



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TEMA: “INCIDENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN
PACIENTES VARONES QUE PADECEN DE
DROGODEPENDENCIAS EVALUADOS CON EL MCMI III EN LA
CIUDAD DE CUENCA - ECUADOR”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
PSICÓLOGO CLÍNICO**

AUTOR:
WILSON BERNARDO OCHOA RAMIREZ

DIRECTOR:
MST: EDUARDO MOYANO MOYANO

CUENCA, ECUADOR
2013

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con mucha admiración, cariño y buenos deseos a todos aquellos quienes de una u otra manera han estado o están involucrados en el mundo de las drogodependencias, ya sea en calidad de pacientes, familiares, amigos o profesionales; con el deseo de ayudar a enriquecer y profundizar el entendimiento y concepción acerca del complejo campo de las adicciones.

Wilson Ochoa

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a mi director de tesis Mst. Eduardo Moyano por su apoyo educativo y fraterno en la elaboración de este trabajo y su contribución en mi crecimiento personal.

A cada una de las instituciones de tratamiento de las drogodependencias que facilitaron la recolección y aportación de datos para hacer viable la construcción de este proyecto.

A todos mis familiares y amigos que colaboraron para que se desarrolle esta investigación que tan solo pretende aportar al entendimiento científico de la bella psicología humana.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINAR

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Índice	iii
Índice de Anexos	iv
Resumen	v
Abstract	vi

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1: DROGODEPENDENCIA

1.1 Introducción	2
1.2 Definiciones de drogodependencia	2
1.3 Criterios de diagnóstico	4
1.4 Fuentes etiológicas	6
1.5 Modelos de tratamiento	10
1.6 Conclusiones	17

CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

2.1 Introducción	18
2.2 Definiciones de personalidad	18
2.3 Definición de trastornos de personalidad	19
2.4 Criterios de diagnóstico	20
2.5 Clasificación de los trastornos de personalidad	21
2.6 Modelo bio social de Millon	31
2.7 Características del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	34
2.8 Implicaciones de trastornos de la personalidad en las drogodependencias	35
2.9 Conclusiones	36

CAPÍTULO 3: APLICACIÓN Y RESULTADOS

3.1 Introducción	37
3.2 Objetivos	37

3.3 Metodología	38
3.4 Resultados estadísticos	41
3.5 Conclusiones	54

CAPÍTULO 4: ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Introducción	55
4.2 Presentación de tablas	56
4.3 Análisis	77

CONCLUSIONES GENERALES

83

RECOMENDACIONES

84

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No. 1: Diseño de tesis

Anexo No. 2: Modelos de test aplicados.

Anexo No. 3: Informe de levantamiento de campo entregado en los centros participantes en la investigación

Anexo No. 4: Comunicaciones a centros participantes en investigación.

RESUMEN

La investigación está orientada hacia determinar la incidencia de trastornos de personalidad en pacientes varones que padecen drogodependencias y reciben tratamiento en clínicas de rehabilitación de Cuenca. Para el efecto se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III para la evaluación de la personalidad a 105 pacientes.

Los resultados mostraron que las personalidades antisocial, narcisista y paranoide se encuentran presentes en un 65% de los drogodependientes ya sea en calidad de trastornos o de personalidades arraigadas.

Los resultados corroboran la hipótesis inicial de la investigación confirmando la existencia de una alta incidencia de trastornos de personalidad en pacientes drogodependientes.

ABSTRACT

This research is directed to determine the incidence of personality disorders in drug addict, male patients who receive treatment in rehabilitation clinics in the city of Cuenca. We applied Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI III) to evaluate the personality of 105 patients.

The results showed antisocial, narcissist, and paranoid personalities in 65% of the drug addicts, whether they are quality disorders or anchored personalities.

The results corroborate the research's initial hypothesis. They confirm the high incidence of personality disorders in drug addict patients.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
DPTO. IDIOMAS



Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCION

Cuando se entra en contacto con pacientes con drogodependencias rápidamente surge la interrogante del por qué encontramos en ellos tanta resistencia para colaborar e involucrarse en el tratamiento. En muchos de los casos, los pacientes son conscientes del evidente daño que su drogodependencia les hace a ellos y a su familia, y sin embargo enfrentan fuertes dificultades para dejar el hábito. Observamos también que en dichos pacientes existen rasgos de personalidad sumamente arraigados y disfuncionales que parecen impedir una adecuada evolución del proceso terapéutico que se les propone. Alarmados ante este complejo cuadro clínico, el presente estudio pone énfasis en examinar la comorbilidad existente entre los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias de un grupo de pacientes que se encuentran asistiendo a clínicas de tratamiento de adicciones de la ciudad de Cuenca.

Resulta de gran importancia tratar este tema debido a la frecuencia con la que estos trastornos de personalidad co-ocurren en los trastornos por drogodependencia. No obstante, debe destacarse que esta investigación no pretende demostrar si la drogodependencia depende de la personalidad o si al contrario la personalidad está definida por la drogodependencia; lo que se trata de establecer es el nivel de incidencia y coexistencia de la personalidad en la evolución y el tratamiento de la adicción.

En la investigación de campo se aplicó el test Multiaxial de Millon (MCMI III) a 105 pacientes drogodependientes de la ciudad de Cuenca - Ecuador. Los resultados muestran los diferentes niveles de incidencia de la personalidad, las características más comunes de la población examinada y el tipo de drogas más consumidas. Estos resultados junto a un marco teórico pertinente nos permitieron establecer las relaciones de comorbilidad que se encuentran reflejadas en esta investigación.

En el primer capítulo se exponen los conceptos concernientes a las drogodependencias. El segundo capítulo se centra en resaltar todos los elementos relacionados a la personalidad y sus trastornos junto a una breve descripción de la teoría base de Theodore Millon y el MCMI III. En el tercer capítulo se presentan las características metodológicas de la investigación y los resultados obtenidos. Finalmente el cuarto capítulo hace énfasis en dar a conocer los análisis, conclusiones y recomendaciones resultantes de la investigación.

CAPÍTULO 1

DROGODEPENDENCIAS

1.1 Introducción

Las drogodependencias forman parte de los cuadros más complejos que pueden encontrarse en el campo de la salud mental. Estos cuadros, en la práctica clínica, se configuran como patologías bio-psico-social complejas y deteriorantes que representa dificultades para los profesionales comprometidos en su tratamiento.

En la actualidad, las drogodependencias son uno de los mayores problemas sociales y de salud pública de todos los tiempos, que afecta diariamente a millones de personas en el mundo y se expande entre las diversas formas de organización social.

El adicto escapa con gran facilidad a las formas tradicionales de diagnóstico y abordaje debido a su enredada multi-causalidad y patologías asociadas, de tal manera que incluso hoy continua siendo matriz de desacuerdo en los consensos científicos que buscan definirlo y conceptualizarlo.

1.2 Definiciones de la drogodependencia

Previo a definir la drogodependencia es indispensable iniciar con una definición de droga, puesto que es alrededor de esta que se configura este complejo cuadro diagnóstico que involucra las distintas áreas de un individuo.

Guajardo y Kushner (2010) definen a la droga como aquellas sustancias que tienen la capacidad de modificar las funciones del organismo y que influyen sobre la conducta, juicio, comportamiento, percepción o estado de ánimo de un individuo.

Conceptualizada la droga, la siguiente definición que debemos analizar es el de drogadicción. En este sentido, la definición básica del DSM - IV TR (2000) señala que la drogadicción es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que se mantiene durante al menos 12 meses, y que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, caracterizado por síntomas de tolerancia, abstinencia, incumplimiento de obligaciones importantes; realización de actividades físicamente

peligrosas bajo sus efectos; problemas legales relacionados con la sustancia; problemas sociales e interpersonales derivados de sus efectos.

Por otra parte en el CIE-10 (1992) se define a la drogadicción como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.

Autores del enfoque integrativo de la Psicología sintetizaron las descripciones previas llevados por su marcado interés y conocimiento en las ciencias neurobiológicas, por lo que definieron a la drogodependencia como una enfermedad cerebral que se genera por un abuso en el consumo de sustancias, alterando circuitos neuronales que tienen que ver con el placer, la percepción, control de impulsos y la manera de conectarse con el mundo. (Guajardo, 2004; Yaria, 2000)

Como se puede observar en el concepto previamente citado, se realza la importancia neurobiológica involucrada en el cuadro de las adicciones, dándole un papel preponderante; debido a que cada vez son más las evidencias, de distintos estudios enfocados en la neurobiología de las adicciones, acerca de la implicancia cerebral como principal variable involucrada en el proceso de las adicciones.

Los autores antes citados hacen poca referencia a todo el movimiento familiar y social que acompaña la patología del individuo para formar su definición. En este punto tampoco habremos de referirnos al área socio-familiar para formar una definición; abarcaremos dicho tema con mayor profundidad en los siguientes apartados.

Con los antecedentes antes expuestos, se hace evidente que la adicción, independientemente de las variaciones explicativas de cada enfoque, se presenta como un abuso excesivo de sustancias que afecta al sistema nervioso central y comienza desde el momento mismo en que decidimos usarlas, alterando nuestra forma de percibir y conectarnos con el mundo. Este abuso conlleva a una dependencia caracterizada por la presencia de síntomas de tolerancia y abstinencia, más una gran variedad de problemas psicológicos, familiares y sociales.

1.3 Criterios Diagnósticos

Existen pocos consensos científicos en el área de la salud mental con respecto a la definición de estos criterios diagnósticos, puesto que, como consecuencia de la subjetividad de las ciencias de la psique, cada enfoque otorga mayor o menor importancia a los elementos matrices de su propia teoría. En este trabajo recurrimos a dos fuentes ya citadas previamente, que gozan de mayor aceptación científica. Según el DSM - IV TR la drogodependencia se evidencia en:

a) Una tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

b) La abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

c) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

d) La existencia de un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

e) El empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, el consumo de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

f) La reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

g) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

La OMS en el CIE-10 sugiere un grupo de pautas diagnósticas similares a las descritas anteriormente. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol (unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo).
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia por reducción o cese del consumo de la misma.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Estos criterios diagnósticos son de gran valía debido a su descripción objetiva de los signos comunes observados en cualquier individuo que este padeciendo de una drogadicción.

1.4 Fuentes Etiológicas

Las drogodependencias no poseen una única fuente etiológica, sino más bien son fruto de una interacción dialéctica de sus componentes biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales, que se alternan como variables generadoras, desencadenantes y mantenedoras a lo largo del proceso adictivo. Es por esta razón que a continuación exponemos los distintos componentes que suelen configurarse como el etioma de una drogodependencia:

1.4.1 Componente Socio-cultural

“La sociedad se droga más y le preocupa menos.”

Mario Puentes, 2009

A nivel social, Yaria (2002) sugiere que la drogodependencia es signo de una descomposición social que surge de la retroacción de tres elementos: vulnerabilidades (individuales, familiares y comunitarias), sobreoferta de drogas legales e ilegales y aceptación social del consumo a través de un circuito de representaciones sociales que minimizan los daños, fomentan el uso recreativo y asocian a las drogas legales con sensaciones de invulnerabilidad, o a situaciones amorosas o a la vida deportiva. Dicha epidemia social se asocia al incremento de distintas problemáticas tales como: el VIH, las enfermedades mentales, la accidentología y la criminalidad.

Puentes (2009) manifiesta que el consumo de drogas ilegales ha crecido exponencialmente en los últimos años y que en los años 90 el consumo de drogas ocupaba el tercer lugar en el horizonte preocupacional del español en tanto que hoy por hoy ocupa el puesto diecisiete; esto significa que el contexto socio cultural que nos rodea se está volviendo más permisivo e indulgente con respecto al consumo de drogas lo que fomenta el incremento de las drogodependencias.

1.4.2 Componente Familiar

Cuando encaramos la adicción no solo como una predisposición fisiológica o biológica sino como un fenómeno familiar, debemos preguntar en que difieren estas familias de otras; de la misma manera cabe preguntarse por qué se escoge este síntoma, y que función cumple.

Siguiendo a Yaria (2002), notamos que la adicción es una muestra evidente de los trastornos de filiación y de transmisión que se visualiza en las organizaciones familiares tales como: las monoparentales, tradicionales, ensambladas, multiproblemáticas, disfuncionales e inexistentes. Sugiere además la existencia de signos comunes que se anuncian con frecuencia en las historias clínicas de los drogodependientes como: la ausencia del padre biológico y/o de su función en la educación en los primeros momentos de la vida; miembros de familias multi problemáticas con disolución de las identificaciones parentales, ausencia de límites intergeneracionales, bajo grado de cohesión y abandono precoz de los niños.

Desde esta perspectiva, la familia constituye un componente determinante en el origen y evolución de una drogodependencia, a tal punto que en algunos casos incluso se llega a configurar como una patología independiente, como lo es en el cuadro de los miembros co-dependientes. Dichos miembros nutren sus propias disfunciones clínicas o de personalidad a través de la adicción del paciente depositario. Para ejemplificar lo antes expresado, Puentes (2009) menciona un caso familiar que se escucha a menudo: la madre se queja del hijo adicto que no trabaja ni estudia, pero cuando su hijo consume y vuelve drogado a cualquier hora, ella lo deja dormir porque "pobrecito, lo necesita" El miembro co-dependiente refuerza posiciones patologizantes tanto en sí mismo como en el dicho paciente adicto.

1.4.3 Componente Neuro-Biológico

Son varios los meta análisis que continúan con la búsqueda incansable de determinar si es la herencia o el ambiente el máximo responsable de la aparición de la drogodependencia. Desafortunadamente, los resultados siguen sin dar a luz una respuesta definitiva y lo único que cada día va adquiriendo mayor claridad es, tal y como lo dice Guajardo (2004), existe la certeza de que las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, liberación o degradación de neurotransmisores cerebrales de tal forma que se produce una modificación en el proceso natural de su intercomunicación, producción y recepción.

Basándonos en las recopilaciones de Yaría (2002) observamos que en la base de nuestro cerebro se encuentran dos núcleos que tienen gran importancia en los procesos adictivos y que cumplen entre sí un rol de opuestos complementarios.

Estos núcleos y sus vías de conexión van a tener una influencia determinante en algunas conductas humanas. Los dos núcleos a los que estamos haciendo referencia son el núcleo acumbens y la amígdala, dos pequeñas acumulaciones de neuronas que se encuentran ubicadas en la base del cerebro y que presentan una respecto a la otra una acción antagónica.

El acumbens es un núcleo que a través de sus neurotransmisores, en especial la dopamina, produce efectos de gratificación o de recompensa, lo que significa que estimulado nos va a dar una sensación de placer y satisfacción; este es comúnmente activado por actividades como el comer, la sexualidad, etc. La amígdala, en cambio, produce un efecto contrario al acumbens; como son la ansiedad y la angustia, inclusive el pánico, efectos que son mediados por otros neurotransmisores.

Las drogas producen un alivio de está ansiedad y angustia al bajar la actividad del núcleo amigdalino. En el proceso de las adicciones las sustancias psicoactivas permiten lograr lo que se llama la satisfacción inmediata; es decir tienen la capacidad de producir un paraíso artificial en forma veloz y sin otro requisito que la administración de la sustancia, algo que resulta muy atractivo. (Yaría, 2002)

Este circuito neurofisiológico descrito por Yaria (2002) es la base de las adicciones. Todas las sustancias de abuso tienen la propiedad de estimular el núcleo acumbens y producir el efecto que hemos descrito. Así, el alcohol, la cocaína, la marihuana, la nicotina, la morfina, etc., accionan sobre esta vía común. Sin embargo, hay que recalcar que dichos circuitos neurológicos para transformarse anatómica y fisiológicamente tardan entre dos y tres años, es decir que para poder pensar en una recuperación real del circuito adictivo se requiere de una abstinencia de, al menos, ese tiempo.

Todos estos datos hacen evidente la necesidad de poner atención a este ámbito neurobiológico, el cual una vez que ha sido involucrado empieza a ejercer una influencia determinante en el deterioro y mantenimiento de la drogodependencia, a tal punto que parece ser que aquí es en donde radica la impotencia que siente el drogodependiente cuando, a pesar de desear conscientemente dar fin a su consumo, se ve imposibilitado de hacerlo. El adicto se siente literalmente movilizado por un grupo de fuerzas internas (inconscientes) a continuar consumiendo. Dichas fuerzas internas han dejado de ser un concepto mágico y

subjetivo para las ciencias psicológicas, hoy tenemos la seguridad suficiente para llamarlas circuitos neuro-cerebrales.

1.4.4 Componente individual o de la personalidad

En la actualidad cada día hay mayor consenso en relación a que la constitución previa del individuo determina en gran medida el tipo y grado de dependencia que un sujeto dado presenta en la adicción. La constitución previa son todas aquellas estructuras psicológicas que se han ido formando e interiorizando en la psique de un individuo a partir de sus experiencias tempranas, relaciones objetales, diálogos internos, etc. (Puentes, 2009).

Puentes (2009) en su libro “Estrategia Terapéutica en la Drogadicción” sugiere un grupo de rasgos comúnmente encontrados en pacientes drogodependientes:

- Baja tolerancia a la frustración.
- Fragilidad afectiva.
- Incapacidad para demorar la satisfacción.
- Impulsividad.
- Rasgos omnipotentes y sádicos.
- Rasgos depresivos y de baja autoestima.
- Manifestaciones auto agresivas y hétero agresivas.
- Utilización perversa del propio cuerpo.
- Teatralidad, manipulación, estigma y rechazo.
- Pérdida de facultades yoicas y de relación.
- Vivencia social de marginación.
- Deterioro de los vínculos afectivos, sociales y terapéuticos.
- Deterioro físico y psicológico.

Yaría (2001) propone la posibilidad de que siempre haya existido una personalidad subyacente con tendencia adictiva en dichos pacientes; dicha personalidad estaría caracterizada por:

- a) Descontrol de impulsos
 - Falta de control.
 - Conductas violentas auto y hétero destructivas.
 - Pérdidas personales significativas: financieras / laborales / legales.

- b) Disfunción social e interpersonal: resultados académicos pobres / laborales.
- c) Incapacidad de mantener la abstinencia.
- d) Estilo de vida Antisocial
 - Conflictos con la Ley.
 - Sexo no seguro.
 - Abuso infantil.
- e) Mecanismos defensivos prevalentes
 - Proyección → somatización
 - Negación → manipulaciones
 - Actuación → corporales
- f) Alteraciones cognitivas
 - Pobre evaluación de la realidad.
 - Falta de conciencia.
 - Pobreza de inicio.
 - Falta de introspección.

Se otorga así un papel preponderante a la personalidad como generadora y mantenedora de la adicción. Cada personalidad no obstante habrá de formarse y tomar posiciones distintivas dependiendo de las múltiples situaciones en las que se ha desarrollado. Prestar atención a las características de la personalidad al momento de tratar a un paciente adicto es elemental, pues tal y como lo dice Puentes (2009), la gran pregunta a trabajar es: ¿Por qué se droga? Habiendo hecho esto no habremos solo de sanar los síntomas propios de la adicción sino que habilitaremos un cambio de estilo y sentido de vida para dicho paciente.

1.5 Modelos de Tratamientos

Existe una gran variedad de modelos de tratamiento que son utilizados para abordar a la drogodependencia; Puentes (2009) realiza una descripción bastante práctica de los distintos tipos de tratamiento que podemos encontrar en la actualidad a través del siguiente cuadro:

Cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN DE DIFERENTES TRATAMIENTOS DE DROGODEPENDENCIA

Tipo de tratamiento	Descripción	Receptores
Psicoterapia en consultorios externos (cualquiera sea la corriente teórica, modalidad y frecuencia)	Lo más frecuente es la modalidad individual. Trabaja lo psicodinámico.	Para usuarios o abusadores sintomáticos, para quienes la droga no es su problema principal o digno de priorizar.
Sistema ambulatorio especializado o propiamente dicho	Tratamiento complejo en etapas y herramientas (ej. SAPAC en el Ameghino). Articula grupos más individuales, 2 o 3 veces por semana.	Para abusadores leves y medianos. Preferentemente, con contención familiar e inserción social. Agrupables.
Centro de día (de media jornada)	Tratamiento complejo de 4 horas diarias para pacientes con expectativas de estudio o trabajo. Intensifica las herramientas de contención. (ej.: Sapac En CeTrA.	Para abusadores medios y graves. Con o sin contención familiar e inserción social. Agrupables.
Centro de Noche	Consiste en una "convivencia" en donde se pernocta y se organiza la actividad diurna "terapéuticamente."	Para abusadores medios y graves. Con o sin contención familiar e inserción social. Agrupables.
Hospital del día	Igual que el centro de día pero de 8 horas, para pacientes sin expectativa de estudio o trabajo durante el tratamiento.	Para abusadores graves. Con o sin contención familiar e inserción social.
Internación domiciliaria	Básicamente, el consumidor estará en su casa pudiendo realizar salidas controladas por el equipo tratante. Puede colaborar un acompañante.	Es una estrategia para abusadores leves y graves que posteriormente realicen centro u hospital de día.

Tipo de tratamiento	Descripción	Receptores
	terapéutico.	
Internación en Comunidad Terapéutica	Hay gran variedad: Cerrada o abierta, profesionalizada o no, con contención psiquiátrica, religiosa, para judiciales, etc.	Para dependiente. Con poca o más patología, contención familiar e inserción social.
Internación en institución psiquiátrica	Tratamientos generalmente cerrados, centrado básicamente en medicación psicofarmacológica.	Para paciente duales con riesgo para consigo mismos o terceros.
Grupos de autoayuda (Alcohólicos anónimos-Narcóticos Anónimos-ALANON-NARANON)	Grupos no profesionalizados, de libre asistencia, generalmente de 3 veces por semana por grupo.	Para abusadores medios, graves y dependientes. Son una gran alternativa para el trabajo del primer diagnóstico y un interesante complemento con la Psicoterapia Individual.

Tomado de: Estrategia Terapéutica en la Drogadicción. M, Puentes 2009

Como puede observarse, existen distintas manera de abordar a la drogodependencia, no obstante es indispensable prestar gran atención a la relación existente entre la gravedad del diagnóstico y la eficacia de la oferta terapéutica al momento de decidir la opción de intervención para un adicto. No todos los individuos que padecen un problema con la adicción necesariamente deben ser internados en un centro de tratamiento. En este sentido un tratamiento ambulatorio es tremendamente más efectivo y menos invalidante para un drogodependiente (Guajardo & Kushner, 2010)

Existen tres principales modelos de tratamiento que a lo largo de los años se han ido combinando y desarrollando gracias al deseo de cientos de profesionales de alcanzar altos niveles de eficacia terapéutica. Si bien existen distintas modalidades de tratamiento, tal y como se observó en la tabla anterior, todas ellas han sido en mayor o menor medida construidas sobre las bases de tres enfoques tradicionales: el modelo biológico, cognitivo conductual y la comunidad terapéutica, que exponemos a continuación.

1.5.1 Modelo biológico

Este modelo se sostiene en la premisa de que las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, liberación o degradación de neurotransmisores cerebrales llevando a los individuos víctimas de esta alteración a presentar distintas disfunciones conductuales, cognitivas y socio-familiares (Guajardo & Kushner, 2004). Este enfoque pone su mayor atención en las características neurobiológicas es por ello justamente que concentran gran parte de sus evaluaciones e intervenciones en éste ámbito. Los profesionales afines con esta perspectiva dan una gran importancia a la abstinencia, a la reconstrucción cognitiva a partir de ejercicios de gimnasia y plasticidad cerebral, la readaptación física y emocional, etc.

1.5.2 Modelo cognitivo – conductual

Este modelo concede una gran importancia a los factores físicos de la adicción, sin embargo centra su mayor atención en la dinámica cognitiva que subyace a la adicción, es decir la cadena de pensamientos disfuncionales que se han establecido en el esquema mental de un sujeto y que constantemente lo llevan a presentar conductas adictivas. La psicoterapia cognitiva-conductual intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes mediante

la modificación del pensamiento erróneo y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones. (Beck, 1976)

1.5.3 Modelo de comunidad terapéutica

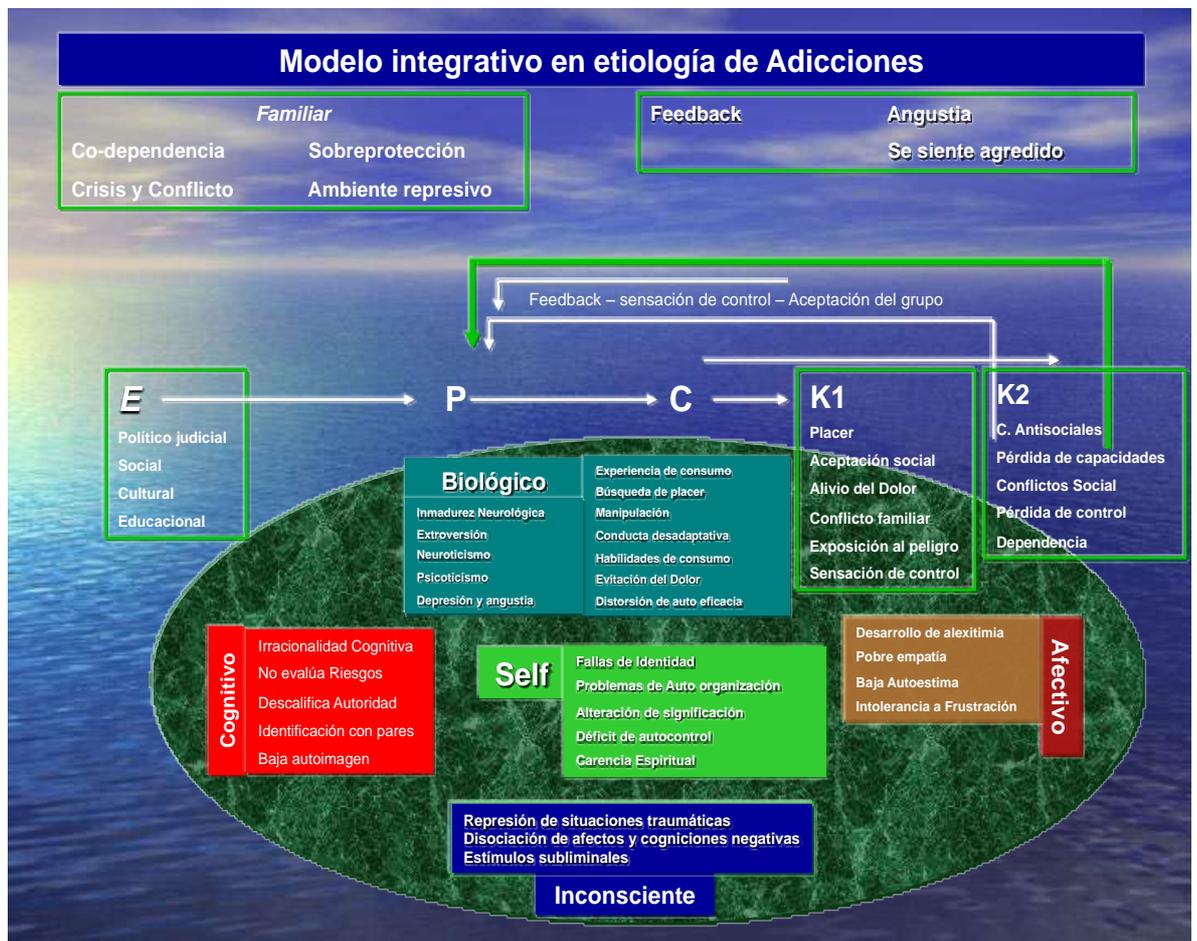
La comunidad terapéutica podría definirse como un enfoque mayormente conductual que tiene como objetivo rehabilitar la drogodependencia mediante un reaprendizaje social. Dicho reaprendizaje se genera en un ambiente comunitario, estricto y controlado en el que el paciente permanece la mayor parte o todo el día conviviendo con el resto de internos y el equipo técnico. La comunidad terapéutica es un intento de reproducir la vida cotidiana real, enriqueciéndola con una serie de normas, reglas y encuentros terapéuticos que buscan ayudar al paciente a reorganizar su vida que en el pasado se encontraba caótica por el consumo. (Goti, 1990)

1.5.4 Modelo integrativo como tratamiento de las adicciones

En nuestro continente son los centros ambulatorios integrativos los que mayor éxito han demostrado en el tratamiento de las adicciones. Entre estos se encuentran aquellos centros dirigidos por autores que citamos en esta investigación como son: Alberto Yaria y Mario Puentes en Argentina, Guajardo y Kushner en Chile, por nombrar algunos. Dichos centros se caracterizan por estar dotados de una estructura y visión integrativa al momento de abordar las drogodependencias; conjugan los principios más valiosos de las comunidades terapéuticas, de los paradigmas neurobiológicos y socio sistémicos y de la psicología integrativa para formar un solo modelo que responda eficazmente a dicha problemática.

A continuación presentamos un esquema bastante práctico para poder comprender la dimensión de lo que un modelo integrativo tiene en cuenta al momento de trabajar las drogodependencias.

Ilustración No. 1
MODELO INTEGRATIVO EN ETIOLOGIA DE ADICCIONES



Tomado de: Guajardo H, Kushner D , Conferencia: Psicoterapia Integrativa en adicciones. 2010

El esquema está construido en base a los componentes estructurales del modelo supraparadigmático de Roberto Opazo (2001), en el cual se contemplan los paradigmas: biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, todos ellos integrados por el sistema self que no es más que el eje integrador de los paradigmas al evaluar los recursos del paciente para activar y movilizar sus propias conductas.

- El paradigma biológico es aquel que hace referencia a los factores genéticos, endocrinos, neuroanatomicos o neurofisiológicos involucrados en el origen de las cogniciones, emociones o conductas del campo normal o en los diversos desajustes. Terapéuticamente se caracteriza por estrategias farmacológicas.

- El paradigma ambiental conductual es el fundamentado en las actitudes arraigadas a partir de condicionamientos generados en las experiencias tempranas. En el campo terapéutico se caracteriza por los ejercicios y repertorios conductuales, las exposiciones sistemáticas en vivo, etc.
- El paradigma cognitivo asigna un rol preponderante a la información y el procesamiento de la misma como fuente de respuestas emocionales y conductuales desadaptadas. En el área de intervención se utilizan todo tipo de técnicas y recursos de reestructuración cognitiva, análisis de pensamientos disfuncionales, etc.
- El paradigma afectivo hace referencia a la implicación de los estados y tendencias emocionales, su arraigamiento, intensidad e influencia en el desencadenamiento de conductas y actitudes, por ejemplo el facilitamiento de conductas de pasividad y apatía inducidas por la tristeza, o las conductas de evitación y escape por la ansiedad. Como estrategias terapéuticas se destacan la catarsis, el procesamiento de cogniciones calientes, etc.
- El paradigma inconsciente involucra las influencias que se presentan entre cogniciones, afectos y conductas de las que el sujeto no es consciente, tales como estímulos subliminares, elementos mnémicos reprimidos, etc. Los instrumentos terapéuticos principales son el insight y el manejo de la transferencia.
- El paradigma sistémico pone un marcado énfasis en los principios sistémicos como la homeostasis, la morfostasia, la teoría de campo aplicada a la comprensión de las variables cognitivas, afectivas y conductuales de los seres humanos, concibiéndolas como elementos interactivos y mutuo dependientes que constituyen la constante fuente multicausal de las reacciones y actitudes de todo sujeto.

En este marco, el sistema self es concebido como el sistema central e integrador de todos los paradigmas; aquel núcleo de identidad y auto organización donde usualmente se concretan los avances en la búsqueda de sentido y conducción existencial de toda persona.

Este modelo concibe al adicto desde una mirada dinámica, profunda y transdisciplinaria puesto que recorre cada una de las áreas que lo conforman.

Balarezo (2010) profundiza aún más en el modelo integrativo puesto que lo focaliza en la personalidad, dando lugar a un grupo de procedimientos terapéuticos que resultarían muy útiles para una aplicación interventiva práctica en los resultados de esta investigación.

1.6 Conclusiones

El cuadro clínico de las drogodependencias es sumamente complejo en su manejo debido a su amplia pluricausalidad y a su confusa y usualmente patológica evolución. Aun continuamos descubriendo nuevas características de esta patología, puesto que la adicción toma formas particulares dependiendo de las múltiples variables que la impulsaron o la mantienen tales como el contexto socio-cultural de un sujeto, su esquema cognitivo, sus características de personalidad, etc. Casi podríamos hipotetizar que cada paciente adicto es un caso absolutamente nuevo de concebir, puesto que cada adicción se configura de una manera única en base a los elementos constitutivos de un sujeto.

Si bien a lo largo de este capítulo hemos expuesto diversas perspectivas y concepciones acerca del origen, entendimiento y tratamiento de las adicciones, todas estas miradas apuntan hacia una misma definición que ya sugerimos al inicio de este apartado: la drogodependencia se caracteriza por un abuso excesivo de sustancias que afecta al sistema nervioso central y comienza desde el momento mismo en que decidimos usarlas, alterando nuestra forma de percibir y conectarnos con el mundo, abuso que conlleva a una dependencia caracterizada por la presencia de síntomas de tolerancia y abstinencia, más una gran variedad de problemas psicológicos, familiares y sociales.

A pesar de la evidente complejidad de este cuadro clínico, es posible que una concepción amplia e integral nos permita afrontarlo con eficiencia y profesionalismo de manera tal que podamos generar mejores estrategias preventivas, evaluativas y terapéuticas.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

2.1 Introducción

Desde los inicios de la psicología, la personalidad ha sido un concepto frecuentemente discutido y estudiado, convirtiéndose así, en la matriz de muchas polémicas puesto que cada una de las corrientes psicológicas (dependiendo de su filosofía y concepción del hombre) han expuesto sus particulares definiciones.

En nuestro caso los trastornos de personalidad son de vital importancia debido al alto grado de dificultad que agregan al tratamiento de las drogodependencias, bien sea cuando aparecen como futuros trastornos duales o cuando constituyen la fuente desencadenante de estas.

Para proporcionar una mirada amplia e integra a continuación examinamos las definiciones y criterios básicos que configuran la estructura íntima de los trastornos de la personalidad.

2.2 Definiciones de la Personalidad

Oscar Oro en su libro “Persona y personalidad” (2005) expone claramente la dificultad al definir el concepto de personalidad cuando no se delimita a esta de un grupo de términos asociados como son: individualidad, persona y personaje, carácter y temperamento. Dichos términos han sido objeto de distintas conceptualizaciones debido a la inmensa gama de enfoques y perspectivas que han intentado precisarlos, lo que ha hecho significativamente más complejo el trabajo de extraer pautas comunes de cada término para formar un único concepto de personalidad.

En este trabajo prescindimos de dicha profundización teórica para enmarcarnos directamente en el campo de la personalidad en cuanto a su condición clínica. Para esto, partimos de la definición de Allport (1986) según el cual la personalidad es una organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente. De manera similar, Millon (1990) insiste en una perspectiva dinámica e integrativa, al exponer a la personalidad como una estructura tanto subjetiva como biológica en la cual sus componentes están en

constante interacción. Su énfasis en la personalidad como medio de adaptación, lo llevó a incorporar algunos principios básicos de la evolución a su modelo, en el cual se define a la personalidad como “el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro utiliza para relacionarse e interactuar con su entorno”.

Por su parte Balarezo (2008), padre de la psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, se refiere a la personalidad como una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que dan lugar en los individuos un modo de percibir, pensar, sentir y actuar propio y particular.

A partir de los conceptos planteados podríamos concluir definiendo a la personalidad como una estructura u organización dinámica y cambiante constituida de factores biológicos, psicológicos, socio-conductuales y espirituales; que se configura como fuente y origen de toda respuesta adaptativa al entorno de un sujeto. Siendo así, al hablar de trastornos de la personalidad nos estaremos refiriendo a todas las alteraciones y desordenes que se generen en esta organización dinámica de elementos bio–psico-sociales al momento de responder a su mundo tanto interno como externo.

2.3 Definición de Trastornos de la Personalidad

Existe una frecuente polémica al momento de distinguir la normalidad de la anormalidad, puesto que el límite es demasiado sutil cuando se habla de la personalidad. No obstante, Millon (2009) nos ofrece una mirada bastante práctica y clara para distinguir a un paciente que posee un trastorno de la personalidad de uno con una personalidad funcional y señala que la diferencia fundamental radica en que las personalidades normales son más flexibles para adaptarse a su entorno mientras que las personalidades con trastornos presentan conductas rígidas que dificultan la adaptación.

Es justamente por la gran rigidez e inadaptación de estos individuos que los trastornos de personalidad se caracterizan por ser patologías crónicas a largo plazo; por tanto solo podemos hablar de un trastorno cuando un individuo se muestra constantemente incapaz de variar su patrón común de respuesta a pesar de sus repetidas experiencias disfuncionales.

En función de esta definición de normalidad, el DSM - IV TR (2000) define a los trastornos de personalidad como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se difiere de las expectativas del entorno del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos”.

2.4 Criterios Diagnósticos

En esta investigación continuaremos trabajando bajo los criterios básicos del DSM - IV TR que son los que se han venido utilizando frecuentemente en la comunidad científica para el diagnóstico de esta patología. Este manual define a un trastorno de personalidad de la siguiente manera:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta comúnmente de las expectativas de la cultura del sujeto es el que se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de impulsos. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Ser persistente e inflexible y extenderse a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
2. Provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Ser estable y de larga duración, y que su inicio se remonte al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
4. No ser atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Adicional a esta categorización diagnóstica general, el DSM - IV TR hace una subdivisión minuciosa definiendo 10 tipos de trastornos de personalidad congregados en 3 grandes grupos o clúster, mismos que se describirán en el siguiente apartado.

2.5 Clasificación de los Trastornos de la Personalidad

Nos concentraremos en dos clasificaciones diagnósticas que consideramos las más precisas y ricas en profundidad teórica: la ofrecida por el DSM - IV TR y la expuesta por Theodore Millon (2007); esta última es de vital importancia para nuestro estudio puesto que la batería diagnóstica que utilizaremos para observar la prevalencia de trastornos de la personalidad en las drogodependencias es la creada justamente por Millon.

2.5.1 Clasificación diagnóstica según el DSM - IV TR

Este manual divide a los trastornos de personalidad en tres grandes grupos o clúster, sub divididos en base a aquellos trastornos que presentan mayor cantidad de rasgos en común. La gran mayoría de los criterios expuestos aquí son los mismos o muy cercanos a los expuestos en el CIE - 10 de la Organización Mundial de la Salud.

El grupo A comprende los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad; los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad; estos individuos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad; es común de estos sujetos el parecer ansiosos o temerosos.

2.5.1.1 Trastornos de la Personalidad del Grupo A

a) Trastorno Paranoide de la Personalidad

Este trastorno se define por la desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas. Aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
- Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
- Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
- En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
- Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
- Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
- Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

b) Trastorno Esquizoide de la Personalidad

El patrón general de este trastorno es el distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
- Escoge casi siempre actividades solitarias.
- Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
- Disfruta con pocas o ninguna actividad.

- No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
- Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
- Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

c) Trastorno Esquizotípico de la Personalidad

Este trastorno presenta un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
- Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas sub culturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
- Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
- Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado).
- Susplicacia o ideación paranoide.
- Afectividad inapropiada o restringida.
- Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
- Falta de amigos íntimos aparte de los familiares de primer grado.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

2.5.1.2 Trastornos de la Personalidad del Grupo B

a) Trastorno Antisocial de la Personalidad

El trastorno antisocial de la personalidad presenta un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Se evidencia desde la edad de 15 años y se caracteriza por:

- Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
- Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

Para determinar un trastorno antisocial de la personalidad es necesario que el individuo examinado tenga por lo menos 18 años y que existan prueba de trastorno disocial que hayan comenzado antes de los 15 años

b) Trastorno Límite de la Personalidad

El patrón general del trastorno límite de personalidad es de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

c) Trastorno Histriónico de la Personalidad

Se evidencia en un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención. Empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
- La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
- Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
- Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
- Muestra auto dramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
- Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
- Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

d) Trastorno Narcisista de la Personalidad

El patrón general es de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía. Empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- Tiene un grandioso sentido de auto importancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros

proporcionados).

- Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
- Cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
- Exige una admiración excesiva.
- Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
- Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
- Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
- Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

2.5.1.3 Trastornos de la Personalidad del Grupo C

a) Trastorno de la Personalidad por evitación

Los patrones generales son de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. También se evidencian al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
- Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
- Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
- Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
- Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
- Se ve a sí mismo socialmente inepto y personalmente poco interesante

- Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

b) Trastorno de la Personalidad por Dependencia

Prevalece una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno lo que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Empiezan al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
- Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en los principales aspectos de su vida.
- Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación (no se incluyen los temores o la retribución realistas).
- Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía.
- Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
- Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
- Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
- Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

c) Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad

En el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, el patrón general es de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este trastorno empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
- Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
- Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
- Excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
- Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
- Muestra rigidez y obstinación.

Si bien es cierto, la clasificación aquí descrita se destaca por su claridad y precisión; el mismo manual expone en uno de sus apartados que este sistema de agrupamiento resulta útil a objetivos de investigación o docencia, sin embargo tiene importantes limitaciones y no ha sido consistentemente validado. Señala además que frecuentemente los individuos presentan al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

2.5.2 Clasificación de Millon de los Trastornos de la Personalidad

Theodore Millon (2007) amplía la tipificación de los trastornos de la personalidad dando lugar a 14 tipos, que están agrupados en base a rasgos comunes en 4 clúster distintos. Diez tipos de personalidad son idénticos a los expuestos por el DSM - IV, sin embargo este autor distribuye y agrupa estos tipos de manera diferente y agrega un cuarto clúster al que llama personalidades con conflictos intrapsíquicos e incluye 4 nuevos tipos de trastorno que no son más que especificaciones más minuciosas de los ya existentes.

La razón por la que Millon agrupa los trastornos de maneras distintas y genera nuevas tipificaciones es debido al análisis que hace de cada trastorno en base a los cuatro niveles que expone en su libro “Más allá del DSM - IV” (1998). Estos cuatro niveles son:

- Un nivel comportamental del cual se observa el comportamiento observable así como su comportamiento interpersonal.
- Un nivel fenomenológico que comprende el estilo cognitivo propio del trastorno, su autoimagen y las representaciones objetales.
- El nivel intrapsíquico que está compuesto por los mecanismos de defensa comunes y la organización morfológica.
- El nivel bio-físico, que evalúa el estado de ánimo y temperamento del individuo

Cuando los trastornos de la personalidad son analizados desde esta perspectiva se encuentran nuevas conexiones y similitudes entre sub tipos que antes parecían estar desconectados. Desde esta perspectiva, la clasificación está dada por:

a) Personalidades con dificultad para el placer

- Trastornos esquizoides de la personalidad: el patrón social.
- Trastornos de la personalidad por evitación: el patrón de repliegue.
- Trastornos depresivos de la personalidad: el patrón de rendición.

En este grupo encontramos un nuevo tipo de agrupación, ya que en la clasificación anterior tanto el trastorno de evitación como el esquizoide pertenecían a clúster distintos. Además encontramos un nuevo trastorno llamado depresivo que se caracteriza por una constante sensación de abatimiento y tristeza, pesimismo, baja autoestima y autocrítica. Estos tres primeros patrones clínicos comparten características comunes como la tristeza, el pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor.

b) Personalidades con problemas interpersonales

- Trastornos de la personalidad por dependencia: el patrón sumiso.
- Trastornos histriónicos de la personalidad: el patrón gregario.
- Trastornos narcisistas de la personalidad: el patrón ególatra.
- Trastornos antisociales de la personalidad: el patrón fanfarrón.

Podemos observar que este grupo es idéntico al clúster B de la clasificación del DSM IV, guardando incluso los mismos criterios explicativos de cada trastorno. Todos estos trastornos poseen en común un mayor grado de déficit y problemáticas en lo que respecta a sus relaciones interpersonales y sus medios habituales de interacción.

c) Personalidades con conflictos intrapsíquicos

- Trastornos sádicos de la personalidad: el patrón de abuso.
- Trastornos compulsivos de la personalidad: el patrón inestable.
- Trastornos negativistas de la personalidad: el patrón vacilante.
- Trastornos masoquistas de la personalidad: el patrón afligido.

Esta es sin duda la mayor colaboración dentro de esta nueva tipificación del autor puesto que ofrece un nuevo grupo clasificatorio, en el cual incluye trastornos que había sido suprimido del DSM - IV por falta de evidencia de su existencia. Además el trastorno compulsivo es extraído del clúster C para ser ubicado en esta sección, debido a las características comunes que presenta con estos sub tipos.

El trastorno sádico de la personalidad se caracteriza por presentar comportamientos hostiles y globalmente combativos, indiferentes o incluso complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos abusivos y brutales; tienden a desempeñar papeles sociales a través de acciones dominantes y a veces persecutorias.

El trastorno negativista de la personalidad se aproxima al trastorno pasivo-agresivo del DSM - IV, caracterizándose por comportamiento errático de ira explosiva y tozudez entremezclado con periodos de culpa y vergüenza. Es común experimentar continuas discusiones y desengaños cuando vacilan entre la indiferencia y el desafío, la obediencia y la oposición agresiva.

El trastorno autodestructivo o masoquista se caracteriza por su tendencia a relacionarse con otros de una manera servil y auto sacrificado, permitiendo con frecuencia que otros se aprovechen de ellos. Intensifican sus déficits sintiéndose merecedores de ser avergonzados y humillados; rememoran reiteradamente sus desgracias pasadas y miran con pesimismo al futuro.

d) Personalidades con déficit estructurales

- Trastornos esquizotípicos de la personalidad: el patrón excéntrico.
- Trastornos límite de la personalidad: el patrón inestable.
- Trastornos paranoide de la personalidad: el patrón suspicaz.

Millon agrupa estos tres trastornos dentro de una misma sección debido al alto grado de déficit que presentan en sus estructuras más internas y a su frecuente tendencia a ser amenazados por brotes psicóticos, por esta razón son considerados dentro de su batería diagnóstica como trastornos graves de la personalidad. A parte del cambio en la distribución de estos trastornos, sus criterios siguen siendo prácticamente idénticos a los encontrados en el DSM - IV.

Siendo evidentes las maneras más adecuadas de clasificar a los trastornos de la personalidad, y a partir de un diagnóstico acertado y diferenciado de las mismas podemos iniciar tanto protocolos de intervención y seguimiento como estudios e investigaciones acerca de su naturaleza y conexión con otras problemáticas.

2.6 Modelo Bio social de Millon

Theodore Millon (2009) es uno de los autores que ha realizado significativos aportes para el conocimiento, evaluación y tratamiento de los estilos y trastornos de la personalidad. Desde una visión integradora ofrece a la psicología un marco de conocimientos sumamente rico en profundidad tanto teórica como práctica. A continuación abordamos esta propuesta partiendo de la apreciación que hacen Cardenal y Sánchez (2007) de la teoría de Millon. Estas autoras sugieren comprender su teoría recorriendo las tres líneas fundamentales que la componen:

- a) La utilización de una perspectiva teórica integradora.
- b) Su insistencia en el continuo “normalidad/patología.”
- c) La incorporación a su modelo de los principios de la teoría de la evolución.

La integración es una de las características básicas del modelo de Millon, autor que insiste en reconocer tanto la estructura de la personalidad como su dinámica, a diferencia de muchos otros modelos que se quedaban estancados en una

descripción estática de los criterios diagnósticos. Integra además la perspectiva nomotética, centrada en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos y rasgos comunes de las personas; con la perspectiva ideográfica, que centra su atención en las diferencias individuales, concibiendo a la personalidad como el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales. (Cardenal & Sánchez, 2007)

En relación a la normalidad y la anormalidad las autoras hacen una apreciación muy precisa al señalar que en el modelo de Millon, la normalidad y la patología son conceptos relativos y constituyen puntos representativos dentro de un continuo no como categorías nominales discretas. Siendo así, no hay una línea divisoria tajante entre las dos ya que la personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo. La diferencia fundamental es entonces que las personalidades normales son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas. (Cardenal & Sánchez, 2007)

Resulta en vano buscar codiciosamente etiquetar a una persona dentro de una casilla diagnóstica, puesto que las personas estamos constituidas como un organismo complejo, en el cual si bien compartimos características comunes con el resto de nuestros semejantes, nuestro principio distintivo son las características individuales.

Al sugerirnos dos parámetros para observar la diferencia entre lo patológico y lo funcional como son la capacidad de flexibilidad y de adaptación que cada persona posee, se abre la brecha para una interpretación configuracional de los trastornos de personalidad. Este tipo de interpretación nos permite observar que dicha patología casi nunca se manifiesta con prototipos puros; es por esto que Millon (2007) sugiere prestar profunda atención a las escalas secundarias en las que un sujeto presenta niveles altos de patología puesto que esto nos permitirá apreciar trastornos mixtos de personalidad como podrían ser un dependiente-histriónico, un histriónico-antisocial o alguna otra; combinaciones que se presentan frecuentemente.

La inclusión que hace Millon (1990) de los principios de la evolución en su teoría es indiscutiblemente uno de sus principales hallazgos. Utiliza dichos cimiento teóricos para explicar la interacción y desarrollo entre la estructura y la dinámica de los

estilos de personalidad. Según Morales (2003), Millon estaría proponiendo que la personalidad se encuentra constituida por constructos bipolares que provienen de cuatro principios evolutivos básicos: la existencia, la adaptación, la replicación y la abstracción.

Ilustración No. 2

PRINCIPIOS EVOLUTIVOS, FUNCIONES DE SUPERVIVENCIA Y
CONSTRUCTOS BIPOLARES DEL MODELO DE MILLON

PRINCIPIO EVOLUTIVO/ ECOLÓGICO	FUNCIONES DE SUPERVIVENCIA	CONSTRUCTO BIPOLAR
Existencia	Potenciación de la vida Preservación de la vida	Placer- Dolor
Adaptación	Modificación ecológica Acomodación ecológica	Actividad- Pasividad
Replicación	Individualidad Cuidado de la prole	Si mismo-Otros
Abstracción	Capacidad de razonamiento, reflexión, planificación y toma de decisiones	Externa-Interna Tangible-Intangible Intelecto-Afecto Asimilación- Imaginación

Tomado de: Artículo: Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora.

Cardenal Violeta, Sánchez María

Queda claro entonces que para Millon (1990) la personalidad es una organización dinámica en constante cambio y transformación que cumple constantemente una función adaptativa y que por su naturaleza está destinada a modificar constantemente su estructura original. Es partir de todos estos principios y concepciones básicas que el autor formuló un abordaje integrativo de la personalidad, clasificándola estructural y dinámicamente en base a los cuatro niveles: comportamental, fenomenológico, intrapsíquico y biofísico; y es precisamente por el nivel de profundidad y precisión descriptiva que presenta esta teoría al momento de abordar a los trastornos de la personalidad que constituye una de las matrices conceptuales de nuestra investigación.

2.7 Características del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

El MCMI III es una batería diagnóstica ajustada a la nosología clínica oficial, que sirve para la aplicación individual y colectiva. Se aplica a adultos a partir de los 18 años, con un tiempo que varía entre 30 y 60 minutos. Vale la pena anotar que debido a que este test aún no ha sido estandarizado para nuestro contexto, los pacientes, en nuestro medio tienden a demorarse entre 60 y 90 minutos en la aplicación.

Consta de un cuadernillo de 175 preguntas, con formato de respuesta Verdadero / Falso y una hoja de respuestas. La corrección es computarizada, lo que permite minimizar las posibilidades de error en los cálculos. El programa elabora una gráfica, dividida en 5 sectores, donde se puede visualizar la distribución de los puntajes en cada una de las áreas evaluadas. Cada valor obtenido en las sub escalas, así como el puntaje de prevalencia correspondiente es claramente detallado en un informe que adjunta también los datos de validez obtenidos en la toma.

En el Manual del Inventario Clínico Multiaxial, Millon (2007) explica que las escalas se basan en la clasificación diagnóstica del DSM - IV y en un grupo de cuadros diagnósticos nuevos propuestos por Millon. La técnica posee once escalas que cubren disfunciones leves y tres escalas con desórdenes más severos de personalidad. De modo similar siete escalas cubren síndromes clínicos de intensidad moderada y otras tres escalas cubren desórdenes más severos. Suman un total de 24 escalas diagnósticas y 4 escalas de validez.

a) Escalas de patrones clínicos de la personalidad:

1. Esquizoide; 2A. Evitativo; 2B. Depresivo; 3. Dependiente; 4. Histriónico; 5. Narcisista; 6A. Antisocial; 6B. Agresivo (sádico); 7. Compulsivo; 8A. Negativista (pasivo-agresivo); 8B. Autodestructivo.

b) Escalas de patología grave de la personalidad:

S. Esquizotípico; C. Límite; P. Paranoide

c) Escalas de síndromes clínicos:

A. Trastorno de ansiedad; H. Trastorno somatomorfo; N. Trastorno bipolar; D. Trastorno distímico; B. Dependencia de alcohol; T. Dependencia de sustancias; R. Trastornos de estrés postraumático.

d) Escalas de síndromes clínicos graves:

SS. Trastorno del pensamiento; CC. Depresión mayor; PP. Trastorno delirante.

e) Escalas de índices modificadores:

X. Sinceridad; Y. Deseabilidad social; Z. Devaluación; V. Validez.

Este test es uno de los mejores instrumentos diagnósticos que la comunidad científica posee al momento para evaluar a los trastornos de la personalidad, además resulta sumamente útil cuando encontramos pacientes con diagnósticos confusos. Debido a que nuestra investigación será realizada en centros de tratamiento a pacientes confirmados como drogodependientes, el MCMI III nos ayudará a visualizar la prevalencia de trastornos de personalidad en dichos pacientes.

2.8 Implicaciones de los trastornos de la personalidad en las drogodependencias

La investigación ha evidenciado que una buena parte de los problemas que acompañan al consumo de alcohol y drogas proceden de patrones disfuncionales de la personalidad y explican, en parte, tanto la persistencia de la conducta adictiva y el consecuente el fracaso de las estrategias encaminadas a su control, como la dificultad de manejo de los pacientes que los presentan.

Investigadores de la APA en el 2002 estimaron que entre el 65% y el 90% de los sujetos que son tratados por abuso o dependencia de sustancias presentan, al menos, un trastorno de personalidad, siendo habitual la existencia de criterios para diagnosticar dos o más concomitantes. (Brooner, Schmidt, Herbst, 2002)

La existencia de comorbilidad psiquiátrica en las adicciones toma además especial relevancia puesto que diferentes estudios han constatado que la presencia de psicopatología asociada es un factor de mal pronóstico en el tratamiento y que este hecho es aún más importante cuando se trata de un diagnóstico añadido de trastorno de personalidad. (Pedrero, 2005 et al).

Son muchos los factores que pueden incidir en el ensombrecimiento del pronóstico terapéutico de los pacientes con diagnósticos duales: menor adhesión al tratamiento, mayores dificultades sociales, menor apoyo familiar, etc. No obstante es probable que una mejoría en la evaluación y en el diagnóstico de estos trastornos, así como el diseño de estrategias de intervención terapéuticas específicas, mejore la evolución y pronóstico de estos pacientes. En esta línea varios autores han hecho hincapié en la importancia de una correcta evaluación de los trastornos de personalidad en el tratamiento de las conductas adictivas. (Westen & Shedler, 2000).

2.9 Conclusiones

Se hace evidente la complejidad con la que tropezamos cada vez que hablamos de trastornos de la personalidad. Luego de esta rápida revisión de sus principales conceptos habremos de abstraer la clara idea de que estamos hablando de una patología de naturaleza polifactorial tanto a nivel de sus causas como en su desarrollo y evolución. Es elemental tener una clara visión de la dimensión de este trastorno para saber reconocerlo e intervenir en él de manera eficaz y oportuna.

No queda duda de que la existencia comorbil de estos dos trastornos: las drogodependencias y los trastornos de la personalidad, en un mismo paciente generan un cuadro de pronóstico marcadamente incierto y desfavorable, puesto que los dos por igual son categorizados como parte de los trastornos más graves en el área de la salud mental. Es por esta razón que resulta de vital importancia dedicar nuestros esfuerzos investigativos a clarificar la incidencia y gravedad con la que coexisten estas patologías, solo de esta manera seremos capaces de desarrollar estrategias y protocolos diagnósticos y terapéuticos adecuados y oportunos para estos desordenes de la salud mental.

CAPITULO 3

APLICACIÓN Y RESULTADOS

3.1 Introducción

En un adicto es difícil determinar si la adicción fue la que generó el trastorno de personalidad o si, por el contrario, fue el trastorno de la personalidad el que dio paso a la adicción. Esta investigación concretamente se orienta en evidenciar la frecuente co-existencia de estas dos patologías, con el deseo de que la adicción sea desde un inicio comprendida, evaluada y tratada conjuntamente con sus respectivas características de personalidad que bien pueden ser funcionales o patológicas y que podrían constituir elementos fundamentales para la formulación de tratamientos personalizados que contribuyan a la recuperación de los pacientes de drogo dependencia.

No obstante los resultados del test, es importante que el profesional que realice la interpretación de los resultados sepa siempre complementar adecuadamente estos datos con las respectivas entrevistas clínicas para determinar exactamente la presencia o no de un trastorno de personalidad. En esta investigación, trabajamos únicamente con los diagnósticos presuntivos arrojados por el test.

3.2 Objetivos

Tal y como se halla contenido en el diseño de tesis, los objetivos de la presente investigación son:

a) **Objetivo General**

Determinar la incidencia de trastornos de personalidad en pacientes varones que padecen de drogodependencias y reciben tratamiento en clínicas de rehabilitación de adicciones en la ciudad de Cuenca.

b) **Objetivos Específicos**

- Aplicar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III a pacientes varones con drogodependencias internos en clínicas de adicciones en la ciudad de Cuenca.
- Diagnosticar el tipo de trastorno de personalidad que presentan los pacientes sujetos a estudio.
- Determinar la correlación existente entre los trastornos de personalidad y las drogodependencias.

3.3 Metodología

a) Población

De acuerdo a los registros del CONSEP, en el 2011, se registraron 940 personas internas en centros de rehabilitación de drogodependencias en la ciudad de Cuenca. A partir de esta población se levantó la muestra estadística, proceso que se realizó en dos etapas de acuerdo a las siguientes fórmulas (Martínez, 1984):

- Se realizó un muestreo piloto preliminar de 58 aplicaciones, como si la muestra fuera finita, para determinar la varianza y el error muestral. Se calcularon las varianzas de las preguntas para detectar la pregunta que tenía mayor varianza, es decir mayor variabilidad en las respuestas, porque esta es la pregunta crítica en función de la cual se debe establecer el tamaño muestral. Para este primer proceso se utilizó la siguiente fórmula:

$$M^{\infty} = \frac{z^2 S^2}{d^2}$$

- Se procedió a corregir el valor de la muestra preliminar utilizando el universo real de 940 personas. Se procesó el error muestral que corresponde al 10% de la media muestral. Se trabajó a un nivel de confianza del 95,5% con un muestreo aleatorio simple que arrojó un total de 105 encuestas para este estudio. Para este último proceso se utilizó la siguiente fórmula:

$$M = \frac{M^{\infty}}{1 + \frac{M^{\infty}}{N}}$$

Cuadro No. 2

FICHA TECNICA DE LA INVESTIGACION

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA DESCRIPTIVA TRANSVERSAL	
Tipo de muestreo	Aleatorio simple
Técnica de recolección	Encuesta personal con una duración de entre 45 y 80 minutos
Universo	940 personas internas en centros de rehabilitación de drogodependencias en la ciudad de Cuenca
No. De encuestas	105
Nivel de confianza	95,5%
Margen de error	10%

Una vez establecida la muestra, se procedió a realizar la aplicación del test MCMI III a 105 pacientes, lo cuales estuvieron divididos en las siguientes 5 Clínicas de tratamiento de adicciones: CREIAD (Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos) 20 aplicaciones, CENTERAVID (Clínica Terapéutica de Adicciones “Amor y Vida”) 20 aplicaciones, CRA (Centro de Reposo y Adicciones) 30 aplicaciones, CENCICAU (Centro para Tratamientos de Adicciones Psicoterapéutico del Austro) 30 aplicaciones, PROYECTO ESPERANZA (Comunidad Terapéutica) 5 aplicaciones.

b) Técnicas utilizadas

Encuesta Inventario Clínico Multiaxial de Millon III compuesto de 175 preguntas (Anexo No. 1) que procesadas, de acuerdo a las instrucciones del manual describen: Patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos, síndromes clínico graves, índices modificadores.

El inventario multiaxial de Millon comprende un grupo de preguntas que apuntan hacia una gran variedad de rasgos y características de personalidad. A cada uno de los trastornos de personalidad les han asignado entre 10 a 20 características, dependiendo de la cantidad de rasgos que lo definen y su complejidad como trastorno, de manera que en la medida en que un sujeto responde afirmativamente a una gran cantidad de preguntas concernientes a uno o a unos determinados trastornos, este o estos se reflejaran en el informe final a través de un porcentaje numérico mayor a los restantes, lo cual sugiere la presencia de dicha patología en el sujeto.

Algunos trastornos de personalidad comparten muchas características comunes y es por esto que algunas preguntas influyen el puntaje de varios trastornos al mismo tiempo. No es extraño encontrar a un paciente con puntajes porcentuales altos en varias patologías de personalidad, puesto que las preguntas con las que se identifica son propias de ciertas personalidades pertenecientes a un mismo grupo o clúster. Es importante resaltar que al tratarse de una interpretación meramente numérica la que arroja el sistema informático del test, es menester que posteriormente un profesional haga una apreciación clínica comparando los datos obtenidos con sus apuntes clínicos provenientes de una adecuada entrevista individual.

Cuadro No. 3

CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO SEGÚN PUNTUACION EN TEST

DENOMINACION	ESCALA	ITEMS
1	Esquizoide	4, 10, 27,32, 38, 46,48, 57, 92, 101, 105, 142, 148, 156, 165, 167
2A	Evitativa	18, 40, 47, 48, 57, 69, 80, 84, 99, 127, 141, 146, 148,151, 158, 174
2B	Depresiva	20, 24, 25,43, 47, 83, 86, 112, 123, 133, 142, 145, 148, 151, 154
3	Dependiente	16, 35, 45, 47, 56, 73, 82, 84, 94, 108, 120, 133, 135, 141, 151, 169
4	Histriónica	10, 12, 21, 24, 27, 32, 48, 51, 57, 69, 80, 88, 92, 99, 123, 127, 174
5	Narcisista	5, 21, 26, 31, 35, 38, 40, 47, 57, 67, 69, 80, 84, 85, 86, 88, 93, 94, 99, 116, 141, 144, 159, 169
6A	Antisocial	7, 13, 14, 17, 21, 38, 41, 52, 53, 93, 101, 113, 122, 136, 139, 166, 172
6B	Agresiva (sádica)	7, 9, 13, 14, 17, 28, 33, 36, 39, 41, 49, 53, 64, 79, 87, 93, 95, 96, 116, 166
7	Compulsiva	2, 7, 14, 22, 29, 41, 53, 59, 72, 82, 97, 101, 114, 137, 139, 166, 172
8A	Negativista (pasivo – agresivo)	6, 7, 15, 22, 36, 42, 50, 60, 79, 83, 98, 115, 122, 126, 133, 166
8B	Autodestructiva	18, 19, 24, 25, 35, 40, 43, 70, 90, 98, 104, 122, 148, 161, 169

Tomado de: Manual MCMI Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III. TEA Ediciones

3.4 Resultados estadísticos

En el siguiente cuadro se hallan contenidos los resultados de la aplicación del test a los 105 pacientes. No obstante, fue necesario descartar dos test debido a la inconsistencia de los datos por lo que la base para el análisis está conformada por 103 encuestas. Dichos resultados se han organizado según la caracterización del paciente, la personalidad y los síndromes clínicos. El siguiente cuadro consta fundamentalmente de siete columnas en las que se puede apreciar:

- No. Paciente.- Para el procesamiento de la información, por razones obvias, se han omitido los nombres de los pacientes y se les ha asignado una numeración para la identificación.
- Edad.- Identifica la edad que tiene el paciente encuestado.
- Estado civil.- Describe el estado civil en el que se encuentra el paciente
- Nivel de educación.- El grado de educación más alto alcanzado por el paciente.
- Droga de consumo.- Detalle de las drogas que consume.
- Trastornos de personalidad.- Detalle de las puntuaciones arrojadas por el sistema en relación a los distintos tipos de personalidad establecidos a través de las preguntas contenidas en el test. En esta sección los trastornos están divididos en trastornos y trastornos graves de la personalidad.
- Síndromes clínicos.- La descripción de los síndromes que experimenta el paciente. La puntuación en relación a los síndromes también han sido estimados a través del sistema. Se los divide en síndromes y síndromes graves.

Cuadro No.4

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST INVENTARIO CLINICO MULTIAIXIAL DE MILLON - IIII

Paciente	Edad	Estado Civil							Nivel de Educación			Droga de Consumo							Trastornos de la Personalidad								Trastornos Graves de la Personalidad						Síndromes Clínicos						Síndromes Clínicos Graves			
		soltero	casado	divorciado	separado	viudo	dos o más nupcias	unión libre	No estudios	E. Primaria	E. Secundaria	E. Universitaria	Alcohol	Marhuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Varias Sustancias	esquizoide	evitativo	depresivo	dependiente	histriónico	narcisista	antisocial	agresivo	compulsivo	negativista	autodestructivo	esquizoipico	limite	paranoide	T. Ansiedad	T. Somatoformo	T. Bipolar	T. Distimico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor
1	28	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	67	66	68	34	27	61	79	67	29	65	55	65	63	77	76	13	89	26	105	79	56	88	20	81
2	35	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	30	42	29	20	83	67	68	52	41	33	35	23	42	20	75	0	50	30	77	70	36	55	8	66
3	48	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	64	55	66	71	56	63	69	62	40	64	43	64	66	77	77	62	75	63	77	62	61	69	72	77
4	24	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	48	62	45	58	33	47	70	100	17	63	55	65	65	76	72	57	70	62	83	101	57	88	65	71
5	33	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	60	9	30	33	60	72	73	65	44	53	12	48	26	62	45	31	82	10	85	75	0	23	22	79
6	23	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	57	56	56	72	40	57	64	59	17	67	53	64	69	62	82	62	69	68	91	79	59	89	62	69
7	59	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	63	63	63	59	29	76	65	61	37	56	53	67	57	65	96	63	89	69	93	73	71	92	77	88
8	61	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	59	54	56	55	25	65	85	53	2	54	44	60	56	69	95	62	89	64	104	104	64	98	82	101
9	28	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	61	72	63	63	16	53	65	95	21	95	48	73	87	89	86	51	61	63	104	70	59	97	59	89
10	26	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	76	75	64	44	24	67	60	57	72	66	58	70	23	76	76	62	61	48	69	75	67	77	54	82
11	35	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	60	63	78	47	36	67	67	62	35	47	64	62	59	66	80	73	69	68	77	79	60	78	68	75
12	23	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	56	54	45	48	37	59	101	66	21	69	49	61	67	70	77	52	77	32	107	95	59	84	36	76
13	23	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	57	54	58	46	22	48	85	65	21	60	94	59	53	72	80	51	89	55	86	104	53	77	54	71

Paciente	Estado Civil							Nivel de Educación			Droga de Consumo						Trastornos de la Personalidad								Trastornos Graves de la Personalidad			Síndromes Clínicos						Síndromes Clínicos Graves							
	soltero	casado	divorciado	separado	viudo	dos o más nupcias	unión libre	No estudios	E. Primaria	E. Secundaria	E. Universitaria	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Varias Sustancias	esquizoide	evitativo	depresivo	dependiente	histriónico	narcisista	antisocial	agresivo	compulsivo	negativista	autodestructivo	esquizoipico	limite	paranoide	T. Ansiedad	T. Somatoforme	T. Bipolar	T. Distimico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor
14	27	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	54	64	63	61	22	56	71	60	14	52	54	63	58	65	80	38	67	63	107	83	60	60	63	76
15	29	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	65	68	68	47	36	68	73	65	38	68	12	65	67	78	78	60	75	40	83	75	60	68	70	80
16	20	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	64	70	67	34	27	62	67	64	48	63	55	66	56	74	84	42	65	36	79	75	66	60	64	66
17	40	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	63	71	58	57	31	63	70	62	33	63	63	61	58	63	77	43	47	61	94	94	45	71	19	65
18	32	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	48	44	63	49	45	63	70	65	23	60	50	64	72	68	76	56	92	62	107	95	59	90	65	69
19	23	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	61	71	59	63	7	53	75	60	5	60	52	95	62	82	86	53	82	57	104	98	57	98	67	81
20	31	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	54	58	55	50	11	48	96	55	22	81	49	59	66	66	93	90	68	64	87	93	56	78	84	73
21	45	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	72	75	75	74	20	41	72	44	43	39	66	60	65	49	79	61	65	72	84	96	47	29	74	65
23	24	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	67	58	72	63	35	67	94	63	27	65	63	60	65	65	84	64	59	70	90	90	59	67	74	69
24	65	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	30	26	15	27	68	70	60	22	83	33	36	48	9	50	0	17	30	30	68	63	12	9	12	60
25	41	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	61	47	54	51	37	58	63	65	8	54	46	57	57	69	89	56	67	51	72	80	64	81	64	71
27	24	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	61	77	60	59	0	42	75	80	8	58	47	59	66	67	95	57	82	84	104	86	74	84	74	71
28	24	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	59	64	53	33	37	64	71	59	30	55	53	63	54	76	80	52	67	54	83	107	60	60	55	74
29	33	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	65	63	80	44	0	45	63	95	18	80	40	80	89	68	101	69	74	104	104	98	104	108	103	69
30	44	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	9	45	33	60	75	51	52	60	60	12	0	51	60	68	0	40	30	78	63	64	30	20	66
31	61	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	58	67	75	74	37	31	63	57	39	64	60	62	61	73	77	64	66	71	82	74	59	79	69	65

Paciente	Estado Civil								Nivel de Educación			Droga de Consumo						Trastornos de la Personalidad								Trastornos Graves de la Personalidad			Síndromes Clínicos						Síndromes Clínicos Graves							
	Edad	soltero	casado	divorciado	separado	viudo	dos o más nupcias	unión libre	No estudios	E. Primaria	E. Secundaria	E. Universitaria	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Varias Sustancias	esquizoide	evitativo	depresivo	dependiente	histriónico	narcisista	antisocial	agresivo	compulsivo	negativista	autodestructivo	esquizotípico	límite	paranoide	T. Ansiedad	T. Somatoforme	T. Bipolar	T. Distímico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor
32	24	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	53	75	56	55	1	43	63	95	2	95	45	69	65	82	104	62	82	69	104	92	64	95	77	71
33	59	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	64	66	67	70	41	62	62	64	53	61	60	70	39	65	87	79	77	70	70	84	68	71	92	86
34	53	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	73	71	69	60	4	60	61	60	81	72	67	67	49	77	58	58	76	72	95	73	62	77	69	78
35	60	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	53	34	30	33	60	73	65	60	83	27	36	0	26	62	15	17	63	0	103	77	0	21	8	66
36	43	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	67	62	64	41	6	51	83	68	35	59	55	65	65	68	76	10	65	55	84	108	60	75	69	75
37	30	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	55	62	54	63	4	58	65	55	18	95	60	71	99	97	101	58	82	69	104	104	74	97	87	104
38	53	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	68	61	52	36	16	79	62	69	46	63	53	61	68	73	79	56	72	34	91	64	63	76	57	84
39	27	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	65	55	57	59	4	48	95	95	0	95	43	86	97	73	92	89	89	94	104	104	104	84	87	84
40	26	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	68	65	78	40	36	54	68	64	38	62	56	63	75	50	91	71	75	73	75	85	85	86	102	2
41	28	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	70	17	23	33	51	81	70	60	57	27	0	0	43	40	45	71	72	62	83	83	24	30	80	70
42	40	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	70	28	70	15	52	67	90	67	27	64	57	20	68	63	77	59	75	67	112	88	63	69	67	70
43	37	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	79	61	60	21	21	72	72	65	41	69	40	58	67	75	87	42	74	58	111	69	61	88	61	76
44	28	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	90	62	67	43	0	55	75	64	25	70	53	61	63	75	79	63	69	56	109	79	61	58	72	71
45	46	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	55	53	59	61	28	45	55	55	31	48	47	57	67	72	98	74	61	84	104	86	89	81	91	71
46	32	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	53	66	23	27	48	90	72	70	51	66	24	67	51	79	15	46	82	30	71	91	12	64	56	85
47	19	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	68	70	52	33	30	81	70	72	28	68	47	66	64	81	83	46	69	20	60	75	62	60	62	83

Paciente	Estado Civil							Nivel de Educación			Droga de Consumo						Trastornos de la Personalidad								Trastornos Graves de la Personalidad			Síndromes Clínicos						Síndromes Clínicos Graves								
	Edad	soltero	casado	divorciado	separado	viudo	dos o más nupcias	unión libre	No estudios	E. Primaria	E. Secundaria	E. Universitaria	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Varias Sustancias	esquizoide	evitativo	depresivo	dependiente	histriónico	narcisista	antisocial	agresivo	compulsivo	negativista	autodestructivo	esquizotípico	límite	paranoide	T. Ansiedad	T. Somatoforme	T. Bipolar	T. Distímico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor
48	28	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	23	17	15	20	68	78	34	52	57	0	0	0	0	60	30	0	0	0	30	65	12	4	8	62
49	49	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	42	56	57	59	33	54	54	54	36	53	48	61	57	73	105	70	65	61	93	60	65	72	75	80
50	63	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	66	49	53	60	17	51	54	54	28	59	44	61	69	73	105	105	68	75	105	58	90	85	101	105
51	24	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	63	17	8	7	39	78	85	69	19	40	0	48	60	10	45	31	63	10	109	91	24	55	20	70
52	65	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	59	61	60	63	31	40	55	65	31	58	47	57	60	70	98	64	74	62	80	92	58	81	74	67
53	26	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	61	51	54	61	16	55	63	60	8	63	43	76	63	97	101	89	71	69	104	80	63	97	101	103
54	46	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	55	53	60	25	33	90	65	65	32	63	51	63	54	75	75	54	67	58	74	95	63	74	54	67
55	53	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	61	55	57	63	7	43	60	54	24	58	44	56	67	70	101	54	64	64	69	80	64	85	82	74
56	57	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	66	59	5	55	39	45	64	64	38	66	61	63	56	75	75	63	64	25	80	60	43	74	68	65
57	52	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	63	39	40	25	52	89	93	71	23	67	58	61	71	67	92	63	76	64	113	79	64	58	60	75
58	55	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	69	63	70	74	26	61	62	66	37	70	65	64	61	74	44	61	59	61	84	72	23	81	72	78
59	42	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	67	53	65	59	25	56	61	57	21	54	50	61	64	73	95	77	67	67	74	73	64	74	72	75
60	23	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	38	47	62	54	42	53	100	70	26	59	53	64	68	71	70	52	92	63	95	107	59	77	55	70
61	21	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	50	57	61	51	19	58	95	65	12	65	51	62	68	73	74	53	74	62	98	92	57	81	64	72
62	34	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	66	65	61	64	24	61	71	63	23	59	55	64	64	71	78	26	80	45	104	80	62	80	58	77
63	26	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	30	42	37	33	83	73	72	67	51	68	35	59	66	60	80	17	40	30	97	75	36	55	32	70

Paciente	Edad	Estado Civil							Nivel de Educación			Droga de Consumo							Trastornos de la Personalidad										Trastornos Graves de la Personalidad			Síndromes Clínicos						Síndromes Clínicos Graves				
		soltero	casado	divorciado	separado	viudo	dos o más nupcias	unión libre	No estudios	E. Primaria	E. Secundaria	E. Universitaria	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Varias Sustancias	esquizoide	evitativo	depresivo	dependiente	histriónico	narcisista	antisocial	agresivo	compulsivo	negativista	autodestructivo	esquizotípico	límite	paranoide	T. Ansiedad	T. Somatoforme	T. Bipolar	T. Distímico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor
64	20	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	72	70	63	68	0	56	58	55	35	54	60	64	67	68	92	41	73	70	63	68	60	93	75	79
65	24	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	32	59	57	73	36	64	64	64	45	66	58	65	65	72	84	61	74	62	76	71	56	74	59	67
66	52	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	66	63	63	55	21	53	63	60	59	62	52	63	57	64	92	75	58	69	92	80	70	77	70	72
67	22	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	8	63	58	58	24	50	63	58	26	68	47	60	56	75	104	52	92	58	83	95	77	88	68	74
68	19	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	45	17	75	27	60	78	78	72	25	33	62	60	63	62	68	31	63	20	97	97	62	55	32	62
69	23	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	21	7	0	31	73	89	113	70	42	70	63	62	63	77	43	0	73	8	113	83	10	28	18	80
70	25	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	53	60	61	63	33	55	56	62	35	56	57	77	66	74	84	66	65	67	78	58	60	95	68	80
71	19	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	34	13	41	36	71	87	101	67	31	64	64	63	69	72	57	28	69	57	112	82	57	57	33	77
72	44	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	58	70	66	61	40	58	75	64	27	60	61	62	67	66	65	57	69	67	80	74	63	72	53	70
73	40	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	62	69	36	52	50	64	69	61	50	67	65	58	49	68	77	63	77	61	79	74	23	59	66	74
74	33	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	53	55	44	45	34	65	98	98	18	61	47	63	63	84	85	37	91	62	106	106	59	80	62	98
75	30	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	56	64	62	55	28	49	69	57	33	55	45	55	61	56	95	56	70	62	89	71	58	74	70	62
76	34	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	45	52	61	60	39	58	68	60	20	63	49	55	61	63	77	59	74	63	89	77	60	67	59	63
77	24	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	60	50	63	64	60	90	80	64	25	60	59	64	62	69	75	64	72	64	85	79	64	82	56	80
78	44	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	59	44	54	53	34	85	63	60	18	58	47	59	100	67	98	57	97	63	80	98	64	94	78	84
79	65	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	51	45	69	83	67	51	52	60	53	62	0	43	64	45	0	60	10	78	65	12	4	8	73

Paciente	Edad	Estado Civil							Nivel de Educación			Droga de Consumo						Trastornos de la Personalidad								Trastornos Graves de la Personalidad			Síndromes Clínicos						Síndromes Clínicos Graves						
		soltero	casado	divorciado	separado	viudo	dos o más nupcias	unión libre	No estudios	E. Primaria	E. Secundaria	E. Universitaria	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Varias Sustancias	esquizoide	evitativo	depresivo	dependiente	histriónico	narcisista	antisocial	agresivo	compulsivo	negativista	autodestructivo	esquizotípico	límite	paranoide	T. Ansiedad	T. Somatoforme	T. Bipolar	T. Distímico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento
80	27	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	53	43	75	20	36	65	62	64	57	47	48	24	62	64	68	17	69	30	77	70	60	30	8	73
81	29	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	72	42	22	32	38	72	77	84	31	67	65	63	62	65	44	66	74	59	114	78	11	59	62	76
82	19	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	51	49	51	48	48	111	83	63	26	59	52	60	62	78	78	55	108	55	96	90	53	85	64	80
83	39	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	45	0	15	0	68	81	65	30	54	20	0	0	17	0	15	17	30	0	75	65	0	4	8	62
84	23	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	55	69	61	64	28	63	73	66	30	63	58	64	70	66	88	62	75	71	80	94	61	75	62	72
85	21	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	63	43	30	33	27	78	51	30	54	33	12	60	17	60	30	17	40	0	64	63	24	0	24	60
86	19	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	59	57	59	95	25	65	75	65	21	58	48	60	68	69	98	64	89	69	104	74	60	105	91	86
87	44	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	65	66	45	53	27	65	75	67	38	63	48	63	68	40	68	17	50	66	97	91	60	75	48	64
88	63	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	8	0	22	13	75	67	17	38	83	47	0	47	16	50	75	17	30	30	78	30	36	30	32	73
89	19	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	64	47	58	47	38	72	72	62	31	55	54	63	55	59	73	55	62	43	68	90	55	72	49	66
90	62	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	77	75	38	53	21	65	43	64	75	40	60	62	0	71	30	60	0	10	60	30	12	21	20	66
91	21	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	51	49	36	51	55	76	81	68	30	66	65	70	63	81	73	29	98	38	73	83	22	80	34	78
92	40	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	51	55	59	43	25	68	66	98	30	54	49	57	61	66	85	51	76	53	69	74	57	73	39	71
93	22	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	35	40	55	44	62	97	97	62	4	67	46	56	61	73	90	55	83	56	105	81	64	92	66	77
94	26	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	59	47	58	46	25	42	75	80	18	63	46	57	62	65	98	69	74	69	104	104	74	105	91	68
95	21	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	61	48	60	80	25	48	95	95	12	65	48	59	99	73	101	60	64	57	104	104	74	91	61	79

Paciente	Edad	Estado Civil							Nivel de Educación			Droga de Consumo						Trastornos de la Personalidad								Trastornos Graves de la Personalidad			Síndromes Clínicos						Síndromes Clínicos Graves							
		soltero	casado	divorciado	separado	viudo	dos o más nupcias	unión libre	No estudios	E. Primaria	E. Secundaria	E. Universitaria	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Varias Sustancias	esquizoide	evitativo	depresivo	dependiente	histriónico	narcisista	antisocial	agresivo	compulsivo	negativista	autodestructivo	esquizotípico	límite	paranoide	T. Ansiedad	T. Somatoforme	T. Bipolar	T. Distímico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor
96	33	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	55	47	62	95	34	58	95	95	12	55	50	63	72	89	80	20	74	60	104	104	62	105	60	91
97	20	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	54	58	58	47	45	67	99	66	41	62	54	58	61	77	26	27	65	26	99	71	58	56	32	73
98	33	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	54	58	62	56	39	93	72	66	45	60	56	58	68	76	71	42	68	36	87	64	60	60	58	74
99	20	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	65	59	44	60	557	82	83	45	22	47	61	67	50	64	78	67	60	62	75	77	65	72	68	79
100	40	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	56	61	60	52	22	53	61	63	21	51	55	63	66	75	76	53	76	61	76	74	56	93	66	83
101	50	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	15	25	42	7	60	78	65	68	54	62	0	47	40	76	85	17	66	20	75	79	60	30	56	87
102	22	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	57	60	58	67	45	61	67	64	32	60	63	44	59	67	74	13	65	58	111	79	44	39	44	64
103	49	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	63	63	70	55	29	65	66	55	40	65	59	68	68	77	81	27	81	71	111	59	63	88	74	78
104	57	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	45	9	30	20	68	65	73	67	54	33	24	0	34	64	30	0	40	0	85	85	0	4	8	66
105	65	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	60	61	62	58	26	55	60	59	44	56	53	64	57	74	84	62	65	53	102	90	58	64	58	68

Fuente: Encuestas de campo

Elaboración Wilson Ochoa (W.O.)

Los resultados contenidos en el cuadro anterior han sido obtenidos a partir del sistema informático a través del cual se realizó el procesamiento de los datos. La escala con la que se ha construido el Cuadro No. 4 debe ser interpretada de la siguiente manera:

- Los puntajes que van desde 1 hasta 75 (en cada una de las columnas de personalidad) corresponden a quienes presentan tan solo rasgos de dicha personalidad, rasgos que no necesariamente son patológicos y que pueden ser interpretados como características naturales y rasgos no acentuados que no podrían ser considerados como elementos amenazantes para la estabilidad de la persona. En el cuadro anterior este rango ha sido denominado “incidencia 1”
- Los puntajes entre 76 y 85, que conforman el grado de “incidencia 2” (en cada columna de la personalidad), indican que la persona presenta ya rasgos marcados y prominentes de dicha personalidad. Esto sugiere la posibilidad de una evolución de la personalidad que podría desembocar en algo disfuncional, pudiendo incluso llegar a representar un trastorno. Se trata de personas en las que es habitual dicha conducta y pueden presentar dificultades para su adaptación e interactuar social.
- Los puntajes por sobre los 86 puntos representan el grado de “incidencia 3” y sugieren que la persona presenta una alta probabilidad de presentar el trastorno o que tiene ya el trastorno. Para determinar exactamente el diagnóstico, es necesaria la entrevista clínica a través de la cual el profesional determinará si efectivamente se evidencia que el paciente muestra un grupo de rasgos arraigados en su persona y que le predisponen frecuentemente a interactuar de manera disfuncional y desadaptativas.

A partir de los resultados contenidos en el Cuadro No. 4, se ha procedido a contabilizar en cada paciente el número de trastornos de personalidad con “incidencia 1”, “incidencia 2” e “incidencia 3”. Los resultados se detallan en el cuadro a continuación:

Cuadro No. 5
NIVELES DE INCIDENCIA DE PERSONALIDADES

CASO	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 1	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 2	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 3	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 1	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 2	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 3
1	12	2	0	14	86%	14%	0%
2	12	2	0	14	86%	14%	0%
3	13	1	0	14	93%	7%	0%
4	12	1	1	14	86%	7%	7%
5	14	0	0	14	100%	0%	0%
6	14	0	0	14	100%	0%	0%
7	13	1	0	14	93%	7%	0%
8	13	1	0	14	93%	7%	0%
9	10	0	4	14	71%	0%	29%
10	12	2	0	14	86%	14%	0%
11	13	1	0	14	93%	7%	0%
12	13	0	1	14	93%	0%	7%
13	12	1	1	14	86%	7%	7%
14	14	0	0	14	100%	0%	0%
15	13	1	0	14	93%	7%	0%
16	14	0	0	14	100%	0%	0%
17	14	0	0	14	100%	0%	0%
18	14	0	0	14	100%	0%	0%
19	12	1	1	14	86%	7%	7%
20	12	1	1	14	86%	7%	7%
21	14	0	0	14	100%	0%	0%
22	13	0	1	14	93%	0%	7%
23	13	1	0	14	93%	7%	0%
24	14	0	0	14	100%	0%	0%
25	12	2	0	14	86%	14%	0%
26	13	1	0	14	93%	7%	0%
27	9	2	3	14	64%	14%	21%
28	14	0	0	14	100%	0%	0%
29	14	0	0	14	100%	0%	0%
30	11	1	2	14	79%	7%	14%
31	14	0	0	14	100%	0%	0%
32	12	2	0	14	86%	14%	0%
33	13	1	0	14	93%	7%	0%
34	13	1	0	14	93%	7%	0%
35	11	0	3	14	79%	0%	21%
36	13	1	0	14	93%	7%	0%
37	9	0	5	14	64%	0%	36%
38	13	1	0	14	93%	7%	0%
39	13	1	0	14	93%	7%	0%

CASO	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 1	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 2	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 3	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 1	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 2	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 3
40	13	0	1	14	93%	0%	7%
41	13	1	0	14	93%	7%	0%
42	13	0	1	14	93%	0%	7%
43	14	0	0	14	100%	0%	0%
44	12	1	1	14	86%	7%	7%
45	12	2	0	14	86%	14%	0%
46	13	1	0	14	93%	7%	0%
47	14	0	0	14	100%	0%	0%
48	14	0	0	14	100%	0%	0%
49	12	2	0	14	86%	14%	0%
50	14	0	0	14	100%	0%	0%
51	12	1	1	14	86%	7%	7%
52	13	0	1	14	93%	0%	7%
53	14	0	0	14	100%	0%	0%
54	14	0	0	14	100%	0%	0%
55	12	0	2	14	86%	0%	14%
56	14	0	0	14	100%	0%	0%
57	14	0	0	14	100%	0%	0%
58	13	0	1	14	93%	0%	7%
59	13	0	1	14	93%	0%	7%
60	14	0	0	14	100%	0%	0%
61	13	1	0	14	93%	7%	0%
62	14	0	0	14	100%	0%	0%
63	14	0	0	14	100%	0%	0%
64	14	0	0	14	100%	0%	0%
65	14	0	0	14	100%	0%	0%
66	12	2	0	14	86%	14%	0%
67	11	1	2	14	79%	7%	14%
68	13	1	0	14	93%	7%	0%
69	12	0	2	14	86%	0%	14%
70	14	0	0	14	100%	0%	0%
71	14	0	0	14	100%	0%	0%
72	11	1	2	14	79%	7%	14%
73	14	0	0	14	100%	0%	0%
74	14	0	0	14	100%	0%	0%
75	12	1	1	14	86%	7%	7%
76	12	1	1	14	86%	7%	7%
77	13	1	0	14	93%	7%	0%
78	14	0	0	14	100%	0%	0%

CASO	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 1	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 2	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD INCIDENCIA 3	TOTAL TRASTORNOS PERSONALIDAD	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 1	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 2	% TRASTORNOS PERSONALIDAD 3
79	12	2	0	14	86%	14%	0%
80	12	2	0	14	86%	14%	0%
81	13	1	0	14	93%	7%	0%
82	14	0	0	14	100%	0%	0%
83	13	1	0	14	93%	7%	0%
84	13	0	1	14	93%	0%	7%
85	14	0	0	14	100%	0%	0%
86	13	1	0	14	93%	7%	0%
87	14	0	0	14	100%	0%	0%
88	13	1	0	14	93%	7%	0%
89	11	3	0	14	79%	21%	0%
90	13	0	1	14	93%	0%	7%
91	12	0	2	14	86%	0%	14%
92	13	1	0	14	93%	7%	0%
93	10	1	3	14	71%	7%	21%
94	10	0	4	14	71%	0%	29%
95	12	1	1	14	86%	7%	7%
96	12	1	1	14	86%	7%	7%
97	12	2	0	14	86%	14%	0%
98	14	0	0	14	100%	0%	0%
99	12	2	0	14	86%	14%	0%
100	14	0	0	14	100%	0%	0%
101	13	1	0	14	93%	7%	0%
102	14	0	0	14	100%	0%	0%
103	14	0	0	14	100%	0%	0%

Fuente: Cuadro No. 4

Elaboración: W.O

3.5 Conclusiones

Los datos fueron recolectados y procesados adecuadamente según la planificación establecida permitiéndonos establecer una base de datos estable y significativa. No obstante de los resultados que se obtienen a través del test, vale recalcar que en un contexto terapéutico sería indispensable que dichos datos sean complementados con otros instrumentos de evaluación como la entrevista clínica y baterías diagnósticas adicionales.

Por motivos prácticos, en esta investigación hemos prescindido de esta minuciosidad terapéutica para concentrarnos en desarrollar los análisis respectivos directamente de los datos obtenidos y su procesamiento estadístico. En el siguiente capítulo se expondrán dichos análisis y conclusiones pertinentes.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Introducción

A partir de los resultados contenidos en el tercer capítulo, se han generado los respectivos cuadros de frecuencias y los gráficos que muestran los consolidados de las tendencias analizadas, es decir, la descripción de las características de los pacientes, las drogas utilizadas, el análisis de la personalidad y la descripción de los síndromes. Para la obtención de las estadísticas en esta investigación, se procesó los datos a través del software SPSS.

Los primeros consolidados corresponden a descripción del grupo estudiado, esto es, edad, estado civil y nivel de instrucción. Se pasa luego a describir las sustancias que los adictos consumen hasta determinar cuál es la mayormente consumida y la presencia en el grupo de policonsumidores.

Para el análisis de la personalidad, se ha agrupado a los pacientes según los puntajes obtenidos en el test de personalidad, esto es: hasta 75 (presencia de rasgos de personalidad), entre 76 y 85 (rasgos marcados de personalidad) y más de 86 (corresponderían a la presencia de la personalidad). Cada uno de los pacientes ha sido analizado en relación a cada una de las tipificaciones de la personalidad. También se ha ensayado un análisis global según el cual se establece el porcentaje de pacientes que presentan solo rasgos de personalidad, los que presentan rasgos marcados de personalidad y los que presentan dicha personalidad.

Finalmente en este capítulo se exponen los análisis pertinentes de los resultados que han sido realizados en base a asociaciones y coincidencias encontradas en base a varios sustentos teóricos y clínicos que permitieron sugerir nuevas e interesantes interrogantes y establecer las respectivas conclusiones y recomendaciones de nuestra investigación.

4.2 Presentación de tablas

4.2.1 Descripción de la muestra

Cuadro No.6

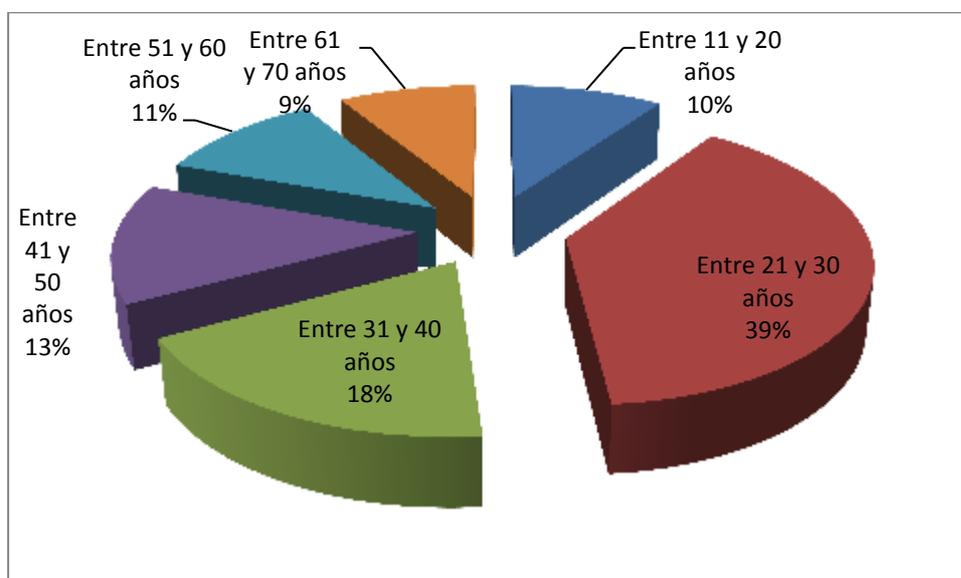
DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN GRUPO DE EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 11 y 20 años	10	9,7	9,7	9,7
	Entre 21 y 30 años	40	38,8	38,8	48,5
	Entre 31 y 40 años	19	18,4	18,4	67,0
	Entre 41 y 50 años	14	13,6	13,6	80,6
	Entre 51 y 60 años	11	10,7	10,7	91,3
	Entre 61 y 70 años	9	8,7	8,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 1

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN GRUPO DE EDAD



Fuente: Cuadro No. 6
Elaboración: W.O

En el grupo estudiado, el mayor grupo de pacientes, esto es, el 39% se concentra alrededor de los entre 21 y 30 años, seguidos del grupo de pacientes cuya edad se encuentra entre los 31 y 40 años que representa un 18%. El tercer grupo etario que registra un mayor número de pacientes es el comprendido entre los 41 y 50 años con el 13%. La edad promedio del grupo analizado es de 36 años.

Cuadro No. 7

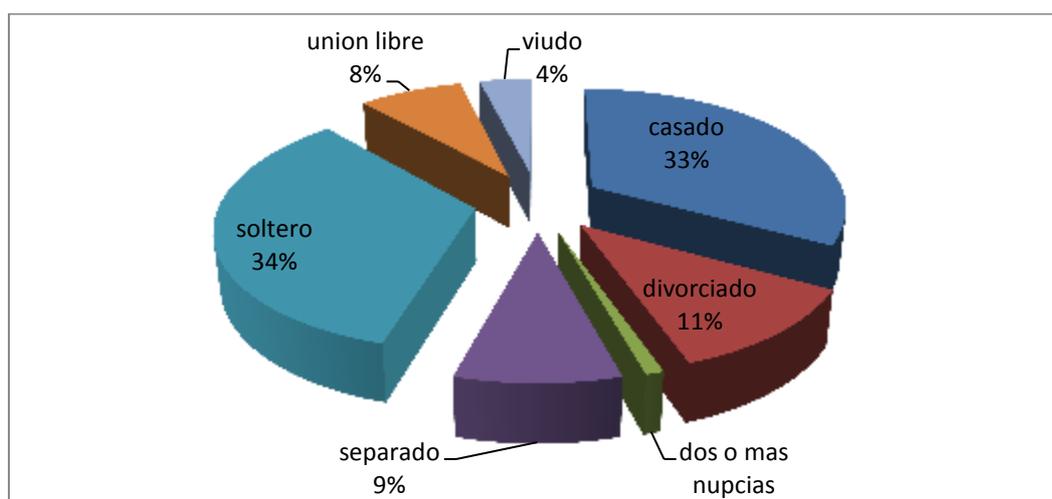
DETALLE DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES EXAMINADOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	casado	34	33,0	33,0	33,0
	divorciado	12	11,7	11,7	44,7
	dos o más nupcias	1	1,0	1,0	45,6
	separado	9	8,7	8,7	54,4
	soltero	35	34,0	34,0	88,3
	unión libre	8	7,8	7,8	96,1
	viudo	4	3,9	3,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 2

DETALLE DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES EXAMINADOS



Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

En relación al estado civil de los pacientes, el 34% manifiesta que es soltero, en tanto que el 33% indica que su estado civil es casado. El tercer grupo en frecuencia es el de los que indican estar divorciados y corresponde al 11 % de los encuestados. Estos tres grupos representan aproximadamente el 79% del total de pacientes contenidos en la muestra.

Cuadro No. 8

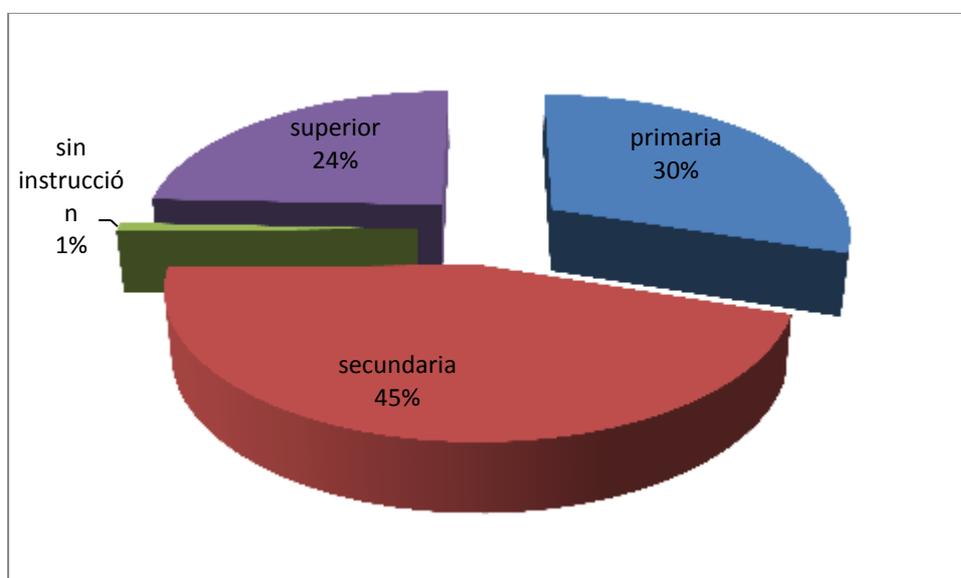
DETALLE DE NIVEL INSTRUCCIÓN DE PACIENTES EXAMINADOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	primaria	31	30,1	30,1	30,1
	secundaria	46	44,7	44,7	74,8
	sin instrucción	1	1,0	1,0	75,7
	superior	25	24,3	24,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 3

DETALLE DE NIVEL INSTRUCCIÓN DE PACIENTES EXAMINADOS



Fuente: Cuadro No. 9
Elaboración: W.O

Sobre el nivel de instrucción, el 45% aproximadamente indica que posee instrucción secundaria, seguido del 30% que manifiesta contar con instrucción primaria y el 24% que tiene instrucción superior. Apenas uno de todos los casos contenidos en la muestra indica que no posee ningún tipo de instrucción.

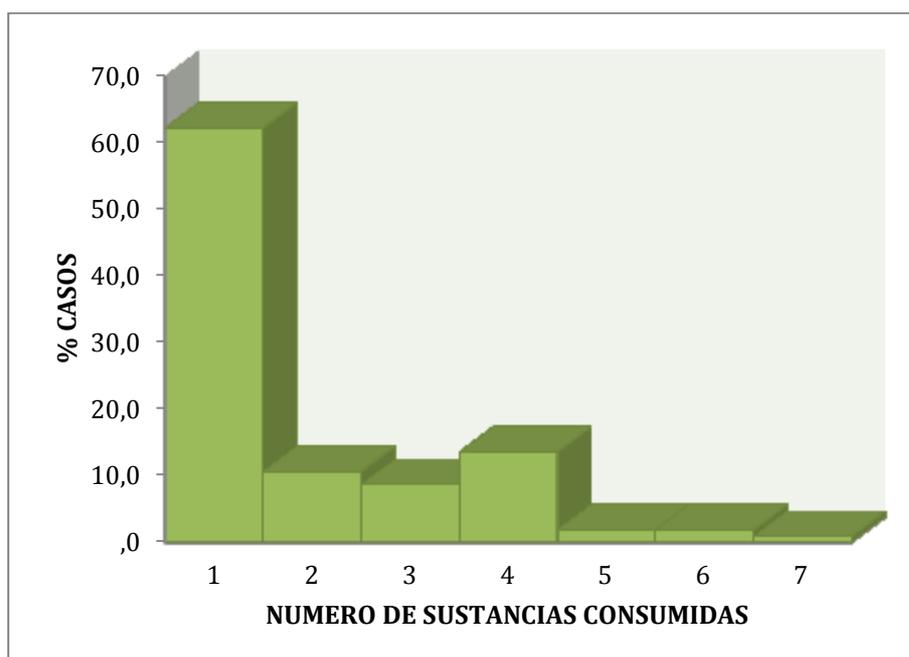
4.2.2 Descripción de sustancias consumidas

Cuadro No. 9
NÚMERO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	64	62,1	62,1	62,1
	Marihuana	11	10,7	10,7	72,8
	Cocaína	9	8,7	8,7	81,6
	Pasta Base	14	13,6	13,6	95,1
	Inhalantes	2	1,9	1,9	97,1
	Psicodélicos	2	1,9	1,9	99,0
	Varias sustancias	1	1,0	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 4
SUSTANCIAS CONSUMIDAS



Fuente: Cuadro No. 10
Elaboración: W.O

En relación al total de sustancias consumidas, el 62% indica que consume una sola sustancia. El restante 38% corresponde a policonsumidores. Con estos datos se estima que estos pacientes consumen en promedio dos sustancias.

Cuadro No. 10

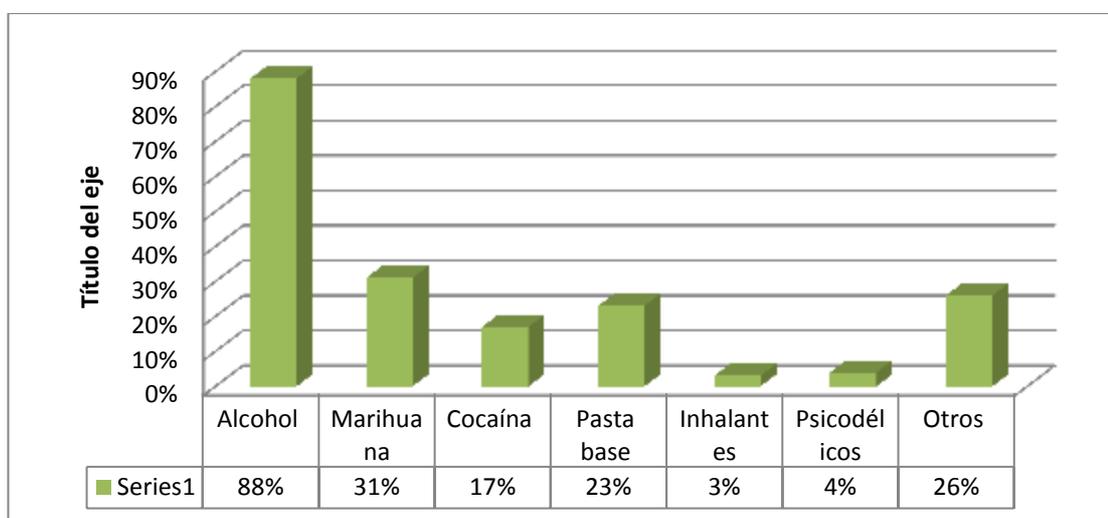
DETALLE DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS

	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Otras sustancias
incidencia+	91	32	17	24	3	4	27
TOTAL CASOS	103	103	103	103	103	103	103
%	88%	31%	17%	23%	3%	4%	26%

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 5

DETALLE DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS



Fuente: Cuadro No. 12
Elaboración: W.O

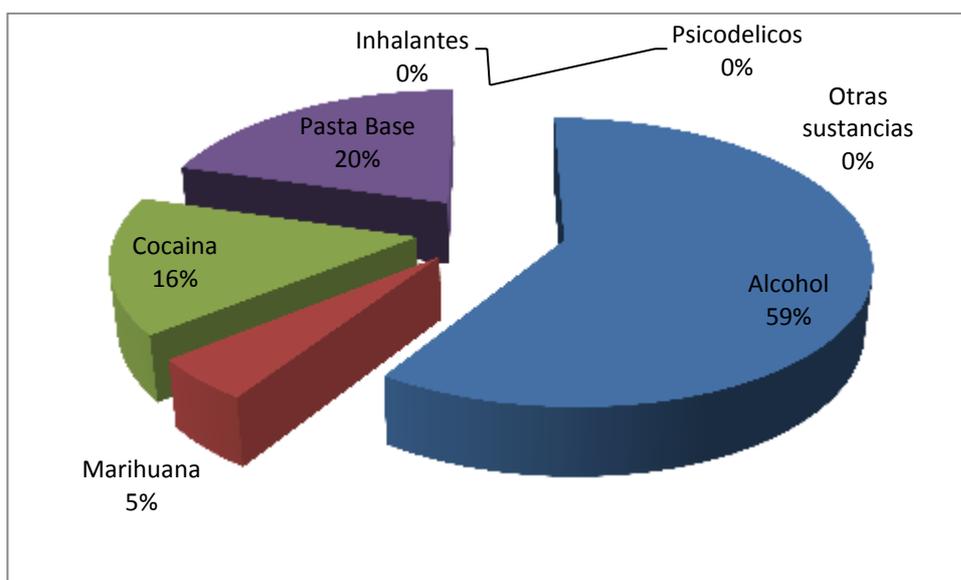
El alcohol se destaca por ser la droga más consumida entre el grupo examinado, observándose su consumo en el 88% de los pacientes; el resto de drogas demuestran consumos representativamente menores como son el caso de la marihuana con un 31% de consumidores, la pasta base con un 23% y la cocaína con un 17%.

Cuadro No. 11
DETERMINACIÓN DE DROGA BASE

Descripción	DROGA BASE							TOTAL
	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Otras sustancias	
TOTAL CASOS	61	5	16	21	-	-	-	103
PORCENTAJE	59%	5%	16%	20%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Cuadro No. 12
Elaboración: W.O

Gráfico No. 6
DETERMINACIÓN DE DROGA BASE



Fuente: Cuadro No. 12
Elaboración: W.O

El alcohol se evidencia como la droga principal de preferencia y causante de la adicción de un 59% de los examinados, distante de la siguiente droga con mayor incidencia de consumo que es la pasta base con tan solo un 20% de consumidores. La cocaína y la marihuana reflejaron consumos en el 16% y 5% respectivamente dentro del grupo examinado.

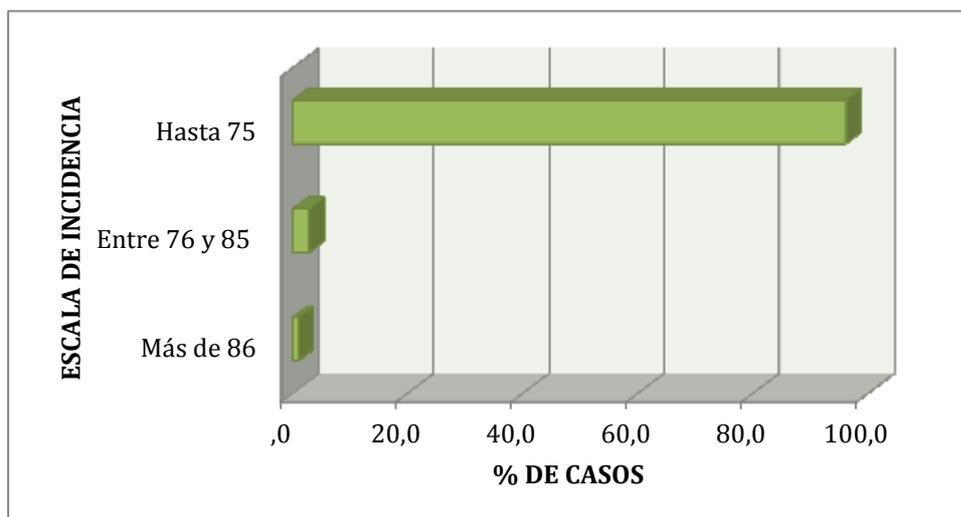
4.2.3 Descripción de trastornos de personalidad

Cuadro No. 12
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE

TP ESQUIZOIDE		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	1	1,0
Entre 76 y 85	3	2,9
Hasta 75	99	96,1
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo
 Elaboración: W.O

Gráfico No. 7
PACIENTES PERSONALIDAD ESQUIZOIDE



Fuente: Cuadro No. 14
 Elaboración: W.O

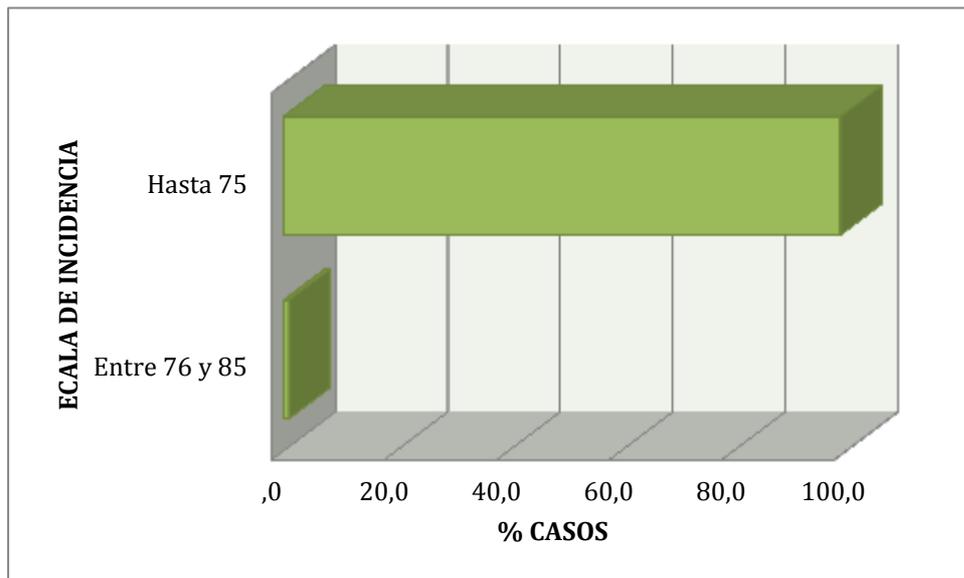
El trastorno de personalidad esquizoide se encuentra casi ausente en el grupo puesto que el 96% de los examinados solo presenta sus rasgos, mientras que el 3% la presenta como personalidad marcada y el 1% (correspondiente a 1 caso) podría tener un trastorno de personalidad esquizoide.

Cuadro No. 13
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EVITATIVO

TP EVITATIVO		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	0	,0
Entre 76 y 85	1	1,0
Hasta 75	102	99,0
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 8
PACIENTES PERSONALIDAD EVITATIVO



Fuente: Cuadro No. 14
Elaboración: W.O

El trastorno de personalidad evitativo prácticamente es inexistente ya que el 99% de los pacientes encuestados obtuvo hasta 75 puntos durante la aplicación del test. No existe ningún caso que se encuentre por sobre los 86 puntos y tan solo se presenta un caso en el que el encuestado obtuvo una puntuación de entre 76 y 85 en el test.

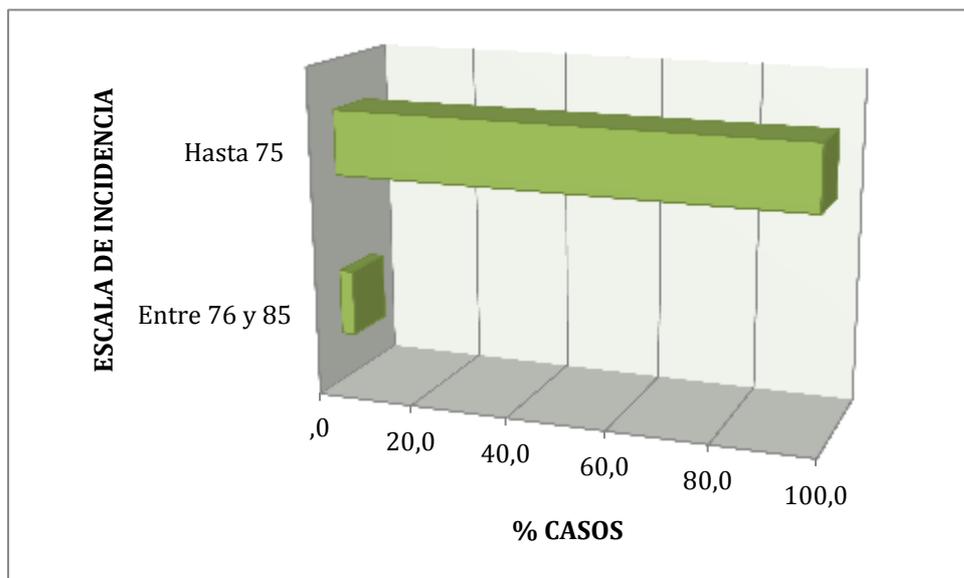
Cuadro No. 14
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPRESIVO

TP DEPRESIVO		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	0	,0
Entre 76 y 85	3	2,9
Hasta 75	100	97,1
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 9
PACIENTES PERSONALIDAD DEPRESIVO



Fuente: Cuadro No. 16

Elaboración: W.O

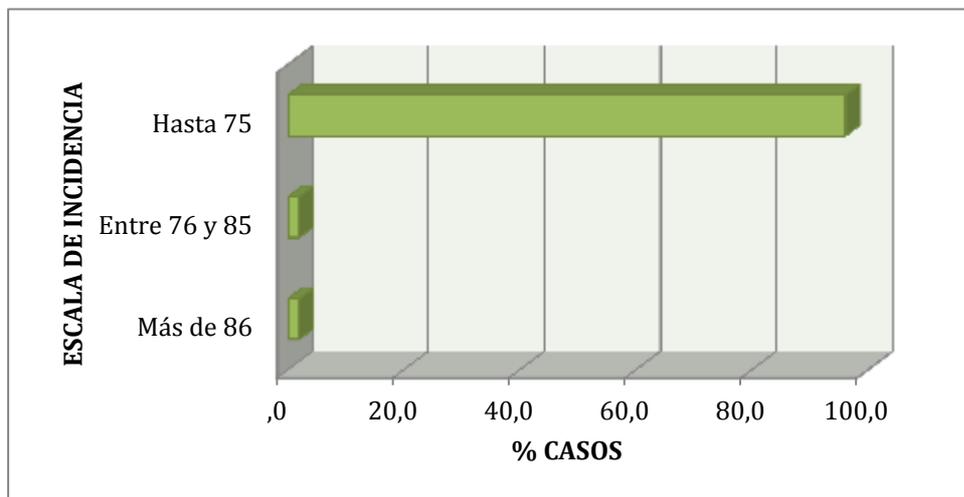
El trastorno de personalidad depresivo, tampoco es representativo en el grupo estudiado. El 97% de los casos cuenta con una puntuación de hasta 75 puntos en el test y el restante 3% corresponde a pacientes que han marcado una puntuación de entre 76 y 85 en el test.

Cuadro No. 15
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE

TP DEPENDIENTE		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	2	1,9
Entre 76 y 85	2	1,9
Hasta 75	99	96,1
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 10
PACIENTES PERSONALIDAD DEPENDIENTE



Fuente: Cuadro No. 17
Elaboración: W.O

El trastorno de personalidad dependiente, sigue la misma tendencia de las personalidades antes descritas. El 96% de los pacientes reportaron puntajes de hasta 75 en el test. Por su parte, el 2% corresponde a quienes tienen puntajes de entre 76 y 85; en tanto que existe otro 2% con puntajes de más de 86.

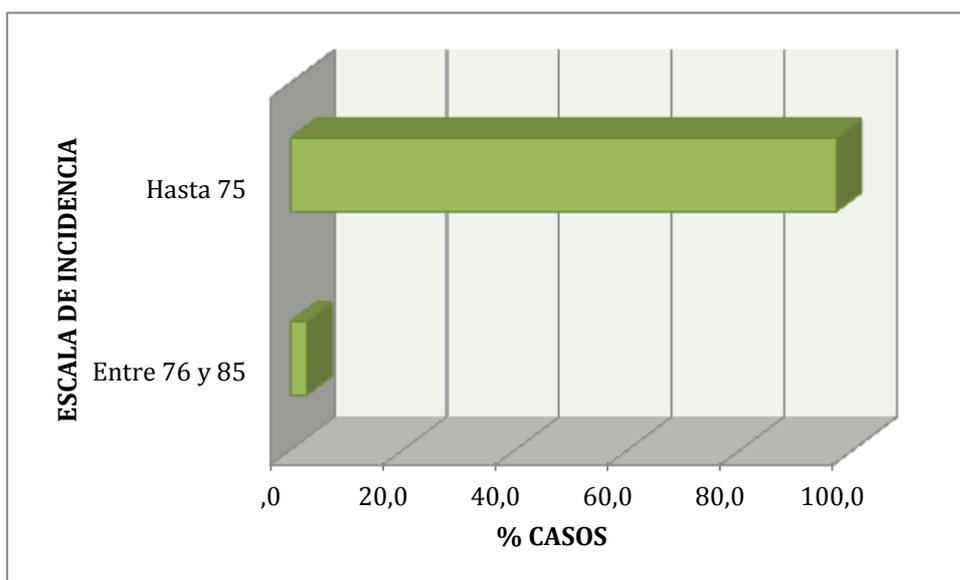
Cuadro No. 16
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIONICA

TP HISTRIONICO		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	0	,0
Entre 76 y 85	3	2,9
Hasta 75	100	97,1
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 11
PACIENTES PERSONALIDAD HISTRIONICO



Fuente: Cuadro No. 18

Elaboración: W.O

La personalidad histriónica, presenta tan solo rasgos en el 97% de los casos analizados. El 3% corresponde a quienes presentan personalidad histriónica marcada.

Cuadro No. 17

PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA

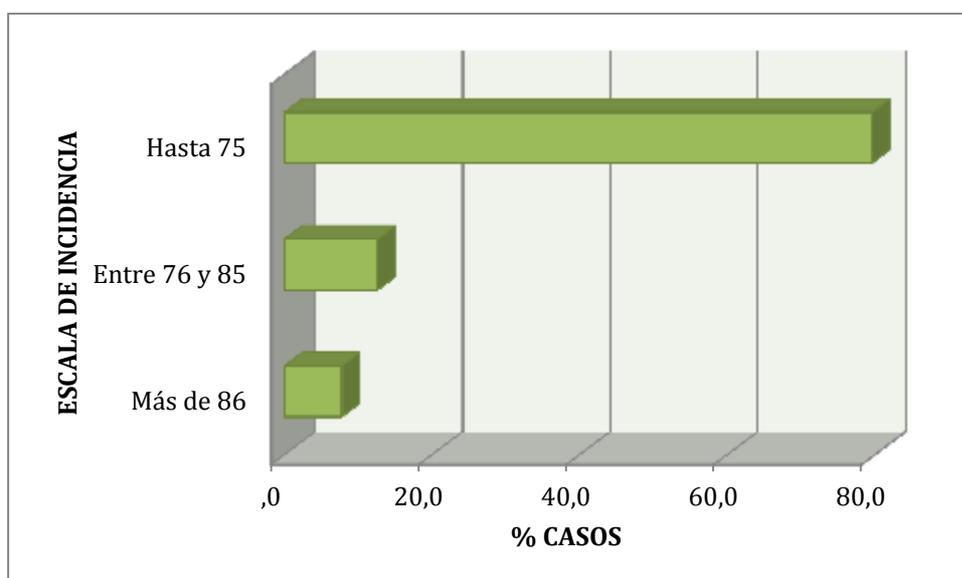
TP NARCISISTA		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	8	7,8
Entre 76 y 85	13	12,6
Hasta 75	82	79,6
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 12

PACIENTES PERSONALIDAD NARCISISTA



Fuente: Cuadro No. 19

Elaboración: W.O

En relación a la personalidad narcisista, presenta una tendencia marcadamente diferente a las anteriormente descritas. El 80% de los pacientes presenta rasgos, el 12% muestra una personalidad marcada y el 8% muestra un trastorno de personalidad narcisista.

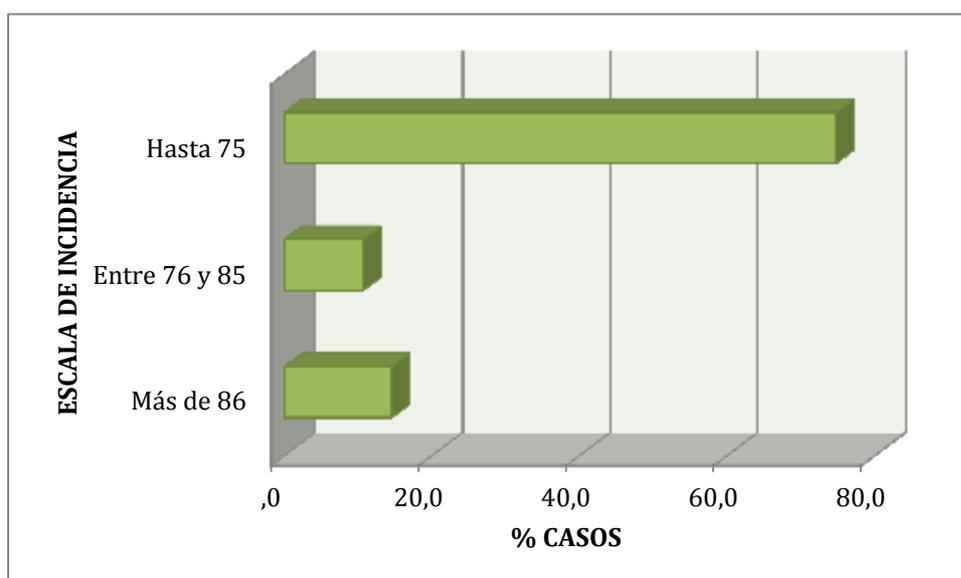
Cuadro No. 18
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

TP ANTISOCIAL		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	15	14,6
Entre 76 y 85	11	10,7
Hasta 75	77	74,8
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 13
PACIENTES PERSONALIDAD ANTISOCIAL



Fuente: Cuadro No. 20

Elaboración: W.O

La personalidad antisocial muestra similar tendencia a la personalidad narcisista. El 11% de los casos aproximadamente corresponde a quienes presentan marcadas personalidades antisociales y el 15% evidenciaría un trastorno de personalidad antisocial.

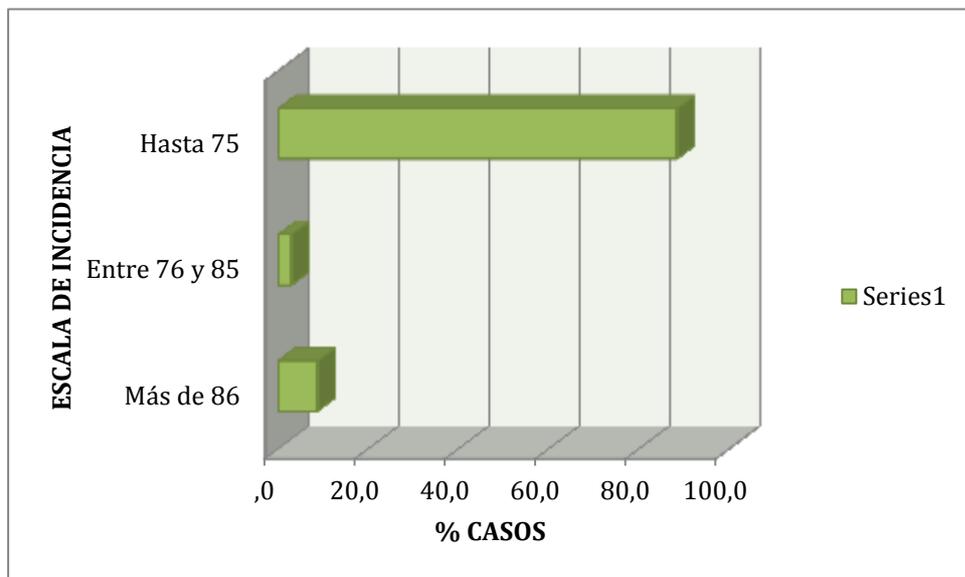
Cuadro No. 19
 PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD AGRESIVO

TP AGRESIVO		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	9	8,7
Entre 76 y 85	3	2,9
Hasta 75	91	88,3
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 14
 PACIENTES PERSONALIDAD AGRESIVO



Fuente: Cuadro No. 21

Elaboración: W.O

El trastorno de personalidad agresivo también se presenta con altos porcentajes entre los pacientes adictos. Prácticamente el 9% de los casos muestra dicho trastorno de personalidad. El 3% indica puntajes entre 75 y 85 y un 88% se destaca como portadores de rasgos solamente.

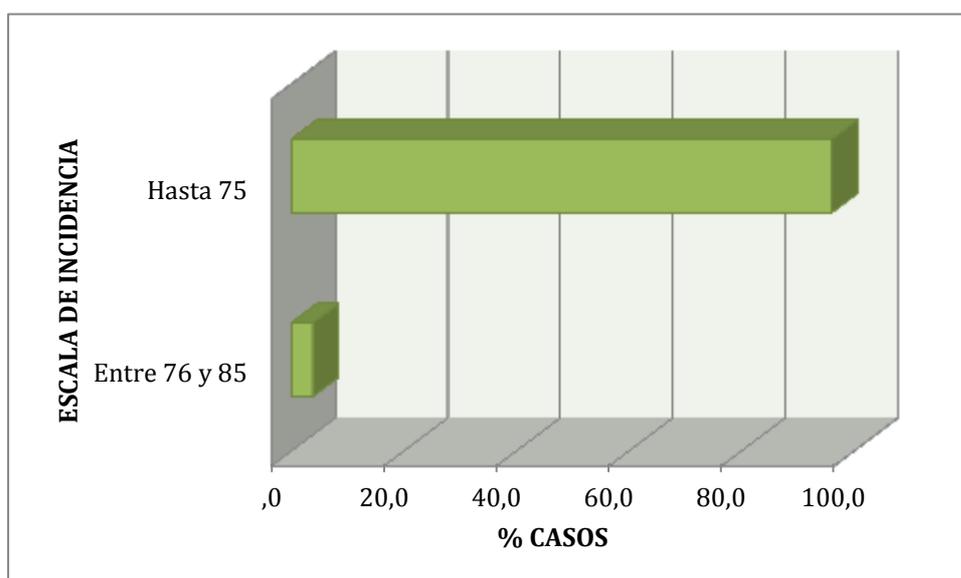
Cuadro No. 20
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD COMPULSIVA

TP COMPULSIVO		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	0	,0
Entre 76 y 85	4	3,9
Hasta 75	99	96,1
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 15
PACIENTES PERSONALIDAD COMPULSIVO



Fuente: Cuadro No. 22

Elaboración: W.O

El trastorno de personalidad compulsivo se descarta como uno de los más comunes toda vez que el 96% de los casos han obtenido puntajes de hasta 75 puntos en la aplicación del test, tan solo un 4 % indica la presencia de si como personalidad marcada.

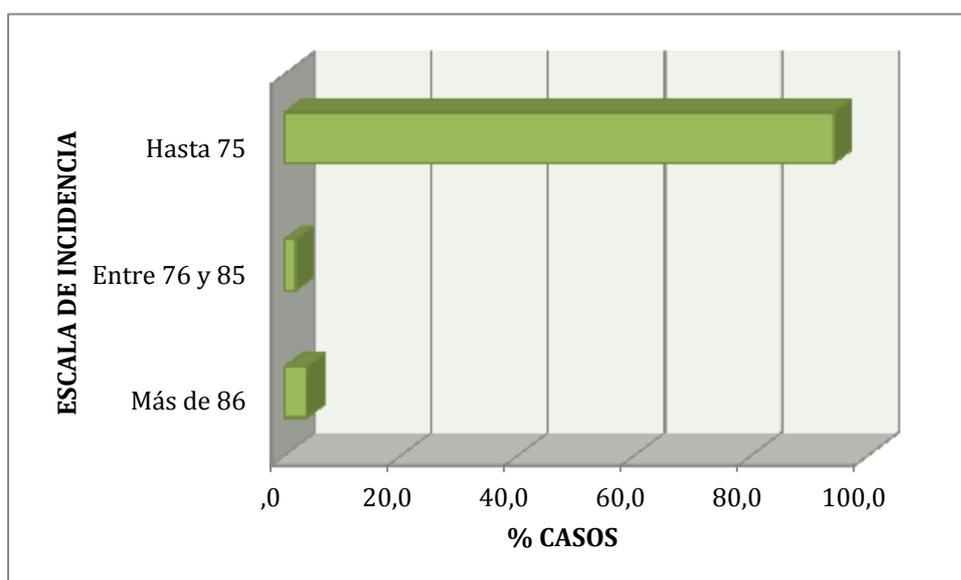
Cuadro No. 21
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD NEGATIVISTA

TP NEGATIVISTA		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	4	3,9
Entre 76 y 85	2	1,9
Hasta 75	97	94,2
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 16
PACIENTES PERSONALIDAD NEGATIVISTA



Fuente: Cuadro No. 23

Elaboración: W.O

El trastorno de personalidad negativista aparece como patología en el 4% de los pacientes mientras que otro 2% lo presenta como personalidad arraigada. El 94% de los examinados indica la sola presencia de rasgos.

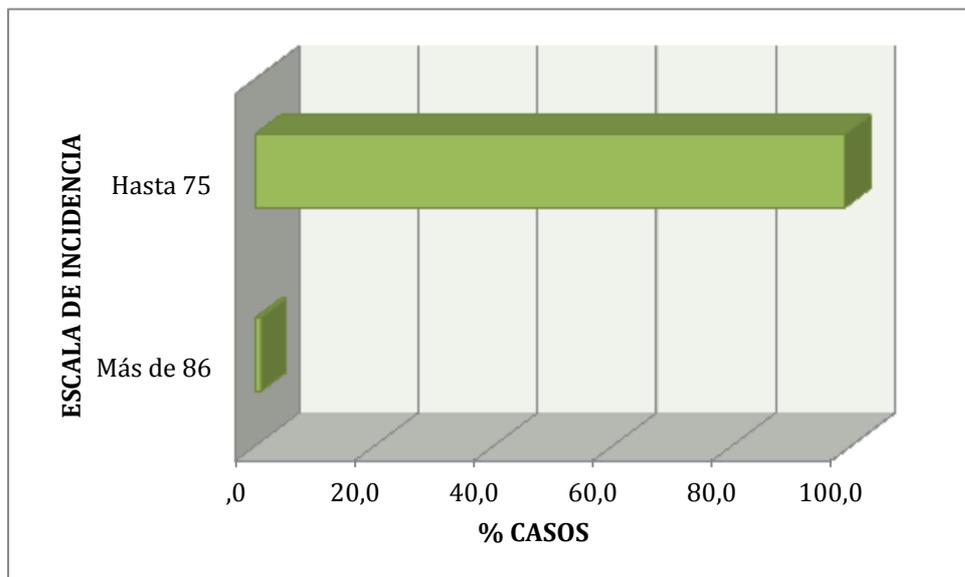
Cuadro No. 22
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVO

TP AUTODESTRUCTIVO		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	1	1,0
Entre 76 y 85	0	,0
Hasta 75	102	99,0
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 17
PACIENTES PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVO



Fuente: Cuadro No. 24

Elaboración: W.O

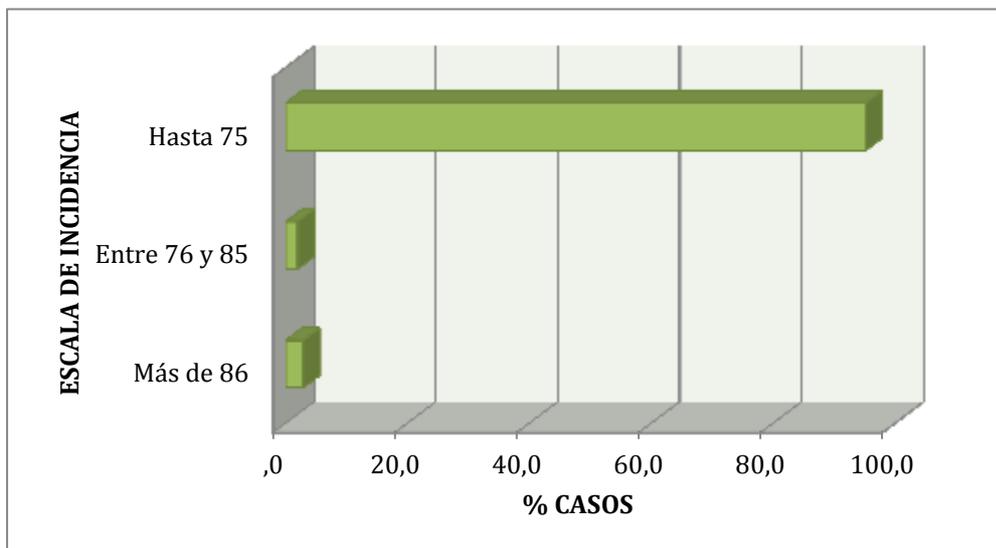
El trastorno de personalidad autodestructivo, tan solo resulta patológico en el 1% de los casos examinados. El 99% del grupo evaluado solo evidencia la presencia de rasgos.

Cuadro No. 23
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICO

TP ESQUIZOTIPICO		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	3	2,9
Entre 76 y 85	2	1,9
Hasta 75	98	95,1
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

Gráfico No. 18
PACIENTES PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICO



Fuente: Cuadro No. 25
Elaboración: W.O

La personalidad esquizotípica se encuentra prácticamente ausente en el grupo puesto que el 95% de los examinados indica puntuaciones menores al 75%; un 3% sugiere la posibilidad de un trastorno y otro 2% la presencia de sí como personalidad.

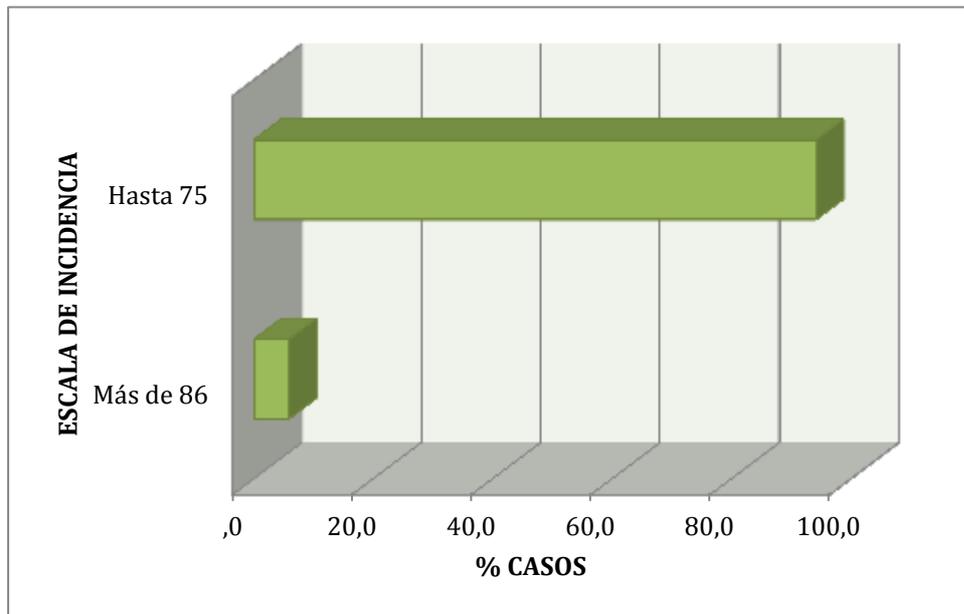
Cuadro No. 24
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

TP LIMITE		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	6	5,8
Entre 76 y 85	0	,0
Hasta 75	97	94,2
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 19
PACIENTES PERSONALIDAD LÍMITE



Fuente: Cuadro No. 26

Elaboración: W.O

El trastorno de personalidad límite ha alcanzado más de 86 puntos en el 6% de los casos aproximadamente; el 94% restante reporta tan solo la presencia de rasgos.

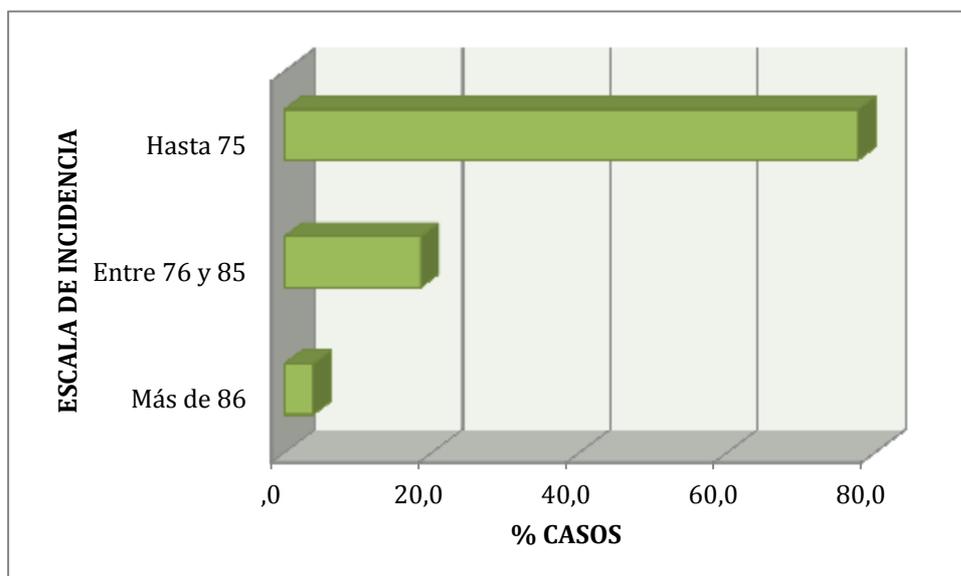
Cuadro No. 25
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD PARANOIDE

TP PARANOIDE		
Escala de incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de 86	4	3,9
Entre 76 y 85	19	18,4
Hasta 75	80	77,7
Total	103	100,0

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: W.O

Gráfico No. 20
PACIENTES PERSONALIDAD PARANOIDE



Fuente: Cuadro No. 27

Elaboración: W.O

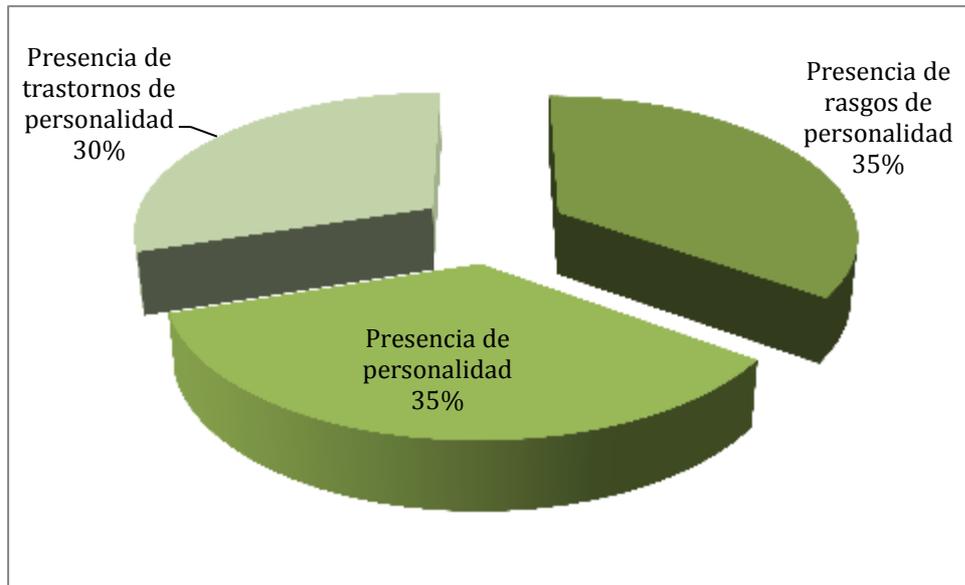
A diferencia de la mayoría de personalidades anteriores la personalidad paranoide se destaca por sus puntajes altos en el grupo evaluado: un 18% de los examinados la presenta como una personalidad marcada, un 4% indica la posibilidad de un trastorno y el restante 77% indica la presencia de sus rasgos.

Cuadro No. 26
NIVELES DE INCIDENCIA DE LA PERSONALIDAD

NIVELES DE INCIDENCIA DE LA PERSONALIDAD				
	Total Trastornos de Personalidad incidencia 1 (hasta 75%)	Total trastornos de personalidad incidencia 2 (entre 75 y 85%)	Total trastornos de personalidad incidencia 3 (más de 85%)	
Número de casos	36	36	31	103
Porcentaje	35%	35%	30%	100%

Fuente: Cuadro No. 5
Elaboración: W.O

Gráfico No. 21
NIVELES DE INCIDENCIA DE PERSONALIDAD



Fuente: Cuadro No. 5
Elaboración: W.O

En relación a la incidencia general de la personalidad en la drogodependencia se destaca que el 30% de los pacientes examinados presentan un trastorno de personalidad, el 35% poseen una personalidad marcada y un último 35% se caracteriza por la presencia de rasgos solamente.

4.2.4 Descripción de síndromes asociados

Cuadro No. 27
SINDROMES ASOCIADOS

Descripción		T. Ansiedad	T. Somatoformo	T. Bipolar	T. Distimico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor	T. Delirante
Casos	Hasta 75	35	97	74	99	20	40	97	54	86	61
	De 76 hasta 85	36	2	16	2	29	26	2	24	7	31
	Mas 85	32	4	13	2	54	37	4	25	10	11
	TOTAL	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
% Casos	Hasta 75	34%	94%	72%	96%	19%	39%	94%	52%	83%	59%
	De 76 hasta 85	35%	2%	16%	2%	28%	25%	2%	23%	7%	30%
	Mas 85	31%	4%	13%	2%	52%	36%	4%	24%	10%	11%
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Trabajo de campo
Elaboración: W.O

En relación a los síndromes asociados, los de mayor incidencia son los de dependencia de alcohol con un 52%, dependencia de sustancias con un 36%, trastorno de ansiedad con un 31% y trastorno del pensamiento con un 24 %.

4.3 Análisis Cuantitativo

Como datos relevantes para el análisis cualitativo tenemos:

- El mayor grupo de pacientes se concentra alrededor de una edad de entre 21 y 30 años representando a un 39% de los examinados.
- En relación al estado civil de los pacientes, el 34% manifiesta ser soltero, en tanto que el 33% indica que su estado civil es casado. Se evidencian mínimos porcentajes en el resto de clasificaciones.
- Sobre el nivel de instrucción, el 45% aproximadamente indica que posee instrucción secundaria, seguido de un 30% que manifiesta contar con instrucción primaria y el 24% que tiene instrucción superior.
- El alcohol se destaca por ser la droga más consumida entre el grupo examinado, observándose su consumo en el 88% de los pacientes; además se evidencia como la droga de preferencia y causante de la adicción en el 59% de los pacientes.
- La personalidad antisocial es la que aparece con mayor frecuencia en calidad de trastorno concomitante en el grupo examinado, pudiéndose observar en el 15% de los pacientes; un 11% de los casos la presenta como personalidad arraigada.
- La personalidad paranoide es la más comúnmente encontrada en calidad de personalidad arraigada destacándose en un 18% de los examinados, mientras que en un 4% aparece tan solo como trastorno.
- La personalidad narcisista se encuentra presente en el 12% de los pacientes como personalidad marcada y en un 8% de los casos como trastorno.

- En relación a la incidencia general de la personalidad en la drogodependencia se destaca que el 30% de los pacientes examinados presentan un trastorno de personalidad, el 35% poseen una personalidad marcada y un último 35% se caracteriza por la presencia de rasgos solamente.
- Con respecto a los síndromes asociados se resalta la coexistencia del trastorno de ansiedad en un 31% de los examinados y al trastorno del pensamiento que se evidencia en un 24 % de los mismos.

Apreciaciones cualitativas de acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación:

a) Edad

Una mayoría representativa de pacientes consumidores presentan edades comprendidas entre los 21 y 30 años (39%). Esto podría responder a múltiples estresores o cambios de estilos de vida propios de esta etapa como pueden ser el inicio de la vida independiente de su familia de origen, el involucramiento en una relación marital, el inicio de la paternidad, entre otros. Parece ser que esta difícil etapa del ciclo vital es un terreno vulnerable y fértil para el desarrollo de una adicción.

b) Estado civil

Ningún porcentaje del cuadro de estado civil se destaca notablemente. Tanto casados como los solteros presentan porcentajes similares (33%; 34%) lo que nos podría llevar a descartar la predicción empírica de que los sujetos divorciados, separados o viudos constituyen la población más común en las adicciones. Parece ser que aquellos que atraviesan situaciones estabilizantes en el área conyugal generan elementos resilientes que los protegen de las tendencias adictivas.

c) Nivel de instrucción

Apenas se evidencia una diferencia porcentual con respecto al nivel de instrucción de los pacientes. Aquellos con estudios secundarios tienen una presencia ligeramente mayor en relación a los que cuentan con instrucción primaria y superior

(45%; 30%; 24%). A partir de lo anterior, puede sugerirse la posibilidad de que la adicción es un trastorno que se desarrolla independientemente de la condición educativa o socioeconómica del afectado. Una vez que un sujeto ha empezado a sumergirse en las entrañas de una adicción, es introducido en una alteración neurobiológica que lo hará asemejarse enormemente a muchos otros, a pesar de sus diferencias educativas.

d) Sustancias consumidas

El alcohol se destacó como la droga más consumida por los pacientes adictos (88%) y como la principal de droga de preferencia (59%), lo cual resulta llamativo puesto que es justamente aquella que aún es considerada legal y que tiene libre permiso de venta y promoción social. Muchos drogodependientes al alcohol parecen no percatarse de su lenta y progresiva inmersión en un proceso adictivo puesto que su contexto social dedica la mayor parte de su tiempo al señalamiento e ilegalización de muchas otras drogas que al menos nuestro estudio no registra como las más amenazantes.

e) Análisis de clúster de personalidad

Los clúster nos permiten examinar conjuntamente personalidades que guardan similitudes en sus características.

e.1 Clúster personalidad esquizoide, evitativa y depresivo

En relación a nuestra investigación, las personalidades esquizoide, evitativa y depresiva presentaron puntajes sumamente bajos tanto en lo que respecta a la presencia de personalidad o de un trastorno (1%, 0%, 0%). Es difícil establecer a que puede deberse esto, puesto que los datos previos obtenidos indican que la adicción no discrimina edad, estado civil o instrucción educacional. No obstante, se hace evidente que estas personalidades con tendencias más introvertidas de funcionamiento como la tristeza, el pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor no son el campo más fértil para el desarrollo de una adicción; ¿podrá ser posible que aquellos individuos con características más extrovertidas como la sociabilidad, la tendencia a las relaciones, al emprendimiento y a las actividades en general suelen sumergirse con mayor facilidad en las garras de la adicción?

e.2 Clúster personalidad dependiente, histriónica, narcisista y antisocial

En ésta investigación las personalidades dependiente e histriónica presentaron puntajes bajos al igual que aquellas del clúster anterior (2%; 0%). Sucede lo contrario con la personalidad narcisista y la antisocial, mismas que mostraron altas puntuaciones.

La personalidad antisocial presentó el porcentaje más alto en relación a la presencia de sí como trastorno de personalidad concomitante (15%) y la personalidad narcisista se evidencia como la segunda más frecuente en lo que respecta a su presencia como personalidad (12%). Estos resultados podrían deberse a la gran abundancia de rasgos y características comunes que estas personalidades guardan con los indicadores propios de un cuadro adictivo.

La constitución antisocial y la drogodependencia se asemejan en lo que respecta al irrespeto y omisión de normas y reglas, recurrente mentira y manipulación, ausencia de control de impulsos, falta de planificación y preocupación por el bienestar de otros, etc. Mientras que el narcisismo se manifiesta comúnmente en los adictos a través de actitudes arrogantes, sentimientos de superioridad, creencias infundamentadas de autocontrol, autojustificación constante, carencia de empatía, despreocupación por las consecuencias de sus actos en otras personas, negación de los propios errores, etc. Podría sugerirse que estas personalidades tienen una mayor tendencia a desarrollar, coincidir o a complicar los cuadros drogodependientes debido a sus múltiples características en común.

e.3 Clúster personalidad agresivo, compulsiva, negativista y autodestructivo

Las personalidad compulsivo, negativista y autodestructivo mostraron nuevamente puntajes bajos (0%; 4%; 1%) a excepción del trastorno agresivo de la personalidad que se evidenció como el segundo más frecuente en lo que respecta a la presencia de sí como trastorno (9%). Esto puede originarse en las marcadas similitudes y características comunes con el trastorno antisocial que constituye el de mayor prevalencia en sí como trastorno.

e.4 Clúster personalidad esquizotípico, límite y paranoide

Los dos primeros presentaron puntajes tan bajos como muchos de los anteriores (3%; 6%), mientras que el trastorno paranoide presento una elevación porcentual sumamente llamativa en lo que respecta a su presencia como personalidad comorbil (18%), reflejando puntajes incluso mayores a los registrados para la personalidad narcisista.

Las características propias de esta personalidad son elementos distintivos y propios del cuadro diagnóstico de las drogodependencias. El paciente adicto se caracteriza por desarrollar con facilidad tendencias cognitivas paranoides y auto defensivas como consecuencia misma del uso de la droga. Puesto que los pacientes tienen consciencia de la condición ilegal y criticada de la actividad que realizan, les toma poco tiempo en empezar a sentirse perseguidos, bajo sospecha, criticados, incomprensidos, etc. Pensamientos que tienden a desaparecer tan pronto descontinúan el consumo de droga y regresan a su situación natural. Los puntajes altos parecen responder al hecho de que los pacientes se han identificado con naturalidad con las preguntas correspondientes a los rasgos paranoides y es por esto que han respondido afirmativamente a las mismas.

f) Niveles de incidencia de personalidad

A través del estudio se evidencia una marcada presencia concomitante de patrones de personalidad en los pacientes adictos. Los puntajes sugieren que un 30% de los pacientes adictos con los que se interviene presentan trastornos de personalidad concomitantes y que otro 35% presenten personalidades sumamente arraigadas que también podrían desembocar en un futuro cuadro patológico. Esta comorbilidad, como ya hemos dicho anteriormente, sin duda generará múltiples dificultades para la intervención y tratamiento y es por esto que es esencial estar atentos a su disfrazada y silenciosa co existencia.

g) Síndromes asociados

A través de esta investigación, por motivos prácticos no se consideró a profundidad el análisis del conjunto de síndromes que también fueron evaluados por el test, tales como son indicadores de ansiedad, bipolaridad, depresión, estrés postraumático, distimia, etc. No obstante se puede observar que el síndrome clínico de la ansiedad parece estar presente en términos patológicos en un 31% de los

pacientes adictos y en condición no poco preocupante en otro 35% de los examinados. Dichos datos eran de esperarse debido a que es de conocimiento de los profesionales de la salud mental, la usual presencia de síntomas ansiosos agravados por el consumo de droga en los pacientes adictos, tanto por la tendencia neurológica compulsiva a reiterar el consumo como por la natural aparición de nervios y ansiedad como parte del síndrome de abstinencia por el cual evidentemente están atravesando los pacientes internados en centros de tratamiento.

Cabe considerar este resultado como mira a un próximo estudio relacionado o también para tener presente la necesidad de dar una respuesta terapéutica para esta adicional patología comorbida que puede ser causa de falta de adherencia al tratamiento, propulsor de futuras recaídas, etc.

4.4 Conclusiones:

Son varios los puntajes que se destacaron en este último capítulo, lo que permitió ofrecer un número significativo de análisis cuantitativos y correlaciones teóricas. Como se puede apreciar, es sumamente alta la incidencia de los trastornos de la personalidad o bien de personalidades arraigadas en los pacientes drogodependientes de la ciudad de Cuenca Ecuador, coincidiendo con las investigaciones realizadas en otros países.

Parece evidenciarse una patrón común a nivel mundial en relación a la comorbilidad de la personalidad y las drogodependencias, no obstante llama la atención el hecho de que las personalidades que predominan en nuestro contexto no son necesariamente las mismas que se manifiestan en otros países, esto podría deberse a que la cultura predominante de cada país promueve determinados tipos de comportamientos y patrones cognitivos que finalmente se traducen en características de personalidad.

CONCLUSIONES GENERALES

Previo a cualquier conclusión conviene reiterar que el presente estudio no pretende determinar cuál de los dos trastornos examinados se configura como causa o consecuencia del otro, más bien aspira determinar con qué frecuencia estos co-existen dada la inminente complejidad de dicho cuadro clínico.

Como resultado de esta investigación encontramos que la mutua aparición de la drogodependencia y personalidades arraigadas o patológicas es sumamente frecuente puesto que el 30% de los pacientes examinados evidencian un trastorno de personalidad y otro 35% presentan una personalidad arraigada, corroborando nuestro énfasis en esta problemática que a través de nuestro recorrido teórico hemos evidenciado como potencialmente compleja y patológica.

La personalidad antisocial es la que aparece con mayor frecuencia en calidad de trastorno concomitante en el grupo examinado, pudiéndose observar en el 15% de los pacientes.

Las personalidades paranoide y narcisista son las más comúnmente encontradas en calidad de personalidad arraigada destacándose en un 18% y 12 % de los examinados respectivamente.

Dichos datos en relación a la personalidad resultan esperados ya que las características que definen a estos trastornos son simultáneamente los indicadores que distinguen, en gran parte, a la drogodependencia. A partir de esta observación se puede sugerir que al momento de evaluar patrones de personalidad de pacientes adictos, las personalidades antisocial, narcisista y paranoide podrían ser las personalidades más frecuentes a encontrar ya sea en calidad de rasgos, patrones o trastornos.

La constante presencia de tendencias antisociales, narcisistas y paranoides justificaría entonces la posición de autores como Yaría, De León, Puentes y otros que sugieren la existencia de una personalidad adictiva en sí, entendida ésta como, aquella que combina varios rasgos típicos de la drogodependientes como son la falta de control de impulsos, recurrentes problemas con las leyes y normas, tendencia a la paranoia; mecanismos de defensa tales como la negación, la

proyección y la racionalización; creencia falsa de autocontrol, dificultad relacional, entre otros.

De los resultados de la encuesta, se desprende que el alcohol es la droga más consumida, pues el 88% de los pacientes declaró hacer uso de ésta. Constituye además la droga de preferencia y causante de la adicción del 59% del grupo examinado.

En relación a las características generales de los pacientes, encontramos que la edad también parece ser uno de los factores que influyen en la drogodependencia, la mayoría del grupo examinado se encuentra entre los 21 y 30 años y constituye el 39% de los casos.

RECOMENDACIONES

Una vez que se ha hecho evidente la frecuente coexistencia de estos complejos trastornos y el dificultoso cuadro clínico que configuran juntos, es menester que dirijamos nuestra atención, evaluaciones y esfuerzos terapéuticos desde un paradigma integral que permita afrontar desde un inicio a la drogodependencia como íntimamente ligada e interdependiente de la personalidad.

Se debería también considerar ampliar el alcance de la recolección de datos para incluir quintiles socioeconómicos, tipos de familias provenientes, géneros e incluso buscar la manera de examinar la población drogodependiente menor a los 18 años que parece ser bastante alta pero que no están ingresados en centros de tratamiento debido a condiciones legales.

En miras de una futura continuación y mejora de este estudio sugerimos personalizar las aplicaciones y complementarlas en lo posible con una adecuada historia clínica; posibilitando así un estudio horizontal de largo plazo con pacientes recuperados para indagar cambios de personalidad.

No está de más sugerir la necesidad de homologar un test de personalidad de esta calidad para nuestra población, con el objetivo de afinar los procesos evaluativos y evitar los diagnósticos inadecuados. Un cuadro clínico de esta complejidad exige la mayor precisión diagnóstica.

Finalmente reiteramos la recomendación de ampliar el estudio en vías de encontrar otras patologías comorbiles que aparecen con frecuencia en la adicción, puesto que en nuestro estudio los cuadros ansiosos se resaltaron con una considerable prominencia y de la misma manera puede haber otras alteraciones que usualmente puedan estar dificultando e impidiendo un mesurado manejo de las drogodependencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allport, G. (1986). La personalidad, su configuración y desarrollo. Barcelona. Editorial Herder.
- Balarezo, L. (2010). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito. 1era edición. Unigraf.
- Beck, A., Freeman, A. (1999). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós
- Cardenal, V., Sánchez, M. (2007). Artículo: Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. Vol. 18. Clínica y salud.
- DSM - IV TR. (2000). Asociación Americana de Psiquiatría. 4ta edición revisada. Masson S.A. España.
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.
- Goti, M. (1990). La comunidad terapéutica: un desafío a la droga. Nueva visión. 1990.
- Guajardo, H., Kushner, D. (2004). Mayéutica: Manual Terapéutico. Santiago de Chile.
- Martinez, G. (1984). Muestreo: algunos métodos y sus aplicaciones prácticas. 1ra edición. Bogota.
- Millon, T. (1999). MCMI-III. Inventario clínico multiaxial de Millon-III. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, director; Jiménez Gómez Coordinador. Madrid: TEA.
- Millon, T. (2009). Hacia una Teoría de la Personalidad. Wiley.

- Millon, T. (2007). *Moderating Severe Personality Disorders: A Personalized Psychotherapy Approach*. Willey.
- Millon, T., Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- OMS. (1992). *CIE - 10. Trastornos mentales y del Comportamiento*. Madrid. Editorial forma.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*. Santiago de Chile. ICPSI.
- Oro, O. (2005). *Persona y Personalidad*. Argentina. Fundación Argentina de Logoterapia.
- Pedrero, E.J., Pérez, M., Garrido, C. (2005). Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*.
- Puentes, M. (2009). *Estrategia terapéutica en Drogadicción: sistema ambulatorio preventivo asistencial y comunitario*. Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.
- Westen, D., Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: Toward DSM-V. *J Pers Disord*.
- Yaría, A. (1999). *Drogas, postmodernidad y redes sociales*. Buenos Aires. Lumen.
- Yaría, A. (2008). *Drogas: escuela, familia y prevención*. Buenos Aires. Bonum.

Linkografía:

- Yaria, A. Default Humanístico: artículos- drogodependencias. Revisión Junio 15, 2013. Tomado de: http://juanalbertoyaria.com.ar/?page_id=6687.

ANEXOS

ESQUEMA PARA DISEÑO DE TESIS

Realizado por:

Wilson Ochoa Ramírez

Curso:

9no Psicología Clínica

Director encargado:

Mst. Mario Moyano

Cuenca 10 de Abril 2012





UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

ESQUEMA PARA DISEÑO DE TESIS

1. TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Incidencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes Varones que padecen de Drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este tema es de vital importancia debido a que la investigación ha evidenciado que una buena parte de los problemas que acompañan al consumo de alcohol y drogas proceden de patrones disfuncionales de la personalidad y pueden justificar, también en parte, tanto la persistencia de la conducta adictiva, y en consecuencia, el fracaso de las estrategias encaminadas a su control, como la dificultad de manejo de los pacientes que los presentan, llevando a que la desatención de estos trastornos haya sido identificada como una de las principales fuentes de burnout para los profesionales que atienden a estos sujetos (Pedrero Pérez EJ, López S, 2003: p. 229-40; Brooner RK, Schmidt CW, Herbst JH, 2002: p. 236-257).

Investigadores de la APA en el 2002 estimaron que entre el 65 y el 90% de los sujetos que son tratados por abuso o dependencia de sustancias presentan, al menos, un trastorno de personalidad, siendo habitual la existencia de criterios para diagnosticar dos o más concomitante (Brooner RK, Schmidt CW, Herbst JH, 2002: p. 236-257); sin embargo estos datos epidemiológicos no pertenecen a la ciudad de Cuenca, por esta razón estudiar este problema en nuestra ciudad permitiría una mejoría en la evaluación y en el diagnóstico de estos trastornos, así como el diseño de estrategias de intervención terapéuticas específicas, que mejoren la evolución y pronóstico de estos pacientes.

3. OBJETIVOS

a. *Objetivos Generales:*

Determinar la incidencia de Trastornos de Personalidad en pacientes varones que padecen de drogodependencias y reciben tratamiento en clínicas de Rehabilitación de adicciones en la ciudad de Cuenca.

b. *Objetivo específicos:*

-Aplicar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III a pacientes varones con drogodependencias internos en clínicas de adicciones en la ciudad de Cuenca



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFIA
SECRETARIA

-Diagnosticar el tipo de trastorno de Personalidad que presentan los pacientes sujetos al estudio

-Determinar la correlación existente entre los trastornos de personalidad y las drogodependencias.

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene una gran relevancia debido a que nos permitirá observar la correlación existente entre los trastornos de personalidad y las drogodependencias, comorbilidad que al estar presente parece generar claras dificultades en el tratamiento de pacientes aquejados de dicha patología.

Aspiramos que el efecto producido por los resultados de la investigación promueva el enfoque psicoterapéutico centrado en la Personalidad en los terapeutas de Rehabilitación de las drogodependencias del Ecuador.

Además este estudio permitirá comprobar la fiabilidad de este test al momento de evaluar trastornos de personalidad en nuestro medio; por tanto se espera impulse un mayor uso de este por parte de los estudiantes de psicología de la universidad del Azuay.

5. MARCO TEÓRICO

Este estudio pone su énfasis en buscar la comorbilidad existente entre los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias de pacientes que se encuentran asistiendo a clínicas de tratamiento de adicciones de la ciudad de Cuenca; puesto que para aquellos que hemos tenido la oportunidad de trabajar en ese campo se habrá hecho evidente la complejidad que presenta el tratamiento de dicha patología. Una vez que se entra en contacto con pacientes con drogodependencias uno llega a preguntarse por qué nos enfrentaremos con tanta resistencia en ellos para colaborar e involucrarse en el tratamiento; habremos de encontrarnos también con rasgos de personalidad sumamente arraigados y disfuncionales que en varias ocasiones habrán de impedir una adecuada evolución del proceso terapéutico que les proponemos. Por estas razones consideramos de gran importancia dar luz a este tema, clarificando cual es la frecuencia con la que estos trastornos de personalidad co ocurren en los trastornos por drogodependencia apoyando de esta manera a uno de los puntos centrales de la investigación actual.



Si bien hasta hace algunos años se prestaba poca atención a esta correlación existente debido a múltiples causas, como por ejemplo: que estos trastornos solían ser formulados a partir de criterios sociológicos y no médicos o psicológicos, falta de baterías diagnósticas con alta validez, etc. en las últimas décadas se ha evidenciado un afianzado consenso entre los profesionales de la salud acerca de las teorías de la personalidad que han dado lugar a múltiples instrumentos diagnósticos sostenidos por fundamentos teóricos firmes lo cual ha permitido un amplio desarrollo de investigaciones relacionadas a este tema (Westen D, Shedler J. 2000: p.109-26). Finalmente se considera que una causa de desatención a la importante incidencia de los trastornos de personalidad en la evaluación y tratamiento de las conductas adictivas proviene de los distintos paradigmas desde los que se concibe y enmarca a las adicciones. En la ciudad de Cuenca-Ecuador en la que se realiza este estudio, la mayor parte de las clínicas de adicciones no poseen un tratamiento enfocado en la personalidad, por tanto, manejan tal patología predominantemente con tratamientos conductuales y biológicos. Es tan solo desde el año 2011 que el Ministerio de Salud del Azuay empezó a exigir la implementación en nuestra ciudad del modelo de comunidad terapéutica proveniente del modelo Claretiano en Colombia o del modelo Integrativo en Chile cuyo mayor énfasis está en el tratamiento de la personalidad (Guajardo H, Kushner D, 2004: p. 15-25). Sin datos comprobados es posible plantear como hipótesis, digna de un futuro estudio, que estos modelos de tratamiento enfocados en la personalidad superan con creces a las clínicas de adicciones convencionales en lo que a resultados terapéuticos respecta.

Trastornos de Personalidad

En la actualidad, la personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en su mayor parte Inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo; que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizajes; que cuando van más allá de los que normalmente presentan la mayoría de las personas y son inflexibles, des-adaptativos y causan un deterioro funcional significativo, o bien un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad (Westen D, Shedler J. 2000: p.109-26). La naturaleza de estos patrones disfuncionales no es exclusivamente biológica o ambiental: hay evidencia de que los factores genéticos desempeñan un papel disposicional que conforma el substrato morfológico y bioquímico de algunos rasgos y son el fundamento para que una persona sea susceptible a la disfunción, y que el aprendizaje modifica estructural y funcionalmente el desarrollo del substrato

biológico (Millon T. 2009. P. 16-22). Además se empiezan a conocer los factores etiológicos que rigen la relación entre los trastornos de la personalidad y las conductas adictivas y que no pueden ser entendidas prescindiendo de cualquiera de sus vertientes psicológicas o biológicas (Fernández JJ.2002: p. 421-7).

Gran parte de los conceptos previamente expuestos provienen de una amplia teoría psicobiológica de los trastornos de personalidad: la Teoría Biosocial de Millon, desarrollada durante tres décadas y sustancialmente mejorada en la última de ellas, que nos proporciona, por una parte, un marco explicativo comprensivo e integrador y, por otra, instrumentos de medida fiables para su estimación. La teoría se asienta en la interacción de los factores genéticos y su expresión metabólica y neurobiológica en constante interacción con las variables del aprendizaje y la búsqueda de reforzamiento según tres polaridades: placer-dolor, actividad-pasividad y yo-otros. Su instrumento, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III facilita la evaluación de estos patrones des adaptativos de conducta (Millon T. MCMI-III. 1999: p. 15-45)

Drogodependencia

Introduciéndonos al campo de la drogodependencia, conviene iniciar formulando el concepto de Droga, concibiendo a esta como "cualquiera de las múltiples sustancias que el ser humano ha usado, usa o inventará, con capacidad de modificar las funciones del organismo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo" (Guajardo H, Kushner D, 2004: p. 15-25)

La drogodependencia es definida por el DSM IV como un patrón desadaptivo de consumo que conlleva malestar o deterioro (físico, psicológico o social) y junto al que han de darse, al menos, tres de los siguientes criterios en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia (necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado y un efecto disminuido de las mismas cantidades de sustancia)
- Abstinencia (Presencia de un síndrome físico o psicológico específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades (nauseas, dolores, mareos, deseos obsesivos de consumo, delirios, taquicardia, insomnio, ansiedad, etc.)





UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

- La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante más tiempo de lo que se pretendía en un principio.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de interrumpir el consumo o de controlarlo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumo o recuperación de sus efectos.
- Se da una importante reducción de las actividades cotidianas del sujeto debido a la ingesta de la sustancia.
- Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de sus potenciales riesgos.

Mientras que el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2005) refiere que para poder hablar de dependencia han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

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

En fin, se hace evidente que la adicción, independientemente de las variaciones explicativas de cada enfoque, se presenta como un abuso excesivo de sustancias que afectan al sistema nervioso central y comienza desde el momento mismo en que decidimos usarlas, alterando nuestra forma de percibir y conectarnos con el mundo, abuso que conlleva deliberadamente a una dependencia caracterizada por la presencia de síntomas de tolerancia y abstinencia (Gujardo H, Kushner D, 2004: p. 15-25)

Lo que la investigación ha puesto de manifiesto es que una buena parte de los problemas que acompañan al consumo de sustancias procede de patrones disfuncionales de conducta que se mantienen en el tiempo con una elevada estabilidad y pueden justificar, también en parte, tanto la persistencia de la conducta adictiva y, en consecuencia, el fracaso de las estrategias encaminadas a su control como la dificultad de manejo de los pacientes que los presentan (Cervera G, Martínez D, Bolinches F, Haro, 2006: p. 366-70). Los diversos estudios permiten estimar que entre el 65 y el 90% de los sujetos que son tratados por abuso o dependencia de sustancias presentan, al menos, un trastorno de personalidad concomitante, siendo

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

habitual la existencia de criterios para diagnosticar dos o más (Brooner RK, Schmidt CW, Herbst JH, 2002: p. 236-257).

La existencia de Comorbilidad psiquiátrica en las adicciones toma además especial relevancia puesto que diferentes estudios han constatado que la presencia de Psicopatología asociada es un factor de mal pronóstico en el tratamiento y que este hecho es aún más importante cuando se trata de un diagnóstico añadido de trastorno de personalidad (Pedrero EJ, Pérez M, Ena S, Garrido C 2005: p.166-86). Son muchos los factores que pueden incidir en el ensombrecimiento del pronóstico terapéutico de los pacientes con diagnósticos duales: menor adhesión al tratamiento, mayores dificultades sociales, menor apoyo familiar, etc. No obstante es probable que una mejoría en la evaluación y en el diagnóstico de estos trastornos, así como el diseño de estrategias de intervención terapéuticas específicas, mejore la evolución y pronóstico de estos pacientes. En esta línea varios autores han hecho hincapié en la importancia de una correcta evaluación de los trastornos de personalidad en el tratamiento de las conductas adictivas (Westen D, Shedler J. 2000: p.109-26).

Sobre estas premisas abordamos a continuación, un estudio que busca determinar la prevalencia de trastornos de personalidad entre los pacientes con drogodependencia que se encuentran en tratamiento en una clínica de adicciones. Para ello, se emplea el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, instrumento utilizado con frecuencia para estudios similares (Millon T. MCMI-III. 1999).



6. CONTENIDOS

Capítulo 1: Drogodependencias

1.1-Introducción

1.2-Definiciones de la Drogodependencia

1.4- Criterios Diagnósticos

1.5-Fuentes Etiológicas

1.7-Modelos de Tratamientos

1.7.1-Modelo Biológico

1.7.2-Modelo Cognitivo-Conductual

1.7.3-Modelo de Comunidad Terapéutica

1.7.4-Modelo Integrativo

Capítulo 2: Trastornos de la Personalidad

2.1-Introducción

2.2-Definiciones de la Personalidad

2.3-Criterios Diagnósticos

2.4- Clasificación de los Trastornos de la Personalidad

2.5.- Modelo Bio social de Millon

2.6-Implicaciones de los trastornos de la personalidad en las Drogodependencias

2.7- Características del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

2.8-Conclusiones

Capítulo 3: Aplicación y resultados

3.1-Introducción

3.2- Objetivos

3.3-Metodología



UNIV
FACULTAD DE
FILOSOFIA
SECRETARIA

3.3.1-Población

3.3.2 Técnicas utilizadas

3.4- Resultados estadísticos

Capítulo 4: Análisis de Resultados

4.1-Introducción

4.2-Presentación de tablas

4.3-Análisis

4.4-Conclusiones

Conclusiones Generales

Recomendaciones

Referencias Bibliográficas

Anexos

7. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y transversal

Universo y Muestra

Según los datos obtenidos del CONSEP acerca del Universo que existe en la ciudad de personas con Drogodependencia se utilizó un muestreo aleatorio para determinar el tamaño de la muestra apropiada.

En nuestra ciudad existe aproximadamente una Incidencia anual de 940 casos de varones y 38 casos de mujeres ingresados en los distintos centros de adicciones, estos datos corresponden solo a aquellos registrados por el CONSEP (Datos obtenidos en el CONSEP 2011).

Además Esta investigación tomó como referencia los datos recolectados por estudiantes de la escuela de Psicología de la Universidad del Azuay durante los años 2010 y 2011, datos que fueron obtenidos a través de la aplicación de este mismo test a la misma



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

población, es a partir de estos datos que se obtuvo la variable estadística para obtener el número de muestra necesario para la investigación.

Se realizó, por tanto, un muestreo piloto preliminar de 58 aplicaciones (aplicaciones de la Universidad del Azuay), para determinar la varianza y el error muestral. Se calcularon las varianzas de las preguntas para detectar la pregunta que tenía mayor varianza, es decir mayor variabilidad en las respuestas, porque esta es la pregunta crítica en función de la cual se debe establecer el tamaño muestral.

Se trabajó el error muestral que corresponde al 10% de la media muestral, (Libro: muestreo de Martínez Ciro. ad.). Se trabajó a un nivel de confianza del 95,5%. El tamaño poblacional correspondía a 940 individuos y el muestreo aleatorio simple arrojó un total de 105 encuestas necesarias para este estudio. Por ende, con el fin de realizar un estudio científicamente válido y confiable es necesario aplicar el test designado a una muestra de 105 pacientes varones internados en Centros de Tratamiento de Drogodependencias en la Ciudad de Cuenca.

Los sujetos de estudio cumplirán con los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Presentar un diagnóstico de Trastorno por Drogodependencias
- Edad comprendida entre 18 y 65
- Pacientes varones
- Que acepten participar en el estudio
- Estar recibiendo tratamiento en una de las clínicas de rehabilitación de adicciones abaladas por el CONSEP

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con retardo mental
- Pacientes con trastornos psicóticos
- Pacientes internos por otras adicciones no relacionadas con drogas
- Pacientes mujeres
- Ingresados en Centros de tratamiento no registrados por el CONSEP

Tiempo: Para la muestra de estudio se escogerán pacientes internos entre los meses de Julio a Octubre del 2012 en clínicas de Rehabilitación de Drogodependencias por



tanto existe el tiempo necesario para investigar este fenómeno, debido a que la casuística es de más de 25 pacientes por mes.

El tiempo previsto es de 6 meses, que es un tiempo adecuado para la realización del estudio.

Realización de los objetivos planteados

-Se utilizara el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III 16 (anexo 1) con el cual se acudirá a los centros de investigación citados y se aplicara el test de forma directa.

-Los datos obtenidos serán digitalizados en el software online denominado "Servicio de corrección informático de TEA Ediciones, S.A." servicio que está programado exclusivamente para la aplicación de estos Tests y que ha sido homologado en la Universidad del Azuay por el departamento de ingeniería de Sistemas.

-Finalizado el ingreso de datos en el programa se procederá a procesar y tabular los datos y a obtener índices de incidencia en relación al consumo de los pacientes.

-Finalizado esto se culminara organizando los datos y exponiéndolos junto a un adecuado marco teórico y sus respectivas conclusiones.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizara el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III 16 y se lo aplicará en una modalidad grupal con uno o dos tutores que faciliten la comprensión del mismo. Los datos obtenidos serán digitalizados en el software online denominado "Servicio de corrección informático de TEA Ediciones, S.A.", que ha sido homologado en la Universidad del Azuay por el departamento de ingeniería de Sistemas (Millon T. MCMI-III. 1999)

Beneficiarios

-Directos:

Los pacientes que se prestaron como sujetos de investigación habrán de beneficiarse al poseer un nuevo instrumento de evaluación dentro de su plan de tratamiento, lo cual, si ha de ser bien manejado, abrirá la puerta a una intervención más integral de su enfermedad.





Se espera que los funcionarios y encargados de los centros de tratamiento obtengan una visión más amplia acerca de las implicaciones y consecuencias de los trastornos de personalidad en sus pacientes y de esta manera respondan a la necesidad de evaluar e intervenir de manera más adecuada con aquellos pacientes que estén aquejados de esta patología.

Indirectos:

Los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay contarán con una tesis realizada con este instrumento diagnóstico que aprenden a lo largo de su carrera, lo cual otorgara la fiabilidad de dicho instrumento para las futuras promociones.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Elaboración del proyecto	X					
Aprobación del Proyecto	X					
Revisión Bibliográfica	X	X	X			
Recolección de datos		X	X	X	X	
Análisis de datos				X	X	X
Elaboración del informe final				X	X	X
Entrega de los resultados e informe						X

9. PRESUPUESTOS

No van a existir ingresos como fruto de la Investigación; los egresos van a consistir en el precio de las copias de las hojas de aplicación del test, los cuadernillos, los gastos de transporte y costos de derechos de la tesis en el campo Universitario por cuanto se estima un presupuesto necesario de 1000 dólares.

Actividades que requieren presupuesto	Costo Estimado
-Copias, lápices, material de papelería	50 dólares
-Transporte	100 dólares
-Soporte en la logística y procesamiento de datos	100 dólares
-Derechos de tesis y solicitudes en el campo Universitario	700 dólares
-Otros	100 dólares
TOTAL ESTIMADO	1050 dólares



10. BIBLIOGRAFÍA.

1. Beck AT, Freeman A. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós, 1999. p. 345-354
2. Cervera G, Martínez D, Bolinches F, Haro G. Trastornos de personalidad. En: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, editores. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Panamericana; 2006: p. 366-70.
3. Costa PT Jr, Widiger TA, editors. Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. 2nd. ed. Washington: American Psychological Association, 2002; p. 249-68.
4. Fernández Miranda JJ. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. Anales de Psiquiatría 2002; p. 421-7.
5. Guajardo H, Kushner D, Mayeutica. Manual Terapeutico 2004: p: 15-45
6. Hunter et al 2000, Wolver, Burtscheid, Redner, Shwartz y Gaebel 2001: p. 156-159
7. Lana Moliner F. Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales. Actas Esp Psiquiatri. 2001: p.58-66.
8. Mestre L, Risco P, Catalán A, Ibarra O. Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. Trastornos Adictivos. 2001: p.288-9.7.
9. Millon T. MCMI-III. Inventario clínico multiaxial de Millon-III. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, director; Jiménez Gómez F, coordinador. Madrid: TEA, 1999. P. 15-45
10. Millon T. Hacia una Teoría de la Personalidad. 2009. P. 16-22
11. Pedrero EJ, Pérez M, De Ena S, Garrido C. Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». Trastornos Adictivos. 2005; p.166-86.

ANEXO No. 2

MCM-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAL DE MILLON-III

- 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.

- 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 espiando 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 aílo 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.**



MCMIII

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos

Nº identificación Fecha de nacimiento / / Sexo V M

Profesión actual

1. ESTADO CIVIL

- No ha estado casado Casado en 1^{er} matrimonio Casado (segundas nupcias o más)
 Separado Divorciado Vive en pareja
 Viudo Otros (especificar) _____

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

- Primarios (hasta 6º de Educación Primaria) 3^{er} curso de estudios universitarios
 8º de EGB o Graduado escolar Estudios universitarios
 ESO o FP Otros niveles (indicar) _____
 COU o Bachillerato

3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA A LA PRUEBA (marque con un aspa el que corresponda)

- Centro docente (escuela, universidad, etc.) Centro de salud (consultas)
 Ingresado en un centro hospitalario o clínica Orientación o selección profesional
 Centros de detención Otros (indicar)

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen Residencia

5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- Matrimonial o familiar Confianza en sí mismo Trabajo, estudios o empleo
 Cansancio o enfermedad Soledad Alcohol
 Drogas Problemas mentales Conducta antisocial
 Otros (especificar) _____

A CUMPLIMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿Paciente internado? Sí NO

Trastorno Eje I presentado:

- Hace menos de 1 semana Entre 1 y 4 semanas Hace más de 4 semanas



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.

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V = Verdadero; F = Falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

Perfil de 2).

Sexo: Varón Edad: 33 años Fecha del test: 07-01-2013

Observaciones:

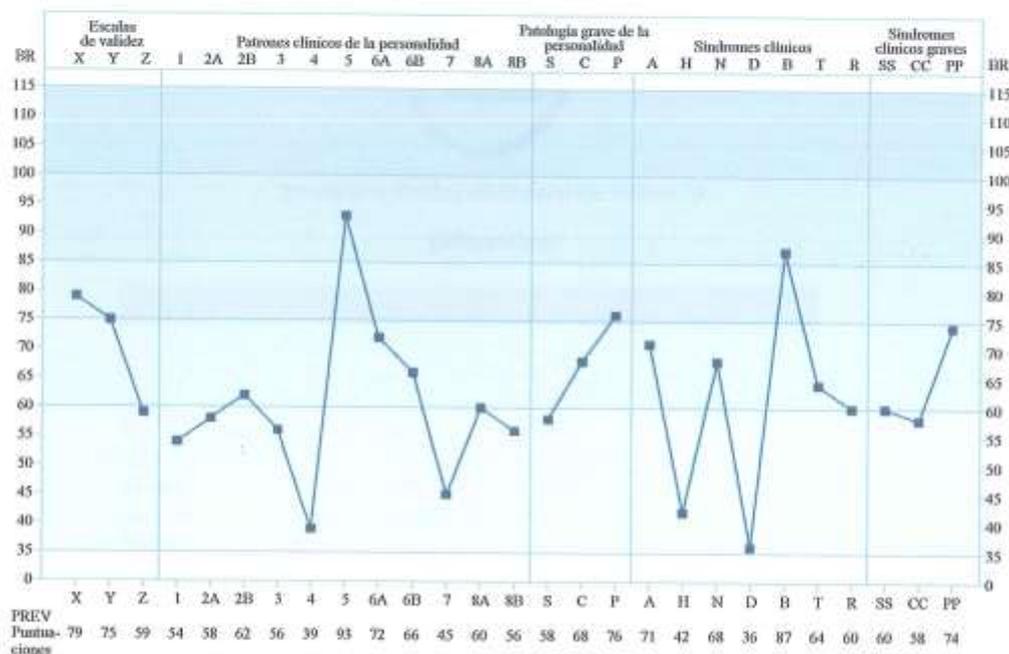
MCMIII

PREV varones de población española

Validez = 0 Ingreso hospitalario: Hospitalización superior a 4 semanas

Código de personalidad: 5*** -* 6A6B2B8A+ 2A38B174* //.-** P**//

Código de síndrome: B** -* ANTR+ HD* //.-** -*//



X = Sinceridad
 Y = Descabildad social
 Z = Devaluación
 1 = Esquizoide
 2A = Euitativo
 2B = Depresivo
 3 = Dependiente
 4 = Histrionico
 5 = Narcisista
 6A = Antisocial
 6B = Agresivo (sádico)
 7 = Compulsivo
 8A = Negativista (pasivo-agresivo)
 8B = Autodestructivo

S = Esquizotípico
 C = Límite
 P = Paranoide
 A = Trastorno de ansiedad
 H = Trastorno somatomorfo
 N = Trastorno bipolar
 D = Trastorno distímico
 B = Dependencia del alcohol
 T = Dependencia de sustancias
 R = Trastorno de estrés postraumático
 SS = Trastorno del pensamiento
 CC = Depresión mayor
 PP = Trastorno delirante

MCMII-III

Adaptación Española



Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

PsychCorp

ALWAYS LEARNING

PEARSON

Nombre

2

Edad

33 años

Sexo

Varón

Lugar

CUENCA

Ingreso hospitalario

Hospitalización superior a 4 semanas

Coordinador del test

WILSON OCHOA

Observaciones

Fecha del test

07-01-2013

PEARSON

Traducción y adaptación bajo licencia. Copyright © 1977, 1983 y 1994 de LEONARD R. DEROGATEL. Distribuido exclusivamente por NCSS Pearson Inc. Los derechos de autor de la traducción al español © 2011 son propiedad exclusiva de NCSS Pearson Inc. Todos los derechos reservados. Versión 1.0/Aug 23 2001/20512

ANEXO No. 3



Cuenca, 7 de Enero del 2013

Dr. Saúl Pacurucu Castillo
Director del Centro de Reposo y Adicciones C.R.A

Su despacho

Luego de saludarle muy afectuosamente, me dirijo a usted con motivo de solicitarle el permiso correspondiente en la institución que usted dirige, para realizar conjuntamente con el estudiante egresado de la carrera de Psicología Clínica Wilson Ochoa Ramírez, perteneciente a la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, la aplicación de la batería multiaxial para el diagnóstico de la personalidad MCMI III a todos sus pacientes ingresados en el área de adicciones, las mismas que colaborarían con la realización de la tesis "Incidencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes Varones que padecen de Drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador" que está siendo supervisada por mi persona. Los resultados correspondientes de la tesis realizada serán adecuada y oportunamente presentados a su institución para que puedan aportar a la concepción diagnóstica y registro estadístico de sus pacientes.

Le rogamos nos permita realizar las aplicaciones entre los meses de Enero y Marzo del presente año 2013 para abarcar una cantidad alta de aplicaciones distintas.

Adjuntado a este oficio les enviamos una síntesis clara del propósito y metodología de la tesis a la que su institución estaría colaborando

Agradeciéndole anticipadamente por la atención a la presente

Atentamente

Mst. Mario Moyano
Director de tesis
Docente de Psicología Clínica



Cuenca, 14 de Mayo del 2013

Dr. Saúl Pacurucu Castillo
Director del Centro de Reposo y Adicciones C.R.A

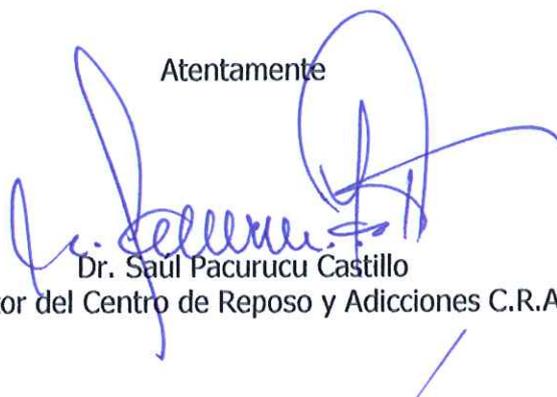
Su despacho

El Centro de Reposo Y adicciones CRA certifica que el estudiante egresado de la carrera de Psicología Clínica Wilson Ochoa Ramírez, perteneciente a la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, que fue aceptado para realizar la aplicación de la batería multiaxial para el diagnóstico de la personalidad MCMI III a todos los pacientes ingresados en nuestra institución, para su tesis "Incidencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes Varones que padecen de Drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador" cumplió de manera responsable, ética y profesional con la debida aplicación, procesamiento y entrega de resultados. El estudiante nos entregó inicialmente un informe individual de cada paciente examinado y su debida guía de interpretación; y finalmente nos hizo la entrega de un informe final con los resultados y conclusiones la tesis realizada.

Agradecemos a la Universidad del Azuay por su involucración responsable y humana en temas investigativos que favorezcan al conocimiento científico del área de la salud mental.

Atentamente




Dr. Saúl Pacurucu Castillo
Director del Centro de Reposo y Adicciones C.R.A



Cuenca, 14 de Mayo del 2013

Dr. Xavier Andrade

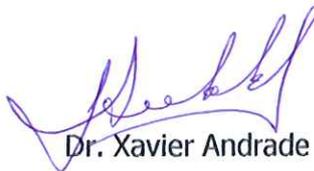
Director del centro de tratamiento de adicciones "CENCICAU"

Su despacho

El Centro de tratamiento de adicciones CENCICAU certifica que el estudiante egresado de la carrera de Psicología Clínica Wilson Ochoa Ramírez, perteneciente a la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, que fue aceptado para realizar la aplicación de la batería multiaxial para el diagnóstico de la personalidad MCMI III a todos los pacientes ingresados en nuestra institución, para su tesis "Incidencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes Varones que padecen de Drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador" cumplió de manera responsable, ética y profesional con la debida aplicación, procesamiento y entrega de resultados. El estudiante nos entregó inicialmente un informe individual de cada paciente examinado y su debida guía de interpretación; y finalmente nos hizo la entrega de un informe final con los resultados y conclusiones la tesis realizada.

Agradecemos a la Universidad del Azuay por su involucración responsable y humana en temas investigativos que favorezcan al conocimiento científico del área de la salud mental.

Atentamente



Dr. Xavier Andrade

Director del centro de tratamiento de adicciones "CENCICAU"

CENSICAU
Centro de Sico**te**rapia
del Austro



Cuenca, 14 de Mayo del 2013

Lic. Marcelo Limaico
Director del Centro del centro de tratamiento de adicciones "CREIAD"

Su despacho

El Centro de tratamiento de adicciones CREIAD certifica que el estudiante egresado de la carrera de Psicología Clínica Wilson Ochoa Ramírez, perteneciente a la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, que fue aceptado para realizar la aplicación de la batería multiaxial para el diagnóstico de la personalidad MCMI III a todos los pacientes ingresados en nuestra institución, para su tesis "Incidencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes Varones que padecen de Drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador" cumplió de manera responsable, ética y profesional con la debida aplicación, procesamiento y entrega de resultados. El estudiante nos entregó inicialmente un informe individual de cada paciente examinado y su debida guía de interpretación; y finalmente nos hizo la entrega de un informe final con los resultados y conclusiones la tesis realizada.

Agradecemos a la Universidad del Azuay por su involucración responsable y humana en temas investigativos que favorezcan al conocimiento científico del área de la salud mental.

Atentamente

Lic. Marcelo Limaico
Director del Centro del centro de tratamiento de adicciones "CREIAD"





Cuenca, 14 de Mayo del 2013

Dr. Cristian Delgado
Director de la Comunidad Terapéutica "Proyecto Esperanza"

Su despacho

La comunidad Terapéutica "Proyecto Esperanza" certifica que el estudiante egresado de la carrera de Psicología Clínica Wilson Ochoa Ramírez, perteneciente a la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, que fue aceptado para realizar la aplicación de la batería multiaxial para el diagnóstico de la personalidad MCMI III a todos los pacientes ingresados en nuestra institución, para su tesis "Incidencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes Varones que padecen de Drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador" cumplió de manera responsable, ética y profesional con la debida aplicación, procesamiento y entrega de resultados. El estudiante nos entregó inicialmente un informe individual de cada paciente examinado y su debida guía de interpretación; y finalmente nos hizo la entrega de un informe final con los resultados y conclusiones la tesis realizada.

Agradecemos a la Universidad del Azuay por su involucración responsable y humana en temas investigativos que favorezcan al conocimiento científico del área de la salud mental.

Atentamente



Dr. Cristian Delgado
Director de la Comunidad Terapéutica "Proyecto Esperanza"



Cuenca, 14 de Mayo del 2013

CPA. Arturo Vélez Flores
Director del Centro del centro de tratamiento de adicciones "CENTERAVID"

Su despacho

El Centro de tratamiento de adicciones CENTERAVID certifica que el estudiante egresado de la carrera de Psicología Clínica Wilson Ochoa Ramírez, perteneciente a la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, que fue aceptado para realizar la aplicación de la batería multiaxial para el diagnóstico de la personalidad MCMI III a todos los pacientes ingresados en nuestra institución, para su tesis "Incidencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes Varones que padecen de Drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador" cumplió de manera responsable, ética y profesional con la debida aplicación, procesamiento y entrega de resultados. El estudiante nos entregó inicialmente un informe individual de cada paciente examinado y su debida guía de interpretación; y finalmente nos hizo la entrega de un informe final con los resultados y conclusiones la tesis realizada.

Agradecemos a la Universidad del Azuay por su involucración responsable y humana en temas investigativos que favorezcan al conocimiento científico del área de la salud mental.

Atentamente

CPA. Arturo Vélez Flores
Director del Centro del centro de tratamiento de adicciones "CENTERAVID"



ANEXO No. 4



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

INFORME DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL MCMI III
PARA LA TESIS INVESTIGATIVA

“INCIDENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES VARONES
QUE PADECEN DE DROGODEPENDENCIAS EVALUADOS CON EL MCMI III EN LA
CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR”

A CARGO DE:

WILSON OCHOA RAMIREZ

EGRESADO DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS:

MARIO MOYANO

CUENCA MAYO 2013

INCIDENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES VARONES QUE PADECEN DE DROGODEPENDENCIAS EVALUADOS CON EL MCMII III EN LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR”

Luego de saludarles muy afectuosamente, tenemos el gusto de hacerles llegar el informe conclusivo de nuestra investigación, la cual fue desarrollada gracias a su generosa y valorada colaboración. Esperamos que estos resultados obtenidos sean tan enriquecedores como sea posible para su entendimiento de la drogodependencia; además nos llenaría de gozo que ustedes compartan nuestra misma alegría de saber que hemos realizado una valiosa y formal aportación científica al campo de las adicciones, con la dicha de saber que dicho conocimiento fue generado en los brazos de nuestra bella ciudad.

Los resultados que se desprendieron del estudio nos llenaron de satisfacción puesto que justificaron con creces nuestras interrogantes iniciales. Como podrán ustedes observar en las conclusiones finales la mutua aparición de la drogodependencia y personalidades arraigadas o patológicas resultó ser sumamente frecuente; aporte que esperamos sirva de precedente para todo profesional de la salud mental a percatarse de la frecuente y compleja coexistencia de los trastornos de personalidad en las personas aquejadas de una drogodependencia y de su profunda interferencia en el manejo diagnóstico y terapéutico de esta última.

En la investigación de campo se aplicó el test Multiaxial de Millon (MCMII III) a 105 pacientes drogodependientes de la ciudad de Cuenca-Ecuador. Los resultados muestran los diferentes niveles de incidencia de la personalidad, las características más comunes de la población examinada y el tipo de drogas más consumidas. Estos resultados junto a un marco teórico pertinente nos permitieron establecer las relaciones de comorbilidad que se encuentran reflejadas en esta investigación.

A continuación les ofrecemos una síntesis de la metodología utilizada, los cuadros estadísticos obtenidos, los análisis pertinentes y las conclusiones finales.

APLICACIÓN Y RESULTADOS

c) Objetivo General

Determinar la incidencia de trastornos de personalidad en pacientes varones que padecen de drogodependencias y reciben tratamiento en clínicas de rehabilitación de adicciones en la ciudad de Cuenca

d) Objetivos Específicos

- Aplicar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III a pacientes varones con drogodependencias internos en clínicas de adicciones en la ciudad de Cuenca.
- Diagnosticar el tipo de trastorno de personalidad que presentan los pacientes sujetos a estudio.
- Determinar la correlación existente entre los trastornos de personalidad y las drogodependencias.

1.1 Metodología

1.1.1 Población

De acuerdo a los registros del CONSEP, en el 2011, se registraron 940 personas internas en centros de rehabilitación de drogodependencias en la ciudad de Cuenca. Con esta población, se levantó la encuesta a una muestra de acuerdo a lo contenido en la siguiente ficha técnica:

Cuadro No. 2

FICHA TECNICA DE LA INVESTIGACION

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA DESCRIPTIVA TRANSVERSAL	
Tipo de muestreo	Aleatorio simple
Técnica de recolección	Encuesta personal con una duración de entre 45 y 80 minutos
Universo	940 personas internas en centros de rehabilitación de drogodependencias en la ciudad de Cuenca
No. De encuestas	105
Nivel de confianza	95,5%
Margen de error	10%

Una vez establecida la muestra, se procedió a realizar la aplicación del test MCMI III a 105 pacientes, lo cuales estuvieron divididos en las siguientes 5 Clínicas de tratamiento de adicciones: CREIAD (Centro de Rehabilitación e internamiento de Alcohólicos y Drogadictos) 20 aplicaciones, CENTERAVID (La clínica terapéutica de adicciones “amor y vida”) 20 aplicaciones, CRA (Centro de reposo y adicciones) 30 aplicaciones, CENCICAU (Centro para tratamientos de adicciones sicoterapéutico del Austro) 30 aplicaciones, PROYECTO ESPERANZA (Comunidad Terapéutica) 5 aplicaciones.

Los resultados fueron arrojados por el sistema informático PEARSON del MCMI III a través del cual se realizó el procesamiento de los datos. Fundamentalmente se puede apreciar:

- No. Paciente.- para el procesamiento de la información, por razones obvias, se han omitido los nombres de los pacientes y se les ha asignado una numeración para la identificación.
- Edad.- identifica la edad que tiene el paciente encuestado
- Estado civil.- describe el estado civil en el que se encuentra el paciente

- Nivel de educación.- el grado de educación más alto alcanzado por el paciente
- Droga de consumo.- detalle de las drogas que consume
- Trastornos de personalidad.- detalle de las puntuaciones arrojadas por el sistema en relación a los distintos tipos de personalidad establecidos a través de las preguntas contenidas en el test. En esta sección los trastornos están divididos en trastornos y trastornos graves de la personalidad.
- Síndromes clínicos.- la descripción de los síndromes que experimenta el paciente. La puntuación en relación a los síndromes también han sido estimados a través del sistema. Se los divide en síndromes y síndromes graves

En relación a la personalidad, la escala de interpretación está dada por:

- Los puntajes van desde 1 hasta 75 (en cada una de las columnas de personalidad) corresponden a son quienes presentan tan solo rasgos de dicha personalidad, rasgos que no necesariamente son patológicos y que pueden ser interpretados como características naturales y rasgos no acentuados que no podrían ser considerados como elementos amenazantes para la estabilidad de la persona
- Los puntajes entre 76 y 85 (en cada columna de la personalidad) indican que la persona presenta ya rasgos marcados y prominentes de dicha personalidad. Esto sugiere la posibilidad de una evolución de la personalidad que podría desembocar en algo disfuncional, pudiendo incluso llegar a representar un trastorno. Se trata de personas en las que es habitual dicha conducta y pueden presentar dificultades para su adaptación e interactuar social.

- Los puntajes por sobre los 86 puntos sugiere que la persona presenta una alta probabilidad de presentar el trastorno o que tiene ya el trastorno. Para determinar exactamente el diagnóstico, es necesaria la entrevista clínica a través de la cual el profesional determinará si efectivamente se evidencia que el paciente muestra un grupo de rasgos arraigados en su persona y que le predisponen frecuentemente a interactuar de manera disfuncional y desadaptativas.

No obstante de los resultados que se obtienen a través del test, el profesional debe proceder con la interpretación de los resultados pues no resulta pertinente emitir un diagnóstico basados únicamente en los resultados del test y se deben utilizar instrumentos de evaluación complementarios como lo es la entrevista clínica e instrumentos diagnósticos adicionales.

ANALISIS DE RESULTADOS

1.1 Introducción

A partir de los resultados contenidos en la sección anterior, se han generado los respectivos cuadros de frecuencias y los gráficos que muestran los consolidados de las tendencias analizadas, es decir, la descripción de las características de los pacientes, las drogas utilizadas, el análisis de la personalidad y la descripción de los síndromes. Para la obtención de las estadísticas en esta investigación, se procesó los datos a través del software SPSS. Por motivos prácticos hemos sintetizado y apartado algunos cuadros estadísticos con el deseo de que este informe final sea lo más corto y conciso posible para ustedes.

Los primeros consolidados corresponden a descripción del grupo estudiado, esto es, edad, estado civil y nivel de instrucción. Se pasa luego a describir las sustancias que los adictos consumen hasta determinar cuál es la mayormente consumida y la presencia en el grupo de policonsumidores y finalmente se exponen los análisis pertinentes de los trastornos de la personalidad que han sido realizados en base a asociaciones y coincidencias encontradas en base a varios sustentos teóricos y clínicos que permitieron sugerir nuevas e interesantes interrogantes y establecer las respectivas conclusiones y recomendaciones de nuestra investigación.

Presentación de Cuadros y Análisis

h) Edad

Cuadro No.1

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN GRUPO DE EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 11 y 20 años	10	9,7	9,7	9,7
	Entre 21 y 30	40	38,8	38,8	48,5

años				
Entre 31 y 40 años	19	18,4	18,4	67,0
Entre 41 y 50 años	14	13,6	13,6	80,6
Entre 51 y 60 años	11	10,7	10,7	91,3
Entre 61 y 70 años	9	8,7	8,7	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Una mayoría representativa de pacientes consumidores presentan edades comprendidas entre los 21 y 30 años, pudiendo esto deberse a múltiples estresores o cambios de estilos de vida propios de esta etapa como pueden ser el inicio de la vida independiente de su familia de origen, involucración en una relación marital, inicio de la paternidad, etc.

Erikson describe a esta etapa como la lucha de la intimidad frente a el aislamiento y sugiere que aquellas personas que fracasan en la correcta completud de esta etapa suelen evitar la intimidad, el compromiso y las relaciones y pueden ser conducidos al aislamiento, a la soledad y a veces a la depresión. Es interesante observar que los drogodependientes presentan con regularidad justo este tipo de dificultades relacionales, de intimidad y compromiso a la vez que tienden al aislamiento. Dicha coincidencia parece sugerir la posibilidad de que esta difícil etapa del ciclo vital (debido a sus características similares a las del cuadro drogodependiente) es un terreno vulnerable y fértil para el desarrollo de una adicción. (referencia bibliográfica)

i) Estado civil

Cuadro No. 2

DETALLE DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES EXAMINADOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	casado	34	33,0	33,0	33,0
	divorciado	12	11,7	11,7	44,7
	dos o más nupcias	1	1,0	1,0	45,6
	separado	9	8,7	8,7	54,4
	soltero	35	34,0	34,0	88,3
	unión libre	8	7,8	7,8	96,1
	viudo	4	3,9	3,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Ningún porcentaje del cuadro de estado civil se destaca notablemente. Tanto casados como los solteros presentan porcentajes similares lo que nos podría llevar a descartar la predicción empírica de que los sujetos divorciados, separados o viudos constituyen la población mas común en las adicciones. Parece ser que aquellos que atraviesan situaciones inestabilizantes en el área conyugal generan elementos resilientes que los protegen de las tendencias adictivas.

a) Nivel de instrucción

Cuadro No. 3

DETALLE DE NIVEL INSTRUCCIÓN DE PACIENTES EXAMINADOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	primaria	31	30,1	30,1	30,1
	secundaria	46	44,7	44,7	74,8
	sin instrucción	1	1,0	1,0	75,7
	superior	25	24,3	24,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Apenas se evidencia una diferencia porcentual con respecto al nivel de instrucción de los pacientes. Aquellos con estudios secundarios tienen una presencia ligeramente mayor en relación a los que cuentan con instrucción primaria y superior. Conviene observar este dato a la luz de que nuestro país se caracteriza por una mayoría poblacional con estudios de secundaria, lo cual explicaría la tenue diferencia.

A partir de lo anterior, puede sugerirse la posibilidad de que la adicción es un trastorno que se desarrolla independientemente de la condición educativa o socioeconómica del afectado; una vez que un sujeto ha empezado a sumergirse en las entrañas de una adicción, es introducido en una alteración neurobiológica que lo hará asemejarse enormemente a muchos otros, a pesar de sus notables diferencias de origen y procedencia.

b) Sustancias consumidas

	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Otras sustancias
TOTAL PACIENTES	91	32	17	24	3	4	27
TOTAL CASOS	103	103	103	103	103	103	103
%	88%	31%	17%	23%	3%	4%	26%

Descripción	DROGA BASE							TOTAL
	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes	Psicodélicos	Otras sustancias	
TOTAL CASOS	61	5	16	21	-	-	-	103
PORCENTAJE	59%	5%	16%	20%	0%	0%	0%	100%



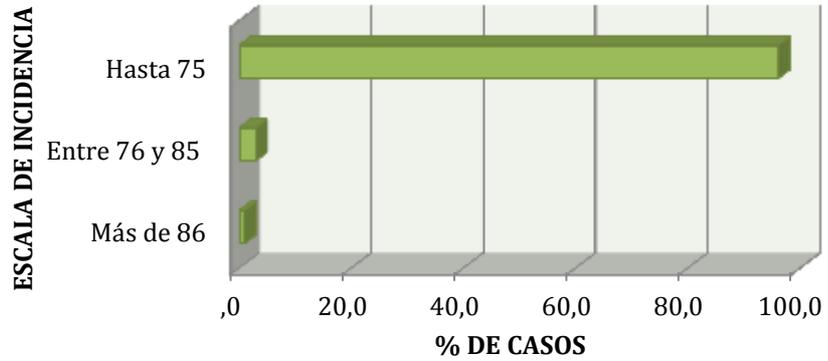
El 62% de los pacientes indicaron que consumen un solo tipo de droga, en tanto que el 38% se catalogó como policonsumidores. El alcohol se destacó notablemente como la droga más consumida por los pacientes adictos con un porcentaje del 88%. Otra asociación estadística resaltó al alcohol como la principal de droga de preferencia y causante de la adicción en el 59% de los pacientes, mientras que la pasta base en un segundo lugar de frecuencia apenas se observa en un 20% de los examinados.

c) Análisis de clusters de personalidad

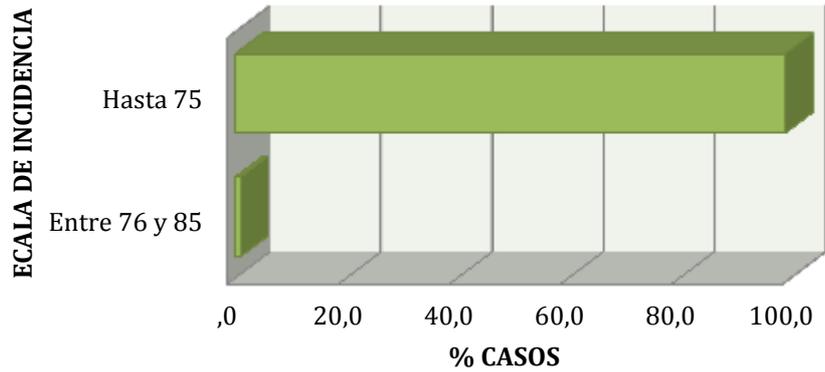
e.1 Cluster personalidad esquizoide, evitativa y depresivo

Los cluster nos permiten examinar conjuntamente personalidades que guardan similitudes en sus características. Las personalidades incluidas en este primer cluster planteado por Millon son aquellas con dificultad para experimentar placer

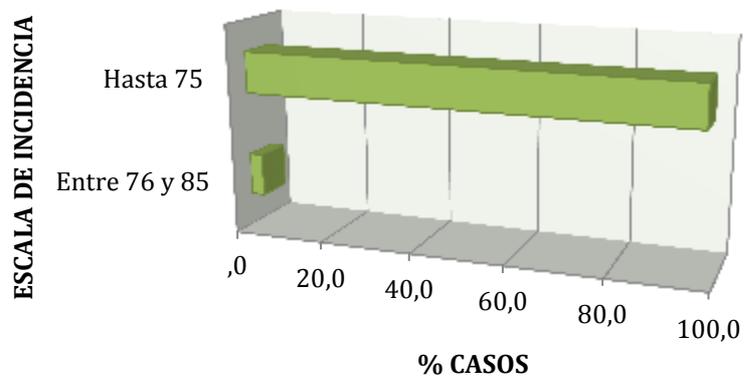
Trastorno de personalidad: ESQUIZOIDE



Trastorno de personalidad: EVITATIVO



Trastorno de personalidad: DEPRESIVO



En relación a nuestra investigación, las personalidades esquizoide, evitativa y depresiva presentaron puntajes sumamente bajos tanto en lo que respecta a la presencia de personalidad o de un trastorno. Esto podría sugerir varias hipótesis:

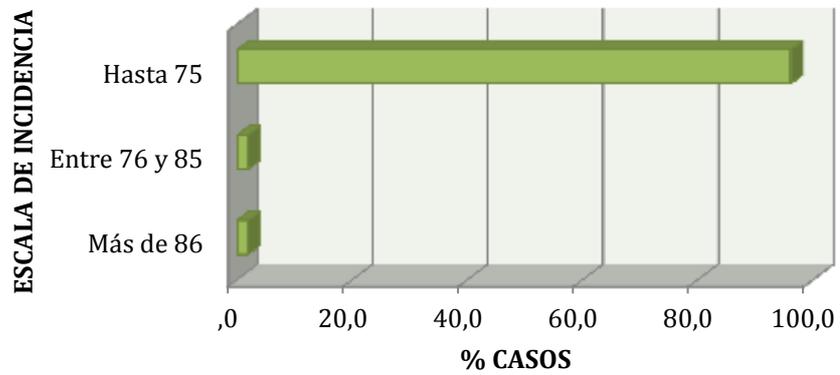
- Que la mayoría de los pacientes aquejados por una drogodependencia no tienden a desarrollar características propias de estas personalidades
- Que los sujetos que previamente presentaban estos patrones de personalidad presentan una tendencia mínima a desarrollar cuadros adictivos.

Es difícil establecer a que puede deberse esto, puesto que los datos previos obtenidos indican que la adicción no discrimina edad, estado civil o instrucción educacional. No obstante, se hace evidente que estas personalidades con tendencias más introvertidas de funcionamiento como la tristeza, el pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor no son el campo más fértil para el desarrollo de una adicción; ¿podrá ser posible que aquellos individuos con características más extrovertidas como la sociabilidad, la tendencia a las relaciones, al emprendimiento y a las actividades en general suelen sumergirse con mayor facilidad en las garras de la adicción?

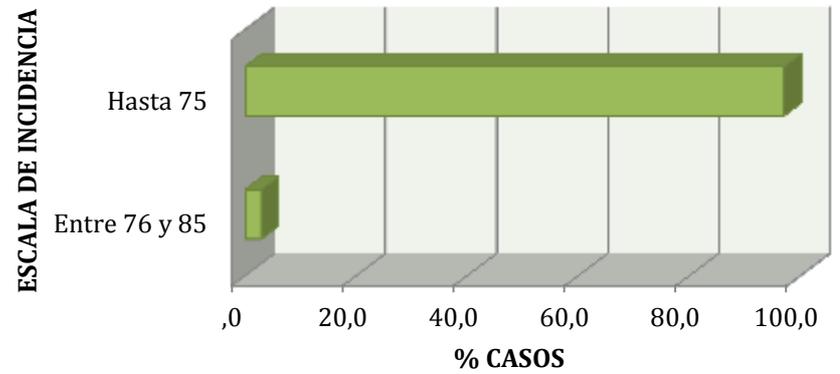
e.2 Cluster personalidad dependiente, histriónica, narcisista y antisocial

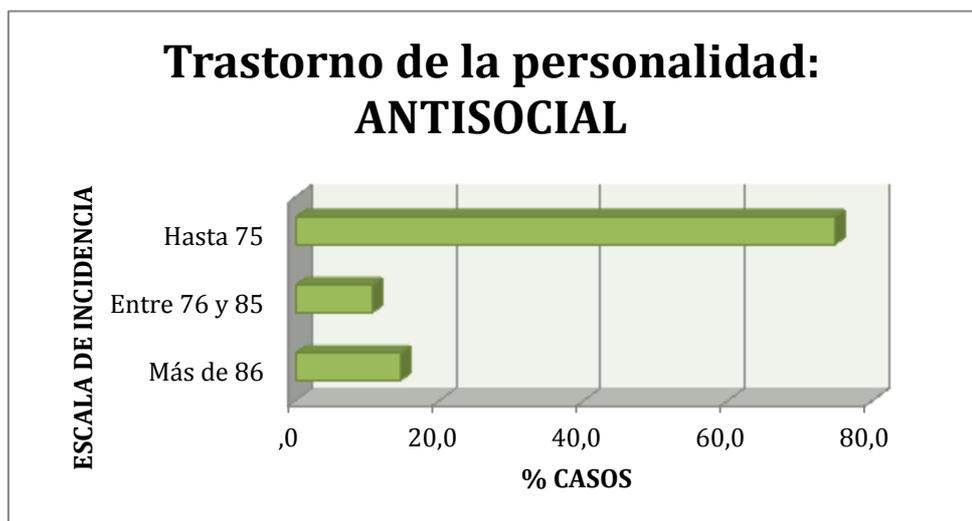
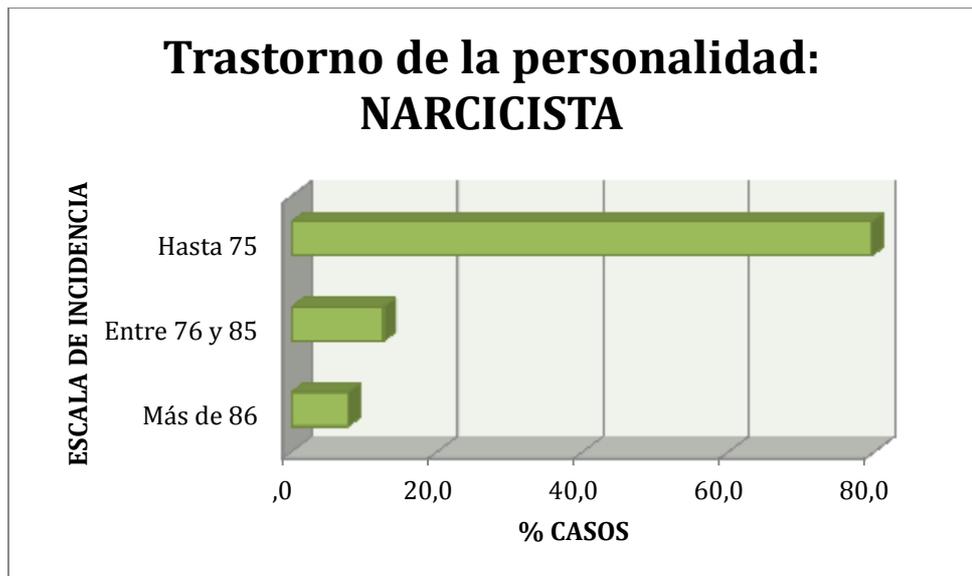
Se trata del tipo de personalidades de mayor presencia en el grupo estudiado como consta en los gráficos a continuación. En estos tipos de personalidades es característica común la presencia de problemas interpersonales.

Trastorno de la personalidad: DEPENDIENTE



Trastorno de la personalidad: HISTRIONICO





En ésta investigación las personalidades dependiente e histriónica presentaron puntajes sumamente bajos al igual que aquellas del cluster anterior. Sucede lo contrario con la personalidad narcisista y la antisocial mismas que mostraron altas puntuaciones.

La personalidad narcisista se evidencia como la más frecuente en lo que respecta a su presencia como personalidad marcada más no necesariamente desde un ámbito patológico. Estos datos coinciden con la frecuencia con la que se encuentran pacientes adictos que presentan actitudes arrogantes, sentimientos de superioridad, creencias infundamentadas de autocontrol, autojustificación constante, carencia de empatía, despreocupación por las

consecuencias de sus actos en otras personas, negación de los propios errores, etc. Podría sugerirse que esta personalidad tiene una mayor tendencia a desarrollar, coincidir o a complicar los cuadros drogodependientes debido a sus múltiples características en común.

La personalidad antisocial presentó el porcentaje más alto en relación a la presencia de sí como trastorno de personalidad concomitante, es decir que de todos los pacientes que presentan patología de personalidad adicional a su problema de adicción, es justamente esta la que se manifiesta con mayor frecuencia. Son distintos los análisis que podría hacerse de dicho resultado; sin embargo una vez más procederemos a recalcar la abundancia de rasgos y características comunes que guarda con los indicadores propios de un cuadro adictivo; de hecho, en la descripción que hace Yaría de una personalidad adictiva encontramos un cuadro casi idéntico al de esta personalidad, con la excepción de que los pacientes adictos no necesariamente presentan comportamientos criminales como robo y abuso violento a otras personas; más si presentan evidentes tendencias al irrespeto y omisión de normal y reglas, sociales, recurrente mentira y a la manipulación, ausencia de control de impulsos, falta de planificación y preocupación por el bienestar de otros, comportamiento antisociales, constante proyección, negación y racionalización como mecanismos de defensa, etc.

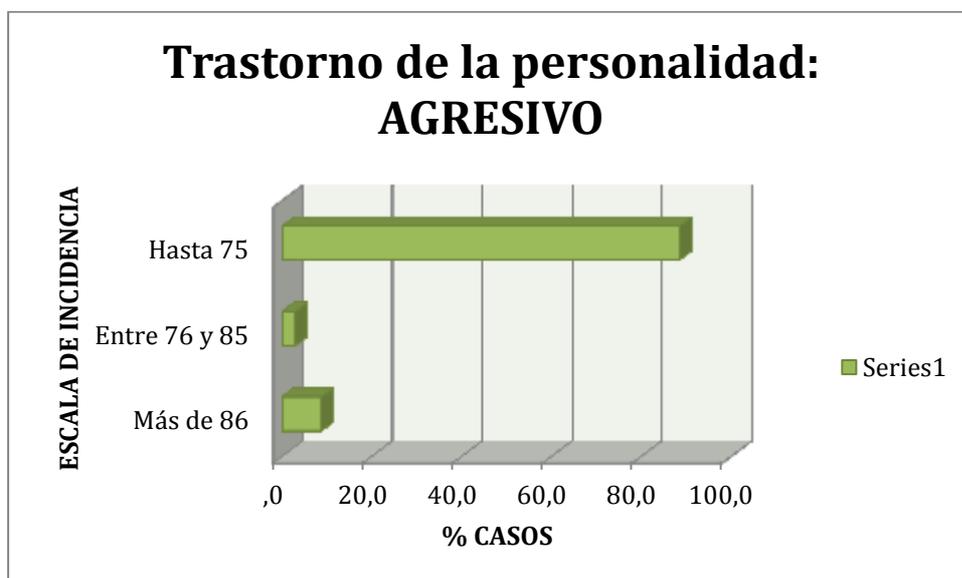
Resulta alta la similitud entre las características inherentes al cuadro drogodependiente y aquellas de los trastornos de personalidad que reflejan los puntajes más prevalentes ¿Podrían estos resultados y asociaciones sugerir la posibilidad de una personalidad con tendencia adictiva que sea, en cierta medida, independiente del resto de personalidades?

En los casos de pacientes adictos que no evidencian un trastorno de personalidad dual, los indicadores básicos de su cuadro adictivo asemejan con facilidad a los patrones narcisistas y antisociales de todos modos. ¿O podría ser simplemente que la frecuencia con la que coexisten estos trastornos se debe a que las tendencias comunes se atraen y promueven mutuamente?

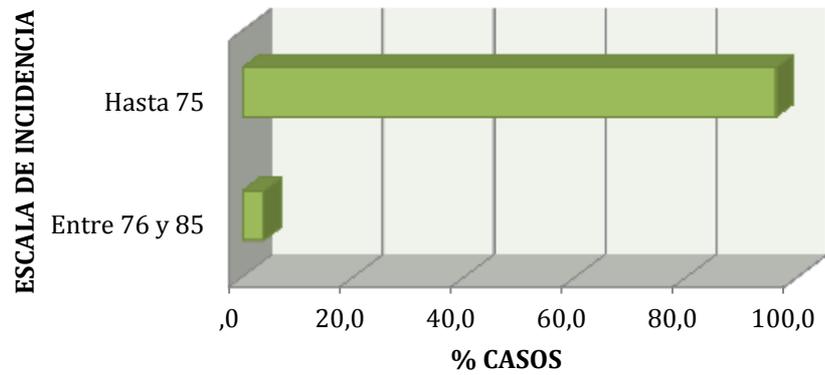
Sería provechoso ahondar en la proyección futura de este estudio, procurando realizar un seguimiento y evaluación de personalidad a pacientes ex adictos, con el deseo de observar si dichas características de personalidad presentes en su pasado cuadro adictivo se mantienen en el tiempo o desaparecen como consecuencia de la abstinencia; un estudio de esta índole permitiría ofrecer una aportación más acertada en lo que respecta a esta problemática.

e.3 Cluster personalidad agresivo, compulsiva, negativista y autodestructivo

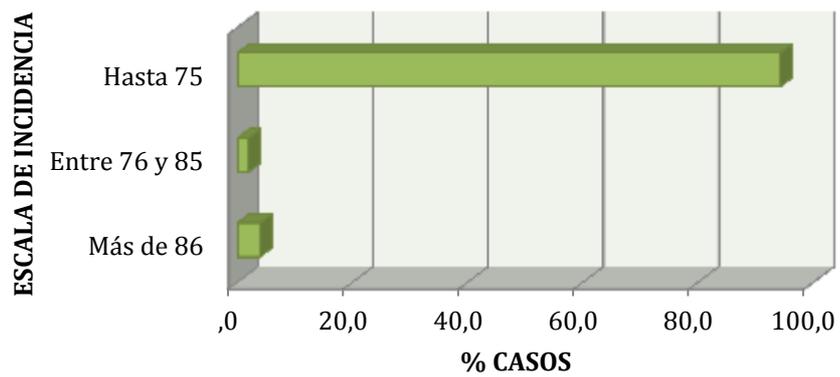
Este cluster engloba a aquellos pacientes con problemas intrapsíquicos. Los niveles de incidencia de este tipo de personalidades en esta investigación se detallan en los siguientes gráficos:



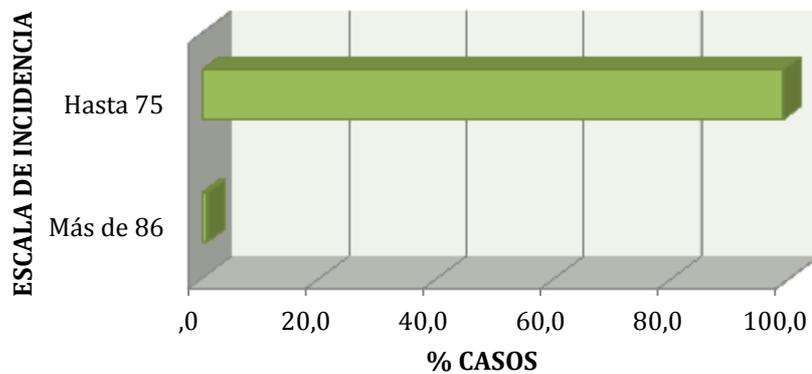
Trastorno de la personalidad: COMPULSIVO



Trastorno de la personalidad: NEGATIVISTA



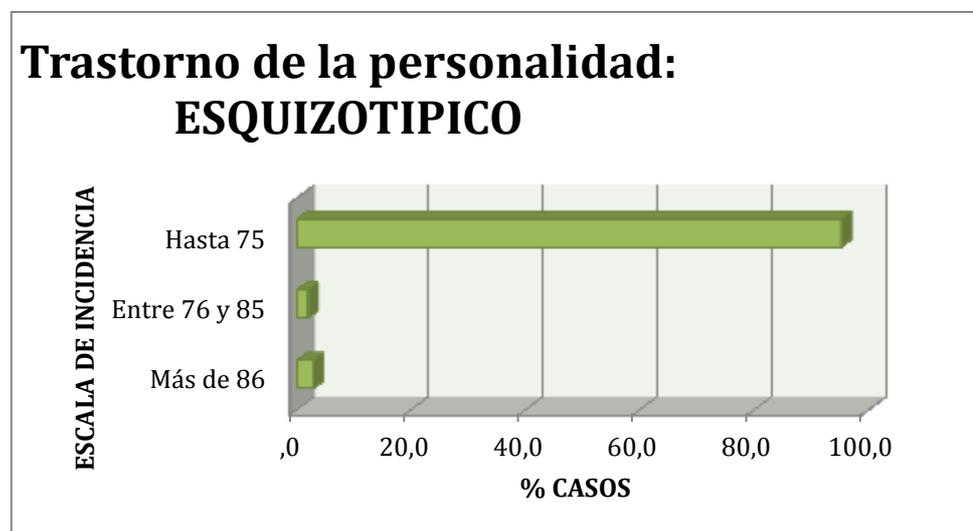
Trastorno de la personalidad: AUTODESTRUCTIVO

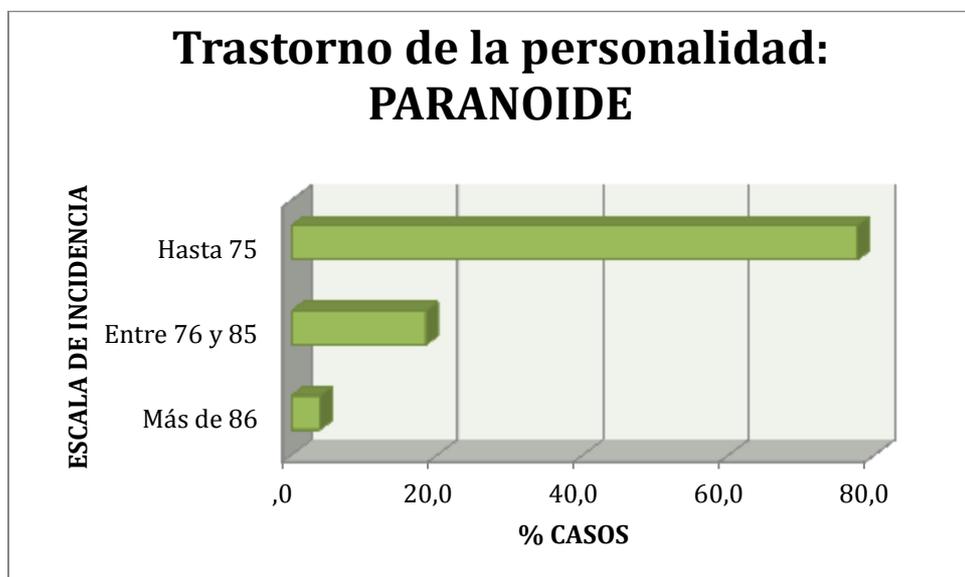
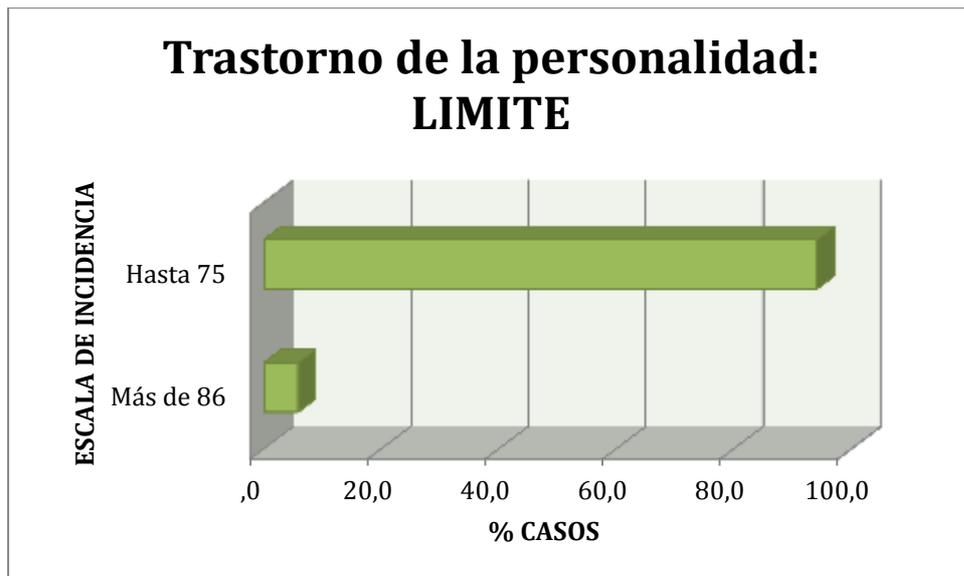


Las personalidades agresivo, compulsivo, negativista y autodestructivo mostraron nuevamente puntajes bajos a excepción del trastorno agresivo de la personalidad que se evidenció como el segundo más frecuente en lo que respecta a la presencia de sí como trastorno. Esto puede deberse a sus marcadas similitudes y características comunes con el trastorno antisocial que constituye el de mayor prevalencia como trastorno. Vale recalcar que la existencia de este trastorno es planteada por Millon en su propuesta de subdivisión de personalidades, no obstante otros consensos como el de la APA y la OMS no lo consideran dentro de la codificación de trastornos de personalidad.

e.4 Cluster personalidad esquizotípico, límite y paranoide

Este cluster de personalidades se distingue por sus déficit estructurales. Los casos en esta investigación que en relación a este tipo de personalidad se detallan a continuación.



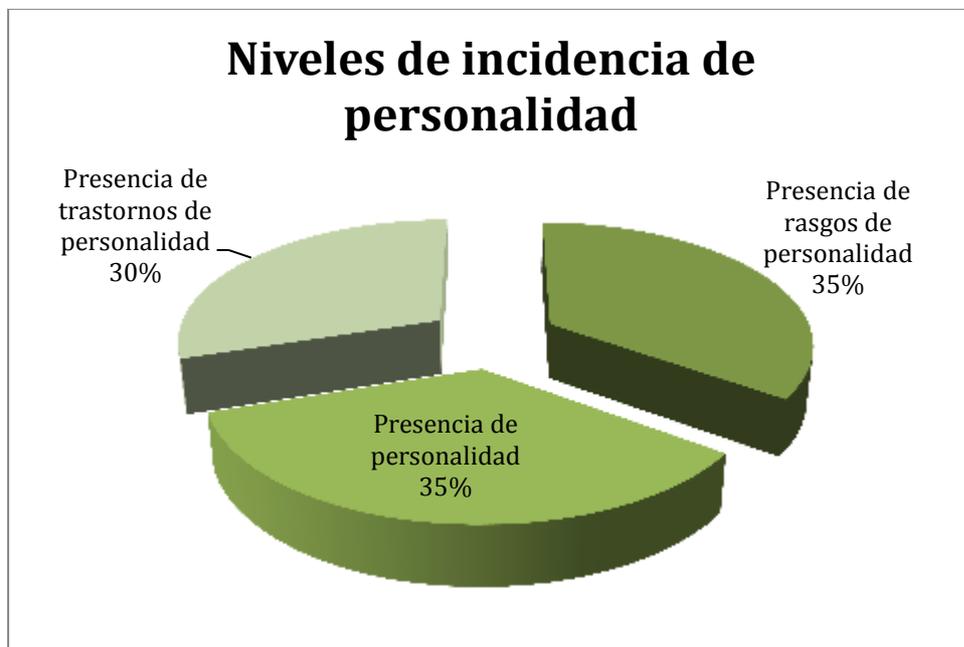


Los dos primeros presentaron puntajes tan bajos como muchos de los anteriores, mientras que el trastorno paranoide presentó una elevación porcentual sumamente llamativa en lo que respecta a su presencia como personalidad comorbil, reflejando puntajes incluso mayores a los registrados para la personalidad narcisista.

La razón por la que no hemos considerado a esta como la personalidad concomitante más frecuente es debido a que las características propias de esta personalidad son elementos distintivos y propios del cuadro diagnóstico de las drogodependencias. El paciente adicto se caracteriza por desarrollar con

facilidad tendencias cognitivas paranoides y auto defensivas como consecuencia misma del uso de la droga. Puesto que los pacientes tienen consciencia de la condición ilegal y criticada de la actividad que realizan, les toma poco tiempo en empezar a sentirse perseguidos, bajo sospecha, criticados, incomprendidos, etc. Pensamientos que tienden a desaparecer tan pronto descontinúan el consumo de droga y regresan a su situación natural. Los puntajes altos parecen responder al hecho de que los pacientes se han identificado con naturalidad con los preguntas correspondientes a los rasgos paranoides y es por esto que han respondido afirmativamente a las mismas.

d) Niveles de incidencia de personalidad



A través del estudio se evidencia una marcada presencia concomitante de patrones de personalidad en los pacientes adictos. Los puntajes sugieren que un 30% de los pacientes adictos con los que se interviene presentan trastornos de personalidad concomitantes y que otro 35% presenten personalidades sumamente arraigadas que también podrían desembocar en un futuro cuadro patológico. Esta comorbilidad, como ya hemos dicho anteriormente, sin duda generará múltiples dificultades para la intervención y tratamiento y es por esto que es esencial estar atentos a su disfrazada y silenciosa co existencia.

Nos es difícil postular una conclusión definida acerca del porque de tan alta co existencia de personalidades arraigadas y o patológicas en los pacientes adictos, puesto que se requeriría un estudio horizontal de largo plazo para intentar definir cual de los dos se configura como origen o degeneración del otro; no obstante, lo que si se evidencia con mayor claridad es que con mucha frecuencia estos dos trastornos co existen en un mismo sujeto y es entonces que la problemática se complejiza a tal punto que nos exige elaborar y establecer estrategias de evaluación e intervención más integrales y eficientes.

e) Síndromes asociados

Descripción		T. Ansiedad	T. Somatoformo	T. Bipolar	T. Distimico	D. Alcohol	D. Sustancias	T. Estrés Post Traumático	T. Del Pensamiento	Depresión Mayor	T. Delirante
Casos	Hasta 75	35	97	74	99	20	40	97	54	86	61
	De 76 hasta 85	36	2	16	2	29	26	2	24	7	31
	Mas 85	32	4	13	2	54	37	4	25	10	11
	TOTAL	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
% Casos	Hasta 75	34%	94%	72%	96%	19%	39%	94%	52%	83%	59%
	De 76 hasta 85	35%	2%	16%	2%	28%	25%	2%	23%	7%	30%
	Mas 85	31%	4%	13%	2%	52%	36%	4%	24%	10%	11%
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A través de esta investigación, no se consideró el análisis del conjunto de de síndromes que también fueron evaluados por el test, tales como son indicadores de ansiedad, bipolaridad, depresión, estrés postraumático, distimia, etc. La razón por la que hemos omitido estos resultados se fundamenta en dos razones: la primera para mantener nuestra investigación concisa dentro de un grupo de objetivos claros y determinados; y segundo debido a que este inventario en si mismo no esta especializado en el diagnostico de aquellos parámetros, como lo está para temas de la personalidad.

A pesar de que no hemos incluido la presentación y análisis de estos datos, queremos recalcar la prominencia que se pudo observar en el síndrome clínico de la ansiedad, el cual parece estar presente en términos patológicos en un 31%

de los pacientes adictos y en condición no poco preocupante en otro 35% de los examinados. Dichos datos eran de esperarse debido a que es de conocimiento de los profesionales de la salud mental, como lo dice Puentes, la usual presencia de síntomas ansiosos agravados por el consumo de droga en los pacientes adictos, tanto por la tendencia neurológica compulsiva a reiterar el consumo como por la natural aparición de nervios y ansiedad como parte del síndrome de abstinencia por el cual evidentemente están atravesando los pacientes internados en centros de tratamiento. Cabe considerar este resultado como mira a un próximo estudio relacionado o también para tener presente la necesidad de dar una respuesta terapéutica para esta adicional patología comorbida que puede ser causa de falta de adherencia al tratamiento, propulsor de futuras recaídas, etc.

CONCLUSIONES GENERALES

Previo a cualquier conclusión conviene reiterar que el presente estudio no pretende determinar cual de los dos trastornos examinados se configura como la más frecuente causa o consecuencia del otro; más bien hace el intento de determinar con que frecuencia estos co existen debido a la inminente complejidad de dicho cuadro clínico.

Esta importante interrogante fue recompensada con los llamativos resultados de la investigación que señalan que la mutua aparición de la drogodependencia y personalidades arraigadas o patológicas es sumamente frecuente; llegando a presentarse en el 65%¹ de los drogodependientes examinados, bien sea como una personalidad bien marcada o como un trastorno de personalidad, corroborando nuestro énfasis en esta problemática que a través de nuestro recorrido teórico hemos evidenciado como potencialmente compleja y patológica.

Los rasgos, personalidades y trastornos antisocial, narcisista y paranoide aparecieron en una representativa mayoría de los pacientes; lo cual resulta esperado ya que las características que definen a estos trastornos son simultáneamente los indicadores que distinguen, en gran parte, a la drogodependencia. A partir de esta observación se puede sugerir que al momento de evaluar patrones de personalidad de pacientes adictos, las personalidades antisocial, narcisista y paranoide podrían ser las personalidades más frecuentes a encontrar ya sea en calidad de rasgos, patrones o trastornos.

La constante presencia de tendencias antisociales, narcisistas y paranoides justificaría entonces la posición de autores como Yaría, De Leon, Puentes y otros que sugieren la existencia de una personalidad adictiva en sí, entendida ésta como, aquella que combina varios rasgos típicos de la drogodependientes como son la falta de control de impulsos, recurrentes problemas con las leyes y

¹ Los resultados de las encuestas el 30% presenta trastornos de personalidad y el 35% muestran personalidades marcadas

normas, tendencia a la paranoia; mecanismos de defensa tales como la negación, la proyección y la racionalización; creencia falsa de autocontrol, dificultad relacional, entre otros.

La mayoría de pacientes consumidores, encuestados para este estudio, se concentra en edades de entre los 21 y 30 años. Parece que este grupo resulta más propenso a la drogodependencia posiblemente debido a múltiples estresores o cambios de estilos de vida propios de esta etapa como pueden ser el inicio de la vida independiente de su familia de origen, involucración en una relación marital, inicio de la paternidad, etc. Esta observación debería ser examinada a la luz de un estudio que enfatice la incidencia de la drogodependencia por grupos etáreos.

De los resultados de la encuesta, se desprende que el alcohol es la droga más consumida, pues el 88% de los pacientes declaró hacer uso de ésta. Constituye además la droga de preferencia y causante de la adicción del 59% del grupo examinado. Recalcamos nuestra preocupación al ver que aquella droga que aun es considerada legal y que tiene libre permiso de venta y promoción social es la más consumida por nuestra población examinada. Tal vez es tiempo de dejar de considerar al alcohol como una sustancia inofensiva, puesto que esta concepción avala su promoción y descuido. Muchos drogodependientes al alcohol parecen no percatarse de su lenta y progresiva inmersión en un proceso adictivo puesto que su contexto social dedica la mayor parte de su tiempo al señalamiento e ilegalización de muchas otras drogas que al menos nuestro estudio no registra como las más amenazantes.

RECOMENDACIONES

Nos gustaria iniciar recalcando nuestra recomendación basica: una vez que se ha hecho evidente la frecuente coexistencia de estos complejos trastornos y el dificultoso cuadro clínico que configuran juntos, es menester que dirijamos nuestra atención, evaluaciones y esfuerzos terapeuticos desde un paradigma integral que permita afrontar desde un inicio a la drogodependencia como intimamente ligada e interdependiente de la personalidad.

En miras de una futura continuación y mejora de este estudio sugerimos personalizar las aplicaciones y complementarlas en lo posible con una adecuada historia clínica; posibilitar un estudio horizontal a largo plazo con pacientes recuperados para indagar cambios de personalidad, ampliar el alcance de la recolección de datos para incluir quintiles socioeconomicos, tipos de familias provenientes, generos femeninos e incluso buscar la manera de examinar la población drogodependiente menor a los 18 años que parece ser bastante alta pero que no están ingresados en centros de tratamiento debido a condiciones legales.

No está de mas sugerir la necesidad de homologar un test de personalidad de esta calidad para nuestra población, con el deseo de afinar los procesos evaluativos y los diagnosticos inadecuados, puesto que una cuadro clínico de esta complejidad exige la mayor precisión diagnóstica.

Finalmente reiteramos la recomendación de ampliar el estudio en vias de encontrar otras patologias comorbiles que aparecen con frecuencia en la adicción, puesto que en nuestro estudio los cuadros ansiosos se resaltaron con una considerable prominencia y de la misma manera pueden haber otras alteraciones que usualmente puedan estar dificultando e impidiendo un mesurado manejo de las drogodependencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allport, G. (1986). La personalidad, su configuración y desarrollo. Barcelona. Editorial Herder.
- Balarezo, L. (2010). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito. 1era edición. Unigraf.
- Beck, A., Freeman, A. (1999). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós
- Cardenal, V., Sánchez, M. (2007). Artículo: Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. Vol. 18. Clínica y salud.
- DSM - IV TR. (2000). Asociación Americana de Psiquiatría. 4ta edición revisada. Masson S.A. España.
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.
- Goti, M. (1990). La comunidad terapéutica: un desafío a la droga. Nueva visión. 1990.
- Guajardo, H., Kushner, D. (2004). Mayéutica: Manual Terapéutico. Santiago de Chile.
- Millon, T. (1999). MCMI-III. Inventario clínico multiaxial de Millon-III. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, director; Jiménez Gómez Coordinador. Madrid: TEA.
- Millon, T. (2009). Hacia una Teoría de la Personalidad. Wiley.
- Millon, T. (2007). Moderating Severe Personality Disorders: A Personalized Psychotherapy Approach. Willey.
- Millon, T., Davis, R. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del

DSM-IV. Barcelona: Masson.

- OMS. (1992). CIE - 10. Trastornos mentales y del Comportamiento. Madrid. Editorial forma.
- Opazo, R. (2001). Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica. Santiago de Chile. ICPSI.
- Oro, O. (2005). Persona y Personalidad. Argentina. Fundación Argentina de Logoterapia.
- Pedrero, E.J., Pérez, M., Garrido, C. (2005). Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». Trastornos Adictivos.
- Puentes, M. (2009). Estrategia terapéutica en Drogadicción: sistema ambulatorio preventivo asistencial y comunitario. Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.
- Westen, D., Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: Toward DSM-V. J Pers Disord.
- Yaría, A. (1999). Drogas, postmodernidad y redes sociales. Buenos Aires. Lumen.
- Yaría, A. (2008). Drogas: escuela, familia y prevención. Buenos Aires. Bonum.

Linkografía:

- Yaria, A. Default Humanístico: artículos- drogodependencias. Revisión Junio 15, 2013. Tomado de: http://juanalbertoyaria.com.ar/?page_id=6687.

