



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**IDENTIFICACIÓN DE RASGOS DE
PERSONALIDAD EN MUJERES
DROGODEPENDIENTES ADULTAS EN LA
PROVINCIA DEL AZUAY**

Autora:

Joseline Gallegos Ortega

Directora:

Mgst. Verónica Serrano

Cuenca-Ecuador

2023

DEDICATORIA

A mis papás Miriam y Santiago por su apoyo incondicional en todo el proceso.

A mis abuelitos Teresita y Pepito por todo el amor y motivación que me han brindado.

A mi linda hermana Vale por estar presente siempre.

A Tomás, quien me motivó con su dulce compañía durante las noches de desvelo.

AGRADECIMIENTO

A todos los seres que formaron parte de este camino influyendo de diferentes maneras hasta el día de hoy.

A las Clínicas de Tratamiento Doce Pasos y Exitus por abrirme sus puertas para realizar la investigación.

A los docentes que me guiaron con dedicación para lograr mi objetivo.

RESUMEN

Los trastornos de personalidad aumentan significativamente la vulnerabilidad para otras patologías, entre ellas la adicción a sustancias. El considerar qué tipos de personalidad tienen mayor prevalencia en personas consumidoras proporciona referencias para generar estrategias de prevención para los grupos que posean rasgos de personalidad con mayor riesgo de consumo. Por ello, la presente tesis tuvo como objetivo la identificación de rasgos de personalidad en mujeres drogodependientes en la provincia del Azuay, aplicando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) a una muestra de 30 mujeres internas en dos centros de rehabilitación. Los resultados reflejaron que el 100% de mujeres participantes presentan al menos un rasgo patológico de personalidad y el 43.33% presentan al menos un trastorno de personalidad. Las personalidades que predominaron fueron: antisocial, sádico, paranoide, depresivo y borderline, respectivamente en el orden descrito.

Palabras clave: Comorbilidad, drogodependencia, prevalencia, rasgos de personalidad, trastorno de personalidad.

ABSTRACT

Personality disorder increases significantly the vulnerability of other pathologies, including substance addiction. The consideration of the kind of personalities that are more prevalent in consumers, provides references to generate prevention strategies for the groups who have personality traits with a risk of consumption. For this reason, this thesis seeks the identification of personality traits in drug-dependent women in Azuay, by applying the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-II) to a population of 30 internal women in two rehabilitation centers. The results show that 100% of the participating women have at least one pathological personality trait and the 43.33% have at least one personality disorder. The personalities that predominated were: antisocial, sadistic, paranoid, depressant and borderline, respectively.

Keywords: Comorbidity, drug addiction, personality disorder, personality traits, prevalence.

Translated by:



A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Joseline Gallegos", is located in the bottom right. The signature is written over a horizontal line.

Joseline Lisseth Gallegos Ortega

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	2
1. Introducción.....	2
1.1 MARCO TEÓRICO.....	2
1.1.1. Trastorno por consumo de sustancias	2
1.1.2. Conceptos	2
1.1.3. Epidemiología	5
1.1.4. Clasificación	6
1.1.4.1. Según el efecto en el sistema nervioso central	6
1.1.4.2. Según los manuales diagnósticos	7
1.1.7. Factores asociados	8
1.2. Personalidad.....	9
1.2.1. Conceptos	9
1.2.2. Trastornos de personalidad	10
1.2.2.1. Trastornos de personalidad según los manuales de clasificación	11
1.2.3. Influencia	12
1.2.3.1. Substrato biológico	13
1.2.3.2. Contexto Social	13
1.2.4. Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM-V.....	13
1.2.4.1. Trastornos de personalidad: Grupo A	13
1.2.4.2. Trastornos de la personalidad: Grupo B	16
1.2.4.3. Trastornos de personalidad: Grupo C	18
1.3. Patología dual o comorbilidad.....	21
1.3.1. Concepto	21
1.3.2. Investigaciones	21
CAPÍTULO 2.....	23
2. METODOLOGÍA	23
2.1. Tipo de estudio	23
2.2. Preguntas de Investigación	23

2.3. Objetivo general.....	23
2.4. Objetivo específico.....	23
2.5. Población y muestra	23
2.6. Criterios de inclusión	23
2.7. Criterios de exclusión.....	24
2.8. Instrumento	24
2.8. Procedimiento	25
CAPÍTULO 3.....	26
3. RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIÓN.....	33
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	36
ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes	24
Tabla 2. Escalas de control	25
Tabla 3. Escalas básicas	25
Tabla 4. Rasgos patológicos	26
Tabla 5. Síndromes de gravedad moderada	26
Tabla 6. Síndromes de gravedad severa	26
Tabla 7. Prevalencia de rasgos y/o trastornos	27
Tabla 8. Rasgos y/o trastornos predominantes	27

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.....	41
Anexo 2. Reactivo MCMI-III.....	43

INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno de personalidad que consumen sustancias no lo hacen por problemas de carácter, sino porque padecen una enfermedad a nivel fisiológico, específicamente una alteración en el sistema opioide endógeno. El consumo ayuda de cierta forma a inducir efectos de alivio regulando estas deficiencias biológicas (Szerman, 2013).

Considerando el género, un estudio realizado en España mayoritariamente en población atendida en unidades de drogodependencias, se observó que el 47.5% de las mujeres presentaba patología dual, frente al 30.3% de los hombres (Pascual, et al., 2020). Por lo tanto, es importante identificar los trastornos de personalidad más frecuentes en mujeres drogodependientes para explorar, de forma más específica la relación entre dichos trastornos.

En Azuay, se han realizado investigaciones sobre patología dual en hombres por lo que se ha recomendado realizar dicha investigación en mujeres ya que los resultados podrían variar (Ordóñez, et al., 2016), debido a ello el objetivo de esta investigación.

En el primer capítulo se aborda el marco teórico en donde se describe información acerca del trastorno por consumo de sustancias, conceptos básicos, tipos y factores asociados al consumo. Así como también la clasificación, definiciones de los trastornos de personalidad y la comorbilidad entre ambos. El segundo capítulo consta de la metodología utilizada, precisando todas las características del estudio, en el capítulo 3 se encuentran los resultados obtenidos de la investigación seguido por la discusión, conclusiones, limitaciones y/o recomendaciones, referencias y los respectivos anexos.

CAPÍTULO 1

1. Introducción

El presente capítulo tiene por objetivo dar a conocer los conceptos, trastornos o alteraciones relacionados con el consumo de sustancias y de la personalidad, tomando en cuenta la comorbilidad de las patologías mencionadas.

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1. Trastorno por consumo de sustancias

El trastorno por consumo de sustancias se ha convertido en un gran desafío para las sociedades actuales, debido a las consecuencias que provoca. Sin duda es uno de los trastornos mentales más difíciles de tratar por todo lo que implica su proceso de recuperación para lograr obtener salud mental y física, así como también equilibrio social, laboral, etc. En la primera parte del presente capítulo abordaremos los aspectos más relevantes y lo que conlleva padecer este trastorno (Belloch, et al., 2020).

1.1.2. Conceptos

La adicción es una enfermedad, que desde 1970 se ha ido constituyendo progresivamente en una pandemia global. Se ha evidenciado que afecta a nivel social, de salud y económico, indistintamente de la edad, género, etnia o cultura. Es una enfermedad estigmatizada considerada como un simple vicio por la sociedad posmoderna y hedonista (Nizama, 2015).

Así también droga de abuso es definida como aquella sustancia que es capaz de producir cambios en la percepción, el comportamiento, la conciencia o el estado de ánimo, es decir que produce efectos psicoactivos en las personas que la ingieren por medio de cualquier vía (Sanz, 2019). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (American Psychiatric Association, 2013, p. 483), define al trastorno por consumo de sustancias como “la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados a esta”.

Los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan por el continuo consumo de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas, clínicamente significativas a nivel cognitivo, conductual y fisiológico que produce su ingesta. Se provocan cambios en los circuitos cerebrales, que, comportamentalmente se muestran en las recaídas repetidas y el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga (American Psychiatric Association, 2013). Existe evidencia epistemológica de los cambios neurofisiológicos que se producen en el cerebro de un adicto que se evidencian en la conducta compulsiva y además afecta en el aspecto psicosocial (Dolengevich, 2015).

Los criterios diagnósticos para identificar un trastorno por consumo de sustancias según el DSM-V son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

- Uso peligroso
- Problemas sociales/interpersonales asociados al consumo
- Problemas legales
- Síndrome de abstinencia
- Tolerancia
- Aumento de cantidad o tiempo
- Intentos fallidos de dejarlo o de controlar el consumo
- Emplear más tiempo del esperado en actividades relacionadas al consumo.
- Problemas físicos/mentales relacionados al consumo
- Pérdida de interés de actividades debido al consumo
- Craving

El grado de severidad se clasifica según el número de criterios presentes en un año: leve (2-3), moderado (4-5) y grave (6 o más).

- **Tolerancia**

Es un estado de adaptación a la sustancia que hace que, al administrar la misma cantidad, su efecto se percibe disminuido y genera la necesidad de dosis mayores para producir el mismo grado de estímulo (UNODC, 2015).

Se han observado dos tipos de tolerancia a una droga, tolerancia innata y tolerancia adquirida. En el primer caso hay una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde la

primera administración que es lo que facilita adquirir la dependencia temprana. Dentro de la tolerancia adquirida se distinguen tres especificadores: la farmacodinamia, la farmacocinética y la conductual. La farmacodinamia estudia los efectos que provocan los fármacos en el organismo, su tolerancia se produce cuando por el uso repetido, la respuesta fisiológica a dicha sustancia disminuye; la farmacocinética estudia lo que el organismo le hace al fármaco, la tolerancia a esta tiene que ver con mecanismos del cuerpo como la absorción, distribución, eliminación, etc. por lo que sus efectos varían entre persona y persona; y la tolerancia conductual hace referencia a los efectos que tiene un fármaco en el organismo como consecuencia del aprendizaje o de estímulos ambientales que pueden estar presentes en el momento de la administración, se produce por aprendizaje (condicionamiento clásico u operante) por la asociación del consumo a estímulos positivos o negativos (Belloch, et al., 2020).

- **Abstinencia**

El síndrome de abstinencia se caracteriza por que al dejar de consumir la sustancia se generan cambios significativos y problemáticos, dentro de horas o días, que pueden ser apreciados a nivel fisiológico, conductual y cognitivo. Las personas sienten una necesidad intensa de volver a consumir la sustancia al notar dichos síntomas, para reducir su malestar. También puede producir malestar clínicamente significativo dentro del contexto social y laboral del individuo (Belloch, et al., 2020).

El síndrome de abstinencia presenta diferente sintomatología dependiendo la sustancia de consumo. Específicamente en la suspensión de consumo de alcohol se observa hiperactividad, insomnio, náuseas, alucinaciones, agitación psicomotora, ansiedad, convulsiones. En el caso de cannabis puede presentarse irritabilidad, agresividad, ansiedad, insomnio, pérdida de apetito, estado de ánimo deprimido, dolor abdominal, espasmos, temblores, sudoración. En cuanto al tabaco el síndrome de abstinencia se presenta con irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, aumento de apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido e insomnio. El caso de abstinencia a estimulantes como anfetaminas, cocaína u otras se observa con fatiga, sueños desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento de apetito, retraso psicomotor o agitación (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3. Epidemiología

Según el informe mundial sobre drogas realizado por la UNODC en el año 2021, en todo el mundo, aproximadamente 275 millones de personas utilizaron drogas y más de 36 millones fueron diagnosticadas con trastorno por consumo de sustancias. Según las últimas estimaciones globales en el último año, aproximadamente el 5.5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido algún tipo de droga. Desde el 2010 hasta el 2019 se incrementó en un 22% la población que consume algún tipo de sustancia, las proyecciones sugieren un alza del 11% para el 2030.

En el año 2020, 6.2 millones de latinos o hispanos mayores de 12 años presentaron un trastorno por consumo de sustancias y el 90% de estos no recibieron ningún tipo de tratamiento (American Psychiatric Association, 2020).

A nivel nacional, en el 2015 la Secretaría Técnica de Drogas (SETED) realizó una encuesta sobre el consumo de drogas a 36.000 estudiantes de secundaria. Los resultados revelaron que el 12.65% consumieron sustancias ilegales en ese año, sobre todo marihuana, heroína y cocaína. Registró además, que la edad promedio del inicio del consumo era a los 14 años. En cuanto a la población universitaria, en el 2016 la SETED encuestó a aproximadamente 5.000 estudiantes de entre 18 y 25 años y cerca del 30% de los participantes manifestaron haber consumido algún tipo de droga ilícita alguna vez en su vida y el 12.7% consumió drogas en ese año (Plan V, 2021). En relación a los 12 centros especializados de personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador se brindó atención a 1.111 personas que requirieron tratamiento residencial en el año 2018, también brindó 5.742 atenciones en modalidad ambulatoria intensiva (Ministerio de Salud Pública, 2018).

1.1.4. Clasificación

1.1.4.1. Según el efecto en el sistema nervioso central

La investigación acerca de las drogas realizada por Valdés y colaboradores (2018), clasifica a las drogas conforme a sus efectos en el sistema nervioso central y el cerebro, es decir, en el ámbito farmacológico como:

- **Drogas depresoras**

Se encargan de inhibir la actividad de cierta región del cerebro, así como también dificultan la memoria y disminuyen la presión sanguínea, el pulso, producen somnolencia, entre otros signos y síntomas. Estas a su vez se subdividen en: narcóticos, antipsicóticos, disociativos, GABAérgicos, glicinérgicos y simpáticos (Valdés, et al. 2018).

- **Drogas estimulantes**

Generan cambios positivos temporales a nivel físico y neurológico, incrementan la productividad del sistema de alerta y el pulso sanguíneo. Mejoran el equilibrio y disminuye el apetito y el sueño. Producen convulsiones, manía y tienen el riesgo de producir la muerte. Estos pueden ser benzodiazepinas, piperazinas, piperidinas, pirrolidinas, tropanos, adamantanos, alquilaminas (Valdés, 2018).

- **Drogas alucinógenas**

Son aquellas drogas que generan cambios en la conciencia, percepción o emoción. A su vez se subdivide en tres grupos:

- **Psicodélicos:** Relacionadas a las experiencias de meditación o yoga, generan una alteración en la cognición y percepción. Estos se agrupan en linsergamidas, feniletilaminas, piperazina, triptaminas y otros.
- **Disociativos:** Pueden producir la pérdida de las facultades mentales y la memoria, además alterar otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, entre otros. Se dividen en adamantanos, arilciclohexilaminas y morfínicos.

- Delirantes: Producen delirios, sin embargo, se mantiene un cierto nivel de conciencia. Se dividen en anticolinérgicos, antihistamínicos y GABAagonistas (Valdés, 2018).

1.1.4.2. Según los manuales diagnósticos

Sustancias psicotrópicas CIE-10 (World Health Organization, 2000):

- Alcohol
- Opioides
- Cannabinoídes
- Sedantes o hipnóticos
- Cocaína
- Otros estimulantes
- Alucinógenos
- Tabaco
- Disolventes volátiles
- Otras sustancias psicotropas

1.1.4.3. Sustancias DSM-V (American Psychiatric Association, 2013):

- Alcohol
- Opiáceos
- Cannabis
- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Cocaína
- Estimulantes
- Cafeína
- Alucinógenos
- Tabaco
- Inhalantes
- Otras sustancias

1.1.7. Factores asociados

Entre los factores de riesgo asociados al consumo, tenemos: la edad, el género, la familia, bajos niveles de resiliencia, problemas económicos e influencias externas, en el caso de adolescentes, el abandono de estudios y la mala comunicación con los padres pueden tener como consecuencia el inicio de consumo de sustancias que probablemente termine en adicción (Zabaleta, 2021).

Un estudio realizado en el área de psiquiatría del Hospital San Rafael de Colombia en el año 2018, encontró que los principales factores que se asocian al consumo de sustancias son: peleas entre los padres, consumo de sustancias por un familiar, residencia urbana, maltrato psicológico, maltrato físico, desempleo, núcleo familiar disfuncional, violencia intrafamiliar, abandono de la familia, antecedentes de abuso físico, antecedentes de abuso sexual, puntuando mayormente residencia urbana 78.6%, desempleo 58.2% y núcleo familiar disfuncional 69% (Alba, et al., 2021). Así mismo en una investigación realizada en una institución educativa de Colombia revelaron que los factores más relacionados al consumo son la disfunción familiar y el grado escolar (Soto, et al., 2016). Referente al territorio nacional, en una investigación efectuada en el 2021, en el Instituto Superior Tecnológico Sucre, se encontró que las variables demográficas, el género, las materias repetidas en el 2020 y el ingreso mensual, han influido para el consumo de alcohol y tabaco. Además, el desagrado a la carrera, la no pertenencia a organizaciones, conflictos laborales, problemas académicos y la aceptación por los compañeros se relacionan más con el consumo de sustancias estupefacientes (Norofña, et al., 2021).

Por otro lado, dentro de los factores de protección tenemos: impartir información adecuada a los individuos para que tengan la capacidad de tomar decisiones responsables con respecto a las drogas; retrasar la edad de inicio del consumo; modificar las condiciones del entorno que incentivan al consumo; intervenir en las causas del malestar individual, ayudando a disminuir los síntomas negativos del sujeto; ofertar y promover alternativas de vida saludable sin necesidad del consumo (Callisaya, 2018). Dentro del territorio nacional los factores de protección que destacaron en un estudio realizado en estudiantes universitarios son: buenas relaciones interpersonales y correctas habilidades sociales y de autocontrol (Vuele, 2021).

Referente a la red de apoyo, dentro de la intervención en el transcurso de la recuperación se sabe que la familia cumple un papel fundamental para la rehabilitación de una persona drogodependiente ya que las emociones, sentimientos y valores son parte progresiva de un proceso de cambio y evolución lo que conlleva que la buena relación y apoyo familiar sea imprescindible (Cedeño, et al., 2019).

1.2. Personalidad

Los trastornos de personalidad han sido un tema que ha llamado la atención a los profesionales interesados en estudiar y mejorar la salud mental de las personas. Así es importante en esta investigación, ya que puede ser un determinante para desarrollar y/o mantener otras patologías, tales como el abuso y adicción a sustancias.

En la presente sección del capítulo se abordarán los conceptos y clasificaciones más relevantes acerca de la personalidad y sus trastornos.

1.2.1. Conceptos

En la antigüedad los griegos atribuyeron el término de “persona” a las máscaras que usaban los actores en teatros, ya que ellos actuaban en base al personaje que caracterizaban con su máscara y vestimenta. Entonces, la personalidad se puede definir como una estructura dinámica que tiene un sujeto individualmente, siendo un conjunto de características psicológicas, emocionales y sociales que los llevan a actuar de una u otra manera según el contexto (Seelbach, 2013).

Millon (1998), definió la personalidad como: "un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo" (como se citó en Fernández, 2012. p. 2).

John Locke propuso la teoría de que la mente de un recién nacido es como una hoja en blanco que gradualmente, en base a la experiencia personal, comienza a llenarse en base a la sensación y la reflexión, de esta manera se desarrolla paulatinamente la personalidad de un individuo (Prato, 2016).

Dentro del psicoanálisis, Freud se esforzó notablemente por llegar a un entendimiento de la psique humana. Concluyó que la conducta es determinada por el inconsciente y ésta opera como consecuencia del desarrollo psicosexual del sujeto, menciona tres características internas que conforman la personalidad: el yo, el superyó y el ello (Solod, et al., 2013).

La personalidad, además de ser una organización completa de procesos subjetivos derivados de un sistema de saberes, tiene una dinámica activada por funciones reguladoras y autorreguladoras. Gracias a las funciones reguladoras, el individuo modula su manera de actuar frente a la sociedad y por medio de las funciones autorreguladoras el sujeto actúa sobre sí mismo (Tintaya, 2019). Así también, la personalidad engloba dos elementos fundamentales como son: el carácter y el temperamento. El primero hace referencia a las características de la personalidad que han sido aprendidas en el medio y el temperamento, alude a un componente hereditario (Seelbach, 2013).

Los rasgos de personalidad son características constantes de pensamientos sobre sí mismo y el ambiente en general que están presentes en el contexto psico-social. Estas características hacen que el individuo responda de diferentes maneras a los estímulos externos de forma constante (American Psychiatric Association, 2013). Los rasgos de personalidad conforman las cualidades individuales de cada sujeto y aunque sean un conjunto de patrones duraderos y permanentes son en cierta medida flexibles, se diferencia de los rasgos de personalidad patológicos ya que estos son egosintónicos y rígidos; no son reconocidos como un problema. Estos rasgos pueden ser definidos como desadaptativos sin llegar al diagnóstico de trastorno de personalidad, dicho trastorno tiene lugar cuando los rasgos patológicos son intensos y causan malestar clínicamente significativo (Llopis, 2017).

1.2.2. Trastornos de personalidad

Se desconoce las causas específicas por las que se producen los trastornos de personalidad, se cree que factores genéticos o ambientales están relacionados con su aparición y desarrollo. Estos afectan aproximadamente entre el 5% y 15% de la población y se encuentran entre las afecciones psiquiátricas más comunes. Éstos pueden ser detectados cuando las cogniciones, emociones o comportamiento causan angustia o interrumpen las actividades en la vida cotidiana. Las personas que presentan trastornos de personalidad

experimentan un impacto destructivo del estigma social además de los síntomas negativos que produce la enfermedad (Sheehan, et al. 2016 citado por Blanco, et al. 2020).

Millon propone que, este trastorno se debe a patrones de personalidad patológica fijados que afectan en las actividades del individuo. Estos patrones provienen de la progresiva interacción de la experiencia y de factores constitucionales presentes a lo largo de la vida del sujeto. Una vez que los patrones patológicos se arraigan en las primeras etapas de vida, eluden nuevas esferas imponiéndose de tal manera que el individuo no advierte las consecuencias (Sánchez, 2003).

1.2.2.1. Trastornos de personalidad según los manuales de clasificación

Para la CIE-10 se trata de alteraciones clínicamente significativas en la personalidad y la manera de comportarse del individuo, manifestando cambios muy notorios en los patrones de comportamiento habituales, generalmente inician en la niñez o adolescencia y se mantienen en la edad adulta provocando problemas sociales o laborales (Roca, et al., 2012).

Los criterios para el diagnóstico según la CIE-10 son (World Health Organization, 2000):

1. El modo de ser habitual de la persona cambia, desviándose de las normas culturales. Esta desviación se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas:
 - Cognición
 - Afectividad
 - Control de impulsos y satisfacción de los deseos
 - Sociabilidad
2. La desviación se manifiesta rigidamente de manera general e interfiere en el ámbito personal y social.
3. Se presenta malestar general o consecuencias negativas producidas por el comportamiento referido.
4. El cambio de comportamiento es de larga duración.
5. El cambio de comportamiento no se debe a otros trastornos mentales.
6. La desviación no es consecuencia de un problema fisiológico.

Mientras que el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V (2013) propone que “Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible que causan malestar” (American Psychiatric Association, 2013. P. 645).

Los criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno general de la personalidad son (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas: 1) Cognición, 2) Afectividad, 3) Funcionamiento interpersonal y 4) control de impulsos.
- B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana.
- E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

1.2.3. Influencia

La personalidad puede estar influenciada por varios factores que van desde la genética hasta el contexto en el que la persona se desarrolla, sus experiencias, sus creencias; su entorno social, laboral, etc.

1.2.3.1. Substrato biológico

Repetidamente el factor genético ha demostrado estar asociado directamente con los rasgos de personalidad, con una aproximación que va de un 30% hasta un 60%, esta característica forma el temperamento. Estimaciones similares de heredabilidad se detectaron

en clasificaciones dimensionales de los trastornos de personalidad basados en autorregistros (Olgúin, et al., 2014).

1.2.3.2. Contexto Social

Por otro lado, el carácter tiene que ver con lo adquirido, con el contexto social en el que la persona se desenvuelve con sus pares y con situaciones que han generado impacto en nuestra primera infancia. A lo largo de nuestra vida se fortalece a través de relaciones emocionalmente significativas que influyen en nuestra manera de presentarnos y relacionarnos con el mundo (Ventura, 2018).

1.2.4. Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM-V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ha categorizado a los trastornos de personalidad en tres grupos de acuerdo a sus características y similitudes, los cuales serán detallados a continuación:

1.2.4.1. Trastornos de personalidad: Grupo A

Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse o tener pensamientos raros o excéntricos. Está conformado por los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica.

- **Trastorno de la personalidad paranoide**

La principal característica de este trastorno es mantener un patrón de desconfianza hacia las demás personas, de manera que sus acciones son interpretadas, en varios contextos, con sospecha y malas intenciones. Los criterios diagnósticos para este trastorno son (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienzan en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:
 1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.

2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o desconfianza de los amigos o colegas.
3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
7. Sospecha recurrente sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

- **Trastorno de la personalidad esquizoide**

La característica fundamental de este trastorno es la existencia de un patrón de distanciamiento social y restricción de la expresión emocional en el contexto interpersonal. Los criterios diagnósticos son (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales que comienza en las primeras edades de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:
1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
 2. Casi siempre elige actividades solitarias.
 3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
 5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.

7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

- **Trastorno de la personalidad esquizotípica**

La característica esencial de este trastorno es mantener una interpretación errónea o distorsiones perceptivas o de pensamiento, además de demostrar un déficit social. Los criterios diagnósticos para este trastorno son (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diferentes contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:
 1. Ideas de referencia
 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales.
 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 4. Pensamientos o discursos extraños.
 5. Susplicacia o ideas paranoides.
 6. Afecto inapropiado o limitado.
 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a medios paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista.

1.2.4.2. Trastornos de la personalidad: Grupo B

Está conformado por los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. La característica esencial es que son personas excesivamente dramáticas, emocionales o erráticas.

- **Trastorno de la personalidad antisocial**

La característica principal de este trastorno es mantener un patrón de desprecio hacia los demás y además violentar sus derechos. Los criterios diagnósticos de dicho trastorno son (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los quince años de edad, y se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos.
 1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o del trastorno bipolar.

- **Trastorno de la personalidad límite**

La característica principal de este trastorno es un patrón de desequilibrio de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos. Los criterios diagnósticos son (American Psychiatric Association, 2013):

1. Esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alteración entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado o intenso, o dificultad para controlar la ira.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves.

- **Trastorno de la personalidad histriónica**

La característica principal es la necesidad y búsqueda de atención además del sentimentalismo excesivo. Los criterios diagnósticos para este trastorno son (American Psychiatric Association, 2013):

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable.
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

- **Trastorno de la personalidad narcisista**

La característica predominante es la sensación de grandeza, búsqueda de admiración y escasez de empatía, los criterios diagnósticos para este trastorno son (American Psychiatric Association, 2013):

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza y amor ideal ilimitado
3. Cree que es “especial” y único y que solo puede relacionarse con personas “especiales” o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio.
6. Explota las relaciones interpersonales.
7. Carece de empatía.
8. Con frecuencia envidia a los demás o siente que estos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

1.2.4.3. Trastornos de personalidad: Grupo C

Este grupo está conformado por los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Las personas que padecen estos trastornos suelen mostrarse temerosos y ansiosos.

- **Trastorno de la personalidad evitativa**

Característicamente mantienen presente un patrón general de inhibición social e hipersensibilidad a la evaluación negativa, los criterios diagnósticos para este trastorno son (American Psychiatric Association, 2013):

1. Evita actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.

4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

- **Trastorno de personalidad dependiente**

Las características principales de este trastorno es que la persona que lo padece demuestra una necesidad excesiva de recibir atención o cuidados lo que provoca sumisión y temor al abandono, además, presentan dificultad significativa en la toma de decisiones, se manifiesta con cinco (o más) de los siguientes hechos (American Psychiatric Association, 2013):

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo o la reafirmación de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo de los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación.
4. Tienen dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismos.
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado al ser incapaz de cuidarse por sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo de que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

- **Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.**

Se caracterizan por presentar una preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo y el control mental, se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos (American Psychiatric Association, 2013):

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interviene con la terminación de las tareas.
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos.
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores.
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

1.3. Patología dual o comorbilidad

Se sabe que es común que una persona manifieste más de un trastorno a la vez, por este motivo, lo que se aborda en el presente apartado es la relación o comorbilidad que existe específicamente entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de personalidad.

1.3.1. Concepto

El término “patología dual” se utiliza cuando se identifica a dos patologías padecidas al mismo tiempo por la misma persona, de esta manera padecen patología dual las personas que han sido diagnosticadas con trastorno por consumo de sustancias y además presentan otro tipo de patología mental (Szerman, et al., 2015).

1.3.2. Investigaciones

Se puede pensar que la comorbilidad dual es inducida por el consumo de sustancia (TCS) o secundario al trastorno psiquiátrico (TP). En diferentes estudios realizados reportan una prevalencia de patología dual entre el 15% al 80%. Las personas con TCS presentan una alta asociación con comorbilidades psiquiátricas entre el 30% al 75%; mientras que, pacientes con trastorno mental severo presentan entre un 20% a 50% trastorno por consumo de sustancias. La comorbilidad clínica puede modificar el curso y la manera de manifestarse de la enfermedad, además de incrementar las conductas de riesgo, capaces de generar problemas de condición clínica como infecciones, problemas socio comportamentales con incremento del índice de violencia y crimen (Ordóñez, et al., 2016).

Andrade y Vera (2016) realizaron una investigación con población femenina en la ciudad de Cuenca, constó de una muestra de 50 participantes que se encontraban cursando un proceso de rehabilitación en un rango de 18 a 65 años de edad. Utilizaron el test MCMI-III. Los resultados obtenidos en este estudio reflejan que los rasgos predominantes o trastornos hallados en la muestra, son los siguientes: personalidad masoquista, seguido por personalidad antisocial, personalidad paranoide, personalidad negativista y personalidad borderline. Además, se evidenció que el 82% de mujeres evaluadas presentan trastornos de personalidad.

Autores como Torres, Posada, Barreño y Berbesí (2010) encontraron que el consumo de sustancias psicoactivas presenta una alta relación con diversos trastornos, principalmente con trastornos de la conducta, seguido del negativista desafiante, trastorno bipolar tipo I y el trastorno por estrés postraumático. Según Bobes et al., rasgos anómalos de personalidad serían consecuencia del trastorno por abuso de sustancias (TUS), bien sea por los factores estresores asociados al consumo o por los cambios biológicos secundarios al daño orgánico cerebral producido por las sustancias (como se citó en Luna, et al., 2017. p. 239).

En una investigación realizada en España para identificar los rasgos de personalidad prevalentes en hombres y mujeres diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias, encontraron en primer lugar al trastorno antisocial de la personalidad (30.3%), paranoide (10.6%), narcisista (7.7%) y dependiente (7.7%) (Pascual, et al., 2020). Estos datos son

semejantes a los obtenidos en otros estudios, así, Rodríguez y Salgado (2018), encontraron un 42.5% de pacientes duales con algún trastorno de personalidad, de los cuales el trastorno antisocial es el más prevalente (25.5%), seguido por el trastorno paranoide (13.2%) y el narcisista (11.3%) (Rodríguez, et al. 2018).

Se ha registrado que específicamente el trastorno de personalidad antisocial con el trastorno por abuso de sustancias tienen mayor comorbilidad, dado que ambos tienen sólidos componentes genéticos, esto se evidenció en un estudio realizado en niños que no crecieron con sus padres (Ramírez, 2013). Así también se conoce que el trastorno de personalidad antisocial aparece aproximadamente luego de cuatro años del comienzo del trastorno por abuso de sustancias, esta relación se ha atribuido a la impulsividad que presentan estos individuos como consecuencia de una alteración en el sistema límbico (Szerman, 2013).

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de estudio

Se caracteriza por tener un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo y con diseño de tipo transversal.

2.2. Preguntas de Investigación

¿Cuáles son los rasgos de personalidad con mayor prevalencia en mujeres adultas adictas a sustancias internadas en diferentes CETAD en la provincia del Azuay?

2.3. Objetivo general:

Identificar la prevalencia de rasgos de personalidad en mujeres drogodependientes en los CETAD de la provincia del Azuay.

2.4. Objetivo específico:

- Determinar los cinco rasgos de personalidad más frecuentes.

2.5. Población y muestra

La población estuvo formada por 15 personas del CETAD “12 Pasos” y por 15 personas del CETAD “Exitus” de sexo femenino mayores a 18 y menores de 65 años, con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias que desearon participar en la investigación de forma voluntaria en el periodo de abril a julio del año 2022.

- Muestreo: se obtuvo a través de muestreo no probabilístico por conveniencia.
- Los datos obtenidos son totalmente confidenciales y las pacientes dieron voluntariamente su aprobación para participar en la investigación mediante la firma de consentimiento informado (Anexo 1).

2.6. Criterios de inclusión:

- Sexo femenino.
- Personas que estén cursando un proceso de rehabilitación en centros especializados.
- Personas mayores a 18 y menores de 65 años.

2.7. Criterios de exclusión:

- Personas con alteraciones psicóticas.
- Personas intoxicadas.
- Menores de 18 y mayores de 65 años.
- Personas que acuden a seguimiento.

2.8. Instrumento

Test: Inventario Clínico Multiaxial de Millón-III (Anexo 2).

Autor: Millon, Davis y Millon (2007).

Contiene 175 ítems con formato de respuesta verdadero o falso y con un tiempo de administración de 20 a 30 minutos. Está dividido en 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad y tres que diagnostican trastornos graves de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes graves, también tiene ítems que valoran su validez.

Fiabilidad:

La consistencia interna tiene un alfa de cronbach 0.66-0.89; fiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales: 0.85-0.93; fiabilidad test-retest (dos semanas) para el diagnóstico dimensional entre 0.85 y 0.93. El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de Kappa <0.45 para todos los trastornos de personalidad, índice muy bajo (Andrade y Vera, 2016).

Validez:

Su validez se basa en varias investigaciones que han determinado resultados moderados, por ejemplo, con el cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) la mayoría de las correlaciones de las escalas están por encima de 0.50 pero no llegan a valores más elevados (Andrade y Vera, 2016).

Corrección e interpretación:

Las puntuaciones se clasifican en 24 escalas, mismas que son transformadas mediante un baremo diferenciado según el género de la persona evaluada. Los puntajes entre 75 y 84 refieren presencia de rasgos y mayores de 84 la presencia de un trastorno.

2.8. Procedimiento

En primer lugar, se enviaron las solicitudes correspondientes a los diferentes CETAD para la obtención de permisos para la aplicación de los reactivos. Una vez obtenida la aprobación y autorización por parte de las directoras de mencionadas instituciones, se procedió con la aplicación y calificación de los test. Posterior a esto se realizó la tabulación de los resultados obtenidos y más adelante se analizaron los datos estadísticos utilizando el programa estadístico SPSS 27 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2019.

CAPÍTULO 3

3. RESULTADOS

Participaron 30 pacientes mujeres de entre 18 y 65 años que se encontraban internadas en centros especializados para el tratamiento de adicciones (CETAD) en la provincia del Azuay en el periodo de tiempo de abril a julio del 2022. En su mayoría eran solteras, con nivel académico de bachillerato y estaban cursando su primer internamiento; la tercera parte de las participantes tenían como ciudad de origen y de residencia la ciudad de Cuenca. Detalles en la tabla 1.

Tabla 1.

Características de los participantes

Característica	n	%	
Estado Civil	Soltera	21	70,0
	Casada	5	16,7
	Viuda	1	3,3
	Divorciada	3	10,0
Nivel académico	Bachiller	17	56,7
	Universidad	9	30,0
	Escolar	3	10,0
	Ninguno	1	3,3
Internamientos	Uno	23	76,7
	Dos	6	20,0
	Tres	1	3,3
Ciudad de Origen	Cuenca	18	60,0
	Loja	2	6,7
	Cañar	1	3,3
	Nero	1	3,3
	Machala	2	6,7
	EEUU	1	3,3

	Azogues	2	6,7
	Macas	1	3,3
	Guayaquil	1	3,3
	Gualaceo	1	3,3
Residencia	Cuenca	20	66,7
	Loja	3	10,0
	Machala	1	3,3
	Paute	1	3,3
	Azogues	2	6,7
	Sucúa	1	3,3
	Trocal	1	3,3
	Gualaceo	1	3,3

Las escalas de control aplicadas revelaron en promedio adecuada disposición, deseabilidad e imagen negativa, a pesar de encontrarse casos con elevados niveles de imagen distorsionada de manera positiva o negativa, se tomó la decisión de incluir a todas las participantes en el estudio al ser una característica peculiar en esta población. Ver tabla 2.

Tabla 2.

Escalas de control

	Min	Max	Media	DE
Disposición	0	100	64,0	34,4
Deseabilidad	25	89	53,4	16,3
Imagen Negativa	34	98	70,8	13,5

Al evaluar las escalas básicas de personalidad se determinó que los rasgos predominantes eran: antisocial (M=81.5), sádico (M=75.1), depresivo (M=73.6), negativista (M=70.2) y esquizoide (M=70.2). Los dos rasgos principales revelaron una presencia importante de rasgo con una puntuación de prevalencia > 75. Detalles en la tabla 3.

Tabla 3.
Escalas básicas

	Min	Max	Media	DE
Esquizoide	9	94	70,0	16,6
Evitativo	9	101	60,1	24,3
Depresivo	15	97	73,6	18,9
Dependiente	21	95	69,5	16,4
Histriónico	0	76	48,0	19,1
Narcisista	10	103	59,5	17,3
Antisocial	56	106	81,5	15,9
Sádico	20	109	75,1	19,0
Compulsivo	0	84	40,4	20,7
Negativista	8	94	70,2	17,8
Masoquista	19	103	69,2	16,9

En referencia a los rasgos patológicos, se determinaron puntuaciones medias inferiores al límite de presencia de síndrome (puntuación < 75), sin embargo, el rasgo paranoide resultó el más elevado dentro de este grupo de rasgos. Detalles en la tabla 4.

Tabla 4.
Rasgos patológicos

	Min	Max	Media	DE
Esquizotípico	29	98	63,0	16,4
Borderline	0	103	72,7	20,6
Paranoide	30	106	74,0	18,7

Como se esperaba, los síndromes de gravedad moderada correspondientes a la dependencia de alcohol y drogas eran elevadas dentro de la clasificación de prominencia de síndrome y con baja dispersión de datos, lo que implica un comportamiento homogéneo. Por

otra parte, el trastorno bipolar maniaco fue el siguiente síndrome con puntuación de prevalencia elevada indicando una presencia general en el grupo. Detalles en la tabla 5.

Tabla 5.
Síndromes de gravedad Moderada

	Min	Max	Media	DE
Trastorno de Ansiedad	0	104	70,1	24,8
Trastorno Somatomorfo	0	89	45,5	23,8
Trastorno Bipolar Maniaco	24	111	75,1	18,1
Trastorno distimico	0	94	57,3	22,2
Dependencia al alcohol	69	105	85,7	12,7
Dependencia a las drogas	61	115	93,5	14,9
Estrés post-traumático	10	104	56,4	21,8

Ningún síndrome de gravedad severa reveló en promedio una puntuación de prevalencia que supere el punto de corte de presencia o prominencia de síndromes. En orden descendente los trastornos con mayor puntuación fueron el trastorno delirante y del pensamiento. Detalles en la tabla 6.

Tabla 6.
Síndromes de gravedad severa

	Min	Max	Media	DE
Trastorno del pensamiento	26	99	62,5	14,4
Depresión Mayor	8	91	53,5	26,8
Trastorno delirante	0	104	68,1	23,9

Del total de personas que participaron en la investigación todas han presentado uno o más rasgos de personalidad puntuando por encima del punto de corte correspondiente para identificar un rasgo. Las personas que puntuaron sobre el punto de corte para detectar un trastorno alcanzaron el 43.33%. Ver tabla 7.

Tabla 7.*Prevalencia de rasgos y/o trastornos*

	Porcentaje
Presencia de al menos un rasgo de personalidad	100%
Presencia de al menos un trastorno de personalidad	43.33%

Identificando los cinco rasgos y trastornos de personalidad con mayor predominancia se obtuvo en primer lugar la personalidad antisocial, posteriormente sádico, paranoide, depresivo y por último borderline respectivamente en el orden descrito de manera descendente. Detalles en la tabla 8.

Tabla 8.*Rasgos y/o trastornos predominantes*

Personalidad	Rasgo	Trastorno
Antisocial	60%	53.33%
Sádico	46.66%	33.33%
Paranoide	43.33%	26.66%
Depresivo	56.66%	23.33%
Borderline	40.0%	23.33%

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo se centró en la identificación de los rasgos de personalidad más frecuentes en mujeres drogodependientes que hayan sido ingresadas en un Centro Especializado de Tratamiento de Adicciones en la provincia del Azuay. Los resultados han reflejado que el 100% de mujeres evaluadas han presentado al menos un rasgo patológico de personalidad y el 43.33% presentan al menos un trastorno de personalidad. Similar a los datos obtenidos por Rodríguez y Salgado (2018) quienes usando el test MCMI-III, encontraron un 42.5% de pacientes duales con algún trastorno de personalidad. Esto se diferencia del estudio realizado por Andrade y Vera (2016) que, usando el mismo inventario, hallaron que el 82% de mujeres que participaron en la investigación, evidencian trastornos de personalidad.

En cuanto a la determinación de los cinco rasgos de personalidad más frecuentes se encontró que aquellos con mayor prevalencia son: antisocial, sádico, paranoide, depresiva y borderline respectivamente en el orden descrito. Comparando con la investigación realizada por Andrade y Vera (2016), hallaron dentro de sus resultados que los rasgos más frecuentes en su población son: masoquista, antisocial, paranoide, negativista y borderline. Teniendo en común la personalidad antisocial, paranoide y borderline. Así también en el estudio realizado por Pascual y colaboradores (2020), en donde se incluyó al sexo masculino, encontraron en primer lugar el trastorno antisocial de la personalidad, seguido por personalidad paranoide, narcisista y dependiente. Reflejan en común con la presente investigación, mayor relevancia la personalidad antisocial y paranoide. De igual forma, Rodríguez y Salgado (2018), encontraron mayor prevalencia de los trastornos antisocial, seguido por paranoide y narcisista

nuevamente coincidiendo con la presente investigación en las personalidades antisocial y paranoide.

CONCLUSIÓN

Ciertos rasgos de personalidad específicos son predominantes en personas drogodependientes. Por esta razón el presente trabajo tuvo como objetivo identificar la prevalencia de los rasgos de personalidad más comunes en mujeres drogodependientes en la provincia del Azuay.

La muestra constó de 30 mujeres internas en los centros de rehabilitación “12 Pasos” y “Exitus” ubicados en la provincia del Azuay, aplicando el reactivo MCMI-III.

Aunque dentro de los resultados en la escala de control hubo valores individuales que llamaron la atención, se tomó la decisión de incluir a todas las participantes ya que ésta es una característica peculiar de la muestra. Los resultados obtenidos demuestran que el 100% de las participantes presentan como mínimo un rasgo de personalidad patológico y el 43.33% un trastorno de personalidad. En cuanto a los 5 rasgos de personalidad más frecuentes reflejó mayor prevalencia la personalidad antisocial, seguido por la personalidad sádico, paranoide, depresiva y finalmente la personalidad borderline. Se pudo comprobar con otras investigaciones realizadas en población femenina que la personalidad antisocial y paranoide están más presentes que otras en mujeres diagnosticadas con trastorno por consumo de sustancias.

De esta manera se concluye que existe una estrecha relación entre los rasgos de personalidad antisocial y el trastorno por consumo de sustancias en población femenina, la presente investigación nos brinda pautas que pueden ser orientadas a la prevención e intervención en los grupos que presenten mayor vulnerabilidad al identificarse uno de los dos trastornos.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales limitaciones estuvieron relacionadas con la metodología, ya que, en primer lugar, debido al tamaño de la muestra los datos pueden ser imprecisos, esto fue a causa del reducido acceso a los centros de rehabilitación de población femenina ubicados en la provincia y como consecuencia de esto no se realizó el estudio de manera correlacional y longitudinal. Así mismo, el inventario aplicado es antiguo, usando la versión del año 2007 y no se remite a teorías de la personalidad más actualizadas. Sin embargo, esto ayudó para poder comparar con estudios previos que utilizaron el mismo reactivo. Además, la investigación al ser realizada únicamente en dos centros de rehabilitación, no permite la generalización de los resultados a nivel cantonal o provincial.

Se recomienda ampliar la muestra en estudios futuros y replicar la investigación con un alcance correlacional para explorar la relación entre determinados trastornos de personalidad y el consumo de sustancias específicas. Con respecto al reactivo, es recomendable utilizar uno actualizado, que de igual manera cumpla con los respectivos índices de fiabilidad y validez.

También, se recomienda realizar una comparación con población masculina, con el objetivo de conocer si hay diferencias de género en cuanto a la patología dual, rasgos y/o trastornos de personalidad más prevalentes y relación con las características sociodemográficas.

Además, se recomienda desarrollar planes estratégicos de prevención del consumo de sustancias y su abordaje para los grupos de mujeres con rasgos de personalidad antisocial ya que, dentro de esta investigación, así como en otras similares, se observa que es la que tiene

la tasa más alta de prevalencia. De igual modo, dentro de los centros de rehabilitación de población femenina, se sugiere identificar los rasgos y trastornos de personalidad presentes en las usuarias y prestar especial atención a la aplicación de terapias específicas para personas con los rasgos de personalidad antes mencionados, de manera que se pueda incrementar la efectividad de la intervención y reducir el riesgo de recaída.

REFERENCIAS

- Alba, J., Vargas, L., Bolívar, P., Granados, S., Fonseca, M., Ayala, G., y Barajas, A. (2021). Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en una población atendida en un hospital de Tunja: Estudio de casos y controles. *Ciencia e Innovación en Salud*.
[file:///C:/Users/jhoss/Downloads/jpadilla,+ART_4633_VERSION+PUBLICACION_+Factores+asociados+al+consumo+de+sustancias+psicoactivas+en+poblacion+atendida+en+un+hospital%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/jhoss/Downloads/jpadilla,+ART_4633_VERSION+PUBLICACION_+Factores+asociados+al+consumo+de+sustancias+psicoactivas+en+poblacion+atendida+en+un+hospital%20(2).pdf)
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. 5ta. Edición. Panamericana.
- Andrade A. y Vera, M. (2016). *Correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca*. [Tesis de grado]. Universidad del Azuay.
- Belloch, L., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (Tercera). McGraw-Hill. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=794715>
- Blanco, C., Gómez, N. y Orozco, D. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4).
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/437/795>
- Callisaya, I. (2021). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1).
<https://doi.org/10.21501/24631779.2635>
- Cedeño, J. y Arteaga, C. (2019). Rol de la familia en el proceso de recuperación en las personas drogodependientes. *Revista Cognosis*, 5.
- Dolengevich, H., Rodríguez, B., Mora, F. y Quintero, J. (2015). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *Medicine*, 11(86).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002310>

- Fernández, E. (2012). Identidad y personalidad: como sabemos que somos diferentes a los demás. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4). p. 2.
- Luna, C., Castro, J., Castellanos, L. y Trujillo, M. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: Estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. *Drug and Addictive Behavior*, 2(2). p. 239.
[file:///C:/Users/jhoss/Downloads/Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de.pdf](file:///C:/Users/jhoss/Downloads/Consumo_de_sustancias_psicoactivas_y_trastornos_de.pdf)
- Llopis, C., Hernández, I. y Rodríguez, M. (2017). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3-4).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062017000200092
- Millon, T., Davis, R. y Millon, C. (2007). MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual. Madrid. TEA Ediciones.
- Ministerio de Salud Pública. (24 de enero del 2018). 248 CETAD están en proceso de regularización. <https://www.salud.gob.ec/248-establecimientos-que-prestan-servicios-de-rehabilitacion-y-desintoxicacion-para-consumidores-problematicos-de-alcohol-y-otras-drogas-estan-en-proceso-de-regularizacion/>
- Nizama, M. (2015). Innovación conceptual en adicciones. *Rev Neuropsiquiatr*, 78(1).
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n1/a04v78n1.pdf>
- Noroña, D., Mosquera, V. y Laica, V. (2021). Factores de riesgo asociados al uso y consumo de drogas en estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Sucre. *Ecuadorian Science Journal*, 5(3).
<https://doi.org/10.46480/esj.5.3.141>
- Olgún, T. y Palacios, J. (2014). Genética del trastorno antisocial de la personalidad. *Salud Mental*, 37(1). p. 33.

- OPS (2019) *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque a la salud pública*. OMS. Consultado el 25 de abril del 2022.
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
- Ordóñez, J., Ojeda, M., Aguilera, J., León, L., Astudillo, K., Rosales, A. y Piedra, P. (2016). Presencia de patología dual en el centro de reposo y adicciones. *Revista de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(2).
<file:///C:/Users/jhoss/Downloads/davidachig-art-3.pdf>
- Pascual, A., Saura, P. y Lopez, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: Aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3).
- Plan V, (22 de septiembre del 2021). Ecuador a palos de ciegos: 7 años sin un estudio sobre consumo de drogas. <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/ecuador-palos-ciego-7-anos-sin-un-estudio-sobre-consumo-drogas>
- Prato, A. (2016). La teoría lockiana del lenguaje. *deSignis*, 25().
<https://www.redalyc.org/pdf/6060/606066870011.pdf>
- Ramírez, J. (2013). *Patología Dual y Trastornos de Personalidad*. Enfoque Editorial S.C.
- Rebolledo, D., Granados, D. y González, P. (2018). Perspectivas del síndrome de supresión étílico: tratamiento a la mexicana. *Medicina Interna México*, 34(4).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim184j.pdf>
- Roca, M., Bernardo, M. y H, A. (2012). Trastornos de personalidad. *Tratado de psiquiatría*. MARBAN. https://psiquiatria.com/tratado/cap_31.pdf
- Rodríguez, J. y Salgado, A. (2018). Patrones de personalidad y otros trastornos (Personality patterns and other disorders). *Health and addictions*. 18(1).
http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PATRONES_PERS.pdf
- Sánchez, O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2). P.164.

<https://www.scielo.br/j/pusf/a/FsQVvk84xCpGV9W8BQpLBVnf/?format=pdf&lang=es>

Sanz, J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias . *Centro de atención a las adicciones de Villaverde*, 12(85). <http://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/trastornos-por-consumo-de-sustancias.pdf>

Seelbach, G. (2013). *Teorías de la personalidad*. Red Tercer Milenio.

Sollod, R., Wilson, J. y Monte, C. (2013). *Teorías de la personalidad debajo de la máscara*. MC GRAW HILL Editorial.

Soto, K., Hernández, M., Cassiani, C., Cubides, A. y Martínez, M. (2016). Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45(1) . <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-factores-relacionados-con-el-consumo-S0034745015001006>

Szerman, N. (2013). *Patología dual y Trastornos de Personalidad*. Enfoque Editorial S.C.

Szerman, N. (2015). Los trastornos de personalidad aumentan significativamente el riesgo de abuso de sustancias. *Psiquiatría y salud mental*, (16).

Tintaya, P. (2019). Psicología y personalidad. *Scielo*, 21. http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322019000100009

UNODC (2021) *Informe Mundial Sobre Drogas, 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis*. UNODC. Consultado el 25 de abril del 2022. Fuente: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24

UNODC (2015) *Problemática de las drogas*. UNODC. Consultado el 25 de abril del 2022. https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

- Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, A. y Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14(2). p. 168-183.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>
- Ventura, A. (2018). *El mundo de la salud mental en la práctica clínica*. Librería Akadia Editorial.
- Vuele, D., García, M., Guachisaca, V., Robles, S. y Villavicencio, K. (2021). Factores de riesgo y protectores relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja. *Enfermería Investiga*, 6(2).
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1059>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Zabaleta, A. (2021). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Factores%20de%20Riesgo.pdf

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento informado

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES DROGODEPENDIENTES ADULTAS EN LA PROVINCIA DEL AZUAY.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es tomar la decisión de participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Usted ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es *Identificar la prevalencia de rasgos de personalidad en mujeres drogodependientes en los CETAD de la provincia del Azuay.*

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta, se le aplicará el siguiente test: Inventario Clínico Multiaxial de Millón-III (MCMI-III) y la ficha sociodemográfica. Estas pruebas le tomarán un tiempo aproximado de treinta minutos además será aplicada por un psicólogo clínico.

La responsable de estas evaluaciones es la estudiante de psicología clínica Joseline Gallegos.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test, serán entregados a los profesionales del Departamento de Psicología, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Riesgos

Esta investigación no tiene riesgos para usted o para su familia.

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar la participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades del centro tienen conocimiento y han autorizado la participación en este estudio.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Joseline Lisseth Gallegos Ortega


Investigador Responsable.

1. Firma de responsabilidad (estudiante)

Joseline Gallegos Lisseth Ortega

Anexo 2.

Reactivo MCMI-III



CUADERNILLO

MCMI -III


INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

INSTRUCCIONES


- 1 Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
- 2 Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- 3 Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
- 4 No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5 A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** de la letra «F» (Falso). Así:

	V	F	
1 Soy un ser humano	1. <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).			
2 Mido más de tres metros	2. <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).			
- 6 Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
- 7 Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- 8 No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.



Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y M^a Pilar Sánchez.
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.



BIBLIOTECA DE
PSICOLOGÍA

n.4.33415

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

- 74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aísto de los demás.
- 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
- 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
- 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia
- 166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.