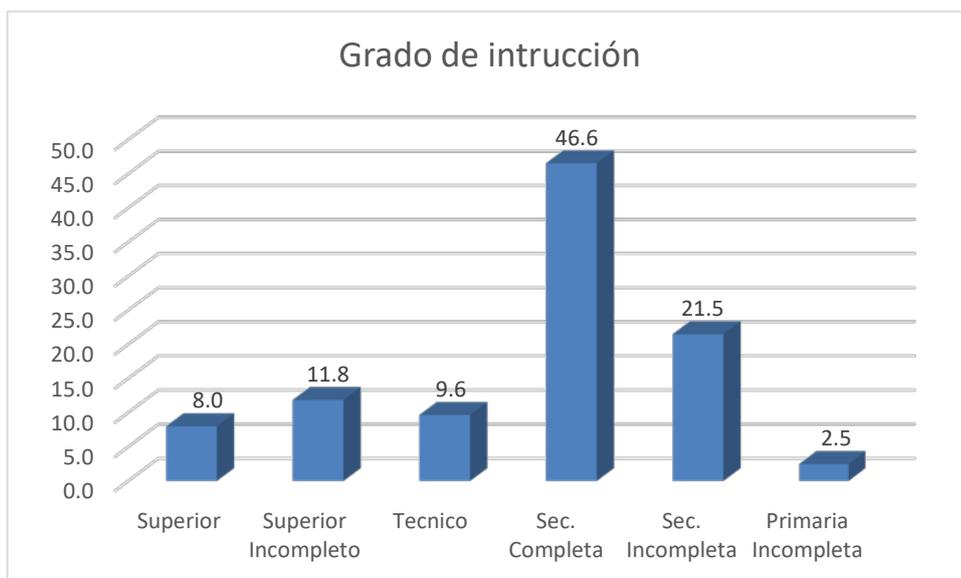


Figura 6. Distribución de frecuencias según grado de instrucción

En la tabla 6 y Figura 7 se muestra la distribución de frecuencias según estado civil en la muestra de consumidores de sustancias psicoactivas, se observa dos grupos grandes donde se concentran los datos, el grupo de solteros que representan el 69,7%, seguido por el grupo de conviviente con un 18,7 seguido de dos grupos más reducidos el de casados 8% y el de separado con un 3,3%

Tabla 6

Frecuencia de la muestra de pacientes adictos según estado civil

<i>Estado Civil</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
soltero	253	69.7
casado	29	8.0
conviviente	68	18.7
separado	12	3.3
Total	363	100.0

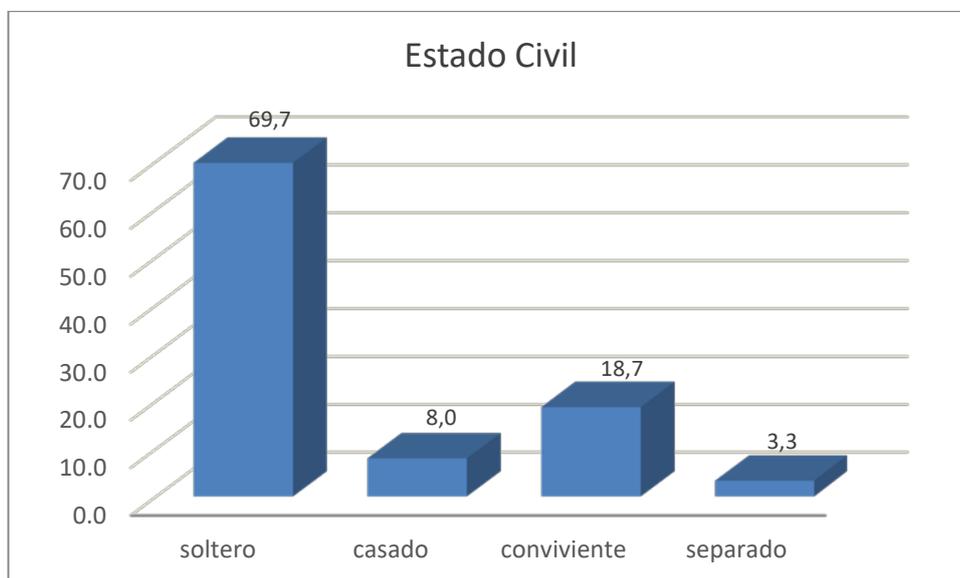


Figura 7. Distribución de frecuencias según estado civil

4.2. Prevalencia de los trastornos de la personalidad según la dependencia de Alcohol y Pasta Básica de Cocaína en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas

Se observa los valores de la prueba chi cuadrada calculada que hace referencia a las comparaciones entre los trastorno de personalidad tempranos en adictos consumidores de alcohol y pasta básica de cocaína, presenta diferencia significativa ($p < .001$).

Tabla 7

Diferencia entre los trastornos de personalidad entre consumidores pacientes adictos a alcohol y pasta básica de cocaína

Trastornos de la personalidad	χ^2	p
Consumidores de Alcohol	34.675	0.001
Consumidores de PBC		

En la tabla 8 se muestra la prevalencia en pacientes consumidores de PBC, presentando en el trastorno de la personalidad antisocial la mayor concentración de datos 45,4%, el trastorno narcisista representa el 14,4% y el trastorno agresivo-sádico con un 15,3%

Tabla 8
Prevalencia de los trastornos de la personalidad en paciente consumidores de PBC

Trastorno	Pasta Básica de Cocaína	
Auto derrotista	7	3.2%
Esquizoide	6	2.8%
Evitativo	10	4.6%
Dependiente	11	5.1%
Histriónico	3	1.4%
Narcisista	31	14.4%
Antisocial	98	45.4%
Agresivo-Sádico	33	15.3%
Compulsivo	7	3.2%
Pasivo-agresivo	10	4.6%
Total	216	100.0%

En la tabla 9 se muestra la prevalencia en pacientes alcohólicos, presentando en el trastorno de la personalidad antisocial la mayor concentración de datos 24,5%, el trastorno narcisista representa el 22% y el trastorno dependiente con un 10,2%

Tabla 9
Prevalencia de los trastornos de la personalidad en paciente alcohólicos

Trastorno	Alcohol	
Autoderrotista	10	6.8%
Esquizoide	12	8.2%
Evitativo	14	9.5%
Dependiente	15	10.2%
Histriónico	7	4.8%
Narcisista	22	15.0%
Antisocial	36	24.5%
Agresivo- Sádico	12	8.2%
Compulsivo	11	7.5%
Pasivo- agresivo	8	5.4%
Total	147	100.0%

4.3. Instrumento

A efectos de verificar las cualidades psicométricas del instrumento y constatar la pertinencia de su aplicabilidad en la muestra del presente estudio se han estimado en una muestra de 363 la confiabilidad, validez de constructo y los baremos correspondientes, hallazgos que se describen a continuación

4.4. Confiabilidad

La consistencia interna- homogeneidad, se halló a través análisis de alfa de Cronbach (α), para nuestra variable lo cual brindo resultados que muestran una adecuada confiabilidad para las escalas generales. En la tabla 10 los resultados muestran una adecuada confiabilidad mayor a .70 para la escala de personalidad ($\alpha=.951$) que indican una óptima consistencia interna (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999).

Tabla 10

Confiabilidad a través de consistencia interna para la escala de personalidad

	α
Personalidad	.951

4.5. Validez

El análisis de ítem constructo muestra en su mayoría una interrelación de $p < .001$ lo cual es un indicador de que los ítems estarían muy correlacionados con el constructo a pesar que existan ítems con una $p > .05$ que no demuestran una asociación clara al constructo.

Tabla 11

Análisis de ítems-test para el cuestionario de personalidad

Ítem	<i>r</i>	<i>p</i>									
1	0.007	0.901	21	,378**	0.000	41	,340**	0.000	61	-0.061	0.250
2	,195**	0.000	22	,376**	0.000	42	,370**	0.000	62	0.073	0.163
3	,323**	0.000	23	,385**	0.000	43	,322**	0.000	63	,380**	0.000
4	0.028	0.590	24	,492**	0.000	44	,269**	0.000	64	,386**	0.000
5	,289**	0.000	25	,391**	0.000	45	,511**	0.000	65	,333**	0.000
6	,253**	0.000	26	,452**	0.000	46	,344**	0.000	66	,471**	0.000
7	,168**	0.001	27	,382**	0.000	47	,402**	0.000	67	,538**	0.000
8	,384**	0.000	28	,253**	0.000	48	0.027	0.605	68	,423**	0.000
9	,351**	0.000	29	,227**	0.000	49	,403**	0.000	69	,391**	0.000
10	,339**	0.000	30	0.096	0.068	50	,520**	0.000	70	,115*	0.029
11	,381**	0.000	31	,142**	0.007	51	,490**	0.000	71	,408**	0.000
12	,357**	0.000	32	,350**	0.000	52	0.057	0.278	72	,436**	0.000
13	,109*	0.038	33	,438**	0.000	53	,433**	0.000	73	,325**	0.000
14	-0.047	0.370	34	,104*	0.048	54	,472**	0.000	74	,406**	0.000
15	,287**	0.000	35	0.076	0.148	55	,369**	0.000	75	-0.005	0.917
16	,415**	0.000	36	,321**	0.000	56	,438**	0.000	76	,366**	0.000
17	,181**	0.001	37	,339**	0.000	57	,363**	0.000	77	,342**	0.000
18	,412**	0.000	38	,180**	0.001	58	,359**	0.000	78	,414**	0.000
19	,187**	0.000	39	0.065	0.219	59	,335**	0.000	79	,370**	0.000
20	,285**	0.000	40	,221**	0.000	60	,188**	0.000	80	,311**	0.000

Ítem	<i>r</i>	<i>p</i>									
81	,234**	0.000	101	,359**	0.000	121	,348**	0.000	141	,201**	0.000
82	,345**	0.000	102	,354**	0.000	122	0.054	0.305	142	,267**	0.000
83	,408**	0.000	103	,151**	0.004	123	,377**	0.000	143	,201**	0.000
84	,270**	0.000	104	,372**	0.000	124	,407**	0.000	144	,343**	0.000
85	,288**	0.000	105	,184**	0.000	125	-0.024	0.649	145	,354**	0.000
86	,187**	0.000	106	,307**	0.000	126	,129*	0.014	146	,202**	0.000
87	,214**	0.000	107	,410**	0.000	127	,389**	0.000	147	,297**	0.000
88	-0.007	0.892	108	,295**	0.000	128	,548**	0.000	148	,282**	0.000
89	,199**	0.000	109	,542**	0.000	129	,234**	0.000	149	0.018	0.729
90	,106*	0.044	110	,466**	0.000	130	,223**	0.000	150	,238**	0.000
91	,445**	0.000	111	,362**	0.000	131	,512**	0.000	151	,390**	0.000
92	,226**	0.000	112	,443**	0.000	132	,455**	0.000	152	,173**	0.001
93	,421**	0.000	113	,468**	0.000	133	,320**	0.000	153	0.083	0.116
94	,228**	0.000	114	,436**	0.000	134	,417**	0.000	154	,220**	0.000
95	,390**	0.000	115	,354**	0.000	135	,354**	0.000	155	,384**	0.000
96	,432**	0.000	116	,320**	0.000	136	,416**	0.000	156	,250**	0.000
97	,475**	0.000	117	,438**	0.000	137	,227**	0.000	157	,234**	0.000
98	,589**	0.000	118	,537**	0.000	138	0.062	0.238	158	,406**	0.000
99	,491**	0.000	119	,319**	0.000	139	,442**	0.000	159	0.022	0.700
100	,414**	0.000	120	,351**	0.000	140	,113*	0.031	160	,442**	0.000

Ítem	<i>r</i>	<i>p</i>
161	,371**	0.000
162	,339**	0.000
163	,367**	0.000
164	,382**	0.000
165	,426**	0.000
166	,129*	0.014
167	,417**	0.000
168	,417**	0.000
169	,174**	0.001
170	,322**	0.000
171	,455**	0.000
172	,384**	0.000
173	,279**	0.000
174	,500**	0.000
175	,190**	0.000

Tabla 12

Baremos de la escala de personalidad Millon II

Percentiles	ESQUIZOIDE	EVITATIVO	DEPENDIENTE	HISTRIÓNICO	NARCISISTA	ANTISOCIAL	ESQUIZOTÍPICO	BORDELIN	PARANOIDE
1	8.7	4.7	13.3	13.7	17.0	14.0	4.3	4.0	6.7
5	11.0	7.4	18.0	21.0	24.0	20.4	7.0	11.0	13.4
10	14.0	9.0	21.0	24.0	27.0	24.0	9.0	14.7	18.7
25	17.0	15.0	25.4	31.0	33.0	32.0	14.4	25.0	28.4
30	18.0	16.0	26.0	33.0	34.0	35.0	15.1	28.0	30.0
35	19.0	18.0	28.0	34.0	35.0	36.0	17.0	31.0	32.0
40	20.0	19.0	29.0	35.0	36.8	38.0	18.0	33.8	33.8
50	21.0	22.0	31.0	38.0	38.0	41.0	21.0	39.0	38.0
55	22.0	23.0	32.0	39.0	40.0	42.0	23.0	40.0	39.0
60	24.0	25.0	32.2	41.0	41.0	44.0	25.0	41.0	41.0
70	26.0	28.9	35.0	44.0	44.0	47.0	29.0	46.0	44.0
75	28.0	32.6	36.0	45.0	45.0	48.6	32.0	48.0	45.0
80	29.0	35.0	37.0	47.0	47.0	51.0	36.0	51.0	47.0
85	31.0	38.0	39.0	48.0	49.0	54.0	39.0	56.0	50.0
90	33.3	41.3	41.0	50.0	52.0	57.0	42.0	63.0	52.0
95	37.0	46.7	43.0	53.7	56.0	60.7	46.0	68.0	56.0
99	42.3	53.7	50.3	57.3	61.0	66.3	59.0	79.3	66.3

V. DISCUSIÓN

En el siguiente capítulo se presenta la discusión de los resultados hallados en relación al Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI-II) aplicado a una muestra de pacientes de un centro terapéutico de Puente Piedra.

La obtención de resultados concuerda con lo planteado teóricamente por Millon que indica que el diagnóstico clínico de consumo de sustancias está muy asociado con el trastorno de personalidad Antisocial, logrando así relacionar nuestros resultados con diversas investigaciones. Las conclusiones obtenidas por la Universidad de Oviedo (2012) nos indican que los trastornos que se asocian a su variable son pasivoagresiva, antisocial y narcisista; podemos compararlo con nuestros resultados obtenidos indicando que los trastornos relacionado a la dependencia de PBC son Antisocial, Agresivo-sádico y Narcisista. Por el contrario esta investigación relacionan solo a dos tipos de trastornos de la personalidad de las otras cuentan con diferencias; debido a que en la dependencia de PBC se encontraron investigaciones que no cuenta dicha relación, por ello se consideró como teoría la dependencia de cocaína esto evidencia diferencia en el T.P pasivoagresiva (cocaína) y T.P. Agresivo-sádico (PBC).

Se encontró al igual que Bricolo, Goma, Bertani & Serpelloni resultados similares, estos resultados en los T.P. personalidad relacionado a la dependencia de alcohol fueron el T.P. Antisocial, Narcisista y Dependiente, estos resultados pueden estarse dando debido a que las poblaciones coincidencia por el tipo de droga problema. No obstante dichos autores concluyen que el T.P histriónico fue el que presento menor frecuencia en relación al porcentaje, por lo que podemos reafirmar estos resultados para nuestras dos unidades de estudio. Además se encuentro en nuestra investigación que los tipos de trastornos predominantes para este tipo de adicción son en su mayoría del grupo B Y C, excluyendo al grupo A donde podemos encontrar los trastornos de la personalidad paranoide, Esquizotípico y esquizoide, planteándonos la pregunta porque este grupo presenta un menor índice de caso.

En el caso de este estudio, no fue posible emplear una entrevista estructurada para determinar un diagnóstico, puesto que el centro con el que se trabajó permitía evaluar al paciente en sesiones mínimas, lo cual no proporcionaba el tiempo suficiente para poder realizar la entrevista personal por ello cual se tomó como referencia la historia clínica tomada por nuestros colegas en el 90% de evaluados; por lo que se tomó en consideración la droga problema.

Respecto a las variables de grado de instrucción, se encontró que los pacientes que contaban con secundaria completa e incompleta presentaban mayor puntaje en el consumos de las droga problema, es probable que otros factores sociales, laborales, culturales y religiosos se combinen con la educación, influyendo en el perfil de consumo de alcohol de las poblaciones.

En este aspecto la prueba de ítem-test presentaron una adecuada correlación, por el contrario 18 ítems presentan una correlación ítem-test baja, una variable que se encontraría relacionada sería el deterioro cognoscitivo asociados a la frecuencia, intensidad y duración del consumo, otra posible explicación es que todos estos ítems presentarían dificultades en su fraseo para una adecuada comprensión de los mismos, así mismo sería la intromisión de una variable externa que se halla en relación con el grado de instrucción tomando en cuenta que los evaluados presentan en su mayoría secundaria completa seguido por secundaria incompleta.

No obstante, si bien estas características son una ventaja práctica, también pueden ser desventajas; debido a que diversas escalas comparten ítems, lo cual afecta la capacidad para discriminar los trastornos que miden de los otros medidos por otras escalas.

Dentro de las limitaciones a considerar, una variable que no se ha explorado como se detalló en el anterior párrafo es el deterioro cognoscitivo, se sabe por diversos estudios que en estas personas existe un deterioro cognoscitivo del que

depende mucho de los años de consumo y el tipo de droga. Podría ser, de que esa variable no explorada tenga prevalencia en estudios diferenciales.

De la misma manera las ideas probables que podríamos plantear serian que si antes de desarrollar el trastorno de adicción ya contaba con indicadores de trastorno de personalidad o contaba con indicadores de trastorno de personalidad y el consumo de las sustancias psicoactivas desencadenó o hizo más evidente dicho trastorno.

Por otro lado, se comprobó que la Hipótesis que se obtuvo fue la de investigación ya que mediante la prueba X^2 , se logró identificar mediante los resultados $p < 0.001$ indicando anular nuestra H_0 logrando afirmar nuestra H_1 . Asimismo, se comprobó las hipótesis alternas, ya que el estado civil soltero obtuvo un mayor índice de porcentaje relacionado con el consumo, en este aspecto no se encontró correlación de estas variables con diversas investigaciones, por lo cual se debería explorar esta área para identificar porque los solteros presentan mayores índices de consumo a diferencia de los separados y los casados.

Finalmente, a manera de cuestionamiento se plantea si estos resultados obtenidos estarían siendo influenciados por los tiempos que vivimos en los que las personas son más individualistas y preocupadas por conseguir su propio placer. En esta misma línea, Lipovotsky (2002) citado por Solís (2007) menciona que el narcisismo se ha convertido en los últimos años en uno de los temas centrales de la cultura en cuanto a la relación entre las dimensiones, cuestionando esta información, debido al transcurrir del tiempo trastorno que prevalece en la actualidad es el T.P. Antisocial que es más frecuente en género de la población que se investigó (masculino), estos evaluados mostraron desprecio insensible por los derechos de los demás y a su vez no evidencian remordimiento, son hostiles o violentas, características que se pudieron comprobar con mediante la observación y las historias clínicas.

VI. CONCLUSIONES

Se llegó a la conclusión que se la prevalencia en pacientes consumidores de PBC, presentaron en el trastorno de la personalidad antisocial la mayor concentración de datos 45,4%, el trastorno narcisista representa el 14,4% y el trastorno agresivo-sádico con un 15,3% y la prevalencia en pacientes alcohólicos, presentaron en el trastorno de la personalidad antisocial la mayor concentración de datos 24,5%, el trastorno narcisista representa el 22% y el trastorno dependiente con un 10,2%

La consistencia interna-homogeneidad, se halló a través del índice de alfa de Cronbach, para cada variable lo cual brindo resultados que muestran una adecuada confiabilidad para las escalas generales. El análisis por consistencia interna que se utilizó fue el índice de confiabilidad, a través del coeficiente de Alpha de Cronbach (α), donde muestran una adecuada confiabilidad mayor a .70 para la escala de personalidad ($\alpha=.951$) que indican una óptima consistencia interna (Hair et al. 1999).

En conclusión se logró determinar que nuestra hipótesis de investigación ya que en los valores de la prueba chi cuadrada nos muestra una referencia a las comparaciones entre los trastorno de personalidad, por consiguiente presenta diferencia significativa de los trastornos de personalidad en dependientes de Alcohol y dependientes de Pasta Básica de Cocaína.

Cabe señalar que el presente estudio presenta diversas limitaciones, que podrían subsanarse en futuras investigaciones con un punto de vista longitudinal y análisis de las tendencias. A su vez, resultaría interesante complementar el estudio, tomando en cuenta otras variables importantes de analizar al describir el consumo del alcohol y PBC, estos hallazgos nos darán mayores herramientas para corroborar como entender a una persona con estos trastornos clínicos.

VII. RECOMENDACIONES

Dada la cantidad de sujetos que participaron de la muestra en la presente investigación, sería indispensable para futuras investigaciones que se logren conseguir muestras más grandes, en cuanto a la cantidad de sujetos, para poder tener una mayor confiabilidad en los resultados, y así poder arribar a conclusiones más certeras. Esto no quiere decir que la investigación realizada no haya sido certera, ya que se pudo afirmar el objetivo planteado y se siguieron los procedimientos investigativos y científicos. Pero se recomienda utilizar muestras más grandes y la realización de investigaciones similares, para luego comparar los resultados de esta investigación con otras futuras, para así poder lograr establecer un patrón de personalidad en personas con dependencia a sustancias psicoactivas.

Incrementar la realización de estudios similares para reforzar aún más los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que existen diversas variables que podrían estar interviniendo y así poder elaborar iniciativas y/o programas que sirvan para contrarrestar esta problemática en nuestra sociedad.

El Gobierno Central a través de las Instituciones correspondientes, brinden el apoyo necesario a los Centros de Rehabilitación de adictos, con el propósito que las personas ahí ingresadas tengan un proceso de recuperación efectivo y de calidad.

Se sugiere continuar los estudios de la variable analizada con otras perspectivas de unidades de estudio. Aunque este trabajo es sólo un acercamiento inicial a tomar en cuenta distintos tipos de dependencia con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II en nuestro medio, se espera que sea el primero de futuros intentos por hacer cada vez más accesibles las pruebas disponibles para la evaluación de la personalidad patológica pues esta es una población que ha sido abandonada por la investigación durante mucho tiempo.

A los estudiantes de la carrera de Psicología, a los médicos y maestros que son las personas idóneas; a que realicen investigaciones en esta área, ya que desde hace unos años estamos asistiendo a variaciones en los patrones de consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas que en su mayoría son adictivas, en consecuencia hay un aumento notablemente la morbilidad y la mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas en la población general lo que han forzado a replantearse la prevención y el tratamiento de estas conductas desde sus inicios y así dichos profesionales elaboren y ejecuten programas de salud mental para la recuperación de estas personas.

VIII. REFERENCIAS

- Amador, C & Montserrat, J. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *En revista adicciones*, 15 (2) pp. 261-270. Recuperado de <https://doi.org/10.20882/adicciones.465>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Arana, M. (2013). Factores de personalidad en estudiantes universitarios según características de consumo de alcohol. Tesis de Licenciatura Universidad Católica del Perú.
- Arana, X & Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *En revista EGUZKILORE*, 19 (1) pp. 177-178. Recuperado de <https://www.ehu.eus/documents/1736829/2174561/12Arana.pdf>
- Arce, M. (2013). *Psicopatología de las Adicciones*. recuperada de <http://www.clinicamente.com.ar/adicciones/psicopatologia.htm>.
- Ávila-Espada, A (2002). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Adaptación española del MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon de Theodore Millon*, 1998. Madrid.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C & Liese, B. (1999) *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Ediciones Paidós ibérica.
- Belloch, A., Sandín, B & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Vol. 1. Madrid: McGRAW-HILL
- Bobes, J. Casas, M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos*. 2ª Edición. Madrid: 20 Enfoque Editorial, S.C.
- Bricolo, F., Gomma, M., Bertani, M & Serpelloni, G. (2012) Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. *En revista adicciones*, 14 (4) p. 494. Recuperado de <https://doi.org/10.20882/adicciones.480>
- Burneo, A & Castillo, M. (2014). *Guía de prevención del consumo de drogas*. (p. 113) Ecuador. Recuperado de <http://amorycontrol.eshost.es>.

- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad Descripción, evaluación y tratamiento*. (p. 40). Madrid: Editorial Síntesis.
- Casares, M., Gonzales, A., Torres, M., Fernández, J & Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. En revista Redalyc, 10 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/337/33712250002/>
- Castañeda, J y Chaves, L. (2013). *Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol*. Colombia: Pensamiento Psicológico.
- CEDRO: Zavaleta A, Tapia L, Rojas M, Barco C, Chávez V, Cedro (2013). *Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2013: Encuesta de hogares*. Lima: Macole.
- Chirimuscay, J. (26 de noviembre de 2013). *Alteraciones de la droga*. En Blog: Blogger. Recuperada de <http://alteraciondeladroga.blogspot.pe/2013/11/alteraciones-que-prducen.html>.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Cornejo, H. (2009). *Estrategias preventivas para evitar el consumo de drogas en jóvenes adolescentes*. (tesis de maestría). Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos, Venezuela.
- DEVIDA (2003). *II Encuesta Nacional de Prevención y Uso de Drogas 2002*. (pp. 22-49). Lima.
- DEVIDA (2006). *Información Estadística sobre drogas en el Perú. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA, Observatorio Peruano de Drogas - OPD*. Lima: Gráficas PeruAr S.R.L
- DEVIDA (2013a). *IV Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, Observatorio Peruano de Drogas*. Lima: Mercedes Group.
- DEVIDA (2013b). *I Encuesta Nacional sobre el Consumo de drogas en adolescentes infractores del poder judicial*. Lima: GMC Digital.
- División de Desarrollo Social de la CEPAL (2000). *Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina*. (pp. 6-7). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

- Durán, A. & Becoña, E. (2006). Patrones y Trastornos de Personalidad en Personas con Dependencia de la Cocaína en Tratamiento. *En revista Psicothema*, 18 (3) p. 579. Recuperado de <http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=3256>
- Durand, A. (2013). *Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica.* (p. 216) España. Editorial Psicothema.
- Echeburúa, E., Bravo, R. & Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger. *En revista Redalyc*, 20(4), pp. 525-530. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720403>
- Espada, J., Orgilés, M., Méndez, X., García, J & Ingles, C. (2008). Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *En revista Salud y Drogas*, 8 (1) p. 30. Recuperado de: http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/uploads/PrevEsp_PDF/I_E_EfectosProgramaSaluda_Espada.pdf
- Fernández, J & Echeburúa, E. (2001). El consumo excesivo de alcohol: Un reto para la salud laboral. *En revista Redalyc*, 1 (1) p. 18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910103>
- González, M., Espada, J., Guillen, A., Secades, R & Orgilés, M. (2014). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *En revista adicciones*, 28 (2) pp. 108-111. Recuperado de <https://doi.org/10.20882/adicciones.777>
- Graña, J & Muñoz, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *En revista Funveca*, 8(2), p. 251. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art04.2.08.pdf>
- Guerrero, J & Mocha, J. (2016). *Tipos de personalidad y conducta asertiva de los educadores familiares del ministerio de inclusión económica y social, dirección distrital, Chambo – Riobamba, periodo julio – diciembre 2015*". (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba – Ecuador.

- Hernández, A. (29 de Marzo de 2015). *Bases biológicas de la personalidad*. En Blog: Blogger. Recuperada de <http://actividadfinalfelisahernandez.blogspot.pe/2015/03/>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. (5 edición) Prentice Hall.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias sociales*. México: Mc Graw-Hill.
- Leal, B., Caballero, J., Calco, E & Diago, S. (2015). *Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados*. (12 vols.). La Habana: Editorial Ciencias Médicas
- Mangas, V (2015). *Relación entre la personalidad y el consumo problemático de cannabis en población universitaria*. Barcelona
- Mejía, M (2013, 18 de julio) El alcoholismo. En Blog: Realidad adolescentes. Recuperado el 05 de mayo del 2016, desde <http://nobils.blogspot.pe/2008/05/alcoholismo-el-alcoholismo-es-la.html>
- Méndez, A. (2017). *Abuso de sustancias adictivas: abuso de alcohol y de drogas de recetas médicas*. Puerto rico: Universidad Metropolitana.
- Nizama, M. (1979). Síndrome de la pasta básica de cocaína. Fenomenología clínica, historia natural y descripción de la subcultura (Primera parte). Sinopsis clínica de la farmacodependencia (Segunda parte). En: Revista de Neuropsiquiatría n° 42, pp. 113-134 y 185-208.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Italia.: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe OMS Sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*. Ginebra, Suiza.: Servicio de Producción de Documentos de la OMS

- Paredes, R. (30 de septiembre de 2013). *Alcohol y droga*. En Blog: Blogger. Recuperada de http://alcoholhydrogainedci.blogspot.pe/2013/09/normal-0-21-false-false-false-es-co-x_30.html
- Pedrero, E..., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. En revista *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255. Recuperado en <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-prevalencia-e-intensidad-trastornos-personalidad-13049863>
- Perea, C (2004) La concentración multisectorial en la lucha contra las drogas. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayo de San Marcos, Lima, Perú.
- Pinedapro, L. (05 de Febrero del 2013). *Investigación pura o básica*. 06 de Febrero del 2016, de SlideShare Sitio web: <http://es.slideshare.net/pinedapro/investigacion-pura-o-basica>
- Rodríguez, G. (13 de mayo de 2016). *La drogadicción*. En blog: Calameo. Recuperada <http://www.calameo.com/accounts/4786921>
- Román, S. (2016). *Trastornos de la Personalidad*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/BelCita1/trastornos-de-la-personalidad-escrito-1-59046078>
- Rubio, G. (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. En revista *Española de Sanidad Penitenciaria*, 2 (3). Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/187/415>
- Saiz, J., Álvaro, J., & Martínez, I. (2010). Relación entre rasgos de personalidad y valores personales en pacientes dependientes de la cocaína. En revista *Redalyc*, 23 (1) p. 129 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122829005.pdf>
- Saldivia, C & Vizcarra, B. (2012). Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. [En línea]. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200004>
- Sánchez, E & Gradoli, T. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. En revista *Trastornos adictivos*, 3 (1) pp. 22- 23. Recuperado de

<http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>

- Sepúlveda, M., Roa, J., & Muñoz, M (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *En Revista médica de Chile*, 139 (7). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700005>.
- Solis, C. (2007). *El inventario Multiaxial de Millon-II (MCMI-II): Validez y Confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de lima metropolitana*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Strack, S. y Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality Disorders using Millon's Model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II), 89(1), pp. 56-69.. *Journal of Personality Assessment*.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *En revista adicciones*, 20 (4) pp. 315-316. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255>
- Torres de Galvis, J. Posada, J. Bareño, J & Barbesí, D. (2010). *Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados*. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría, pp. 14 -35.
- Torres, M., Meda, R., Palomera, A., De Santos; F & Salazar, C. (2015). *Estrategias autoaplicables para afrontar el estrés y el hábito de fumar*. México: Editorial Universitaria
- UNODC (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Industria Gráfica MACOLE S.R.L.
- Universidad de Oviedo, (2012). *Psicología de las Adicciones*. (pp. 13-17) España. Facultad de Psicología.
- Vega, O y Juárez, F. (2014). *Relación entre alcoholismo y rasgos clínicos de personalidad en grupos de alcohólicos anónimos*. Colombia: Salud Soc Uptc

IX. APÉNDICE

APÉNDICE A: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI – II) de Theodore Millon

INSTRUCCIONES

- Las siguientes páginas contienen una lista de frases que la gente usa para describirse a sí mismos. Están impresas en este cuadernillo para ayudarte a describir tus sentimientos y tus actitudes.
- Trata de ser lo más honesto(a) y serio(a) que puedas en marcar las frases.
- No te preocupes si alguna de estas frases parecen poco comunes para ti, están incluidas para describir personas con diferentes tipos de problemas.
- Cuando estés de acuerdo con una frase o decidas que esa frase te describe, rellena con V en la hoja de respuestas separada que se te ha dado para indicar que es verdadero.
- Cuando estés en desacuerdo con la frase o decidas que esa frase no te describe, rellena con F para marcar falso.
- Trata de marcar cada frase, incluso si no estás seguro(a) de tu elección. Si has hecho lo mejor posible y todavía no puedes decidirte, marca F por falso.
- No hay tiempo límite para completar el inventario, pero es mejor trabajar con rapidez.
- Usa lápiz y rellena los círculos. Si cometes un error o cambias de decisión, borra completamente la marca y rellena el círculo correcto
- No hagas marcas ni escribas en el cuadernillo.

1. Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí.
2. Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros.
3. Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mí.
4. Creo que hay que ser decidido(a) y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago.
5. En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal.
6. Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta.
7. De adolescente me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar.
8. Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente si esta me molesta.
10. Me conformo con seguir a los demás.
11. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero.
12. A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia.
13. Me interesa muy poco hacer amigos.
14. Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior por lo tanto no me importa lo que la gente piensa.
16. La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado.
17. Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar.

18. Últimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frío.
19. No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales.
20. Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas.
21. Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien.
22. Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho.
24. La gente se burla de mi a mis espaldas hablando de como actuó o de mi aspecto.
25. Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren.
26. Tiendo a romper en llanto y a tener ataques de cólera sin saber porque.
27. Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos.
28. Tengo talento para ser dramático(a).
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto de la competencia intensa.
31. Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude.
32. Me protejo a mí mismo(a) de problemas, no dejando que la gente sepa mucho de mí.
33. La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado(a).
34. Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo.
35. Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado.

36. Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón.
37. Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros.
38. Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una manera segura de hacer un mundo pacífico es mejorando la moral de la gente.
40. En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho.
41. Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras.
42. Soy una persona muy sumisa y fácil.
43. Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas.
44. No me importa mangonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera.
45. En los últimos años, incluso cosas mínimas, parecen deprimirme.
46. Frecuentemente mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo.
47. Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe si quiera que existo.
48. Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.
49. Soy una persona tranquila y miedosa.
50. Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo.
51. Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día.

52. Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo.
53. Últimamente pareciera que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas.
54. Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años.
55. No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo.
56. Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho.
57. Daria la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mí.
58. Últimamente siento ganas de romper cosas.
59. Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.
60. Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado(a) en caso de necesidad.
62. Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado.
63. Le gusto a poca gente.
64. Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría alguno de sus errores.
65. Algunas personas dicen que me gusta sufrir.
66. Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.
67. Últimamente me siento nervioso(a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.

68. Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.
70. Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente pero en el pasado sentí que las necesitaba.
71. Me siento cansado(a) todo el tiempo.
72. No puedo dormir bien y me levanto tan cansado(a) como cuando me acosté.
73. He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.
74. Nunca perdono un insulto, ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.
75. Deberíamos respetar a las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.
76. Ahora me siento terriblemente deprimido(a) y triste gran parte del tiempo.
77. Soy el tipo de persona del que los otros se aprovechan.
78. Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.
79. He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.
80. Rápidamente me doy cuenta como la gente está intentando causarme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No puedo entenderlo, pero pareciera que disfruto hiriendo a las personas que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.

84. Estoy dispuesto(a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.
85. Desde que era niño(a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.
86. Cuando las cosas se ponen aburridas me gusta despertar situaciones emocionantes.
87. Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.
88. Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, debería pedírmelo a mí.
89. Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las que conozco.
90. Hace diez años que no veo un carro.
91. No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.
92. El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.
93. Hay muchas veces que sin razón alguna me siento muy contento(a) y muy emocionado(a).
94. Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.
95. Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.
96. En las últimas semanas me siento agotado(a) sin ninguna razón.
97. De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.
98. Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.
99. De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado(a) y triste acerca de la vida.

100. Mucha gente lleva años espiando mi vida privada.
101. No sé por qué, pero muchas veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.
102. Odio y temo a la mayoría de la gente.
103. Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.
105. Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.
106. Siempre estoy dispuesto(a) a ceder con los demás para evitar problemas.
107. Frecuentemente estoy molesto(a) y renegón(a).
108. Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.
109. Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosas una y otra vez.
110. Frecuentemente pienso que no merezco las buenas cosas que me suceden.
111. Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.
112. Frecuentemente cuando estoy solo(a) siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.
113. Me siento muy desorientado(a) y no sé adónde voy en la vida.
114. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
115. A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra persona.
116. He sido injustamente castigado(a) por la ley por crímenes que no he cometido.

117. Me he vuelto muy nervioso(a) en las últimas semanas.
118. Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.
119. Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada.
121. Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.
122. A través de los años he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.
123. Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuanto se puede confiar en ellas.
124. Incluso despierto(a) parece que no percibo a la gente que está junto a mí.
125. Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.
126. Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.
127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
129. No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.
132. De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico(a) y no puedo salirme de eso.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.
134. Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.

135. Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo(a).
137. Nunca pasó desapercibido(a) cuando estoy en una fiesta.
138. La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.
139. A veces me siento confundido(a) y perturbado(a) cuando la gente es amable conmigo.
140. Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.
141. Me siento incómodo(a) con los miembros del sexo opuesto.
142. Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo(a).
143. No me importa que la gente no esté interesada en mí.
144. Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.
145. La gente puede fácilmente cambiar mis ideas, incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.
146. Los otros han tratado de engañarme, pero tengo la fuerza de voluntad para superarlos.
147. Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno(a) para nada.
148. Con frecuencia la gente se enfada conmigo porque los mangoneo.
149. Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están por encima de mí.
150. Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.

151. En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.
152. Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.
153. Yo creo en el dicho: "A quien madruga Dios lo ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.
155. Mis sentimientos hacia la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacia ellos.
156. Mis padres nunca estaban de acuerdo.
157. En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.
158. En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro(a) y tenso(a).
159. Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño(a) he ido perdiendo contacto con el mundo real.
161. Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.
162. Era muy inquieto(a), viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de donde iría a parar.
163. No puedo tolerar a la gente que llega tarde a las citas.
164. Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.
165. Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía.
166. Tengo la habilidad de ser exitoso(a) en casi cualquier cosa que haga.
167. Últimamente me derrumbo.
168. Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera.

169. Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo.

170. Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.

171. Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente.

172. Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo(a) verbalmente.

173. Prefiero estar con gente que vaya a protegerme.

174. Ha habido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo.

175. He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol.

COMPOSICIÓN DE ESCALAS POR ÍTEMS

ESCALA 1: ESQUIZOIDE Ítems = 35; Puntaje = 58

Verdadero: 2(3), 10(2), 13(3), 16(1), 19(3), 22(1), 25(1), 33(2), 34(3), 46(1), 47(2), 53(1), 81(3), 83(2), 85(1), 106(2), 108(1), 124(2), 141(1), 142(1), 143(3), 150(2), 159(1), 160(1), 161(3)

Falso: 14(1), 20(2), 28(1), 48(2), 60(1), 78(1), 95(1), 103(1), 111(1), 125(1)

ESCALA 2: EVITATIVO Ítems = 41; Puntaje = 73

Verdadero: 2(1), 3(3), 8(3), 19(2), 23(2), 25(2), 27(2), 32(2), 34(1), 45(1), 47(2), 49(3), 56(2), 57(2), 63(3), 77(3), 81(1), 83(2), 85(1), 102(2), 106(1), 109(1), 110(2), 113(1), 115(2), 118(2), 120(3), 133(1), 139(1), 141(3), 147(1), 150(2), 155(2), 158(3), 160(1), 171(2)

Falso: 14(1), 21(1), 28(1), 125(1), 163(1)

ESCALA 3: DEPENDIENTE Ítems = 37; Puntaje =62

Verdadero: 10(3), 31(3), 34(2), 42(3), 49(1), 54(1), 57(2), 60(2), 75(1), 77(2), 78(3), 81(2), 97(2), 106(3), 110(1), 125(1), 133(3), 145(3), 149(1), 159(3), 168(1), 173(3) **Falso:** 4(2), 7(1), 12(1), 21(1), 28(1), 40(1), 41(1), 43(1), 74(1), 91(1), 92(1), 101(1), 147(1), 162(1), 163(1)

ESCALA 4: HISTRIÓNICA Ítems = 40; Puntaje = 69

Verdadero: 7(1), 9(2), 14(3), 20(3), 28(3), 37(1), 40(1), 41(1), 42(2), 43(2), 48(3), 56(1), 60(3), 66(2), 86(3), 89(1), 91(1), 95(1), 103(2), 111(3), 125(3), 128(1), 130(1), 133(2), 137(3), 142(1), 162(1), 166(2), 170(3), 171(1), 172(1), 173(1) **Falso:** 3(1), 19(1), 39(1), 51(1), 61(2), 77(1), 126(1), 158(2)

ESCALA 5: NARCISISTA Ítems = 49; Puntaje = 85

Verdadero: 1(3), 2(1), 4(2), 6(3), 12(1), 14(2), 15(3), 16(2), 22(1), 28(1), 32(1), 37(3), 41(2), 43(1), 55(1), 60(1), 80(1), 85(1), 86(2), 89(3), 91(3), 103(2), 111(2), 125(2), 126(1), 129(3), 130(1), 131(3), 134(1), 135(1), 137(2), 142(3), 143(1), 146(1), 163(1), 165(2), 166(3), 170(2), 171(2), 172(2) **Falso:** 81(1), 31(1), 42(2), 45(1), 51(1), 78(1), 106(1), 149(2), 158(2)

ESCALA 6: ANTISOCIAL Ítems = 45; Puntaje = 86

Verdadero: 1(2), 7(3), 12(2), 15(1), 20(2), 22(2), 32(1), 38(2), 40(3), 43(2), 44(1), 48(1), 55(2), 64(1), 73(2), 74(2), 80(2), 85(1), 86(2), 87(2), 91(2), 92(3), 94(3), 101(1), 103(3), 104(1), 111(1), 113(1), 116(3), 129(2), 130(3), 140(1), 142(2), 144(2), 147(3), 157(1), 162(3), 165(2), 171(1), 172(3) **Falso:** 34(1), 42(2), 77(1), 78(2), 81(2)

ESCALA 6B: AGRESIVO Ítems = 45; Puntaje = 81

Verdadero: 1(2), 4(3), 7(1), 9(3), 12(3), 21(2), 30(3), 32(1), 38(1), 40(1), 41(3), 43(1), 44(3), 58(1), 64(2), 66(1), 74(2), 80(1), 82(2), 84(2), 86(1), 91(2), 95(1), 101(3), 107(2), 115(2), 121(2), 129(2), 134(3), 135(1), 142(1), 146(1), 147(1), 148(3), 155(2), 163(3), 165(1), 166(2) **Falso:** 31(1), 42(2), 71(1), 77(2), 78(2), 106(1), 145(1)

ESCALA 7: COMPULSIVO Ítems = 38; Puntaje = 68

Verdadero: 4(1), 21(3), 32(1), 39(3), 46(3), 61(3), 64(2), 74(1), 75(3), 78(1), 81(1), 88(3), 126(3), 134(2), 138(3), 148(2), 149(3), 153(3), 159(2), 161(2), 163(2)

Falso: 7(1), 20(2), 40(1), 43(1), 48(2), 50(1), 60(1), 66(1), 77(1), 86(2), 92(1), 95(1), 103(1), 111(1), 128(1), 145(2), 155(1)

ESCALA 8: PASIVO AGRESIVO Ítems = 41; Puntaje = 78

Verdadero: 1(1), 4(1), 9(2), 12(1), 16(2), 21(1), 22(3), 23(1), 25(1), 28(2), 43(2), 50(3), 51(1), 55(3), 58(1), 64(2), 66(3), 73(2), 74(2), 77(2), 82(2), 86(2), 95(3), 101(2), 104(3), 107(3), 110(1), 115(2), 120(1), 123(2), 128(2), 129(1), 135(3), 139(1), 155(2), 156(3), 165(3), 171(1)

Falso: 6(1), 149(2), 159(2)

ESCALA 8B: AUTODERROTISTA Ítems = 40; Puntaje = 71

Verdadero: 8(1), 10(2), 16(2), 18(1), 23(3), 25(1), 28(2), 31(1), 42(2), 45(2), 51(2), 54(2), 56(2), 57(3), 63(1), 65(3), 71(1), 73(1), 77(2), 81(1), 82(1), 99(1), 106(2), 110(3), 115(2), 120(2), 121(3), 128(1), 132(2), 133(1), 139(3), 141(1), 145(2), 154(3), 155(2), 167(1), 168(3), 171(1), 173(1)

Falso: 74(1)

ESCALA S: ESQUIZÓTIPICA Ítems = 44; Puntaje = 79

Verdadero: 2(2), 3(2), 8(2), 10(1), 13(1), 19(1), 23(1), 24(3), 25(1), 31(2), 38(2), 47(3), 49(2), 53(1), 63(2), 69(3), 77(2), 83(3), 85(2), 100(2), 102(3), 108(1), 112(3), 113(2), 118(3), 120(2), 123(2), 124(2), 130(1), 133(2), 136(1), 141(2), 147(1), 150(3), 158(2), 160(1), 161(1), 162(1), 164(2), 165(1)

Falso: 14(1), 48(1), 60(1), 166(2)

ESCALA C: BORDERLINE Ítems = 62; Puntaje = 103

Verdadero: 5(2), 7(1), 22(2), 23(2), 25(3), 26(2), 27(2), 35(2), 36(1), 40(1), 43(3), 44(1), 50(2), 51(1), 53(1), 54(1), 56(3), 57(1), 58(3), 59(2), 65(1), 66(2), 67(1), 72(1), 73(3), 74(1), 77(1), 78(1), 79(2), 82(3), 91(2), 94(1), 95(2), 97(2), 99(1),

101(2), 103(1), 104(1), 108(1), 110(1), 113(3), 115(3), 128(3), 129(2), 130(1),
132(1), 135(1), 136(2), 139(1), 140(2), 142(2), 144(1), 147(1), 154(1), 155(3),
156(2), 162(1), 165(1), 167(1), 168(1), 171(3), 173(1)

Falso: Ninguno

ESCALA P: PARANOIDE Ítems = 44; Puntaje = 74

Verdadero: 6(1), 12(1), 15(2), 16(3), 21(1), 22(1), 24(2), 30(1), 32(3), 37(2), 38(3),
39(1), 41(1), 43(1), 44(1), 46(2), 55(1), 61(1), 63(1), 64(3), 68(1), 74(3), 75(1),
80(2), 84(3), 85(3), 89(2), 98(1), 100(2), 103(2), 123(2), 126(2), 127(1), 129(2),
131(2), 135(1), 138(1), 143(1), 146(3), 163(1), 164(3), 165(1), 171(1), 172(1)

Falso: Ninguno

ESCALA A: ANSIEDAD Ítems = 25 Puntaje = 43

Verdadero: 8(1), 16(1), 18(3), 26(1), 29(2), 33(2), 36(1), 51(3), 53(2), 54(1), 67(3),
71(2), 78(1), 96(2), 97(2), 99(1), 108(1), 109(2), 114(3), 117(3), 132(1), 145(1),
153(1), 167(2)

Falso: 166(1)

ESCALA H: HISTERIFORME Ítems = 31; Puntaje = 49

Verdadero: 5(1), 18(2), 26(1), 29(3), 31(1), 33(3), 36(1), 42(1), 50(1), 51(2), 53(2),
56(1), 60(1), 66(1), 67(2), 68(3), 71(3), 72(3), 78(1), 96(3), 98(2), 102(1), 109(1),
114(2), 117(1), 118(1), 137(1), 145(1), 170(1), 173(1)

Falso: 41(1)

ESCALA N: HIPOMANÍA Ítems = 37; Puntaje = 57

Verdadero: 11(3), 14(2), 17(1), 20(2), 28(2), 37(1), 40(1), 50(2), 58(1), 60(2),
66(1), 67(1), 73(1), 86(2), 89(1), 93(3), 95(1), 98(1), 101(1), 103(2), 111(1),
121(1), 125(2), 127(1), 128(2), 131(1), 134(2), 137(2), 151(3), 166(1), 170(2),
172(1), 174(3)

Falso: 19(1), 42(1), 158(1), 161(1)

ESCALA D: DISTIMIA Ítems = 36; Puntaje = 69

Verdadero: 5(2), 8(2), 25(1), 26(2), 27(3), 36(2), 45(3), 46(1), 51(2), 53(2), 54(3), 56(1), 59(2), 65(2), 71(2), 72(2), 76(2), 79(3), 83(2), 96(2), 97(3), 99(3), 107(1), 108(3), 109(2), 110(1), 132(3), 136(2), 139(1), 154(2), 155(1), 167(1), 168(1)

Falso: 41(1), 86(1), 166(2)

ESCALA B: DEPENDENCIA DE ALCOHOL Ítems = 46; Puntaje = 65

Verdadero: 17(3), 18(2), 22(1), 23(1), 25(1), 27(1), 35(1), 40(1), 46(1), 54(1), 65(1), 70(1), 73(2), 80(1), 87(3), 93(1), 95(2), 96(1), 97(2), 103(1), 104(1), 105(2), 108(1), 109(2), 111(1), 114(1), 117(1), 119(3), 125(1), 128(1), 130(1), 135(1), 137(1), 140(1), 144(2), 149(1), 155(1), 157(3), 159(1), 162(1), 165(1), 171(1), 175(2)

Falso: 8(1), 52(2), 122(2)

ESCALA T: ABUSO DE DROGAS Ítems = 58; Puntaje = 90

Verdadero: 1(2), 6(1), 7(2), 9(2), 12(1), 14(1), 20(2), 22(2), 30(1), 32(1), 35(3), 40(2), 43(2), 44(1), 50(1), 55(1), 58(2), 60(1), 66(1), 70(3), 73(2), 80(2), 82(2), 86(2), 89(1), 91(2), 92(2), 93(1), 94(1), 95(2), 101(1), 103(2), 104(1), 105(3), 111(1), 113(1), 114(1), 115(2), 116(1), 117(2), 120(1), 123(1), 125(1), 128(1), 129(2), 130(1), 137(1), 140(3), 144(3), 146(1), 155(1), 162(2), 165(1), 166(1), 171(1), 172(1), 175(3)

Falso: 61(1)

ESCALA SS: PENSAMIENTO PSICÓTICO Ítems = 33; Puntaje = 58

Verdadero: 3(1), 8(1), 13(1), 19(1), 23(1), 24(1), 29(1), 31(1), 38(2), 68(2), 69(2), 74(1), 77(2), 80(2), 82(1), 83(2), 85(2), 98(3), 102(2), 109(3), 112(2), 115(2), 120(2), 124(3), 127(3), 141(1), 146(2), 147(1), 156(1), 160(3), 161(1), 164(2), 167(3)

Falso: Ninguno

ESCALA CC: DEPRESIÓN MAYOR Ítems = 31; Puntaje = 55

Verdadero: 5(3), 19(1), 26(3), 33(2), 36(3), 45(2), 47(2), 50(2), 51(1), 53(3), 54(1), 56(2), 57(1), 58(1), 59(3), 65(1), 67(1), 72(2), 76(3), 79(2), 81(1), 95(1), 96(2), 99(1), 108(2), 109(2), 110(1), 117(1), 136(3), 154(1)

Falso: Ninguno

ESCALA PP: TRASTORNO DELIRANTE Ítems = 22; Puntaje = 38

Verdadero: 15(1), 16(2), 24(2), 32(1), 38(2), 39(1), 69(2), 74(1), 80(3), 84(2), 85(2), 89(1), 98(2), 100(3), 112(1), 123(3), 126(1), 131(2), 138(1), 143(1), 146(2), 164(2)

Falso: Ninguno

ESCALA Y: DESEABILIDAD SOCIAL Ítems = 23; Puntaje = 23

Verdadero: 4(1), 14(1), 34(1), 39(1), 60(1), 61(1), 75(1), 78(1), 86(1), 88(1), 89(1), 93(1), 103(1), 106(1), 122(1), 125(1), 126(1), 137(1), 138(1), 149(1), 153(1), 159(1), 166(1)

Falso: Ninguno

ESCALA Z: AUTODESCALIFICACIÓN Ítems = 46; Puntaje = 46

Verdadero: 3(1), 5(1), 8(1), 18(1), 23(1), 24(1), 25(1), 26(1), 27(1), 33(1), 36(1), 43(1), 45(1), 49(1), 50(1), 51(1), 53(1), 54(1), 58(1), 59(1), 63(1), 66(1), 67(1), 68(1), 71(1), 72(1), 76(1), 79(1), 82(1), 96(1), 97(1), 99(1), 100(1), 102(1), 108(1), 110(1), 114(1), 115(1), 117(1), 118(1), 120(1), 128(1), 132(1), 136(1), 158(1), 167(1)

Falso: Ninguno

ESCALA V: VALIDEZ Ítems = 4; Puntaje = 4

Verdadero: 62(1), 90(1), 152(1), 169(1)

Falso: Ninguno

APÉNDICE B: Ficha Técnica

INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON II

(MCMII –II)

Por Emir Valencia Romero

FICHA TECNICA

Autor	:	Theodore Millon
Número de Ítems	:	175
Tipo de Respuesta	:	Responder verdadero o falso
Escalas de Validez	:	Validez Sinceridad Deseabilidad Autodescalificación
Escalas de Personalidad:	:	22 Escalas
Población	:	Sujetos de 18 años a más No aplicarse a sujetos no clínicos.
Aplicación	:	Individual o colectiva (grupos pequeños de 10 personas)
Tiempo	:	No hay tiempo límite, aproximadamente 45 o 60.
Materiales	:	Cuadernillo de Preguntas Hoja de respuestas 25 plantillas de corrección manual Disquete de plantillas informáticas Hoja de corrección manual y perfil

Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de las escalas ha sido construida como medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.

Hay tres aspectos que orientaron el desarrollo de la teoría del MCMI-II:

1. La categoría debe diferenciarse según la gravedad. El MCMI-II diferencia 10 escalas básicas de trastornos de personalidad (Eje II, según el DSM III-R), que describen niveles de gravedad; 3 escalas de personalidad patológica más severa que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro; o escalas de síndromes clínicos (Eje I, según el DSM III-R) que identifican trastornos de gravedad moderada y 3 escalas que miden trastornos de marcada gravedad.
2. Las categorías deben organizarse para reflejar el hecho de que el cuadro clínico presentado se compone de varios rasgos y síntomas que se interrelacionan.
3. Todos los síndromes clínicos del eje I se muestran como desorganizaciones en los patrones básicos de personalidad de los pacientes (Eje II) que surgen bajo tensión.

Los síndromes no son concebidos como diagnósticos distintos sino como elementos integrales de un complejo mayor de aspectos clínicos.

TEORIA DE MILLON

La teoría está basada en las derivaciones de una combinación de variables o constructos. Postula 10 estilos básicos de funcionamiento de la personalidad que pueden formarse de una matriz de 5 X 2, de dos dimensiones básicas:

La Primera Dimensión: constituye la fuente primaria de la que los pacientes obtienen comodidad y satisfacción (refuerzos positivos) o intentan evitar angustia emocional y dolor (refuerzos negativos); así tenemos:

Patrón Activo; personas despiertas, atentas, participativas y manipuladoras de los sucesos de la vida para lograr gratificación y evitar muestras de malestar.

Patrón Pasivo; apático, reservado, rendido, resignado o aparentemente satisfecho, que permiten que los sucesos tomen su propio curso sin control o sin intervenir en ellos.

Combinando las 5 fuentes de refuerzo primario junto con los dos patrones instrumentales o de afrontamiento se obtiene 10 estilos básicos de personalidad:

Activo y Pasivo Discordante	Activo y Pasivo Independiente
Activo y Pasivo Retraído	Activo y Pasivo Ambivalente
Activo y Pasivo Dependiente	

Los estilos de personalidad reflejan características permanentes del funcionamiento del paciente. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas ya que los pacientes están automatizados con este modo de vida y con frecuencia son conscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad el estilo de funcionamiento desadaptado de los pacientes podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderado o marcada gravedad. Las etapas avanzadas de la patología reflejan un deterioro de la estructura personal.

TEORIA BASADA EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD PATOLÓGICA

AMBITO DE LA PATOLOGÍA	DOLOR-PLACER		SI MISMO - OTROS		
	D ↔ P	D+/- P+	SM- O+	SM+ O-	SM ↔ O
Fuente de Reforzamiento					
Patrón Interpersonal					
Estilo de Afrontamiento Instrumental	Discordante	Retraida	Dependiente	Independiente	Ambivalente
Variable Activa (Masoquista)	Fracasada	Esquizoide	Dependiente	Narcisista	Compulsiva
Variable Activa (Sádica)	Agresiva	Evitativa	Histriónica	Antisocial	Pasivo-Agresiva
Variable Disfuncional	Limite o Paranoide	Esquizotípica	Limite	Paranoide	Limite o Paranoide

DESCRIPCIÓN DE CADA ESCALA DEL MCMII-II

Patología Moderada de la Personalidad:

Escala 1: Esquizoide, Orientación pasiva-retraída. Carencia de deseo incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como a sus demandas.

Escala 2: Fóbica (evitativa), Orientación Activa-retraída. Experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancias siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantiene una actitud de vigilancia constantes por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. A pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Escala 3: Dependiente (sumisa). Orientación pasivo-dependiente. Han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia de esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental. Han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: Histriónica: Orientación activa-dependiente. Se vuelven a otros mediante una superficial y emprendedora manipulación de sucesos de tal manera que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad. Sin embargo, bajo esta apariencia se encuentra una autoconfianza engañosa y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan encada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Escala 5: Narcisista. Orientación pasivo-independiente. Se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer simplemente por permanecer pasivos o centrados en sí mismos. Sobreestiman su propio valor, presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante; explotan a los demás aún sin intención o propósitos conscientes. Confianza en que las cosas saldrán bien lo cual les proporciona pocos incentivos para comprometerse.

Escala 6 A: Antisocial, Orientación activa-independiente. Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Deseo de autonomía, venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos.

Escala 6 B: Agresivo-sádica. Orientación activo-discordante. Son hostiles acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos que pueden ser abusivos y brutales. Muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Escala 7: Compulsiva. Orientación pasiva-ambivalente. Han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta

prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no sólo suprimiendo el resentimiento sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Autorrestricciones disciplinarias derivan de una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. A esto subyace un enfado intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8 A: Pasivo-agresiva. Orientación activa-ambivalente. Pugnan entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Los conflictos permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

Escala 8 B: Autodestructiva (masoquista). Orientación pasivo –discordante. Se relaciona con los demás de una manera autosacrificada, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y su angustia estados que experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de manera modesta e intentan pasar desapercibidos, intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

Patología Severa de la Personalidad:

Escala S: Esquizotípico. Prefieren el aislamiento social con mismas obligaciones y apegos personales. Incluidos a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y son percibidos como extraños y diferentes. Dependiendo de si son activos o pasivos muestran

una cautela ansiosa e hipersensible o de un desconcierto emocional y falta de afecto.

Escala C: Limite (Bordeline). Experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, para mantener un claro sentimiento de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide. Muestran desconfianza vigilante respecto de los demás y una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia lo que los conduce a resistirse al control y a las influencias externas. Hay inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez de sus pensamientos.

Síndromes Clínicos:

Escala A: Ansiedad: Informan de sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son tensos, indecisos e inquietos y tienen a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Muestran estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Escala H: Histeriforme (tipo somatoforme). Dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática de dolores en

regiones diferentes. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

Escala D: neurosis depresiva (Distimia) alegría superficial, elevada. Las puntuaciones altas implican aunque no parezcan en la vida cotidiana del paciente se ha visto afectado por un periodo de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

Escala B: Abuso de alcohol: Las puntuaciones altas probablemente indican una historia de alcoholismo, con esfuerzo por superarlo pero con mínimo éxito y como consecuencia experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

Escala T: Abuso de drogas: Tienden a tener dificultad a reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

Síndromes Clínicos Severos:

Escala SS: Pensamiento sicótico. Se clasifican como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando efectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estas

aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento vigilante.

Escala CC: Depresión mayor. Habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Marcado enlentecimiento motor, otros muestran una cualidad agitada paseando continuamente y lamentando su estado triste. Disminución de apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad; ideas obsesivas.

Escala PP: Trastorno delirante. Considerados paranoides agudos pueden llegar a experimentar delirios irracionales para interconectados, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados.

INDICACIONES PARA LA CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

1. Después de calificación manual o con el programa computarizado se obtiene la HOJA DE RESULTADOS.

2. Se analizan las Escalas de validez:

V: Validez; ítems de apariencia extraña o altamente improbables:

Puntaje: >1 RESULTADOS INVALIDOS

Detener la
calificación

1 VALIDEZ CUESTIONABLE

puede continuar
la calificación

0 VALIDOS

Continuar la
calificación

X: Sinceridad; si el paciente se inclina a ser franco y sincero o por el contrario reticente y reservado:

“X” entre 145 y 590

Continuar con la Calificación

“X” >145 ó >590

Detener la Calificación

Y: Deseabilidad Social; identifica el grado con que los resultados pueden encontrarse afectados por la inclinación de los pacientes a mostrarse socialmente atractivos, moralmente virtuosos o emocionalmente ajustados.

>75

Tendencia del sujeto a presentarse de forma favorable o con personalidad atrayente mientras más alto sujeto trata de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades personales

Z: Autodescalificación;

>75

Inclinaciones a despreciarse o desvalorizarse intentando mostrar más trastornos emocionales y dificultades personales

Mientras más alto Un examen más cuidadoso “petición de ayuda o llamada de atención”

3. Se analizan las escalas teniendo como base, los siguientes indicadores:

Indicador Elevado	>85
Indicador Moderado	75 - 84
Indicador Sugestivo	60 - 74
Indicador Bajo	35 - 59
Indicador Nulo	0 – 34

4. Se correlacionan las Escalas que han obtenido un Indicador Elevado y Moderado, según el caso individual.

APÉNDICE C: Consentimiento de la empresa



CENTRO DE RESTAURACIÓN CRISTINA PROFESIONALIZADA CONTRA LAS ADICCIONES

RRPP No 12842707 – RUC No 20548156034 – LICENCIA MUNICIPAL No 000669

“AMOR DE CRISTO”

Señores
UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE
Escuela de Ciencias de la Salud
Lima

Apreciado,

Yo María del Pilar Jimenez Violeta identificada con C.PsP. 14018, en mi calidad de psicóloga de la empresa COMUNIDAD TERAPEUTICA CRISTIANA CONTRA LAS ADICCIONES AMOR DE CRISTO – CTCAC, autorizo al Bachiller Estephany Lizet Poemape Santivañez estudiante de la Universidad Privada del Norte, a utilizar información confidencial de la empresa para el proyecto denominado Tesis para optar el título profesional. El estudiante asume que toda información y el resultado del proyecto serán de uso exclusivamente académico.

El material suministrado por la empresa será la base para la construcción de sustentación de tesis. La información y resultado que se obtenga del mismo podrían llegar a convertirse en una herramienta que apoye la formación de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud.

Atentamente,

María del Pilar Jimenez Violeta
PSICOLOGO
CSP 14018
DIRECTOR GENERAL

.....
MARÍA DEL PILAR JIMENEZ VIOLETA
PSICPOLOGA
C.PsP. 14018