



Universidad  
Continental

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Patrones clínicos de personalidad de internos  
con diagnóstico de adicciones de sustancias  
psicoactivas en el Establecimiento  
Penitenciario Huancayo-2017**

**Pamela Gisella Gomez Capcha**

Huancayo, 2018

Para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Psicología



Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por guiar mi camino.

A la Universidad Continental, mi alma mater, por haberme acogido cálidamente en sus aulas.

A mi asesor de tesis, Ps. Carlos Ávila Benito por su apoyo incondicional y ser un excelente maestro.

Mi profundo agradecimiento al Prof. David Anglas Urdánegui, por brindarme sus valiosas enseñanzas y su infinita paciencia.

Al Ps. Henry Flores Chacón por permitirme formar parte del Círculo de Psicoanálisis, mi lugar transicional, al que debo mi crecimiento personal.

A la Ps. Rosario Lívano Herrera por aportar con sus vastos conocimientos a esta investigación.

Al Ps. Wilfredo Silva Figueroa por sus valiosos aportes a esta investigación.

A todos mis docentes, que en estos años aportaron con sus vastos conocimientos mi desarrollo personal y profesional.

A mis amigos y amigas, mi segunda familia, que hicieron agradable y amena la vida universitaria, aprendí mucho de ellos.

## **DEDICATORIA**

*A mi amada madre, mujer fuerte y valiente. Todo te lo debo a ti.*

*A mi padre, por su esfuerzo.*

*A Hugo, mi segundo padre y tío maravilloso.*

*A Gaby, mi hermanita, mujer perseverante.*

*Asesor: Mg. Carlos Moisés Ávila Benito*

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO .....	14
1.1. Planteamiento del problema .....	14
1.2. Formulación del problema.....	18
1.2.1. Problema general .....	18
1.2.2. Problemas específicos.....	18
1.3. Objetivos de la investigación.....	19
1.3.1. Objetivo general .....	19
1.3.2. Objetivos específicos.....	20
1.4. Justificación.....	21
1.4.1. Justificación teórica .....	21
1.4.2. Justificación metodológica .....	22
1.4.3. Justificación práctica .....	23
1.5. Hipótesis.....	25
1.6. Variables.....	25
1.6.1. Definición de la variable .....	25
1.6.2. Definición operacional de la variable.....	26
1.7. Delimitación de la investigación .....	26
1.8. Limitaciones de la investigación .....	26
CAPÍTULO II.....	28
MARCO TEÓRICO .....	28
2.1. Antecedentes.....	28

2.2. Bases teóricas .....	36
2.2.1. Personalidad .....	36
2.2.2. Patrones clínicos de personalidad.....	36
2.2.3. Trastornos de la personalidad .....	37
2.2.4. Teorías de la Personalidad.....	38
2.2.5. Tipos de Trastornos de Personalidad según Theodore Millon .....	53
2.2.6. Sustancias Psicoactivas / Droga .....	59
2.2.7. Adicción .....	60
2.3. Definición de términos básicos .....	68
2.3.1. Alcohol .....	68
2.3.2. Cannabis .....	68
2.3.3. Cocaína .....	68
2.3.4. Inhalantes.....	69
2.3.5. Internos/recluso .....	69
2.3.6. Nicotina .....	69
2.3.7. Opiáceos .....	69
2.3.8. Pasta Básica de Cocaína (PBC).....	69
2.3.9. Personalidad .....	70
2.3.10. Personalidad Dependiente .....	70
2.3.11. Personalidad Agresivo – Sádica .....	70
2.3.12. Personalidad Esquizoide.....	71
2.3.13. Personalidad Esquizotípica.....	71
2.3.14. Personalidad Evitadora .....	71
2.3.15. Personalidad Histriónica.....	72
2.3.16. Personalidad Límite.....	72
2.3.17. Personalidad Narcisista .....	72
2.3.18. Personalidad Obsesivo-Compulsiva.....	73

2.3.19. Personalidad Paranoide.....	73
2.3.20. Personalidad Pasivo - Agresiva .....	73
2.3.21. Sustancias Psicoactivas.....	74
CAPÍTULO III .....	75
METODOLOGÍA.....	75
3.1. Métodos y alcances de la investigación.....	75
3.1.1. Método de Investigación .....	75
a) Método General .....	75
b) Método Específico.....	75
3.1.2. Nivel .....	76
3.1.3. Tipo.....	76
3.2. Diseño de investigación.....	77
3.3. Población y muestra .....	77
a) Población: .....	77
b) Muestra.....	81
3.4. Técnicas de recolección de datos .....	81
3.4.1. Técnicas .....	81
3.4.2. Instrumento.....	82
3.5. Técnicas de análisis de datos .....	84
CAPÍTULO IV .....	85
DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	85
4.1. Resultados del tratamiento de la información .....	85
4.1.1. Resultados en relación al objetivo general .....	86
4.1.2. Resultados en relación a los objetivos específicos .....	87
4.2. Discusión de resultados .....	105
CONCLUSIONES.....	111
RECOMENDACIONES .....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	116
ANEXOS.....	119



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de los internos del programa INPE – DEVIDA del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017. ....	80
Tabla 2 Grado de Instrucción de los internos del programa INPE – DEVIDA. ....	80
Tabla 3 Estado Civil de los internos del programa INPE – DEVIDA .....	81
Tabla 4 Tipo de delito de los internos del programa INPE – DEVIDA .....	81
Tabla 5 Situación Jurídica de los internos del programa INPE – DEVIDA. ....	82
Tabla 6 Primer ingreso y reincidencias de los internos del programa INPE – DEVIDA ...	82
Tabla 7 Tipo de sustancia que consumían los internos del programa INPE – DEVIDA ...	82
Tabla 8 Resumen de procesamiento de casos .....	85
Tabla 9 Alfa de Cronbach .....	85
Tabla 10 Resultados generales del Indicador Elevado .....	88
Tabla 11 Resultados generales para el patrón Clínico de Personalidad Esquizoide .....	89
Tabla 12 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Evitativo .....	90
Tabla 13 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Dependiente .....	91
Tabla 14 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Histriónico .....	91
Tabla 15 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Narcisista .....	92
Tabla 16 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Antisocial .....	93
Tabla 17 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Agresivo Sádico ..	93
Tabla 18 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Compulsivo .....	94
Tabla 19 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Pasivo Agresivo ..	95
Tabla 20 Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Auto derrotista ....	95
Tabla 21 Sustancia que consumían los internos con mayor frecuencia .....	96
Tabla 22 Patrón Clínico de Personalidad Esquizoide y la sustancia psicoactiva.....	97
Tabla 23 Patrón Clínico de Personalidad Dependiente y la sustancia psicoactiva .....	98
Tabla 24 Patrón Clínico de Personalidad Evitativo y la sustancia psicoactiva .....	99
Tabla 25 Patrón Clínico de Personalidad Histriónico y la sustancia psicoactiva .....	100
Tabla 26 Patrón Clínico de Personalidad Narcisista y la sustancia psicoactiva .....	100
Tabla 27 Patrón Clínico de Personalidad Antisocial y la sustancia psicoactiva .....	102
Tabla 28 Patrón Clínico de Personalidad Pasivo Agresivo y la sustancia psicoactiva .....	104
Tabla 29 Patrón Clínico de Personalidad Agresivo Sádico y la sustancia psicoactiva .....	105
Tabla 30 Patrón Clínico de Personalidad Compulsivo y la sustancia psicoactiva .....	106
Tabla 31 Patrón Clínico de Personalidad Auto derrotista y la sustancia psicoactiva .....	106

## RESUMEN

Esta investigación lleva por título “Patrones clínicos de personalidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo – 2017”; el objetivo fue determinar el tipo de patrón clínico de personalidad de dichos internos que previamente fueron diagnosticados con adicción o dependencia a sustancias psicoactivas pertenecientes al Establecimiento Penitenciario Huancayo, El estudio utilizó el método científico como método general. El nivel es descriptivo, ya que se busca explicar las propiedades, las particularidades y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. El Diseño que orientó el estudio fue el descriptivo simple, puesto que tuvo como objetivo indagar la incidencia y valores, por lo tanto, se describió como se manifiestan los patrones clínicos de personalidad en internos con diagnóstico de adicciones. La población estuvo conformada por 50 internos del pabellón G pertenecientes al programa INPE DEVIDA, de sexo masculino que van desde los 25 años hasta los 59, estos reclusos están acusados por diversos delitos como; “contra la vida el cuerpo y la salud”, “la libertad sexual”, “el patrimonio”; dichos internos para pertenecer al programa DEVIDA deben de haber sido diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas o al consumo de alcohol. No se considera una muestra de estudio por ser la población pequeña. La presente investigación concluye señalando que los patrones clínicos de personalidad con mayor frecuencia en internos con diagnóstico en adicciones de Establecimiento Penitenciario Huancayo son los siguientes: Antisocial 55,8% (24 internos), Narcisista 51,2% (22 internos), Pasivo agresivo 41,9% (18 internos), Agresivo sádico 39.5% (17 internos).

Palabras clave: Personalidad, Adicción, Internos, Establecimiento Penitenciario.

## ABSTRACT

This investigation goes for title “Clinical patterns of interns’ personality with diagnosis of addictions of psychoactive essences at Establecimiento Penitenciario Huancayo – 2017”, the objective was delimit the kind of clinical pattern of interns’ personality that previously they were diagnosed with addiction or dependency to psychoactive essences belongings to the Establecimiento Penitenciario Huancayo. The study used a scientific method like a general method. The level is descriptive, considering that, it looks for explain the characteristics, peculiarities and the profile of people, groups, communities, objects or any other phenomenon that it be subjecto an analysis. The pattern that it oriented the study it was the simple descriptive, because it had as objective investigate the incident and values. So, it be described as it be express the clinical patterns of personality in interns with diagnosis of addictions. The population were defined for 50 interns of the pavilion G, who belong to the programme “INPE DEVIDA” their sex is male from 25 years to 59 years. These prisoners are charge for different crimes as, attack against life, body, health, sexual liberty and patrimony; the interns belong to the programme “DEVIDA” they have to be diagnosed with addiction to psychoactive essences or to the alcohol consumption. There is not a sign of study, because the population is small. The present study is determining that the clinical patterns of personality with greater frequency in interns with diagnosis of addictions at Establecimiento Penitenciario Huancayo, these diagnoses are 55.8% antisocial (24 interns), 51.2% narcissist (22 interns), 41.9% passive aggressive (18 interns) and 39.5% aggressive sadistic (17 interns)

Key words: Personality, Addiction, Interns.

## INTRODUCCIÓN

Los rasgos de personalidad son considerados desde el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés) como patrones constantes de formas de percibir, relacionarse y pensar. (American Psychiatry Association, 2002). Se convierten en trastornos de personalidad cuando son rígidos y desadaptativos y se alejan acusadamente de la cultura del individuo, por lo general inicia en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, son permanentes en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La explicación de la asociación entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es la que determina el inicio en el consumo de drogas, si es el consumo de drogas el que lleva a un patrón de personalidad desadaptativo, si el consumo de drogas lo que hace es modular una serie de rasgos previos, o si son independientes los patrones de personalidad y el consumo de drogas (Pedrero, 2003 citado en López & Becoña 2006).

Uno de los motivos por la que se decidió llevar a cabo la investigación, es que cada vez existe mayor número de personas que ingresan a prisión cuyo delito está relacionado con las drogas y dentro de ella existe una gran cantidad de internos que son drogodependientes. Durante los periodos en el que realicé el internado, se tomó la decisión de realizar esta investigación referida a patrones clínicos de personalidad y adicciones, ya que, al tratar con internos, se pudo apreciar que gran cantidad de ellos tienen un consumo activo de sustancias tóxicas.

Por lo tanto, esta investigación está contextualizada en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, específicamente en el Programa de rehabilitación INPE DEVIDA, dirigido a internos con previa evaluación de antecedentes en consumo de sustancias psicoactivas para que puedan rehabilitarse bajo un enfoque multidisciplinario.

Considerando lo señalado, el estudio está centrado en evaluar y determinar cuáles son los patrones clínicos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

Por ende, el objetivo general que se planteó es determinar los tipos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

Los principales antecedentes son, de Lopez y Elisardo (2006) que realizó la investigación titulada Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento en la Universidad de Santiago de Compostela, España; cuyo objetivo fue conocer, el tratamiento en personas con diagnóstico de dependencia de la cocaína, las prevalencias de los patrones y trastornos de personalidad que evalúa el MCMI-II y su relación con variables sociodemográficas y características del consumo. (Da Silva, Perez, & Costa, 2008) desarrollaron la investigación Trastornos de Personalidad en consumidores de drogas: datos preliminares, Universidad Católica del Uruguay; tuvo el propósito de conocer la incidencia de los trastornos de personalidad en consumidores de sustancias y la prevalencia que va en aumento. (Iñaki, Fernández, López, & Landa, 2008) Llevó a cabo la investigación Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II, Universidad Pública de Navarra, España, tuvo objetivo evaluar la relación del trastorno de personalidad y su relación a la adicción a la cocaína.

El estudio no presenta hipótesis por ser de alcance o nivel descriptivo y no prevé que hará algún pronóstico, “las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 104).

La investigación está estructurada en 4 capítulos, los cuales se dividen de la siguiente manera: El primer capítulo expone el planteamiento y la formulación del problema, los objetivos, las limitaciones, delimitaciones, la justificación e importancia de la investigación, tanto a nivel teórico como a nivel práctico, finalmente se expone la hipótesis y variables.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y la definición de términos básicos que sirven como estructura fundamental para la investigación. El tercer capítulo expone la metodología de la investigación, Tipo y Diseño de investigación, Población y Muestra y Análisis de Datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación, discusión de la misma, las conclusiones y las recomendaciones y finalmente se presenta las referencias bibliográficas y el anexo.

La autora.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

En las últimas décadas, el estudio de la personalidad y sus trastornos ha sido un aspecto primordial del abordaje de la psicología anormal. Durante el trabajo clínico se encuentra con personas con todo tipo de patologías. Algunos individuos han perdido el contacto con la realidad y algunas solamente tienen problemas existenciales menores, que no pueden clasificarse como trastorno clínico. En cualquier caso, aunque los problemas varíen, todos poseen personalidad. Los trastornos de personalidad ocupan hoy en día un lugar preponderante en el ámbito diagnóstico y constituyen un área de estudio científico. (Millon, 2006, p. 2)

En la actualidad no se podría comprender la personalidad del drogadicto sin comprender la crisis de la adolescencia. Los más predispuestos a convertirse en drogadictos son los adolescentes que sufren problemas importantes de salud mental o que tienen alguna estructura psicopatológica, sobre todo una depresión, una organización límite de la personalidad, una personalidad profundamente narcisista o una esquizofrenia paranoide. Los adolescentes más predispuestos a la drogodependencia son aquellos que están en búsqueda de identidad; por

ejemplo; el alcohólico tiene dificultades para comunicarse con los demás, para relacionarse con los otros y se siente muy solo e inseguro en la vida, se siente en una situación insoportable y con el alcohol trata de afianzarse y modificar su situación. El sujeto que consume heroína es el drogadicto que busca con las drogas encontrar su identidad y siente que su personalidad está afectada de trastornos que tiene que remediar con algo y busca sus remedios en esta droga. (Alonso, 2006)

La Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2002, y tal y como indica el manual diagnóstico DSM-IV-TR.

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (Guerrero, 2011, p. 6).

De modo similar, la Organización Mundial de la Salud incluye los trastornos de la personalidad en su Clasificación de Enfermedades Mentales versión 10 (CIE-10) y describe como:

Diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida (Vallejo, 2017).



(Pedrero 2003 citado en López & Becoña 2006) explican que la asociación entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es la que determina el inicio en el consumo de drogas, si es el consumo de drogas el que lleva a un patrón de personalidad desadaptativo, si el consumo de drogas lo que hace es modular una serie de rasgos previos, o si son independientes los patrones de personalidad y el consumo de drogas. Además, (San, 2004 citado en López & Becoña 2006) apunta que la consideración de los trastornos de personalidad como categorías hace que se solapen muchos criterios diagnósticos, entre distintos trastornos. Es el caso del trastorno antisocial de la personalidad en el que uno de sus criterios diagnósticos es la realización de actividades ilegales donde se puede incluir el consumo de drogas. (Skinstad y Swain 2001 & San 2004 citados en López & Becoña 2006)) concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al clúster B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del clúster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo compulsivo; y, en tercer lugar, el clúster A, destacando el esquizoide. Fernández 2002 citado en López & Becoña 2006) explica la asociación entre los trastornos de personalidad y el consumo de drogas desde la función que cumpliría el consumo de drogas en determinados trastornos: desinhibición del comportamiento para los trastornos antisocial y límite; para reducir el estrés en los trastornos por evitación, por dependencia esquizotípico y límite; y por la sensibilidad a la recompensa en el histriónico y narcisista.

Según la investigación realizada por (Fernández, Landa, López, Lorea, & Zarzuela, 2002) en la Universidad Pública de Navarra, España, empleando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) reflejan que el 62,8% (44 sujetos) de la muestra presenta, al menos, un trastorno de personalidad, con una media de 1,23 trastornos por cada sujeto (más de un diagnóstico por persona como media). En estos 44 alcohólicos con trastornos de la

personalidad, el observado con mayor frecuencia es el pasivo-agresivo, que afecta el 34,1% de los casos, seguido del trastorno antisocial y del trastorno por dependencia, que se observan en el 20,45% de los sujetos cada uno de ellos.

Con respecto al tema de adicciones es actualmente una preocupación social a nivel mundial que da lugar a investigaciones en diversos ámbitos del conocimiento médico, psicológico y sociológico. Al respecto la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “UNODC”, señala:

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga el 2014. Aunque considerable, esa cifra –que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido– no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador. (UNODC, 2016, p. 9).

Según lo expuesto y considerando que en los últimos años se ha observado un aumento considerable del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastornos de personalidad y adicciones (Urges, 2005), el estudio está centrado en evaluar los patrones clínicos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema General.**

¿Cuáles son los patrones clínicos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

Los problemas específicos están formulados utilizando la técnica estructural, considerando que el instrumento de investigación, mide por dimensiones.

- ¿El patrón clínico de personalidad Esquizoide es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Evitativo es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Dependiente es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Histriónico es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Narcisista es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?

- ¿El patrón clínico de personalidad Antisocial es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Agresivo – Sádico es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Compulsivo es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Pasivo – Agresivo es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿El patrón clínico de personalidad Auto derrotista es el más frecuente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?
- ¿Cuál es el consumo de sustancia psicoactiva más frecuente por cada patrón clínico de personalidad de los internos del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar los patrones clínicos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos.**

- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Esquizoide en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Evitativo en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Dependiente en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Histriónico en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Narcisista en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Antisocial en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Agresivo – Sádico en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Compulsivo en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Pasivo – Agresivo en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar la frecuencia del patrón clínico de personalidad Auto derrotista en los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.
- Identificar el consumo de sustancia psicoactiva más frecuente por cada patrón clínico de personalidad de los internos del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

#### **1.4. Justificación**

##### **1.4.1. Justificación teórica.**

El consumo de drogas es uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad, tanto por la magnitud del fenómeno como por las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo.

Algunos estudios señalan que las personas que consumen sustancias psicoactivas, tienen más probabilidades de sufrir trastorno de personalidad, ser antisociales, histriónicos, sádicos y auto derrotistas. Por ende, los que toman psicoestimulantes tienen una tendencia mayor a padecer problemas familiares, inestabilidad personal y social (Matey, 2011).

Según Martínez (2011) los drogodependientes presentan algún trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes el límite, antisocial y dependiente. También señala que los pacientes con trastorno de personalidad paranoide, por ejemplo, suelen consumir alcohol,

cocaína y anfetaminas, el trastorno esquizotípico tiende a usar el cánnabis y el alcohol; el trastorno antisocial de la personalidad usará todo tipo de drogas, mientras que el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad suele elegir el alcohol y otras. Aunque algunos estudios muestran la asociación de trastornos de la personalidad con determinadas sustancias, como, por ejemplo, en consumidores de cocaína que presentan mayores porcentajes de trastornos de la personalidad narcisista e histriónico, no siempre se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de sustancia.

Es reconocido mundialmente que el uso y abuso de sustancias capaces de generar dependencia, es uno de los flagelos más importantes de la sociedad contemporánea actual. El Perú no escapa a esta problemática de salud pública. (Rodríguez, 2013, p. 10)

Considerando que el constante incremento del consumo de drogas y su posibles repercusiones en la personalidad y viceversa, en lo últimos años se ha investigado y de acuerdo a la información epidemiológica desarrollada se detectó que en Perú se han venido desarrollando y fortaleciendo patrones de consumo de sustancias legales, como el alcohol y el tabaco, como también de drogas ilegales, fundamentalmente la marihuana, el clorhidrato y la pasta básica de cocaína, pero también de las sustancias sintéticas, siendo él éxtasis la más difundida entre éstas últimas y por ende la importancia de un trabajo de investigación que abarque también los trastornos de personalidad e indague qué relación tienen ambas.

(Rodríguez, 2013)

#### **1.4.2. Justificación metodológica.**

Metodológicamente se justifica la investigación porque usa el método científico en cada uno de sus pasos del proceso. Está orientada a identificar y analizar los patrones clínicos de personalidad que presentan los internos con diagnóstico en adicciones del Programa DEVIDA, la finalidad es brindar información para posibles investigaciones futuras y ayudar en el tratamiento de los posibles trastornos de personalidad y la prevención del consumo de drogas.

### **1.4.3. Justificación práctica.**

Uno de los problemas que se aprecia en los internos del Establecimiento Penitenciario Huancayo que consumieron sustancias psicoactivas, es la poca eficacia de sus programas de rehabilitación en el consumo de drogas ilícitas y en los delitos por la que están purgando condena, debido a ello el alto índice de reincidencia; en este sentido el estudio se desarrolló para conocer los patrones clínicos de personalidad, a fin de proponer alternativas y mejoras en sus programas de recuperación en el consumo de drogas, dependiendo del tipo de personalidad que cada interno presenta. Al conocer el tipo de personalidad de los internos, el profesional de la salud sabrá que técnicas terapéuticas emplear para la mejora de estos individuos.

Si se identifica que el patrón clínico de personalidad esquizoide es el más frecuente, la terapia cognitiva conductual propone varias técnicas como: el entrenamiento en habilidades sociales (especialmente en grupos) y la exposición graduada a tareas sociales estructuradas, modificación de esquemas y pensamientos disfuncionales, aumento en la vivencia de emociones positivas. (Caballo, 2001)

Si se identifica que el patrón clínico de personalidad antisocial es el más frecuente, lo que se debe trabajar a profundidad con estos sujetos es la ira y la falta de control de impulsos; el manejo de la ira como procedimiento de intervención, donde se especifican todos los estímulos que provocan ira y se colocan en una jerarquía según el grado provocado. Luego se utiliza una respuesta competitiva, como la relajación profunda o la distracción cognitiva. En el segundo caso, se emplea entrenamiento en el control de impulsos de forma similar al anterior, estableciéndose una jerarquía y utilizando respuestas competitivas ante las ganas de actuar impulsivamente. Estas respuestas suelen consistir en estrategias de distracción, que pueden ser internas (cogniciones incompatibles con las ganas de actuar de forma impulsiva) o externas (modificación de algún aspecto del ambiente que llame su atención). (Caballo, 2001).



Si se identifica que el patrón clínico de personalidad histriónico es el más frecuente , para su intervención existe varias alternativas como el entrenamiento en empatía; escucha activa, parafrasear y reflejar lo que el otro dice; la terapia de integración de Horowitz; La terapia cognitiva de Beck: registro diario de pensamientos, entrenamiento en solución de problemas y en asertividad, cuestionamiento de creencias; La terapia de valoración cognitiva de Wessler, que viene a ser la autorrevelación, para mantenerse en contacto con la realidad, reenmarcar las verbalizaciones del paciente, uso del humor para desinflar el estilo melodramático. (Caballo, 2001).

Si se identifica que el patrón clínico de personalidad narcisista es el más frecuente, los procedimientos cognitivos conductuales vendrían a ser el cambio de distorsiones cognitivas que tiene sobre sí mismo, reestructuración por medio de imágenes, desensibilización sistemática para la hipersensibilidad ante la evaluación, detención y distracción del pensamiento para no detenerse en qué están pensando los otros, entrenamiento en empatía. (Caballo, 2001).

Si se identifica que el patrón clínico de personalidad por evitación es el más frecuente, los procedimientos conductuales más empleados son el entrenamiento en relajación; entrenamiento en habilidades sociales; reestructuración cognitiva; mejora de la autoestima; técnicas de exposición; terapia cognitivo-interpersonal, de Alden, (autorregistro, modificación cognitiva (3 niveles), activación conductual exposición a las conductas y situaciones que teme, ensayo de conducta) (Caballo, 2001).

Si se identifica que el patrón clínico de personalidad dependiente es el más frecuente, el objetivo principal será que estos sujetos aprendan a ser independientes mediante las técnicas cognitivo conductuales: aumentar la confianza en sí mismo y la sensación de autoeficacia, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, terapia de valoración cognitiva, de Wessler, tratamiento cognitivo-conductual, de Overholser y Fine

(dirección activa, aumento de la autoestima, fomento de la autonomía, prevención de las recaídas). (Caballo, 2001).

Si se identifica que el patrón clínico de personalidad pasivo agresivo es el más frecuente, la terapia cognitivo conductual debe usar un enfoque colaborativo a la hora de identificar pensamientos automáticos y esquemas relacionados con las conductas disfuncionales, así como con las expresiones inapropiadas de ira. El punto de principal del tratamiento es combatir las creencias básicas y las pautas de pensamiento relativas a como se perciben ellos y cómo perciben a los demás y al mundo. Modificando esas creencias irracionales se producirá un cambio en sus emociones o afectos, lo cual abre la puerta al cambio conductual. (Beck, Freeman, & Davis, 2005)

### **1.5. Hipótesis**

El estudio no presenta hipótesis por ser de alcance o nivel descriptivo y no prevé que hará algún pronóstico, “las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 104).

### **1.6. Variables**

#### **1.6.1. Definición de la Variable.**

##### ***VI: Patrones clínicos de personalidad***

Según Millon (1999) son 10 escalas básicas de trastornos de personalidad del MCMIII que describen niveles leves y moderados de gravedad; tiene que ver con los rasgos caracterológicos profundos y persistentes que subyacen a las dificultades personales e interpersonales; más que centrarse en los síntomas se analiza sus métodos de relación habitual,

conductas, pensamientos y sentimientos des adaptativos. Existe un nivel moderado de patología y es probable la presencia de un trastorno de personalidad.

### **1.6.2. Definición operacional de la variable.**

La variable patrones clínicos de personalidad se midió utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Escala 1: Esquizoide; Escala 2: Fóbica (Evitativa); Escala 3; Dependiente (Sumisa); Escala 4: Histriónica; Escala 5: Narcisista; Escala 6A: Antisocial; Escala 6B: Agresivo-Sádica; Escala 7: Compulsiva (Rígida); Escala 8A: Pasivo-Agresiva; Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista). Anexo A.

### **1.7. Delimitación de la investigación**

La investigación se desarrolló en el Establecimiento Penitenciario Huancayo que es un medio cerrado.

Los resultados obtenidos en la investigación no podrán generalizarse a otros contextos que no sean similares al lugar del presente estudio.

El estudio se realizó en los meses de mayo y octubre del año 2017.

### **1.8. Limitaciones de la investigación**

Al momento de aplicar el instrumento la principal dificultad fue el grado de instrucción de los internos debido que algunos no tienen la suficiente preparación para resolver y comprender las 175 preguntas del test, por ende, en la ficha de respuesta se observó ítems con doble respuesta lo que automáticamente invalida la prueba.

De los 50 internos evaluados, 2 no tienen ningún grado de instrucción, 2 invalidaron la prueba por haber marcado doble en la cartilla de respuestas, 3 invalidaron las pruebas ya que en la escala validez puntuaron 1.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

Gonzales (2015) desarrolló la investigación titulada Evaluación Clínica de la Personalidad del Drogodependiente a través del MMPI - 2, Universidad de Salamanca, España; el objetivo fue realizar una evaluación clínica de la personalidad del drogodependiente. El diseño que propuso en esta investigación descriptivo y cuasi-experimental "post-hoc". Obtuvo información de la personalidad a través del Cuestionario de Personalidad MMPI-2. Describió la personalidad en base a los datos obtenidos de los estadísticos principales, sus correlaciones y sus interacciones entre las puntuaciones medias de las variables del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). La población de este estudio fue de 687 personas entre 19 y 65 años de edad. Su media de edad fue de 35,98 años y su  $SD = 11.44$ . Un total de 354(51,53%) fueron varones, entre 19 y 65 años, con una media de edad de 36,22 años y una  $SD = 10,925$ . Las mujeres fueron 333 (48,47%), entre 19 y 65 años de edad, con una media de 35,72 años y una  $SD = 11,97$ . Se concluyó en que: 1) Los pacientes drogodependientes muestran diferencias en el perfil de personalidad clínico si tenemos en cuenta la variable

“sexo”, de modo que existe un perfil de drogodependiente varón diferente del perfil de drogodependiente mujer. 2) No existen diferencias en lo que respecta a la personalidad del paciente drogodependiente si tenemos en cuenta la variable “droga de consumo”. 3) Cuando se compara la muestra Clínica con la muestra de Drogodependientes, la única Escala Clínica Básica que muestra alta diferencia (medida con la “d” de Cohen) es la 4-Pd.

Mota (2015), desarrolló la investigación titulada Perfil de Personalidad en una Muestra de Sujetos en Tratamiento Psicológico por Trastorno por uso de Sustancias, un estudio longitudinal, en la Universidad de Sevilla; España, el objetivo fue conocer que aspectos caracterizan a un grupo de drogodependientes y cómo interactúan los rasgos y trastornos de la personalidad con el tratamiento de la adicción. La muestra estuvo compuesta por 60 sujetos (50 hombres y 10 mujeres) de una media de edad de 37.68 años (D.T.= 11.73) que se encontraban en tratamiento de desintoxicación de sustancias psicoactivas en el Instituto Hipócrates y que fueron previamente diagnosticados. Del total de la muestra, un 44.07% eran solteros; un 23.73% casados; un 18.64% tenían pareja; un 11.86% estaban separados; y un 1.69% eran viudos. La selección de la muestra se realizó bajo criterios no aleatorios, sino de conveniencia. Para la inclusión de los sujetos, se debían cumplir una serie de criterios: Haber sido diagnosticado de un trastorno de uso de sustancias. Estar ingresado en el centro de desintoxicación. Llevar tres meses de tratamiento. Para la evaluación de la personalidad se empleó el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) (Costa y McCrae, 1992) en su forma reducida, Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) y adaptación española (Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008). Este inventario, ofrece una medida de las cinco principales dimensiones o factores de personalidad. Sus cinco escalas fundamentales permiten una evaluación global de la personalidad del individuo, y son: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Para la evaluación de los rasgos de personalidad normal, trastornos de personalidad y síndromes clínicos se aplicó el Personality Assessment

Inventory (PAI) (Morey, 2007) en su adaptación española (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011). Dicho inventario es un cuestionario de evaluación de la personalidad diseñado para proporcionar información sobre variables clínicas críticas de los sujetos evaluados. Contiene 344 ítems de aplicación individual o colectiva, a partir de los 18 años en adelante que permiten obtener puntuaciones en 22 escalas: cuatro escalas de validez (inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa, impresión positiva), 11 escalas clínicas (quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas); cinco escalas de consideraciones generales para el tratamiento (agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento); y dos escalas de relaciones interpersonales (dominancia y afabilidad). Sus puntuaciones se expresan en puntuaciones típicas (T) que tienen una media de 50 y una desviación típica de 10. Se concluyó que los pacientes de la Clínica Hipócrates presentan como características determinadas el ser varón, (con un 83.33% sobre el total) soltero (que representan el 44.07%) y con una media de 0.71 hijos. En cuanto al tratamiento, el 53.33%, toman psicofármaco y, el 75% estuvo en tratamiento previamente por sus problemas de adicción. En cuanto a las patologías previas, el 40% tienen antecedentes psicopatológicos y el 38.33% antecedentes de patología orgánica respectivamente.

Jiménez (2015) desarrolló la investigación *Drogodependencias y Prisión: Influencia del consumo de drogas y abordaje de su tratamiento en el ámbito penitenciario* en la Universidad de Jaén, España, El objetivo principal de este trabajo fue conocer el consumo de sustancias psicoactivas y prácticas de riesgo asociadas, antes del ingreso en prisión y durante su estancia en la misma. En relación con el método empleado, se trata de una investigación social. La población encuestada la constituyeron 30 internos de la Unidad Terapéutica y Educativa (U. T. E.) tanto del módulo uno como el dos, bajo el criterio de personas con problemas de

drogodependencias. Los resultados obtenidos sobre los internos con problemas de drogodependencias son que ellos comienzan a consumir en la adolescencia, una menor parte en la pre-adolescencia, y una pequeña parte en la adultez; el motivo principal por el que comienzan a consumir es por amistades y por gusto; otro motivo mayoritario que influye para que empiecen a consumir es la curiosidad; la sustancia más consumida es el cannabis; suelen consumir varias sustancias a la vez, como cannabis y cocaína; la mayoría de los internos encuestados consumían más de una sustancia, es decir, se trata de personas politoxicómanas; la mitad de los internos encuestados opinan que las personas que les rodean no consideran que sean un círculo influenciable para consumir, este es un dato contradictorio al salir como motivo principal por el que comienzan a consumir las amistades; la mayor parte de los internos encuestados conocen los daños que causan las drogas; la mayoría comentaron que conocieron los daños que provocaban estas sustancias estando en prisión.

López & Elisardo (2006) desarrolló la investigación titulada Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento en la Universidad de Santiago de Compostela, España; el objetivo fue conocer, el tratamiento en personas con diagnóstico de dependencia de la cocaína, las prevalencias de los patrones y trastornos de personalidad que evalúa el MCMI-II y su relación con variables sociodemográficas y características del consumo. Este estudio corresponde al alcance descriptivo; se evaluó a 102 personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento en Centros de Drogodependencias de Galicia con el MCMI-II. Se empleó el inventario Clínico Multiaxial de Millón MCMI-II. Los resultados indican que las escalas básicas de personalidad más prevalentes son el pasivo-agresiva, el antisocial, el narcisista y el histriónica. Las escalas de personalidad patológica más prevalentes son el límite y el paranoide en personas con drogodependencia. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados a nivel internacional y en el país. El estudio concluye señalando que el presente estudio confirma, en



personas con dependencia de la cocaína en tratamiento en distintos centros de drogodependencias, resultados previos sobre los patrones y trastornos de personalidad, aunque las muestras utilizadas sean de personas con abuso o dependencia de la cocaína, o incluso consumidores de sustancias como el crack. Sin embargo, se cree que los estudios deben de especificar en el futuro más claramente el tipo de sujetos en los que se hace la evaluación (abuso vs dependencia), el tiempo de abstinencia preciso para realizar la evaluación y la utilización de muestras adecuadas. Por otro lado, también queremos destacar que, aunque el uso del MCMIII en el ámbito de las drogodependencias está muy extendido, su utilidad no debe limitarse a determinar la posible presencia de trastornos de personalidad. Es un cuestionario útil para valorar los patrones de personalidad de todas las personas que demandan tratamiento y así planificar los objetivos terapéuticos en función de sus características de personalidad, ya que para cada persona el consumo de sustancias tiene una función diferente.

Da Silva, Pérez, & Costa (2008) llevó a cabo la investigación Trastornos de Personalidad en consumidores de drogas: datos preliminares en la Universidad Católica de Uruguay, tuvo el propósito de investigar la incidencia de los trastornos de personalidad en consumidores de sustancias y la prevalencia que va en aumento, este estudio corresponde al alcance descriptivo de corte transversal, el universo de estudio de esta muestra es la población que consulta en un servicio ambulatorio especializado en el tratamiento del uso indebido de drogas y alcohol. De una base de datos de 2000 historias clínicas se eliminaron aquellas que no presentaban trastornos de personalidad, las consultas familiares y las de tabaquismo. Se evaluaron 320 sujetos mayores de edad que cumplieron con la condición de presentar el doble diagnóstico entre trastorno por consumo de drogas y trastorno de personalidad. La muestra está conformada por 221 hombres y 99 mujeres de Montevideo entre 18 y 78 años de edad. Se administró Inventario Clínico Multiaxial de Millón II. La investigación concluye mencionando que hay predominancia de trastornos del grupo o clúster B en los pacientes que consultan por

consumo de sustancias. Siete de estos Trastornos de Personalidad representan aproximadamente el 90% de los sujetos con abuso de sustancias (límite, disocial, mixto, narcisista, histriónico, inespecífico y dependiente). Aproximadamente el 73% de los hombres presentan trastornos de personalidad tipo mixto, límite, narcisista, disocial e inespecífico. En las mujeres el 73% presenta trastornos histriónico, dependiente, límite y disocial. En suma, hombres y mujeres comparten el trastorno disocial y límite. Diferenciándose los hombres por presentar también los trastornos narcisista, inespecífico y mixto. Las mujeres, en cambio, el trastorno histriónico y dependiente. O sea que habría un perfil propio para cada género. Al relacionar los Trastornos de Personalidad con el consumo de alcohol encontramos que 5 trastornos estaban presentes en el 70% de los consumidores. Estos son: dependiente, mixto, histriónico, inespecífico y narcisista. En cambio, para la marihuana predominaron el inespecífico, disocial, límite y mixto. Para el caso de la cocaína los más frecuentes fueron el límite, disocial y narcisista. Vinculando el Trastorno de Personalidad con la característica de legalidad o no de la droga de consumo encontramos que en las ilegales (marihuana, cocaína, poli consumo) aparecen con mayor frecuencia y entidad los trastornos disocial y límite (del grupo B).

Claver (2012) desarrolló el estudio Rasgos de Personalidad Implicados en el Consumo de Drogas en Adolescentes en la Universidad de Zaragoza. El objetivo principal de este estudio fue analizar los rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas, por parte de los adolescentes escolarizados en centros públicos de zonas urbanas de la provincia. Con el fin de saber qué número de sujetos se precisa para extraer una muestra suficientemente representativa, se solicitaron datos cuantitativos al Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte del Servicio Provincial. En el curso 2011-2012, hubo 3 650 alumnos matriculados en 3º y 4º de la ESO en centros públicos de la provincia (1 912 y 1 738, respectivamente). La muestra final fue de 636 adolescentes participantes procedentes de los 5 centros seleccionados

para constituirlo. Según el censo de estos centros en enero de 2013, el número total de alumnos matriculados era de 827; por tanto, la muestra contiene el 76,90 % de dicho censo, lo que supera con creces el tamaño mínimo estimado con la ecuación de Clark-Carter lo que garantiza la representatividad de la población de escolares adolescentes objeto de estudio. Por género, prácticamente la mitad del total son varones, sin que existiese una mayoría significativa de ninguno de ambos géneros. La muestra total se sitúa en un rango comprendido entre los 13 y los 18 años, con mediana en 15. El instrumento para sondear los rasgos de personalidad, se utilizó el Big-Five Factors Questionary (BFQNA) de Barbaranelli, Caprara y Rabasca (2006). El tiempo necesario para su cumplimentación fue de unos 20 minutos, y consta de 65 ítems que se valoran mediante una escala de cinco alternativas. El conjunto de estos elementos se agrupa en las cinco dimensiones de personalidad descritas por el modelo de los Cinco Grandes: Conciencia, Apertura, Extraversión, Amabilidad e Inestabilidad emocional. Concluye en que los programas de prevención deberían comenzar a ponerse en marcha antes de que se tome la decisión de consumo; es decir, ya en los niveles de primaria. Las acciones preventivas previas a la decisión de consumo y al consumo en sí mismo deberían focalizarse en aumentar las habilidades de control emocional (programas de fomento de la tolerancia a la frustración, por ejemplo), habilidades de afrontamiento (entrenamiento en comunicación y en habilidades sociales) y autogestión (gestión de procesos, planificación, dirección a metas, etc.). La información dada en este momento debería centrarse en la visión negativa que la sociedad tiene sobre el consumo de drogas en general mediante acciones adaptadas a la temprana edad de los sujetos y diferenciando la aparente permisividad sobre el consumo que existe en nuestra cultura de lo que realmente se opina de las personas que consumen.

Fernández & Gutiérrez (2005) llevó a cabo la investigación, Trastornos de personalidad y dependencia de heroína, Servicio de Salud del Principado de Asturias, España, tuvo el propósito de evaluar los trastornos de personalidad (TP) en el campo de las adicciones y en su

importancia epidemiológica, su papel etiológico y su influencia en el pronóstico y tratamiento de la drogodependencia. Numerosos estudios muestran que los TP son comunes entre los adictos, aunque en muchos se solapan conductas derivadas de la propia dependencia con las descriptivas de determinados TP, lo que dificulta su diagnóstico. Este estudio corresponde al paradigma cuantitativo, es de carácter mixto, de alcance correlacional, la muestra se determinó de manera aleatoria. Para ello, se siguieron dos poblaciones de 150 y 132 dependientes de opioides de las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías de Mieres y Avilés respectivamente. Al comienzo, a los dos y a los seis años de tratamiento se les administró el European Addiction Severity Index (EuropASI) y el International Personality Disorder Examination (IPDE). Se realizaron también serologías del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Virus de Hepatitis B y controles de orina (heroína, cocaína y benzodiazepinas). El instrumento que se empleó fue el inventario Clínico Multiaxial de Millon. Los resultados fueron que las prevalencias de TP halladas en poblaciones de drogodependientes en tratamiento, tan llamativamente diferentes, son cuestionables al realizarse la evaluación de los TP generalmente en momentos iniciales de los tratamientos de la dependencia, solapándose en muchos casos conductas derivadas de la propia adicción con las descriptivas de determinados TP.

Iñaki, Fernández, López, & Landa (2008) llevó a cabo la investigación Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II en la Universidad Pública de Navarra, España, tuvo el propósito de evaluar la relación del trastorno de personalidad y su relación a la adicción a la cocaína, Para ello se contó con una muestra de 60 pacientes cocainómanos, que cumplimentaron el MCMI-II antes del tratamiento, y de 50 sujetos de la población normal con las mismas características demográficas (edad, sexo y nivel socioeconómico). Se empleó el Inventario Clínico Multiaxial de Millón II. 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.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Personalidad.**

Personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona (Cloninger, 2003).

Sigmund Freud propuso que las fuerzas psicológicas inconscientes afectan en forma poderosa al pensamiento humano y al comportamiento. Estas fuerzas se originan en las emociones de la niñez y continúan su influencia durante toda la vida, lo que determinan la personalidad del individuo (Cloninger, 2003).

Raymond B. Cattell definió la personalidad simplemente como “lo que permite una predicción de lo que hará una persona en una situación determinada” (Cloninger, 2003, p. 234).

El estudio empleó como literatura principal el libro, Trastornos de la personalidad en la vida moderna de Theodore Millon. El mismo que define personalidad como “Un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona” (Millon, 2006, p. 2).

### **2.2.2. Patrones clínicos de personalidad.**

Según Millon (1999) son 10 escalas básicas de trastornos de personalidad del MCMIII que describen niveles leves y moderados de gravedad; tiene que ver con los rasgos caracterológicos profundos y persistentes que subyacen a las dificultades personales e

interpersonales; más que centrarse en los síntomas se analiza sus métodos de relación habitual, conductas, pensamientos y sentimientos des adaptativos. Existe un nivel moderado de patología y es probable la presencia de un trastorno de personalidad.

### **2.2.3. Trastornos de la personalidad.**

Los trastornos de personalidad se distinguen por tres características patológicas. La primera procede directamente de la concepción de la personalidad como la analogía psicológica del sistema inmunitario: los trastornos de personalidad tienden a presentar una estabilidad frágil, o una carencia de capacidad de adaptación, en condiciones de estrés. La mayoría de las personas dispone de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento. Cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas normales cambian y pasan a utilizar otra. Sin embargo, las personas con un trastorno de personalidad tienden a usar las mismas estrategias una y otra vez, con variaciones mínimas. El resultado es que siempre acaban empeorando las cosas. En consecuencia, el grado de estrés se incrementa, amplifican su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.

La segunda característica se solapa con la primera: las personas con un trastorno de la personalidad son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. El funcionamiento de la personalidad normal incluye la capacidad de ser flexible en cuanto al papel que se desempeña, es decir, la capacidad de saber cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuando adaptarse a lo que el entorno dispone. Las personas normales son flexibles en sus interacciones, es decir, la capacidad de saber cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuando adaptarse a lo que el entorno dispone. Las personas normales son flexibles en sus interacciones, es decir, sus iniciativas o reacciones son proporcionales y adecuadas a las circunstancias que las suscitan. Cuando la situación limita la conducta, el comportamiento de las personas tiende a coincidir, independientemente de la personalidad. En cambio, las personas con un trastorno de personalidad disponen de pocas estrategias y conductas alternativas y las imponen

rígidamente sobre unas circunstancias para las que no encajan. Las personas con un trastorno de la personalidad impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos que limitan el curso de la interacción. Dado que no pueden ser flexibles, el entorno debe flexibilizarse al máximo. Cuando el entorno no puede adaptarse a la persona se produce una crisis. En consecuencia, se reducen aún más las oportunidades de aprender estrategias nuevas y más adaptativas, y la vida se vuelve mucho menos placentera.

La tercera característica de las personas con un trastorno de personalidad es consecuencia de la segunda. Dado que estas personas no son capaces de cambiar, los repertorios patológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez como círculos viciosos. Las personalidades patológicas son, a su vez, patogénicas. En efecto, la vida se convierte en una especie de primer acto teatral fallido que se repite una y otra vez. Pierden oportunidades de mejorar, ocasionan nuevos problemas y crean constantemente situaciones que replican sus fallos y que suelen ser variaciones mínimas sobre unos pocos asuntos relacionados con la autoevaluación (Millon, 2006, p. 13 - 14).

## **2.2.4. Teorías de la Personalidad.**

### **2.2.4.1. *La Perspectiva Psicoanalítica.***

#### *2.2.4.1.1. Sigmund Freud - Psicoanálisis Clásico.*

Según Freud la experiencia en la niñez influye potencialmente en la personalidad del adulto. El desarrollo de la personalidad implica una serie de conflictos entre el individuo, quien quiere satisfacer sus impulsos instintivos, y el mundo social (especialmente la familia), el cual restringe este deseo. A través del desarrollo, el individuo encuentra maneras de obtener tanta gratificación como sea posible, dadas las restricciones de la sociedad. Estas estrategias adaptativas constituyen la personalidad. Para establecer con mayor claridad la tensión entre el

inconsciente, que busca expresión, y la conciencia, que trata de frenar las fuerzas del inconsciente, Freud describió tres estructuras de la personalidad. El Ello es primitivo y la fuente de los impulsos biológicos, es inconsciente. El Yo es la parte racional y competente de la personalidad, es la estructura de la personalidad más consciente (sin embargo, no del todo consciente). El Superyó está formado por las reglas e ideales de la sociedad que el individuo ha internalizado. Algo del Superyó es consciente, pero mucho de él permanece en el inconsciente.

Freud postuló tres niveles de la conciencia y comparó la mente con un iceberg que flota sobre el agua. Como éste, sólo una pequeña parte de la mente se puede ver en realidad: la mente consciente. Así como en la superficie del agua, a veces visible y a veces sumergido, está la mente preconscious. Como un iceberg, grandes peligros yacen en lo que no se ve. Por último, existe una gran masa, que es la mayor parte de la mente, que está escondida, como la masa de un iceberg que se encuentra bajo el agua: la mente inconsciente (Cloninger, 2003, p. 64).

#### *2.2.4.1.2. Carl Jung - Psicología Analítica.*

Jung propuso una teoría de la personalidad en la cual el inconsciente incluye una amplia energía psíquica, en lugar de simplemente una energía sexual. La conciencia y el inconsciente existen en una relación de compensación. Durante el proceso de individuación de la adultez, los aspectos inconscientes de la personalidad se desarrollan e integran con aquellos de la conciencia en el desarrollo de un sí mismo maduro. En este proceso, el centro de la personalidad es alejado del yo. La persona es puesta a prueba por el surgimiento de la sombra y el ánima o animus del inconsciente. La proyección de la sombra contribuye al racismo. La proyección del ánima o animus ocurre en el amor romántico. Jung ha sido criticado tanto por racismo como por sexismo. El inconsciente personal incluye el material reprimido durante la experiencia individual. El inconsciente colectivo incluye el material transpersonal, heredado, incluyendo varios arquetipos que sirven como patrones para la experiencia. Jung alentó a la



gente a encontrar el inconsciente a través de los símbolos en los sueños, mitos, religión y rituales culturales. Los mitos modernos, como también los antiguos, son valiosos y deberían continuar siendo desarrollados por los individuos que llevan una vida simbólica creativa. Jung discutió sobre los fenómenos paranormales, místicos en su concepto de sin cronicidad, o coincidencia significativa. La teoría de Jung de los tipos psicológicos comprende ocho psique tipos, basados en la dimensión introversión-extroversión y las funciones pensamiento sentimiento y sensación-intuición (Cloninger, 2003, p. 98).

### ***2.2.4.2. La Perspectiva Psicoanalítica – Social.***

#### *2.2.4.2.1. Alfred Adler - Psicología Individual.*

La teoría de Adler, en contraste con las teorías de Freud y Jung, pone énfasis en la lucha consciente de los individuos por mejorar sus vidas. Ofrece conceptos para comprender a la gente que, a través de un arduo trabajo, tiene éxito. Adler puso énfasis en el esfuerzo consciente y el sí mismo creativo, en contraste con el determinismo inconsciente de Freud. Describió la motivación fundamental de la lucha desde un sentido de menos hasta un sentido de más. Una persona tiene un complejo de inferioridad cuando el proceso de crecimiento se estanca, una persona puede caer víctima de un complejo de inferioridad. En este caso, la situación de sentirse menos es demasiado poderosa como para ser superada y la persona acepta un exagerado sentido de inferioridad como una precisa auto descripción. Todos los neuróticos tienen un complejo de inferioridad, de acuerdo con Adler. Aun la gente no neurótica tiene sentimientos de inferioridad; pero solamente en su forma exagerada, cuando sobrepasan los intentos de moverse hacia el sentimiento más alto y estancan el crecimiento, se dice que tienen un complejo. Este sentido exagerado de inferioridad puede resultar de discapacidades físicas, dinámica familiar o influencias de la sociedad que son abrumadoras (Stein y Edwards, 1998). Adler vio la personalidad como una unidad. El estilo de vida único de una persona es evidenciado por los

recuerdos tempranos. Aunque pensó que cada persona es única, Adler hizo una lista de los tipos de estilos de vida erróneos: tipo gobernante, tipo de quien consigue, tipo evasivo de la persona. En contraste, el estilo de vida sano es útil socialmente. Los padres contribuyen a los estilos de vida enfermizos al consentir o descuidar a sus hijos. La teoría de Adler ha inspirado los programas de entrenamiento de los padres. La constelación familiar, particularmente el orden de nacimiento, influye en el desarrollo de la personalidad. Adler consideró a la posición del segundo hijo en nacer como la más deseable, aunque la investigación no confirma su predicción de un logro más alto debido a esta posición del hermano. El interés social es el factor clave de la salud psicológica. Una persona sana tiene éxito en tres tareas de la vida: trabajo, amor e interacción social (Cloninger, 2003, p.128).

#### *2.2.4.2.2. Erick Erikson – Desarrollo Psicosocial*

Cada persona se desarrolla dentro de una sociedad en particular, la cual, a través de sus patrones específicos culturales del cuidado del niño y de las instituciones sociales, influye profundamente en cómo la persona resuelve los conflictos. El yo está interesado no sólo en los temas biológicos (psicosexuales) sino también en los interpersonales, a lo cual Erikson llamó psicosocial.

Erikson propuso una teoría del desarrollo psicosocial que describió las ocho etapas a lo largo de la vida. De acuerdo con el principio epigenético, estas etapas se construyen una sobre la otra y ocurren en una secuencia sin variación en todas las culturas. En cada etapa, el individuo experimenta una crisis, la cual es resuelta en el contexto de la sociedad. Estas etapas son confianza versus desconfianza, autonomía versus vergüenza y duda, iniciativa versus culpa, laboriosidad versus inferioridad, identidad versus confusión de la identidad, intimidad versus aislamiento, generatividad versus estancamiento e integridad versus desesperanza. En cada etapa, la cultura influye en el desarrollo. Contrariamente, los individuos también influyen

en la cultura a través de la forma como se desarrollan en cada etapa, pero particularmente a través del desarrollo de su identidad (Cloninger, 2003, p. 155).

#### *2.2.4.2.3. Karen Horney - Psicoanálisis Interpersonal*

Karen Horney revisó la teoría psicoanalítica para poner énfasis en los factores interpersonales. El niño experimenta la ansiedad básica como resultado del rechazo o negligencia de los padres. Esta ansiedad se acompaña de la hostilidad básica, la cual no puede expresarse debido a la dependencia que el niño tiene de los padres. El niño intenta resolver el conflicto adoptando una de tres orientaciones interpersonales: ir hacia la gente (la solución de auto anularse), ir contra ella (la solución expansiva) o alejarse de ella (la solución de renuncia). La persona sana puede usar flexiblemente las tres orientaciones, pero la persona neurótica no puede hacerlo. Poca investigación empírica ha resultado explícitamente de la teoría de Horney, aunque algunos estudios apoyan la utilidad del concepto de orientaciones interpersonales. Horney describió cuatro estrategias básicas para resolver el conflicto neurótico: desaparición del conflicto, desapego, el sí mismo idealizado y la externalización. El individuo neurótico se aleja del sí mismo real, el cual tiene el potencial para el crecimiento sano, hacia un sí mismo idealizado. La tiranía de los deberes apoya el sí mismo idealizado. Además, Horney describió varios mecanismos secundarios de ajuste: puntos ciegos, compartimentalización, racionalización, autocontrol excesivo, rectitud arbitraria, efusividad y cinismo. Horney destacaba los determinantes culturales del desarrollo. Los patrones de crianza varían de una sociedad a otra; en su teoría ni siquiera el complejo de Edipo es una experiencia humana universal. Horney analizó los roles sexuales como desarrollos moldeados por culturas particulares que pueden cambiar si las culturas cambian. La terapia de Horney busca descubrir conflictos inconscientes que se originan en la niñez, pero pone énfasis en sus implicaciones para la vida presente. La autoimagen idealizada del paciente es cuestionada. El autoanálisis puede ser un complemento útil del psicoanálisis (Cloninger, 2003, p. 188).

### **2.2.4.3. *La Perspectiva de los Rasgos.***

#### *2.2.4.3.1. Gordon Allport – Teoría Personológica de los Rasgos.*

Gordon Allport influyó en el desarrollo de la psicología académica con su énfasis en temas importantes: consistencia de la personalidad, influencia social, el concepto de sí mismo y la interacción de la personalidad con la influencia social en la determinación de la conducta. Allport definió la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”. La unidad primaria de la personalidad es el rasgo. Los rasgos pueden estudiarse de manera ideográfica (rasgos individuales) o nomotética (rasgos comunes). El enfoque ideográfico describe a los individuos de manera más adecuada. La evidencia de los rasgos proviene de muchas fuentes: lenguaje, conducta, documentos (como las cartas) y cuestionarios como el Estudio de los Valores. Allport insistió en que la materia de estudio debería tener precedencia sobre los temas metodológicos.

Los rasgos varían en su penetración. Los rasgos cardinales tienen influencias extremadamente penetrantes, pero sólo se presentan en pocas personas. Los rasgos centrales tienen influencias amplias y ocurren en todos. Además, la gente tiene rasgos secundarios que sólo influyen en unas cuantas conductas. Los rasgos están en la mitad de un espectro de aspectos de la personalidad, que van desde los reflejos muy limitados hasta sí mismos altamente integrados.

A medida que se desarrolla la personalidad, los rasgos se vuelven funcionalmente autónomos de sus orígenes de desarrollo. En consecuencia, el estudio de la personalidad debería centrarse en temas contemporáneos. Allport mencionó varias características de un adulto maduro y sano: extensión del sentido de sí mismo, interacciones humanas cálidas, seguridad emocional (auto aceptación), percepciones realistas, auto objetivación y una filosofía

unificadora de la vida. La personalidad sana está unificada y combina varios elementos múltiples. El desarrollo de la personalidad, el desarrollo del *proprium* unificador, procede a través de etapas: sentido corporal, auto identidad, valoración del yo, extensiones del yo, autoimagen, agente racional, lucha propia y el sí mismo como conocedor. Allport estudió el prejuicio, el cual dijo que era más frecuente entre los individuos extrínsecamente religiosos y menos frecuentes entre los individuos intrínsecamente religiosos. En conjunto, el enfoque de Allport era ecléctico (Cloninger, 2003, p. 221).

#### *2.2.4.3.2. Raymond B. Cattell – Teorías Analítico – Factoriales de los Rasgos.*

El análisis factorial es la herramienta esencial de las teorías analítico-factoriales de los rasgos, es un procedimiento estadístico que se basa en el concepto de correlación.

Cattell definió la personalidad simplemente como “lo que permite una predicción de lo que hará una persona en una situación dada”. Cattell utilizó métodos de investigación multivariada, en particular el análisis factorial. Describió los rasgos de superficie de la gente y, a través de un análisis estadístico más intensivo, buscó los rasgos de origen subyacentes que determinan la personalidad. Su prueba de personalidad 16PF se basa sobre esta investigación y mide los 16 principales rasgos origen de la personalidad.

Esas puntuaciones pueden ser presentadas en un perfil para cada individuo. Un análisis factorial de segundo orden de esas puntuaciones da por resultado cinco factores más generales, incluyendo la extroversión y la ansiedad. Cattell distinguió varios tipos de rasgos: dinámicos, de temperamento y habilidad. Diferenció la inteligencia fluida (potencial innato) de la inteligencia cristalizada (influida por la experiencia) y desarrolló formas de medir la inteligencia fluida. El entretejido dinámico de Cattell presenta la relación entre los ergios

(rasgos de origen dinámicos constitucionales) y los meta ergios (rasgos de origen dinámicos moldeados por el ambiente), los cuales incluyen sentimientos y actitudes. Éstos están relacionados de acuerdo con el principio de subsidiación. En principio, la conducta puede ser anticipada por la ecuación de especificación, la cual incluye rasgos, factores situacionales y factores temporales. Los 16 factores de personalidad varían en la forma en que son influidos por la herencia. Cattell encontró que la neurosis y la psicosis tienen cierta base genética, aunque la experiencia también influye en su inicio. Aunque su aproximación ha sido criticada por ser atórica, Cattell se inspiró en los conceptos de otros teóricos al interpretar sus resultados, y argumentó que el trabajo empírico extensivo contribuía en mucho a los avances teóricos en la personalidad. Otra teoría factorial, el modelo de los Cinco Factores, incluye la extroversión, la afabilidad, el neuroticismo, la rectitud y la apertura como factores derivados del análisis del lenguaje. Como era de esperar, esos factores, evaluados por autorreporte y reporte de pares, están correlacionados con la conducta, y los investigadores afirman que son hereditarios. Se han propuesto otros modelos que hacen hincapié en la base biológica de la personalidad. El temperamento es la base biológica de la emocionalidad, la actividad y la sociabilidad (Cloninger, 2003, p. 266).

#### ***2.2.4.4. La Perspectiva del Aprendizaje.***

##### *2.2.4.4.1. Skinner y Staats – El Desafío del Conductismo.*

B. F. Skinner propuso una teoría conductual radical del comportamiento individual en términos de los determinantes ambientales, observable como los rasgos. Describió la conducta operante como la conducta seleccionada por el ambiente. Éste proporciona un mecanismo para la adaptación en la vida del individuo que es paralelo a la selección evolutiva que ocurre a lo largo de generaciones. Su teoría del condicionamiento operante describe la adquisición de conductas por medio del reforzamiento y su eliminación a través de la extinción y el castigo. Varios programas de reforzamiento producen efectos característicos. Los programas de razón

variable producen una tasa elevada de respuestas. Los programas de intervalo fijo producen un efecto festoneado (alternando tasas altas y bajas de respuestas). Es posible producir nuevas conductas por medio del moldeamiento. El aprendizaje discriminativo pone la conducta bajo el control de los estímulos ambientales y la generalización produce una respuesta similar en diversos ambientes. Skinner aplicó los principios conductuales de manera amplia, no sólo a las ratas y palomas de su laboratorio, sino también a los seres humanos. Su modelo sugería intervenciones en el tratamiento de las personas con trastornos mentales y con discapacidades en el desarrollo, así como intervenciones educacionales para niños normales. Afirmaba que la sociedad podía ser mejorada por la aplicación planeada de los principios conductuales. De acuerdo con Skinner, la ciencia conductual moderna podía hacer realidad las visiones utópicas que los “anticuados” principios políticos y religiosos sólo habían soñado como posibles. Sin embargo, los críticos han argumentado que muchos fenómenos exclusivamente humanos no pueden entenderse en términos del modelo de Skinner, el cual es abiertamente reduccionista y determinista. Se le critica por ignorar diferencias importantes entre los seres humanos y otras especies, en particular las capacidades del lenguaje humano y la complejidad del mundo social. Arthur Staats ha presentado una teoría del conductismo psicológico que aporta muchas de las piezas faltantes en la teoría de Skinner para hacerla más precisa como aproximación conductual a la personalidad. Propone que la personalidad consiste de repertorios de comportamiento básico, conductas aprendidas que tienen efectos amplios en la personalidad y que son la base del aprendizaje posterior. Tres categorías de esas conductas básicas son: el repertorio emocional-motivacional, el repertorio del lenguaje-cognoscitivo y el repertorio sensomotor. El aprendizaje efectivo produce ajuste psicológico, mientras que el aprendizaje inadecuado deja a una persona mal ajustada. En lugar de considerar que la personalidad es innata, el conductismo psicológico la describe como aprendida, dejando abierta la posibilidad de que las diferencias innatas puedan contribuir a la personalidad, pero sólo a través de su efecto en la

conducta aprendida. En lugar de prescindir de los test de personalidad, el conductismo psicológico acepta que son útiles, ya que a menudo tocan repertorios conductuales básicos (Cloninger, 2003, p. 305).

#### 2.2.4.4.2. *Dollard y Miller – Teoría Psicoanalítica del Aprendizaje.*

Dollard y Miller propusieron una teoría del aprendizaje que podía explicar los fenómenos clínicos observados por los psicoanalistas. Cuatro conceptos de aprendizaje son fundamentales: impulso, señal, respuesta y recompensa. En cualquier momento, son posibles varias respuestas en una determinada situación de estímulo. Éstas pueden arreglarse en orden de probabilidad, con la respuesta dominante en la cima de esta jerarquía de respuestas. El aprendizaje ocurre cuando la jerarquía de respuestas es modificada. Tanto las recompensas primarias (innatas) como las secundarias (aprendidas) pueden producir aprendizaje. El aprendizaje ocurre sólo si la respuesta dominante no produce la reducción del impulso, una situación a la que se denomina dilema de aprendizaje. La frecuencia de las conductas es incrementada por la recompensa y reducida por la extinción y el castigo. Las conductas que han sido eliminadas pueden regresar sin que se les recompense de nuevo, un fenómeno conocido como recuperación espontánea. La recompensa y el castigo tienen sus mayores efectos sobre la conducta cercana a la meta, produciendo las tendencias a la aproximación y evitación. El gradiente de evitación es más pronunciado que el gradiente de aproximación. Dollard y Miller reinterpretaron varios conceptos psicoanalíticos en términos de la teoría del aprendizaje. La identificación se reinterpreto en términos de imitación. Las tres primeras etapas psicosexuales de Freud se reinterpretaron como aprendizaje relacionado con la alimentación, el entrenamiento para el control de esfínteres y el entrenamiento sexual temprano. Se agregó una cuarta etapa relacionada con el conflicto de enojo-ansiedad. El conflicto intrapsíquico se reinterpreto como conflicto entre respuestas incompatibles. Se identificaron varios tipos de conflicto: aproximación-aproximación, aproximación-evitación, evitación-evitación y doble



aproximación-evitación. Su hipótesis de frustración-agresión, la cual ha sido revisada para incluir al aprendizaje, la emoción y otras variables, describía la causa de la conducta agresiva. El lenguaje es una importante conducta específica de la especie humana que ofrece señales para el comportamiento y permite interpretaciones de los niveles de conciencia basadas en la teoría del aprendizaje. Varios mecanismos de defensa pueden entenderse desde la perspectiva del aprendizaje (por ejemplo, el desplazamiento como una consecuencia de la generalización). La psicoterapia debe tomar en cuenta los principios de la teoría del aprendizaje; debe tratar de entender y modificar las señales que producen varias respuestas y debe enseñar nuevas conductas (Cloninger, 2003, p. 337).

#### **2.2.4.5. *Enfoque Cognoscitivo del Aprendizaje Social.***

##### *2.2.4.5.1. Mischel y Bandura – Teoría Cognoscitiva del Aprendizaje Social.*

Albert Bandura y Walter Mischel ofrecen un análisis teórico de la personalidad en la tradición de la teoría del aprendizaje, pero ponen un énfasis particular en las variables cognoscitivas por la importancia que la capacidad humana del pensamiento tiene para los fenómenos que conforman la personalidad.

Mischel y Bandura, teóricos líderes en el enfoque cognoscitivo del aprendizaje social, han expandido nuestra comprensión de la cognición como una variable importante en la personalidad humana. Mischel cuestionó la suposición de que existen rasgos globales de personalidad que dan lugar a un comportamiento consistente en muchas situaciones, encontrando más bien inconsistencia. La conducta varía dependiendo de la situación mucho más de lo que había supuesto la teoría de los rasgos. En lugar de rasgos, Mischel propuso variables cognoscitivas de la persona, incluidos aptitudes, estrategias de codificación y constructos personales. Mischel ha investigado el desarrollo en los niños de la capacidad para

postergar la gratificación. Las variables cognoscitivas son importantes en este desarrollo. Los niños aprenden estrategias como pensar en otra cosa para evitar la conducta impulsiva. Bandura demostró que los niños son influidos por modelos de conducta deseable e indeseable. Pueden aprender a postergar la gratificación o a ser agresivos al observar a los adultos en la vida real y en la televisión. Bandura dividió el aprendizaje en cuatro procesos, permitiendo una predicción más precisa de cuándo ocurrirá el aprendizaje. Ésos son los procesos de atención, retención, reproducción motora y motivacionales. El concepto de Bandura de determinismo recíproco describe las influencias mutuas entre la persona, el ambiente y la conducta. La autoeficiencia se refiere a la creencia de que uno puede realizar una conducta particular. La investigación extensiva demuestra que las creencias en la eficiencia afectan la elección y persistencia de la conducta. Las creencias en la eficiencia pueden ser aumentadas en la terapia, y, según Bandura, éste es el mecanismo que hace efectiva a la terapia (Cloninger, 2003, p. 374).

#### *2.2.4.5.2. George Kelly – La Psicología de los Constructos Personales.*

Kelly propuso una teoría de constructos personales basada en el postulado fundamental del alternativismo constructivo, el cual afirma que la gente puede interpretar cualquier evento de diversas maneras. Su metáfora para la personalidad fue la del hombre científico. Perfeccionó este modelo en una teoría formal, la cual consta de un postulado fundamental y 11 corolarios. El postulado fundamental afirma que “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en las cuales anticipa los eventos”. El proceso de construcción se describe en cuatro corolarios (corolario de la construcción, corolario de la experiencia, corolario de la elección y corolario de la modulación). Esos planteamientos describen cómo se forman los constructos y cómo se decide aplicarlos a una situación particular. La gente elige una forma particular de construcción de los eventos que ofrece la mejor posibilidad de ampliar el sistema de constructos. Cuatro corolarios describen la estructura del sistema de constructos:

corolario de la dicotomía, corolario de la organización, corolario de la fragmentación y corolario del rango. Los constructos dicótomos varían en su importancia y organización dentro del sistema de constructos. Con el desarrollo, los constructos se amplían en disposiciones jerárquicas. Los constructos incompatibles pueden aplicarse en sucesión. Cada constructo tiene sólo un rango de conveniencia limitado. Por último, el contexto social de la construcción se describe en el corolario de la individualidad, el corolario de la gente común y el corolario de la sociabilidad. La gente tiene diferentes sistemas de constructo y se considera que las personalidades son similares si utilizan sistemas de constructos semejantes. Las relaciones interpersonales dependen de que al menos una de las partes entienda los constructos empleados por la otra. El cambio de personalidad produce una variedad de emociones, incluidas la ansiedad y la amenaza (Cloninger, 2003, p. 402).

#### ***2.2.4.6. La Perspectiva Humanista.***

##### *2.2.4.6.1. Carl Rogers – Teoría Centrada en la Persona.*

Carl Rogers creía que a todos los seres humanos los motiva fundamentalmente un proceso dirigido al crecimiento, al que denominó la tendencia a la realización. Rogers fue un vocero importante del punto de vista humanista dentro de la psicología. Ofreció una teoría en la cual el individuo busca de manera activa un desarrollo superior, motivado por la tendencia a la realización, en lugar de ser pasivamente determinado por las fuerzas externas. Describió las características de una persona sana, a la que llama persona plenamente funcional. Su terapia centrada en el cliente destaca tres factores que contribuyen al éxito terapéutico: el aprecio positivo incondicional, la congruencia y la comprensión empática. Especificó sus constructos teóricos de forma que pudieran medirse, por lo que la teoría puede verificarse empíricamente. Además, condujo investigación innovadora sobre el proceso terapéutico. Rogers reconocía que se había centrado mucho más en el cambio de personalidad que en el desarrollo o estructura de la personalidad. Profundizó en el proceso de cambio en la terapia, los grupos, la educación y

el conflicto político. Sin embargo, no ofreció un esquema general para entender las diferencias de personalidad. A pesar de esas limitaciones, como uno de los fundadores de la División de la Psicología Humanista, Rogers, junto con Abraham Maslow y otros, proporcionó un foro a los psicólogos que creen que los conceptos como la libre voluntad y el significado de la vida no deben descartarse de la disciplina que pretende estudiar la naturaleza humana (Cloninger, 2003, p. 433).

#### *2.2.4.6.2. Abraham Maslow – Psicología Humanista y la Jerarquía de las Necesidades.*

Maslow propuso una psicología humanista, en el cual la gente se desarrolla a través de cinco niveles de una jerarquía de necesidades: fisiológicas, de seguridad, de amor y de pertenencia, de estima y de autorrealización. En las cuatro etapas inferiores, la persona es motivada por las deficiencias. En la etapa superior, la autorrealización, la persona es motivada por la motivación del ser y tiene características distintivas, de las cuales la más importante es la creatividad. Las experiencias cumbre son estados místicos de conciencia que son particularmente comunes entre la gente autorrealizada. La teoría de Maslow tiene implicaciones para muchos campos y tiene una asociación cercana con el movimiento del potencial humano. Exhortaba a la religión a ser menos dogmática y a interesarse más en el crecimiento. Además de la psicoterapia, su trabajo estimuló el desarrollo de los centros de crecimiento, como el de Esalen, donde la gente podía vivir en una comunidad que fomentaba la autorrealización. Instaba a los empleadores a preocuparse más por las necesidades de crecimiento de sus empleados, y a los educadores a alentar el crecimiento personal y la creatividad de sus estudiantes. Maslow solicitaba a la psicología que se interesara más en los valores humanos. Criticaba a la corriente principal de la psicología por centrarse más en el método que en el problema y argumentaba que la investigación científica de los más altos

potenciales humanos requería el desarrollo de nuevos modelos de la ciencia (Cloninger, 2003, p. 462).

#### ***2.2.4.7. Teoría de la Personalidad de Theodore Millon.***

La primera propuesta teórica de Millon estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial y la noción de refuerzo era el tema unificador del modelo. Al respecto, Millon sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿dónde procura encontrarlos?, y ¿cómo actúa para poder optar por ellos? El modelo resultante podía ser visualizado como el resultado de tres dimensiones polares que respondían a esas preguntas. Millon decía, entonces, que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor, que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros, y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. De esta manera, las tres polaridades del modelo original fueron las siguientes: conducta instrumental (como), activo – pasivo; fuente del refuerzo (donde), sí mismo (independiente) – otros (dependiente); naturaleza del refuerzo (que), placer – dolor. La teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva los ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor), la fuente (sí mismo versus otros), y las conductas instrumentales (activo contra pasivo). El modelo incluía, además, como se dijo, tres variantes de trastornos de personalidad más severos. Si bien es fácil imaginar ocho modelos de personalidad resultantes del cruce de tres polaridades (como una matriz de 2 x 2 x 2) esta no fue la metodología seguida por Millon. Los ocho patrones que derivó son, en cambio, un desbalance o una mezcla desigual de las tres polaridades, lo que constituye un error potencial del modelo. Cuatro patrones se derivan de la naturaleza y fuente de refuerzos: retraído (no busca refuerzos), dependiente (busca refuerzo en los demás), independiente (busca refuerzo en sí mismo), y ambivalente (inseguro respecto a donde buscar refuerzo). Estos cuatro patrones

se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir ocho modelos de personalidad. Las dos variantes de conducta instrumental representan claramente la polaridad activo pasiva, pero los modelos retraído, dependiente, independiente, y ambivalente no representan un cruce claro de las polaridades yo-otros y placer-dolor. Otro notable hito en su desarrollo teórico ocurrió cuando Millón reformuló su teoría de la personalidad y sus trastornos para tener en cuenta los conceptos de la evolución mediante una teoría más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano. El nuevo modelo procede a una reevaluación de las características más profundas en las que se basa el funcionamiento humano. La atención pasa de la psicología a otras expresiones de la naturaleza, examinando principios universales (de la evolución) derivados de manifestaciones no psicológicas. Cada especie muestra aspectos comunes en su estilo adaptativo, pero existen diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre los miembros frente a los diversos y cambiantes entornos que enfrentan. La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales. Los trastornos de la personalidad serían estilos particulares de funcionamiento des adaptativo (Ramos, 2014).

## **2.2.5. Tipos de Trastornos de Personalidad según Theodore Millon.**

### ***2.2.5.1. Personalidad Evitadora.***

Estos individuos se caracterizan por tener pocos amigos de confianza, en ocasiones solo uno o dos, posiblemente el cónyuge, o un único miembro de la familia. Suelen admitir a muy poca gente en su círculo y lo hacen solo tras asegurarse de que las personas a las que admiten hayan superado pruebas muy estrictas que les permitan saber que podrán contar con su apoyo y aceptación incondicional y sin críticas. El dolor ocasionado por la soledad y la reclusión les llega hasta lo más profundo, pero antes que permitir ser vulnerables a la humillación social “inevitable” que sufrirían como consecuencia de ver expuesta su supuesta incompetencia y falta de educación social, asumen su dolor silencioso y solitario y se vuelven casi invisibles.

Aunque pueden sentir grandes deseos de amar o de intimar, así como de disfrutar más de la vida o de tener experiencias gratificantes, “se ven a sí mismos como seres tan insignificantes que deben retirarse a su vergonzoso mundo privado, en el que al menos pueden estar solos con sus propias insuficiencias” (Millon, 2006, p. 196).

#### **2.2.5.2. *Personalidad Obsesivo – Compulsiva.***

Individuos que se caracterizan por su búsqueda de la perfección. Intentan hacerlo todo con la máxima perfección, ya que el más mínimo error les genera una gran culpabilidad y el sentimiento que su trabajo ha sido un desastre. Su dedicación a la productividad es tan rígida y devota que rara vez encuentran tiempo para sí mismos o para sus familias. Suelen destacar por llegar muy pronto al lugar de trabajo e irse muy tarde. No se van a sus casas hasta haber terminado la tarea que están haciendo y estos seguros de que el resultado ha sido perfecto. Se marcan objetivos muy elevados, a veces poco realistas, y esperan lo mismo de los demás, sobre todo de sus subordinados. En su vida privada suelen ser rígidos y dogmáticos en cuestiones de moralidad, ética y valores. Siempre hay que proceder según las normas y nunca hay que hacer que se salga de ellas. “Consideran que sus creencias constituyen la verdad absoluta, hasta el punto que los demás los consideran extremadamente tercos. Entre los estereotipos se incluyen el burócrata y el mando intermedio, que controla los detalles, pero carece de imaginación” (Millon, 2006, p. 234).

#### **2.2.5.3. *Personalidad Dependiente.***

Estos individuos se caracterizan por su preocupación excesiva hacia los demás y anteponen el bienestar de estos al suyo propio, sea cual sea el coste personal o para su identidad. Siempre están ayudando o dando, y se comprometen en sus relaciones interpersonales, sobre todo con sus cónyuges y con la institución del matrimonio. Básicamente viven su vida a través de los demás y para los demás, a quienes ofrece calidez, ternura y consideración. “Cuando las

personas que les importan están felices, ellos también lo están” (Millon, 2006, p. 271). Prefieren la armonía en sus relaciones, y cuando se produce un desacuerdo, tienen tendencia a disculparse, incluso cuando son otras personas las que deberían asumir mayor parte de la responsabilidad”.

#### ***2.2.5.4. Personalidad Histriónica.***

Estos individuos se caracterizan por su dramatismo y actitud seductora, y no pierden ocasión para impresionar a los demás. Cualquier indicio de que los demás no le admiran o veneran enseguida despierta en ellos sentimientos depresivos y de resentimiento. Sin embargo, estos estados de ánimo negativos pueden esfumarse cuando, en su incesante búsqueda de aprobación, se dan cuenta de que es más apropiado manifestar otro tipo de sentimientos. Además, habrán observado la facilidad con la que se les puede influir, sobre todo enseguida adaptan sus opiniones y conductas a la situación cuando tienen el capricho de caer bien a la persona a la que se dirigen. Cuando entablan una conversación, se comunican con frases grandilocuentes e impactantes a expensas del contenido de lo que dicen. “Este patrón de expresión atrevido suele perpetuarse mediante su aspecto físico, ya sea por el corte de pelo, el maquillaje, la vestimenta o la combinación impactante de todos estos factores” (Millon, 2006, p. 305). Al final uno tiene la sensación que estas personas son el alma de la fiesta.

#### ***2.2.5.5. Personalidad Narcisista.***

Los individuos con personalidad narcisista no solo piensan que son mejores que los demás, sino que miran a los otros con desprecio por su inferioridad o simplemente por su mediocridad. Se proclaman a sí mismos estrellas y se supone que los demás debemos admirar su resplandor. Este tipo de personas sacan provecho constantemente de los demás y los explotan con todo descaro. Su egocentrismo hace que estas personas sean indiferentes a los derechos y el bienestar de quienes los rodean y que, en ocasiones, también prescindan de las



leyes sociales. Para justificar sus acciones racionalizan y elaboran razones más o menos solventes que excusan su falta de consideración y su actitud de superioridad, a la vez que los sitúan en la mejor posición posible. “Cuando reciben presión o se ponen en tela de juicio su conducta, se comportan de forma más arrogante y displicente y pueden llegar a enfurecerse (Millon, 2006, p. 344).

#### **2.2.5.6. *Personalidad Esquizotípica***

Estos individuos se caracterizan por ser excéntricos, diferentes, misteriosos, raros o extraños. Al sentirse demasiado ansiosos cuando están con otras personas, se mantienen apartados y aislados, incluso a las personas que conocen desde hace mucho tiempo. Algunos parecen absortos en la estimulación derivada de su propio mundo interno, y pueden tener problemas para expresar de forma coherente sus pensamientos y sentimientos. Cuando se relacionan, parecen distraídos o incapaces de centrarse, y pueden divagar pasando de un tema a otro. El intervalo de expresión emocional es muy restringido o las emociones que muestran son completamente inadecuadas para los acontecimientos objetivos. Presentan creencias raras, imposibles de sostener desde una perspectiva científica, como por ejemplo que pueden comunicarse mediante telepatía o prever el futuro. “Algunos tienen precepciones igualmente extrañas; por ejemplo, recordar a familiares fallecidos hace tiempo y sentir que sus espíritus rondan por la habitación. Suelen mostrarse muy suspicaces con respecto a las intenciones de los demás” (Millon, 2006, pág. 419).

#### **2.2.5.7. *Personalidad Paranoide.***

Los individuos que poseen este tipo de personalidad se caracterizan por la desconfianza. La mayoría de personas normales considera que la naturaleza humana es fundamentalmente buena. En cambio, los paranoides suelen contemplar la sinceridad con mucha suspicacia. Los paranoides se protegen construyendo un muro a su alrededor que deja fuera a los demás. Nunca

bajan la guardia, siempre están dentro de su fortaleza escudriñando cualquier señal de asalto. Nada debe escapar a su escrutinio. Desde la perspectiva de los demás, “son personas que siempre están en guardia, hostiles, severas, rígidas, evaluadoras en términos de blanco y negro, reticentes a tener en cuenta las evidencias objetivas y a extraer conclusiones racionales” (Millon, 2006, pág. 452). Por el contrario, malinterpretan la realidad social consensuada, imputan motivos ocultos a los demás e incluso acusan a sus amistades más duraderas de traiciones odiosas. Se mantienen al borde de la destrucción, solos contra el mundo, envueltos en un halo de indignación por la maldad ajena y de autocompasión que incrementa aún más su ira.

#### **2.2.5.8. *Personalidad Esquizoide.***

Las personas con este tipo de personalidad son distantes y aparentemente introvertidos se apartan de los demás y solo se relacionan con ellos para satisfacer las mínimas necesidades de supervivencia. No parecen obtener ninguna sensación de las relaciones sociales ni siquiera con familiares o amigos. Tampoco están interesados por el sexo. Prefieren estar solos y distanciarse, librarse de la preocupación y del estrés social y escapar así de las demandas que pueden hacerles los demás. La mayoría son incapaces de responder a los halagos y a las críticas ajenas como si la dimensión social, tan importante para los individuos normales, simplemente no formara parte de su existencia o de su vida. Muchos “presentan una marcada dificultad para el placer, no se activan ni se enfadan por nada” (Millon, 2006, pág. 390). La experiencia emocional y su expresión pueden ser tan aplanadas que parecen aisladas del mundo, y su mundo interno parece igualmente distante y perturbable y siempre indiferentes, trabajan tranquilamente sin destacar y pasan inadvertidos hasta para quienes están habitualmente en contacto con ellos. Al hallarse solos probablemente acaben para siempre en un segundo término.

#### **2.2.5.9. *Personalidad Límite.***

Los sujetos con este tipo de personalidad son emocionalmente inestables y especialmente iracundos. Sus relaciones son tempestuosas e intensas, con tantas rupturas y reconciliaciones que la vida se convierte en una especie de melodrama y montaña rusa. Una característica interpersonal, notable es el caos y el hecho de que su opinión acerca de los demás experimenta cambios repentinos. Cuando se quedan solos; aunque sean breves periodos de tiempo, se sienten insoportablemente solitarios y vacíos. Hacen esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonados, incluyendo comportamientos suicidas y son incapaces de entender que esta forma de vinculación les está alejando de los demás. Como carecen de un sentido maduro de su propia identidad, varían bruscamente de objetivo y valores, cambian de trabajo de una manera impulsiva y revocan con indiferencia las opiniones previas, durante los periodos que se hallan sometidos a estrés, esta falta de cohesión les hace susceptibles a estados psicóticos transitorios y a episodios disociativos. (Millon, 2006).

#### **2.2.5.10. *Personalidad Agresivo – Sádica.***

Estos individuos no pueden ser juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. “Son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales” (Millon, 1999, pág. 23). Aunque muchos recubran sus tendencias más dominadoras y maléficas mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

#### ***2.2.5.11. Personalidad Pasivo – Agresiva.***

Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo ambivalente (compulsivo). Sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes 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 errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza” (Millon, 1999, pág. 23).

#### ***2.2.5.12. Personalidad Autodestructiva (Masoquista).***

Es un tipo de carácter bien descrito en la literatura clínica. Relacionándose con los demás de una manera obsequiosa y sacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellas, centrándose en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y trasforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable. (Millon, 1999, p. 12).

#### **2.2.6. Sustancias Psicoactivas / Droga.**

Son todas aquellas “sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar” (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008, p.

376), y padece síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

### **2.2.7. Adicción.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

Para poder hablar de dependencia física y psicológica las personas presentan tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.
- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión cada de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

#### **2.2.7.1. Niveles de adicción.**

1. Experimentación: es el caso donde la persona, guiada por la curiosidad, se ánima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo

2. Uso: el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo, toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.
3. Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. Ejemplo: en alcohol una intoxicación es cuando ya se presenta una resaca, lagunas mentales. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia).
4. Adicción: relación de amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilísticos. (Universidad Rafael Landívar, 2013).

#### ***2.2.7.2. Clasificación de las drogas.***

“Las drogas se clasifican según su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio sociocultural (legales-ilegales, institucionalizadas- no institucionalizadas, duras, blandas, más peligrosas-menos peligrosas)” (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008, p. 381).

#### ***2.2.7.3. Características clínicas de las distintas sustancias psicoactivas.***

Las sustancias psicoactivas afectan el sistema nervioso, el DSM-IV-TR afirma que “estos cambios conductuales son contemplados claramente como indeseables en todas las culturas, dado que su consumo produce problemas de tipo social, laboral, psicológico, o físico,

junto con graves síntomas de abstinencia al dejar de consumir esa sustancia” (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008, p. 387).

A continuación, describimos las características más relevantes de las sustancias psicoactivas más importantes.

#### *2.2.7.3.1. Nicotina.*

El tabaco (*nicotiana tabacum*) es originario de América, aunque en la actualidad se cultiva en casi todos los países del mundo, la similitud del uso del tabaco y el consumo de otras sustancias que produce dependencia. La nicotina tiene efectos periféricos y centrales (Vallejo, 2015).

La dependencia a la nicotina se produce por el humo fumado de los cigarrillos y pipas aspirado por vía pulmonar. “Los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia de la nicotina son: estado de ánimo disforico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, disminución de frecuencia cardíaca, aumento del apetito o del peso” (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008, p. 387).

#### *2.2.7.3.2. Cannabis.*

“El cannabis sativo o marihuana es una planta que contiene una gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos. Existen básicamente tres formas de presentación. La marihuana, la resina seca de hachís o kif y el aceite de hachís” (Vallejo, 2015, p. 404).

Sobre esta droga existe la creencia de que no es adictiva es por ello su mucha gente la consume periódicamente. La dependencia suele producirse cuando el consumo es diario o casi diario. Dado que produce menos efectos físicos y manifiestos que otras drogas, suele combinarse su consumo, desde el principio o conforme transcurre el tiempo, con alcohol o cocaína. Los síntomas positivos más característicos que produce esta droga son la sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual. Los efectos

negativos son el letargo, anhedonia y problemas de atención y memoria. (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008).

#### *2.2.7.3.3. Opiáceos.*

Los opiáceos son “sustancias derivadas del opio y algunos productos de síntesis, que comparten la característica común de acoplarse a unos receptores específicos-receptores opioides- del SNC” (Vallejo, 2015, p. 393).

Del opio derivan más de 20 alcaloides entre ellos tenemos a la codeína, la heroína, metadona, la diacetilmorfina, etc.

La familia de los opiáceos es muy extensa la conforman la heroína, la morfina, la metadona, la codeína. La heroína se administra principalmente por vía intravenosa también se puede fumar o esnifar. El primer consumo produce náuseas, vómitos y disforia: luego le siguen los síntomas buscados en la heroína, como placer, euforia, y reducción de la ansiedad, conocidos como la fase de luna de miel. En la siguiente fase solo se consume con la finalidad de evitar el síndrome de abstinencia. (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008).

#### *2.2.7.3.4. Cocaína.*

Es un “alcaloide procedente de las hojas del Eritroxilon coca, un arbusto que se cultiva en las altiplanicies de los andes, desde el principio despertó un gran interés por sus propiedades anestésicas y estimulantes” (Vallejo, 2015, p. 400).

La coca se puede tomar en forma de hojas masticadas, polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse y el crack para fumar. En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos de consumo, el consumo esporádico y el consumo crónico. Los principales efectos de la cocaína son euforia, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, junto a otros como peleas y deterioro de la capacidad de juicio, de la actividad laboral y social. Los efectos producidos por la abstinencia a la cocaína son la depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de



energía y aislamiento social. Disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria. (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008).

#### *2.2.7.3.5. Inhalantes.*

Son “sustancias con finalidades iniciáticas, místicas o rituales mágicos” (Vallejo, 2015, p. 405). Sin embargo, su uso como droga es mucho más reciente; actualmente, los inhaladores constituyen, junto con el tabaco, la marihuana y el alcohol, las sustancias de uso más frecuente entre los adolescentes occidentales.

Los inhalantes toman su nombre por el modo en el que son consumidos, inhalados a través de la boca o la nariz. El compuesto químico que produce efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran básicamente en la gasolina, pinturas y disolventes. Existen muchos otros productos que se pueden inhalar como éteres, cetonas y glicoles son comunes en muchos productos comercializados. Es la droga de los pobres y los marginados. Su obtención es muy fácil debido a su bajo costo. Se consume introduciendo la sustancia en una bolsa o en un paño. Los efectos iniciales son similares a una intoxicación alcohólica. Posteriormente, aparecen síntomas físicos como dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales (náuseas y vómitos, diarrea, calambres intestinales, etc.). Si el consumo de inhalantes persiste a lo largo del tiempo surgen problemas más graves de tipo pulmonar o circulatorio. Anemia, hepatitis, trastorno del desarrollo, neuropatías, etc. (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008).

#### *2.2.7.3.6. Pasta Básica de Cocaína (PBC).*

Es un polvo blanco mate, cremoso o pajizo, que usualmente forma grumos que se disgregan con la presión. Es insoluble en agua y soluble en solventes orgánicos; está compuesto por una mezcla de diversas sustancias que se producen durante el proceso de extracción de los alcaloides de la hoja de coca. El componente principal es la cocaína, que en la sustancia no

adulterada debe representar más del 80% del total de su masa. Los otros componentes son productos de descomposición de la cocaína, como la ecgonina y la benzoilecgonina, otros alcaloides como la tropacocaina o cinamoilcocaina y algunas sales como sulfatos o carbonatos. En términos de elaboración, la PBC se ubica en la fase intermedia antes de llegar al clorhidrato de cocaína. Es definida como una sustancia volátil y sublimable, es decir, puede pasar a la fase gaseosa directamente desde la sólida. Es líquida a los 99 °C y su punto de ebullición es de 187 °C a 188 °C. Para ser consumida, la PBC se introduce en un cigarrillo de tabaco o también se mezcla con marihuana. El consumo se da bajo la modalidad de inhalación de bocanadas de humo. (UNODC, 2013).

#### *2.2.7.3.7. Alcohol.*

El alcohol en un principio, como casi todas las drogas, tuvo una utilización místico-religiosa. El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (ej. granos, frutas). La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones

El alcohol tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central. Inicialmente, y no en dosis altas, produce sensación de euforia, optimismo, desinhibición, generando además una sensación de mayor soltura corporal y verbal. Rebaja a la vez el nivel de autocontrol, desinhibición y autocrítica lo que facilita la animación en situaciones de celebración o de fiesta. Cuando se ingiere en exceso se producen reacciones violentas, peleas, llantos y muchas reacciones fisiológicas, digestivas que son algunos de los espectáculos desagradables en estas personas.

Frecuentemente se ingiere por vía oral, la absorción es muy rápida, se absorbe en un 20% en el estómago y en un 80% en el intestino delgado, de donde pasa a la vía sanguínea. De ahí que todo aquello que facilite el paso del alcohol ingerido al intestino (estómago vacío,

bebidas carbónicas, etc.) acelera la absorción, dando lugar a un nivel más alto y más rápido de alcoholemia. Del 5 al 10% del etanol absorbido se elimina por el aire espirado, la orina y el sudor. El resto es metabolizado en los órganos internos, especialmente en el hígado.

El alcohol crea dependencia física y psíquica, tiene una fuerte tolerancia y el síndrome de abstinencia es especialmente peligroso. El síndrome de abstinencia del alcohólico cuando adopta las características del “Delirium Tremens” (temblores y alucinaciones), puede llegar a ser mortal. A los pocos minutos de haber bebido alcohol, éste pasa a la sangre, donde puede llegar a mantenerse hasta 18 horas. Aunque su consumo afecta a todo el cuerpo, donde altera mucho más es en el hígado y en el cerebro. (Vallejos, 2005).

#### ***2.2.7.4. Criterios para el Diagnóstico de Adicción según el DSM-IV.***

Un patrón mal adaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) o más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses. (Alvarado, 2017).

1. Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)

El DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto;

- Dependencia de alcohol (F10.2x)
- Dependencia de alucinógenos (F16.2x)
- Dependencia de anfetamina (F15.2x)
- Dependencia de cannabis (F12.2x)
- Dependencia de cocaína (F14.2x)
- Dependencia de fenciclidina (F19.2x)
- Dependencia de inhalantes (F18.2x)
- Dependencia de nicotina (F17.2x)
- Dependencia de opiáceos (F11.2x)
- Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.2x)
- Dependencia de otras sustancias o desconocidas (F19.2x)

## **2.3. Definición de términos básicos**

### **2.3.1. Alcohol.**

El alcohol en un principio, como casi todas las drogas, tuvo una utilización místico-religiosa. El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (ej. granos, frutas). La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones

El alcohol tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central. Inicialmente, y no en dosis altas, produce sensación de euforia, optimismo, desinhibición, generando además una sensación de mayor soltura corporal y verbal. Rebaja a la vez el nivel de autocontrol, desinhibición y autocritica lo que facilita la animación en situaciones de celebración o de fiesta. Cuando se ingiere en exceso se producen reacciones violentas, peleas, llantos y muchas reacciones fisiológicas, digestivas que son algunos de los espectáculos desagradables en éstas personas. (Vallejos, 2005).

### **2.3.2. Cannabis.**

El cannabis sativa o marihuana es una planta que contiene una gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos. Existen básicamente 3 formas de presentación. La marihuana, la resina seca de hachís o kif y el aceite de hachís (Vallejo, 2015. p. 404).

### **2.3.3. Cocaína.**

Es un alcaloide procedente de las hojas del Eritroxilon coca, un arbusto que se cultiva en las altiplanicies de los andes, desde el principio despertó un gran interés por sus propiedades anestésicas y estimulantes (Vallejo, 2015. p. 400).

#### **2.3.4. Inhalantes.**

Los inhalantes toman su nombre por el modo en el que son consumidos, inhalados a través de la boca o la nariz. El compuesto químico que produce efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran básicamente en la gasolina, pinturas y disolventes. (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008, p. 391).

#### **2.3.5. Internos/recluso.**

Es aquel individuo que cumple en un establecimiento penitenciario una pena privativa de libertad impuesta por sentencia firme. (Vega, 2015).

#### **2.3.6. Nicotina.**

El tabaco (*nicotiana tabacum*) es originario de América, aunque en la actualidad se cultiva en casi todos los países del mundo, la similitud del uso del tabaco y el consumo de otras sustancias que produce dependencia. La nicotina tiene efectos periféricos y centrales. (Vallejo, 2015, p. 306).

#### **2.3.7. Opiáceos.**

Los opiáceos son las sustancias derivadas del opio y algunos productos de síntesis, que comparten la característica común de acoplarse a unos receptores específicos-receptores opioides- del SNC. Del opio derivan más de 20 alcaloides entre ellos tenemos a la codeína, la heroína, metadona, la diacetilmorfina, etc. (Vallejo, 2015. p. 393).

#### **2.3.8. Pasta Básica de Cocaína (PBC).**

Es un polvo blanco mate, cremoso o pajizo, que usualmente forma grumos que se disgregan con la presión. Es insoluble en agua y soluble en solventes orgánicos; está compuesto por una mezcla de diversas sustancias que se producen durante el proceso de extracción de los alcaloides de la hoja de coca. El componente principal es la cocaína, que en la sustancia no

adulterada debe representar más del 80% del total de su masa. Los otros componentes son productos de descomposición de la cocaína, como la ecgonina y la benzoilecgonina, otros alcaloides como la tropacocaina o cinamilcocaina y algunas sales como sulfatos o carbonatos. En términos de elaboración, la PBC se ubica en la fase intermedia antes de llegar al clorhidrato de cocaína. Es definida como una sustancia volátil y sublimable, es decir, puede pasar a la fase gaseosa directamente desde la sólida. Es líquida a los 99 .C y su punto de ebullición es de 187 .C a 188.C. Para ser consumida, la PBC se introduce en un cigarrillo de tabaco o también se mezcla con marihuana. El consumo se da bajo la modalidad de inhalación de bocanadas de humo. (UNODC, 2013).

### **2.3.9. Personalidad.**

Es un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona (Millon, 2006, p. 2).

### **2.3.10. Personalidad Dependiente.**

Se preocupan por los demás en exceso y anteponen el bienestar de estos al suyo propio, sea cual sea el coste personal o para su identidad. Siempre están ayudando o dando, y se comprometen en sus relaciones interpersonales, sobre todo con sus cónyuges y con la institución del matrimonio. Básicamente viven su vida a través de los demás y para los demás, a quienes ofrece calidez, ternura y consideración. Cuando las personas que les importan están felices, ellos también lo están. (Millon, 2006).

### **2.3.11. Personalidad Agresivo – Sádica.**

Estos individuos no pueden ser juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los

demás y violan sus derechos y sentimientos. Son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque muchos recubran sus tendencias más dominadoras y maléficas mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias. (Millon, 1999, p. 23).

#### **2.3.12. Personalidad Esquizoide.**

Son sujetos distantes y aparentemente introvertidos se apartan de los demás y solo se relacionan con ellos para satisfacer las mínimas necesidades de supervivencia. Prefieren estar solos y distanciarse, librarse de la preocupación y del estrés social y escapar así de las demandas que pueden hacerles los demás. La mayoría son incapaces de responder a los halagos y a las críticas ajenas como si la dimensión social, tan importante para los individuos normales, simplemente no formara parte de su existencia o de su vida. (Millon, 2006).

#### **2.3.13. Personalidad Esquizotípica.**

Estos sujetos son considerados excéntricos, diferentes, misteriosos, raros o extraños. Cuando se relacionan, parecen distraídos o incapaces de centrarse, y pueden divagar pasando de un tema a otro. Presentan creencias raras, imposibles de sostener desde una perspectiva científica, como por ejemplo que pueden comunicarse mediante telepatía o prever el futuro. Algunos tienen precepciones igualmente extrañas; por ejemplo, recordar a familiares fallecidos hace tiempo y sentir que sus espíritus rondan por la habitación. Suelen mostrarse muy suspicaces con respecto a las intenciones de los demás. (Millon, 2006).

#### **2.3.14. Personalidad Evitadora.**

Son personas con pocos amigos de confianza, en ocasiones solo uno o dos, posiblemente el cónyuge, o un único miembro de la familia. Suelen admitir a muy poca gente



en su círculo y lo hacen solo tras asegurarse de que las personas a las que admiten hayan superado pruebas muy estrictas que les permitan saber que podrán contar con su apoyo y aceptación incondicional y sin críticas (Millon, 2006).

#### **2.3.15. Personalidad Histriónica.**

Estos individuos se caracterizan por su dramatismo y actitud seductora, y no pierden ocasión para impresionar a los demás. Cualquier indicio de que los demás no le admiran o veneran enseguida despierta en ellos sentimientos depresivos y de resentimiento. Este patrón de expresión atrevido suele perpetuarse mediante su aspecto físico, ya sea por el corte de pelo, el maquillaje, la vestimenta o la combinación impactante de todos estos factores. Al final uno tiene la sensación que estas personas son “el alma de la fiesta”. (Millon, 2006).

#### **2.3.16. Personalidad Límite.**

Estos sujetos son emocionalmente inestables y especialmente iracundos. Sus relaciones son tempestuosas e intensas, con tantas rupturas y reconciliaciones que la vida se convierte en una especie de melodrama y montaña rusa. Una característica interpersonal, notable es el caos y el hecho de que su opinión acerca de los demás experimenta cambios repentinos. Cuando se quedan solos; aunque sean breves periodos de tiempo, se sienten insoportablemente solitarios y vacíos. Hacen esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonados, incluyendo comportamientos suicidas y son incapaces de entender que esta forma de vinculación les está alejando de los demás. (Millon, 2006).

#### **2.3.17. Personalidad Narcisista.**

Estos individuos no solo piensan que son mejores que los demás, sino que miran a los otros con desprecio por su inferioridad o simplemente por su mediocridad. Se proclaman a sí mismos estrellas y se supone que los demás debemos admirar su resplandor. Cuando reciben

presión o se ponen en tela de juicio su conducta, se comportan de forma más arrogante y displicente y pueden llegar a enfurecerse. (Millon, 2006).

### **2.3.18. Personalidad Obsesivo-Compulsiva.**

Son personas que intentan hacerlo todo con la máxima perfección, ya que el más mínimo error les genera una gran culpabilidad y el sentimiento que su trabajo ha sido un desastre. Consideran que sus creencias constituyen la verdad absoluta, hasta el punto que los demás los consideran extremadamente tercos. (Millon, 2006).

### **2.3.19. Personalidad Paranoide.**

Estos sujetos son incapaces de confiar en los demás. La mayoría de personas normales considera que la naturaleza humana es fundamentalmente buena. En cambio, los paranoides suelen contemplar la sinceridad con mucha suspicacia. Los paranoides se protegen construyendo un muro a su alrededor que deja fuera a los demás. Nunca bajan la guardia, siempre están dentro de su fortaleza escudriñando cualquier señal de asalto. Nada debe escapar a su escrutinio. (Millon, 2006).

### **2.3.20. Personalidad Pasivo - Agresiva**

Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo ambivalente (compulsivo). Sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes 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 errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza. (Millon, 1999. p. 23)

### **2.3.21. Sustancias Psicoactivas.**

Son todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y padece síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. (Belloch, Sandin, Ramos, & Becoña, 2008. p. 376).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Métodos y alcances de la investigación**

##### **3.1.1. Método de Investigación.**

###### **a) Método General**

El estudio utilizó el método científico como método general. La investigación utiliza el método de investigación científica, como un tipo de investigación, sistemática, controlada, empírica y crítica, de proposiciones hipotéticas sobre las presumidas relaciones entre fenómenos naturales (Kerlinger, 1975, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

###### **b) Método Específico**

Se empleó el método descriptivo, con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger

información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. En el método descriptivo el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno.

### **3.1.2. Nivel.**

El nivel es descriptivo básico, “Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014. p. 92).

### **3.1.3. Tipo.**

#### ***3.1.3.1. Por su Finalidad.***

Por su finalidad, el estudio está orientado a la Investigación Aplicada.

Según Sierra (2001), tiene como finalidad el mejor conocimiento y comprensión de los fenómenos sociales. En síntesis, se puede decir que la finalidad de la investigación social en su conjunto, es el conocimiento de la estructura e infraestructura de los fenómenos sociales, que permita explicar su funcionamiento.

#### ***3.1.3.2. Por su alcance temporal.***

Por su alcance temporal, la Investigación es seccional, porque la ejecución se refiere a un momento o tiempo específico.

Según Sierra (2001), la investigación puede referirse a un momento específico o a un tiempo único o puede extender su análisis a una sucesión de momentos temporales.

### 3.2. Diseño de investigación

El Diseño que orientó el estudio fue el descriptivo simple, puesto que tuvo como objetivo indagar la incidencia y valores (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) por lo tanto se pretende describir como se manifiestan, los patrones clínicos de personalidad en internos con diagnóstico de adicciones en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

En el esquema:



M = Muestra de investigación

O<sub>1</sub> = Observaciones de la variable

### 3.3. Población y muestra

#### a) Población:

La población fue tomada del programa INPE DEVIDA, dicho programa está conformado por 50 internos con previo diagnóstico de adicciones; si quieren participar del programa, los internos deben someterse a un examen toxicológico y a una evaluación conductual adicionalmente firmar un acta de compromiso que contiene 12 puntos (reglas de comportamiento) posteriormente realizan tareas de educación y trabajo en los ambientes acondicionados para tal fin en la cárcel; dichos internos se encuentran en el programa mencionado rehabilitándose, estos reclusos están sentenciados y procesados por distintos delitos contra el patrimonio, con consumo de drogas e historial delictivo asociado al consumo de drogas enmarcado dentro del modelo biopsicosocial cognitivo conductual (INPE, 2016). El grado de instrucción es variado ya que va desde personas analfabetas, sujetos con primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, superior universitaria incompleta y

superior no universitaria incompleta. Antes de la evaluación a los internos se les pidió que firmaran un consentimiento informado en el cual mencionan que su participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria.

En las siguientes tablas se describen las características principales de los internos que formaron parte de esta investigación.

Según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014. p. 29) “La población es el conjunto de individuos que comparten por lo menos una característica, sea una ciudadanía común, la calidad de ser miembros de una asociación voluntaria o de una raza, la matrícula en una misma universidad, o similares”. La población es el conjunto de entidades o cosas respecto de los cuales se formula la pregunta de la investigación, o lo que es lo mismo el conjunto de las entidades a las cuales se refieren las conclusiones de la investigación.

Tabla 1

*Edad de los internos del programa INPE – DEVIDA del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.*

EDAD	
19 – 30 años	22 internos
31 – 40 años	14 internos
41 – 59 años	07 internos

Tabla 2

*Grado de Instrucción de los internos del programa INPE – DEVIDA del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.*

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Primaria incompleta	02 internos
Primaria completa	02 internos
Secundaria incompleta	25 internos
Secundaria completa	08 internos
Superior no universitaria incompleta	05 internos
Superior universitaria incompleta	01 internos

Tabla 3

*Estado Civil de los internos del programa INPE – DEVIDA del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.*

ESTADO CIVIL	
Convivientes	13 internos
Soltero	28 internos
Casado	02 internos

Tabla 4

*Tipo de delito de los internos del programa INPE – DEVIDA del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.*

DELITO GENÉRICO		DELITO ESPECÍFICO	
Contra el patrimonio	24 internos	Robo agravado	21 internos
		Hurto agravado	01 internos
Contra la libertad sexual	06 internos	Violación sexual	06 internos
Contra la seguridad pública	06 internos	Secuestro	06 internos



Contra la vida el cuerpo y la salud	07 internos	Feminicidio	02 internos
		Parricidio	01 internos
		Homicidio calificado	04 internos

Tabla 5

*Situación Jurídica de los internos del programa INPE – DEVIDA del Establecimiento*

*Penitenciario Huancayo, 2017.*

SITUACIÓN JURÍDICA	
Procesados	02 internos
Sentenciados	41 internos

Tabla 6

*Primer ingreso y reincidencias de los internos del programa INPE – DEVIDA del*

*Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.*

NÚMERO DE INGRESOS A UN ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO	
1er ingreso	27 internos
Reincidentes	16 internos

Tabla 7

*Tipo de sustancia que consumían con mayor frecuencia los internos del programa INPE – DEVIDA del Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.*

SUSTANCIA PSICOACTIVA	INTERNOS
Cocaína	22
Marihuana	3
Pasta básica de cocaína	14
Mixto	2
Alcohol	2

#### **b) Muestra**

No se considera una muestra de estudio por ser la población pequeña, consecuentemente se desarrolló un censo a la población objetivo, dado que la población estudiada está claramente delimitada.

Según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) el censo poblacional es el número de elementos sobre el cual se pretende generalizar los resultados.

### **3.4. Técnicas de recolección de datos**

#### **3.4.1. Técnicas.**

Según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) recolectar datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir información con un propósito específico. Para llevar a cabo la recolección de datos se utilizan diversos instrumentos de medición. Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente, es decir, la realidad de lo que quiere medir. Un instrumento de medición deberá reunir tres requisitos esenciales; confiabilidad, validez y objetividad.

### **3.4.2. Instrumento.**

Para la variable patrones clínicos de personalidad se empleó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II que consta de 175 ítems con formato de respuesta verdadero o falso; que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidos en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad social y auto descalificación); 10 escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo Sádico, Compulsivo, Pasivo Agresivo y Auto derrotista); 3 escalas de patología severa de la personalidad (Esquizotípica, Límite y Paranoide); 6 síndromes clínicos (Ansiedad, Somatomorfo, Bipolar, Distimia, Dependencia de alcohol, Dependencia de drogas) y 3 síndromes severos (Desorden del pensamiento, Depresión mayor, Desorden delusional).

#### **3.4.2.1. Validez.**

En la segunda mitad de la década de los noventa, este instrumento ha sido adaptado al castellano en España por Ávila - Espada (Millon, 1999). El inventario Clínico Multiaxial de Millon II en su versión en español cuenta con 3 tipos de validez: a) Validez de contenido: que es el examen sistemático del contenido de la prueba para determinar si cubre una muestra representativa del área de conducta que debe medirse. El objetivo es evaluar si los ítems representan adecuadamente un universo o dominio de desempeño. b) Validez de criterio: el objetivo principal es evaluar si los puntajes en una prueba pueden ser usados para predecir otra variable (criterio) que, usualmente, no ha sido medida con una prueba. c) Validez de construcción por análisis factorial: que es el grado en que la prueba evalúa una característica psicológica, demostrando las construcciones teóricas que explican en cierta medida el resultado encontrado (Millon, 1999).

### ***3.4.2.2. Confiabilidad.***

Se observa que 16 de las 22 escalas clínicas del MCMI- II están por encima del 0.80, lo cual nos lleva a plantear que la consistencia del test es adecuada para las escalas clínicas, tanto para la muestra total, como haciendo la distinción por sexos y condición. La confiabilidad peruana es similar a la española, aunque ligeramente menos elevada, lo que es de esperarse en un instrumento que recién se empieza a estudiar en nuestro país. Es importante mencionar que el número de la muestra fue elevado ( $n=183$ ) y esto puede estar predisponiendo índices de confiabilidad altos. Sin embargo, se asume que, dados los hallazgos equivalentes que se han obtenido en estudios de confiabilidad previos en España y Estados Unidos (Millon, 1999), b), este resultado no es el reflejo del azar, sino del procedimiento de desarrollo de las escalas que se construyeron para que estuvieran en armonía con la naturaleza multidimensional de la teoría que les sirve de base. (Solis, 2007)

Para la presente investigación se empleó el Alfa de Cronbach, que es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems, sirve para medir la fiabilidad; el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II que consta de 175 ítems y los 43 test validos fueron procesados por el programa estadístico SPSS 22. A mayor valor del Alfa de Cronbach, mayor fiabilidad, el mayor valor teórico del alfa es 1, y en general 0.80 se considera un valor aceptable, si el resultado se va acercando a 1 se considera más confiable; nuestro Alfa de Cronbach fue de 0,931, significa que el resultado es confiable y por ende ninguna prueba fue falsificada.

Tabla 8

*Resumen de procesamiento de casos*

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	43	100,0
	Excluido	0	,0
		43	100,0

Tabla 9

*Alfa de Cronbach*

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>		
Alfa de		
Cronbach	N de elementos	
0,931	175	

**3.5. Técnicas de análisis de datos**

Una vez recopilados los datos a través de los instrumentos aplicados para este fin, fueron procesados, es decir expresados y tratados estadísticamente. En la presente investigación se desarrollaron los siguientes pasos: registro o codificación de los datos obtenidos, tabulación y elaboración de gráficas, lectura e interpretación de los resultados.

Los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento antes indicado, fueron incorporados al programa computarizado SPSS 22 y con ello se elaboraron informaciones como cuadros con precisiones porcentuales.

La técnica de análisis de datos que aplicó la investigación es el de estadística descriptiva. Según (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), la estadística descriptiva recolecta, ordena, analiza y representa un conjunto de datos, con el fin de describirlos. Es un análisis básico. La tendencia es generalizar a toda la población.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Resultados del tratamiento de la información

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, es un instrumento de evaluación en psicología clínica y psicopatología, construida dentro de un contexto teórico y de investigación especialmente relevante hoy en día. El MCMI II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales. Por la simplicidad de su aplicación y la disponibilidad de corrección e interpretación mecanizada el cuestionario puede ser utilizado de forma general con pacientes ambulatorios, en centros comunitarios, centros de salud mental, en hospitales generales, programas de asesoramiento, etc. El MCMI II es y seguirá siendo un instrumento en evaluación y mejora para recoger los adelantos más significativos del conocimiento, procedentes de la teoría, la investigación o la experiencia clínica. (Millon, 1999).

El propósito fundamental de esta investigación fue determinar los tipos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento

Penitenciario Huancayo, 2017. Para dar respuesta a los objetivos propuestos hubo 50 internos evaluados, dos no tienen ningún grado de instrucción, dos invalidaron la prueba por haber marcado doble en la cartilla de respuestas, tres invalidaron las pruebas ya que en la escala validez puntuaron uno lo que automáticamente inválida la prueba; 43 pruebas validas fueron empleadas para la presente investigación.

#### 4.1.1. Resultados en relación al objetivo general.

Tabla 10

*Resultados generales del Indicador Elevado*

Patrón Clínico de Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Esquizoide	9	29,9%
Evitativo	14	32,6%
Dependiente	8	18,6%
Histriónico	3	7%
Narcisista	22	51,2%
Antisocial	24	55,8%
Agresivo sádico	17	39,5%
Compulsivo	7	16,3%
Pasivo agresivo	18	41,9%
Auto derrotista	11	25,6%

En la tabla 10 se observan los patrones clínicos de personalidad con indicador elevado; el patrón clínico de personalidad Antisocial es el de mayor incidencia con un 55,8%; el patrón clínico de personalidad Narcisista es el segundo de mayor incidencia con un 51,2%; el patrón clínico de personalidad Pasivo agresivo es el tercero en incidencia con un 41,9%; el patrón clínico de personalidad Agresivo sádico es el cuarto en incidencia con un 39,5%.

#### 4.1.2. Resultados en relación a los objetivos específicos.

Según Millon (1999) en estudios sobre trastornos por abuso de drogas psicoactivas y alcohol, figuran como los más altos entre los trastornos mentales de mayor prevalencia. Además de su valor como herramienta diagnóstica de una simple escala, el MCM II proporciona un contexto de factores psicológicos en el que el trastorno por abuso de las drogas o el alcohol puede entenderse mejor. Se encontraron que la configuración de la personalidad en el Eje II de 106 alcohólicos de una unidad de pacientes veteranos ingresados era bastante diferente de la de 100 toxicómanos por uso de opiáceos vistos en una unidad similar de veteranos. Los alcohólicos mostraron puntuaciones significativamente más altas en las escalas Dependiente, Evitativo, Esquizotípico y Límite, mientras que los adictos a opiáceos puntuaron apreciablemente más alto en las escalas Narcisista, Histriónica y Antisocial.

La presente investigación tuvo los siguientes resultados de acuerdo al objetivo específico: identificar los patrones clínicos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017.

Tabla 11

#### *Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Esquizoide*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	4	9,3	9,3	9,3
Sugestivo	19	44,2	44,2	53,5
Moderado	11	25,6	25,6	79,1
Elevado	9	20,9	20,9	100,0
Total	43	100,0	100,0	



En la tabla 11 se observa que el patrón clínico de personalidad esquizoide se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 9,3 %, presentan indicador bajo; el 44,2 %, muestran indicador sugestivo; el 25,6 %, presentan indicador moderado; el 20,9 %, presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 79,1 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo y bajo, presentan rasgos del tipo de personalidad esquizoide. Asimismo, se precia que sólo el 20,9 %, tienen el tipo de personalidad esquizoide.

Tabla 12

*Resultados generales para el Patrón Clínico de Personalidad Evitativo*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	2	4,7	4,7	4,7
Bajo	3	7,0	7,0	11,6
Sugestivo	9	20,9	20,9	32,6
Moderado	15	34,9	34,9	67,4
Elevado	14	32,6	32,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 12 se observa que el patrón clínico de personalidad Evitativo se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 4,7 %, presentan indicador nulo; el 7,0 %, muestran indicador bajo; el 20,9 % presentan indicador sugestivo; el 34,9 %, que viene a ser 15 internos presentan indicador moderado; el 32,2%, muestran indicador elevado. Se puede apreciar que el 67,4 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo, bajo y nulo, presentan rasgos del tipo de personalidad Evitativo. Asimismo, se precia que sólo el 32,6 %, tienen el tipo de personalidad Evitativo.

Tabla 13

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Dependiente*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	3	7,0	7,1	7,1
Bajo	6	14,0	14,3	21,4
Sugestivo	18	41,9	42,9	64,3
Moderado	7	16,3	16,7	81,0
Elevado	8	18,6	19,0	100,0
Total	43	100,0		

En la tabla 13 se observa que el patrón clínico de personalidad Dependiente se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 7,0 %, presentan indicador nulo; el 14,0 %, muestran indicador bajo; el 41,9 % presentan indicador sugestivo; el 16,3 %, presentan indicador moderado; el 18,6%, muestran indicador elevado. Se puede apreciar que el 81,0 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo, bajo y nulo, presentan rasgos del tipo de personalidad Dependiente. Asimismo, se precia que sólo el 19,0 %, tienen el tipo de personalidad Dependiente.

Tabla 14

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Histriónico*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	11	25,6	25,6	25,6
Sugestivo	19	44,2	44,2	69,8
Moderado	10	23,3	23,3	93,0
Elevado	3	7,0	7,0	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 14 se observa que el patrón clínico de personalidad Histriónico se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 25,6 %, presentan indicador bajo; el 44,2 %, muestran indicador sugestivo; el 23,3 % presentan indicador moderado; el 7,0 %, presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 93,0 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo y bajo presentan rasgos del tipo de personalidad Histriónico. Asimismo, se precia que sólo el 7,0 %, tienen el tipo de personalidad Histriónico.

Tabla 15

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Narcisista*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	1	2,3	2,3	2,3
Sugestivo	9	20,9	20,9	23,3
Moderado	11	25,6	25,6	48,8
Elevado	22	51,2	51,2	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 15 se observa que el patrón clínico de personalidad Narcisista se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 2,3 %, presentan indicador bajo; el 20,9 %, muestran indicador sugestivo; el 25,6 presentan indicador moderado; el 51,2 %, presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 48,8 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo y bajo, presentan rasgos del tipo de personalidad Narcisista. Asimismo, se aprecia que el 51,2 %, tienen el tipo de personalidad Narcisista.

Tabla 16

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Antisocial*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sugestivo	11	25,6	25,6	25,6
Moderado	8	18,6	18,6	44,2
Elevado	24	55,8	55,8	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 16 se observa que el patrón clínico de personalidad Antisocial se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 25,6 % presentan indicador sugestivo; el 18,6 % muestran indicador moderado; el 55,8 % presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 44,2 % cuyos indicadores son: moderado y sugestivo presentan rasgos del tipo de personalidad Antisocial. Asimismo, se aprecia que el 55,8 %, tienen el tipo de personalidad Antisocial.

Tabla 17

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Agresivo Sádico*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	6	14,0	14,0	14,0
Sugestivo	13	30,2	30,2	44,2
Moderado	7	16,3	16,3	60,5
Elevado	17	39,5	39,5	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 17 se observa que el patrón clínico de personalidad Agresivo Sádico se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 14,0 %, presentan

indicador bajo; el 30,2 % muestran indicador sugestivo; el 16,3 % presentan indicador moderado; el 39,5 % presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 60,5 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo y bajo, presentan rasgos del tipo de personalidad Agresivo Sádico. Asimismo, se precia que el 39,5 % tienen el tipo de personalidad Agresivo sádico.

Tabla 18

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Compulsivo*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	8	18,6	18,6	18,6
Sugestivo	17	39,5	39,5	58,1
Moderado	11	25,6	25,6	83,7
Elevado	7	16,3	16,3	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 18 se observa que el patrón clínico de personalidad Compulsivo se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 18,6% presentan indicador bajo; el 39,5 % muestran indicador sugestivo; el 25,6 % presentan indicador moderado; el 16,3 % presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 83,7 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo y bajo, presentan rasgos del tipo de personalidad Compulsivo. Asimismo, se precia que el 16,3 % tienen el tipo de personalidad compulsivo.

Tabla 19

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Pasivo Agresivo*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	8	18,6	18,6	18,6
Bajo	3	7,0	7,0	25,6
Sugestivo	8	18,6	18,6	44,2
Moderado	6	14,0	14,0	58,1
Elevado	18	41,9	41,9	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 19 se observa que el patrón clínico de personalidad Pasivo Agresivo se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 7,0% presentan indicador bajo; el 18,6 % muestran indicador sugestivo; el 14,0 % presentan indicador moderado; el 41,9% presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 58,1 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo y bajo, presentan rasgos del tipo de personalidad Pasivo Agresivo. Asimismo, se precia que el 41,9% tienen el tipo de personalidad Pasivo Agresivo.

Tabla 20

*Resultados Generales para el Patrón Clínico de Personalidad Auto derrotista*

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	3	7,0	7,0	7,0
Bajo	2	4,7	4,7	11,6
Sugestivo	24	55,8	55,8	67,4
Moderado	3	7,0	7,0	74,4
Elevado	11	25,6	25,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la tabla 20 se observa que el patrón clínico de personalidad Auto derrotista se presenta en la población en diferentes niveles. Del 100% de evaluados, el 7,0% presentan indicador nulo; el 4,7 % muestran indicador bajo; el 55,8 % presentan indicador sugestivo; el 7,0% presentan indicador moderado, el 25,6% presentan indicador elevado. Se puede apreciar que el 74,4 % cuyos indicadores son: Moderado, sugestivo, bajo y nulo, presentan rasgos del tipo de personalidad Auto derrotista, Asimismo, se precia que el 25,6% tienen el tipo de personalidad Auto derrotista.

Tabla 21

*Sustancia que consumían los internos con mayor frecuencia*

SUSTANCIA PSICOACTIVA	INTERNOS
Cocaína	22
Marihuana	3
Pasta básica de cocaína	14
Mixto	2
Alcohol	2

En la actualidad se ha acrecentado el consumo de sustancias y la adicción ha comenzado a ser un grave problema de salud. Por esta razón el número de estudios sobre este tema ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Con el fin de prevenir y tratar de forma eficaz la adicción se comenzó buscando una combinación de rasgos de personalidad que fueran comunes en personas adictas.

Como menciona el DSM-IV el trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las perspectivas de la cultura del sujeto. Conocer la relación de los trastornos de personalidad con las adicciones es importante para la prevención y el tratamiento de éstas. Si ciertos tipos de trastornos de personalidad aumentan la frecuencia de desarrollar una adicción sería conveniente conocerlos

para poder focalizar la prevención, así como personalizar el tratamiento. Dado el amplio número de estudios realizados sobre este tema creemos que es interesante realizar una revisión de los mismos con el fin de concretar que trastornos de personalidad se asocian más frecuentemente a la adicción, y por tanto hay que tener más en cuenta en la prevención y en el tratamiento. (Andres, Cuadra, Sanchez, & Urcelay, 2012)

Tabla 22

*Patrón Clínico de Personalidad Esquizoide y la sustancia psicoactiva.*

Sustancia Psicoactiva	Esquizoide						Total
	86	90	94	95	100	101	
Cocaína	0	1	1	1	1	1	5
Pasta Básica de Cocaína	1	0	0	0	1	1	3
Alcohol	0	0	0	0	1	0	1
Marihuana	0	0	0	0	0	0	0
Mixto	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>9</b>

En la tabla 22 se observa a 9 internos con patrón clínico de personalidad esquizoide, de los cuales el 55,56% consumía cocaína, el 33,33% pasta básica de cocaína y 11,11% alcohol.

A la luz de la teoría, los esquizoides tienden a utilizar drogas de tipo psicodélico que faciliten sus vivencias de tipo fantasioso. Son susceptibles de presentar crisis de tipo psicótico tras el uso de estas sustancias. (Fernández & Gutiérrez, 2005)



Tabla 23

*Patrón Clínico de Personalidad Dependiente y la sustancia psicoactiva*

Sustancia Psicoactiva	Dependiente								Total
	86	87	89	90	92	94	96	97	
Cocaína	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Pasta Básica de Cocaína	1	1	1	0	1	1	0	1	6
Marihuana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mixto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alcohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

En la tabla 23 se observa a 8 internos con patrón clínico de personalidad dependiente, de los cuales el 75% consumía cocaína y el consumía 25% pasta básica de cocaína.

Según (Iñaki, Fernández, López, & Landa, 2008) refieren que se trata de sujetos con una sensación básica de indefensión e inseguridad, que tratan de compensar a través de la búsqueda de afecto, seguridad y consejo en sus relaciones. En estos casos, el consumo de cocaína podría provocar un impacto diferencial, al mejorar de manera determinante, aunque transitoria, la sensación básica de competencia vital.

Los dependientes de la personalidad pueden utilizar el alcohol y otras sustancias para escapar de sus problemas de manera pasiva. Sin embargo, estos pacientes el uso de sustancias está más condicionado con sus relaciones de dependencia que por una vulnerabilidad real a la adicción. (Fernández & Gutiérrez, 2005)

Tabla 24

*Patrón Clínico de Personalidad Evitativo y la sustancia psicoactiva*

Sustancia Psicoactiva	Evitativo													Total
	85	91	94	95	96	97	100	102	105	107	110	113	114	
Cocaína	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	9
Pasta														
Básica de Cocaína	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4
Alcohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Mixto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

En la tabla 24 se observa a 14 internos con patrón clínico de personalidad evitativo de los cuales el 64,29% consumían cocaína, un 28,57% pasta básica de cocaína y el 7,14% alcohol.

El trastorno evitativo suele sentirse atraído por las sustancias que reducen la vulnerabilidad interpersonal o que mejoran sus dificultades sociales. Así pueden utilizar los depresores del SNC ya que disminuyen su ansiedad o los estimulantes que disminuyen su sensación de vulnerabilidad. (Fernández & Gutiérrez, 2005).

Tabla 25

*Patrón Clínico de Personalidad Histriónico y la sustancia psicoactiva*

Sustancia Psicoactiva	Histriónico			Total
	86	90	95	
Cocaína	1	0	0	1
Pasta básica de cocaína	1	0	1	2
Marihuana	0	0	0	0
Mixto	0	0	0	0
Alcohol	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

En la tabla 25 se observa a 3 internos con patrón clínico de personalidad Histriónico de los cuales el 33,33% consumía cocaína, y el 66,67% consumía pasta básica de cocaína.

El trastorno histriónico valora la utilización del alcohol u otras drogas en la medida que su uso tiene un efecto de realce de su imagen social. (Fernández & Gutiérrez, 2005)

Tabla 26

*Patrón Clínico de Personalidad Narcisista y la sustancia psicoactiva*

Sustancia Psicoactiva	Narcisista													Total
	85	86	88	90	91	92	93	95	96	98	107	108	112	
Marihuana	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Cocaína	2	2	1	2	1	1	0	0	2	2	1	1	0	15
Pasta Básica de cocaína	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	4
Alcohol	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mixto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>22</b>

En la tabla 26 se observa a 22 internos con patrón clínico de personalidad Narcisista de los cuales el 9,09% consumía marihuana, el 68,18% cocaína, 18,18% pasta básica de cocaína y el 4,55% consumía alcohol.

Álvarez (2013) realiza una explicación de corte psicoanalítico sobre lo que puede orillar al consumo de sustancias de los sujetos con personalidad Narcisista; señala que la mayoría de los adictos y de los que padecen anorexia, bulimia, migrañas, etc. tienen fracturas narcisistas en su constitución psíquica.

Basa su explicación en las primeras etapas del niño mencionando que cuando la madre no construye al niño como un sujeto, es decir, cuando se mantiene distante, no lo besa, no lo

toca, no lo mira, no atiende su dolor, su llanto, su angustia, sus miedos, todo el desvalimiento en que está sumido, se genera en éste una gran inseguridad corporal.

Esta distancia inicial de la madre causa un resquebrajamiento fundamental en la estructura psíquica del niño y hace que surja en él un cuerpo instaurado en la fragilidad. Pero esa fragilidad tiene que ser compensada.

Como su cuerpo está instaurado en la fragilidad, en el dolor, en el sentimiento de no ser querido, un narcisista busca como mecanismo compensatorio un estatus y una identidad en algo asociado a aquel cuerpo. Un narcisista no soporta una crítica o una pérdida.

Entonces es posible que prefiera ser, a nivel inconsciente, hipertenso, asmático, adicto, alcohólico, bulímico, anoréxico y, por consiguiente, busque estar en un permanente estado de estimulación o adormecimiento para escapar de la fragilidad de su cuerpo, del dolor, del sentimiento de no ser querido.

Los rasgos narcisistas están asociados al uso de alcohol, opiáceos, cocaína, estimulantes y otras sustancias. Por un lado, el uso de sustancias como alivio de sentimientos dolorosos de inferioridad y consecución de sentimientos de poder, grandiosidad y confianza.

Esta explicación encaja en el tipo de vivencias primarias que tuvieron los internos que formaron parte de la investigación, provienen de familias disfuncionales, en los cuales el padre era alcohólico o la madre, muchos de ellos eran huérfanos, sufrieron de violencia en sus distintos niveles. Experimentaron todo tipo de carencias.

Tabla 27

*Patrón Clínico de Personalidad Antisocial y la sustancia psicoactiva*

Sustancia Psicoactiva	Antisocial																
	85	87	88	89	91	96	99	101	104	109	110	111	112	114	116	121	Total
Marihuana	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Cocaína	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	0	15
Pasta																	
Básica de Cocaína	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
Mixto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Alcohol	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	24

En la tabla 27 se observa a 24 internos con patrón clínico de personalidad Antisocial de los cuales 8,33% consumía marihuana, el 62,50% consumía cocaína, 16,67% pasta básica de cocaína, un 4,17% consumía mixto y el 8,33% consumió alcohol.

Según Millon, (2006) los antisociales y el abuso de sustancias van de la mano. Los alcohólicos con un trastorno antisocial de la personalidad, por ejemplo, suelen experimentar su primera ingesta de alcohol en edades muy tempranas, y su enfermedad presenta un curso más grave y crónico que el de los alcohólicos sin este mismo trastorno de la personalidad. Existen muchos reforzadores que llevan a los antisociales a consumir sustancias. En primer lugar, los antisociales no tienen escrúpulos morales que puedan moderar el consumo de sustancias y se preocupan muy poco de que, en consecuencia, dificulte o imposibilite que sus vidas tomen un rumbo constructivo en el futuro. En vez de ello, la gratificación inmediata que proporcionan muchas sustancias se ajusta bien a la tendencia de los antisociales a buscar sensaciones



Total	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	18
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En la tabla 28 se observa a 18 internos con patrón clínico de personalidad Pasivo Agresivo de los cuales 5,56% consumía marihuana, un 61,11% consumía cocaína, 22,22% pasta básica de cocaína y 5,56% mixto y 5,56% alcohol.

Según Iñaki, Fernández, López, & Landa (2008) se trata de personas caracterizadas por sentimientos frecuentes de duda y de vacilación entre seguir los propios deseos o los de los demás. Su conducta suele mostrarse errática y afectada por fuertes impulsos discrepantes entre sí. Esto coincide con la ambivalencia motivacional que se observa entre los adictos a la cocaína. En el ámbito clínico, es frecuente que el paciente reconozca los efectos negativos de la cocaína, aunque, por otra parte, mantenga la expectativa de llegar a controlar el consumo, sin tener que abandonar totalmente el uso de la sustancia. En otras palabras, muchos pacientes quieren dejar de tener problemas por el consumo de cocaína, y no tanto dejar de consumirla. Esta hipótesis podría suponer un posible punto de encuentro entre el trastorno pasivo-agresivo y la adicción a la cocaína.

Tabla 29

*Patrón Clínico de Personalidad Agresivo Sádico y la sustancia psicoactiva*

Sustancia psicoactiva	Agresivo Sádico												Total
	88	92	93	94	95	97	105	109	110	114	116	121	
Marihuana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cocaína	1	2	1	1	1	0	1	2	2	1	1	0	13
Pasta Básica de Cocaína	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Alcohol	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mixto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	17

En la tabla 29 se observa a 17 internos con patrón clínico de personalidad Agresivo Sádico de los cuales 5,88% consumía marihuana, un 76,47% consumía cocaína, 11,76% pasta básica de cocaína y el 5,88% consumía alcohol.

La persona disfruta con el sufrimiento físico o psicológico de las personas y animales.

Puede humillar a alguien en presencia de otras personas, castigar con mucha dureza a quienes están bajo su control y limitar para la autonomía de las personas con quien establece relaciones. La persona puede mentir con el fin de causar dolor y a menudo consigue que otros sujetos hagan lo que ella quiere atemorizándolos. Suele estar fascinada por la violencia, las armas, la tortura, etc.

Los trastornos que con más frecuencia aparecen en este trastorno sádico son: el consumo de sustancias psicoactivas, el trastorno depresivo, el trastorno dístimico, y los trastornos de la personalidad narcisista y antisocial.

Se habla del trastorno sadomasoquista de personalidad cuando la persona presenta conjuntamente las características del trastorno sádico y del trastorno autodestructivo o masoquista de la personalidad. (Psychology, 2011).

Tabla 30

*Patrón Clínico de Personalidad Compulsivo y la sustancia psicoactiva*

Sustancia Psicoactiva	Compulsivo					Total	
	89	90	93	94	95		
Marihuana	0	0	0	0	0	1	1
Cocaína	1	1	0	0	0	0	2
Pasta Básica de Cocaína	0	0	1	1	1	1	3
Mixto	0	0	1	0	0	0	1
Alcohol	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>



En la tabla 30 se observa a 7 internos con patrón clínico de personalidad Compulsivo de los cuales 14,29% consumía marihuana, un 28,57% consumía cocaína, el 42,86% pasta básica de cocaína y 14,29% mixto.

Estos individuos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que le imponen los demás, su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor hacia la desaprobación social (Millon, 1999) y el efecto que causa la cocaína en estos individuos es aumento de la seguridad en uno mismo, extroversión.

Tabla 31

*Patrón Clínico de Personalidad Auto derrotista y la sustancia psicoactiva*

Sustancia Psicoactiva	Auto derrotista							Total
	101	102	108	109	110	111	116	
Cocaína	0	1	1	1	2	0	0	5
Pasta Básica de Cocaína	1	0	0	0	0	2	1	4
Mixto	0	1	0	0	0	0	0	1
Alcohol	0	0	1	0	0	0	0	1
Marihuana	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

En la tabla 31 se observa a 11 internos con patrón clínico de personalidad Auto destructiva (masoquista) de los cuales 45,45% consumía cocaína, el 36,36% pasta básica de cocaína, un 9,09% consumía mixto y 9,09% alcohol.

Estos sujetos se relacionan de manera obsequiosa y sacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellas. Centrándose en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados.

Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos (Millon, 1999); estos sujetos con el afán de sentirse aceptados en un grupo permiten que los demás los induzcan, por ejemplo, al consumo de sustancias psicoactivas; siendo la cocaína la sustancia más consumida por estos sujetos y sabiendo sus efectos primarios se puede mencionar que buscan sentirse felices, aceptados, seguros, y con un estado de ánimo más exaltado.

#### **4.2. Discusión de resultados**

En la presente investigación se tuvo como objetivo general determinar los tipos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo, 2017. Se buscó investigar el tipo de personalidad predominante que tienen los reclusos con diagnóstico en adicciones. El programa INPE DEVIDA cuenta con 50 internos que están rehabilitándose debido al consumo de sustancias psicoactivas. El estudio utilizó el método científico como método general y el nivel es descriptivo. La principal limitación fue el grado de instrucción de los internos, ya que algunos no tienen la suficiente preparación para resolver y comprender las 175 preguntas del test, por ende, en la hoja de respuestas se observó ítems con doble marcado lo que automáticamente invalida la prueba. De los 50 internos evaluados, dos no tienen ningún grado de instrucción, dos invalidaron la prueba por haber respondido doble en la cartilla de respuestas, tres invalidaron las pruebas, ya que en la escala validez puntuaron uno, lo que automáticamente invalida la prueba; por ello 43 pruebas válidas fueron empleadas para la presente investigación. El instrumento que se empleó fue el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, es una técnica de evaluación en psicología clínica y psicopatología, construida dentro de un contexto teórico y de investigación especialmente relevante hoy en día. El MCMI II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de

evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II que consta de 175 ítems con formato de respuesta verdadero o falso; que ocupa un tiempo de administración de relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidos en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad social y auto descalificación); 10 escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo Sádico, Compulsivo, Pasivo Agresivo y Auto derrotista); tres escalas de patología severa de la personalidad (Esquizotípica, Límite y Paranoide); seis síndromes clínicos (Ansiedad, Somatomorfo, Bipolar, Distimia, Dependencia de alcohol, Dependencia de drogas) y tres síndromes severos (Desorden del pensamiento, Depresión mayor, Desorden delusional). Los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento antes indicado, fueron incorporados al programa computarizado SPSS y con ello se elaboraron informaciones como cuadros con precisiones porcentuales. Se empleó el Alfa de Cronbach que es un modelo de consistencia interna y sirve para medir la fiabilidad; los 43 test válidos fueron procesados por el programa estadístico SPSS para obtener el Alfa de Cronbach y mediante este saber cuán confiable es el resultado que se obtuvo, a mayor valor del Alfa de Cronbach, mayor fiabilidad, el mayor valor teórico del alfa es 1, y en general 0.80 se considera un valor aceptable, si el resultado se va acercando a 1 se considera más confiable; nuestro Alfa de Cronbach fue de 0,931 lo que significa que el resultado es confiable y por ende ninguna prueba fue falsificada.

En la actualidad en 18 penales de Perú, internos con problemas de drogodependencia reciben atención en el Programa de Tratamiento para Drogodependientes impulsado por la Comisión para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) y el Instituto Nacional Penitenciario (INPE). Es un tratamiento integral que tiene por objetivo mejorar el estado físico y psicológico de los internos, a través de actividades deportivas, educativas, artísticas y terapia ocupacional

(DEVIDA, 2017). Los resultados aportan a los clínicos a fin de proponer alternativas y mejoras en sus programas de recuperación en el consumo de drogas, dependiendo del tipo de personalidad que cada interno presenta. Al conocer el tipo de personalidad de los internos, el profesional de la salud sabe que técnicas terapéuticas emplear para la mejora de estos individuos y así prevenir la reinserción en el consumo de drogas y de delitos.

En la presente investigación los patrones clínicos de personalidad en internos con diagnóstico en adicciones de Establecimiento Penitenciario Huancayo son los siguientes: Antisocial 55,8%, Narcisista 51,2%, Pasivo Agresivo 41,9%, Agresivo Sádico 39.5%.

En la investigación que llevo a cabo (Iñaki, Fernández, López, & Landa, 2008) los trastornos de mayor prevalencia entre los cocainómanos fueron el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno dependiente de la personalidad, seguidos del trastorno obsesivo compulsivo y el histriónico. Estos resultados guardan relación con el presente estudio ya que el patrón clínico de personalidad pasivo agresivo es uno de los más frecuentes en los internos con diagnóstico de adicciones del Establecimiento Penitenciario Huancayo y la sustancia que consumían con mayor frecuencia estos sujetos era la cocaína. Según (López & Elisardo, 2006), las escalas básicas de personalidad más prevalentes en personas con diagnóstico de dependencia a la cocaína en tratamiento son el pasivo-agresivo, el antisocial, el narcisista y el histriónica. Este resultado es similar a lo hallado en este estudio; los antisociales y los pasivos agresivos consumían con mayor frecuencia cocaína y por tal motivo en la actualidad se encuentran rehabilitándose en el programa INPE-DEVIDA. En estudios realizados con consumidores de cocaína en tratamiento en España, evaluados con el MCMI-II, los más prevalentes son la narcisista, la dependiente, la antisocial y la pasivo-agresiva. (Pedrero, 2003 citado en López & Becoña 2006). Esta fuente empleó el mismo instrumento con una población semejante a esta investigación y por ende los resultados son semejantes en cuanto al patrón clínico Antisocial, Narcisista y pasivo – agresivo.

Asimismo, en la investigación realizada por (Gonzales, 2015) señala que los drogodependientes tenían un historial personal de conductas antisociales y delictivas. Para (Jiménez, 2015) el consumo de drogas precede a la conducta delictiva, la droga por su elevado costo y por la dificultad de su adquisición, lleva, con muy alta probabilidad, a la delincuencia. En el presente estudio se identificó que del total de los internos del programa INPE - DEVIDA, 16 de ellos son reincidentes. De acuerdo a (Da Silva, Pérez, & Costa, 2008) los trastornos de personalidad predominantes en consumidores de drogas son aquellos que pertenecen al grupo o clúster B como el antisocial y el límite. Siendo en la actual investigación el patrón clínico de personalidad antisocial el de mayor frecuencia.

Según Millon (1999) en estudios sobre trastornos por abuso de drogas psicoactivas y alcohol, se encontraron que la configuración de la personalidad en el Eje II de 106 alcohólicos de una unidad de pacientes veteranos ingresados era bastante diferente de la de 100 toxicómanos por uso de opiáceos vistos en una unidad similar de veteranos. Los alcohólicos mostraron puntuaciones significativamente más altas en las escalas Dependiente, Evitativo, Esquizotípico y Límite, mientras que los adictos a opiáceos puntuaron apreciablemente más alto en las escalas Narcisista, Histriónica y Antisocial. Existiendo una similitud con nuestra investigación en la que el patrón clínico narcisista y antisocial son los que puntuaron más alto.

En la investigación realizada por (Caso, 2008) titulada Patrones Clínicos de Personalidad y Síndromes Clínicos en un grupo de internos de un centro penitenciario de Huancayo reclusos por el delito contra la libertad sexual, llegando a la conclusión que estos sujetos presentan el patrón clínico de personalidad compulsivo y esquizoide, lo cual difiere de manera significativa con la presente investigación, con esto podemos diferir que los internos con diagnóstico en adicciones y los internos acusados contra la libertad sexual del mismo Establecimiento Penitenciario presentan trastornos de personalidad diferentes.

De otro lado en la investigación se identificó a 24 internos con personalidad

Antisocial de los cuales dos consumían marihuana, 15 cocaína, cuatro pastas básicas de cocaína, uno mixto y dos alcohol.

Según Millon, 2006 (p. 188-189)

Los antisociales y el abuso de sustancias van de la mano. Existen muchos reforzadores que llevan a los antisociales a consumir sustancias. En primer lugar, los antisociales no tienen escrúpulos morales que puedan moderar el consumo de sustancias y se preocupan muy poco de que, en consecuencia, dificulte o imposibilite que sus vidas tomen un rumbo constructivo en el futuro. En vez de ello, la gratificación inmediata que proporcionan muchas sustancias se ajusta bien a la tendencia de los antisociales a buscar sensaciones “crudas” o no elaboradas. En segundo lugar, existe diversas sustancias de las que se puede disponer con facilidad, con lo que se proporciona un sentido de desafío de la cultura vigente y un sentido de hermandad con la subcultura de un grupo marginal de compañeros, el único sentimiento positivo que puede existir en la vida de algunos antisociales. En tercer lugar, el consumo de sustancias disminuye o distrae de los efectos negativos residuales, como la ansiedad, la depresión y la culpabilidad. Estos sentimientos pueden sustituirse por la confianza y el poder, que generarán una imagen de sí mismos de fortaleza y permitirán poner de manifiesto la agresividad sin dar muestras de temor. Otros antisociales pueden verse atraídos por el dinero, el poder y las oportunidades sexuales que proporcionan las sustancias. El alcohol, la marihuana, la heroína, la cocaína y otros estimulantes forman un conjunto de sustancias de las que se puede abusar a solas o en cualquier tipo de combinación.

Por último, se determinó que hay 22 internos con personalidad Narcisista de los cuales dos consumían marihuana, 15 cocaína, cuatro pastas básicas de cocaína y uno alcohol.

Álvarez (2013) Realiza una explicación de corte psicoanalítico sobre lo que puede orillar al consumo de sustancias de los sujetos con personalidad Narcisista; señala que la mayoría de los adictos y de los que padecen anorexia, bulimia, migrañas, etc. tienen fracturas narcisistas en su constitución psíquica.

Los rasgos narcisistas están asociados al uso de alcohol, opiáceos, cocaína, estimulantes y otras sustancias. Por un lado, el uso de sustancias como alivio de sentimientos dolorosos de inferioridad y consecución de sentimientos de poder, grandiosidad y confianza.

Esta explicación encaja en el tipo de vivencias primarias que tuvieron los internos que formaron parte de la investigación, provienen de familias disfuncionales, en los cuales el padre era alcohólico o la madre, muchos de ellos eran huérfanos, sufrieron de violencia en sus distintos niveles. Experimentaron todo tipo de carencias.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se arribó el presente estudio son las siguientes:

1. Los patrones clínicos de personalidad de los internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo son: el patrón clínico de personalidad antisocial es el de mayor frecuencia con 24 internos que representan un 55,8%; el patrón clínico de personalidad narcisista es el segundo de mayor frecuencia con 22 internos que representan un 51,2%; el patrón clínico de personalidad pasivo agresivo es el tercero en frecuencia con 18 internos que representan un 41,9%; el patrón clínico de personalidad agresivo sádico es el cuarto en frecuente con 17 internos que representan un 39,5%.
2. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Evitativo que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser 14 sujetos que representa el 32,6% del total.
3. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Dependiente que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser ocho sujetos que representa el 18,6% del total.
4. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Histriónico que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser tres sujetos que representa el 7,0% del total.



5. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Narcisista que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser 22 sujetos que representa el 51,2% del total.
6. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Antisocial que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser 24 sujetos que representa el 55,8% del total.
7. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Agresivo Sádico que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser 17 sujetos que representa el 39,5% del total.
8. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Compulsivo que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser siete sujetos que representa el 16,3% del total.
9. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Pasivo Agresivo que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser 18 sujetos que representa el 41,9% del total.
10. La cantidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo con patrón clínico de personalidad Auto derrotista (masoquista) que presentan indicador elevado según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; vienen a ser 11 sujetos que representa el 25,6% del total.

11. Se determina que, de nueve internos con patrón clínico de personalidad Esquizoide, el 55,56% consumían cocaína, el 33,33% pasta básica de cocaína y un 11,11% consumía alcohol.
12. Se determina que, de ocho internos con patrón clínico de personalidad dependiente, el 75% consumían cocaína y el 25% consumía pasta básica de cocaína.
13. Se determina que, de 14 internos con patrón clínico de personalidad Evitativo el 64,29% consumía cocaína, 28,57% pasta básica de cocaína y 7,14% alcohol.
14. Se determina que, de tres internos con patrón clínico de personalidad Histriónico el 33,33% consumía cocaína y el 66,67% consumía pasta básica de cocaína.
15. Se determina que, de 22 internos con patrón clínico de personalidad Narcisista el 9,09% consumía marihuana, el 68,18% cocaína, un 18,18% pasta básica de cocaína y 4,55% alcohol.
16. Se determina que, de 24 internos con patrón clínico de personalidad Antisocial el 8,33% consumía marihuana, un 62,50% consumía cocaína, 16,67% pasta básica de cocaína y 4,17% mixto y 8,33% alcohol.
17. Se determina que, de 18 internos con patrón clínico de personalidad Pasivo Agresivo el 5,56% consumía marihuana, un 61,11% cocaína, 22,22% pasta básica de cocaína, 5,56% consumía mixto y un 5,56% consumía alcohol.
18. Se determina que, de 17 internos con patrón clínico de personalidad Agresivo Sádico el 5,88% consumía marihuana, un 76,47% cocaína, 11,76% consumía pasta básica de cocaína y 5,88% alcohol.
19. Se determina que, de siete internos con patrón clínico de personalidad Compulsivo el 14,29% consumía marihuana, un 28,57% cocaína, 42,86% pasta básica de cocaína y el

- 14,29% mixto.
20. Se determina que, de 11 internos con patrón clínico de personalidad Auto derrotista el 45,45% consumía cocaína, el 36,36% pasta básica de cocaína, un 9,09% mixto y el 9,09% alcohol.
  21. La cocaína era la sustancia más consumida por estos internos que ahora se encuentran en rehabilitación; la pasta básica de cocaína era la segunda sustancia más frecuente en ser consumida.
  22. En la segunda dimensión del MCMI-II; Síndromes Clínicos, escalas Dependencia de alcohol y Dependencia de drogas, los internos puntúan en los indicadores moderado y elevado, lo que corrobora que los internos consumían sustancias psicoactivas.

## RECOMENDACIONES

Antes de finalizar, se sugieren algunas recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

1. Realizar más investigaciones en relación al tipo de personalidad y las adicciones ya que es relevante para la prevención y el tratamiento de éstas. Nuestro país no tiene muchas investigaciones similares a este trabajo.
2. Si ciertos tipos de personalidad aumentan la frecuencia de desarrollar una adicción sería conveniente conocerlos para poder focalizar la prevención, así como personalizar el tratamiento.
3. Se sugiere al INPE crear más programas referidos a la rehabilitación de internos con problemas de adicción, ya que al problema del delito se suma el de la adicción a las drogas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, F. (2006). *Personalidad del drogadicto* [Grabado por F. Alonso]. Madrid, España.
- Alvarado, S. (31 de agosto de 2017). *Fundacion de Investigaciones Sociales, Alcohol - Informato*. Obtenido de Fundacion de Investigaciones Sociales, Alcohol - Informato: [www.alcoholinformato.org.mx](http://www.alcoholinformato.org.mx)
- Alvarez, B. (13 de Abril de 2013). *Centro de Prevencion Laboral en Adicciones*. Obtenido de Centro de Prevencion Laboral en Adicciones: <http://www.trabajosindrogas.com.ar/2013/04/1005/>
- Andres, V., Cuadra, L., Sanchez, C., & Urcelay, I. (2012). Los trastornos de personalidad y adicción a sustancias. *Psicologia de las Adicciones*, 12-17.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2005). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Belloch, A., Sandin, B., Ramos, F., & Becoña, E. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGRAWHill.
- Caballo, V. (2001). *Tratamientos Cognitivo - Conductuales para los trastornos de la Personalidad*. Granada - España: Universidad de Granada.
- Caso, W. (2008). *Patron Clinico de personalidad y sindromes clinicos en un grupo de internos de un centro Penitenciario de Huancayo recludos por el delito contra la libertad sexual*. Huancayo: UPLA.
- Claver, E. (2012). *Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en adolescentes*. Zaragoza: Facultad de Ciencias Humanas y de Educacion .
- Cloninger, S. (2003). *Teorias de la Personalidad*. Mexico : Pearson Educación .
- Da Silva, F., Perez, C., & Costa, D. (2008). Trastornos de personalidad en consumidores de drogas: datos preliminares. *Ciencias psicológicas*, 119-130.
- DEVIDA. (14 de Abril de 2017). *INPE / DEVIDA*. Obtenido de INPE / DEVIDA: [www.devida.gob.pe](http://www.devida.gob.pe)
- Fernandez, J., Landa, N., Lopez, J., Lorea, I., & Zarzuela, A. (2002). Trastornos de Personalidad en Alcohólicos:. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 218.
- Fernandez, J., & Gutierrez, E. (2005). *Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relacion por determinar*. *Redalyc*, 17.
- Gonzales, P. (2015). *Evaluacion Clinica de la Personalidad del Drogodependiente a traves del MMPI - 2*. Salamanca - España: Universidad de Salamanca.

- Guerrero, L. G. (2011). *Trastornos de personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Madrid : paidos .
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Iñaki, L., Fernandez, J., Lopez, J., & Landa, N. (2008). *Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad*. Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. 25
- Jimenez, M. (2015). *Drogodependencias y prisión: influencia del consumo de drogas y abordaje de su tratamiento en el ámbito penitenciario*. Jaén: Universidad de Jaén.
- López, A., & Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia. *Psicothema*, 579.
- Lopez, A., & Elisardo, B. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia. *Psicothema*, 1-6.
- Martinez, J. (2011). *Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes*. *Redalyc*, 166-174.
- Matey, P. (7 de Noviembre de 2011). *La personalidad de los adolescentes que consumen drogas*. Obtenido de El Mundo Salud Web site: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/11/04/noticias/1320437682.html>
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Manual)*. Madrid: TEA.
- Millon, T. (2006). *trastornos de la personalidad de la vida moderna* . Barcelona : MASSON .
- Mota, I. (2015). *“Perfil de personalidad en una muestra de Sevilla: Universidad de Sevilla*.
- Psychology, F. (25 de abril de 2011). *Psicología Jurídica-Forense*. Obtenido de Psicología Jurídica-Forense: <https://psicologiajuridicaforense.wordpress.com/2011/04/25/trastorno-sadico-de-la-personalidad/>
- Ramos, P. (2014). *“Trastornos de la personalidad: Aproximación al enfoque integracionista de Theodore Millon”*. Montevideo: Universidad de la Republica.
- Rodriguez, A. (martes de agosto de 2013). *Cedro*. Obtenido de Cedro: [www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo\\_4.pdf](http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_4.pdf)
- Solis, C. (2007). *El inventario Clínico Multiaxial de Millon - II (MCM - II): Validez y Confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana*. Lima: PUCP.
- Sierra, R. (2001). *Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Paraninfo.

- Universidad Rafael Landivar. (15 de Junio de 2013). *Adicciones , ¿Qué es una adicción?* Obtenido de Adicciones , ¿Qué es una adicción?: [www.url.edu.gt/portaurl/archivos/99/archivos/adicciones\\_completo.pdf](http://www.url.edu.gt/portaurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf)
- UNODC. (15 de Abril de 2013). *Pasta Basica de Cocaina; cuatro decadas de historia, actualidad y desafios*. Obtenido de Pasta Basica de Cocaina; cuatro decadas de historia, actualidad y desafios: [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/.../LIBRO\\_PBC.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/.../LIBRO_PBC.pdf)
- UNODC. (23 de junio de 2016). *UNODC RESEARCH*. Obtenido de Resumen Ejecutivo del Informe Mundial sobre Drogas - 2016: [http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- Urges, M. (2005). *Los trastornos de personalidad en adictos a la heroína y seroconversion al VIH, una asociacion relevante*. Barcelona : Paidós.
- Vallejo, J. (2015). *Introduccion a la psicopatologia y la psiquiatria*. Barcelona: Masson.
- Vallejo, J. (martes de agosto de 2017). *Psicoarea*. Obtenido de Psicoarea: [http://www.psicoarea.org/quienes\\_somos.htm](http://www.psicoarea.org/quienes_somos.htm)
- Vallejos, J. (23 de marzo de 2005). *Programa de Intervencion Preventiva del consumo de Alcohol para Poblacion Infantil*. Obtenido de Programa de Intervencion Preventiva del consumo de Alcohol para Poblacion Infantil: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2\\_uibd.nsf/CD9E0CAD06BF3BEC052577B50061CB13/\\$FILE/Programa\\_de\\_intervencion\\_Alcohol.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/CD9E0CAD06BF3BEC052577B50061CB13/$FILE/Programa_de_intervencion_Alcohol.pdf)
- Vega, J. (13 de mayo de 2015). *diccionario,enciclopedia juridica online*. Obtenido de diccionario,enciclopedia juridica online: <http://diccionario.leyderecho.org/preso/>

ANEXOS



Anexo A. Cuadro de Operacionalización de la variable Patrones Clínicos de Personalidad

VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	ESCALAS	DEFINICIÓN DE LAS ESCALAS
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD	Son 10 escalas básicas de trastornos de personalidad del MCMI-II que describen niveles leves de gravedad.	Escala 1: Esquizoide Escala 2: Fóbica (Evitativa) Escala 3: Dependiente (Sumisa) Escala 4: Histriónica Escala 5: Narcisista Escala 6A: Antisocial	<p><b>Personalidad Esquizoide</b></p> <p>Estos sujetos son distantes y aparentemente introvertidos se apartan de los demás y solo se relacionan con ellos para satisfacer las mínimas necesidades de supervivencia. No parecen obtener ninguna sensación de las relaciones sociales ni siquiera con familiares o amigos. Tampoco están interesados por el sexo. Prefieren estar solos y distanciarse, librarse de la preocupación y del estrés social y escapar así de las demandas que pueden hacerles los demás. La mayoría son incapaces de responder a los halagos y a las críticas ajenas como si la dimensión social, tan importante para los individuos normales, simplemente no formara parte de su existencia o de su vida. Muchos presentan una marcada dificultad para el placer, no se activan ni se enfadan por nada. La experiencia emocional y su expresión pueden ser tan aplanadas que parecen aisladas del mundo, y su mundo interno parece igualmente distante y perturbable y siempre indiferentes, trabajan tranquilamente sin destacar y pasan inadvertidos hasta para quienes están habitualmente en contacto con ellos. Al hallarse solos probablemente acaben para siempre en un segundo término. (Millon 2006, pág. 390)</p>

		<p>Escala 6B: Agresivo- Sádica</p> <p>Escala 7: Compulsiva (Rígida)</p> <p>Escala 8A: Pasivo Agresiva</p> <p>Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista)</p>	<p><b>Personalidad Evitadora</b></p> <p>Estos individuos se caracterizan por tener pocos amigos de confianza, en ocasiones solo uno o dos, posiblemente el cónyuge, o un único miembro de la familia. Suelen admitir a muy poca gente en su círculo y lo hacen solo tras asegurarse de que las personas a las que admiten hayan superado pruebas muy estrictas que les permitan saber que podrán contar con su apoyo y aceptación incondicional y sin críticas. El dolor ocasionado por la soledad y la reclusión les llega hasta lo más profundo, pero antes que permitir ser vulnerables a la humillación social “inevitable” que sufrirían como consecuencia de ver expuesta su supuesta incompetencia y falta de educación social, asumen su dolor silencioso y solitario y se vuelven casi invisibles. Aunque pueden sentir grandes deseos de amar o de intimar, así como de disfrutar más de la vida o de tener experiencias gratificantes, se ven a sí mismos como seres tan insignificantes que deben retirarse a su vergonzoso mundo privado, en el que al menos pueden estar solos con sus propias insuficiencias. (Millon, 2006, pág. 196)</p>
--	--	--	---

		<p><b>Personalidad Dependiente</b></p> <p>Estos individuos se caracterizan por su preocupación excesiva hacia los demás y anteponen el bienestar de estos al suyo propio, sea cual sea el coste personal o para su identidad. Siempre están ayudando o dando, y se comprometen en sus relaciones interpersonales, sobre todo con sus cónyuges y con la institución del matrimonio. Básicamente viven su vida a través de los demás y para los demás, a quienes ofrece calidez, ternura y consideración. Cuando las personas que les importan están felices, ellos también lo están. Prefieren la armonía en sus relaciones, y cuando se produce un desacuerdo, tienen tendencia a disculparse, incluso cuando son otras personas las que deberían asumir mayor parte de la responsabilidad. (Millon, 2006, pág. 271).</p> <p><b>Personalidad Histriónica</b></p> <p>Estos individuos se caracterizan por su dramatismo y actitud seductora, y no pierden ocasión para impresionar a los demás. Cualquier indicio de que los demás no le admiran o veneran enseguida despierta en ellos sentimientos depresivos y de resentimiento. Sin embargo, estos estados de ánimo negativos pueden esfumarse cuando, en su incesante búsqueda de aprobación, se dan cuenta de que es más apropiado manifestar otro tipo de sentimientos. Además, habrán observado la facilidad con la que se les puede influir, sobre todo enseguida adaptan sus opiniones y conductas a la situación cuando tienen el capricho de caer bien a la persona a la que se dirigen. Cuando entablan una conversación, se comunican con frases grandilocuentes e impactantes a expensas del contenido de lo que dicen. Este patrón de expresión atrevido suele perpetuarse mediante su aspecto físico, ya sea por el corte de pelo,</p>
--	--	--

el maquillaje, la vestimenta o la combinación impactante de todos estos factores. Al final uno tiene la sensación que estas personas son “el alma de la fiesta”. (Millon, 2006, pág. 305)

**Personalidad Narcisista**

Los individuos con personalidad narcisista no solo piensan que son mejores que los demás, sino que miran a los otros con desprecio por su inferioridad o simplemente por su mediocridad. Se proclaman a sí mismos estrellas y se supone que los demás debemos admirar su resplandor. Este tipo de personas sacan provecho constantemente de los demás y los explotan con todo descaro. Su egocentrismo hace que estas personas sean indiferentes a los derechos y el bienestar de quienes los rodean y que, en ocasiones, también prescindan de las leyes sociales. Para justificar sus acciones racionalizan y elaboran razones más o menos solventes que excusan su falta de consideración y su actitud de superioridad, a la vez que los sitúan en la mejor posición posible. Cuando reciben presión o se ponen en tela de juicio

su conducta, se comportan de forma más arrogante y displicente y pueden llegar a enfurecerse. (Millon, 2006, pág. 344).

**Personalidad Agresivo – Sádica**

Estos individuos no pueden ser juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque muchos recubran sus tendencias más dominadoras y maléficas mediante

			<p>roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias. (Millon, 1999, pág. 23)</p> <p><b>Personalidad Pasivo - Agresiva</b></p> <p>Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo ambivalente (compulsivo). Sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes 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 errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza. (Millon, 1999, pág. 23)</p> <p><b>Personalidad Autodestructiva(Masoquista)</b></p> <p>Es un tipo de carácter bien descrito en la literatura clínica. Relacionándose con los demás de una manera obsequiosa y sacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellas, centrándose en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y trasforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos,</p>
--	--	--	---

			<p>frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable. (Millon,1999).</p>
--	--	--	--

## **ANEXO B. Ficha técnica del INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE**

### **MILLON-II (MCMI-II)**

- Nombre del Test: INVENTARIO CLINICO  
MULTIAXIAL DE MILLON-II (MCMI-II)
- Nombre del Autor: THEODORE MILLON
- Publicación: TEA Ediciones, Madrid - 1998.
- Número de Ítems: 175
- Tipo de Respuesta: verdadero o falso
- Sus 175 elementos de respuesta verdadero-falsa evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de la personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

- Escalas de Personalidad: 26 Escalas

#### ▪ PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD:

Escala 1: Esquizoide

Escala 2: Fóbica (Evitativa)

Escala 3: Dependiente (Sumisa)

Escala 4: Histriónica

Escala 5: Narcisista

Escala 6A: Antisocial



Escala 6B: Agresivo-Sádica

Escala 7: Compulsiva (Rígida)

Escala 8A: Pasivo-Agresiva

Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista)

▪ SÍNDROMES CLÍNCIOS:

Escala A: Ansiedad

Escala H: Histeriforme

Escala N: Hipomanía

Escala D: Distimia

Escala B: Abuso de alcohol

Escala T: Abuso de drogas

▪ PATOLOGÍA GRAVE DE PERSONALIDAD:

Escala S: Esquizotípica

Escala C: Límite (Borderline)

Escala P: Paranoide

▪ ÍNDICES MODIFICADORES:

Escala V: Validez

Escala X: Sinceridad

Escala Y: Deseabilidad

Escala Z: Alteración

- Edad: Sujetos a partir de los 17 años o con un nivel de lectura

correspondiente al octavo grado (segundo año de secundaria en nuestro medio)

- Aplicación: Individual o colectiva (grupos no tan grandes de 20 a 30 personas)
- Baremación: Puntuaciones directas (PD) y tasas base (TB), segmentadas por sexo.
- Tiempo: No hay tiempo límite, 15 a 20 aproximadamente 45 o 60 minutos. (España)
- Materiales: Cuadernillo de preguntas, hoja de respuestas, plantillas de corrección, manual, programa Informatizado
- Finalidad: Suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales.

## ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### INVESTIGACIÓN:

“Patrones Clínicos de Personalidad de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo – 2017”

Yo, \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a \_\_\_\_\_,

Bachiller de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad Continental, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Recopilación de información sobre cada uno de los miembros del programa INPE-DEVIDA.
2. Aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los planes de tratamiento.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.

\_\_\_\_\_

Firma y DNI

INTERNO

\_\_\_\_\_

Firma y DNI

INVESTIGADORA

HUANCAYO, 2017

## ANEXO D. CONSTANCIA



DIRECCION REGIONAL CENTRO  
E.P. DE HUANCAYO

### CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO  
PENITENCIARIO DE HUANCAYO:

DEJA CONSTANCIA QUE:

La Señorita **PAMELA GISELLA GOMEZ CAPCHA** con **DNI N° 72023719**,  
**BACHILLER** de la Escuela Académica Profesional de Psicología de la Universidad  
Continental.

Ha recabado información (administración de instrumentos psicológicos) en el  
Establecimiento Penitenciario de Huancayo para desarrollar su tesis "Patrones Clínicos  
de Personalidad en internos con Diagnóstico de Adicciones del establecimiento  
penitenciario de Huancayo ,2017".

SE EXPIDE LA PRESENTA CONSTANCIA A SOLICITUD DE LA INTERESADA.

HUAMANCACA , 29 DE SETIEMBRE DEL 2017.

  
DIRECCION REGIONAL CENTRO HUALLANQUI  
DIRECTOR  
E.P. HUANCAYO

ANEXO E. Plantilla de preguntas del MCMI II

**Inventario Clínico Multiaxial de Millon II**

**INSTRUCCIONES:**

Las siguientes páginas contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a si mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes.

No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que pueda tener la gente.

Usted deberá responder a cada pregunta en la hoja de respuestas de dos únicas formas. **Verdadero** o **Falso**. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, solo tiene que responder sinceramente.

A continuación, tenemos dos ejemplos, para que Ud., vea la forma de contestar en la hoja de respuesta:

SI ESTA DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, marque con un aspa (X) el espacio correspondiente a la letra "V" (Verdadero) Si por el contrario no refleja, ni caracteriza su forma de ser o actuar rellene completamente el espacio con la letra "F" (Falso).

Soy un ser humano.	176	<table border="1"><tr><td>V</td><td>F</td></tr></table>	V	F
V	F			
Mido más de dos metros y medio.	177	<table border="1"><tr><td>V</td><td>F</td></tr></table>	V	F
V	F			

Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro, Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra "F" Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero y luego puede corregir su respuesta adecuada.

No hay límite de tiempo para contestar todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

**NO ABRIR ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que haga.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no se por donde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extrovertida.
15. Se que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estomago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón solo por que pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieran.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.

32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas más perfectas posibles muchas veces "enlentece" mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído (apartado, tímido, aislado) que la mayoría de la gente no sabe que ni existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado problemas en el trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por las mañanas.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme como un fracasado.
55. No soporta a las personas "sabihondas" que lo saben todo y piensan que pueden a hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper las cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer nueva gente.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.

64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor. Y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión si saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la televisión para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento contiguamente muy casando.
72. No. puedo dormirme y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto, ni olvido una situación molesta que alguien me halle provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta en seguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo porque, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia. Debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente me fugué de casa por lo menos una vez.



95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vuelta en la cabeza una y otra vez. Y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando su vida privada durante años.
101. No se porque, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste de que haga algo. Es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionalmente mal.
105. En el pasado, el habito de abusar de las drogas (alcohol) me hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar y para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.
112. Cuando estoy solo a menudo noto la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos y no se hacia donde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mi mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobre saltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta donde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que esta cerca de mí.

125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo este bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. Cambie de trabajo por lo menos tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente. Y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy integra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incomodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy tan egoísta y que solo pienso en mi mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo intimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Pacífico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.

155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociona mucho algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, que caminaba de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a la cita.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo, en vez que al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo en mi cabeza, ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas, de alcohol o de cigarrillos.

#### **FIN DE LA EVALUACIÓN**

*Verifique que no haya dejado ninguna frase sin contestar...*



## ANEXO G.

MCCI-II  
Millon Clinical  
Multiaxial Inventory - II

INTERNO N° 01  
Fecha: 03/10/2017  
Edad: años

### HOJA DE RESULTADOS

Escalas de Validez			PUNTAJE FINAL
<b>V</b> Validez	0	= Válido	45
<b>X</b> Sinceridad	291	= Válido	56
<b>Y</b> Deseabilidad Social	12	=	24
<b>Z</b> Autodescalificación	1	=	24

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE	
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
<b>1</b> Esquizoide	16	58	58							58	<b>1</b>
<b>2</b> Evitativo	10	44	44		44					44	<b>2</b>
<b>3</b> Dependiente	21	40	40							40	<b>3</b>
<b>4</b> Histriónico	34	70	70							70	<b>4</b>
<b>5</b> Narcisita	40	80	80							80	<b>5</b>
<b>6A</b> Antisocial	32	73	73							73	<b>6A</b>
<b>6B</b> Agresivo-sádico	26	56	56							56	<b>6B</b>
<b>7</b> Compulsivo	38	64	64							64	<b>7</b>
<b>8A</b> Pasivo-agresivo	13	32	32							32	<b>8A</b>
<b>8B</b> Autoderrotista	6	35	35		35					35	<b>8B</b>

Patología severa de personalidad											
<b>S</b> Esquizotípico	12	56		56		59	63	63		63	<b>S</b>
<b>C</b> Borderline	15	45		45	45	48	52	52		52	<b>C</b>
<b>P</b> Paranoide	23	60		60			62	62		62	<b>P</b>

Síndromes clínicos											
<b>A</b> Ansiedad	2	0	0			3	18	18		18	<b>A</b>
<b>H</b> Somatoformo	3	15	15			18	31	31		31	<b>H</b>
<b>N</b> Bipolar	20	57	57							57	<b>N</b>
<b>D</b> Distimia	6	18	18			21	36	36		36	<b>D</b>
<b>B</b> Dependencia de alcohol	20	63	63							63	<b>B</b>
<b>T</b> Dependencia de drogas	36	72	72							72	<b>T</b>

Síndromes severos											
<b>SS</b> Desorden del pensamiento	6	50		50						58	<b>SS</b>
<b>CC</b> Depresión mayor	0	0		0						10	<b>CC</b>
<b>PP</b> Desorden delusional	10	51		51						55	<b>PP</b>

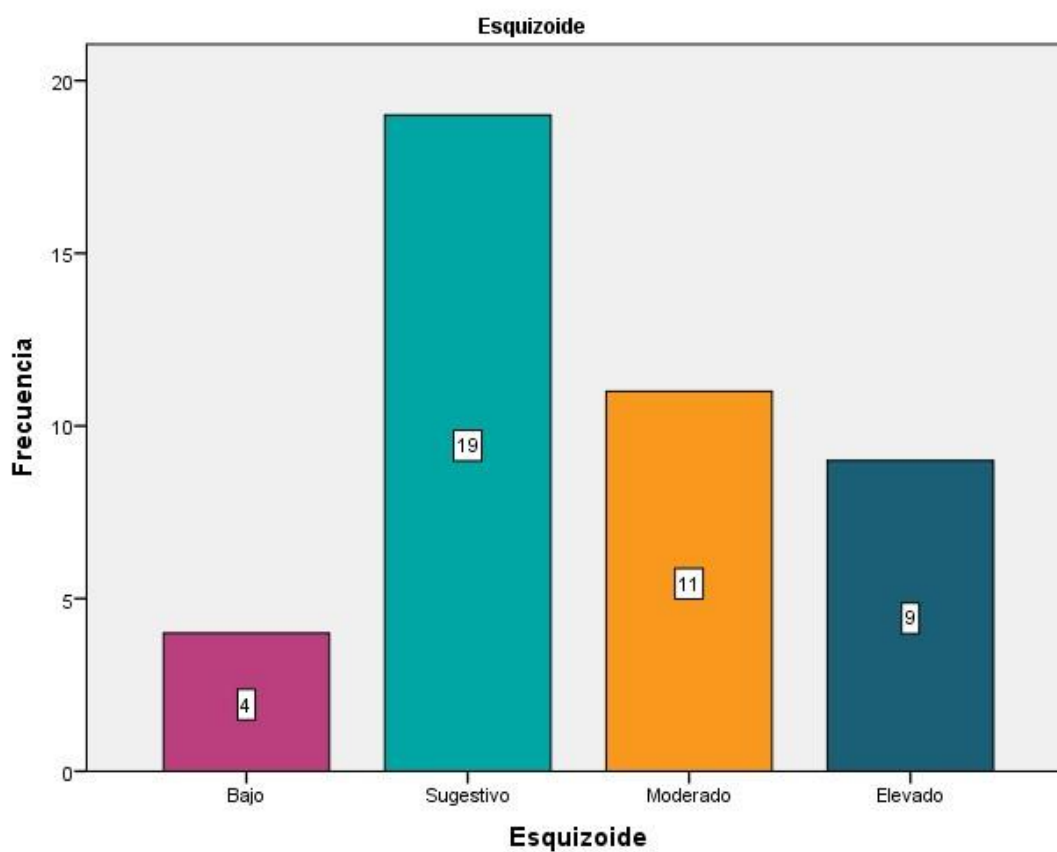
Indicador elevado >=85  
Indicador moderado 75-84  
Indicador sugestivo 60-74  
Indicador bajo 35-59

## ANEXO H. TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 11

Resultados Generales para el Patrón Clínico Esquizoide

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	4	9,3	9,3	9,3
Sugestivo	19	44,2	44,2	53,5
Moderado	11	25,6	25,6	79,1
Elevado	9	20,9	20,9	100,0
Total	43	100,0	100,0	



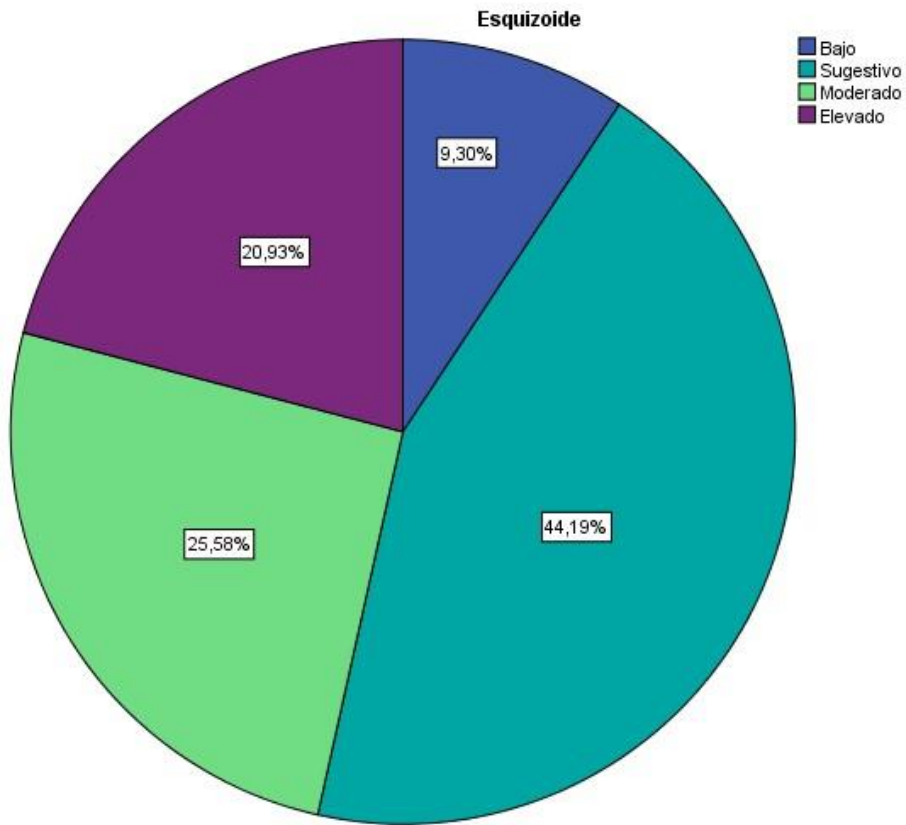


Tabla 12

Resultados Generales para el Patrón Clínico Evitativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	2	4,7	4,7	4,7
Bajo	3	7,0	7,0	11,6
Sugestivo	9	20,9	20,9	32,6
Moderado	15	34,9	34,9	67,4
Elevado	14	32,6	32,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

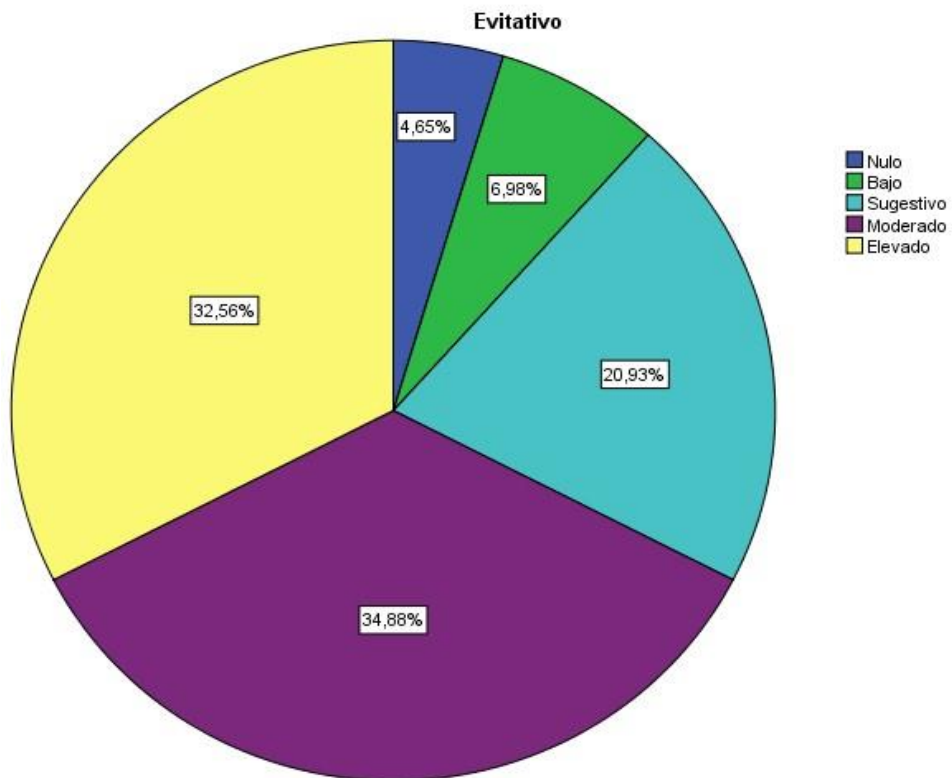
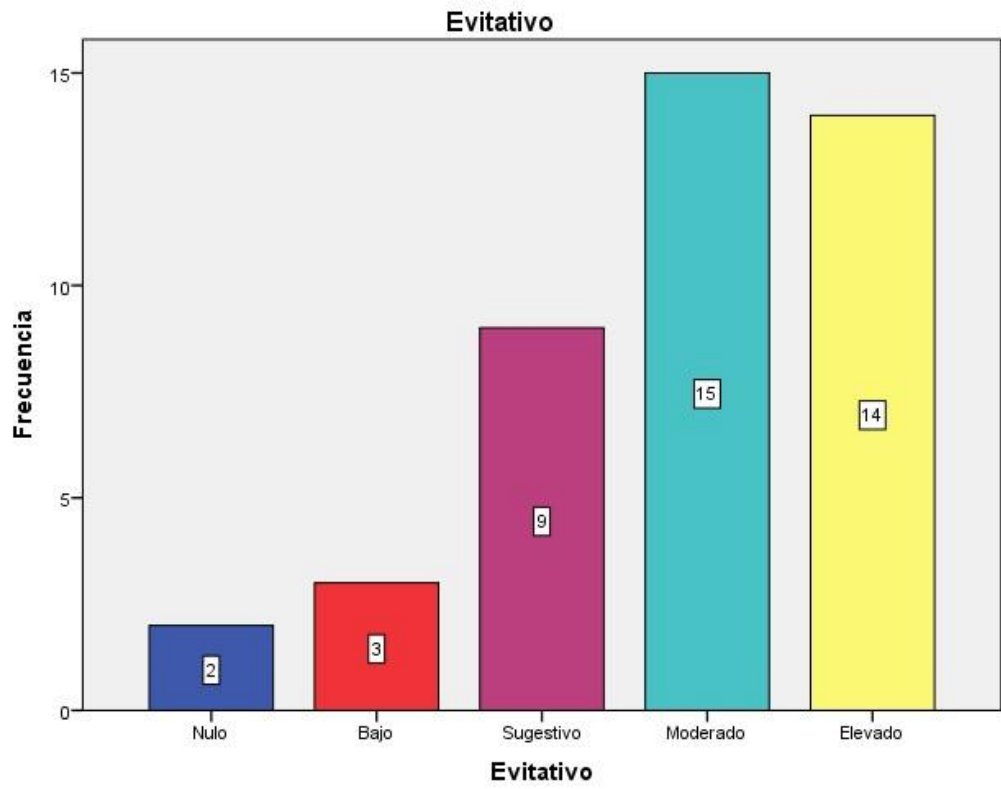
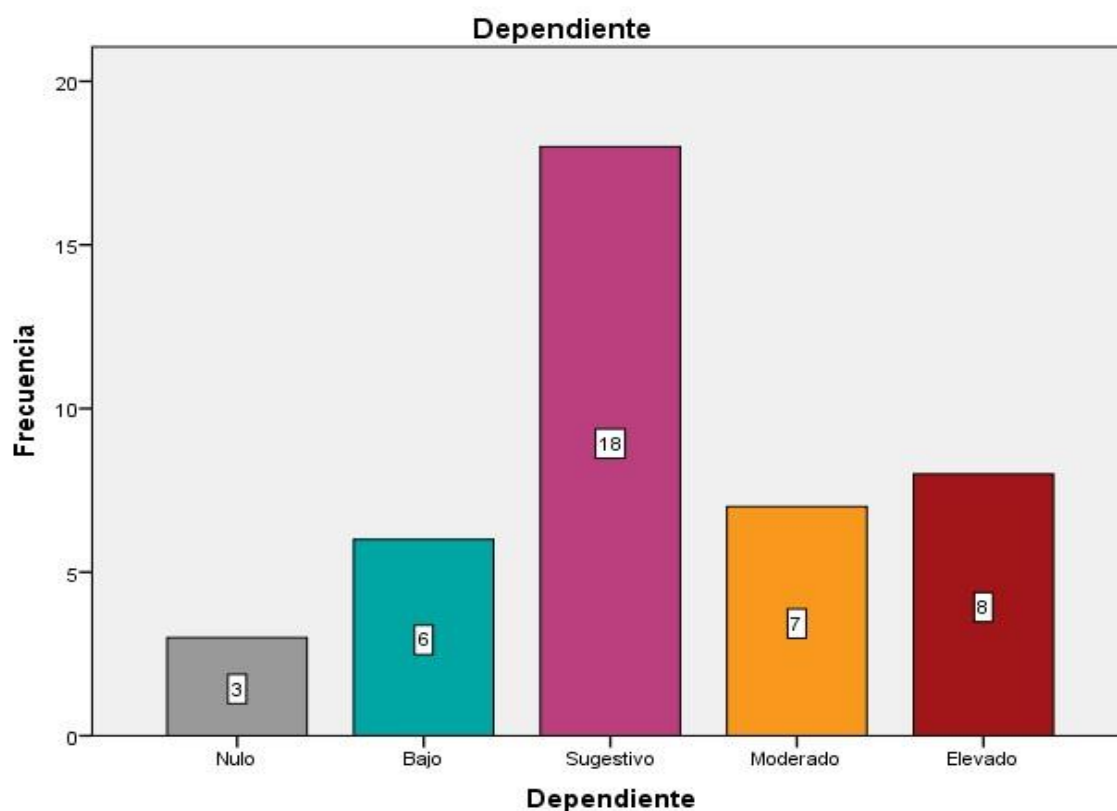




Tabla 13

Resultados Generales para el Patrón Clínico Dependiente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	3	7,0	7,1	7,1
Bajo	6	14,0	14,3	21,4
Sugestivo	18	41,9	42,9	64,3
Moderado	7	16,3	16,7	81,0
Elevado	8	18,6	19,0	100,0
Total	42	97,7	100,0	
Perdidos Sistema	1	2,3		
Total	43	100,0		



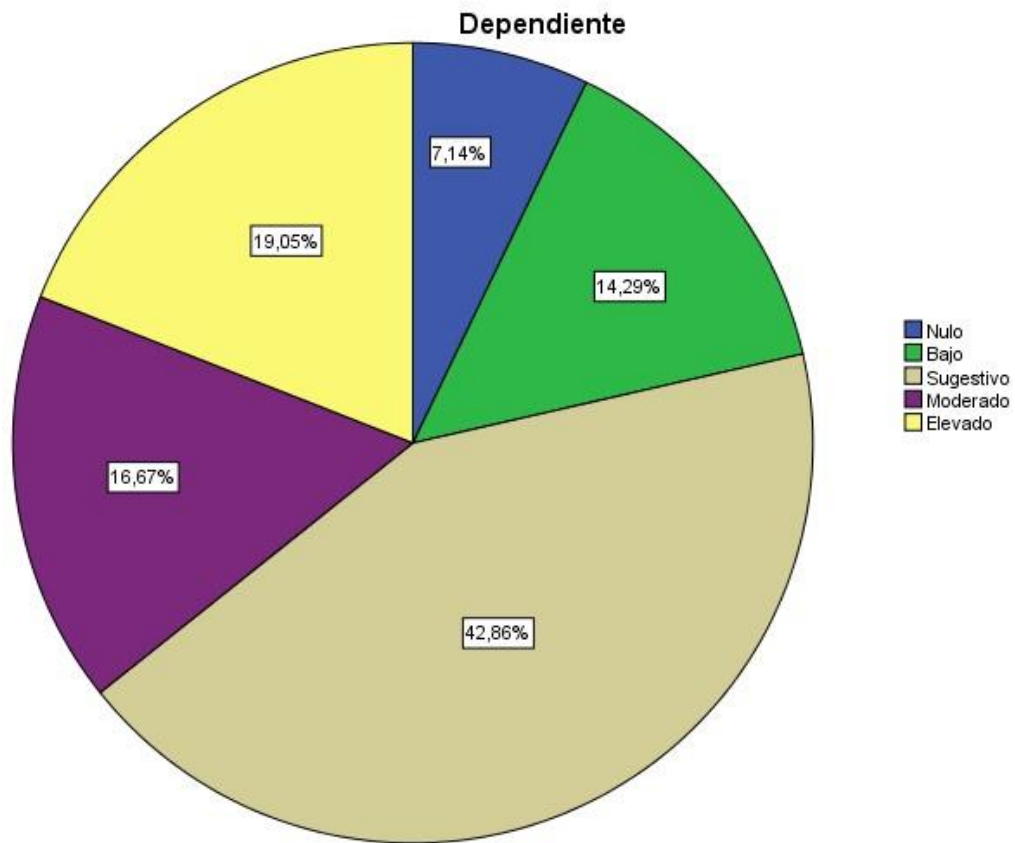


Tabla 14

Resultados Generales para el Patrón Clínico Histriónico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	11	25,6	25,6	25,6
Sugestivo	19	44,2	44,2	69,8
Moderado	10	23,3	23,3	93,0
Elevado	3	7,0	7,0	100,0
Total	43	100,0	100,0	

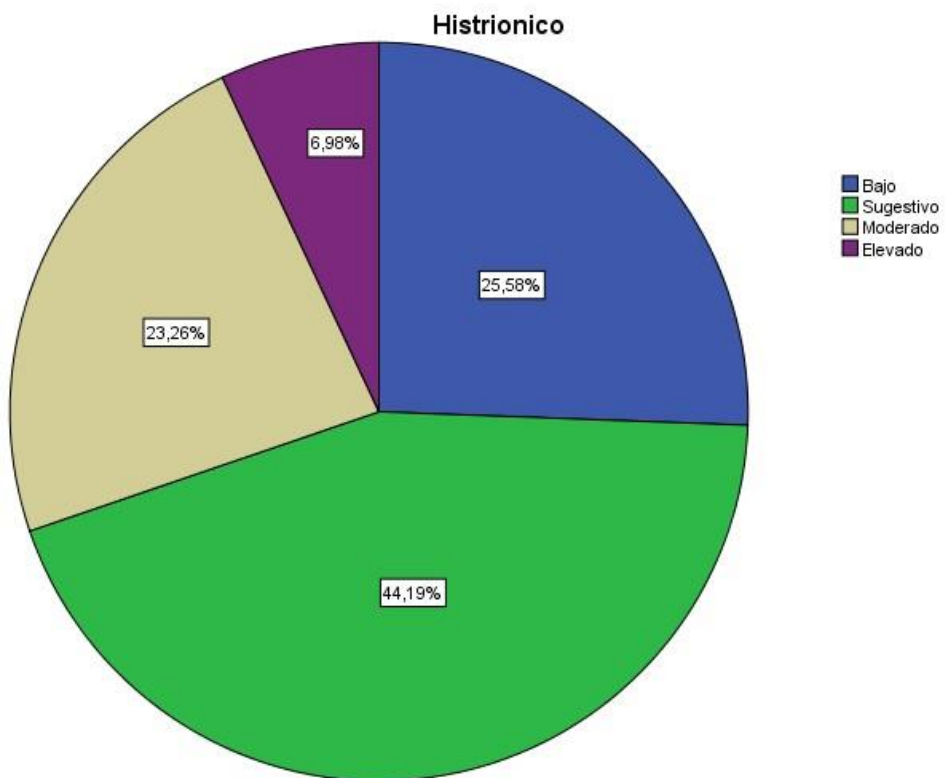
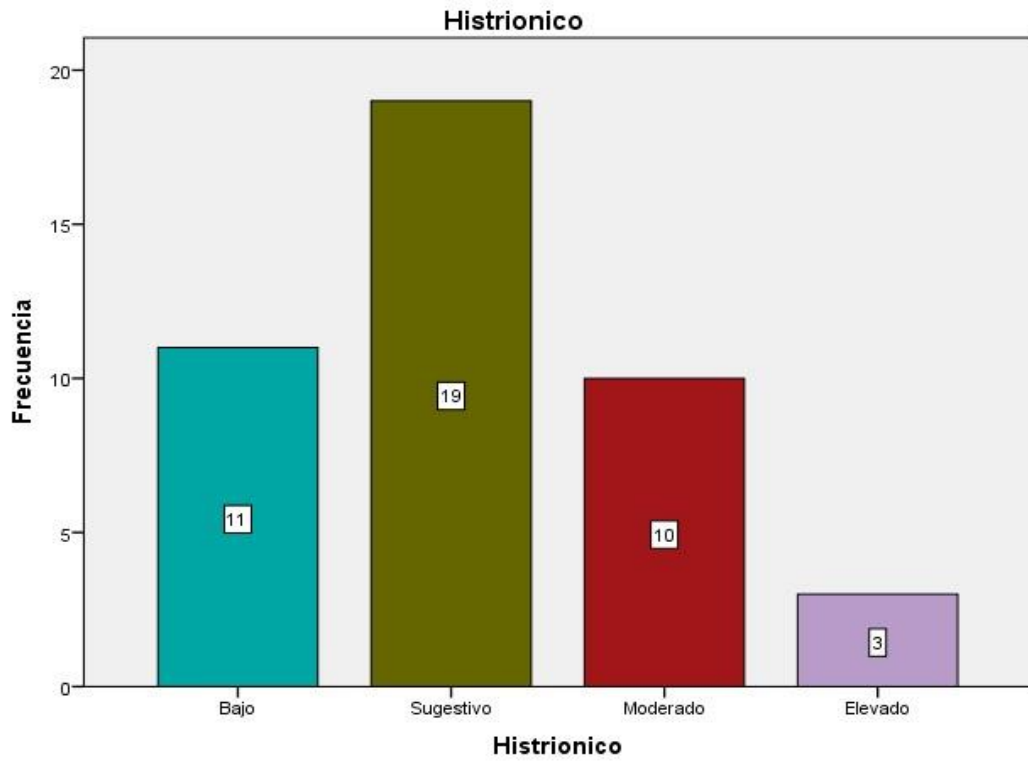
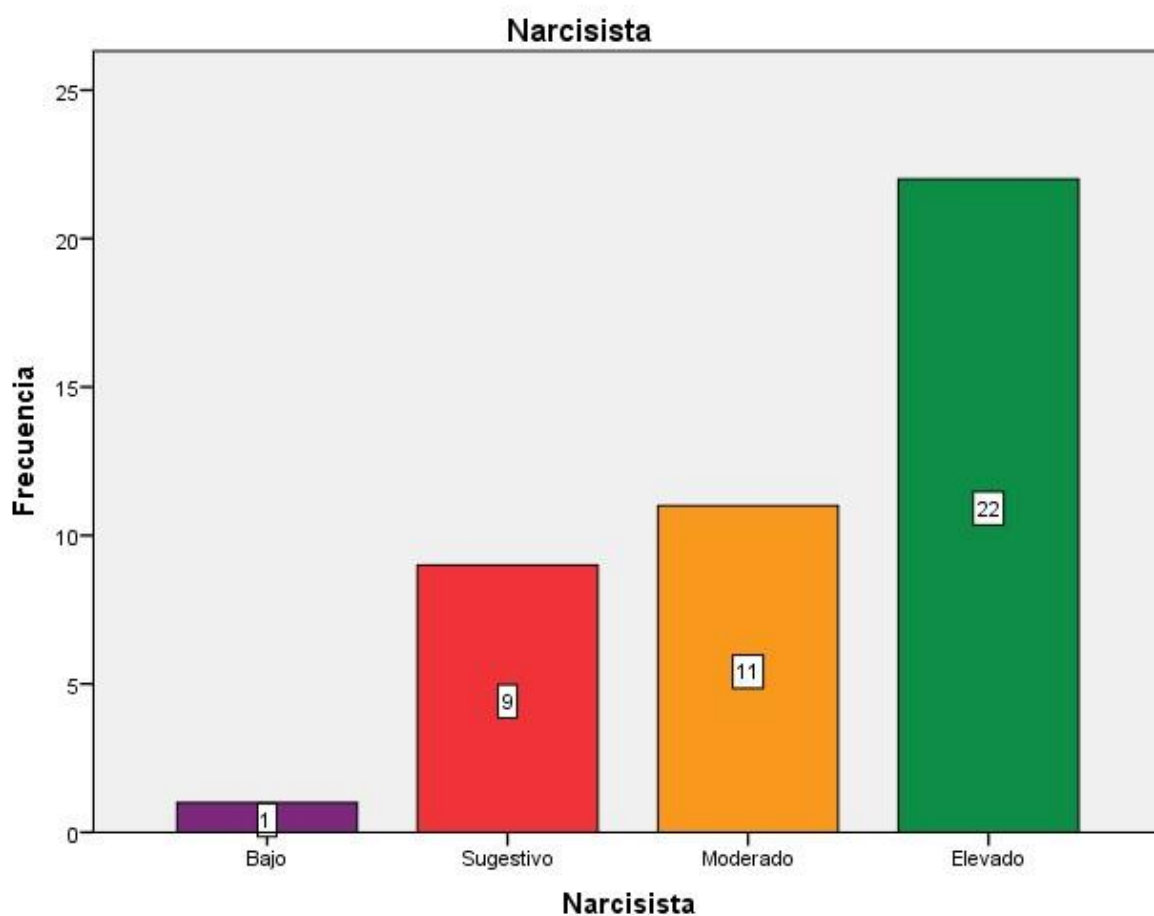


Tabla 15

Resultados Generales para el Patrón Clínico Narcisista

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	1	2,3	2,3	2,3
Sugestivo	9	20,9	20,9	23,3
Moderado	11	25,6	25,6	48,8
Elevado	22	51,2	51,2	100,0
Total	43	100,0	100,0	



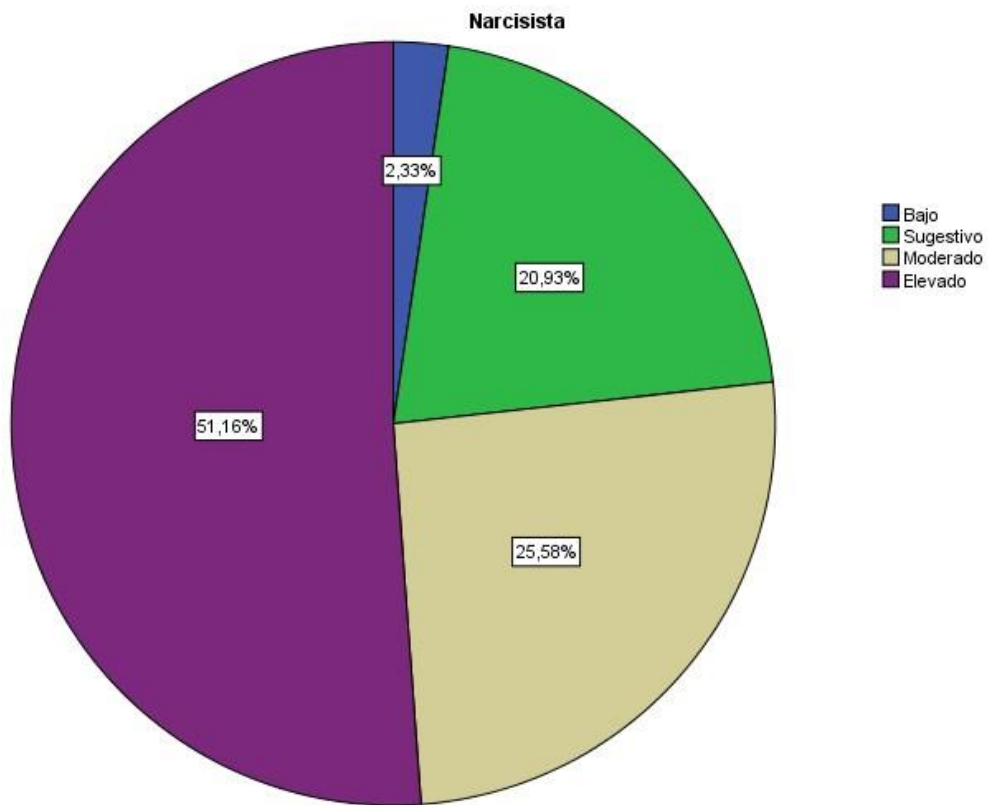


Tabla 16

Resultados Generales para el Patrón Clínico Antisocial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sugestivo	11	25,6	25,6	25,6
Moderado	8	18,6	18,6	44,2
Elevado	24	55,8	55,8	100,0
Total	43	100,0	100,0	

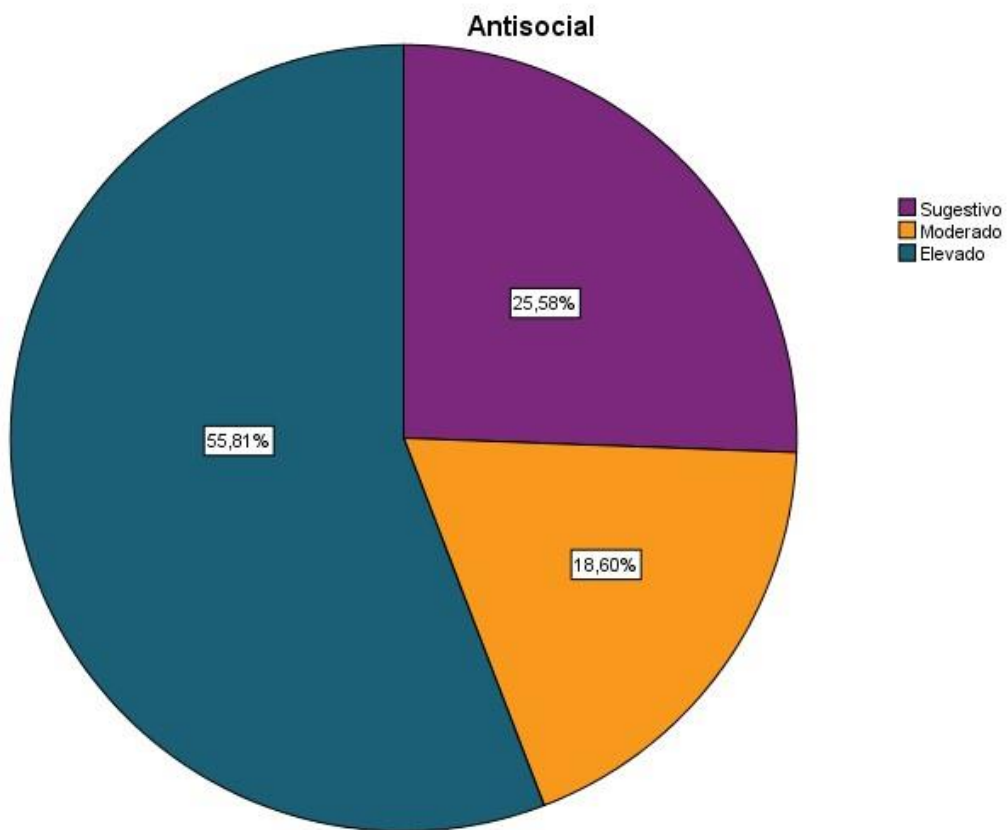
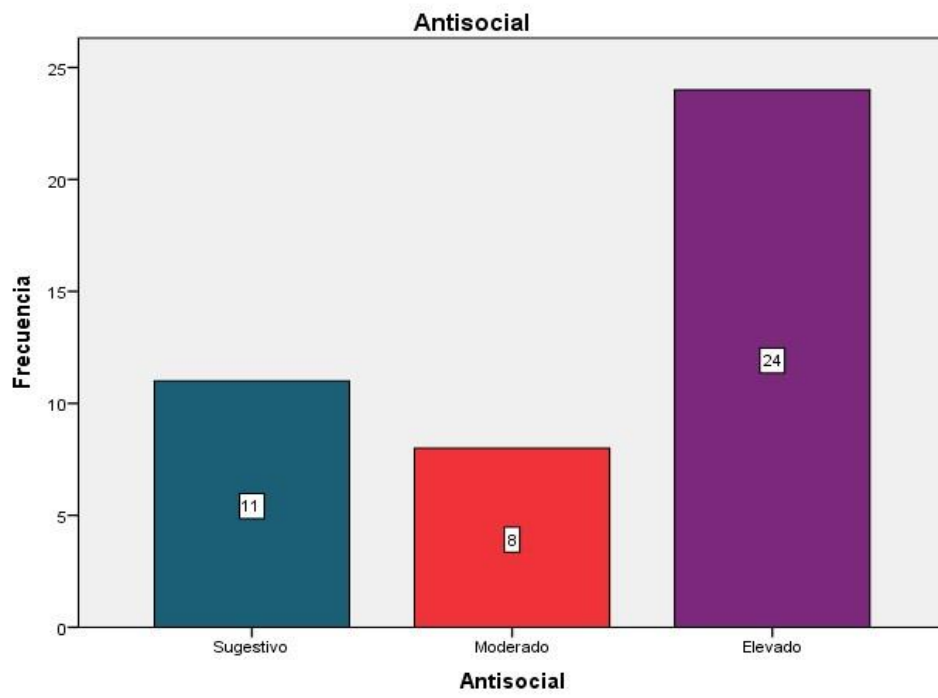
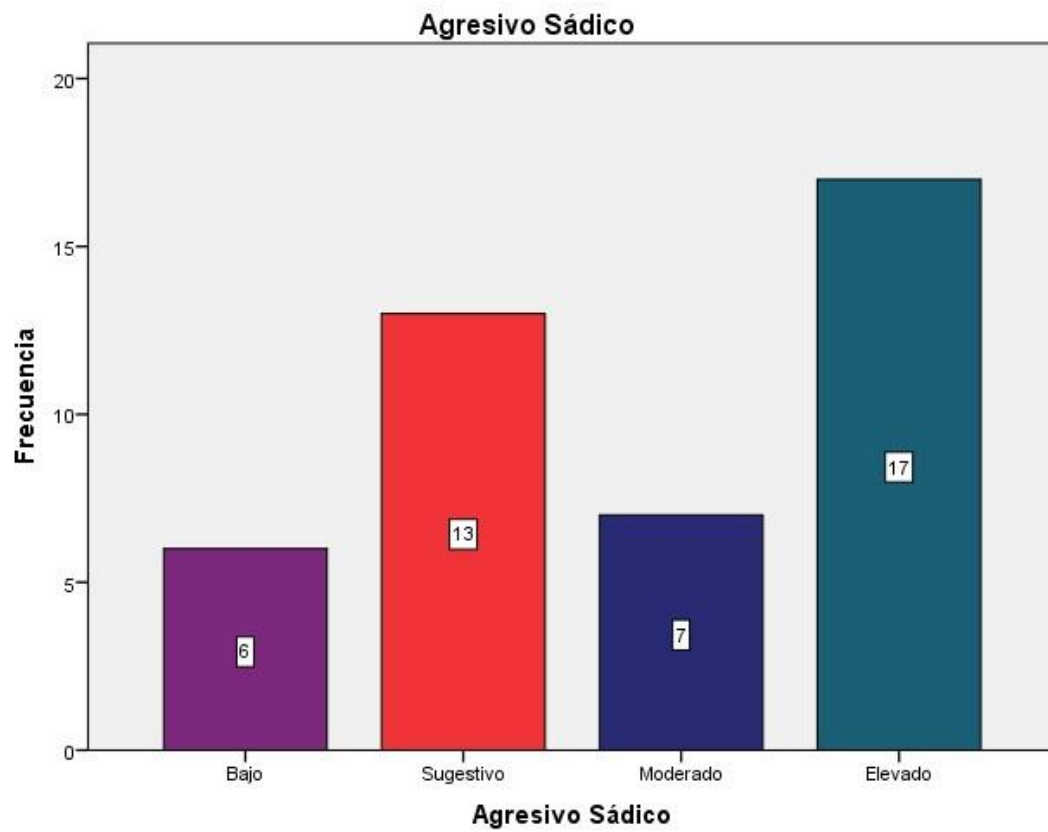


Tabla 17

Resultados Generales para el Patrón Clínico Agresivo Sádico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	6	14,0	14,0	14,0
Sugestivo	13	30,2	30,2	44,2
Moderado	7	16,3	16,3	60,5
Elevado	17	39,5	39,5	100,0
Total	43	100,0	100,0	



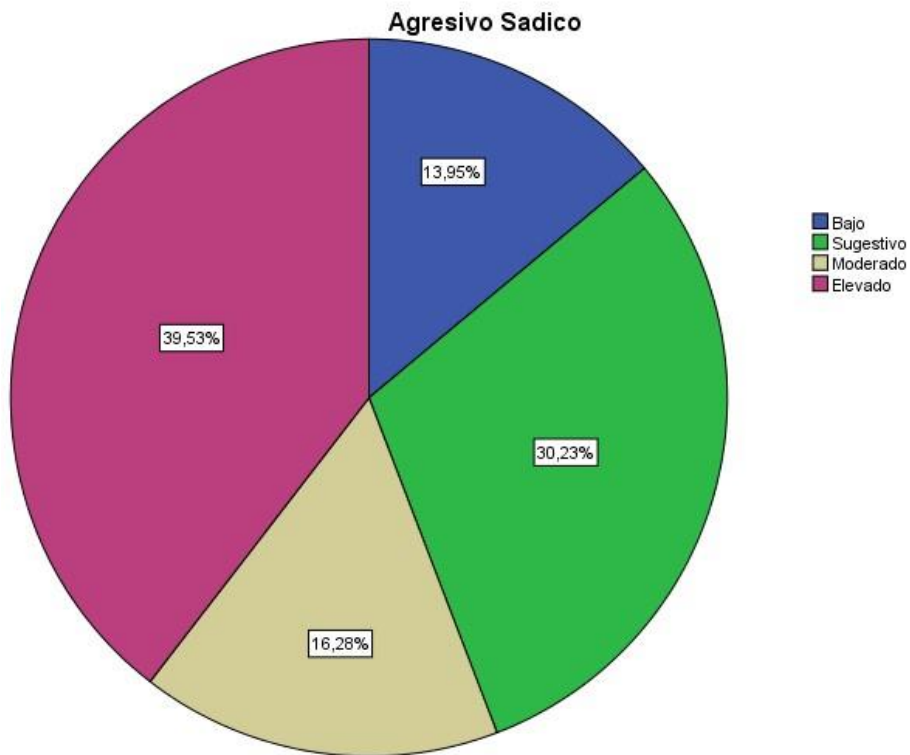


Tabla 18

Resultados Generales para el Patrón Clínico Compulsivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	8	18,6	18,6	18,6
Sugestivo	17	39,5	39,5	58,1
Moderado	11	25,6	25,6	83,7
Elevado	7	16,3	16,3	100,0
Total	43	100,0	100,0	



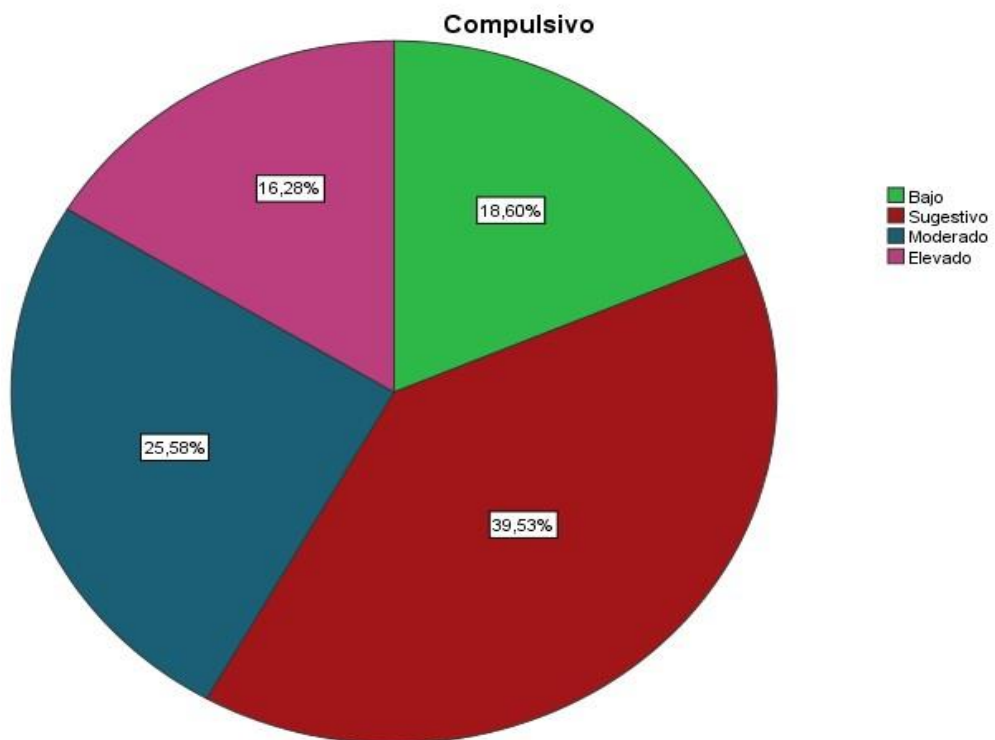
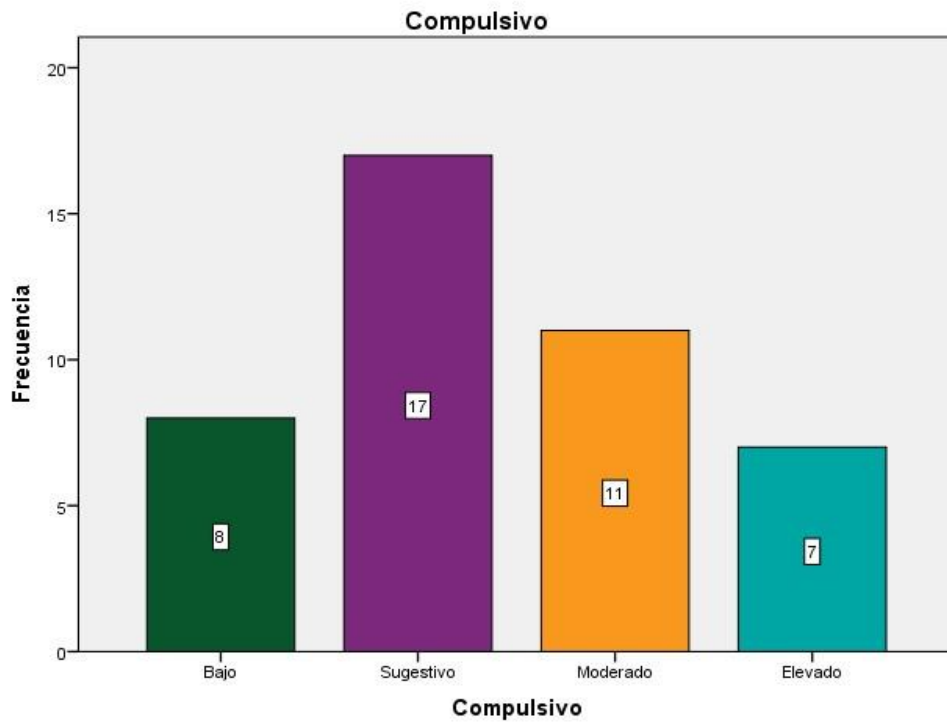
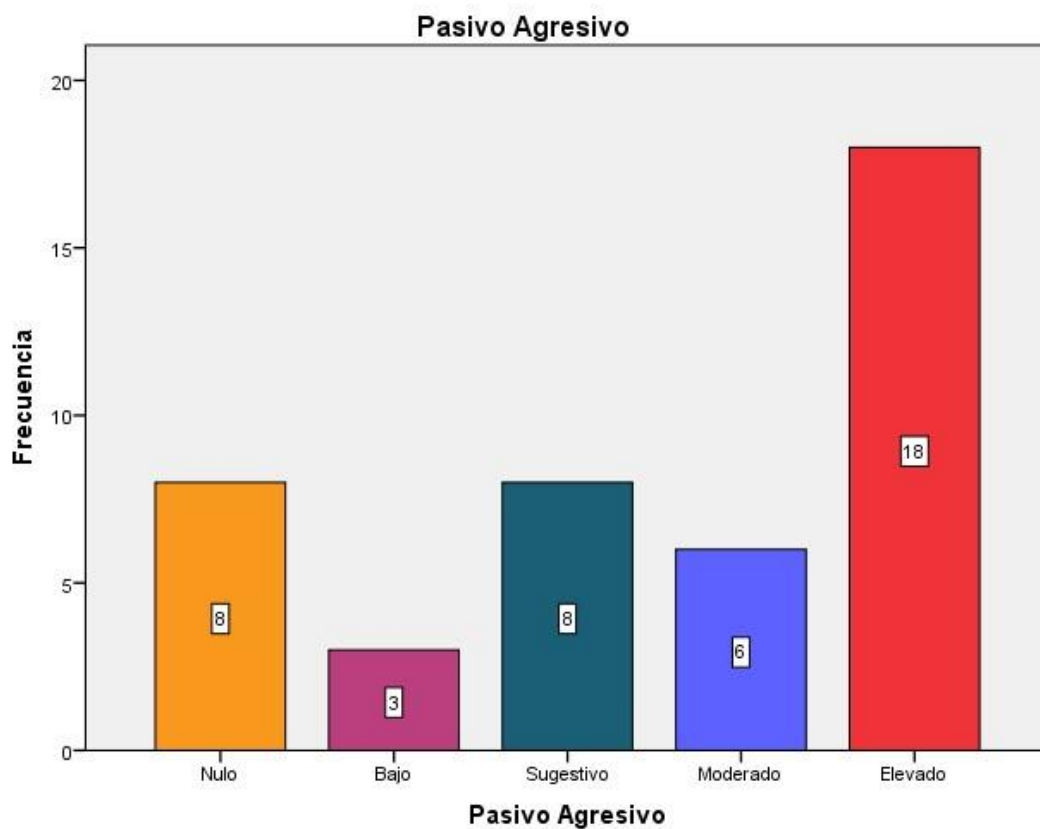


Tabla 19

Resultados Generales para el Patrón Clínico Pasivo Agresivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	8	18,6	18,6	18,6
Bajo	3	7,0	7,0	25,6
Sugestivo	8	18,6	18,6	44,2
Moderado	6	14,0	14,0	58,1
Elevado	18	41,9	41,9	100,0
Total	43	100,0	100,0	



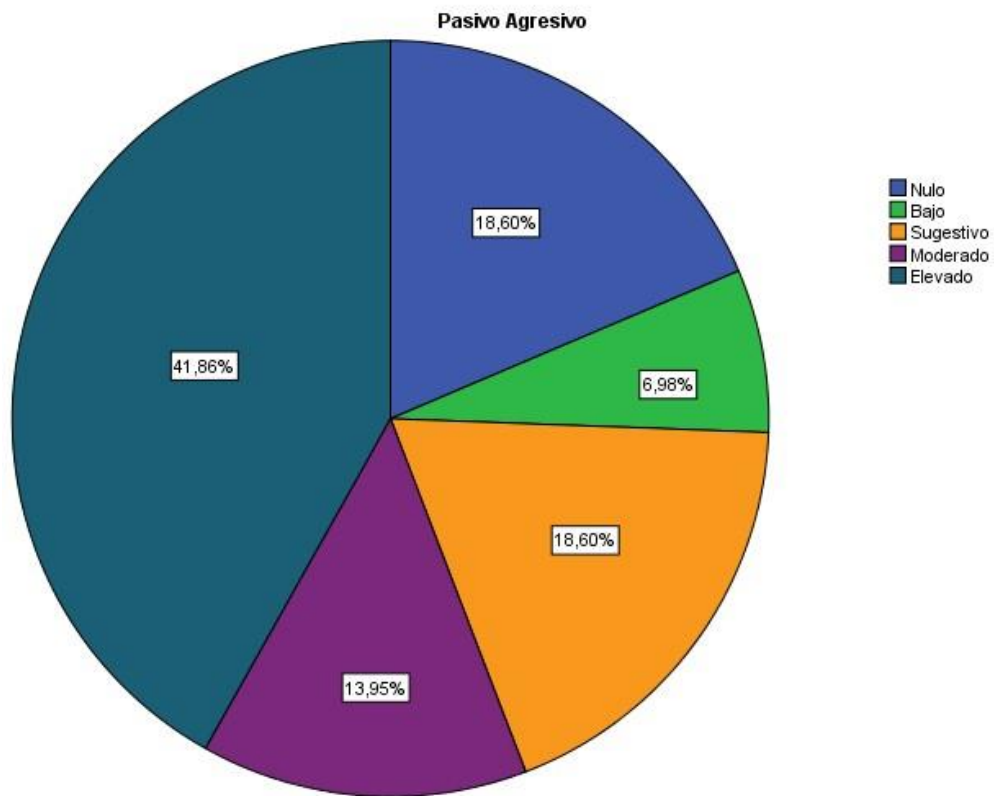
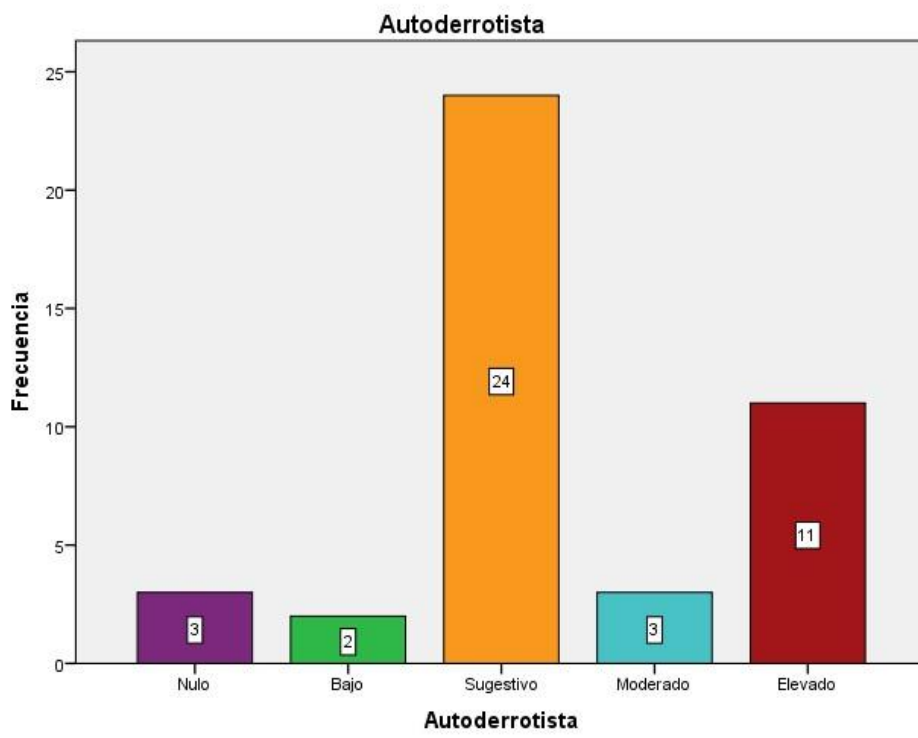
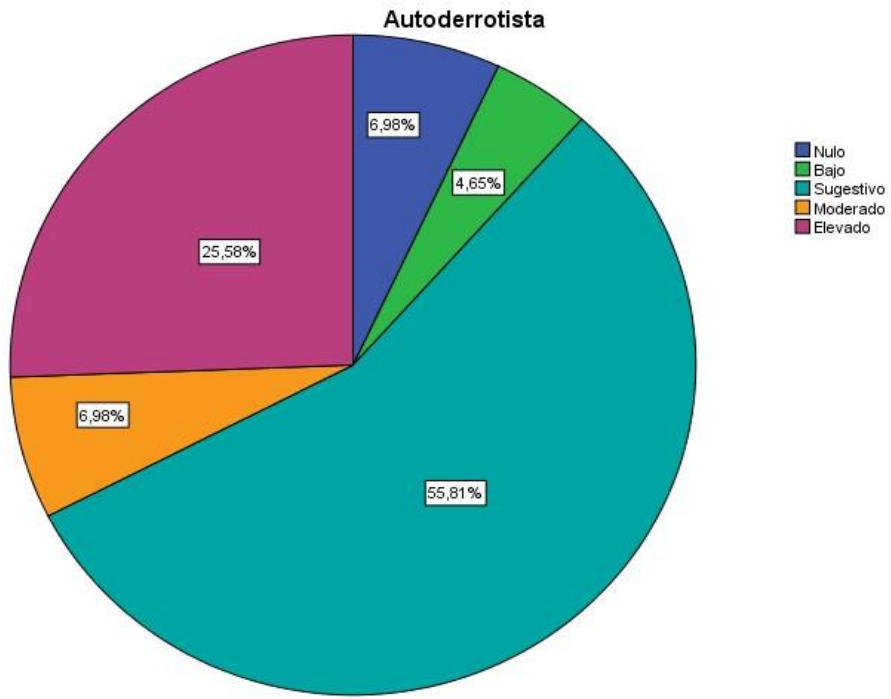


Tabla 11

Resultados Generales para el Patrón Clínico Auto derrotista

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulo	3	7,0	7,0	7,0
Bajo	2	4,7	4,7	11,6
Sugestivo	24	55,8	55,8	67,4
Moderado	3	7,0	7,0	74,4
Elevado	11	25,6	25,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	



## Según la sustancia

Tabla 22

Patrón clínico de personalidad esquizoide y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

	Esquizoide						Total
	86	90	94	95	100	101	
Cocaína	0	1	1	1	1	1	5
Pasta Básica de Cocaína	1	0	0	0	1	1	3
Alcohol	0	0	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>9</b>

**Sustancia Psicoactiva predominante en el Esquizoide**

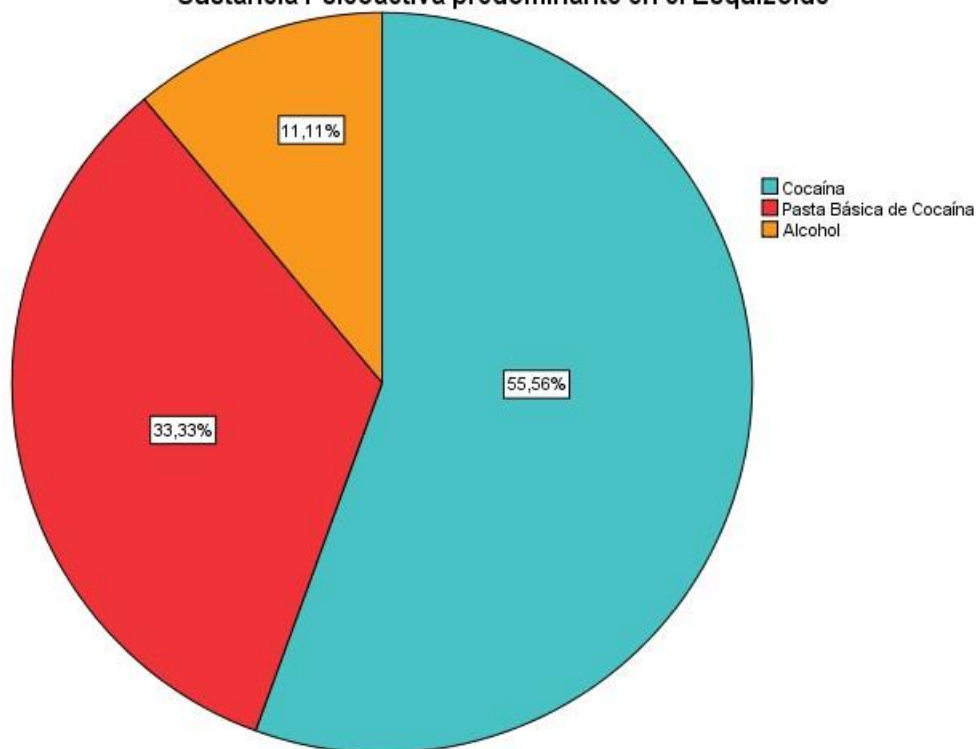
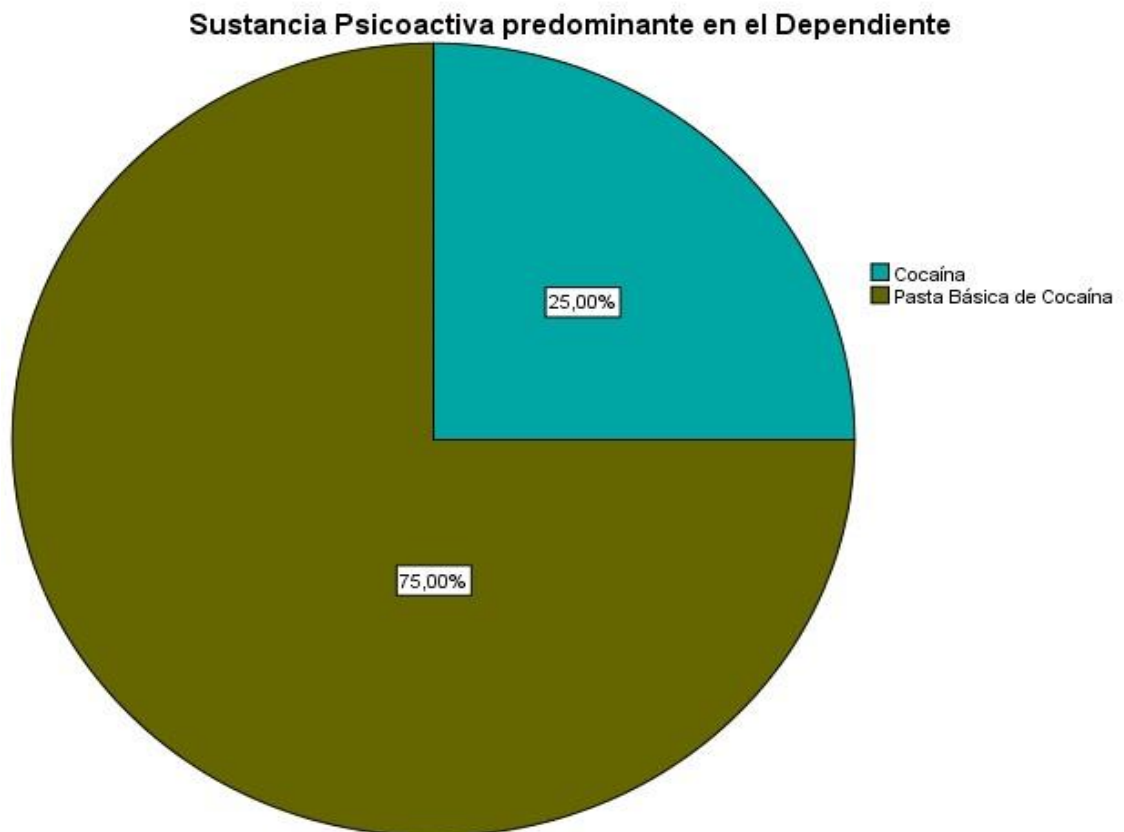


Tabla 23

Patrón clínico de personalidad dependiente y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

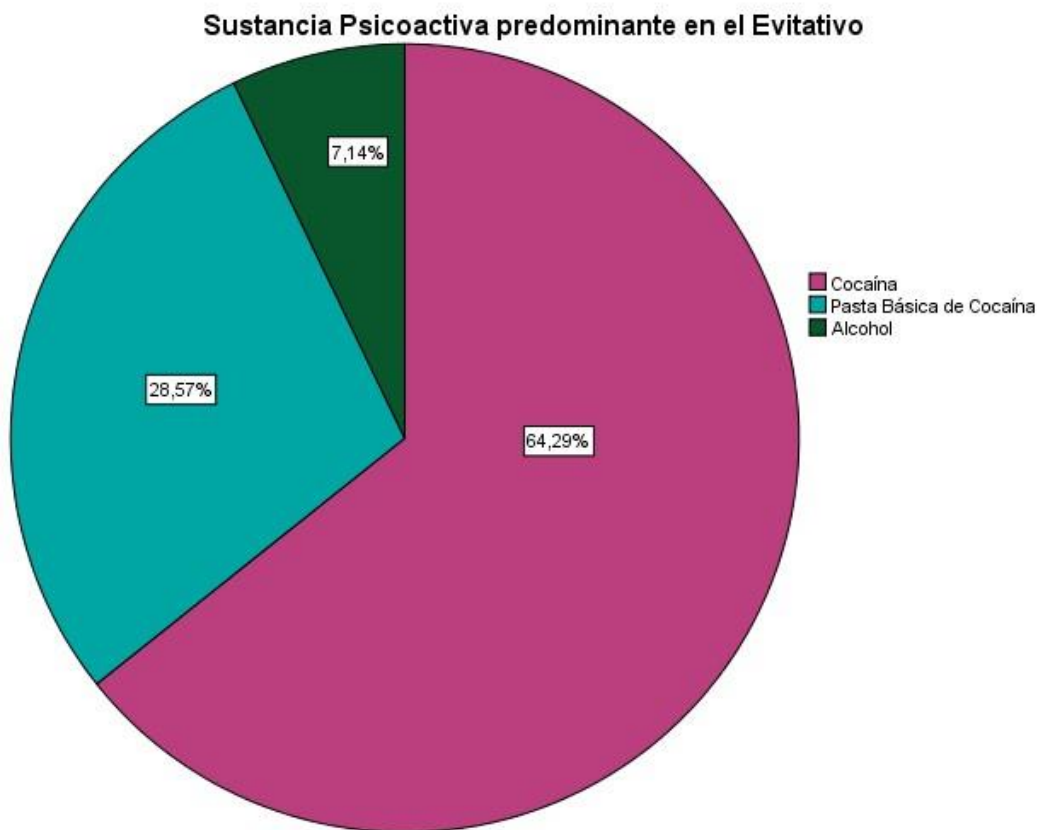
	Dependiente								Total
	86	87	89	90	92	94	96	97	
Cocaína	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Pasta Básica de Cocaína	1	1	1	0	1	1	0	1	6
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	8



Patrón clínico de personalidad Evitativo y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

Tabla 24

	Evitativo													Total
	85	91	94	95	96	97	100	102	105	107	110	113	114	
Cocaína	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	9
Pasta														
Básica de	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4
Cocaína														
Alcohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14

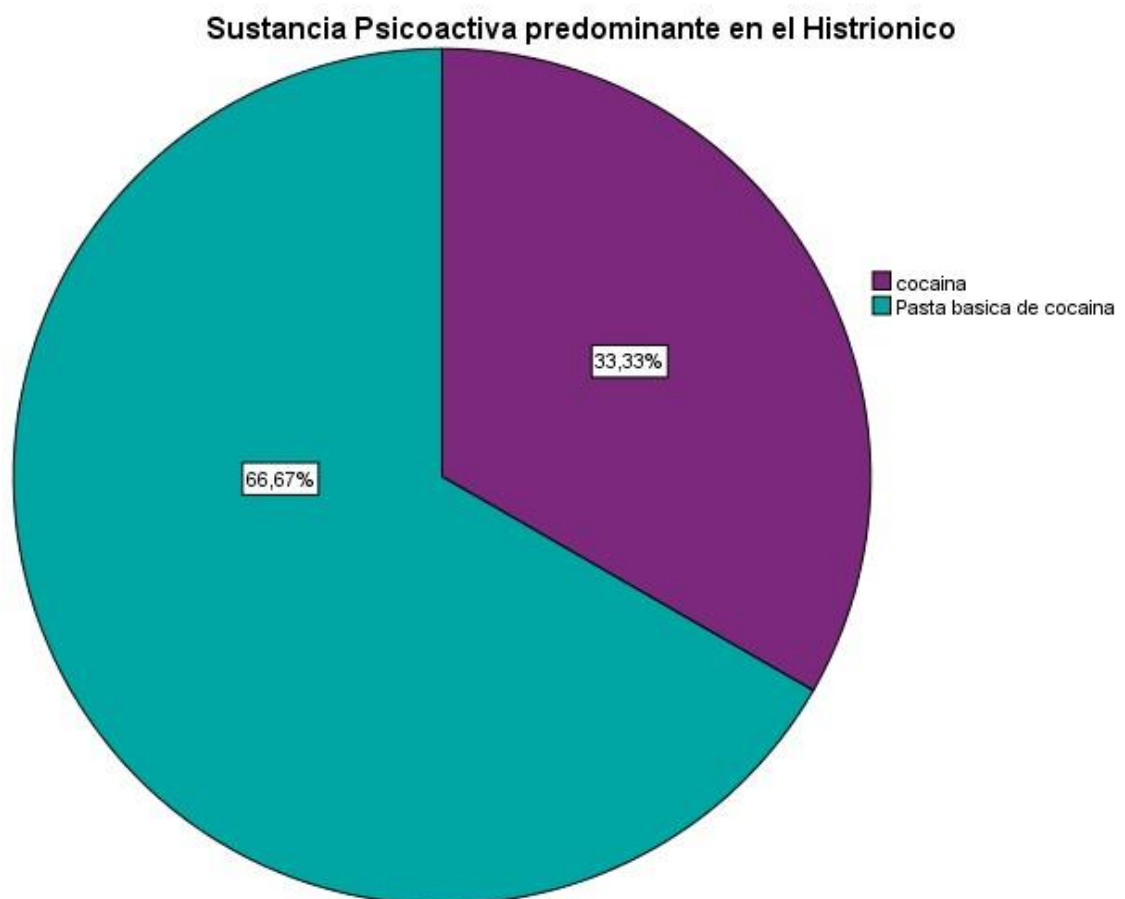


Patrón clínico de personalidad Histriónico y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

Sustancia Psicoactiva	Histriónico			Total
	86	90	95	

Tabla 25

Cocaína	1	0	0	1
Pasta básica de cocaína	1	0	1	2
Marihuana	0	0	0	0
Mixto	0	0	0	0
Alcohol	0	0	0	0
Total	2	0	1	3

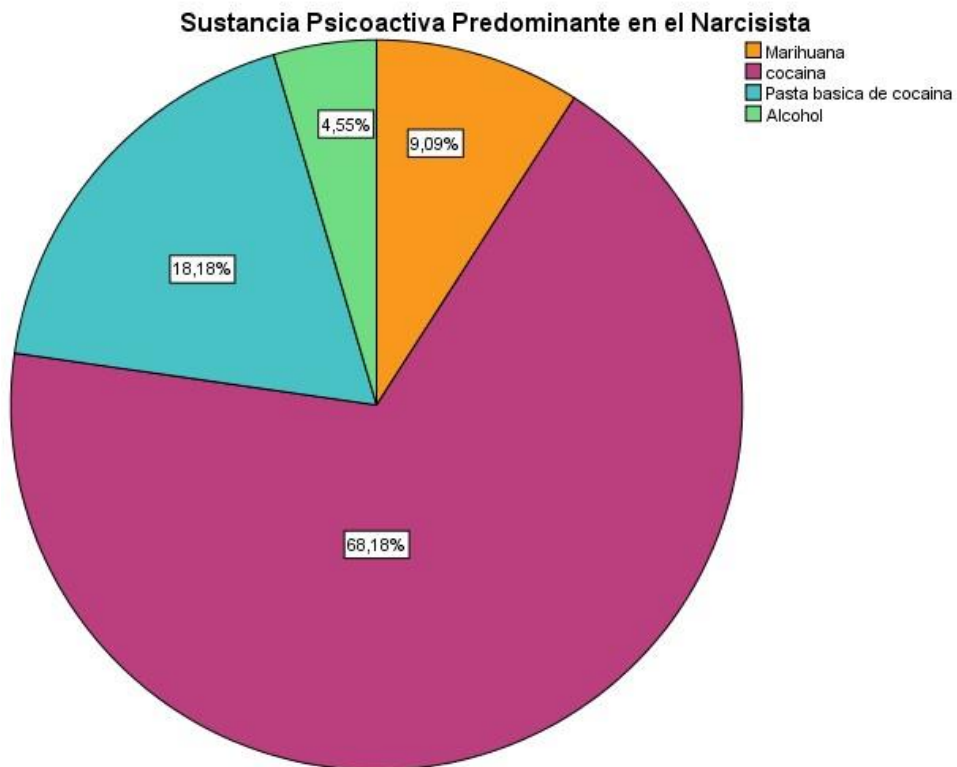


Patrón clínico de personalidad Narcisista y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)



Tabla 26

	Narcisista													Total
	85	86	88	90	91	92	93	95	96	98	107	108	112	
Marihuana	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
cocaína	2	2	1	2	1	1	0	0	2	2	1	1	0	15
Pasta básica de cocaína	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	4
Alcohol	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>22</b>



Patrón clínico de personalidad Antisocial y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

Tabla 27

	Antisocial																Total
	85	87	88	89	91	96	99	101	104	109	110	111	112	114	116	121	
Marihuana	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Cocaína	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	0	15
Pasta																	
Básica de	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
Cocaína																	
Mixto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Alcohol	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	24

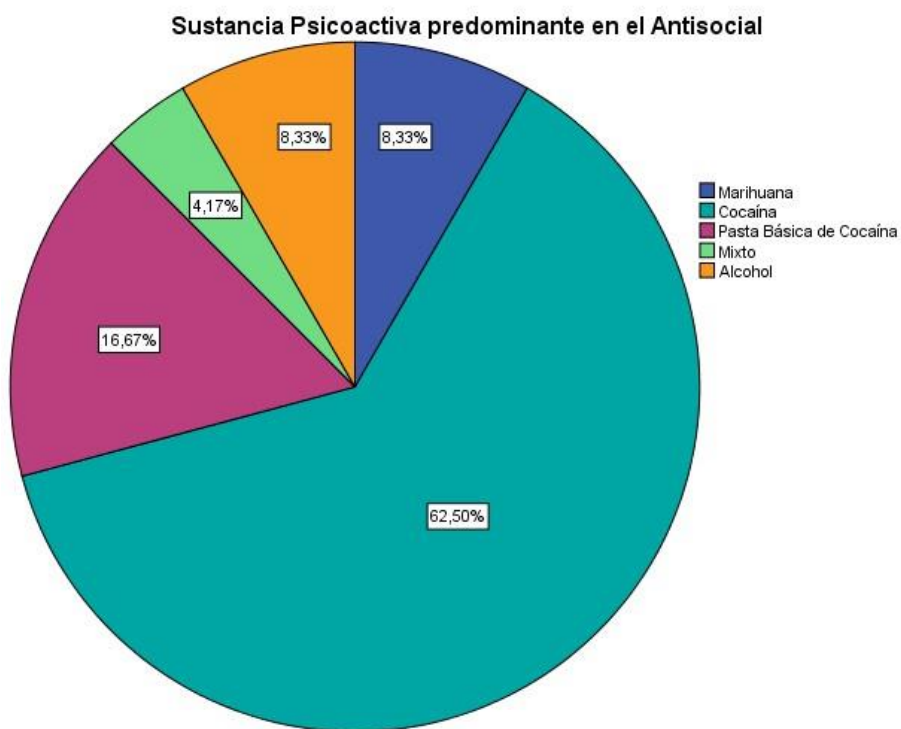


Tabla 28

Patrón clínico de personalidad Pasivo Agresivo y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

		Pasivo Agresivo														Total
		85	91	92	93	94	97	98	99	101	105	112	114	116	118	
Droga problema	Marihuana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Cocaína	1	1	0	1	1	0	2	2	1	1	0	1	0	0	11
	Pasta Básica de Cocaína	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	4
	Mixto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Alcohol	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Total	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	18

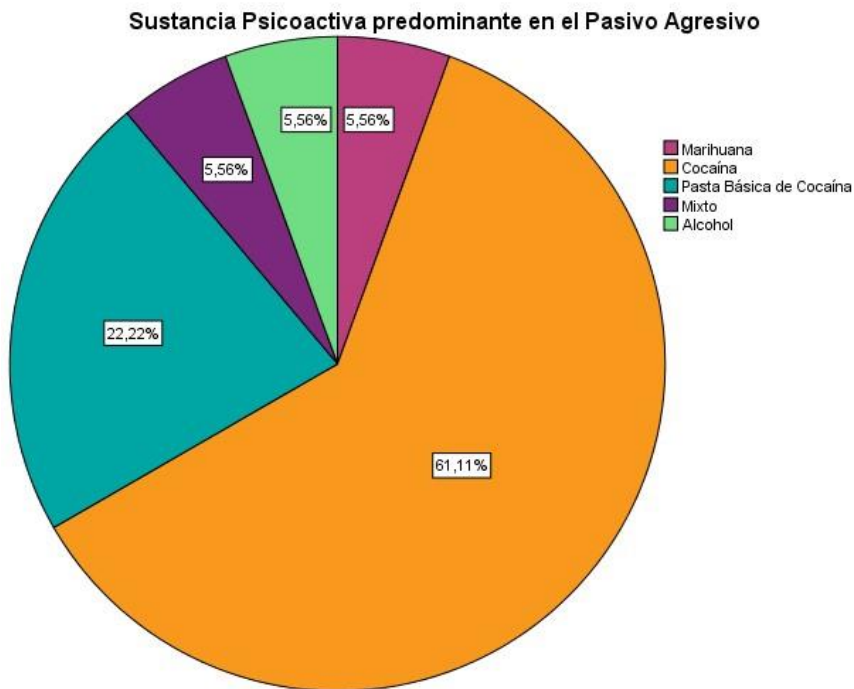


Tabla 29

Patrón clínico de personalidad Agresivo Sádico y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

	Agresivo Sádico												Total
	88	92	93	94	95	97	105	109	110	114	116	121	
Marihuana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cocaína	1	2	1	1	1	0	1	2	2	1	1	0	13
Pasta Básica problema de Cocaína	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Alcohol	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>17</b>

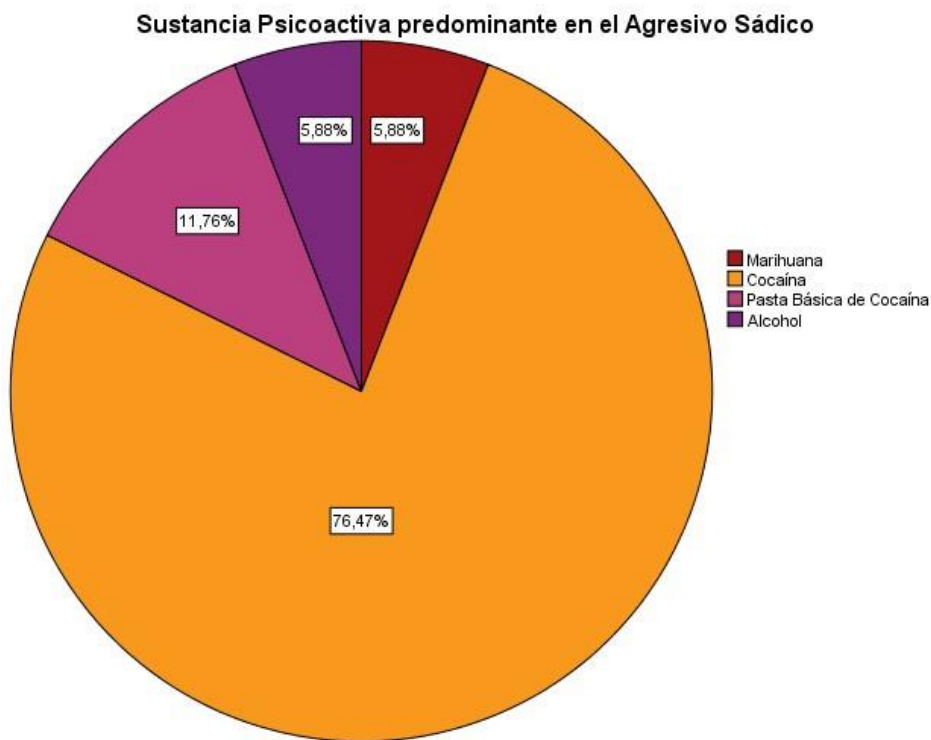


Tabla 30

Patrón clínico de personalidad compulsivo y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

		Compulsivo					Total
		89	90	93	94	95	
Droga problema	Marihuana	0	0	0	0	1	1
	Cocaína	1	1	0	0	0	2
	Pasta Básica de Cocaína	0	0	1	1	1	3
	Mixto	0	0	1	0	0	1
	Total	1	1	2	1	2	7

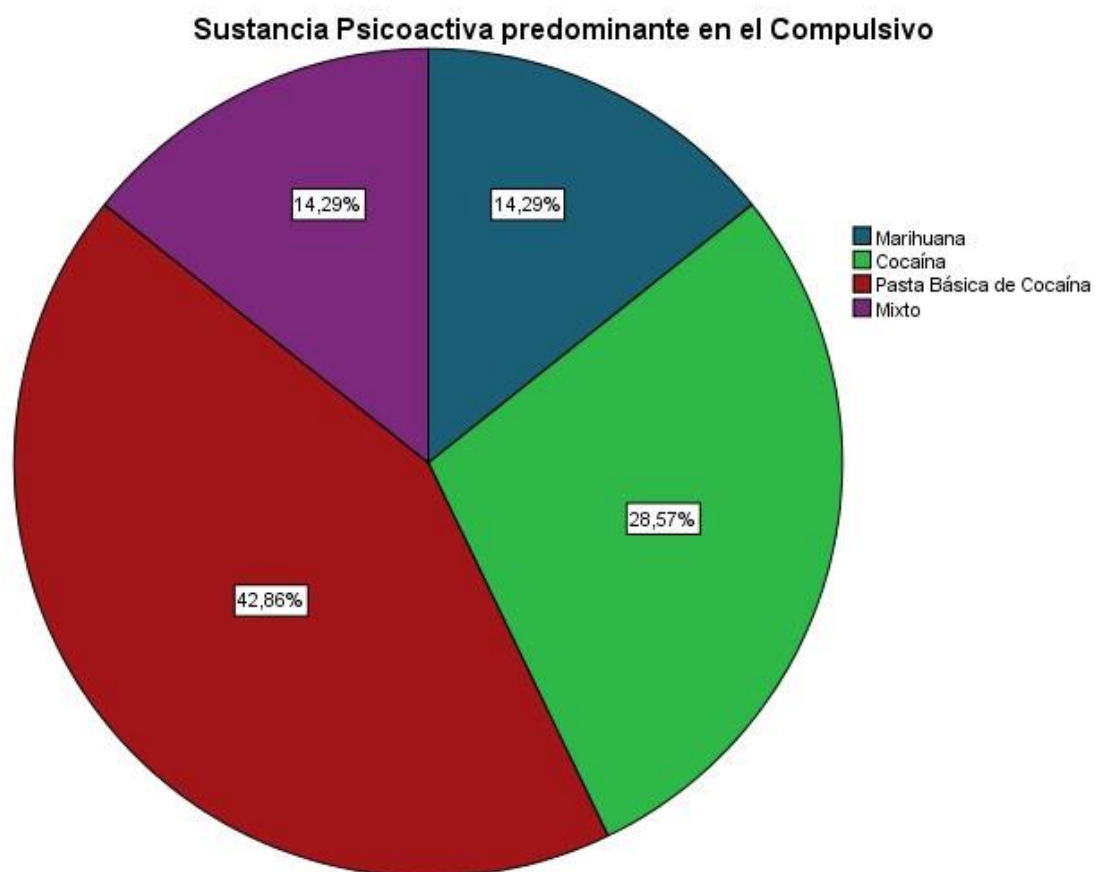


Tabla 31

Patrón clínico de personalidad Autoderrotista y la sustancia psicoactiva (tabulación cruzada)

		Auto derrotista						Total	
		101	102	108	109	110	111		116
Droga problema	Cocaína	0	1	1	1	2	0	0	5
	Pasta Básica de Cocaína	1	0	0	0	0	2	1	4
	Mixto	0	1	0	0	0	0	0	1
	Alcohol	0	0	1	0	0	0	0	1
	Total	1	2	2	1	2	2	1	11

