



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRA Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**“TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD; UN ESTUDIO SOBRE
PATOLOGÍA DUAL APLICADO EN LOS CENTROS DE
REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR”.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE: PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTOR: ALICIA BEATRIZ CÁRDENAS PADRÓN.

DIRECTOR: MST. EVA PEÑA CONTRERAS

CUENCA- ECUADOR

2013

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a dios por permitirme cumplir un sueño, una meta que un día me propuse en mi vida, agradezco por darme una familia abnegada que siempre me ayudaron en este camino.

A mis padres Marco y Alicia, les quiero dar las gracias por todo lo que han hecho por mí, por la ayuda y por el apoyo que necesité en la realización de mi carrera profesional. Creo que ni con la vida me va alcanzar para agradecerles todo.

A mis abuelos que tengo la dicha de tenerles y verles como padres Leonardo y Alicia. Y a mis abuelos que desde el cielo nos protegen y nos cuidan César y Fanny, su recuerdo siempre va estar entre nosotros, gracias por tanta bondad, por el apoyo y todo lo que hicieron por mí en todo momento.

A mis hermanos César y Marco, gracias por la ayuda y la compañía que me brindaron cuando más necesité. A todos mis tíos, tías, primos y primas por su ayuda desinteresada que me brindaron en todo momento que se los solicitaba.

De manera especial agradezco desde el fondo de mi corazón a la familia Abad Benítez, por toda la bondad, ayuda y comprensión que me brindaron para conseguir este sueño.

A la Mst. Eva Peña, por la ayuda profesional y personal brindada en esta etapa. A todo el personal Penitenciario de la provincia del Cañar por abrirme las puertas y confiar en mí.

DEDICATORIA.

A mis padres Marco y Alicia, a mis hermanos César y Marco y especialmente a mis abuelos Leonardo y Alicia, gracias a ustedes este sueño se ve cristalizado, gracias por tanta ayuda, por su amor, su tiempo y comprensión.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA.	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
RESUMEN.	8
ABSTRAC	9
INTRODUCCIÓN.	10
 CAPITULO I	 12
 INTRODUCCIÓN	 12
1.1. CONCEPTOS DE PERSONALIDAD.	13
1.1.1. Fundamentos Psicológicos	13
1.1.2. Origen del Término	14
1.1.3. Teoría Tipológica según Hipócrates	16
1.1.4. Aportaciones Psicoanalíticas de Personalidad	17
1.1.5. La teoría tipológica de Jung:	18
1.2. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD	19
1.2.1. El Temperamento	21
1.2.2. El Carácter	21
1.3. TEORÍA DE THEODOR MILLÓN DE LA PERSONALIDAD	22
1.3.1. La utilización de una perspectiva teórica integradora	22
1.3.2. Su insistencia en el continuo normalidad/patología	23
1.3.3. La Incorporación al modelo de los principios de la Teoría de la Evolución de Millon	25
1.3.4. Instrumentos de evaluación de Millon	25
1.4. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	27
1.4.1. Lista de Trastornos de personalidad definidos en el DSM	28
1.4.2. Diagnóstico del DSM-IV	30
1.4.3. Diagnóstico para CIE-10	31
1.4.4. GRUPO A (TRASTORNOS RAROS O EXCÉNTRICOS)	32
1.4.4.1. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	32
1.4.4.2. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	33
1.4.4.3. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD	34
1.4.5. GRUPO B (TRASTORNOS DRAMÁTICOS, EMOCIONALES O ERRÁTICOS)	35
1.4.5.1. TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD	35
1.4.5.2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	36
1.4.5.3. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD	38
1.4.5.4. TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD	39
1.4.6. GRUPO C (TRASTORNOS ANSIOSOS O TEMEROSOS)	40
1.4.6.1. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.	40
1.4.6.2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA.	41
	43

1.4.6.3. TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO DE PERSONALIDAD	45
1.5. CONCLUSIONES	46
CAPITULO II	
2.1. INTRODUCCIÓN	46
2.2. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE LA PROVINCIA DE CAÑAR	47
2.2.1. Valores	48
2.2.2. Misión	48
2.2.3. Visión	49
2.2.4. Objetivos Generales	49
2.2.5. Objetivos Específicos	50
2.2.6. Orientación en trabajo Social y en Psicología.	51
2.2.7. Centros de privación de libertad en la provincia del Cañar	52
2.3. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	52
2.3.1. Tratamiento progresivo y técnico de los internos.	54
2.3.2. Derechos, obligaciones y prohibiciones de los internos	55
2.3.3. Los derechos de los privados de la libertad son:	55
2.3.4. Las obligaciones de los internos son:	57
2.3.5. Las prohibiciones de los internos son:	57
2.4. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD	58
2.4.1. Los efectos psicológicos de la prisión	58
2.4.2. Consumo de sustancias en el ámbito penitenciario	61
2.4.3. Egocentrismo en los centros de privación de libertad	61
2.4.4. Violencia e inseguridad en los centros de privación de libertad.	62
2.4.5. Afectividad en la población penitenciaria.	63
2.4.6. Violencia sexual en los centros de privación de libertad:	64
2.4.7. Economía clandestina entre la población privada de libertad:	64
2.4.8. Jerga carcelaria (Códigos del lenguaje característicos):	64
2.4.9. Efectos de la prisión sobre la conducta posterior de los encarcelados	65
2.4.10. Los trastornos de personalidad en la prisión.	64
2.5. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD	69
2.5.1. La educación y la cultura en la cárcel	71
2.5.2. Condiciones sociales y ambientales de las prisiones	72
2.6. CONCLUSIONES.	74
	75

CAPITULO III.	
3.1. INTRODUCCIÓN.	75
3.2. ADICCIÓN A SUSTANCIAS.	76
3.2.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADICCIÓN.	77
3.2.1.1. Los neurotransmisores y adicción	78
3.2.1.2. El Cerebro Dual	79
3.2.1.3. Sistema de Recompensa Cerebral	80
3.2.2. TEORÍAS PSICOANALÍTICAS DE LA ADICCIÓN.	81
3.2.3. Criterios según el DSM- IV	83
3.2.4. Criterios según el CIE 10.	84
3.3. USO, ABUSO, DEPENDENCIA	86
3.3.1. uso de sustancias	87
3.3.2. Abuso de sustancias.	88
3.3.3. Criterios del DSM- IV de abuso de sustancias.	89
3.3.4. Dependencia a sustancias.	90
3.3.5. Diferencias entre el abuso y la dependencia.	91
3.4. TRASTORNOS INDUCIDOS POS SUSTANCIAS.	92
3.4.1 DELIRIUM POR INTOXICACIÓN DE SUSTANCIAS.	92
3.4.2. DEMENCIA PERSISTENTE INDUCIDA POR SUSTANCIAS.	93
3.4.3. TRASTORNO AMNÉSICO PERSISTENTE INDUCIDO POR SUSTANCIAS.	94
3.4.4. TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	94
3.4.5. TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS.	95
3.4.6. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS.	96
3.4.7. TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS	97
3.4.8. TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.	97
3.5. RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.	98
3.5.1. Trastornos de personalidad y patología dual	100
3.5.2. Personalidad adictiva.	101
3.5.3. Tendencia actual	102
3.5.4. Epidemiología.	103
3.5.5. Prevalencias	104
3.6. CONCLUSIONES	106
	107

CAPITULO IV	
4.1. INTRODUCCIÓN	107
4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	108
4.2.1 ANÁLISIS DE LAS EDADES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD	108
4.2.2. ANÁLISIS DEL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD.	109
4.2.3. ANÁLISIS DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PPL.	110
4.2.4. PROCEDENCIA DE LOS PPL.	111
4.2.5. MOTIVO DE PRISIÓN DE LOS PPL.	112
4.2.6. AÑOS DE CONDENA DE LOS PPL.	114
4.2.7. NUMERO DE VECES DE ESTAR EN PRISIÓN.	115
4.2.8. INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	116
4.2.9. CONSIDERA QUE SU CONSUMO LE PRODUCE PROBLEMAS EN SU VIDA	117
4.2.10. ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR SU FORMA DE CONSUMIR	118
4.2.1.. DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.	119
4.2.12. DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	121
4.2.13. ANÁLISIS DE RASGOS DE PERSONALIDAD	122
4.3. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL.	123
4.3.1. TABLAS CRUZADAS	124
4.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS	130
4.5. CONCLUSIONES.	132
	133
CAPITULO V	
5.1. INTRODUCCIÓN.	133
5.2. CONCLUSIONES	134
5.3.RECOMENDACIONES	139
5.4. BIBLIOGRAFIA.	141
5.5. ANEXOS	145

RESUMEN.

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo principal, el determinar cuál es la incidencia de patología dual en las personas privadas de su libertad en la provincia del Cañar, estudiar cómo se relacionan los trastornos de personalidad y los trastornos por consumo de sustancias, para ello se realizó la investigación con 100 personas privadas de su libertad, y se aplicó una entrevista clínica y dos baterías de test que nos ayuden a su diagnóstico, para conocer cuáles son las causas de los mismos y buscar posibles mejoras en la calidad de vida de los internos.

ABSTRACT

The present research work has as its main objective to determine the incidence of dual pathology in inmates at the province of Cañar, and to study how personality disorders and substance use disorders are related.

In order to do that, a research applied to 100 people deprived of their liberty was performed. A clinical interview and two batteries of tests to help us diagnose and know the causes in order to improve the inmates' quality of life, were applied.



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN.

Es de suma importancia realizar una investigación, que determine la incidencia de patología dual en el ámbito penitenciario, debido a que se tiene la idea que un gran porcentaje de personas privadas de su libertad han consumido en cualquier momento de su vida sustancias psicoactivas, es por ello que esta investigación pretende analizar los perfiles de patología dual y su relación con los diversos tipos de personalidad.

Es muy conocido que existe una gran relación entre el consumo de drogas y la iniciación en la vida delictiva, puede ir desde pequeños robos hasta asesinatos y crímenes más violentos.

Será conveniente resolver este tipo de problema, ya que los trastornos de personalidad y de consumo de sustancias que están presentes, van a provocar dificultades en las principales esferas de su vida, sin embargo con un debido diagnóstico y conociendo más sobre esta realidad, se pueden establecer soluciones para enfrentar esta problemática, desde grupos focales para personas con adicciones y psicoterapias enfocadas a los diversos tipos de trastornos.

El alto nivel de personas con adicción en los centros de privación de libertad nos ayuda para estudiar con que trastorno de personalidad se relaciona más, además tomando en cuenta las variables sociodemográficas podemos determinar cuales serían las posibles causas de esta problemática.

Se pretende analizar como la privación de libertad va a afectar la personalidad de los internos, debido a que las personas privadas de su libertad no se comportan de la misma manera estando con su grupo primario, con su familia o estando en un centro de rehabilitación social, es por ello que la “prisionización” esta muy evidente en ellos.

De acuerdo a variables como escolaridad, reincidencia en el sistema penitenciario, tipo de delito cometido, estado civil, se trata de relacionarlos para establecer cuales

son las diferencias entre una persona con trastorno de personalidad y los que no presentan el mismo.

Es muy conocido que las personas privadas de su libertad presentan una desinhibición de comportamiento, y por lo general se desempeñan con gran agresividad, ya que existen muchas patologías que existen dentro de ellos.

Por ello esta investigación pretende analizar los perfiles de los internos del centro de privación de libertad de la provincia del Cañar, basándose en el diagnóstico multiaxial de Eje I y Eje II y como se relacionan los mismos para provocar problemas en las principales esferas de los internos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La personalidad y sus trastornos han ocupado, y probablemente seguirán haciéndolo, un vasto espacio en las preocupaciones y publicaciones de los profesionales de la salud mental.

En un primer momento la filosofía y la psicología, la sociología y la psiquiatría han dedicado sus esfuerzos a discutir y a intentar desentrañar qué es lo que se esconde detrás del termino personalidad, de uso común con el lenguaje cotidiano, pero que se muestra a través de la historia del pensamiento humano como una especie de fantasma impredecible. (Henderson, 2000)

Lo primero que cabe mencionar en el desarrollo de esta investigación, son los aspectos y las diferencias entre las teorías generales de personalidad y conceptualizaciones a cerca de los trastornos de personalidad. Las teorías de la personalidad inician en las concepciones filosóficas a cerca de lo que es el hombre, y evolucionan progresivamente hacia la investigación empírica sobre los aspectos diferenciales, entre los seres humanos y sobre la posibilidad de conseguir una taxonomía basada en estos aspectos.

Por su parte, las investigaciones sobre los trastornos de personalidad tienden a su origen a las observaciones clínicas de la psiquiatría y conducen hacia nosologías a partir de las clasificaciones del Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, 2005)

Las investigaciones psicológicas, que hasta el siglo XX se mantuvieron exclusivamente en el terreno de la especulación filosófica, dieron un salto grande con la aparición de las hipótesis factoriales y experimentales que se han realizado en diversas áreas clínicas. (Roca, 2010)

En sus inicios la psicología científica comenzó a desarrollar los actuales conceptos y construcciones teóricas sobre la personalidad, el comienzo de los esfuerzos por desarrollar una teoría científica de la personalidad suele situarse en el libro “Personality. A Psychological Interpretation” del autor Allpor, editado en 1937, aunque no cabe duda de que anteriormente otros autores habían interpretado abordar este campo con mejor o peor suerte.

1.1. CONCEPTOS DE PERSONALIDAD.

1.1.1. Fundamentos Psicológicos

La personalidad es algo accesible a la observación y a la experiencia de cualquier individuo. A lo largo de nuestra vida recibimos mensajes sobre nuestra forma particular de relacionarnos con los demás, de afrontar los problemas o, en general de ver la vida. (Klages, 1999)

Crecemos con la impresión de que podemos una serie de características en estas esferas que se mantienen más o menos estables a lo largo del tiempo y que de algún modo definen quienes somos y cómo nos perciben los demás. Del mismo modo, somos también capaces de percibir esta continuidad en los demás, observando y experimentando su propio modo de funcionar. (Siever, 1998)

Cada individuo tiende a responder de un modo semejante en muchas de las situaciones que vive, por lo tanto podríamos decir, que aunque el concepto de personalidad a veces es complicado de precisar, incluso para quienes han dedicado su vida a ello, se muestra con claridad a lo largo de nuestra vida. (Baca, 1998)

La definición de personalidad de Tehodore Millon, (2007) recoge varios de los aspectos que mencionan lo siguiente: “La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconsciente y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo.

Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y, en última instancia, comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar, y comportarse de un individuo”. (Millon, 1998).

En los últimos cien años se ha producido un enorme avance en la comprensión del sistema nervioso del hombre y sus funciones; sin embargo queda por resolver multitud de cuestiones. Las funciones psicológicas básicas, las llamadas inferiores (la percepción y el control motor), como las denominadas superiores (el lenguaje y razonamiento), constituyen los ladrillos a partir de los cuales se construye la personalidad. (Costa, 1994).

La personalidad es un constructo psicológico, que se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona, a la organización interior que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una circunstancia. El concepto puede definirse también como el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones posee algún grado de predictibilidad. (Eysenck, 1947).

1.1.2. Origen del Término

El concepto de personalidad proviene del término persona, denominación que se utilizaba para la máscara que portaban los actores de teatro en la antigüedad. Sin embargo, ya en ese entonces se hablaba en un sentido amplio y figurado de personas para referirse a los roles, es decir a como quién o representando a quién, actuaba un determinado actor teatral tras su máscara. (Eysenck, 1947)

El concepto paulatinamente se transfirió a otras esferas de la sociedad, más allá del teatro, pero en una primera época, personas eran solamente los ciudadanos, jurídicamente provistos de derechos (en contraste con los esclavos que no eran considerados personas, puesto que no podían decidir sobre su propio actuar, ni menos aún deliberar sobre el de los demás). (Klages, 1999)

El concepto estaba inicialmente muy restringido a aquellos ciudadanos poderosos, que gozaban de honra, prestigio y, en respeto a su dignidad, eran los únicos poseedores de derechos ciudadanos. En el transcurso de los siglos, el concepto de persona se fue transformando gradualmente en uno más general (en igual medida de la generalización de los derechos ciudadanos) hasta llegar utilizarse en el sentido coloquial actual, es decir, prácticamente como sinónimo de ser humano. (Cavalli, 1999)

En el contexto de este desarrollo conceptual, la aparición del adjetivo personal facilitó el desarrollo del sustantivo personalidad, utilizado para designar la totalidad de características personales que interactúan dinámicamente entre sí para producir aquél estilo relativamente estable de desenvolverse individual y socialmente que un individuo posee. (Moreno, 2003).

Hay una serie de autores que intentan describir a la personalidad, entre los autores con mas influencia en la psicología tenemos a **Gordon Allport**, (1937) esta definición es muy diferente a la que mantendrán los autores con una orientación más filosófica , pero históricamente aparece como pauta a partir de la cual la psicología científica toma posiciones y desarrolla enorme y casi inabarcable cantidad de investigaciones empíricas.

Allport define a la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo que aquellos sistemas psicofísicos que determinen su ajuste único al ambiente”.

En definitiva Allport que es considerado el padre de la personología moderna, se enmarca dentro de lo que podría denominarse definiciones fenomenológicas, que se separan estrictamente del análisis descriptivo y existencial.

También tenemos a autores como **Henry Murray**, el mismo que mantiene una visión similar que considera las teóricas fenomenológicas de la personalidad, basado fundamentalmente en la descripción de una totalidad y el énfasis de que la personalidad es, ante todo, un sistema estructurado.

Las diferencias en cuanto a puntos importantes como la oposición de *rasgos* frente a *necesidades* a la hora de analizar componentes de la personalidad, la importancia dada a las conceptualizaciones psicoanalíticas o la relación que puede existir entre lo normal o lo anormal en este campo separan a estos dos autores que constituyen sin duda un punto de partida importante en la teoría moderna de personalidad. (Pervin, 1998).

Para autores como Joseph Nuttin el termino persona a de ser reservado para designar al individuo , mientras que la personalidad es “una construcción científica elaborada por el psicólogo para poder hacerse una idea de la manera de ser y funcionar que caracteriza al organismo psicofisiológico que denominamos persona humana”.

Al margen de lo teórico de esta definición, Nuttin plantea claramente el carácter de construcción científica del propio concepto de personalidad, alineándose entre las posiciones que descartan una idea sustancialista de personalidad y la reducen en definitiva a una forma de conceptualizar de que existen estructuras variables en el comportamiento humano. (Nutin, 2003)

1.1.3. Teoría Tipológica según Hipócrates

Dentro de la teoría menciona el temperamento, que define como: “Es aquel comportamiento condicionado íntimamente por lo físico del hombre como herencia su fisiología, sistema nervioso vegetativo que permitan las expresiones reactivas o impulsivas del organismo”. El temperamento es inmodificable, se encuentra enmarcado entro de lo físico del hombre. (Villagran, 2003)

Según Hipócrates, médico griego que en su teoría humoral clasifica al temperamento en:

T. Sanguíneo: Predomina el humor sangre, le corresponde al de constitución física gorda, con mucha sangre en la cara. Se caracteriza por ser emotivo, superficial, extravagante, sociable, preocupado, tiende a ser líder, etc.

T. Flemático: Predomina la flema o linfa, es el apático, inactivo, pasivo.

T. Colérico: Predomina la bilis amarilla. Se caracteriza por ser impetuoso, soberbio, cambiante, audaz, expresivo, etc.

T. Melancólico: Predomina la bilis negra, su constitución física es gorda, es poco afectivo, tranquilo, calculador, le gusta la vida cómoda, lo fácil, etc.

1.1.4. Aportaciones Psicoanalíticas de Personalidad

No cabe duda que la obra Freudiana es la determinación de un modelo de aparato psíquico o, lo que es lo mismo, de un modelo que es el hombre y de cómo este funciona. Desde este punto de vista, la principal misión de la teoría freudiana fue el diseño de un modelo de personalidad como expresión de un modelo de persona. (Roca, 2010)

La parte inconsciente intenta explicar las estructuras y las funciones que determinan las acciones, sentimientos y emociones de la persona , y además establece el papel causal de lo instintivo, es por ello que no es de extrañarse que el psicoanálisis freudiano pueda ser entendido como una teoría de personalidad (Roca, 2010).

De los tres modos del aparato psíquico de Freud que manejó a lo largo de su obra, el modelo topográfico en la medida que primaba la importancia absoluta de lo inconsciente, dejaba poco margen para interesarse por la personalidad entendida como las pautas de conducta, emociones y sentimientos de un sujeto concreto.

El modelo de desarrollo , las fases de evolución de la libido tampoco hacia interesante el concepto de personalidad en la medida en que el funcionamiento definitivo de ésta, en el adulto, dependía férreamente de la superación de las fases previas y de los rasgos individuales, estarían más determinados por dicha superación, evolutiva de que por características idiosincráticas individuales.

En este sentido, la psicología del yo ha permitido plantear el problema de la modernización de la personalidad en dos dimensiones principales: a) el estudio y estructuración de si mismo, (Self), y b) los estudios, extraordinariamente importantes, sobre la dinámica de las relaciones objétales. (Baca. 1999).

1.1.5. La teoría tipológica de Jung:

Está asociado íntimamente con Freud durante un tiempo, siguió su camino hasta desarrollar una escuela de pensamiento independiente que contrasta de manera marcada con el psicoanálisis ortodoxo. Si bien debe mucho a las ideas de Freud, es un teórico de la personalidad por derecho propio. Su concepto es el inconsciente colectivo, el cual amplía en forma vasta un aspecto de la personalidad que apenas fue explorado por Freud.

Jung, concibió la estructura de la personalidad como una red compleja de sistemas interactuantes que luchan hacia la armonía final: los primarios son el "yo", el inconsciente personal con sus complejos y el inconsciente colectivo y sus arquetipos. También describió dos actitudes primarias hacia la realidad y cuatro funciones básicas, las cuales juntas constituyen aspectos separados pero relacionados de la psique (procesos psicológicos: pensamiento, sentimientos, deseos, etc) y abarca tanto los procesos conscientes como inconscientes, o sea, la personalidad total.

Para Jung, el "yo" es la mente consciente de un individuo, la parte de la "psique" que selecciona las percepciones, pensamientos, sentimientos y recuerdos que pueden entrar en conciencia. El "yo" es el responsable de nuestros sentimientos de identidad y continuidad. Es a través del "yo" que establecemos una sensación de estabilidad en la forma en que nos percibimos. El "yo", sin embargo, no es el verdadero centro de personalidad para Jung. (Siever, 1998)

Jung, contribuye a la psicología de la psique consciente en su explicación y descripción de tipos psicológicos, lo cual, lo distingue entre dos "actitudes" básicas y cuatro "funciones" o formas de percibir al ambiente y orientar las experiencias. (Siever, 1998)

1.2. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Al tratar de explicar qué es la personalidad, se debe tomar en cuenta que contiene elementos de origen hereditario y ambiental. Estos elementos o factores constitutivos de la personalidad son:

- La constitución física
- El temperamento
- La inteligencia
- El carácter moral

Todo ser humano al nacer posee una personalidad "potencial", en cuanto a que tiene los elementos básicos de la misma. Esta potencialidad comenzará a ser realidad cuando se inicie el desarrollo de ciertas características y capacidades, como trabajo intelectual, creatividad, conducta intencional y valores éticos, entre otras, que indican que los diversos elementos de la personalidad están funcionando con cierto nivel de organización.

Se puede hablar de personalidad estructurada cuando el individuo logra dinamizar de forma integrada y con autonomía estos aspectos básicos, lo que le llevará a tener una conducta y un pensamiento característicos. (Baca, 1998)

La personalidad es el sello distintivo de cada ser humano, formada por la combinación de rasgos y cualidades distintos. Independientemente de las definiciones que han formulado los expertos a lo largo del tiempo, podemos destacar una serie de características en la personalidad. (Baca, 1998)

1. Consistente.- Puesto que la personalidad es un rasgo distintivo de cada persona, éste permanece relativamente estable a lo largo del tiempo, influyendo en su comportamiento. Esto no evita que el individuo pueda cambiar su comportamiento debido a factores ambientales o a las necesidades experimentadas.

2. Diferenciadora.- La personalidad permite identificar a cada individuo como un ser único. Esta característica se traduce en las distintas reacciones que pueden tener las personas ante un mismo estímulo. La personalidad es única por ser una combinación de factores internos, pero si queremos utilizarla como criterio de segmentación, se pueden destacar uno o varios rasgos comunes.

3. Evolutiva.- Aunque la personalidad es un rasgo consistente, puede variar a largo plazo por la interacción con el medio, por las experiencias vividas por el individuo o simplemente, a medida que el individuo va madurando.

4. No predictiva.- La personalidad es una compleja combinación de características y comportamientos que hacen difícil la predicción de la respuesta de los consumidores a los estímulos sugeridos.

Se debe delimitar los conceptos claves de personalidad como temperamento y carácter, hay varias definiciones de varios autores, como por ejemplo el autor Klages, menciona que el sistema de temperamento es entendido como estructura, autores como Gefuge, se refiere al carácter como una cualidad y Artung se refiere como una expresión de carácter como sinónimo de personalidad en conjunto. (Roca, 2010)

Este tipo de definiciones, en las que el carácter parece como algo mas exterior y el temperamento como algo mas constitutivo, se repiten en números autores y también en varios autores de la psiquiatría; Utitz, (2001) definió el temperamento como lo que pertenece al humor y al afecto en sus significación para la personalidad, y el carácter como la personalidad vista desde el punto de vista de su esfuerzo.

Fue Ewald, quien primero intentó establecer los conceptos de temperamento y carácter como algo biológicamente fundado, para este autor el temperamento es la expresión del biotono (un concepto de este autor con el que indica la energía vital que aparece en la esfera psíquica como impulso y en la psíquica como vitalidad) y se manifiesta en la intensidad, el tempo psíquico y los sentimientos vitales.

1.2.1. El Temperamento

Es una constante en la personalidad en oposición al carácter, que es cambiable y modificable y se deriva de la construcción de lo individual, consiste en la herencia biológica recibida y, por lo tanto, es difícil de cambiar o de modificar. Millon (1993) lo describe como el material biológico desde el cual la personalidad finalmente emerge. Se puede decir que incluye el substrato neurológico, endocrinológico y bioquímico desde el cual la personalidad empieza a formarse.

1.2.2. El Carácter

El carácter (término derivado de una palabra griega que significa grabado) se forma por los hábitos de comportamiento adquiridos durante la vida. Millon piensa que el carácter puede ser considerado como la adherencia de la persona a los valores y a las costumbres de la sociedad en que vive. (Oldhan, 2000).

Es la parte en la cual se integran los impulsos directos y las relaciones psíquicas, la impresionabilidad y la capacidad de retención en el sentido de Kretschmer de asimilación intrapsíquica y capacidad de desahogo. Para Ewald las personalidades cicloides y ciclotímicas representan personalidades balanceadas, mientras que los esquizoides y esquizotímicos son caracteres anormales. (Oldhan, 2000) .

De entre las características más relevantes de la personalidad podemos mencionar las siguientes:

- No tiene una existencia real, se infiere a partir de la conducta de los individuos. Es una abstracción que nos permite ordenar la experiencia y predecir el comportamiento en situaciones específicas.
- Es la forma habitual de comportamiento de cada individuo. Comprende tanto su conducta manifiesta como también su experiencia privada. No consiste en una suma conductas aisladas, sino que incluye la globalidad del comportamiento.

- Se produce por la interacción de la herencia genética y el ambiente del individuo, por el aprendizaje social y las experiencias personales. Se desarrolla y cambia a lo largo de la vida.

- Es individual y social. Somos diferentes pero también iguales a todas las personas que nos rodean. Cada individuo es un ser único e irrepetible, pero al mismo tiempo somos capaces de comprender a los demás y reconocernos en una comunidad de semejantes. (Cercós , 2010)

1.3. TEORÍA DE THEODOR MILLÓN DE LA PERSONALIDAD

Theodore Millon, nació en Brooklyn en 1928 es un psicólogo estadounidense pionero en la investigación sobre la personalidad. Dirige desde 2001 el Instituto para Estudios Avanzados sobre la Personalidad y la Psicopatología en Florida. Es autor de una treintena de libros y de más de 200 artículos. (Mateos, 2001)

Fue premiado en el año 2003 por la Asociación Americana de Psicólogos por su carrera profesional y la Fundación Americana de Psicología instituyó el Premio Theodore Millon para investigadores de la personalidad. (Mateos, 2001)

Si hubiera que escoger unos pocos aspectos fundamentales propuestos por Millon, probablemente éstos serían los más significativos:

- La utilización de una perspectiva teórica integradora
- Su insistencia en el continuo normalidad/patología
- La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución

1.3.1. La utilización de una perspectiva teórica integradora

Efectivamente, la integración es una de las características básicas del modelo de Millon. La integración, por ejemplo, entre la estructura y la dinámica de la personalidad.

Nos interesa mucho conocer la estructura básica de la persona, pero también su dinámica, su cambio; ambas cosas son imprescindibles para entender su funcionamiento. De la misma forma en que es necesaria la integración entre la perspectiva nomotética que se centra en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos, los rasgos, los esquemas, las defensas, etc., es decir, se interesa por la generalización y la perspectiva idiográfica que centra su atención en las diferencias individuales, enfatizando que la personalidad de un individuo es el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales. (Millon, 1990)

Precisamente, esta concepción integradora se plasma en la propuesta de una serie de estilos o prototipos, que son esencialmente nomotéticos, puesto que incorporan constructos desarrollados por la teoría de la evolución “las polaridades”, a los que Millon añade un rango de subtipos de personalidad, fruto de un estudio más específico e idiográfico.

Integración también entre diferentes modelos teóricos y diferentes perspectivas de intervención. Entre los primeros, el mismo Millon cita las bipolaridades de: Los tipos psicológicos de Jung (Externa/Interna, Tangible/Intangible, Intelecto/Afecto), más centradas en los aspectos más cognitivos de la personalidad; el modelo interpersonal de Leary; el sistema clasificatorio del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2005); el Proyecto para una psicología científica de Freud; la sociobiología de Wilson y la combinación de la teoría evolucionista con la teoría de las diferencias individuales y los rasgos de personalidad de Buss. Distintas y dispares perspectivas a las que Millon sabe dotar de coherencia, sabe encajar unas con otras de forma adecuada. (Ubago 2007)

1.3.2. Su insistencia en el continuo normalidad/patología

En el modelo de Millon, se entienden la normalidad y la patología como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas (Millon, 2002).

No hay una línea divisoria tajante entre las dos. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. La diferencia fundamental es 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. (Baca, 1998)

Así, se entiende por Personalidad normal los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Los Trastornos de Personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual. (Roca, 2010)

Es decir, la personalidad normal y saludable se caracteriza porque:

- Tiene capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y adaptativa.
- Las percepciones sobre sí mismo y su entorno son fundamentalmente constructivas.
- Los estilos característicos de su conducta son promotores de salud.

Mientras que la personalidad con trastornos:

- Afronta las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y con conductas desadaptativas.
- Tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes.
- Los patrones de conducta predominantes tienen efectos perniciosos sobre la salud.

Esta concepción permite establecer unos criterios relacionados con la presencia de un patrón de personalidad con trastornos:

- Escasa flexibilidad adaptativa, que refleja tendencia consistente en relacionarse consigo mismo y enfrentarse a las demandas del ambiente mediante estrategias rígidas e inflexibles, que se aplican de forma siempre igual.
- Tendencia a crear círculos viciosos, producto de esas estrategias rígidas e inflexibles, que hacen que el malestar de la persona persista y se intensifique.
- Labilidad, que se manifiesta en la fragilidad y ausencia de elasticidad de la persona ante situaciones que provocan estrés.

1.3.3. La Incorporación al modelo de los principios de la Teoría de la Evolución de Millon

Los principios explicativos que emplea Millon son esencialmente los mismos que los de Darwin: en vez de utilizarlos para explicar el origen de las especies, Millon los emplea para explicar la estructura y la dinámica de los Estilos de Personalidad. El complejo de adaptaciones y estrategias de la ecología evolutiva es el equivalente biológico de los estilos de personalidad. La Personalidad se concibe, entonces, como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para relacionarse con su ambiente.

Por tanto, la teoría de la evolución es la base que utiliza Millon para definir su modelo de la personalidad desde un nivel estructural y funcional, utilizando tres polaridades psíquicas (Millon y Grossman, 2006).

1.3.4. Instrumentos de evaluación de Millon

El MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) (Millon, 1997) es un instrumento multiaxial, derivado de un modelo integrado de la psicopatología y la personalidad, y sin embargo coordinado con el modelo multiaxial del DSM. En general, la lógica interpretativa del MCMI se sigue de estos dos hechos básicos.

En coherencia con los aspectos básicos que se han expuesto hasta ahora, Millon recomienda a los clínicos que empleen el MCMI con el fin de alcanzar una comprensión de la persona como una entidad integrada, y no una agregación de diagnósticos. (Baca, 1998)

Además, este cuestionario clínico ofrece numerosos rasgos que le distinguen de otros inventarios, incluyendo su brevedad relativa, su base teórica, sus características estructurales, etc. El MCMI-III, está compuesto por: 4 escalas de control, 11 escalas básicas de personalidad, 3 escalas patológicas, 7 síndromes de gravedad moderada, y 3 síndromes de gravedad severa; además está compuesto por 4 ítems de escala modificadoras las mismas que analizan la: sinceridad, deseabilidad social, devaluación, y validez. (Millon, 1998)

Ofrece varias aportaciones con respecto a la versión del MCMI-II como la inclusión de dos nuevas escalas: un patrón de personalidad clínico (Depresivo) y un nuevo síndrome (Estrés Postraumático), así como la incorporación de la Sección de Respuestas Llamativas donde se alerta al profesional del padecimiento de síntomas correspondientes a áreas de especial relevancia como: Anorexia y Bulimia, Abuso Infantil, etc. Además, con la finalidad de optimizar la correspondencia con el DSMIV, se han sustituido 95 elementos. Y también se ha trabajado en la modificación del sistema de ponderación de ítems prototípicos y de la corrección de los efectos de distorsión. (Cardenal y Sánchez López, 2007).

Además de ello Millon, (2007), estudio la personalidad tomando en cuenta dos grandes corrientes que son: los ámbitos funcionales y los ámbitos estructurales. Dentro de los ámbitos funcionales se representan los procesos dinámicos que ocurren en el mundo intrapsíquico y entre el individuo y su entorno psicosocial, por lo tanto esto representan a los modos expresivos de acción regulatoria.

En este grupo se encuentran: el comportamiento observable, comportamiento interpersonal, estilo cognitivo y los mecanismos de defensa.

Dentro de los ámbitos estructurales que en contraste con las características funcionales, los atributos estructurales que representan una plantilla profundamente arraigada y relativamente duradera de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos y demás elementos que dirigen la experiencia y transformación de la naturaleza de los sucesos vitales. (Millon, 1998)

En este grupo se encuentran los prototipos de : Autoimagen, representaciones objetales, organización morfológica, estado de animo, temperamento.

1.4. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. (Berrios 1993)

Los trastornos de personalidad se incluyen como trastornos mentales del Eje II en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, y en la sección de trastornos mentales y del comportamiento en el manual CIE de la Organización Mundial de la Salud.

Personalidad, que se define psicológicamente, como rasgos mentales y de comportamiento permanentes que distinguen a los seres humanos. Un trastorno de personalidad se define como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Las personas diagnosticadas con un trastorno de la personalidad pueden tener alteraciones en la cognición, emotividad, funcionamiento interpersonal o en el control de impulsos. (Roca, 2010)

En general, los trastornos de personalidad se diagnostican al 40-60% por ciento de los pacientes psiquiátricos, y representa el diagnóstico psiquiátrico más frecuente.(Smelser,y Baltes, 2001).

Estos patrones de conducta son típicamente asociados con alteraciones sustanciales en algunas tendencias de comportamiento de un individuo, por lo general involucran varias áreas de la personalidad, y casi siempre se asocia con perturbaciones significativas en la esfera personal y social. Además, un trastorno de personalidad es inflexible y se extiende a muchas situaciones, debido en gran parte al hecho de que tales comportamientos anormales son egosintónicos, en el que los elementos de la conducta, pensamientos, impulsos, mecanismos y actitudes de una persona están de acuerdo con el Yo y con la totalidad de su personalidad; y por tanto, se percibe como adecuados por el afectado. (Roca, 2010)

Este comportamiento puede suponer estilos de afrontamiento desadaptativos, que pueden conducir a problemas personales y alteraciones tales como ansiedad extrema, angustia o depresión. La aparición de estos patrones de comportamiento por lo general se remontan al principio de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta y, en algunos casos, a la infancia. (McWilliams 2007).

Debido a que la teoría y el diagnóstico de los trastornos de personalidad se derivan de las expectativas culturales dominantes, su validez es cuestionada por algunos expertos, sobre la base de su invariable subjetividad. Ellos argumentan que la teoría y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad se basan estrictamente en consideraciones de tipo social, socio-políticas e incluso económicas. (Widiger, 2003)

1.4.1. Lista de Trastornos de personalidad definidos en el DSM

El DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) menciona diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan en tres grupos:

Grupo A (trastornos raros o excéntricos)

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.

- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

- Trastorno antisocial de la personalidad.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno narcisista de la personalidad.

Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

- Trastorno de la personalidad por evitación.
- Trastorno de la personalidad por dependencia.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

1.4.2. Diagnóstico del DSM-IV

El DSM-IV enumera los criterios diagnósticos generales que debe cumplir un trastorno de la personalidad, además de los criterios específicos para cada trastorno de la personalidad en particular:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
- Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
- Actividad interpersonal.
- Control de los impulsos.

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 a 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). (DSM, 2005)

1.4.3. Diagnóstico para CIE-10

El CIE-10 introduce los diagnósticos específicos de cada trastorno de personalidad con unos criterios de referencia generales que son similares:

•Pautas para el diagnóstico: se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

2. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
3. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
4. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
5. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
6. El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
7. El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

Para diagnosticar la mayoría de los trastornos de personalidad, se requiere la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en cada descripción. El CIE añade que para las diferentes culturas puede sea necesario desarrollar un conjunto específico de criterios que tenga en consideración las normas, reglas y obligaciones sociales de cada región o cultura. (CIE10, 2004)

1.4.4. GRUPO A (TRASTORNOS RAROS O EXCÉNTRICOS)

1.4.4.1. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

La personalidad paranoide según el DSM –IV , indica una vigilante desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva tensa ante la anticipación de las críticas y los engaños. Presenta una irritabilidad abrasiva y tienden a provocar la exasperación y el enfado en otros, los individuos paranoides a menudo expresan miedo a perder la independencia, lo que les lleva a resistirse vigorosamente a las influencias y al control externo. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar el trastorno paranoide son:

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de la forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indica cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En las observaciones o en los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo no olvida insultos, injurias o desprecios.
6. 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.
7. Sospecha repetidamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo como síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. (DSM-IV, 2005)

1.4.4.2. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Son individuos que se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para examinar placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos, desganados, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y funcionan como observadores pasivos indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás. (Millon 2007).

Los Criterios para diagnosticar un trastorno de personalidad esquizoide son:

A. Un patrón general de 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:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, a parte de los familiares de primer grado
6. Se muestra indiferente a los halagos o a las críticas de los demás
7. muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. (DSM-IV, 2005)

1.4.4.3. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

El trastorno esquizotípico de la personalidad del DSM-IV representa a una orientación cognitivamente disfuncional e interpersonalmente indiferente. Los individuos esquizotípicos prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas. Se inclinan a comportarse de forma autista o cognitivamente confusa, piensan tangencialmente y a menudo parecen estar absortos en sí mismos y pensativos. Sus excentricidades son notables y a menudo los demás los perciben como extraños o indiferentes. Dependiendo de si su patrón básico es pasivo o activo, muestran cautela ansiosa e hipersensibilidad o aplanamiento emocional y deficiencia de afecto. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno esquizotípico de personalidad son:

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociado a un malestar agudo y a 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:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (por ejemplo, superstición, creer en la clarividencia, telepatía o sexto sentido; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
4. Pensamiento y lenguaje raros, (por ejemplo: vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado, o estereotipado).
5. Susplicacia o ideación paranoide
6. Afectividad inapropiada o restringida
7. Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.

8. Falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más con los juicios negativos sobre uno mismo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo. (DSM-IV, 2005)

1.4.5. GRUPO B (TRASTORNOS DRAMÁTICOS, EMOCIONALES O ERRÁTICOS)

1.4.5.1. TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD

Los individuos antisociales actúan para contrarrestar las expectativas del dolor y la posible agresión a manos de los otros, al implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio. Su orientación engrandecida refleja su escepticismo hacia los motivos de los demás, su deseo de autonomía y el anhelo de venganza y recompensa por lo que ellos consideran que fueron injusticias pasadas. Son irresponsables e impulsivos, cualidades que justifican por qué consideran poco fiables y desleales a los demás. Su insensibilidad y crueldad son los únicos medios para evitar el abuso y convertirse en víctimas. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno antisocial de personalidad son:

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivos de detección

2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. Irritabilidad y agresividad, indicada por peleas físicas repetidas o agresiones.
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
7. Falta de remordimientos como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el trascurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco. (DSM-IV, 2005)

1.4.5.2 .TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

La personalidad límite a menudo es la base de otros trastornos de personalidad menos graves, cada variante límite tiene defectos estructurales y experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de depresión y apatía, a menudo salpicados con racha de ira, ansiedad y euforia. Lo que les distingue claramente de otros patrones graves (esquizotípico y paranoide) es la falta de regulación de afecto, que se ve más claramente en la intensidad y labilidad de sus estados de ánimo. Además, muchos tienen pensamientos recurrentes de automutilación y suicidio, parece demasiado preocupado en asegurarse cariño, tienen dificultades en mantener un sentido claro de identidad y exhiben una ambivalencia cognitivo-afectivo que se hacen evidentes en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia los demás. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno límite de personalidad son:

A. Un patrón general 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:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recoge en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de si mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en el menos dos áreas, que es potencialmente dañina para si mismo (por ejemplo, gestos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recoge en el criterio 5
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de animo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p, ejemplo muestra frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativas graves. (DSM-IV, 2005)

1.4.5.3. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Son aquellos individuos que recurren a los demás en igual medida que los dependientes, a primera vista parecen indiferentes de sus equivalentes mas pasivos. Esta diferencia en su estilo observable son de manipulación fácil, y emprendedora de los hechos, mediante la cual maximizan los favores que reciben y evitan la indiferencia y la desaprobación de los demás.

A menudo muestran una insaciable, e incluso indiscriminada búsqueda de afecto, su inteligente y a menudo ingenioso comportamiento social de la apariencia personal y seguridad en si mismo. Sin embargo, debajo de esta apariencia subyacente economía genuina y una reiterada necesidad de señales de aceptación y aprobación de afecto, y deben ser constantemente alimentados y se buscan en cada fuente interpersonales en los contextos sociales. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno histriónico de personalidad son:

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

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre si mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra auto dramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.

7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad. (DSM-IV, 2005)

1.4.5.4. TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD

Los individuos narcisistas por su forma egoísta de dedicarse a sí mismos, experimentando placer primario pasando de ser pasivos o centrándose en sí mismos. Sus experiencias tempranas les han enseñado a que su seguridad y superioridad puede estar fundado sobre premisas falsas; es decir se apoyan en logros reales o maduros.

Sin embargo los narcisistas asumen alegría además reconocerán su cualidad de ser especiales. Por lo tanto mantienen un aire de autoridad en sí mismos y, sin pensarlo, ni pretenderlo conscientemente, explotan a beneficio propio. Aunque las atenciones de los demás son bienvenidas y alentadas, se hallan en una superioridad pretenciosa que requieren poca confinación de logros reales. Su confianza sublime en que las cosas van a salir bien les motiva poco a poco para incursionar en la vida social. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno Narcisista de personalidad son:

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

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p, ejemplo exagera los logros y capacidad, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupados por fantasías de éxito limitado, poder, brillante, belleza o amor imaginario.

3. Cree que es especial, único, y que solo puede ser comprendido por, o solo por, o solo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva
5. Es muy preyencioso por ejemplo, expectativas irracionales de recibir un trato de favor especial o de que se cumpla automáticamente sus experiencias.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a el
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios. (DSM-IV, 2005)

1.4.6. GRUPO C (TRASTORNOS ANSIOSOS O TEMEROSOS)

1.4.6.1. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.

Los individuos evitativos experimentan pocos refuerzos positivos de si mismos y de los demás. Permanecen alerta y siempre en guardia, preparados para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás.

Mantiene un control constante de sus impulsos y anhelos de afecto, para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas. Solo pueden protegerse a si mismos mediante una retirada activa. A pesar de sus deseos de relacionarse, han aprendido que es lo mejor negar estos sentimientos y mantener bastante distancia interpersonal. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno de personalidad por evitación son:

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos como lo indican (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajo o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido el miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no esta seguro de que va a agradar
3. Demuestra represión en las relaciones intimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad.
6. Se ve a si mismo socialmente inepto personalmente poco interesante o inferior a los demás
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras. (DSM-IV, 2005)

1.4.6.2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA.

Son aquellos individuos que tienden no solo a recurrir a los demás para obtener cuidados y seguridad, sino que dejan que otros tomen el mando y se lo proporcionen. Se caracterizan por mantener relaciones en las que puedan apoyarse en otros para conseguir afecto, seguridad, su falta de autonomía y de iniciativa, es a menudo una consecuencia de la sobreprotección en cuanto a la función de estas experiencias, simplemente han aprendido que es mas cómodo ser pasivo en las relaciones interpersonales, aceptando la bondad y el apoyo que se encuentra y se someten de

buen grado a los deseos de los demás con el fin de mantener su cercanía con ellos. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno de personalidad por dependencia son:

Un patrón general y excesivo de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indica cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: no se incluyen los temores reales a un castigo.
4. 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).
5. 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.
6. Se siente incomodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar a si mismo
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de si mismo. (DSM-IV, 2005)

1.4.6.3. TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO DE PERSONALIDAD

Los individuos compulsivos han sido intimidados y coaccionados para aceptar las demandas y los juicios impuestos por los demás. Sus formas de actuar prudentes, controladas, y perfeccionistas derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia suprimiendo su resentimiento y manifestando un conformismo excesivo y exigiéndose mucho a si mismos y a los demás.

Su disciplinado dominio de si mismo les ayuda a controlar unos sentimientos de rebeldía, intensos, aunque ocultos, dando lugar a una pasividad abierta y una aparente conformidad pública. Sin embargo, tras esta mascara de decencia y dominio, hay sentimientos de ira y de rebeldía que ocasionalmente desbordan sus controles. (Millon 2007).

Los criterios para diagnosticar un trastorno Obsesivo- Compulsivo de personalidad son:

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionamiento y el control mental e interpersonal , a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p, ejemplo es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias que son demasiado estrictas).

3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuye a necesidades económicas evidentes)
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuye a la identificación con la cultura o la religión)
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajos en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para el y para los demás: el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación. (DSM-IV, 2005)

CONCLUSIONES

Podemos darnos cuenta que el termino de personalidad ha ido a cambiando, y como varia en cuanto a los autores, sin embargo personalmente pienso que la personalidad es nuestra parte subjetiva, que se va desarrollando a través de los años y nos va dando pautas firmes de emoción, cognición y comportamiento

Se debe tomar en cuenta que los trastornos de personalidad según el DSM. IV, son patrones que se manifiestan a través de cuatro esferas importantes en la vida de un sujeto como son: la cognición que se describe como la forma de percibir e interpretar, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de impulsos, es por ello que debemos basarnos en esto para determinar un trastorno de personalidad, a diferencia de rasgos que son manifestaciones que no causan un malestar clínico a la persona y no provoca alteraciones con las cuatro esferas ya estudiadas.

En el presenta capitulo se describe como inicialmente se estudió a la personalidad y solamente se basaba en teorías , posteriormente se van estudiando varias formas o tipos de personalidades hasta clasificarlos en trastornos de personalidad, los del grupo A que son los del grupo de los raros y excéntricos, los del grupo B que son los dramáticos, emocionales o erráticos y los del grupo C que son los ansiosos y temerosos, para ello se tomo en cuenta los criterios diagnósticos según el DSM- IV y el CIE 10.

CAPITULO II

2.1. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo brinda especial interés a la problemática existente en los Centros de Privación de Libertad, en cuanto al reto que significa para las personas privadas de libertad (PPL), sobrellevar el desarrollo de efectos psicológicos que el encarcelamiento produce, al verse obligados a cumplir sus condenas en un medio tensionante, caracterizado por poseer numerosas carencias físicas y psicológicas, que dificultan el logro de una rehabilitación y de una reinserción social.

La finalidad de las prisiones ha ido cambiando a través de la historia. Pasó de ser un simple medio de retención para el que esperaba una condena, a ser una condena en sí misma. En algunos países (principalmente los democráticos), un medio que tenía, como objetivo, el proteger a la sociedad de aquello que pudieran resultar peligroso para ella a la vez que se intentaba su reinserción, pero también podía ser utilizado como un medio de presión política en momentos difíciles. (Perugachi, 2004)

La creación de las cárceles surgió ante la necesidad de mantener en secreto el tratamiento de la delincuencia. Las ejecuciones, llevadas a cabo en público, fueron cada vez más discretas hasta desaparecer, por completo, de la vista pública. Las torturas, consideradas como bárbaras, tenían que ser modificadas por otra cosa. Foucault, (2001) señala que la elección de la prisión se debió a una elección por defecto, en una época en la que la problemática era, mayoritariamente, la de castigar al delincuente, la privación de libertad se revelaba como la técnica coercitiva más adecuada y menos atroz que la tortura, afirmó que, desde sus principios, la eficacia de las prisiones fue motivo de importantes debates. (Foucault, 2000)

El haber estado privado de libertad al interior de una institución carcelaria, hace que en muchas ocasiones el proceso de reinserción social resulte complicado, e incluso fallido, debido al sentir, pensar y actuar que los privados de libertad presentan, y que han sido creados y/o reforzados por el encarcelamiento, los cuales

en muchas ocasiones entran en contradicción con los patrones de comportamiento socialmente aceptados, generando en el individuo un malestar subjetivo. (Justicia, 2012)

La sociedad muchas veces no brinda las condiciones adecuadas para fomentar la reinserción social de dicha población, debido a la estigmatización y exclusión que las personas ex privadas de libertad deben de enfrentar en diferentes ámbitos de su vida. (Justicia, 2012)

La privación de libertad ha implicado una alteración en el curso normal de la vida de esta población, dado que su situación legal les ha alejado de los diferentes contextos que componen la vida en libertad, tales como la familia, la comunidad y la sociedad en general; contextos en los cuales, inevitablemente han cambiado en diferentes aspectos durante su ausencia, cambios que pueden ser percibidos en muchas ocasiones como desagradables o extraños a la realidad que alguna vez conocieron.

Es de suma importancia trabajar con las personas privadas de la libertad, en varios aspectos, debido a que se encuentran sometidos a una serie de conflictos emocionales que alteran la personalidad y la conducta, involuntariamente la persona presenta varias alteraciones psicológicas y no sabe como manejarlas debido al ambiente en el que se desenvuelve. (Verdugo, 2004).

2.2. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE LA PROVINCIA DE CAÑAR

En el país existen alrededor de 47 Centros de privación de libertad, ubicados en las diferentes provincias del país, con una población aproximada de 22.825 privados de la libertad, de los mismos 20.914 son varones y 1.911 son mujeres. (Justicia, 2012)

El ministerio de justicia, derechos humanos y cultos, han dispuesto los siguientes reglamentos para los centros de privación de libertad

2.2.1. Valores

Generar política pública en lo referente a justicia, derechos humanos, rehabilitación social, reinserción social y medidas cautelares para personas adultas privadas de libertad, desarrollo integral para adolescentes en conflicto con la ley penal y regulación para el libre ejercicio de cultos. (Justicia, 2012)

Coordinar las acciones para velar por el efectivo acceso a una justicia de calidad y oportuna como derecho fundamental de todos los habitantes de la República. (Justicia, 2012)

Autoridad Central para aplicar el Convenio de Estrasburgo sobre el traslado de personas condenadas y conocer sobre las peticiones de repatriación solicitadas por el Ministerio de Justicia de los Estados requirentes. (Justicia, 2012)

Presidir la Coordinación de la Comisión del Sistema Procesal Penal con el objeto de lograr una implementación del proceso penal que de efectivo cumplimiento a las garantías del debido proceso. (Justicia, 2012)

Coordinar con el Ministerio de Finanzas el pago de la reparación material e inmaterial a las víctimas de violación de Derechos Humanos. (Justicia, 2012)

Establecer nexos de apoyo a la Función Judicial y al Ministerio Público en la búsqueda de solución a los conflictos que se generan en los centros de rehabilitación social y demás conflictos judiciales que interesen a la Administración Pública. (Justicia, 2012)

2.2.2. Misión

Velar por el acceso a una justicia oportuna, independiente y de calidad, promover la paz social, la plena vigencia de los Derechos Humanos, el ejercicio de cultos y su regulación, mejorar la rehabilitación y su reinserción social en las personas adultas privadas de libertad y el desarrollo integral en adolescentes en conflicto con la ley

penal, mediante normas, políticas, programas, proyectos y actividades coordinadas con las instituciones relacionadas. (Justicia, 2012)

2.2.3. Visión

Para el año 2017 el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos habrá logrado la plena vigencia de los Derechos Humanos, la transformación del sistema de justicia, la regulación del ejercicio de cultos, la atención integral a personas adultas privadas de libertad y adolescentes en conflicto con la ley penal al convertirse en un referente de gestión pública a nivel nacional e internacional. (Justicia, 2012)

2.2.4. Objetivos Generales

- Incrementar la efectividad de coordinación entre todos los actores del sector justicia
- Reducir el número de causas en las que se afecte las garantías al debido proceso
- Reducir los niveles de violencia, inseguridad y hacinamiento de los centros de atención a personas adultas y adolescentes en conflicto con la ley.
- Incrementar la rehabilitación y reinserción de las personas adultas y adolescentes en conflicto con la ley
- Incrementar el cumplimiento de los derechos humanos a nivel nacional.
- Incrementar el cumplimiento de la regulación en relación a cultos.
- Incrementar el número de proyectos de ley del sector justicia y otros determinados por el poder ejecutivo.
- Incrementar la eficiencia operacional
- Incrementar el desarrollo del talento humano

- Incrementar el uso eficiente del presupuesto (Justicia, 2012)

2.2.5.Objetivos Específicos

- Incrementar la eficiencia de los procesos administrativos
- Incrementar el nivel de gestión financiera Incrementar el nivel de satisfacción en los requerimientos de clientes internos y externos Incrementar el nivel de cumplimiento de la normativa para el desarrollo del talento humano
- Incrementar el nivel de seguridad en la utilización de tecnologías en el ministerio de justicia.
- Incrementar la eficacia en los trámites administrativos y judiciales mediante la mejora de los procesos internos de la Dirección.
- Reducir las evasiones en los Centros de Rehabilitación Social (CRS) y Centros de Atención Integral (CAI).
- Incrementar el número de PPL rehabilitados.
- Reducir la violencia de los CRS y CAI.
- Incrementar la cantidad de usuarios satisfechos a través de la atención a la ciudadanía.
- Incrementar la efectividad de coordinación entre los actores del sector justicia.
- Incrementar el conocimiento de la ciudadanía en materia de Derechos Humanos.

- Incrementar el acceso de la ciudadanía a servicios gratuitos de asesoría jurídica y psicosocial que potencien el conocimiento de sus derechos y de los mecanismos de exigibilidad.
- Incrementar la coordinación interinstitucional para garantizar la plena vigencia de los derechos humanos, así como el cumplimiento de obligaciones internacionales.
- Incrementar la vigencia de políticas públicas actualizadas en materia de cultos, apegadas al cumplimiento del marco regulatorio para el registro, funcionamiento y seguimiento de las diversas entidades religiosas en el Ecuador.
- Incrementar el nivel de vida de las PPL. Reducir el hacinamiento de los CRS y Centros de Detención Provisional (CSP).
- Reducir la violencia en los CRS y CAI.
- Incrementar la infraestructura de los CRS.
- Incrementar el respeto de los DDHH a nivel de CRS y CAI
- Incrementar efectividad en la participación ciudadana y organización social en el sector justicia (Justicia, 2012)

2.2.6.Orientación en trabajo Social y en Psicología.

Esta área se encarga de brindar una primera atención a la ciudadanía, con la finalidad de identificar qué profesional es el óptimo para atender el caso de manera personalizada. Además, tiene por objetivo brindar una orientación, acompañamiento y asesoramiento de tipo psicosocial, que permita al ciudadano o ciudadana conocer las alternativas, mecanismos e instancias a las que pueden recurrir para dar respuesta a sus necesidades, tomando en cuenta su contexto familiar, social y económico, en casos complejos, relativos especialmente a víctimas y grupos de atención prioritaria se realiza también seguimiento del caso. (Justicia, 2012)

2.2.7. Centros de privación de libertad en la provincia del Cañar

En la provincia del Cañar existen dos centros de privación de libertad, en las ciudades de Azogues y Cañar. En el centro de rehabilitación social de la ciudad de Azogues actualmente están 163 privados de su libertad, y en la ciudad de Cañar 141, de los cuales en su mayoría están sentenciados, los principales delitos que se han cometido son: Trafico Ilegal de Drogas, Trafico Ilegal de Migrantes, Atentado al pudor, Violaciones, Asesinato, Homicidio, Asociación Ilícita, Robo, Hurto, entre otros.

Se realiza la distribución de celdas de personas privadas de libertad, por delitos, o por procedencia de los internos, existen normas o reglas creadas por los internos, y las tratan de hacer cumplir en todo momento, cuando no se puede resolver internamente, se levantan partes disciplinarios y es el director del centro quien decide como se resuelve.

Existen varios talleres o terapias ocupacionales a las que los internos pueden acceder, entre ellos tenemos: carpintería, panadería, bailo terapia, trabajos manuales de papel, telares, pintura, terapias motivaciones, todas estas son de carácter voluntario y los internos eligen a cual de ellos pueden ir.

2.3. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Las personas privadas de la libertad, están amparadas, bajo derechos y obligaciones en el Ecuador, son reconocidos dentro del capitulo tercero de los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, de la Constitución Ecuatoriana, en la sección octava menciona:

1. No ser sometidas a aislamiento como sanción disciplinaria
2. La comunicación y visita de sus familiares y profesionales del derecho.

3. Declarar ante una autoridad judicial sobre el trato que haya recibido durante la privación de libertad.
4. Contar con los recursos Humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad.
5. La atención de sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas.
6. Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.
7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia. (Constitución, 2008)

Además de ello, las personas privadas de la libertad están amparadas por el código penal, en el capítulo de ejecución de penas, en donde refiere:

Son considerados internos a todas aquellas personas que se encuentran privados de la libertad por la aplicación de prisión preventiva o detención provisional, y los que están sometidos al cumplimiento de una pena. (Penal, 2010).

Las normas contempladas en el reglamento para el funcionamiento de los pabellones de máxima seguridad dentro de los Centros de Rehabilitación Social, garantiza el respeto absoluto a los derechos humanos y a la dignidad personal de los internos, procurando integrar su personalidad y facilitar su reincorporación a la vida social productiva. (Penal, 2010).

En cuanto a los principios de igualdad, en la ejecución de las sentencias penales y las medidas cautelares privativas de libertad, se prohíbe toda forma de

discriminación por motivos de nacimiento, sexo, raza, edad, nacionalidad, idioma, religión, credo político, origen, estrato social, y capacidad económica. (Penal, 2010).

Los internos en prisión preventiva, en lo posible por su condición procesal, en cualquiera de sus modalidades, podrán acceder a las actividades sociales, laborales, educativas, formativas, deportivas y culturales que, en sentido general se realicen en los centros de Rehabilitación Social, en igual de condiciones que los formalmente sentenciados por resolución judicial firme. (Penal, 2010)

Dentro de las prohibiciones de conducta que menoscaben la dignidad de internos, se prohíbe toda conducta que implique el uso de la violencia física o moral, o procedimientos que provoquen cualquier tipo de lesión o menoscaben la dignidad de los internos, en consecuencia la autoridad se abstendrá de realizar actos que se traduzcan en tratos denigrantes o crueles. (Penal, 2010)

Todo privado de la libertad tiene el derecho de la asignación de un dormitorio, modulo, nivel, sección, y estancia a cada interno, con conformidad con el estudio de personalidad que haya realizado el departamento de diagnóstico y evaluación del centro. (Penal, 2010)

Se debe realizar la realización del expediente del interno, desde el ingreso a los pabellones, el cual comprenderá las resoluciones relativas a su proceso y sentencia ejecutoriada, estudio de personalidad y condición delictiva, además debe incluir lo relativo a su estudio biopsicosocial, además el tratamiento psicológico, médico, dental, que se le aplique, así, como, los informes relativos a su comportamiento dentro de la institución penitenciaria. (Penal, 2010)

2.3.1. Tratamiento progresivo y técnico de los internos.

El tratamiento al interno de los centros de privación de libertad, tendrá carácter progresivo y técnico, y, se fundamentará en el estudio de personalidad que el departamento de Diagnóstico y Evaluación haya practicado, el tratamiento y

asistencia, se inicia desde el momento en el que el interno ingresa a los pabellones, basado en el expediente criminal de cada persona privada de libertad. (Penal, 2010)

El tratamiento y asistencia, se fundamentará en la evolución y desarrollo biopsicosocial del interno, así como en sus participaciones en los programas educativos y laborales. En caso de que el interno se niegue a asistir a cualquiera de las actividades que correspondan, se sentará por escrito y se anexará la constancia respectiva en su expediente, con el objetivo de aplicar la corrección disciplinaria que es su caso procede. (Penal, 2010)

El estudio clínico criminológico, debe actualizarse cada seis meses, con base a los avances del tratamiento, emitidos por el área técnica y someterse a la consideración del director del centro, el estudio deberá en este caso ser realizado por el equipo profesional de cada centro. (Penal, 2010)

2.3.2. Derechos, obligaciones y prohibiciones de los internos

La Dirección Nacional de Rehabilitación Social, ejecutora de las políticas penitenciarias nacionales, debe permitir acciones y medidas para el correcto desenvolvimiento intracarcelario, aplicando el principio de afectación mínima, es decir, que, estas medidas disciplinarias, en ningún caso, contendrá mas restricciones que las necesarias para conservar en armonía, la seguridad y la vida intima del centro y que no se aplicará cuando sea suficiente la amonestación privada; debido a que la Constitución Política del Estado: “garantiza diversos derechos fundamentales a favor de los privados de la libertad.” (Penal, 2010)

2.3.3. Los derechos de los privados de la libertad son:

- A que el establecimiento en el que esté guardando prisión, cuente con instalaciones sanitarias y médicas mínimas, para garantizar la preservación de su vida, salud e integridad física, estos servicios se deberá presentar en su caso, por el personal médico adecuado, de manera gratuita y oportuna.

- A un régimen alimenticio suficiente para el mantenimiento de su salud.
- Al respeto a su identidad, es decir, ser llamados por sus propios nombres y apellidos.
- La administración del centro extenderá a cada interno un documento de identificación.
- Al respeto de su dignidad en cualquier situación o actividad.
- A utilizar sus prendas de vestir y al respeto de sus costumbres personales, dentro de los límites de las disposiciones reglamentarias.
- A un trabajo rentable que no sea que no sea aflictivo.
- A la libertad ambulatoria dentro del centro de detención, sin mas limitaciones que las propias del régimen que se les esté aplicando.
- A obtener información ya sea escrita, televisiva o radial.
- A mantener sus relaciones de familia.
- A disponer dentro de los establecimientos la detención, locales adecuados y dignos para la realización de visitas familiares e intimas.
- A entrevistarse privadamente con las autoridades civiles o penales, el director del establecimiento, el defensor publico, su defensor, o cualquier profesional que lo asista en la atención de un problema personal o respecto a cualquier situación que afecte a sus derechos.
- El derecho a dirigir quejas y peticiones a las autoridades.

- Recibir correspondencia, sin prejuicios de que esta sea revisada, por razones exclusivas a seguridad.
- A la libertad de conciencia, la libertad de religión, expresada y practicada en forma individual y colectiva.
- Los internos de nacionalidad extranjera, tendrán las facilidades adecuadas para comunicarse con sus representantes diplomáticos y consulares. (Penal, 2010)

2.3.4. Las obligaciones de los internos son:

- Cumplir las normas del régimen interno, establecidas para el centro penitenciario reguladoras de la vida dentro del establecimiento, así, como las sanciones disciplinarias que se que se impongan, de conformidad con el reglamento vigente.
- Respetar los derechos de los demás internos, de las autoridades, personal penitenciario y todas aquellas personas con quien se relacionen. (Penal, 2010)

2.3.5. Las prohibiciones de los internos son:

Los internos en ningún caso, podrán desempeñar en los servicios del establecimiento, un empleo que permita ejercer una facultad disciplinaria; y, no podrá tener consigo, usar o consumir:

- Armas de cualquier clase.
- Bebidas alcohólicas.
- Drogas de cualquier tipo.

- Medicamentos prohibidos por el personal medico del centro penitenciario.
- Objetos de uso personal valiosos como joyas o análogos.
- Dinero en cantidades que superen los gastos personales.
- Libros que inciten a la violencia, revistas o material pornográfico.
- Teléfonos celulares. (Penal, 2010).

2.4. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Para cualquier especie animal, particularmente cuanto más desarrollada tenga la parte del cerebro referida al mundo emocional y al cognitivo, un cambio forzado de ecosistema supone un trauma importante de gravísimas consecuencias. (Goffman, 2002)

La ruptura no gradual con los espacios físicos familiares, con los elementos ecológicos y relacionales a los que estaban acostumbrados, la quiebra de los hábitos y las pautas normales de comportamiento, de adaptarse al entorno, supone en todos los seres humanos un shock importante. Últimamente, la psicología infantil se viene ocupando de cómo efectuar los cambios de residencia habitual procurando minimizar los costes emocionales y psico-sociales de los más pequeños (cambio de colegio, de amigos.). En este caso, habremos de considerar además la drástica reducción del espacio efectivamente habitable con la privación de libertad y, sobre todo, la entrada en un sistema total cerrado. (Pavarini, 2003)

2.4.1. Los efectos psicológicos de la prisión

Algunos investigadores entre ellos Clemmer (1940), han argumentado la existencia de una relación lineal y ascendiente entre la investigación carcelaria y el estudio de los efectos psicológicos que la prisión produce en los sujetos

encarcelados. Clemmer (1940) fue el primero que se refirió, con este significado, al efecto prisionización. A partir de investigaciones mayoritariamente realizadas en prisiones norteamericanas, la prisionización ha sido concebida en términos de la asimilación por los internos de hábitos, usos, costumbres, y cultura de la prisión, así como una disminución general del repertorio de conducta de los mismos, por efecto de su estancia prolongada en el centro internamiento carcelario y el proceso de prisionización. (Hivert, 2009)

Entre los efectos más destacables de la prisionización se encontrarían los siguientes:

- **Un aumento del grado de dependencia de los sujetos encarcelados**, debido al amplio control conductual a que se ven sometidos. La mayoría de las decisiones que afectan a su vida diaria le son impuestas, escapando a su propio control. Si evaluamos la localización del control (que puede ser interna o externa), consiguientemente, se produciría en ellos un desplazamiento de éste hacia el polo externalista. Esto es, atribuirían la causación de su propio comportamiento a factores externos, fuera de ellos mismos. (García, 1995)

- **Devaluación de la propia imagen y disminución de la autoestima**, concebidas como la valoración que el individuo realiza y mantiene respecto de si mismo. En términos generales, se ha sugerido que el sistema social informal de la prisión influenciaría negativamente la autoestima y la autopercepción de los sujetos. (García, 1995)

- **Aumento de los niveles de dogmatismo y autoritarismo**: En los internos que se traduciría en su mayor adhesión a valores carcelarios. (Tulcanaza, 2003)

- **Aumento de niveles de ansiedad y depresión de los encarcelados** Se debe tomar en cuenta que en el proceso de prisionización también se produciría un aumento en los niveles de ansiedad en los internos, al no saber a que medio se van enfrentar, y con que personas van a pasar un periodo de su vida. Además luego de dadas las sentencias, muchas veces desfavorables para los internos, sentimientos

depresivos se instauran en ellos, es en este momento donde inician los intentos de suicidio, la agresividad, y peleas constantes. (Salgado, 2003)

Baja tolerancia a la frustración: La población penitenciaria presenta una baja capacidad para tolerar o aceptar la frustración. Esta característica es un potente predictor de conducta delictiva y de reincidencia en el marco penitenciario. (Antony, 2007)

Incapacidad para demorar el refuerzo: demorar el refuerzo implica mantenerse en el tiempo, normalmente, realizando alguna actividad, para obtener una recompensa, que será el objetivo que nos hayamos marcado. La incapacidad para demorar el refuerzo sería el “quiero esto y lo quiero ya”, característico de la población penitenciaria. Normalmente nos encontramos con gente que quiere algo y delinque para conseguirlo, que cobra al día o a la semana, muchas veces incapaces de mantener un empleo (por ejemplo: para conseguir lo que quiero robo o tráfico y consigo mucho dinero en muy poco tiempo). (Bermúdez Fernández, 2002)

Alta impulsividad: entendemos la impulsividad como la incapacidad para la reflexión previa al acto. Encontramos en la población penitenciaria la presencia general de grandes dificultades a la hora de inhibir la respuesta, es decir, encontramos unos altos niveles de impulsividad. Están asociados a la impulsividad un alto temperamento impulsivo, un bajo control y una alta desinhibición. (Chevez, 2005)

Agresividad: La tensión mantenida, esa sensación de miedo y de falta de control sobre el ambiente, favorecen que aumente y que sean habituales las muestras de agresividad tanto verbal como física y dirigida indistintamente hacia los otros como hacia el propio sujeto. (Goffman, 2002)

Locus de control externo: una persona con locus de control externo considera que lo que le pasa no depende de él y de su conducta sino de factores externos, de la suerte (pensamiento mágico), por lo tanto tampoco se considerará capaz de controlar su ambiente. (Chevez, 2005)

Tensión: aparece un sentimiento de tensión constante debido a la hostilidad del propio ambiente y a la percepción de impredecibilidad y falta de control del medio externo al sujeto. La población penitenciaria refiere: “tienes que aguantar mucho, resignación, no encuentras justicia, hay cosas que no están bien”. Esta tensión constante facilita la aparición de trastornos psicosomáticos. (García, 1995)

2.4.2. Consumo de sustancias en el ámbito penitenciario

De acuerdo a varias investigaciones un gran porcentaje de personas privadas de la libertad presenta problemas de consumo de sustancias. En los centros de privación de libertad, existe un gran número de internos con dependencia a varias sustancias psicoactivas, entre las más utilizadas en la población penitenciaria tenemos: Alcohol, Cocaína, Cannabis, Inhalantes, entre otras. Así mismo encontramos diferencias importantes en la conducta penitenciaria bajo los efectos de la sustancia, estos efectos aumentan la agresividad y la violencia, entre los internos. (Tulcanaza, 2003)

El tráfico, consumo y distribución de drogas en las cárceles de latinoamericana es un grave problema que los sistemas penitenciarios poseen, en el que tanto los privados de libertad, como sus familiares, los custodios, y el personal administrativo pueden ser parte activa del mismo. Las autoridades carcelarias abordan el problema a través de medidas de decomiso y represión. (Tulcanaza, 2003)

2.4.3. Egocentrismo en los centros de privación de libertad

Se define el egocentrismo como la impermeabilidad a las influencias externas. Encontramos en general un patrón de personalidad que caracteriza a la población penitenciaria: el egocentrismo. Este rasgo dificulta al sujeto en su relación, ya que presenta una marcada tendencia a sentirse el centro en cualquier relación, lo que impide que perciba cualquier tipo de influencia proveniente del exterior. A su vez la elevada tensión del ambiente, con frecuencia dará lugar a que la persona tienda a proteger su propio yo, lo que le lleva a una exageración del egocentrismo. Todo se

ve en función del propio interés lo que dificulta el que la persona pueda establecer relaciones solidarias con sus propios compañeros. (Bermúdez Fernández, 2002)

2.4.4. Violencia e inseguridad en los centros de privación de libertad.

Este problema que es visto frecuentemente desde la perspectiva de fugas, afecta a los detenidos y a los funcionarios del sistema, así como a sus familiares y a la sociedad en su conjunto, en los centros se agrava la espiral de la violencia y de la inseguridad que fuera de ellas preocupa a la ciudadanía y a las autoridades. Sin perjuicio de la amplitud del fenómeno de la corrupción. En cuanto al personal penitenciario también sufren de inseguridad, falta de apoyo y medios, así como la amenaza indiscriminada a las autoridades y personal de guardia. (Cárdenas, 2003)

Un primer factor a considerar es que el poder disciplinario dentro de las prisiones está en manos de los mismos internos, especialmente de los llamados caporales y es ejercido con violencia, amparándose en su mayor poder o en su cercanía con autoridades de los centros de privación de libertad. (Cárdenas, 2003)

La inseguridad se agudiza en los últimos tiempos por múltiples razones, el incremento de delitos más violentos por parte de bandas organizadas, aumenta la violencia y la inseguridad en las cárceles; conviene en razón de este incremento crear centros de seguridad máxima con el objetivo de separar a los internos considerados primarios, de los habituales y reincidentes; a fin de evitar el contacto de toda clase de delincuentes, con aquellos que ingresan por primera vez a un centro y con sentencias cortas a quienes debemos rescatar tempranamente y reinsertarles a la sociedad, a través de un efectivo proceso de rehabilitación. (Cárdenas, 2003)

El hacinamiento y el ocio constituyen un factor principal para la generación de la violencia y el vicio, así pues, es prioritario atacar cualquier aspecto que genere violencia; por esa razón el primer tema a tratar debe ser el de la planificación del centro mediante un programa de desarme voluntario y control irrestricto. Este proceso desde partir desde la entrega voluntaria de armas hasta la convicción de los internos del desarme total. (Andrade, 2010)

El acto agresivo tiene un significado psicológico, relacionado con la defensa propia que, desgraciadamente implica un ataque. Se dice que la mejor defensa es el ataque para conseguir alimento o para defender el conseguido, muchas veces hay necesidad de acudir a la agresión contra los semejantes y asegurar la supervivencia del más fuerte. (Mensias, 2003)

2.4.5. Afectividad en la población penitenciaria.

Labilidad emocional: Es una característica muy habitual en la población penitenciaria. Pasan rápidamente de una emoción a otra, siendo generalmente estas emociones extremas y opuestas. Trabajar con gente lábil emocional requiere un esfuerzo importante y un abordaje específico. Es importante ser modelo de un patrón emocional más estable, transmitir tranquilidad y confianza, no ayudar a exacerbar ese extremo emocional, intentar aportar una visión más normalizada y sobre todo realista. (Andrade, 2010)

Culpa: normalmente la persona privada de libertad experimenta importantes sentimientos de culpa, que les hace sentirse muy mal. Es importante trabajar la culpa centrándonos en las conductas y no en las características personales, ya que la culpa centrada en conductas facilita que se movilicen los recursos, esto ayudará a que el sujeto pueda intentar un cambio conductual y de reparación del daño. (Andrade, 2010)

Impotencia: La poca tolerancia a la frustración facilita la aparición de la impotencia. El sentir que no controlas tu ambiente y que las cosas que ocurren no dependen de el facilitan también la sensación de impotencia. Aparece de este modo un fenómeno que los psicólogos llaman indefensión aprendida (Seligman), en el cual el sujeto percibe que no controla de ningún modo su ambiente y aparecen signos tales como la apatía, la desesperanza y finalmente el fenómeno más habitual de la prisión: la depresión (Andrade, 2010)

2.4.6. Violencia sexual en los centros de privación de libertad:

La violencia sexual, es una de las manifestaciones de violencia que se genera en el medio carcelario que puede desplegarse, en el caso de los hombres, como medio para someter a presos jóvenes o inexpertos, contra aquellos acusados de delitos de agresión sexual y, en definitiva, para sustituir a la mujer en el acto sexual. El fenómeno es difícil de explorar debido a la resistencia de muchos privados de la libertad a hablar del tema, debido en parte a las secuelas psicológicas del trauma. Está claro que ésta situación fomenta la propagación de VIH y demás enfermedades de transmisión sexual. (Garcia, 1995)

2.4.7. Economía clandestina entre la población privada de libertad:

Consiste en el comercio ilícito dentro de muchas prisiones. Este comercio ilícito reposa en manos de las visitas de los/as privados/as de libertad, el personal custodio y administrativo del centro. Todo se cotiza en ese mercado del ambiente carcelario: un espacio para dormir, un traslado de una mejor celda o pabellón, un teléfono, un mensaje o llamada al exterior, una comida, zapatos, ropa, una droga o medicina para aliviar u olvidar el dolor, un arma para defenderse o para amedrentar, etc. Todo tiene un precio y si no se cancela la deuda se puede pagar con golpizas, un favor sexual o la vida. En estos medios en donde se da este tipo de comercio, el costo de una vida y la dignidad humana pierde valor, adquiriendo más valor los objetos y las cosas que la vida misma. (Correa, 2004)

2.4.8. Jerga carcelaria (Códigos del lenguaje característicos):

Es la conducta verbal que desarrollan las personas privadas de libertad para comunicarse entre sí en el medio carcelario. Las palabras y las construcciones gramaticales adquieren una connotación y denotación especial, que solo ellos/as pueden “descifrar y entender el mensaje”. La jerga carcelaria, es un elemento común en todos los sistemas penitenciarios y es otro de los factores (además de todos los otros factores que lo inducen a mantenerse en el delito: violencia física y sexual, adicciones, chantaje, etc.) que impide que el privado de libertad cambie su conducta

y su actitud en relación al delito. Si antes de llegar a la cárcel ya estaba sumergido en una subcultura, la subcultura del delincuente, cuando llega a la cárcel se ahoga en la subcultura del preso, lo que hace que se afiancen más sus conductas y actitudes frente al delito. (Correa, 2004)

2.4.9. Efectos de la prisión sobre la conducta posterior de los encarcelados

Los estudios que ponen en relación la estancia en prisión de los sujetos con su conducta posterior se han circunscrito al análisis de la variable reincidencia en su mayoría. En las investigaciones pioneras de los años cuarenta y cincuenta se sugería una relación directamente proporcional entre prisionización y tendencia a la reincidencia. (Pavarini, 2003)

Otros autores aducen, con base en el modelo de Aprendizaje Social, que no necesariamente el contacto continuado con modelos criminales que tendría lugar en prisión ha de llevar a una mayor criminalización de los sujetos que lo experimentan, habiéndose encontrado que dependiendo de las características de modelos, observadores, e interacción entre ambos- este proceso puede funcionar en dirección inversa (Feldman, 1980). Además, deberían considerarse los efectos beneficiosos que sobre la disminución de la reincidencia pueden tener las experiencias de los sujetos en el seguimiento de programas de rehabilitación dentro de las propias prisiones, y otros factores penitenciarios como el empleo del tiempo libre, el número de sanciones disciplinarias aplicadas, etc. (Pavarini, 2003)

2.4.10. Los trastornos de personalidad en la prisión.

Una parte importante de las personas que ingresan a un centro penitenciario, lo hacen debido a un comportamiento socialmente inadaptado, en algunos casos como manifestación de un proceso patológico que les ha llevado a entrar en conflicto con la ley. En la prisión, se encontraran en un ambiente caracterizado por el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina, las frustraciones reiteradas y nueva escala de valores que entre otras cosas, condiciona unas relaciones interpersonales basadas en la desconfianza y la agresividad. (Arroyo, 2009).

Estos factores someten al recluso a una sobrecarga emocional que facilitara la aparición de desajustes en su conducta, en el mejor de los casos, cuando no hay manifestaciones de comportamientos patológicos, sobre todo si previamente había ya una personalidad desequilibrada, en el momento de ingresar a la prisión. (Arroyo, 2009).

Varios autores han estudiado las variables sobre comorbilidad psiquiátrica en delincuentes, y se concluyó que ya al inicio de los años ochenta, las prisiones ya tenían un nivel alto de comorbilidad psiquiátrica, siendo esta mayor que la población antisocial no encarcelada, explorada antes de su ingreso en prisión en los Tribunales de Justicia. (Caño, 2004).

La entrada en la prisión pone en marcha un proceso de adaptación al entorno penitenciario, que muchos autores llaman prisionización y que se divide en tres niveles de afectación; el primero consiste básicamente en un comportamiento regresivo, inmaduro, ansioso e inestable desde el punto de vista afectivo como respuesta a la entrada a una institución diferente como es la cárcel. (Hervas, 2001)

En caso de fallo adaptativo, este daría paso a un segundo estadio, aquí se inician los desordenes de conducta, fundamentalmente marcados por comportamientos agresivos, (auto o heteroagresivos), existe la aparición de un deterioro afectivo depresivo o la presencia de episodios relacionados con trastornos de ansiedad en diferentes manifestaciones. (Hervas, 2001)

En un tercer nivel de este proceso de deterioro, aparece una patología mental severa, con brotes psicóticos, trastornos afectivos severos, reacciones vivenciales anormales o graves crisis de ansiedad e inadaptación a la prisión. (Hervas, 2001)

Los trastornos de personalidad, que pueden describirse como un estilo de relacionarse, de comportarse, de pensar y de afrontar dificultades, lo que es en definitiva una forma especial de personalidad patológica, supone para los que padecen una fuente de conflictos relacionales permanente ya que tiene como características centrales:

1. Poca estabilidad, tanto emocional, como cognitiva, lo que conlleva rápidos y frecuentes cambios de humor e interpretaciones distorsionadas de la realidad.
2. Inflexibilidad adaptativa en las relaciones interpersonales y con el entorno, con gran dificultad para reaccionar de manera modulada en funciones de las circunstancias, enfrentarse al estrés o reaccionar adecuadamente a la frustración.
3. Tendencia a entrar en círculos viciosos o autodestructivos a consecuencia de las grandes limitaciones de su personalidad en las capacidades de adaptación al entorno. (Arroyo, 2009)

La repetición de interacciones disfuncionales entre internos que presentan patologías adaptativas y trabajadores penitenciarios, pueden incluir desde comportamientos agresivos, lábiles o inherentes, hasta reacciones vivenciales inapropiadas, la aparición de crisis de conversión o el desencadenamiento de una conducta psicótica. La sobrecarga emocional en este tipo de interacciones se vería normalmente disminuida si estos internos fueran correctamente diagnosticados y tratados, lo que contribuiría sin duda a mejorar un clima ambiental en los reclusos. (Andrade, 2010)

Debido a que la sintomatología de los trastornos de personalidad se manifiesta básicamente en el campo de las relaciones interpersonales y del comportamiento observable en diferentes circunstancias y en ambientes, es frecuente que su diagnóstico resulte complejo, es necesario evaluar de manera continuada al mismo sujeto, para poder observar los comportamientos consistentemente inadaptados propios de este proceso. (Arroyo, 2009)

Varios autores dividen entre aquellos que consideran el trastorno de personalidad como un problema cuantitativo, en el que las dimensiones normales de la personalidad están alteradas por defecto o por exceso otros que lo consideran como un diagnóstico cualitativo, en el que determinados rasgos patológicos marcan la presencia del trastorno. (López, 2007)

La división de los trastornos de personalidad en tres grupos, intenta clarificar la expresión polimórfica de los cuadros patológicos, una dificultad añadida en los diagnósticos de estos procesos es la posibilidad de que aparezcan asociados entre sí o a otros cuadros psiquiátricos, cosa que ocurre frecuentemente en los reclusos, donde es muy común la patología dual. (Arroyo, 2009).

Uno de los factores que agrupan a la población penitenciaria de manera diferencial respecto a la no encarcelada, es precisamente su conducta ilegal. Parece lógico que como expresión de esta conducta ilegal, las personalidades con dificultad de adaptación tengan una presencia mayor entre los reclusos. Esto es entendible por dos importantes razones, la primera por que es mucho mas frecuente la historia previa de comportamientos inadaptados entre los delincuentes, antes de su entrada en prisión ya que esta inadaptación está en la propia raíz del acto delictivo. (Vegue, 2004)

La segunda, es que la estancia en prisión obliga a un esfuerzo permanentemente de ajuste y en ese entorno, son puestas a prueba continuamente y muchas veces desbordadas, las capacidades de cada sujeto para la adaptación psico- social. (Vegue, 2004)

En varios estudios realizados dentro de los privados de la libertad, es común encontrarse con diversos tipos de trastornos de personalidad, siendo los que mas sobresalen el trastorno antisocial, por su fuerte vinculación con la vida delictiva y la incapacidad para adaptarse a normas y cumplir leyes; sin embargo también se ve incrementado el trastorno limite de personalidad, esto debido los cambios de estado de animo presente en los reclusos debido a los efectos de la prisión. El trastorno Paranoide de personalidad es igual de común, debido a la suspicacia y a la desconfianza existente en este tipo de poblaciones penitenciarias. (Iglesias, 2009)

2.5. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Este proceso de ingreso en prisión, asumiendo el rol inferior del grupo al que pertenece (los internos). Se desarrollan nuevas formas de comer, vestir, dormir, trabajar, comunicarse, ocurre cambios en el consumo sustancias, se aprende a practicar juegos de azar, a realizar actividades homosexuales, a desconfiar, incluso odiar a los funcionarios y a aceptar las costumbres y valores de la comunidad de presos. (Oviedo, 2004)

Toda persona que ingresa en la cárcel se prisionaliza en alguna medida, algunos sólo aceptan los valores de la comunidad de personas privadas de la libertad, por conveniencia o por miedo, otros son escasamente influenciados. Este proceso está afectado por variables:

Personales: Mantenimiento de vínculos con personas del mundo exterior y las expectativas postprisión.

Intrainstitucionales: La estructura física de la prisión, la densidad de los internos y su clase, los fines de la institución, las actitudes de los funcionarios, la posibilidad de un trabajo ocupacional, la programación de actividades educativo-culturales y de tratamiento dirigido a la rehabilitación. Cuanto más se oriente la prisión a la mera retención y custodia, habrá mayor probabilidad de altos niveles de prisionización

Individuales: El tipo del delito, edad, procedencia ambiental, nivel socio-económico y educativo, precocidad en el delito, experiencia laboral en libertad, estabilidad de la personalidad, ubicación dentro de la prisión, etc. (Oviedo, 2004)

La adaptación a la situación anormalizadora de la prisión supone la adopción de pautas comportamentales adaptadas a dicho contexto y por tanto desadaptadas desde la protectora distancia con que suelen trabajar las ciencias sociales. En la cárcel, la adopción de muchas conductas consideradas "adaptadas" en la sociedad "de fuera",

resultarían inadaptadas, ineficaces y peligrosas. Este proceso de adaptación tiene unas consecuencias concretas, como por ejemplo que toda la vida del preso se va a estructurar en torno a la prisión desde el momento en que entre en ella. Esto lleva que cosas y situaciones que en otro ambiente carecerían, también hay una exageración de las situaciones: importancia, adquieran gran relevancia. Esta es una de las causas de que, acontecimientos insignificantes, pueden derivar hacia situaciones conflictivas, incluso de gran violencia. (Fajardo, 2004)

En el sistema social de los internos hay pocos roles y status y una vez asignados, son mantenidos con una gran presión grupal. En la posición de líder se encuentran los internos con larga experiencia delincencial y penitenciaria que cumplen largas condenas por delitos con violencia. En los más bajos, se encuentran los internos físicos y psíquicamente débiles o perturbados, siendo objeto de aislamiento y rechazo los violadores, sobre todo los de niños, y los delatores. Estos líderes se sienten expulsados por la sociedad, optando por la delincuencia como forma de vida conscientemente elegida. (Oviedo, 2004)

Los valores y actitudes de la subcultura carcelaria son bastante comunes y universales a todas ellas, adoptando la forma de un "código del preso". Dicho código está integrado por normas que constituyen severos modelos de conducta para los internos, normas establecidas para defender los intereses de los reclusos y en oposición a las reglas oficiales de la prisión. El principio fundamental es que nada de lo que sucede entre los internos debe saberse por los funcionarios. Se debe mantener la calma y la frialdad ante posibles discusiones y peleas, reaccionando violentamente sólo ante una clara provocación. (Villareal, 2008)

Se prescribe que las personas privadas de la libertad deben compartir los recursos escasos no explotando a los demás presos. Se debe mantener la integridad de la propia personalidad, siendo resistente, duro, aguantando las frustraciones y peligros de la prisión con valor y dignidad. La norma más proclamada es la hostilidad hacia los funcionarios y las normas y valores de la sociedad convencional, rechazando el esfuerzo y el respeto a la ley como formas de conseguir el éxito. (Villareal, 2008)

Este “código de preso” es muchas veces incumplido en la práctica. La subcultura carcelaria parece bastante universal, pero su contenido concreto, severidad e cumplimiento, varía mucho según el tipo de prisión y dureza delincencial de cada país. El incumplimiento de este “código” conlleva a una serie de sanciones que van desde el aislamiento a la burla hasta la "pena de muerte". (Villareal, 2008)

En cuanto al origen del "código del preso" hay dos teorías. La primera parte de que es la propia prisión la que genera el código, como una defensa para mitigar los sufrimientos psicológicos del encarcelamiento y para reducir la sensación de rechazo social. La otra teoría supone que algunos presos introducen en la prisión los valores actitudes de la subcultura delincencial que ya profesaban en libertad y que simplemente mantienen en la cárcel. (Villareal, 2008)

Otra característica importante en la vida en la prisión es la utilización del tiempo y el espacio, aspectos fundamentales en toda institución total, el tiempo en la cárcel casi nunca hay nada que hacer, pero el recluso tampoco puede planificar su tiempo. (Oviedo, 2004)

2.5.1. La educación y la cultura en la cárcel

Las carencias educativas y culturales son uno de los más importantes problemas de cualquier intervención centrado en el individuo que no pretenda solamente evitar la conducta desadaptada, sino incorporar activamente al inadaptado en la sociedad. Por tanto todo programa de intervención ha de incorporar el diseño y realización de estrategias de intervención educativa y de fomento de la cultura. (Fierro, 2004)

El proceso educativo precisa al menos los siguientes elementos:

- Una estructura física que posibilite la actividad educativa y unos medios materiales mínimamente suficientes para equipar el espacio y apoyar la labor del maestro.
- Un personal docente capacitado pedagógicamente y motivado laboralmente.

- Un programa de intervención educativa diseñado específicamente para la población a que va dirigido.

Ninguno de esos tres elementos se suelen cumplir en las cárceles. La situación que nos encontramos en ellas actualmente es que hay una gran diferencia entre el espacio existente y el espacio disponible, por lo que se reduce al máximo el espacio dedicado a la educación. El equipamiento suele ser deficiente, y el acceso del recluso tanto al aula como a la biblioteca está seriamente restringido. Por otro lado las facilidades para el estudio apenas existen (el preso debe optar por quedarse en la celda estudiando, que no favorece a la concentración, o bajar al patio, donde es imposible estudiar, y permanecer en él toda la mañana o toda la tarde). Por otro lado el funcionario no esta dispuestos a estar abriendo y cerrando puertas todo el día para facilitar el estudio. (Fierro, 2004)

2.5.2. Condiciones sociales y ambientales de las prisiones

El patio de las prisiones suele ser un lugar desagradable, donde se encuentran juntas multitud de personas hacinadas en un espacio demasiado pequeño y demasiado sucio, sin apenas equipamiento que permita "matar el tiempo" con alguna ocupación. En estas condiciones, pasea o estar sentado son las únicas alternativas. Esta situación afecta al preso, y lo hace de varias maneras:

1. El estar muchas horas cada día, durante el año, sin hacer nada, simplemente "estando" en el patio, produce una enorme sensación de vacío, de pérdida de tiempo, de frustración y de deterioro del auto concepto.

2. Esta sensación de vacío lleva a un estado permanente de ansiedad, aumenta por tener demasiado tiempo para pensar, aunque más que pensar lo que hará será dar obsesivamente vueltas a la misma idea, acerca de la irremediable de su situación, lo que conducirá a un fatalismo que le impedirá encontrar salida a una situación fuera de los muros de la prisión

3. El alto nivel de ansiedad aumenta el riesgo de caer en la drogadicción.

4. Si cae en la droga, cae también en las redes de la droga, con lo que se va a ver irremediablemente sometido al sistema de funcionamiento alternativo de la prisión, sistema que es dirigido sistemáticamente desde el patio de la cárcel.

5. A partir de entonces va a perder totalmente el poco margen de decisión y de libertad de que disponía. Toda la vida se va a estructurar en función de la droga y de lo que la droga implica en la cárcel.

6. Pasar la vida en el patio va a ser el broche final que lleva hasta sus últimos extremos el empobrecimiento general de la vida que supone el encarcelamiento y, por tanto el escenario final del proceso de prisionización, de asentamiento en la situación de Inadaptación subjetiva. (Torres, 2006)

CONCLUSIONES.

Estimar la peligrosidad de un interno y predecir que individuos presentan una mayor probabilidad de reincidencia dentro del sistema penitenciario es un reto que plantean solucionarse con el pasar de los años.

Es sistema penitenciario a dado muchos cambios en cuanto al trato de las personas privadas de su libertad, es por ello que prohíbe completamente las torturas y maltratos durante su privación de libertad, considerándolos como grupos de atención prioritaria y los ampara bajo derecho, obligaciones y prohibiciones ante la ley.

Dentro de los problemas en la esfera psicológica, se destacan principalmente el consumo de sustancias, a pesar de que es algo prohibido lo consumen a diario sin ningún problema, es por ello que las principales riñas físicas se deben a ello, por deudas, por el poder del más fuerte y por la abstinencia que algunos internos pasan al no contar con recursos económicos.

Los dos centros de Rehabilitación Social de la provincia de Cañar son para una población de mínima y mediana peligrosidad, sin embargo existe un pequeño porcentaje de personas con máxima peligrosidad y prisión especial esto debido a alteraciones y perturbaciones en la esfera mental.

CAPITULO III.

3.1.INTRODUCCIÓN.

Es muy conocido el fuerte consumo de drogas en de los diversos centros de privación de libertad de nuestro país, debido a que los internos refieren que el consumo de sustancias es una forma de “amortiguar” su dolor, durante todo el tiempo que van a permanecer reclusos. El tráfico clandestino, el consumo indebido y los efectos de las mismas producen un verdadero problema, el mismo que el Sistema Nacional de Rehabilitación Social, no puede erradicar, debido al alto número de personas privadas de su libertad que son dependientes a sustancias psicoactivas.

Además de ello, muchas de las veces se acompañan por otros trastornos psiquiátricos, provocando pacientes duales, entre los principales están: los trastornos de personalidad, los trastornos del estado de animo y los trastornos sexuales, ante ello nos proponemos una interrogante, la misma es: ¿Qué fue lo primero que apareció?, si el trastorno por consumo de sustancias desató otra patología, o si ya existía esa patología anteriormente y se trató de mitigar con el consumo de sustancias.

El Diagnóstico Dual no constituye un término reconocido oficialmente en la nomenclatura del DSM o de la CIE. En sentido general, se refiere a los pacientes con síntomas que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. Este hecho ocurre con bastante frecuencia dada la predilección, en las recientes clasificaciones del DSM, por la “división” de los conceptos diagnósticos en entidades específicas con una definición restrictiva, en lugar de agruparlos en conceptos diagnósticos más amplios. (Casa, 2000)

Sin embargo, el término Patología Dual se ha convertido en estos momentos en sinónimo de un tipo específico de comorbilidad diagnóstica, concretamente la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. (Casa, 2000)

3.2.ADICCIÓN A SUSTANCIAS.

La palabra adicción proviene del latín *addictio*, la misma que significa una enfermedad física y psicoemocional, según la Organización Mundial de la Salud. En el sentido tradicional es una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación, causada principalmente por la satisfacción que esta causa a la persona. En su sentido etimológico, la palabra adicción, deriva de A, la misma que significa No y DICCIÓN, que significa Decir. Esta expresión refleja una de las características de todo adicto: la imposibilidad de comunicarse, de exteriorizar sus conflictos, lo que implica en muchos casos la imposibilidad de pedir ayuda, como consecuencia surge un aislamiento reciente y la instalación de un círculo vicioso de difícil solución.(Lana, 2007).

La adicción está conformada por los deseos que consumen los pensamientos y comportamientos, el síndrome de abstinencia del adicto, y éstos actúan en aquellas actividades diseñadas para conseguir la sensación o efecto deseado y para comprometerse en la actividad deseada, los mismos son los comportamientos adictivos. A diferencia de los simples hábitos o influencias consumistas, las adicciones son "dependencias" que traen consigo graves consecuencias en la vida real, las mismas deterioran, afectan negativamente, y destruyen relaciones, salud física y mental, además de la capacidad de funcionar de manera efectiva, mientras que los hábitos consumistas facilitan el efecto contrario. (Leshner, 2009)-

Es adicta la persona que cree que no puede vivir sin la influencia de cierta sustancia química, por lo cual la consume en forma permanente y compulsiva. El adicto no controla su adicción sino que vive en función de su droga: éste es el eje y el condicionante de toda su rutina. (Leshner, 2009)

En la actualidad se acepta como adicción, cualquier actividad que el individuo no sea capaz de controlar, que lo lleve a conductas compulsivas y perjudique su calidad de vida, como por ejemplo puede existir, adicción al sexo, al juego (ludopatía) a la pornografía, a la televisión, a las nuevas tecnologías, al anime, sexo, trabajo, comidas rápidas, entre otras. (Soloman, 2012)

En este mismo plano, se encuentra el alcoholismo, farmacodependencia, adicción a las sustancias psicoactivas y las de drogas, que es un estado psicofisiológico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco o sustancia, caracterizado por la modificación del comportamiento, a causa de un impulso irreprímible por consumir una droga o sustancia. (Soloman, 2012)

Las características esenciales de la dependencia de sustancias consisten en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, aun así este presente la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Para establecer una dependencia de debe tomar en cuenta varios aspectos, entre ellos tenemos a la tolerancia y la abstinencia:

Tolerancia: Es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación, esta varía según la sustancia, pueden aparecer diversos grados de tolerancia para cada uno de sus distintos efectos sobre el sistema nervioso central.

La Abstinencia: Es un cambio de comportamiento desadaptativo, cognoscitivo y fisiológico. Después de la aparición de los síntomas, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminar o aliviar los síntomas. (Lana, 2007).

3.2.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADICCIÓN.

Los cambios bioquímicos que suceden en el cerebro del adicto son los responsables de la compulsión observada en los episodios de uso descontrolado, así como de muchas de las perturbaciones cognitivas propias de la adicción. (Hurley, 2002)

El cerebro está compuesto por muchas partes que trabajan juntas en equipo. Las diferentes partes del cerebro están encargadas de coordinar y realizar funciones específicas. Las drogas pueden alterar áreas importantes del cerebro necesarias para

funciones que mantienen la vida y pueden guiar el abuso compulsivo de drogas que es indicio de la adicción. (Hurley, 2002)

Las áreas del cerebro afectadas por el abuso de drogas son:

El tallo cerebral: Que controla las funciones básicas esenciales para vivir. El sistema límbico contiene el circuito de gratificación del cerebro, y la corteza cerebral controla varias funciones del cuerpo incluyendo los cinco sentidos. (Hurley, 2002)

El sistema límbico: Contiene el circuito de gratificación del cerebro. Conecta varias estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. El hecho de sentir placer nos motiva a repetir comportamientos como comer, es decir, acciones esenciales para nuestra existencia. El sistema límbico se activa cuando realizamos estas actividades y también con las drogas de abuso. Además, el sistema límbico es responsable por nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica la capacidad de muchas drogas para alterar el estado de ánimo. (Hurley, 2002)

La corteza cerebral: Está dividida en áreas que controlan funciones específicas. Diferentes áreas procesan la información que proviene de nuestros sentidos, permitiéndonos ver, sentir, oír y saborear. La parte de adelante de la corteza, conocida como la corteza frontal, prosencéfalo o cerebro anterior, es el centro del pensamiento del cerebro. Nos permite pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones. (Hurley, 2002)

3.2.1.1. Los neurotransmisores y adicción

Los neurotransmisores son sustancias químicas naturales que existen dentro del cerebro y que son responsables de las actividades cerebrales, entre otras: la motivación, las emociones y los instintos. Estas sustancias naturales son las que median en el estado de ánimo provocando euforia o desgan, de acuerdo a una sucesión compleja de estímulos, condicionamientos y aprendizajes, cuyo objetivo es el de responder constructivamente a los estímulos del medio ambiente. (Lana, 2007)

Las sustancias psicotrópicas externas o drogas, así como los estados de excitación extrema provenientes de conductas de estimulación, afectan estos neurotransmisores de manera que el cerebro los produce en exceso o los libera exageradamente. Estos cambios, unidos a la predisposición a la adicción producen una respuesta aberrante, que es el reflejo de un desbalance bioquímico persistente. (Leshner, 2009)

Entre los principales Neurotransmisores tenemos:

La Dopamina: Es predominante en las áreas del sistema de recompensa mesolímbico el cual media las repuestas de euforia y estimulación en el cerebro.

Las Endorfinas: Se producen en las áreas mesolímbica y mesocorticales, y median las respuestas a los estímulos dolorosos, la regulación de la temperatura y la ingestión de agua y alimentos.

El Acido Gamma Amino Butírico (GABA): Se encuentra en la amígdala, el bulbo olfatorio, el telencéfalo ventral y el globo pálido también se ha implicado en la respuesta adictiva

En realidad se asume que todos los neurotransmisores tienen un papel en la manifestación de la adicción. Aún se investiga para determinar la naturaleza de ese papel y la forma en que las vías y los químicos cerebrales interactúan para producir el desorden adictivo. (Leshner, 2009)

3.2.1.2.El Cerebro Dual

El cerebro puede dividirse en términos de función y de vías neurológicas en dos partes: el cerebro primitivo y el cerebro racional, esta división puede ayudarnos a comprender mejor la dinámica de la neuroquímica en el proceso de la adicción. (Vaglum, 2008)

El Cerebro Racional: Esta zona del cerebro es la correspondiente a la corteza cerebral y en ella se asientan las funciones superiores intelectuales y abstractas. Es la

llamada materia gris y su función es la del análisis racional de los hechos y de la información que llega a través de los sentidos. En el proceso de adicción esta área también se afecta produciéndose el sistema relacional de la adicción, el cual es un conjunto de pensamientos adictivos que complotan junto al cerebro primitivo para facilitar y mantener activo el proceso adictivo. (Vaglum, 2008)

El Cerebro Primitivo: Se le llama así al cerebro bajo que incluye el área de funciones vitales, las zonas mediadoras de las emociones y estados de ánimo, la generación de instintos de supervivencia y regulación corporal. Esta parte del cerebro esta involucrada directamente en el desarrollo de la adicción, y allí se encuentran los desbalances bioquímicos responsables de la compulsión, la memoria eufórica y los deseos automáticos. Allí se encuentran vías dopaminérgicas y de endorfinas tales como el sistema de recompensa cerebral. (Vaglum, 2008)

3.2.1.3.Sistema de Recompensa Cerebral

Se trata de un sistema cerebral encargado de mediar en las repuestas de condicionamiento a los estímulos, produciendo recompensas bioquímicas a las repuestas adecuadas, para manejar constructivamente los estímulos. Esta compuesto por zonas mesolímbicas y mesocorticales. La estimulación excesiva de este sistema conlleva, en las personas predispuestas, a cambios bioquímicos permanentes, que median la reacción adictiva, de modo que cambia su funcionamiento y su respuesta a los estímulos ambientales. Este el sistema más importante implicado en el desarrollo de la adicción. Las áreas del cerebro que conforman el sistema de recompensa cerebral son: El Área Ventral Tegmental, El Núcleo Accumbens, La Corteza Prefrontal y el Hipotálamo Lateral. Estos núcleos cerebrales están interconectados entre sí en un circuito llamado Circuito Reforzador Límbico-Motor que está relacionado con funciones de motivación (el límbico) y locomotoras (el motor). (Vaglum, 2008)

3.2.2. TEORÍAS PSICOANALÍTICAS DE LA ADICCIÓN.

Las teorías psicoanalíticas conciben a la drogadicción como resultado de un conflicto entre el ello, el yo y el superyó. Considera que el adicto ha llegado a una "crisis narcisista", en la cual un superyó arcaico y cruel ha venido a cuestionar el valor del self. (Aguilera, 2005)

A raíz de esto, la persona presenta una vaga tensión interna, ansiedad, sentimientos depresivos, una importante devaluación en comparación a un ideal, una sensación de estar expuesto, sentimientos de vergüenza, de culpa, a la vez que un particular sentimiento de estar desprotegido. (Aguilera, 2005)

Para poder lidiar frente a este estado, a través del consumo, el yo del adicto se alía con importantes partes del ello, tales como fantasías de fusión, formas masturbatorias de excitación y formas sádico-anales de placer. Junto a esto, el yo del adicto logra defenderse de la dureza de su superyó por la vía de la obtención momentánea de un alivio farmacológicamente inducido, que pretende aplacar o negar los afectos negativos ya descritos. (Romero, 2009)

Wurmser, (1981) llega a decir que, al consumir sustancias, el yo del adicto ataca al superyó. Por último, el mismo autor señala que adicionalmente a los beneficios obtenidos, el yo del adicto encuentra envuelto en una crisis por el cuestionamiento a su valor, cada vez que consume, experimenta el plus de ver realizadas intensas fantasías narcisistas, por ejemplo, en la sensación de poder, que confieren muchas sustancias de abuso. (Torres N. , 2008)

Mientras está intoxicado, el adicto también ataca la realidad fundamentalmente suprimiendo sus límites, tales como las fronteras del tiempo, líneas entre objetos, límites entre conceptos y bordes entre lo interno y lo externo. Wurmser concibe esta acción como "un ataque a las base silogísticas de la racionalidad, algo muy similar a la psicosis". (Aguilera, 2005)

Wurmser sintetiza la fantasía del adicto: "Soy tan bueno, tan grande, tan lleno, rico y fuerte como mis deseos me ofrecen ser, porque yo estoy protegido. Mi juez interno ha sido silenciado. Estoy cerca de un estado ideal porque yo soy uno con el protector, y así he eliminado la voz de mi consciencia y de cualquier autoridad fijadora de límites". (Lana, 2007)

No obstante su atractivo para el adicto, este intento de salida de su crisis narcisista, a la larga no le sirve. Su precariedad se manifiesta por lo que se llama el retorno de lo negado, evidenciándose por mayor autocastigo de parte del superyó, el que se expresa en forma de autocrítica, aislamiento social, ser desdeñado por otros, sufrir prisión e incluso la muerte. (Aguilera, 2005)

También hay un retorno de la negada autoobservación, trayendo cada vez mayor vergüenza y culpa. Finalmente, la debilidad de la solución adicta también se observa cuando se compromete una de las funciones normales del superyó, la estabilización de afectos, conduciendo a los fluctuantes cambios de ánimo que tan comúnmente se ven en este tipo de pacientes. (Romero, 2009)

Se piensa que la adicción es una neurosis severa. Según él, origen último de esta condición radica en una realidad externa traumatizante. Específicamente, se refiere a experiencias infantiles como "grave y real exposición a violencia, seducción sexual, abandono brutal, mentira, falta de fiabilidad, traición o real invasión o secreto por parte de los padres". (Aguilera, 2005)

Varios autores sostienen que estos pacientes, desde muy temprano en la vida, dirigieron su agresión contra estructuras externas, particularmente cualquier tipo de autoridad, tomando la forma de una rebeldía destructiva, de desafío o provocación. De este modo, la persona desarrolló una singular batalla contra toda fuente de limitación, así como también lo que Wurmser llama "psicofobia" (1985), una especie de descuido o desinterés por la introspección. (Aguilera, 2005)

3.2.3. Criterios según el DSM- IV

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo mas largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse a largas distancias) en el consumo de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo el consumo de

cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una ulcera.).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia y abstinencia

Sin dependencia fisiológica: si no hay signos de tolerancia y abstinencia.
(DSM, 2005)

3.2.4. CRITERIOS SEGÚN EL CIE 10.

Un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y a veces, un cuadro de abstinencia física. (CIE10, 2004)

El síndrome de dependencia puede presentarse para una sustancia psicoactiva específica (por ejemplo, tabaco, alcohol y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo opiáceos) o para un amplio rango de sustancias psicoactivas diferentes farmacológicamente diferentes. (CIE10, 2004)

- Alcoholismo crónico
- Dipsomanía
- Adicción a drogas.

A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persiste durante periodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidamente y simultáneamente en un periodo de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
 2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, termino o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante mas tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
 3. Un cuadro fisiológico de abstinencia, cuando se reduce o cesa el consumo de sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma(o alguna parecida), con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como: necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
 5. Preocupación por el consumo de la sustancia , que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia, o por el empleo de mucho tiempo e actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
 6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza o amplitud de daño.
- (CIE10, 2004)

3.3.USO, ABUSO, DEPENDENCIA

Para el manejo adecuado de los efectos adversos de los trastornos por consumo de sustancias es necesario comprender el proceso adictivo (uso, abuso y dependencia) el cual incluye normas socioculturales de uso, el curso clínico de los trastornos por uso de sustancias y la neurobiología de la adicción. (Leshner, 2009)

El consumo de sustancias psicoactivas en los diversos países del mundo es muy amplio, tanto el súbito y dramático incremento de su uso, como la respuesta de la sociedad, han sido comparados al impacto de las plagas durante la edad media. En algunas personas, el uso de sustancias psicoactivas los expone al desarrollo del "abuso", con el riesgo de presentar problemas en su salud y adaptación social. Para estos individuos existe un progresivo y grave compromiso individual o social, con problemas legales, uso de servicios de salud, ausentismo laboral, entre otros. (Schneider, 2009)

Los enormes progresos en la comprensión y tratamiento de los trastornos adictivos han sido ensombrecidos por nuestros conceptos sobre los enfermos y por los mitos sobre su tratamiento, generándose dificultades para un diagnóstico y tratamiento oportunos. Sólo un porcentaje muy bajo de los afectados se encuentra en tratamiento. (Schneider, 2009)

El reconocimiento de la conducta adictiva en el ser humano data de la antigüedad, describiéndose para cada una de las sustancias psicoactivas un trastorno específico por ejemplo: alcoholismo, tabaquismo. La investigación científica sobre el tema se inició sólo a partir de los años 30, y los conceptos actuales de clasificación se basan en dos aportes fundamentales:

1.- Jellinek (1960) considera el alcoholismo como una enfermedad médica, de carácter progresivo, que inevitablemente lleva a una pérdida total del control de la sustancia, llegando a un desenlace fatal.

2.- Edwards y Gross (1976) incorporan el concepto de síndrome de dependencia.

La tercera edición del manual de diagnóstico de los trastornos mentales DSM III, (1980) reúne todas las formas de adicción bajo un sólo concepto: "abuso y dependencia de sustancias psicoactivas" y en forma independiente señala las complicaciones derivadas de su uso. Esta clasificación propone criterios diagnósticos que se han perfeccionado hasta la versión del DSM IV (1994) el CIE10 (1994). Ambas identifican precoz y confiablemente un número mayor de personas con abuso o dependencia. (Dilthey, 2000)

El DSM IV identifica 11 grupos de sustancias psicoactivas capaces de producir abuso y dependencia:

1. Alcohol
2. Anfetaminas
3. Alucinógenos
4. Cafeína
5. Cannabis
6. Cocaína
7. Fenilciclidina
8. Inhalantes
9. Nicotina
10. Opiáceos
11. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Estas sustancias se distinguen entre sí por efectos psicoactivos específicos y por su capacidad para producir trastornos. (DSM, 2005)

3.3.1. USO DE SUSTANCIAS

Se entiende por uso aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. (Vaglum, 2008)

En la práctica es muy difícil definir un consumo como uso, ya que son tantos los factores a considerar que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para un observador neutral. (Morel, 2002)

Es preciso, por ello, afinar la mirada antes de valorar como uso, una determinada forma de consumo. No basta con fijarse en la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia. Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que estarían sugiriendo alguna forma de dependencia. (Morel, 2002)

Tampoco es ajeno a este proceso el estado en que se encuentre el consumidor, ya que, por ejemplo, un mismo consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando tranquilizantes prescritos por su médico. Es preciso también poner la vista sobre el entorno del sujeto, ya que podría darse un consumo de drogas que además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros. (Lesch, 2001)

No todas las drogas permiten una relación de estas características. Por ejemplo, la mayoría de los fumadores son dependientes del tabaco. Existen personas que sólo fuman de vez en cuando, o que no superan los 2 ó 3 cigarrillos, pero son una clara minoría. (Lesch, 2001)

3.3.2. ABUSO DE SUSTANCIAS.

Es aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia o, por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y para su entorno. (Morel, 2002)

El consumo de diez cigarrillos podría ser considerado no excesivo. Sin embargo, cuando esta cantidad se consume con una frecuencia diaria, puede favorecer alteraciones respiratorias. Por el contrario, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad que desencadenara algún tipo de accidente

cerebral. Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo estará incurriendo en abuso. (Abad, 2008)

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso. (Cordero, 2004)

El uso nocivo o abuso es caracterizado por un consumo repetido que induce a daños en las esferas somáticas, afectivas, psicológicas o sociales, sea para el sujeto mismo, sea para su entorno próximo o distante, los otros o la sociedad. (Abad, 2008)

El abuso de sustancias figura en el DSM IV en los Trastornos relacionados con sustancias, lo que implica un patrón desadaptativo de consumo que tiene efectos adversos y repetitivos. Se valoran los efectos nocivos y perjudiciales, pero se descartan la tolerancia, la abstinencia y el patrón de uso compulsivo en esta categoría excluye a las consecuencias del tabaco y la cafeína.

3.3.3. Criterios del DSM- IV de abuso de sustancias.

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes en u periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en la casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias, ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionados con la sustancias.)

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil, o accionar una maquina bajo el efecto de la maquina).

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa a cerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias. (DSM, 2005)

3.3.4. DEPENDENCIA A SUSTANCIAS.

Según la Organización Mundial de la Salud, podemos entender la dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse así en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas y a recuperarse de sus efectos. (Szerman, 2008)

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

Dependencia física: En este caso el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga. (Plover, 2004)

El concepto de dependencia física está muy asociado al de tolerancia. Es el proceso que se da, por ejemplo, con el alcohol. En los primeros consumos afecta notablemente, aun en dosis muy bajas. Sin embargo, si se supera esta fase y el consumo se hace habitual, el organismo se va adaptando al tóxico como medida de protección. (Leshner, 2009)

Cuando un drogodependiente abandona el consumo, su tolerancia disminuye. Si pasado un tiempo reanuda el consumo en las dosis anteriores, padecerá una intoxicación aguda que, dependiendo del tipo de droga de que se trate, puede llevarle al coma e incluso a la muerte. Así se explican buena parte de las muertes por sobredosis en sujetos dependientes. (Torres N. , 2008)

Dependencia psíquica: Compulsión por consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado “agradable” (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado “desagradable” (aburrimiento, timidez, estrés, etc.). (Vaillant, 2001)

La dependencia física es relativamente fácil de superar tras un período de desintoxicación que, en función de cada droga, puede prolongarse como máximo durante 15 días. (Van Horn, 1999)

Es más costoso desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas. (Widiger, 2005)

3.3.5. DIFERENCIAS ENTRE EL ABUSO Y LA DEPENDENCIA.

El abuso es una etapa previa a la dependencia, de menor gravedad, reversible, pues luego de un período de abstinencia es posible retornar al uso moderado y controlado de algunas sustancias, cuando existe para ella un nivel de uso normal, como son el alcohol y las benzodiazepinas. Para la nicotina no existe la etapa de abuso, pues al tener un potencial adictivo mayor se pasa directamente a la dependencia. Fenómenos similares parecen ocurrir con sustancias altamente adictivas, tales como la pasta base de cocaína, con la cual luego de breves e intensos períodos de abuso se llega a la dependencia. (Raine, 2006)

Durante las dos últimas décadas se han identificado técnicas de intervención breve y altamente focalizadas en los diversos niveles de la atención primaria, como los sitios iniciales e ideales de intervención para el abuso de alcohol y drogas. Esto permite organizar programas eficaces con diversos niveles de complejidad: screening e identificación de casos, intervenciones breves, evaluación, seguimiento, y referencia a centros especializados si es necesario. (Raine, 2006)

El screening e identificación de casos emplean cuestionarios o entrevistas estructuradas, que permiten identificar problemas asociados al uso de alcohol o drogas. Estas pueden ser administradas como parte de una evaluación inicial global de salud o enmascarada para grupos con mayores niveles de sospecha, las cuales pueden ser aplicadas a los sujetos o a informantes colaterales (familiares o referentes laborales). (Pavon, 2010)

Un segundo nivel de investigación es la utilización de marcadores biológicos de laboratorio, que permiten identificar personas con un consumo más importante de sustancias, los cuales mediante algoritmos que combinan diversas fuentes de información orientan el juicio clínico y una apropiada intervención en cada caso. (Pavon, 2010)

3.4. TRASTORNOS INDUCIDOS POS SUSTANCIAS.

Los trastornos relacionados con las sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastornos amnésicos, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño, y trastorno perceptivo que son inducidos por sustancias.) (DSM, 2005).

3.4.1. DELIRIUM POR INTOXICACIÓN DE SUSTANCIAS.

- A. Alteración de la conciencia con reducción de la capacidad para centrarse, mantener o dirigir la atención.

- B. Cambio en las funciones cognoscitivas como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa en el desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo habitualmente en horas o días y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio. (DSM, 2005)

3.4.2. DEMENCIA PERSISTENTE INDUCIDA POR SUSTANCIAS.

- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivo se manifiesta por:
 - 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
 - 2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - a. Afasia(alteración del lenguaje)
 - b. Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora esta intacta)
 - c. Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial esta intacta)
 - d. Alteración de la actividad de ejecución (por ejemplo, planificación , organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 Y A2, provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan un amenaza importante del nivel previo de actividad.
- C. Los déficit no aparece exclusivamente de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficits están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (por ejemplo, una droga de abuso, u medicamento). (DSM, 2005)

3.4.4. TRASTORNO AMNÉSICO PERSISTENTE INDUCIDO POR SUSTANCIAS.

- A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia, por ejemplo (una droga de abuso, un medicamento). (DSM, 2005)

3.4.4. TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

- A. Alucinaciones o ideas delirantes.
- B. A partir de la historia clínica la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o(2):
 - 1. Los síntomas del criterio A, aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias.
 - 2. El consumo de un medicamento está etiológicamente con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuidos a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persistentes durante un periodo sustancial de tiempo (por ejemplo, alrededor de un mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido

por sustancias (por ejemplo una historia de episodios recidivantes no relacionados con las sustancias).

- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. (DSM, 2005)

3.4.5. TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS.

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de animo, caracterizado por uno o (ambos) de los siguientes estados:
1. Estado de animo depresivo o notable disminución de intereses o de placer en todas o casi todas las actividades.
 2. Estado de animo elevado expansivo o irritable.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:
1. Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente de una intoxicación o abstinencia.
 2. El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuidos a un trastorno del estado de animo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento) los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (por ejemplo alrededor de un mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso , o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (por ejemplo una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (DSM, 2005).

3.4.6. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS.

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones y compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):
 - 1. Los síntomas del criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
 - 2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse mas correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia o medicamento; los síntomas persisten durante un tiempo considerable como por ejemplo un mes; después del final del periodo agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabria esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de la sustancia consumida o la duración de este consumo; o existe otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independientemente no inducido por sustancias.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. (DSM, 2005)

3.4.7. TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- B. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes (1) o (2):
 - 1. Los síntomas del criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes de la intoxicación de la sustancia.
 - 2. El consumo del medicamento esta etiológicamente relacionado con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia; los síntomas persisten durante un tiempo sustancial por ejemplo un mes después de haber afianzado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias, por ejemplo una historia de episodios recurrentes no relacionados con la sustancia. (DSM, 2005)

3.4.8. TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.

- A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):
- C. La alteración no se explica mejor por a presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas preceden al consumo de sustancias, o fármaco; los síntomas

persisten por un periodo considerable de tiempo por ejemplo alrededor de un mes, tras el periodo de abuso o de intoxicación grave, o excede claramente de los que cabria esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo, o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente .

- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (DSM, 2005)

3.5. RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.

La relación entre los trastornos de personalidad y el trastorno por consumo de sustancias ha sido, y sigue siendo, muy controvertido. En este contexto, algunos autores consideran los trastornos de personalidad una consecuencia del trastorno adictivo, por lo que llegarían a ser trastornos inducidos; mientras que otros sostienen que son los primeros los que propician el consumo patológico de sustancias psicotrópicas. (Roca, 2010).

Existe un claro consenso sobre las características de este consumo en los pacientes con trastornos de personalidad, se acepta que consume más que la población general y que la población psiquiátrica, ya que tienen un mayor desajuste social y presenta fuertes problemas de adhesión a los tratamientos y en el proceso de rehabilitación. (Roca, 2010).

En relación a la delimitación clínica del concepto de Patología Dual existe una alta controversia entre los distintos profesionales dedicados al tratamiento de este trastorno. Así encontramos profesionales que desestiman, a efectos prácticos de tratamiento, la presencia del Eje II (Trastornos de Personalidad), vinculando el Eje I, de cuyo grupo de trastornos seleccionan los de naturaleza psicótica, a los problemas

de dependencia a sustancias. En este extremo encontraríamos la perspectiva más restrictiva. (Almendaris, 2003)

En el punto contrario encontramos a otros profesionales que incluyen, desde un criterio excesivamente amplio, cualquier tipo de síndrome o afectación psicológica reactiva al consumo o independiente de este, dentro de la configuración de un cuadro dual. (Bascarán, 2000)

En la esfera del trastorno mental, tanto el Eje I, en sus cuadros psicóticos y neuróticos graves, como el Eje II son susceptibles de consideración dentro de una configuración dual. En cuanto a la problemática de drogas, tanto el uso inadecuado, como el abuso patológico y la dependencia en sí misma, pueden concebirse dentro de este tipo de configuraciones. (Zserman, 2012)

No obstante existen un grupo de afectaciones que deben ser excluidas de la consideración de la Patología Dual, como son todas aquellas reactivas y transitorias a eventos vitales o efectos de determinadas sustancias o situaciones.

Cuadros reactivos por intoxicación, que remiten tras la metabolización del tóxico, y tras los cuales el individuo recupera su nivel de funcionamiento anterior. No obstante, estos cuadros deben ser entendidos como indicadores de mal pronóstico ante sucesivas intoxicaciones. Cuadros reactivos por efecto del síndrome de abstinencia a determinadas sustancias, que se resuelven satisfactoriamente tras la conclusión del cuadro. (Zserman, 2012)

Estas investigaciones nos conducen a considerar la Patología Dual no tanto en base a categorías diagnósticas cerradas, sino en función de variables de naturaleza dimensional. Estas son:

- Impacto de la situación psicopatológica o de consumo sobre el funcionamiento vital del paciente.
- Relación de influencia recíproca de ambos ejes.
- Funcionalidad de ambas circunstancias.

- Duración en el tiempo y antecedentes.
- Gravedad y pronóstico.
- Deterioro personal y social.

Desde esta definición, podremos incluir y excluir, desde una dimensión práctica trastornos de una u otra naturaleza (neuróticos o psicóticos) y de ambos ejes, sin dejar de considerar ninguna de las situaciones adscritas al consumo: uso, abuso o dependencia. (Zserman, 2012)

3.5.1. Trastornos de personalidad y patología dual

Se asume que la personalidad es la suma de temperamento y carácter, es decir, el producto de las interacciones entre aspectos constitucionales, experiencias del desarrollo temprano y de la vida posterior; como resultado de ello, se encuentra en la base de la relación entre los Trastornos de personalidad y el consumo de sustancias. (Widiger, 2005)

En la actualidad, existe una alta comorbilidad entre Trastornos de Personalidad y consumo de sustancias, provocando esto dificultades en el proceso terapéutico, ya que existen aun muchas incógnitas por resolver. Sin embargo, hay distintos factores que han dificultado el reconocimiento de esta amplia comorbilidad, como la conceptualización relativamente reciente de las conductas adictivas como enfermedades cerebrales y numerosos problemas sociales, la aún persistente controversia sobre los Trastornos de Personalidad, la antigua y desechada conceptualización de la personalidad pre adictiva y las discrepancias sobre el concepto de comorbilidad. (Szerman, 2008).

Un amplio estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos, por el NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), refrenda una vez más la importante asociación entre Trastornos de Personalidad y Trastornos por Consumo de sustancias, encontrando que entre los consumidores de alcohol el 28,6% tenía al menos un Trastorno de Personalidad, así como el 47,7% de consumidores de otras sustancias. (Kashdan, 2009)

3.5.2. Personalidad adictiva.

Las características de la personalidad no siempre fueron consideradas factores etiopatogénicos en las drogodependencias. Sin embargo, “la personalidad adictiva” o la personalidad predispuesta al consumo de sustancias, se aceptó durante mucho tiempo como causa primaria, por no decir exclusiva del consumo. (Miles, 2006).

Se considera que la adicción es un trastorno secundario, y ello condicionó gran parte de los primeros estudios sobre la personalidad de los sujetos que presentaban algún tipo de conducta adictiva, aunque, finalmente este pensamiento se desechó por su ambigüedad. La aceptación de la probable existencia de una personalidad adictiva permitía una explicación univariante y parcial de este tipo de trastornos y vino a sustituir los intentos tempranos de hacer de las propiedades demoniacas de las sustancias consumidas la causa de la drogodependencia. (Gutierrez, 2000)

El origen del modelo basado en la personalidad adictiva, es incierto aunque puede deducirse que depende de dos importantes fuentes:

1. La conceptualización de la adicción como enfermedad, identificando alguna afección del individuo que pudiera proporcionar la conducta adictiva.
2. El enfoque de las escuelas psicoanalíticas que en la década de los años 1940 y 1950, abordaron los trastornos por consumo de sustancias como resultado de fallos en la estructuración del psiquismo individual. El uso de la sustancia era un síntoma más, dentro del conjunto de conductas expresadas, cuyo aspecto inconsciente era la fijación a etapas primarias del desarrollo libidinal. (Philipson, 2009)

Inicialmente las características del tipo de personalidad que podían facilitar el consumo de tóxicos eran bastante inespecíficas; así, por ejemplo, se describió que los rasgos de depresión, inmadurez sexual, hostilidad e impulsividad para resolver problemas predisponían al consumo de alcohol. (Baca, 1998)

El análisis de la personalidad se realizó generalmente por inferencia del patrón de consumo observado. Si se trataba de alcohol, el bebedor era automáticamente catalogado como “Personalidad Alcohólica”. Aunque durante casi tres décadas se mantuvo esa tendencia, finalmente demostró ser poco operativa, al no poder confirmarse en diferentes estudios la existencia de una personalidad adictiva. (Roca, 2010)

Entre las críticas que se han realizado a la conceptualización de esta personalidad, una de las principales se centra en las muestras de poblaciones estudiadas, normalmente muy sesgadas. Los trabajos se realizaron en sujetos consumidores de clínicas, prisiones o centros de acogida, donde los trastornos de la personalidad y por consumo de sustancias están sobrerrepresentados. (Roca, 2010).

3.5.3. Tendencia actual

Se considera que los rasgos de personalidad son un determinante significativo en el consumo de sustancias, pero no son causa exclusiva. Las variables de la personalidad interactúan con una gran variedad de factores biológicos, psicológicos y ambientales, que determinan una respuesta individual en el uso, abuso y dependencia de sustancias psicotrópicas. No parece haber un tipo de personalidad que predisponga a la adicción, lo que se observa es la coexistencia de pacientes con diferentes tipos de personalidad que consumen diversas sustancias. (Casas, 2004).

A pesar de que actualmente no hay un solo modelo explicativo de las bases biológicas de la personalidad, ni de las adicciones, el desarrollo alcanzado por las neurociencias en el último decenio ha permitido formular nuevas hipótesis de trabajo sobre las que se deben seguir investigando. (Casas, 2004)

Se inicia estudiando las posibilidades de que el consumo continuado de drogas produzca alteraciones en los circuitos neuroanatómicos y en los sistemas de neurotransmisión a nivel del sistema nervioso central (SNC). (Grilo, 2000)

Estos cambios podrían facilitar la aparición de síntomas y alteraciones psicopatológicas similares a los de los trastornos de personalidad, sin embargo aunque se avanza en la descripción y la delimitación de las bases neuroanatómicas y fisiopatológicas, deberán pasar varias verificaciones antes de que los progresos puedan relacionarse directamente con aspectos concretos de la personalidad. (Grilo, 2000)

3.5.4. Epidemiología.

El primer trabajo epidemiológico, que estudió el trastorno dual fue promovido por el National Institute of mental health (NIMH), de los EEUU, el mismo que analizó grupos poblacionales entre los años 1980 y 1984, se incluyeron 20.94% adultos mayores adultos de 18 años. Las prevalencias detectadas fueron un 22,5% de los trastornos mentales de la población general; un 13% de sujetos con dependencia al alcohol y un 6,1% por dependencia de sustancias psicotrópicas. (Roca, 2010)

En los resultados generales se hallaron que el 53% presentaba un trastorno mental, los trastornos más frecuentes fueron: depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno antisocial de la personalidad. (Roca, 2010)

Este estudio ha sido fuertemente criticado debido a que en los diagnósticos no se incluía escalas específicas en el Eje II, dificultado así, obtener resultados que nos den un verdadero abordaje sobre patología dual. (Roca, 2010)

Otro abordaje epidemiológico de gran importancia lo realizó el Drug Abuse Treatment Outcome Study, promovido por el National Institute of Drug Abuse, en 1996, aplicó en una muestra de 10.000 pacientes internados en centros de adicciones, prisiones, y hospitales. Se encontró un 39.9 % de comorbilidad psiquiátrica con trastornos mentales siendo los más sobresalientes: el trastorno antisocial de personalidad, trastornos por estados de ánimo, y trastornos de ansiedad generalizada. (Van Horn, 1999)

3.5.5. Prevalencias

Según varios estudios las prevalencias en consumo de sustancias en personas con trastornos de personalidad es mucho mayor que en la población general. Grillo y Cols (2006) utilizaron criterios de la revisión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), para estudiar la comorbilidad de sujetos consumidores frente a sujetos no consumidores. Se observó que los primeros presentaban mayores tasas en los diagnósticos del grupo B, lo que confirmaba los trabajos anteriores de varios autores. (Oldhan, 2000)

Las cifras varían según los autores desde un 44%, hasta un 70% de los sujetos con alcoholismo y un 70% a 90% con las personas que consume sustancias psicotrópicas. (Bascarán, 2000)

Como posibles causas de estas diferencias referentes a los porcentajes de una patología con la otra, se han señalado la diversidad de instrumentos, la variedad de las sustancias que utilizan los sujetos con diagnóstico de trastorno de personalidad y la diversidad de los patrones de consumo que presentan. (Bascarán, 2000)

En este sentido, para estudiar rasgos de personalidad y/o trastornos de personalidad asociada a las conductas de consumo de sustancias, se han utilizado varios instrumentos como: MMPI, Cuestionario de personalidad de Catell, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, MCMI, Test de Roschach, Test de Apreciación Temática (TAT), el International Personality Disorder Examination, (IPDE), estos son las principales baterías de Test que se utilizan en el diagnóstico de los trastornos de Personalidad en personas con consumo de sustancias. (Bascarán, 2000).

Las prevalencias más altas de los trastornos de personalidad y trastornos por consumo de sustancias, se encuentran en los trastornos Antisocial y Límite, según Rounsaville (1995), encontró una prevalencia del 27% para el trastorno antisocial y un 18,4% para el trastorno limite. (Allnut, 2009)

Millon y Davis (1998), describen el gran solapamiento que existe entre los trastornos antisocial y los relacionados con el consumo de sustancias, debido a su fuerte ligación con la vida delictiva, sin embargo también se encontró una fuerte vinculación con el trastorno límite ya que se asocia a las características de impulsividad y a las alteraciones de la regulación de los afectos. (Bascarán, 2000)

El trastorno antisocial es considerado un factor de riesgo muy importante para el consumo de sustancias, ya que las personas con este trastorno que consumen drogas son una población con riesgos de múltiples complicaciones psicosociales y sanitarias, pues presentan más conductas de riesgo de enfermedades y virus, como por ejemplo el VIH, ya que se comparte instrumentos de consumo. (Caño, 2004)

La interpretación de la comorbilidad de los trastornos antisocial y trastorno por consumo de sustancias es un tema controversial y muy discutido, se debe tomar en cuenta que el consumo es uno de los criterios diagnósticos en el trastorno antisocial según el DSM-IV y que el diagnóstico de dicho trastorno se considera la característica que más se relaciona significativamente con este consumo. (Allnut, 2009).

3.6. CONCLUSIONES

Los problemas de consumo de sustancias y de patología dual ocupan gran atención por parte de los profesionales para entender cuales son las causas que están generando estas dualidades de trastornos mentales, como se desarrollan y como afecta a la persona.

Para entender una adicción tenemos varias teorías que nos muestran como se desarrollan, tenemos a la Neuropsicología que describe la relación entre la adicción y funciones cerebrales, teorías sociales que estudian como las personas imitamos conductas adictivas, sin embargo existen teorías que indican que la naturaleza de estos patrones disfuncionales no es exclusivamente biológica o ambiental.

Hay evidencia de que los factores genéticos desempeñan un papel en las disposiciones 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 modifique estructural y funcionalmente el desarrollo del substrato biológico. 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 psicológica o biológica.

CAPITULO IV

4.1. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo muestra cuales son los resultados de la investigación plantada como: “Los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de personalidad. Un estudio de patología dual aplicado en los centros de rehabilitación social de la provincia de Cañar”.

Para ello se llevó a cabo la selección de las personas privadas de su libertad que contaban previamente con un diagnóstico de consumo de sustancias y posteriormente se realizó la entrevista, luego de ello se procedía a la aplicación de la encuesta para determinar variables sociodemográficas, y finalmente la aplicación de los dos instrumentos psicométricos para valorar trastornos de personalidad, estos son: el Inventario Multifacético Clínico de Millon, en su tercera edición (MCMI- III) y el Cuestionario de personalidad del DSM-IV (IPDE).

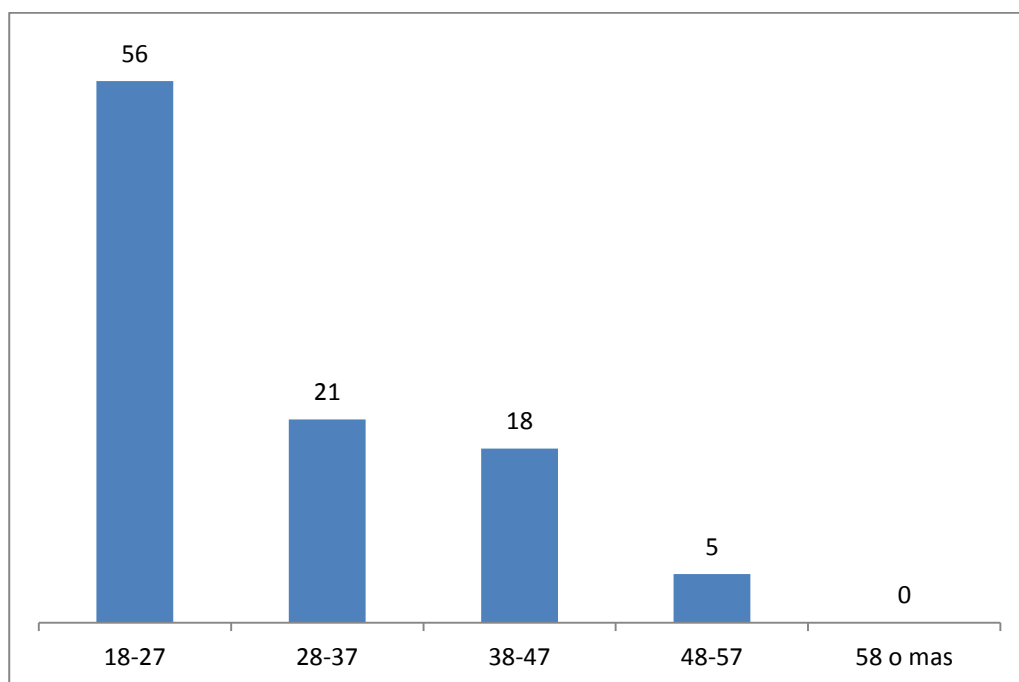
En la provincia de Cañar, existen dos centros de privación de libertad, uno en la ciudad de Azogues con 163 internos y el segundo en la ciudad de Cañar con 151 internos, para la selección de las personas privadas de su libertad participantes en esta investigación, se lo realizó de manera voluntaria, explicándoles el motivo de investigación y cuales serian las características de la misma, basándose en el total anonimato.

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, las personas privadas de su libertad que participaron en esta investigación, fueron aquellos internos que no se encontraban en las etapas de libertad controlada y prelibertad. Las edades comprendidas entre los diferentes internos variaban de los 19 años a los 57 años, el promedio de edad es de 29 años,

El programa estadístico que se utilizó para analizar los diferentes resultados fue el SPSS.22, y el programa Microsoft Excel 2010.

4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

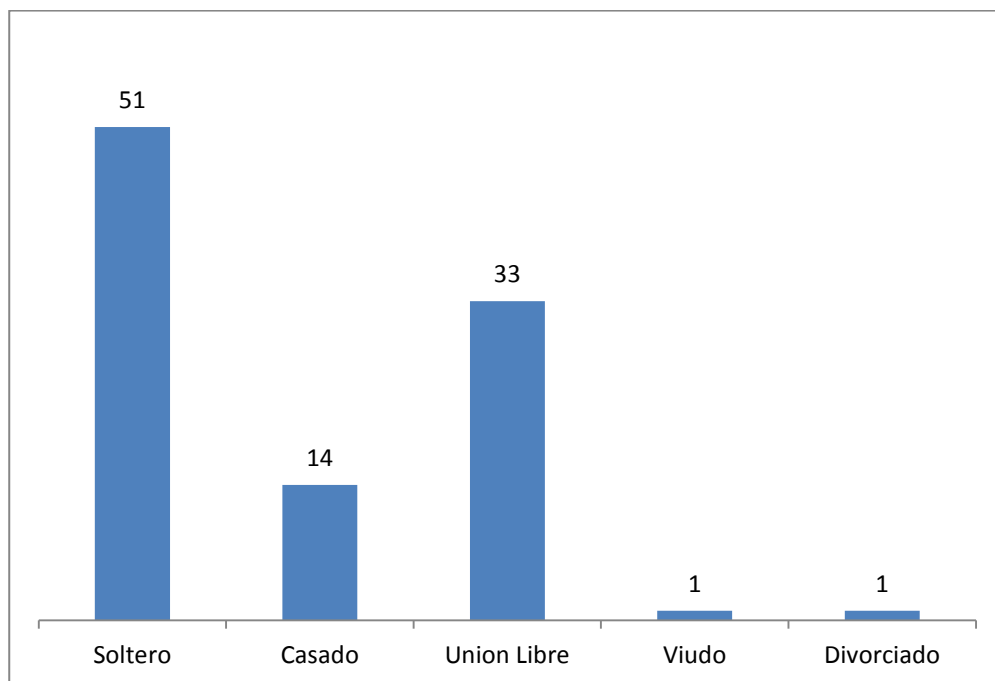
4.2.1 ANÁLISIS DE LAS EDADES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD



(Tabla 1)

- Las edades de los internos se encuentran entre los 19 años a los 57 años, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que va desde los 18 hasta los 65 años.
- El promedio de edad de las personas privadas de su libertad es de 29 años.
- El mayor número de internos participantes de esta investigación se encuentran en las edades de 18 a 27 años.
- Posteriormente le siguen los de 28 a 37 años con un número total de 21 personas.
- Se encontraron 18 personas en el grupo de 38 a 47 años y finalmente 5 personas en el grupo de 48 a 57 años.
- Como observamos la edad máxima fue de 57 años, es por ello que no se encontraron más personas en el rango de 58 o más.

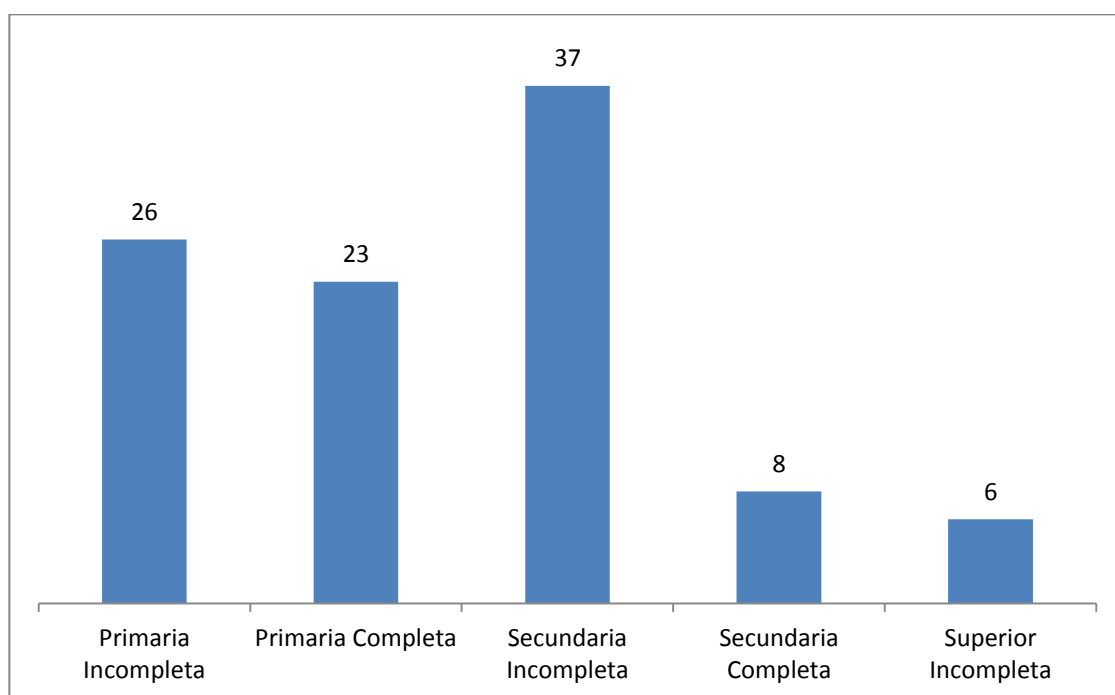
4.2.2. ANÁLISIS DEL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD.



(Tabla 2)

- De acuerdo a la investigación se encontró que 51 personas estaban Solteros.
- 14 personas se encontraban Casados
- En unión Libre se encontraban 33 personas privadas de su libertad.
- En los estados civiles de: Viudo y Divorciados se encuentra una persona en cada uno de ellos.

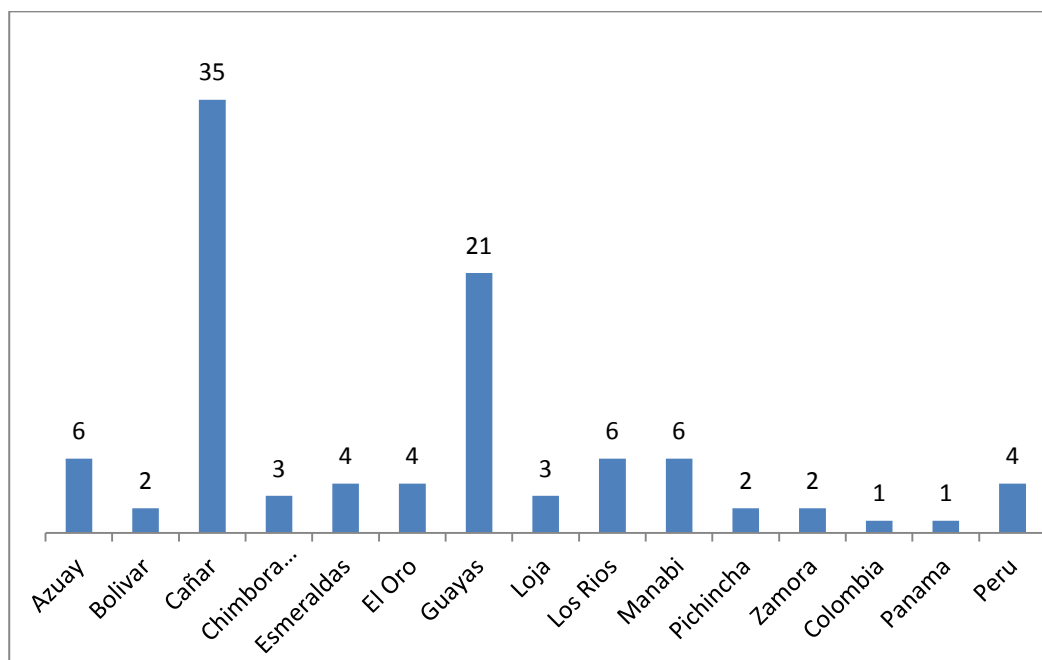
4.2.3. ANÁLISIS DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PPL.



(Tabla 3)

- Dentro de los datos de escolaridad se encuentran 26 internos que han realizado la primaria Incompleta.
- 23 que han culminado la primaria.
- El Primer Lugar Ocupan los ppl que han cursado la Secundaria, sin embargo no la han terminado, por lo general la mayoría han terminado hasta ciclo básico, es decir hasta 10mo curso de educación.
- Se encuentran 8 personas que han culminado la secundaria.
- Finalmente encontramos 6 personas con estudios superiores, las principales carreras que cursaban son: Derecho, Contabilidad, Medicina e Ingeniería en administración de Empresas.

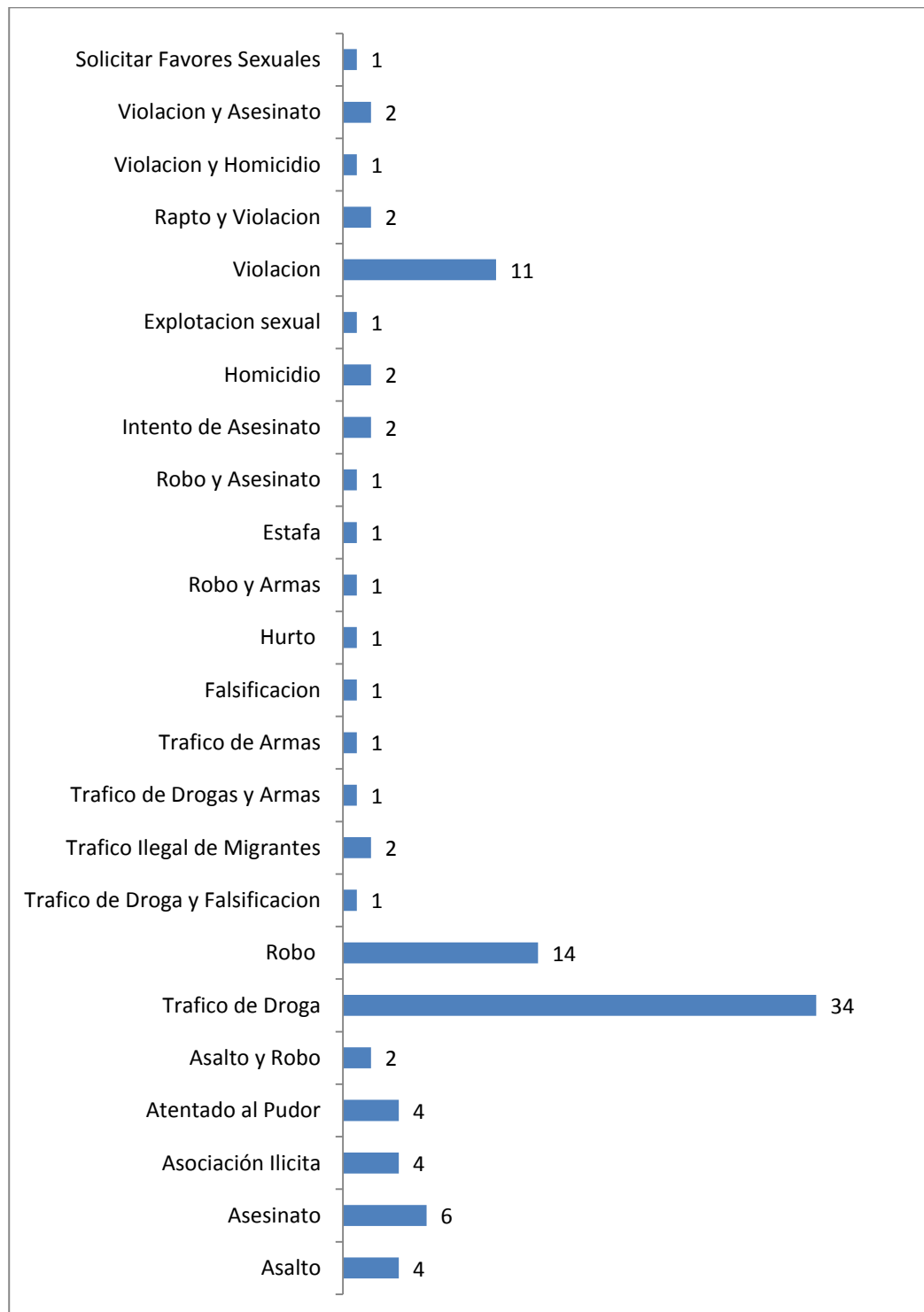
4.2.4. PROCEDENCIA DE LOS PPL.



(Tabla 4)

- De los 100 participantes en esta investigación los 94 son de nacionalidad Ecuatoriana, sin embargo existieron 6 personas privadas de su libertad que eran de otros países, en este caso, de Perú, Colombia y Panamá.
- La distribución de la procedencia de los internos se realizó por provincias, siendo la más representativa la provincia de Cañar, obviamente debido a que es el lugar donde se realiza la investigación.
- La provincia de Guayas ocupa el segundo lugar, por los 21 ppl que se encuentran privados de su libertad en los centros de rehabilitación social de la provincia de Cañar.
- Se encontraron ppl de provincias como: Azuay, Bolívar, Chimborazo, Esmeraldas, El Oro, Loja, Los Ríos, Manabí, Pichincha y Zamora Chinchipe.

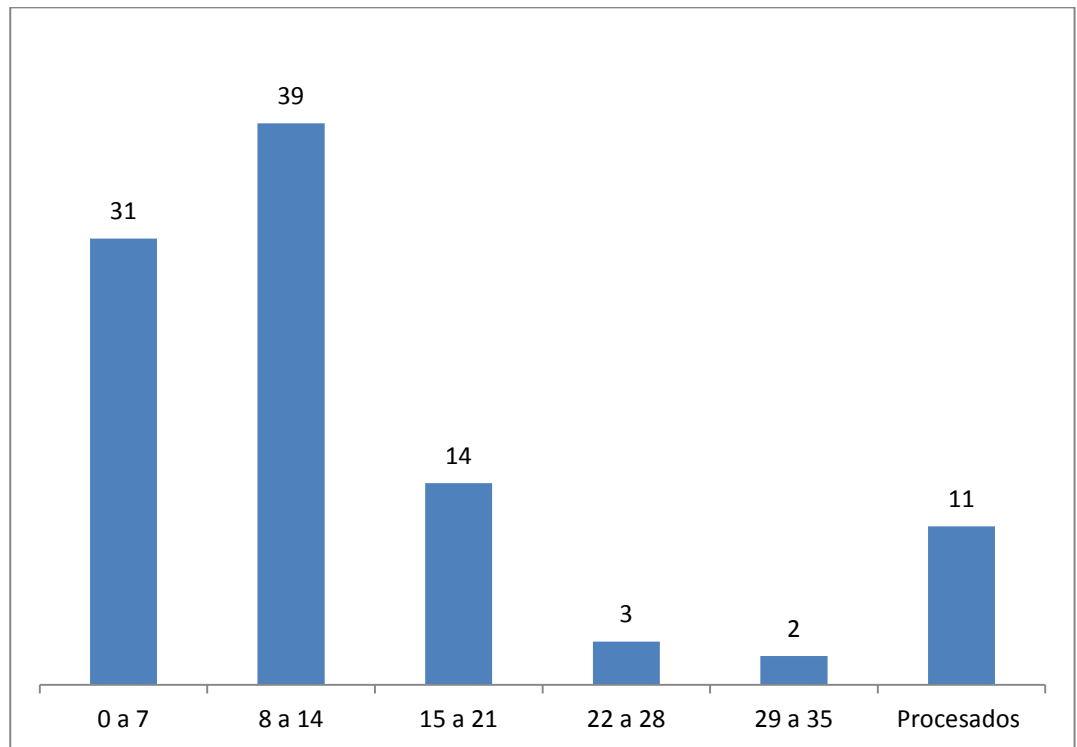
4.2.5. MOTIVO DE PRISIÓN DE LOS PPL.



(Tabla 5)

- En los Centros de privación de libertad de la provincia del Cañar, se encontró una variedad de causas penales o motivos de prisión de las personas privadas de su libertad.
- El delito principal en estos centros fue el Trafico Ilegal de Drogas, con 34 personas sentenciadas por ello.
- El segundo delito que se da en dichos centros es el de Robo con 14 personas.
- Finalmente los delitos de tipo sexual, obtienen en tercer puesto, en este caso Violación que se encuentra con 11 personas cumpliendo cargos por ello.
- También se encontraron delitos como: Asesinato, Homicidio, Rapto, Trafico Ilegal de Armas, Estafa, Falsificación, entre otros.

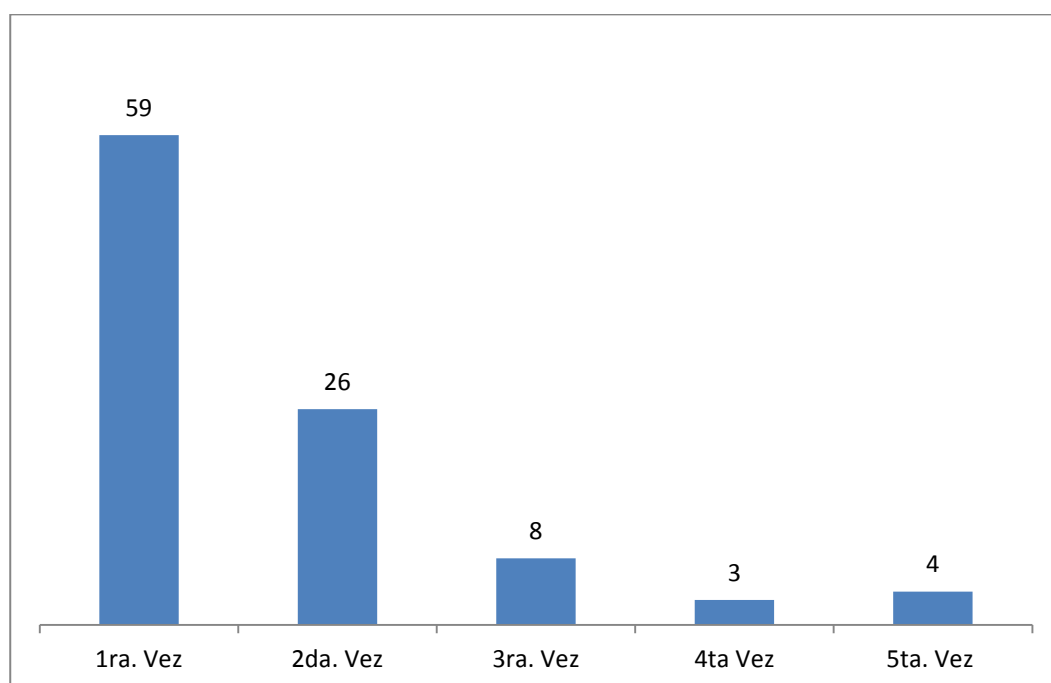
4.2.6. AÑOS DE CONDENA DE LOS PPL.



(Tabla 6)

- De acuerdo al análisis estadístico en lo que refiere a los años de condena, la condena de menor duración fue de 4 meses, y la más alta de 35 años.
- Un promedio por años de condena es de 9 años con 7 meses.
- En los participantes en esta investigación, el 89%, ya tenían una sentencia ejecutoriada y un 11% se encontraban procesados, es decir sin tiempo de sentencia.
- De acuerdo al tiempo que más se repitió fue de 8 a 14 años con 39 personas privadas de su libertad.

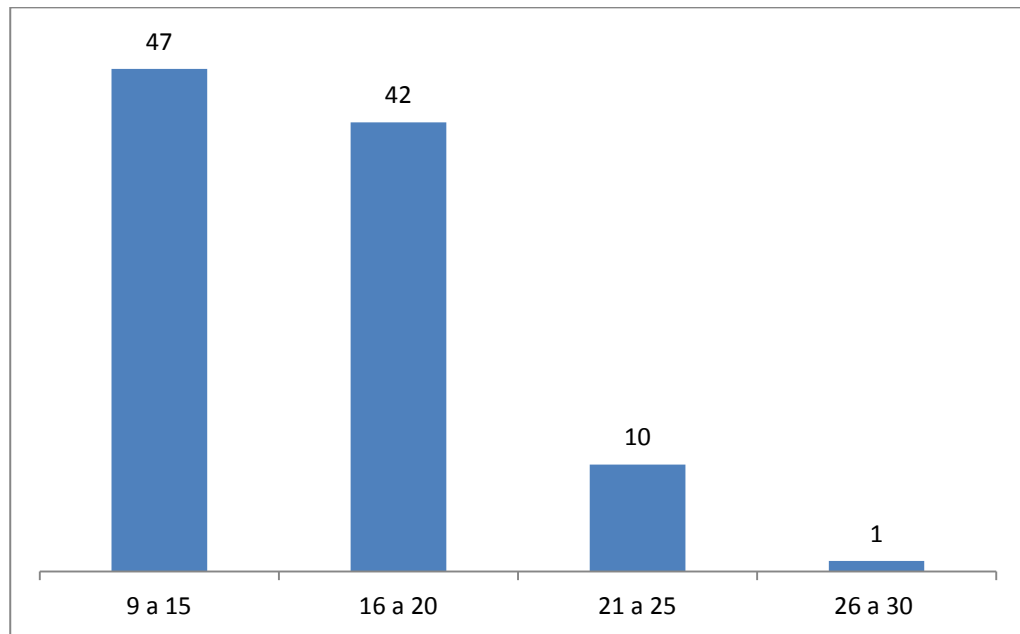
4.2.7. NUMERO DE VECES DE ESTAR EN PRISIÓN.



(Tabla 7)

- El número de reincidencia se midió con el número de veces que han estado en prisión.
- De acuerdo a los resultados el 56% de participantes en la investigación están primera vez en un centro de privación de libertad.
- El 44% restante son reincidentes en el sistema penitenciario.
- Las veces que estaban en prisión varían desde la primera vez, y en otros casos que permanecieron por quinta vez en un centro de privación de libertad.

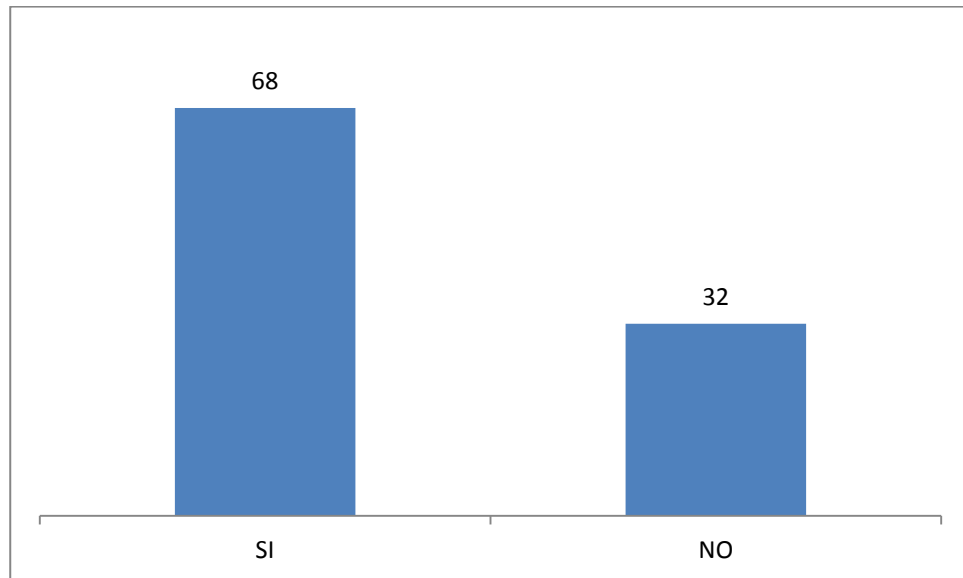
4.2.8. INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS



(Tabla 8)

- La edad promedio de inicio de consumo de sustancias fue de 15 años.
- La edad mínima de inicio de consumo fue de 9 años.
- La edad máxima de inicio de consumo fue de 30 años.
- El porcentaje de personas que se iniciaron tempranamente en el consumo es de 9 a 15 años, con un total de 47 privados de su libertad.
- Es por ello que estas personas se inician tempranamente en el consumo de sustancias, como consecuencia de una patología social que presentan.

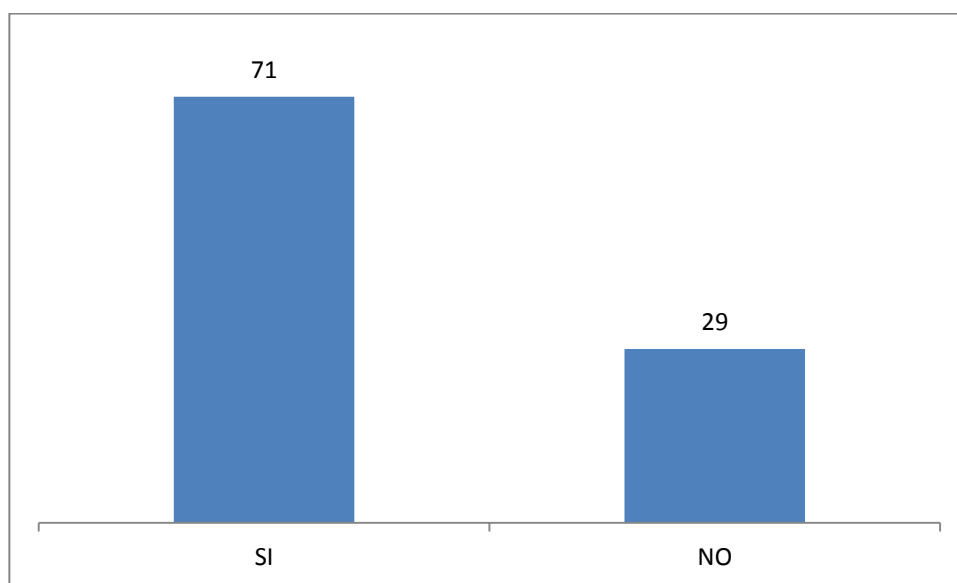
4.2.9. CONSIDERA QUE SU CONSUMO LE PRODUCE PROBLEMAS EN SU VIDA



(Tabla 9)

- Dentro de la entrevista estructurada se les pregunto a las personas privadas de su libertad con diagnostico de consumo de sustancias si este les producía problemas en su vida, solamente un 68% respondieron que Si.
- El 32% restante, aun no tiene conciencia de los problemas que una adicción conlleva y no lo ven como un problema.

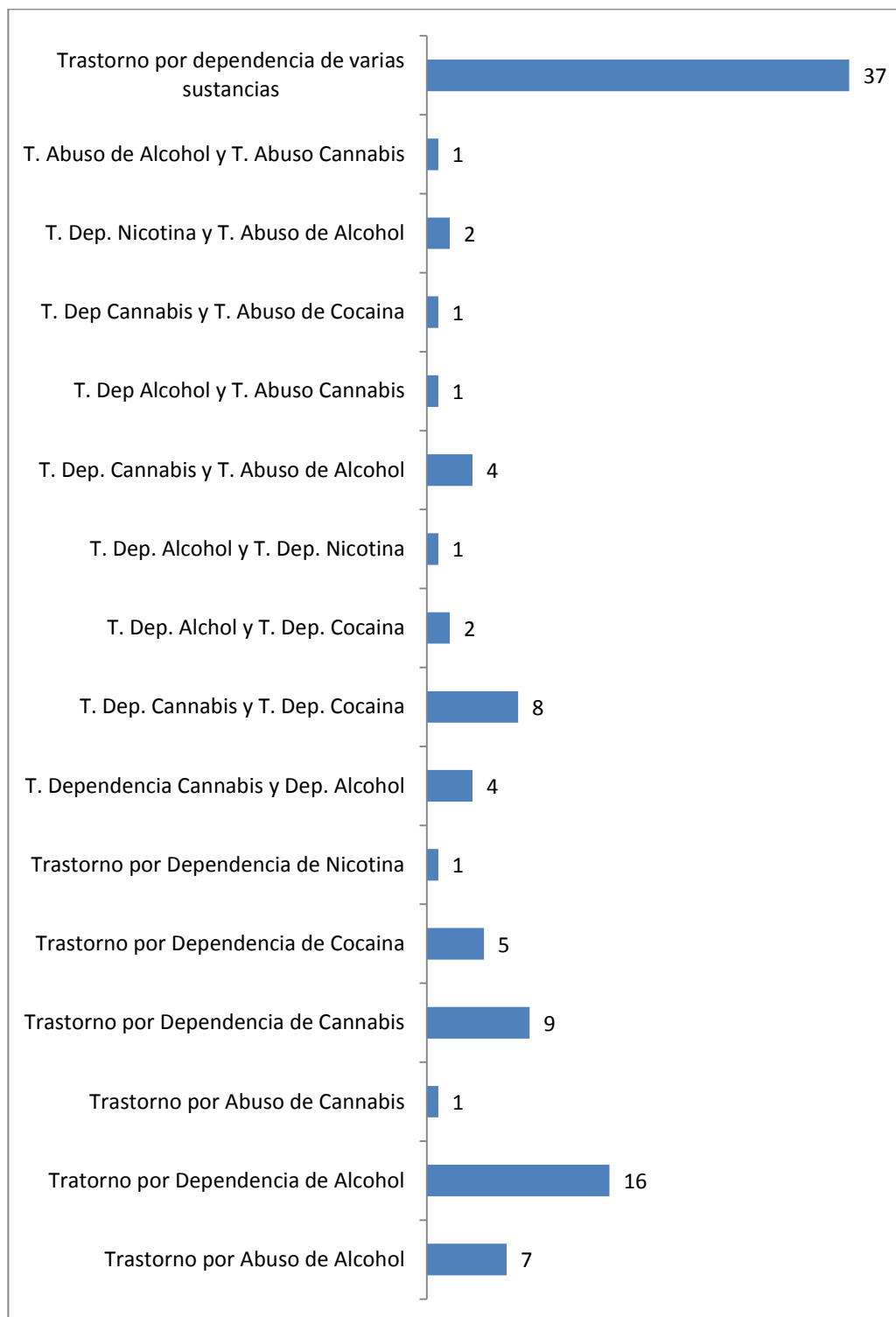
4.2.10. ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR SU FORMA DE CONSUMIR



(Tabla 10)

- Un 71% de los participantes en esta investigación se sienten culpables por consumir, sin embargo un 29% no lo ven de esta manera.
- Es lamentable en el 29% de personas privadas de libertad no vean que la manera de consumir es un problema, debido a que se encuentran en etapas de adicción crónica, y la droga lo ven como una ayuda a sus problemas, mas no como la fuente principal de conflictos.

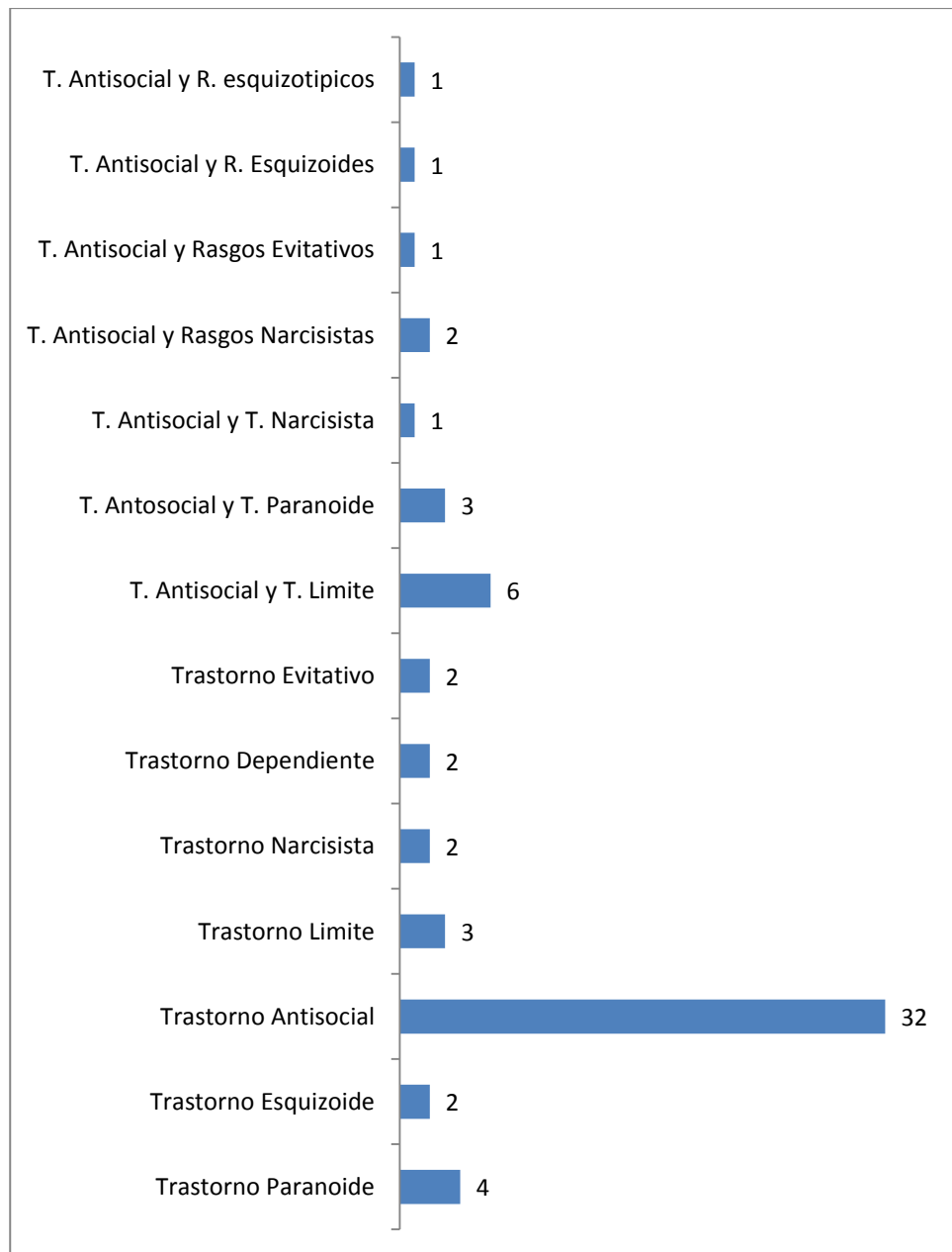
4.2.1.. DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.



(Tabla 11)

- En el análisis de los trastornos de consumo de sustancias, cabe destacar que en primer lugar se encuentra el consumo de múltiples sustancias.
- Es lamentable que en una población de 324 privados de su libertad en la provincia del Cañar, más del 50 % aproximadamente de la población consume sustancias, a pesar de que es algo prohibido para los ppl, según el código de ejecución de penas.
- La sustancia más consumida en todas las personas privadas de su libertad fue el Cannabis con un total del 66%.
- En los diagnósticos destacan el consumo de Alcohol, Cocaína, Nicotina, inhalantes como Cemento de contacto y Opioides como la Heroína.

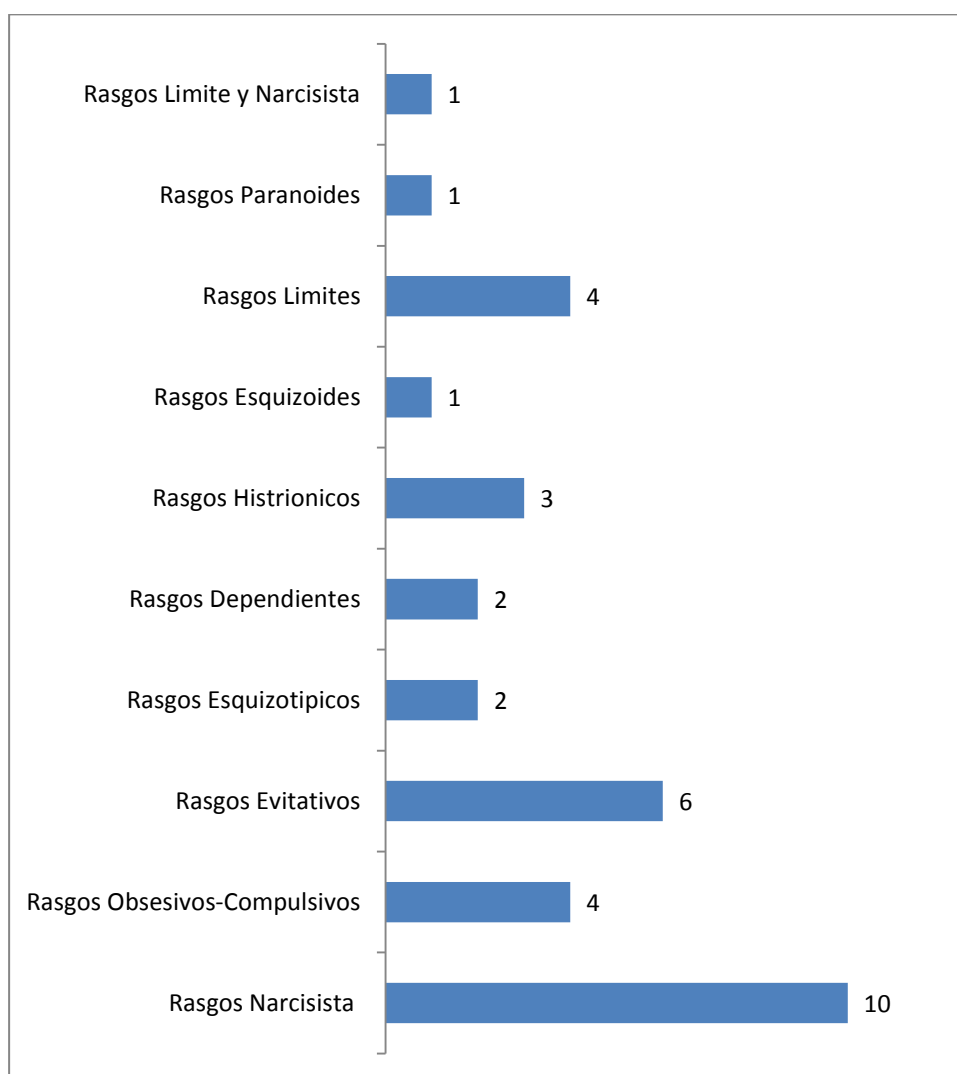
4.2.12. DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



(Tabla 12)

- Se encontró a 62 personas privadas de su libertad con trastornos de personalidad, siendo el más destacado el trastorno Antisocial de Personalidad, ocupando un 75 % en total.

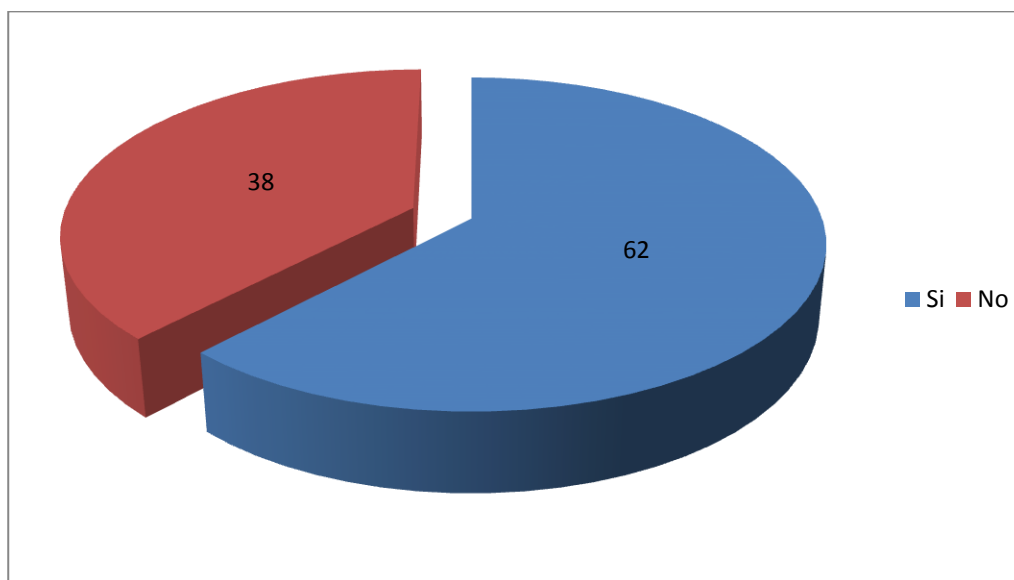
4.2.13. ANÁLISIS DE RASGOS DE PERSONALIDAD



(Tabla 13)

- Dentro de la elaboración de esta investigación también se detectó y se analizó los diversos Rasgos de Personalidad, los mismos que son diferentes a los trastornos, donde ya hay una perturbación o anormalidad que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos, el principal rasgo de personalidad fue los de tipo narcisista.

4.3. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL.



(Tabla 14)

- Dentro del análisis de Patología Dual un 62% de los examinados presentaron un Trastorno de Personalidad, acompañado a esto el trastorno de Consumo de sustancias, indica que 62 privados de su libertad, muestran patología dual.
- En cuanto a las variables que se utilizaron para analizar la relación entre el Eje I y el Eje II, se tomó en cuenta el motivo de prisión, la escolaridad, la edad de consumo de sustancias y la edad actual de los 62 privados de su libertad.

4.3.1. TABLAS CRUZADAS

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD*ESTUDIO tabulación cruzada

Recuento

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	ESTUDIO					Total
	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SUPERIOR INCOMPLETA	
TP. ANTISOCIAL	10	7	14	0	0	31
TP. ANTISOCIAL Y TP.ESQUIZOTIPICO	0	0	1	0	0	1
TP.ANTISOCIAL Y TP. LIMITE	1	1	4	0	0	6
TP. LIMITE	1	0	1	0	1	3
TP. ANTISOCIAL Y T.P. NARCISISTA	1	1	0	0	1	3
T.P. NARCISISTA	0	1	1	1	0	3
T.P. ESQUIZOIDE	0	0	1	1	0	2
T.P. PARANOIDE Y TT.P. ANTISOCIAL	0	1	2	0	0	3
TP. ANTISOCIAL Y T.P. EVITATIVO	0	1	0	0	0	1

T.P. EVITATIVO	2	0	0	0	0	2
T.P. PARANOIDE	1	0	2	1	0	4
T.P. DEPENDIENTE	2	0	0	0	0	2
T.P. ANTISOCIAL Y T.P. ESQUIZOIDE	0	1	0	0	0	1
Total	18	13	26	3	2	62

SUSTANCIAS*PERSONALIDAD tabulación cruzada

Recuento

CONSUMO DE SUSTANCIAS	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD													Total
	TP. ANTISOCIAL	TP. ANTISOCIAL Y TP. ESQUIZO TIPICO	TP. ANTISOCIAL Y TP. LIMITE	TP. LIMITE	TP. ANTISOCIAL Y T.P. NARCISTA	T.P. NARCISTA	T.P. ESQUIZOIDE	T.P. PARANOIDE Y T.T.P. ANTISOCIAL	TP. ANTISOCIAL Y T.P. EVITATIVO	T.P. EVITATIVO	T.P. PARANOIDE	T.P. DEPENDIENTE	T.P. ANTISOCIAL Y T.P. ESQUIZOIDE	
T. DEP MULTIPLE	22	0	5	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	32
T. DEP. ALCOHOL	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	7
T. DEP. ALCOHOL Y T. DEP. MARIHUANA	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
T. ABUSO ALCOHOL	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
T. DEP. MARIHUANA	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	7

T. DEP. MARIHUA NA Y T. ABUSO DE ALCOHOL	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
T. DEP. MARIHUA NA Y T. DEP. COCAINA	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
T. DEP. COCAINA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
T. DEP. ALCOHOL Y T. DEP. COCAINA	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Total	31	1	6	3	3	3	2	3	1	2	4	2	1	62

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD*CAUSAS tabulación cruzada

Recuento

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	CAUSAS PENALES												Total
	HOMICIDIO	ASESINATO	VIOLACION	VIOLACION Y ASESINATO	ATENTADO AL PUDOR	ROBO	PROCESADO	ROBO Y ASESINATO	DROGA	ASALTO	VIOLACION Y HOMICIDIO	ESTAFAS	
TP. ANTISOCIAL	1	4	6	1	1	4	2	1	6	3	1	1	31
TP. ANTISOCIAL Y TP.ESQUIZOTIPICO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TP.ANTISOCIAL Y TP. LIMITE	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	6
TP. LIMITE	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
TP. ANTISOCIAL Y T.P. NARCISISTA	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
T.P. NARCISISTA	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	3
T.P. ESQUIZOIDE	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
T.P. PARANOIDE Y TT.P. ANTISOCIAL	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
TP. ANTISOCIAL Y T.P. EVITATIVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
T.P. EVITATIVO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2

T.P. PARANOIDE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	4
T.P. DEPENDIENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
T.P. ANTISOCIAL Y T.P. ESQUIZOIDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	1	4	10	1	2	13	4	1	1	20	3	2	1	62

4.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dentro de los 62 privados de su libertad que presentan patología dual, se encuentran personas de 19 a 48 años, con una edad promedio de 27 años, cabe destacar que la edad promedio de inicio de consumo de sustancias se mantiene en los 15 años, la misma edad de las personas que no presentan patología dual.

El porcentaje de personas que cursan con un trastorno de personalidad es del 62%, ante esto debemos acotar que los dos centros de la provincia del Cañar son de mínima y mediana peligrosidad, a diferencia de otros centros en provincias como Pichincha, Guayaquil, y Manabí, que son para privados de su libertad de máxima peligrosidad o de reclusión por alteración mental.

El principal diagnóstico que se encontró en cuanto al Eje I, es la Dependencia de Varias sustancias, ocupando un 50 %, la sustancia mas utilizada es Marihuana (Cannabis) con un 75 %.

El trastorno de personalidad que prima en esta investigación es el trastorno de Personalidad Antisocial, con un 74 %, le siguen el trastorno Límite, Narcisista y Trastorno Paranoide.

En cuanto al motivo de prisión el 33% ocupa el Trafico Ilegal de Drogas, le siguen los delitos de tipo sexual (Violación, y Atentado al pudor,) con un 24%, delitos como robo con un 17 %. En el 26 % restante están los delitos de Asesinato, Homicidio y Asalto.

El nivel de educación de los ppl, es de gran importancia, debido a que estas personas se inician tempranamente en la vida delictiva y en el consumo de sustancias, esto se explica debido a que el 91% de las personas que cursan con patología dual, solamente tienen educación básica, es decir el 30% no ha culminado la primaria, el 21% terminó los estudios primarios y 43% restantes desertaron sus estudios secundarios tempranamente.

El trastorno de personalidad Antisocial, es un trastorno de tipo comportamental, acompañado de altos niveles de violencia y agresión física y psicológica, se encuentra muy vinculado con la parte delincuencial, es por ello que en la presente investigación se encontró una gama de causas penales, causadas por estas personas que presentan patología dual.

El principal delito es el trafico ilegal de drogas, con un 32%, el segundo delito es el de tipo sexual, que agrupa Violación, Explotación sexual y Atentado al pudor, con un 24%, esto se debe, a que cuando existe una adicción hay alteración del lóbulo pre-frontal, el mismo controla la parte instintiva y la sexualidad, por lo tanto si existe una afectación la persona tiene problemas con el control con sus impulsos.

4.5. CONCLUSIONES.

En el presente capítulo se analizó los principales resultados de la investigación

El trastorno de personalidad más prevalente en las personas privadas de su libertad es el trastorno Antisocial, debido a su fuerte vinculación con la vida delictiva, es por ello que se encuentran en centros de rehabilitación social.

Es lamentable, pero a la vez una dura tarea que tenemos que aceptar que en nuestros centros de privación de libertad a nivel de Latinoamérica el consumo de sustancias Psicoactivas es un fuerte problema que azota a los internos, el consumo previo y el consumo durante su estadía en prisión es algo que se vive a diario, en esta investigación como investigadora y como observadora de cerca a estas realidades, pude ver que aproximadamente las tres cuartas partes de la población de privados de su libertad tiene un consumo establecido de drogas.

Algo que llama mucho la atención es el temprano inicio de consumo de sustancias, se inicia a los 15 años, donde aun no hay un criterio formado y donde la parte comportamental tiene mucho que ver con el posterior desarrollo de la persona.

El nivel de educación es relativamente bajo, como ya analizamos en los gráficos, el 91% solamente tienen una educación básica, se puede deber a la falta de educación, las actitudes de estas personas.

Las ocupaciones de los ppl, se determinó una gran gama de oficios, entre los más sobresalientes tenemos, Carpintería, panadería, Zafreros, Obreros, Albañiles, Pintores, Choferes, Mecánicos, Comerciantes, entre otros.

CAPITULO V

5.1. INTRODUCCIÓN.

En el presente capítulo se muestran todos los resultados finales y las conclusiones que damos a la investigación, se toma en cuenta los resultados obtenidos y las observaciones que se realizaron en los diferentes centros de privación de libertad de la provincia del Cañar.

La investigación de las relaciones existentes entre los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias ha comprobado que es imposible hallar en los consumidores de sustancias variables únicas de la personalidad o hacer una descripción de lo que señala como personalidad adicta.

Los estudios han determinado que las personas que presentan un trastorno de cualquier tipo pueden presentar una comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, y más aun en la población penitenciaria, debido a que no existe ningún tipo de control de impulsos y son personas más predisponentes para un trastorno mental.

De igual manera se dan las recomendaciones que pueden ayudar para la prevención, tratamiento de estas enfermedades que por su naturaleza están causando daños tanto a las personas privadas de su libertad, a sus familias y a la sociedad en general.

Se trata de dar respuesta a los objetivos que nos planteamos en la presente investigación, como son: Determinar la prevalencia de patología dual en las personas privadas de libertad, en relación a la adicción y los trastornos de personalidad, establecer con que tipo de trastorno de personalidad se relaciona más, tomar en cuenta las diferentes variables socio demográficas y establecer las diferencias entre las personas privadas de libertad que tienen una adicción y no un trastorno de personalidad

CONCLUSIONES

Los trastornos de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias ocupan, en la actualidad, uno de los puntos centrales de la investigación tanto si ésta procede de la perspectiva médica como de la psicológica, aunque su impacto en la clínica es la misma.

De acuerdo a varias investigaciones se ha puesto de manifiesto 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, como la dificultad de manejo de las personas privadas de libertad que los presentan, debido al alto nivel de impulsividad que presentan, la agresividad con la que se manejan, y la falta de remordimientos que en las personas privadas de su libertad es evidente.

Se realizó la presente investigación con 100 personas privadas de su libertad, los mismos que para ser parte de la investigación debían tener un diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias.

De acuerdo a las investigaciones un 62% de las personas que consumen sustancias presentan un trastorno de personalidad, sin embargo personalmente pienso que es más alto, debido a que existen otras patologías como Trastornos de estado de ánimo, siendo lo más destacables Depresión y Ansiedad, de igual manera se observa Trastornos en la escala Sexual que se encuentra alterada, se presenta Trastornos Conductuales, se evidencian Trastornos de Delirium, Demencia o trastornos Cognoscitivos, Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia, Trastornos Somatomorfos, lo que implica que la tasa de patología Dual es más alta, sin embargo de acuerdo a los objetivos de la investigación se determinó que un 62% de personas privadas de su libertad presenta patología dual, en relación a los trastornos de Personalidad que presentan.

El trastorno predominante fue el Trastorno de Personalidad Antisocial, con un 74% del total de internos que presentan patología dual, debido a que en estas personas existe un desprecio y violación de los derechos hacia otras personas, existe un fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, son personas impulsivas y agresivas, y es muy común el consumo de sustancias en las personas que presentan un trastorno Antisocial de personalidad.

La fuerte vinculación que tienen con el delito es parte de la naturaleza de este trastorno, son personas que no son llamadas por su nombre, todos son llamados por el alias o sobrenombres impuestos en las calles, por la falta de remordimientos y por la reincidencia de cometer crímenes se encuentran privados de su libertad y están rehabilitándose para una adecuada reinserción social.

Se encontró también un 12% porcentaje de personas con Trastorno Límite de Personalidad, ante ello se entiende que su inestabilidad tanto en la autoimagen, afectividad y relaciones personales se debe principalmente porque al estar encerrados durante un tiempo determinado su carácter se modifica y hay cosas que se vuelven monotonía y ya no encuentran placer en hacerlo, por ejemplo personas que saben que van a permanecer privados de su libertad durante algunos años, pierden las esperanzas y su estado de ánimo está en constante cambio, además cabe recalcar que las tasas de suicidio en los centros de privación de libertad son muy altas, la inestabilidad en las relaciones interpersonales es muy común en estos centros, las peleas de los ppl, son con frecuencia “zona de guerras” donde los internos se basan en el lema de “morir o matar”. Además hay una comorbilidad en la impulsividad de diversas áreas de su vida como por ejemplo el sexo y el abuso de sustancias.

El trastorno que también se destacó fue en Narcisista, con un 9%, debido a que estas personas en todo momento muestran un patrón general de grandiosidad, y sienten la necesidad de ser admirados por sus delitos, se tienen que mantener fuertes y no dejarse ver como son realmente, se ponen una “coraza” para no dejarse ver débiles y en todo momento estar fuertes o “pesados” en la vida

delincuencial, para evitar que otras personas les hagan daño o les quieran “Someter”, como ellos mencionan.

Por lo tanto las vías de causalidad para el consumo de sustancias de estas personas son las de desinhibición del comportamiento, reducción de estrés y la sensibilidad a las recompensas que se obtiene.

La sustancia más consumida por todas las personas privadas de su libertad fue la Marihuana (Cannabis), con un 67%, debido a que como ellos refieren encuentran un relajante en ella y la consumen para tratar de olvidarse de todo lo que sienten, hay una sensación de que el tiempo transcurre lentamente, retraimiento social, deterioro en la capacidad del juicio, le siguen la Cocaína y el Alcohol, a pesar de saber que son sustancias prohibidas las consumen a diario, por ello el alto nivel de personas privadas de su libertad que presentan una Dependencia de Múltiples Sustancias.

En cuanto a la hipótesis que planteamos, de que fue la primera que se desarrolló, si el consumo de sustancias fue lo que desató un trastorno de personalidad o viceversa, tomando en cuenta la edad de inicio de consumo de sustancias que se encuentra en los 15 años, puedo decir que lo primero que en esta población penitenciaria se dio fue el consumo de sustancias, que por variables sociales o familiares estas fueron desarrollando en las personas un trastorno de personalidad, que por lo general se desarrolla a partir de los 18 años.

Por lo tanto entendemos que los trastornos de consumo de sustancias son un factor pre mórbido y predisponente a desarrollar un trastorno de personalidad, rasgos como la impulsividad, el aislamiento, inestabilidad en las relaciones interpersonales, afectivas facilitarían el uso de éstas.

Los rasgos anómalos de personalidad serían consecuencia de los trastornos de consumo de sustancias, bien por los factores estresores asociados al consumo o por los cambios biológicos secundarios al daño orgánico cerebral producido por las sustancias.

Los delitos varían mucho unos de otros, siendo los más predominantes el tráfico ilegal de estupefacientes, con un 33%, estas personas por lo tanto traficaban drogas y también las tenían para su consumo personal, es por ello que esto se acompaña a la hipótesis anterior de que el consumo de sustancias se encontraba en primer lugar y posteriormente se dio el trastorno de personalidad.

Se debe tomar en cuenta que un elevado número de personas privadas de su libertad cometieron el delito bajo el efecto de una sustancia psicoactiva, provocando una mayor desinhibición, agresividad y violencia en la manera de cometer el crimen.

El nivel educativo de estas personas tiene mucho que ver, debido a que el 91% de internos solamente cursó con una educación básica, estando en este grupo los que cursan con primaria completa e incompleta y los internos con secundaria incompleta, es por ello que las variables sociodemográficas se sitúan hacia un grupo de personas con un nivel de educación básica, que no tiene conocimiento sobre muchas cosas y es por ello que cometen los errores que han cometido.

El nivel socioeconómico de las personas privadas de su libertad, es fácilmente palpable cuando se ingresa a los pabellones de los centros de privación de libertad, se encuentra en un nivel bajo, o en pocos casos mediano, debido a que no existe una preocupación por la mayoría de ellos en buscar su rehabilitación o mejorar las condiciones de vida, esto se debe muchas veces a un consumo crónico de droga, que lleva a perder todo lo que tienen.

El estado civil de las personas privadas de su libertad que presentan patología dual, se mantiene en un 81% de personas Solteras, sin embargo la mayoría de ellos cuando se realizó la entrevista clínica manifestaron haber estado anteriormente con alguna relación sentimental, sin embargo su condición de privados de la libertad, el consumo de sustancias, y la impulsividad con la que se manejan los fue alejando poco a poco de sus familiares.

Como ya ha quedado claramente señalado, la asociación más frecuente entre los Trastornos por consumo de sustancias y Trastornos de la personalidad tiene lugar con los trastornos del grupo B, especialmente con el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad, con un 83% de personas privadas de la libertad que cursan con un trastorno de personalidad y pertenecen al grupo B. La presencia concomitante de un Trastorno de Personalidad tiene fuertes implicaciones, debido a que existen numerosas investigaciones que han relacionado la presencia de otro trastorno comórbido con una peor respuesta y peor pronóstico del trastorno por uso de sustancias, así como con una elevada tasa de abandonos prematuros de los programas de tratamiento que el sistema penitenciario propone.

Las personas privadas de su libertad suelen tener un contacto más precoz con las sustancias y sus manifestaciones clínicas son más graves y complejas, pues existe un consenso unánime en que constituye un marcador de mal pronóstico, asociándose con mayor tasa de consumos, mayor número de tentativas de suicidio, mayor accidentabilidad, mayor problemática legal y ser parte de una reincidencia penitenciaria.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, considero que se debería realizar una nueva valoración a las personas privadas de la libertad, para verificar una hipótesis que me he planteado, de determinar si existe algún problema a nivel orgánico, por ello recomendaría aplicar un test de valoración Neuropsicológica, para verificar si existe algún daño en esta esfera, debido a que en mucha bibliografía refiere que el excesivo consumo de sustancias genera un daño físico y cerebral, de desinhibición de conducta, y debido a ello se podría verificar la hipótesis planteada en cuanto a la alta impulsividad y la alta agresividad con la que se manejan las personas privadas de su libertad.

RECOMENDACIONES

A pesar de todos los esfuerzos que el Ministerio de Justicia realiza para la elaboración de procesos de rehabilitación social con la población penitenciaria, considero que no es suficiente, eso se puede visualizar en los altos porcentajes de reincidencia de los internos.

Es una cruda realidad el consumo de drogas en todos los centros de rehabilitación social del país; entre la población penitenciaria lo consideran como algo normal, a pesar de estar prohibido en la tipificación de ejecución de penas, los internos no acatan reglas y lo consumen a diario.

Por ello propongo la realización de comunidades terapéuticas o grupos focales dentro de los centros de rehabilitación, para ir disminuyendo los altos índices de privados de su libertad que consume drogas.

La desocupación laboral que viven los privados de la libertad es una realidad que enfrentamos, debido a que pasan muchas horas del día, sin hacer nada, se dedican a ver televisión, a dormir, y una mínima población se dedica a trabajar en talleres y a la elaboración de trabajos en madera o papel, sin embargo hay una gran población que se encuentra en la desocupación, y esto ayuda a que se desarrollen malos hábitos de conducta, y hábitos de consumo.

Considero que seria conveniente invertir todo el tiempo que estas personas van a estar privados de su libertad, para realizar tareas de rehabilitación social, como por ejemplo asistencia a psicoterapias de forma grupal e individual, y realizar vínculos familiares que ayuden al proceso de recuperación.

Para ello seria conveniente incrementar el numero de Psicólogos, debido a que existe un solo psicólogo para una población de 150 a 200 privados de su libertad, tomando en cuenta que el centro de privación de libertad de la ciudad de Cañar, se encuentran sin un profesional de la psicología ya mucho tiempo, dificultando los procesos terapéuticos de los internos.

Se debería ocupar más horas para que los internos laboren en varios proyectos u oficios, para mantenerlos ocupados en terapias ocupacionales, para evitar que pasen mucho tiempo en ocio.

Sería conveniente realizar una separación de todos los internos tomando en cuenta los delitos cometidos, por ejemplo separar en pabellones de acuerdo al nivel de peligrosidad que los privados de la libertad muestren.

Existe un alto porcentaje de personas privadas de su libertad que muestran alteraciones en el esfera mental, debido a ello existen muchos internos en la provincia del Cañar en estado Psicótico, personas con retardo mental, y con capacidades especiales diferentes, debido a ello sería conveniente la realización de un centro de privación de libertad especialmente para esta población de internos que presentan problemas mentales.

En el área medica hay muchas deficiencias, no se cuenta con un médico estable, provocando que exista una gran población de ppls enfermos y no hay un control por parte de los ministerios de justicia y salud para mejorar ello, por ejemplo en la provincia de Cañar existen 13 personas privadas de la libertad diagnosticadas con VIH, esto dificulta mucho la convivencia entre compañeros, por el miedo tienen debido a que no hay una concientización adecuada en el tema.

Las familias juegan un papel muy importante, por que son quienes ayudan mucho en el proceso de rehabilitación, es por ello que se debería trabajar directamente en terapias grupales e individuales con los miembros de la familia de todos los privados de libertad.

BIBLIOGRAFIA.

- Abad, P. (2008). Abuso de Drogas. *Manual de Psiquiatria*.
- Aguilera, M. (2005). Psicoanálisis en la comunidad. *Analisis Freudianos*, 29.36.
- Allnut, J. (2009). Personality. *American Psychiatric*, 48.52.
- Almendaris, T. (2003). Enfoque Dual. *Revista Médica Latinoamericana*, 45.49.
- Andrade, P. (2010). *Transtornos del estado de ánimo en la población penitenciaria*. Barcelona: Paidós.
- Antony, C. (2007). *“Mujeres invisibles: Las cárceles femeninas en América”*. México: Publicaciones América.
- Arroyo, J. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos. *Revista española de Sanidad penitenciaria*, 11-15.
- Baca. (1998). Trastornos de la Personalidad. Barcelona : Masson .
- Basarán, M. (2000). Trastornos por consumo de sustancias y Personalidad . *Adicciones* , 29-37.
- Bermúdez Fernández, J. I. (2002). Efectos psicológicos del encarcelamiento. *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones*, 209-218.
- Caño, M. (2004). Percepción del clima social en centros penitenciarios. *Ministerio del Interior*, 45-64.
- Cárdenas, M. (2003). *Propuesta de terapia ocupacional como una medida para promover el desarrollo y el bienestar de los internos en el proceso de rehabilitación social* . Quito.
- Casa, M. (2000). *Trastornos Duales* . Barcelona : Masson .
- Casas, J. (2004). *Bases Biológicas de la personalidad*. Zaragoza: INO Publicaciones.
- Cavalli. (1999). ¿Quiénes somos? Historia de la diversidad humana . Barcelona : Crítica.
- Chevez, A. A. (2005). Programa básico de habilidades y valores prosociales dirigido a adolescentes. *Sección de Publicaciones de la Corte Suprema de Justicia*, 351 - 360.
- CIE10. (2004). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial médica Panamericana.

- Constitución. (2008). *Asamblea Nacional del Ecuador*. Quito.
- Cordero, M. (2004). Drogas y Escuelas. *Sociedad* , 29.34.
- Correa, p. (2004). Realidad de las cárceles del Ecuador. *Salud mental penitenciaria* , 78. 83.
- Costa, P. (1994). *Personality Disorder*. Washington: american Psychological.
- Dilthey, T. (2000). Abordaje en adicciones . *Psiquiatria*, 80,97.
- DSM. (2005). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Eysenck. (1947). Fundamentos Biologicos de la personalidad . Barcelona : Fontanella .
- Fajardo, E. (2004). Conductas Antisociales. *Memorias de salud mental penitenciaria*, 67-70.
- Fierro, G. (2004). Cruda Realidad. *I curso nacional de salud penitenciaria*, 289.292.
- Foucault, M. (2000). *Realidad Carcelaria*. Mexico.
- Garcia, J. (1995). *Psicologia penitenciaria* . Madrid: UNED.
- Goffman. (2002). *"Internados"*. Buenos Aires: Paidos.
- Grilo, P. (2000). *Comorbidity in Psychiatric*. New York: Am Psychiatric.
- Gutierrez, J. (2000). Evaluacion de TP en pacientes heroinomanos. *Sociedad Española de patologia Dual*, 43-56.
- Henderson, P. (2000). *Psychopathic states*. New York.
- Hervas, E. (2001). Trastornos mentales en prisión . *Psiquiatria Biologica*, 61-73.
- Hivert, P. (2009). *The Psision Community*. Boston: Cristopher Publishing.
- Hurley, R. (2002). *Neuropsychiatry*.
- Iglesias, M. M. (2009). Cárceles en America Latina. *Alianza*, 28.37.
- Justicia, M. d. (2012). *Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos*. Recuperado el Septiembre de 2013, de <http://www.justicia.gob.ec/>
- Kashdan, J. (2009). Relacion entre consumo de drogas y personalidad. *Sociedad Española de Patologia Dual*, 109.120.
- Klages. (1999). Los fundamentos de la caracterologia . Buenos Aires : Paidos .

- Lana, F. (2007). *Conductas Adictivas* . España.
- Lesch, K. (2001). Neurodevelopment and psychopharmacologic. *Neuropsychopharmacol*, 457.474.
- Leshner, A. (2009). *Addicction*. EEUU: Letter .
- López, I. . (2007). Examen internacional de los trastornos de personalidad. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 53-63.
- Mateos. (2001). temperamento, Caracter, Personalidad. Madrid : SCM.
- Mensias, F. (2003). *Psicologia Juridica*. Quito.
- Miles, C. (2006). *Personality correlates of sustance abuse*. New York: Plenum Press.
- Millon, T. (1998). *Teorias de la personalidad; Más alla del DSM-IV* . Madrid: Paidos .
- Morel, W. (2002). Uso de Drogas. *Salud Mental Americana*, 107-115.
- Nutin. (2003). Teorias evolucionistas de la personalidad. Barcelona : Masson .
- Oldhan, J. (2000). *Trastornos Mentales*. Barcelona.
- Oviedo, S. (2004). La delincuencia como patologia social. *Memorias de Salud mental penitenciaria*, 28-37.
- Pavarini. (2003). *Efectos de la prisionalización*. Salamanca.
- Pavon, A. (2010). *Tecnologia Psiquiatrica*. Cordova.
- Penal, C. (2010). *Legislación Codificada*. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones .
- Perugachi. (2004). Experierencias personales en salud mental. *I curso nacional de Salud penitenciaria*, 271-276.
- Philipson, M. (2009). Personality Disorders. *Textbook of Psychiatry*, 35.46.
- Plover, K. (2004). Psychodinamic. *American Psychiatric*, 34.38.
- Raine, H. (2006). *Uso, Abuso y Dependencia...* Mexico.
- Rivas, M. (2008). *“Penitenciarismo y aspectos psicosociales*. Bogota: Graficas Juridicas.
- Roca. (2010). Trastornos de la personalidad. España: Lexus .
- Roca, B. B. (2010). Trastornos de Personalidad. España .

- Romero, T. (2009). Adiccion Inconciente. *Salud mental*, 89-94.
- Salgado, R. (2003). Condiciones emocionales de las personas privadas de la Libertad. *Salud mental penitenciaria*, 109. 118.
- Schneider, G. (2009). *Psicología Clínica*. Madrid.
- Siever. (1998). New biological research strategies for personality disorders. Washington : American Psychiatric Press.
- Soloman. (2012). *New Addiction*. EEUU.
- Szerman, N. (2008). Aspectos psiquiátricos sobre el consumo de Cannabis . *Sociedad española de Investigacion* , 89-113.
- Torres, E. (2006). Ambiente Penitenciario. *FEPSELI*, 30.41.
- Torres, N. (2008). Comunidad Adictiva. *Mentalidad Actual*, 35-41.
- Tulcanaza, E. (2003). Deterioro cognitivo a consecuencia del alcohol y droga en los detenidos. *Dirección Nacional de Rehabilitación Social*, 250, 263.
- Vaglum, J. (2008). *Narcotic addiction*. New York: Guilford Press.
- Vaillant, J. (2001). Efectos de las Drogas. *Actualidad*, 29.35.
- Van Horn, J. (1999). Abstinence of Substance. *Drugs Abuse*, 49.57.
- Vegue, M. A. (2004). *Evaluación de problemas mentales*. Barcelona: Psiquiatria editores.
- Verdugo, A. (2004). La Función del psicólogo en los centros de rehabilitación . *I Curso Nacional de salud mental penitenciaria*, 78-82 .
- Vergugo, A. (2004). La Función del psicólogo en los centros de rehabilitación . *I Curso nacional de salud mental penitenciaria* , 78-82.
- Villagran. (2003). Hacia una nueva psicopatología . Monografías psiquiátricas .
- Villareal, A. (2008). *Nuevas patologías sociales*. Mexico: Alianza.
- Widiger, T. (2005). *Alternative dimensional*. New York.
- Zserman, N. (2012). Protocolos de Patología Dual. *Sociedad Española de Patología Dual*.

ANEXOS

FOTOS







Formas de castigo de los ppl.



Curso de panadería

Cuenca, 21 de junio del 2013

Master

Carlos Delgado

Decano de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

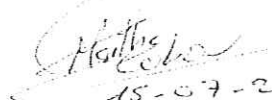
Ciudad

De mi consideración:

Por medio de la presente informo a usted que la Junta de Psicología Clínica ha aprobado el proyecto de tesis cuyo tema es "Trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad. Un estudio sobre patología dual en los centros de rehabilitación social de la provincia del Cañar", de la alumna Alicia Cárdenas Padrón. Aprobación realizada en base al informe favorable dado por su tribunal Dr. Juan Aguilera, Mst. Sebastián Herrera y Mst. Eva Peña.

Por estos motivos se envía el proyecto a Concejo de Facultad.

Atentamente,


15-07-2013

Mst. Martha Cobos

Directora de la Escuela de Psicología Clínica

OF: 258- 13

 CERTIFICÓ: Que este Documento
es una copia del Original
Cuenca, 24 de Julio del 2013

Dra. Lourdes Erazo M.
SECRETARIA

Fact, 84456

X-215

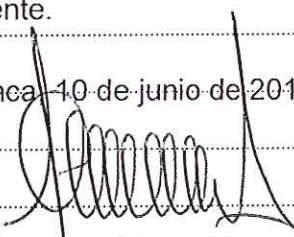
**DRA. LOURDES ERAZO MOSQUERA, SECRETARIA DE LA FACULTAD DE
FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

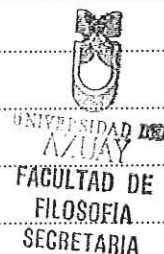
C E R T I F I C A:

Que, la señorita **ALICIA BEATRIZ CÁRDENAS PADRÓN**, con código Nro.
46035, se encuentra matriculada en el décimo ciclo "B" de la Escuela de
PSICOLOGÍA CLÍNICA, para el periodo marzo – julio 2013 y tiene aprobado
183 de 189 créditos de su carrera, esto equivale al 96,82% para egresar.

Es todo cuanto puedo certificar y autorizo a la peticionaria dar al presente
certificado el uso más conveniente.

Cuenca 10 de junio de 2013.


Dra. Lourdes Erazo Mosquera
Secretaria de la Facultad de Filosofía



Factura No: 001-010-000036110

LEM/ bd'c





UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

REALIZADO POR:

ALICIA CÁRDENAS PADRÓN

DIRECTORA:

MGST. EVA PEÑA

TEMA:

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD; UN ESTUDIO SOBRE PATOLOGÍA DUAL APLICADO EN
LOS DIFERENTES CENTROS DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA
PROVINCIA DEL CAÑAR.





UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

DISEÑO DE TESIS

1. TEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

Trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad; un estudio sobre patología dual aplicado en los diferentes Centros de Rehabilitación Social de la Provincia del Cañar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es de suma importancia realizar una investigación que determine la incidencia de patología dual en el ámbito penitenciario, debido a que se tiene la idea que un gran porcentaje de personas privadas de su libertad han consumido en cualquier momento de su vida sustancias psicoactivas, es por ello que esta investigación pretende analizar los perfiles de patología dual y su relación con los diversos tipos de personalidad.

Las patologías duales son una realidad clínica a tener en cuenta por todos los profesionales que trabajan en el ámbito clínico, puesto que el uso de sustancias está fuertemente asociado con la comorbilidad psiquiátrica (Casas, y Guardia, 2010).

La relación que existe entre patología dual y los trastornos de personalidad es muy amplia, debido a su toda su tipología, siendo los más predominantes, el Trastorno Antisocial, Límite y Paranoide, (Kessler y Merikangas, 2004).

Es muy conocido que existe una gran relación entre el consumo de drogas y la iniciación en la vida delictiva, puede ir desde pequeños robos hasta asesinatos y crímenes más violentos, según datos de la Universidad de Pensilvania (2006), el 80% de los internados en prisión han cometido delitos relacionados con sustancias, por ejemplo, maltrato doméstico, maltrato infantil, delitos violentos (asesinatos, riñas, asaltos) y delitos contra la propiedad.

Será conveniente resolver este tipo de problemas, ya que los trastornos de personalidad y de consumo de sustancias van a estar presentes a lo largo de su vida, sin embargo con un debido diagnóstico y conociendo más sobre esta realidad, se pueden establecer soluciones para enfrentar esta problemática, desde grupos focales para personas con adicciones a psicoterapias enfocadas a los diversos tipos de trastornos.

3. OBJETIVOS



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

Edición autorizada de 20.000 ejemplares
Del 578.501 al 598.500

Nº

0589866

GENERAL

- Determinar la prevalencia de patología dual en las personas privadas de libertad, en relación a la adicción y los trastornos de personalidad.

ESPECÍFICOS

- Diagnosticar los trastornos de consumo de sustancias , y establecer con que tipo de trastorno de personalidad se relaciona más
- Realizar un estudio sobre la patología dual en relación a las diferentes variables socio demográficas
- Establecer las diferencias entre las personas privadas de libertad que tienen una adicción y no un trastorno de personalidad.

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los trastornos de personalidad según el DSM- IV TR (American Psychiatric Association, 2002), son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar, se convierten en trastorno cuando son inflexibles y des adaptativos para el sujeto.

Con esta investigación se pretende conocer más de cerca la realidad de la clínica en el ámbito penitenciario y plantearse soluciones que vayan desde la psicoterapia para tratar los trastornos de personalidad y la adicción que afecta a un gran porcentaje de personas privadas de su libertad.

En el tiempo que están reclusos, puede ser de mucha ayuda para tratar varios problemas que son conocidos, pero no diagnosticados ni tratados.

De acuerdo a varias investigaciones el trastorno de personalidad que prima en el ámbito penitenciario es el prototipo antisocial, debido a su fuerte ligación con el delito, por ejemplo, los individuos con este trastorno cometen actos más violentos y su relación con las drogas es más amplia.



Es importante conocer la prevalencia de estos trastornos y la relación con las diversas características socio demográficas de las diversas personas privadas de su libertad.

Es por ello que el artículo 51 de la Constitución Política del Ecuador, reconoce los derechos de las Personas Privadas de su Libertad, en su numeral 4to establece lo siguiente: “Las personas privadas de la libertad tienen derecho a: contar con recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los Centros de privación de libertad”, debido a esto este grupo de personas vulnerables se encuentran amparadas por la ley a tener un adecuado diagnóstico y por lo tanto el respectivo tratamiento para sus diversas patologías.

5. MARCO TEÓRICO

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 (Cervera, Trastornos de personalidad y drogodependencia, 2007)

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. (Millon, 1996)

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 habitual la existencia de criterios para diagnosticar dos o más.

Se debe 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 psicológica o biológica (Fernández, 2002).

Los trastornos de personalidad más frecuentes en los consumidores de sustancias, se ubican en primer lugar los del clúster B, concretamente en Antisocial y el Límite, en segundo lugar los del clúster C, Trastorno por Evitación y Obsesivo Compulsivo; y en tercer lugar los del clúster A destacando el Esquizoide (Swain, y San, 2004)

Patología dual es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental. (Schwarz, 2009)

Patología dual es la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes 'duals' o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica). Se presenta un estado de la situación de la patología dual desde la perspectiva epidemiológica, clínica y terapéutica y se revisan los retos de futuro más relevantes.

En los retos de futuro se hace hincapié en las necesidades de profundizar en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo; intoxicación; abstinencia de sustancias; la importancia de disponer de instrumentos clínicos de cribado para detectar la patología dual; la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas farmacológicas y psicológicas efectivas; la importancia de la atención integrada de estos pacientes por un solo equipo terapéutico en una red única de salud mental y adicciones y finalmente, la necesidad de incorporar la formación en patología dual a los profesionales sanitarios.

Una parte importante de las personas que ingresan en un centro penitenciario, lo hacen debido a un comportamiento socialmente inadaptado, en algunos casos como manifestación de un proceso patológico que les ha llevado a entrar en conflicto con la ley. En la prisión, se encontrarán en un ambiente caracterizado por el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina, las frustraciones reiteradas y una nueva escala de valores que entre otras cosas, condiciona unas relaciones interpersonales basadas en la desconfianza y la agresividad. Todos estos factores someten al recluso a una sobrecarga

emocional que facilitará la aparición de desajustes en su conducta en el mejor de los casos, cuando no la manifestación de comportamientos francamente patológicos, sobre todo si previamente había ya una personalidad desequilibrada, en el momento de la entrada en prisión.

La entrada a los Centros de Privación de Libertad pone en marcha un proceso de adaptación al entorno penitenciario, que muchos autores llaman prisonización y que se divide en tres niveles de afectación, el primero consiste básicamente en un comportamiento regresivo, inmaduro, ansioso e inestable desde el punto de vista afectivo como respuesta a la entrada en una Institución Total como es la prisión. (Hernández, 2000)

En caso de fallo adaptativo, un segundo estadio daría paso a verdaderos desórdenes de conducta, fundamentalmente marcados por comportamientos agresivos (auto o heteroagresividad), aparición de un deterioro afectivo depresivo o la presencia de episodios relacionados con trastornos de ansiedad en diferentes manifestaciones. En un tercer nivel de este proceso de deterioro, aparecerá una patología mental severa, con brotes psicóticos, trastornos afectivos severos, reacciones vivenciales anormales o graves crisis de ansiedad e inadaptación a la prisión.

En este proceso de asimilación de la vida penitenciaria, es difícil repartir la influencia de los factores individuales y ambientales, lo evidente es que cualquier mínima patología o disfunción que se presentara en el recluso o que éste padeciera antes de su encarcelamiento, sin un adecuado tratamiento, se agravará progresivamente mientras se mantenga al sujeto en ese medio, que desde el punto de vista del mantenimiento de la salud mental resulta tan exigente.

6. CONTENIDOS

Capítulo I

PERSONALIDAD

1.1 Conceptos de Personalidad

1.2 Características de Personalidad

1.3 Teoría de Millon de Personalidad

1.4 Trastornos de personalidad

1.4.1 Trastorno Paranoide

1.4.2 Trastorno Esquizoide

1.4.3 Trastorno Esquizotípico

1.4.4 Trastorno Antisocial

1.4.5 Trastorno Límite

1.4.6 Trastorno Histriónico

1.4.7 Trastorno Narcisista

1.4.8 Trastorno Evitativo

1.4.9 Trastorno Dependiente

1.4.10 Trastorno Obsesivo-compulsivo

Capítulo II

CENTROS DE PRIVACION DE LIBERTAD

2.1 Introducción

2.2 Descripción de los centros de rehabilitación social de la provincia de Cañar

2.3 Derechos y obligaciones de las Personas privadas de la Libertad

2.4 Características psicológicas de las personas privadas de la Libertad

2.5 Características sociales de las personas privadas de la libertad

2.6 Conclusiones

Capítulo III

PATOLOGÍA DUAL

3.1 Introducción

3.2 Adicción a sustancias

3.3 Uso , abuso, dependencia

3.4 Trastornos inducidos por sustancias

3.5 Relación entre trastornos de personalidad y adicción

3.6 Conclusiones

Capítulo IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de la población a investigar basados en los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1 Análisis socio demográfico

4.2 Exploración del tipo de personalidad predominante en las personas con adicción en los centros penitenciarios

4.3 Análisis de resultados estadísticos.

4.4 Conclusiones y resultados.

4.4.1 Análisis estadístico de resultados.

Capítulo V

5.1 Conclusiones Finales .

5.2 Recomendaciones.

7. METODOLOGÍA

1. Características de la Investigación:

Es un estudio transversal, retrolectivo, ambispectivo, comparativo, a realizarse en los Centros de Rehabilitación Social de la provincia del Cañar, en las ciudades de Azogues y Cañar. Para ello se va utilizar el programa estadístico Windows SPSS.

2. Universo y Muestra.

Universo



CRS Azogues= 217

CRS Cañar= 119

Total=336

Muestra

Personas con diagnóstico de adicción a sustancias

Personas con diagnóstico de trastorno de personalidad

3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Aplicación del test MCMI-III, estudio de personalidad, y adicción

Test IPDE, de Personalidad

Aplicación de entrevista clínica inicial

4. Beneficiarios (directos o indirectos)

Directos:

- Personas privadas de la libertad, debido a que con este estudio se podrá plantear nuevas soluciones y el tiempo que están reclusos pueda ser mejor utilizado
- Familiares de las personas reclusas: debido a que recibiendo un debido tratamiento psicológico, estas personas pueden disminuir sus patologías y se podría hablar de una reinserción a la sociedad

Indirectos:

- Trabajadores de los Centros de Rehabilitación Social
- Estudiantes de psicología, al conocer más sobre las diversas psicopatologías

5. Desarrollo de cada uno de los objetivos

General:

De acuerdo al historial clínico de cada paciente, se buscan las personas privadas de su libertad que hayan tenido un historial de consumo de sustancias, y se aplicará una entrevista inicial y posteriormente se aplicará los dos test de Personalidad, para establecer cual es la comorbilidad entre estas dos patologías y la incidencia que se desarrolla entre sí

Específicos:

-Una vez que se tiene la información de cada paciente, se realiza un análisis estadístico en relación a la adicción y con que tipo de trastorno de personalidad se relaciona más.

-De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a la adicción y a los trastornos de personalidad, se realizara un estudio socio demográfico, conociendo variables de edad, sexo, escolaridad, estado civil, años de sentencia y acto delincucional realizado.

-Con los participantes en esta investigación, se realizará dos grupos, los mismos que van a tener la similitud de la adicción y se van a diferenciar que el uno va a tener a personas con trastornos de personalidad y el otro a personas que no tengan trastornos de personalidad, para de esta manera establecer las diferencias entre una persona con adicción y otra con patología dual.

6. Criterios de exclusión

- Personas con retardo mental
- Personas con Pre libertad y libertad controlada

Criterios de inclusión

- Personas de 18 a 65 años
- Personas con problemas de consumo de sustancias

8. CRONOGRAMA

	ME S	ME S	ME S	ME S	ME S	ME S	ME S	ME S	ME S
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Presentación de diseño y aprobación del tema	X								
Recolección de información y aplicación de test	X	X	X	X					
Elaboración del capítulo 1		X							
Elaboración del capítulo 2			X						
Elaboración del capítulo 3				X					
Análisis estadístico					X				
Elaboración del capítulo 4						X			
Elaboración del capítulo 5							X		
Revisión final y arreglos								X	
Impresión y empastado									X
Sustentación final									X

9. PRESUPUESTO

Transporte	300
Bibliografía	200
Copias	70



Impresiones 100

Material de escritorio 50

Imprevistos 200

Total = 920



10. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson (2000)
- Asociación Española de Patología Dual – AEPD- (2008). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia diagnóstica y actitud terapéutica en la comunidad de Madrid.
- Arroyo, J. M.: Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Barcelona (2009)
- Casares, M. J. (2010). Necesidad de evaluación de la patología dual en el contexto penitenciario. Universidad de Oviedo
- Fernández, J. J. (2002). Trastornos de Personalidad y adicción: Relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. Anales de Psiquiatría, 18, 421- 427
- Millon, T. (1999). MCMI- III , manual, (TEA ediciones)
- Millón, T. y Davis, R.D. (1998). Trastornos de personalidad, Más allá de l DSM IV. Barcelona: Masson
- <http://www.sanipe.es/>
- www.patologiadual.com
- www.patologiadual.es/
- <http://scholar.google.es/>



ANEXOS



ENCUESTA

EDAD:.....

SEXO: F M

ESTADO CIVIL:.....

ESCOLARIDAD.....

PROCEDENCIA:

OCUPACIÓN:.....

NÚMERO DE HIJOS:.....

MOTIVO DE PRISIÓN:.....

AÑOS DE CONDENA:.....

¿CUÁNTAS VECES AH ESTADO EN PRISIÓN?.....

¿AH CONSUMIDO DROGAS ALGUNA VEZ EN SU VIDA? SI NO

¿QUÉ TIPO DE DROGAS AH CONSUMIDO?

.....
.....
.....

¿A LOS CUANTOS AÑOS PROBÓ POR PRIMERA VEZ UNA DROGA?

.....

¿CONSIDERA QUE SU CONSUMO DE SUSTANCIAS LE PRODUCEN

PROBLEMAS EN SI VIDA? SI NO

¿ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR SU FORMA DE
CONSUMIR SUSTANCIAS? SI NO





MCMI-III

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 1º matrimonio ☐ Casado (segundas nupcias o más)
☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Vive en pareja
☐ Viudo ☐ Otros (especificar) _____

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una "X" el nivel más alto que haya cursado)

- ☐ Primarios (hasta 6º de Educación Primaria) ☐ 3º 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 una "X" 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) _____

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 Mª Pilar Sánchez. - Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, Copyright © 1997 DICANDRIEN, INC.
Copyright de la edición española © 2007, 2009 DICANDRIEN, INC. Todos derechos reservados. Reimpreso 2011 (por Pearson Educación, S.A).

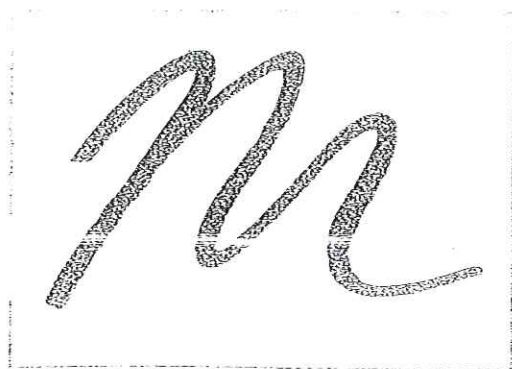


HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "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

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.



MCMI - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES

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



Soy un ser humano

1.

V	F
☒	☐

Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).



Mido más de tres metros

2.

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDICEN



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.

UNIVERSIDAD DEL
A
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

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 destruir 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.



- 62 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 63 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 64 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 67 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 68 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 69 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 70 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 aíso 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.



- 100 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 109 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 110 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.



- Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- Pocas cosas en la vida me dan placer.
- Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- He intentado suicidarme.
- Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- No he visto un coche en los últimos diez años.
- Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.

La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.

Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.

No tengo amigos íntimos al margen de mi familia

Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.

Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.

Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.

Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.

Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.

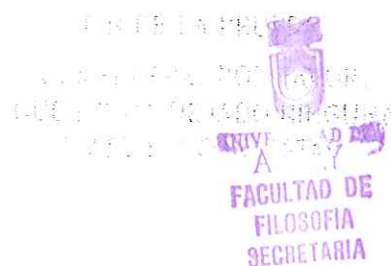
Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.

Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.

Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.

A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.



ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Directrices:

1. El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cual es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Si la respuesta es VERDADERO, señale la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señale la letra F

1. Frecuentemente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío en la gente que conozco por primera vez	V	F
3. Soy descuidado, no me preocupa los detalles pequeños	V	F
4. Me es difícil decidir	V	F
5. Expreso mis sentimientos fácilmente	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas sin tomar en cuenta los detalles	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. Creo que la mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Soy fácilmente influenciado por lo que me rodea	V	F
18. Me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. Uso a la gente para lograrlo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo, creo que la gente habla de mí, a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F

31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mi	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo	V	F
43. Tengo ataques de ira o enfado	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"	V	F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me involucro en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. Sueño con ser famoso	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59. Frecuentemente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V	F
67. No suelo mostrar emoción	V	F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77. Tengo amigos íntimos	V	F



EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

Paranoide	2F	14F	36	38	59	66	72		
Esquizoide	1F	12	21F	31	46	57F	77F		
Esquizotípico	2 F	24	30	52	64	67	70	71F	77F
Histriónico	5	10	17	28	35F	44	45		
Antisocial	11F	18F	20	29	47	56	74		
Narcisista	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
Límite	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
Obsesivo-Compulsivo	3F	19	23	32	41	48	54	59	
Dependencia	6	33	42	49	50	62	69F	73	
Evitación	16	27	34	38	39	51	63	76	

DIAGNÓSTICO: _____

CALIFICACION DEL MCMI

ESQUIZOIDE

Pregunta	Calificaci	
4	1	
10	2	
27	2	
38	1	
46	2	
48	1	
92	2	
101	1	
105	2	
142	1	
148	2	
156	1	
165	2	
167	1	
32 (F)	1	
52 (F)	1	
TOTAL =		

DEPRESIVA

20	2	
24	1	
25	2	
43	1	
47	2	
83	1	
86	1	
112	2	
123	2	
133	2	
142	1	
145	2	
148	1	
151	2	
154	1	
TOTAL =		

EVITATIVA

18	2	
40	2	
47	1	
48	1	
69	2	
84	2	
99	2	
127	2	
141	2	
146	1	
148	1	
151	1	
158	1	
174	2	
57 (F)	1	
80 (F)	1	
TOTAL =		

DEPENDIENTE

16	2	
35	2	
45	2	
47	1	
56	1	
73	2	
84	1	
94	2	
108	2	
120	1	
133	1	
135	2	
141	1	
151	1	
169	2	
82 (F)	1	
TOTAL =		

HISTRIÓNICO

12	2	
21	2	
32	2	
51	2	
57	2	
80	2	
88	2	
10 (F)	1	
24 (F)	1	
27 (F)	1	
48 (F)	1	
69 (F)	1	
92 (F)	1	
99 (F)	1	
123 (F)	1	
127 (F)	1	
174 (F)	1	
Total	=	

NARCISISTA

5	2	
21	1	
26	2	
31	2	
38	1	
57	1	
67	2	
80	1	
85	2	
88	1	
93	2	
116	1	
144	2	
159	2	
35 (F)	1	
40 (F)	1	
47 (F)	1	
69 (F)	1	
84 (F)	1	
86 (F)	1	

92 (F)	1	
99 (F)	1	
141 (F)	1	
169 (F)	1	
TOTAL	=	

ANTISOCIAL

7	1	
13	1	
14	1	
17	2	
21	1	
38	2	
41	1	
52	1	
53	2	
93	1	
101	2	
113	2	
122	1	
136	1	
139	2	
166	2	
172 (F)	1	
TOTAL	=	

AGRESIVA

7	1	
9	2	
13	1	
14	2	
17	1	
28	2	
33	1	
36	1	
39	1	
41	1	
49	1	
53	1	
64	2	
79	1	
87	2	
93	1	
95 (F)	2	

96(F)	1	
116(F)	2	
166(F)	1	
TOTAL	=	

COMPULSIVA

2	2	
29	2	
59	2	
82	2	
97	2	
114	2	
137	2	
172	2	
7(F)	1	
14(F)	1	
22(F)	1	
41(F)	1	
53(F)	1	
72(F)	1	
101(F)	1	
139(F)	1	
166(F)	1	
TOTAL	=	

PASIVO AGRESIVO

6	1	
7	2	
15	2	
22	2	
36	2	
42	1	
50	2	
60	2	
79	2	
83	1	
98	1	
115	2	
122	1	
126	2	
133	1	
166	1	
TOTAL	=	

MASOQUISTA

18	1	
19	2	
24	1	
25	1	
35	1	
40	1	
43	2	
70	2	
90	2	
98	1	
104	2	
122	2	
148	1	
161	2	
169	1	
TOTAL	=	

ESQUIZOTIPICO

8	2	
48	2	
69	1	
71	2	
76	2	
99	1	
102	1	
117	2	
134	1	
138	2	
141	1	
148	1	
151	1	
156	2	
158	2	
162	2	
TOTAL	=	

LIMITE

7	1	
22	1	
30	2	
41	2	
72	2	
83	2	
98	2	
120	2	
122	1	
134	2	
135	1	
142	2	
154	2	
161	1	
166	1	
171	1	
TOTAL =		

ABUSO DE ALCOHOL

14	1	
41	1	
52	2	
64	1	
77	2	
93	1	
100	2	
101	1	
113	1	
122	1	
131	2	
139	1	
152	2	
166	1	
23(F)	2	
TOTAL =		

PARANOIDE

6	2	
8	1	
33	2	
42	2	
48	1	
49	2	
60	1	
63	1	
89	2	
103	2	
105	1	
138	1	
146	2	
158	1	
159	1	
167	2	
TOTAL =		

ABUSO DE DROGAS

7	1	
13	2	
21	1	
38	1	
39	2	
41	1	
53	1	
66	2	
91	2	
101	1	
113	1	
118	2	
136	2	
139	1	
TOTAL =		

DESEABILIDAD SOCIAL

32	1	
51	1	
57	1	
59	1	
80	1	
82	1	
88	1	
97	1	
137	1	
172	1	
20 (F)	1	
35 (F)	1	
40 (F)	1	
69 (F)	1	
104 (F)	1	
112 (F)	1	
123 (F)	1	
141 (F)	1	
142 (F)	1	
148 (F)	1	
151 (F)	1	
TOTAL =		

VALIDEZ

65	1	
110	1	
157	1	
TOTAL =		

DESVALORIZACIÓN

1	1	
4	1	
8	1	
15	1	
22	1	
24	1	
30	1	
34	1	
36	1	
37	1	
44	1	
55	1	
56	1	
58	1	
62	1	
63	1	
70	1	
74	1	
75	1	
76	1	
83	1	
84	1	
86	1	
99	1	
111	1	
123	1	
128	1	
133	1	
134	1	
142	1	
145	1	
150	1	
171	1	
Total =		

Escala X

Escala 1 + Escala 2A + 2B + 3 + 4 + 5 x 2/3 + 6A + 6B + 7 + 8A + 8B

PERFIL DEL MCMI_III

Nombre:

Edad:

Fecha de aplicación:

[illegible]

Cañar, 01 de julio de 2013

Señor Abogado
David Romero Valdez
Director del Centro de Privación de Libertad de Cañar
Presente.-

De mi consideración:

Luego de presentarle un atento saludo, Alicia Beatriz Cárdenas Padrón, con cédula de identidad 0302148721, egresada de la Facultad de Filosofía, Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, comedidamente solicito, se me autorice el ingreso a la Institución que Usted acertadamente dirige, con la finalidad de realizar mi trabajo de investigación para obtener el título de Psicóloga Clínica, el tema de tesis propuesto es: "Los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de personalidad; un estudio de patología dual aplicado en los diferentes centros de privación de la libertad de la provincia de Cañar".

Por la favorable aceptación que se dignará dar a la presente solicitud, me anticipo en agradecerle, puesto que el trabajo de campo que efectúe en este Centro, ayudará al fortalecimiento de mi investigación y permitirá cumplir con los objetivos y metas trazadas.

Atentamente,

Alicia Cárdenas

Alicia Cárdenas Padrón
CI. 0302148721

Recibido el día Hoy 1/ julio 2013.
los 9 H 25 minutos. una vez
reusado el mismo este Dirección
resuelve aprobarlo.
Para. correspondiente y fines pertinentes.



Azogues, 02 de julio de 2013

Señor Doctor
Washington Pesántez Ochoa
Director del Centro de Privación de Libertad de Azogues
Presente.-

De mi consideración:

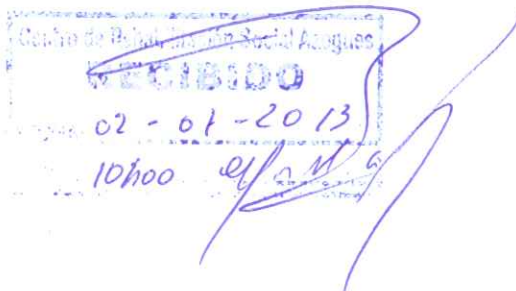
Luego de presentarle un atento saludo, Alicia Beatriz Cárdenas Padrón, con cédula de identidad 0302148721, egresada de la Facultad de Filosofía, Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, comedidamente solicito, se me autorice el ingreso a la Institución que Usted acertadamente dirige, con la finalidad de realizar mi trabajo de investigación para obtener el título de Psicóloga Clínica, el tema de tesis propuesto es: "Los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de personalidad; un estudio de patología dual aplicado en los diferentes centros de privación de la libertad de la provincia de Cañar".

Por la favorable aceptación que se dignará dar a la presente solicitud, me anticipo en agradecerle, puesto que el trabajo de campo que efectúe en este Centro, ayudará al fortalecimiento de mi investigación y permitirá cumplir con los objetivos y metas trazadas.

Atentamente,



Alicia Cárdenas Padrón
CI. 0302148721



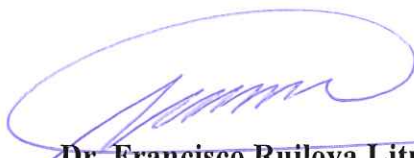
Azogues, 08 de Noviembre de 2013.

CERTIFICADO DE PASANTIAS.

CERTIFICO QUE la Srta., ALICIA BEATRIZ CARDENAS PADRON con cédula de identidad número 0302148721, realizo sus pasantías en este centro penitenciario durante los meses de julio y agosto del mismo año, efectuando test psicológicos y encuestas clínicas a cincuenta personas privadas de su libertad.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



Dr. Francisco Ruilova Lituma
PSICOLOGO CLINICO DEL C.P.P.A.C.I.



Cañar a 20 de Noviembre del 2013.

Abogado David Romero Valdez.

Director del Centro de Privación de Libertad del Cañar.

CERTIFICO:

Que la señorita Alicia Beatriz Cárdenas Padrón con cedula de identidad 0302148721 viene laborando en nuestra Unidad Centro de Privación de Libertad del Cañar desde el Primero de Septiembre del año en curso hasta la presente fecha en calidad de voluntaria en el Departamento Psicológico de nuestra Unidad; realizando entrevistas, encuestas y aplicación de test a todos los señores privados de la libertad.

Atentamente.

www.justicia.gob.ec



Abg. David Romero Valdez.

DIRECTOR CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD CAÑAR.



~~En~~ Cristian J. L. Ch. MI

ENCUESTA

EDAD: 20 años

SEXO: F ☒ M

ESTADO CIVIL: Soltero

ESCOLARIDAD: Secundaria incompleta

PROCEDENCIA: Quevedo

Ocupación: Vendedor

NÚMERO DE HIJOS: 2 hijos

MOTIVO DE PRISIÓN: Asesinato

AÑOS DE CONDENA: 12 años

¿CUÁNTAS VECES HA ESTADO EN PRISIÓN? 2da vez

¿HA CONSUMIDO SUSTANCIAS ALGUNA VEZ EN SU VIDA? ☒ SI NO

¿QUÉ TIPO DE SUSTANCIAS HA CONSUMIDO?

Marihuana	Base
Alcohol	Perica
Tabaco	

¿A LOS CUANTOS AÑOS PROBÓ POR PRIMERA VEZ ESTA SUSTANCIA?

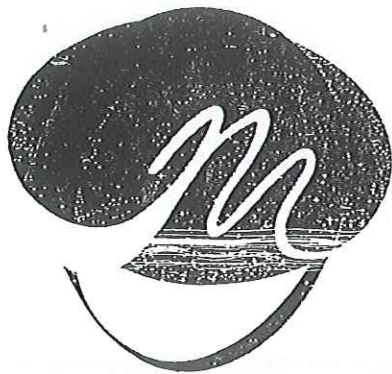
9 años

¿CONSIDERA QUE SU CONSUMO DE SUSTANCIAS LE PRODUCEN

PROBLEMAS EN SU VIDA? ☒ SI NO

¿ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR SU FORMA DE

CONSUMIR? ☒ SI NO



MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO

MULTIAXIAL DE MILLON-III

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos Luis Miguel Chilón Macías.
Nº identificación _____ Fecha de nacimiento 22/11/90 Sexo ☒ V ☐ M
Profesión actual Vendedor.

1. ESTADO CIVIL

- ☐ No ha estado casado ☐ Casado en 1º matrimonio ☐ Casado (segundas nupcias o más)
☐ Separado ☐ Divorciado ☒ Vive en pareja
☐ Viudo ☐ Otros (especificar) _____

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una "X" el nivel más alto que haya cursado)

- ☒ Primarios (hasta 6º de Educación Primaria) ☒ 3º 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 una "X" 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 Quevedo 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



HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "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



W. S.
Chilón

CALIFICACION DEL MCMI

ESQUIZOIDE

Pregunta	Calificaa	
4	1	1
10	2	2
27	2	2
38	1	1
46	2	—
48	1	1
92	2	—
101	1	1
105	2	2
142	1	—
148	2	—
156	1	—
165	2	—
167	1	1
32 (F)	1	1
57 (F)	1	—
TOTAL =		12

DEPRESIVA

20	2	—
24	1	—
25	2	2
43	1	—
47	2	2
83	1	1
86	1	1
112	2	—
123	2	—
133	2	—
142	1	—
145	2	—
148	1	—
151	2	2
154	1	—
TOTAL =		08

EVITATIVA

18	2	—
40	2	—
47	1	1
48	1	1
69	2	—
84	2	—
99	2	—
127	2	2
141	2	2
146	1	1
148	1	—
151	1	1
158	1	1
174	2	—
57 (F)	1	—
80 (F)	1	1
TOTAL =		10

DEPENDIENTE

16	2	—
35	2	—
45	2	—
47	1	1
56	1	—
73	2	—
84	1	—
94	2	—
108	2	—
120	1	—
133	1	—
135	2	—
141	1	1
151	1	1
169	2	2
82 (F)	1	—
TOTAL =		05

HISTRIÓNICO

12	2	2
21	2	2
32	2	—
51	2	2
57	2	2
80	2	—
88	2	—
10 (F)	1	—
24 (F)	1	1
27 (F)	1	—
48 (F)	1	—
69 (F)	1	1
92 (F)	1	1
99 (F)	1	1
123 (F)	1	1
127 (F)	1	—
174 (F)	1	1
Total	=	14

NARCISISTA

5	2	—
21	1	1
26	2	—
31	2	—
38	1	1
57	1	1
67	2	—
80	1	—
85	2	2
88	1	—
93	2	2
116	1	—
144	2	—
159	2	2
35 (F)	1	1
40 (F)	1	1
47 (F)	1	—
69 (F)	1	1
84 (F)	1	1
86 (F)	1	—

92 (F)	1	—
99 (F)	1	1
141 (F)	1	—
169 (F)	1	—
TOTAL	=	14

ANTISOCIAL

7	1	1
13	1	1
14	1	—
17	2	2
21	1	1
38	2	2
41	1	1
52	1	1
53	2	2
93	1	1
101	2	2
113	2	2
122	1	1
136	1	1
139	2	2
166	2	2
172 (F)	1	1
TOTAL	=	23

AGRESIVA

7	1	1
9	2	—
13	1	1
14	2	—
17	1	1
28	2	—
33	1	1
36	1	1
39	1	1
41	1	1
49	1	—
53	1	1
64	2	2
79	1	1
87	2	2
93	1	1
95 (F)	2	—

96(F)	1	1
116(F)	2	2
166(F)	1	—
TOTAL	=	17

COMPULSIVA

2	2	—
29	2	2
59	2	—
82	2	2
97	2	2
114	2	—
137	2	—
172	2	—
7(F)	1	—
14(F)	1	1
22(F)	1	—
41(F)	1	—
53(F)	1	—
72(F)	1	—
101(F)	1	—
139(F)	1	—
166(F)	1	—
TOTAL	=	07

PASIVO AGRESIVO

6	1	1
7	2	2
15	2	—
22	2	2
36	2	2
42	1	1
50	2	2
60	2	2
79	2	2
83	1	1
98	1	1
115	2	—
122	1	1
126	2	—
133	1	—
166	1	1
TOTAL	=	18

MASOQUISTA

18	1	—
19	2	—
24	1	—
25	1	1
35	1	—
40	1	—
43	2	—
70	2	—
90	2	—
98	1	1
104	2	—
122	2	2
148	1	—
161	2	—
169	1	1
TOTAL	=	05

ESQUIZOTIPICO

8	2	2
48	2	2
69	1	—
71	2	—
76	2	2
99	1	—
102	1	—
117	2	—
134	1	—
138	2	2
141	1	1
148	1	—
151	1	1
156	2	—
158	2	2
162	2	2
TOTAL	=	14

LIMITE

7	1	1
22	1	1
30	2	—
41	2	2
72	2	2
83	2	2
98	2	2
120	2	—
122	1	1
134	2	—
135	1	—
142	2	—
154	2	—
161	1	—
166	1	1
171	1	1
TOTAL =		13

ABUSO DE ALCOHOL

14	1	—
41	1	1
52	2	2
64	1	1
77	2	2
93	1	1
100	2	2
101	1	1
113	1	1
122	1	1
131	2	2
139	1	1
152	2	2
166	1	1
23(E)	2	2
TOTAL =		20

PARANOIDE

6	2	2
8	1	1
33	2	2
42	2	2
48	1	1
49	2	—
60	1	1
63	1	1
89	2	2
103	2	2
105	1	1
138	1	1
146	2	2
158	1	1
159	1	1
167	2	2
TOTAL =		22

ABUSO DE DROGAS

7	1	1
13	2	2
21	1	1
38	1	1
39	2	2
41	1	1
53	1	1
66	2	2
91	2	2
101	1	1
113	1	1
118	2	2
136	2	2
139	1	1
TOTAL =		20

DESEABILIDAD SOCIAL

32	1	—
51	1	1
57	1	1
59	1	—
80	1	—
82	1	1
88	1	—
97	1	1
137	1	—
172	1	—
20 (F)	1	1
35 (F)	1	1
40 (F)	1	1
69 (F)	1	1
104 (F)	1	1
112 (F)	1	1
123 (F)	1	1
141 (F)	1	—
142 (F)	1	1
148 (F)	1	1
151 (F)	1	—
TOTAL =		13

VALIDEZ

65	1	—
110	1	—
157	1	—
TOTAL =		—

DESVALORIZACIÓN

1	1	1
4	1	1
8	1	1
15	1	—
22	1	1
24	1	—
30	1	—
34	1	1
36	1	1
37	1	—
44	1	—
55	1	—
56	1	—
58	1	1
62	1	1
63	1	1
70	1	—
74	1	—
75	1	—
76	1	1
83	1	1
84	1	—
86	1	1
99	1	—
111	1	1
123	1	—
128	1	1
133	1	—
134	1	—
142	1	—
145	1	—
150	1	—
171	1	1
Total =		15

Escala X

Escala 1 + Escala 2A + 2B + 3 + 4 + 5 x 2/3 + 6A + 6B + 7 + 8A + 8B

12 + 10 + 08 + 5 + 14 + 14 x 2/3 + 23 + 17 + 07 + 18 + 05

9,33

128,33

PERFIL DEL MCMI_III

Nombre: Wis Childan

Edad: 23 años.

Fecha de aplicación: 25 Julio.

[illegible]

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa

Nombre: Luis Miguel Chilàn Macías

Edad: 23 años

Fecha: 25 Julio 2013

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Directrices:

1. El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cual es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Si la respuesta es VERDADERO, señale la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señale la letra F

1. Frecuentemente me divierto y disfruto de la vida	☒ V	☐ F
2. Confío en la gente que conozco por primera vez	☐ V	☒ F
3. Soy descuidado, no me preocupa los detalles pequeños	☐ V	☒ F
4. Me es difícil decidir	☐ V	☒ F
5. Expreso mis sentimientos fácilmente	☐ V	☒ F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	☐ V	☒ F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	☒ V	☐ F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	☒ V	☐ F
9. Mucha gente que conozco me envidia	☒ V	☐ F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas sin tomar en cuenta los detalles	☐ V	☒ F
11. Nunca me han detenido	☐ V	☒ F
12. La gente cree que soy frío y distante	☐ V	☒ F
13. Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas	☐ V	☒ F
14. Creo que la mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	☐ V	☒ F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí	☒ V	☐ F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	☒ V	☐ F
17. Soy fácilmente influenciado por lo que me rodea	☐ V	☒ F
18. Me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	☐ V	☒ F
19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas	☐ V	☒ F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	☒ V	☐ F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	☐ V	☒ F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero	☐ V	☒ F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	☐ V	☒ F
24. A menudo, creo que la gente habla de mí, a mis espaldas	☐ V	☒ F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	☐ V	☒ F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	☐ V	☒ F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	☒ V	☐ F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	☐ V	☒ F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	☒ V	☐ F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	☐ V	☒ F

31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	☒
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	☒
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	☒
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	☒
35. No me gusta ser el centro de atención	V	☒
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	☒	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo	V	☒
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mi	V	☒
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	☒
40. A menudo me siento vacío por dentro	☒	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	☒	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo	V	☒
43. Tengo ataques de ira o enfado	V	☒
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"	☒	F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	☒
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo	☒	F
47. Pierdo los estribos y me involucro en peleas	☒	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	☒	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	☒
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	☒	F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	☒	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	☒
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	☒
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	☒
55. Sueño con ser famoso	V	☒
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	☒	F
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz	V	☒
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	☒
59. Frecuentemente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	☒	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	☒	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	☒
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	☒	F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	☒
64. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	☒
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V	☒
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	☒	F
67. No suelo mostrar emoción	V	☒
68. Hago cosas para que la gente me admire	V	☒
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	☒
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	☒
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	☒
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	☒	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	☒
74. Me resulta difícil no meterme en líos	☒	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	☒	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	☒
77. Tengo amigos íntimos	V	☒

EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

Paranoide	2F	14F	36	38	59	66	72	06		
Esquizoide	1F	12	21F	31	46	57F	77F	04		
Esquizotípico	2F	24	30	52	64	67	70	71F	77F	03
Histriónico	5	10	17	28	35F	44	45	02		
Antisocial	11F	18F	20	29	47	56	74	07		
Narcisista	7F	9	15	22	37	55	61	65	68	02
Límite	4	8	13	25F	40	43	53	60	75	05
Obsesivo-Compulsivo	3F	19	23	32	41	48	54	59	04	
Dependencia	6	33	42	49	50	62	69F	73	03	
Evitación	16	27	34	38	39	51	63	76	03	

DIAGNÓSTICO: T. Antisocial

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
INFORME ACADÉMICO DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

JUNTA ACADÉMICA DE:
PROFESORES QUE INFORMAN:

Dr. Juan Aguilera.....
 Mst. Sebastián Herrera.....
 Mst. Eva Peña.....

ALUMNO(S): Alicia Carolenas Padron.....

TÍTULO ACADÉMICO AL QUE SE ASPIRA: Psicología Clínica.....

TEMA:
 Trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la Personalidad, Un estudio sobre patología dual en los Centros de Rehabilitación Social de la Provincial del Cañar.

Una vez realizado el estudio del diseño. Se procede a la aprobación correspondiente por los siguientes motivos académicos:

	SI	NO	Reformular
1. ¿El tema propuesto es factible de realización?	X		

2. Esquema metodológico: (correlación del tema con los objetivos y marco teórico).	X		
¿Hay correlación de la metodología con el tema?	X		
¿Existe correlación de la metodología con los objetivos?	X		
¿Hay correlación del tema con los objetivos?	X		
¿Se nota la correlación del tema con marco teórico?	X		
¿Se advierte la correlación de los objetivos con el marco teórico?	X		

	SI	NO	Reformular
3. ¿La formulación de los objetivos es adecuada?			X

4. Las técnicas que se utilizarán para el desarrollo de la investigación son:	
1 Entrevista	
2 Encuesta	
3 Aplicación de Test.	
4	
5	

	SI	NO	Reformular
5. ¿Las referencias bibliográficas son suficientes y adecuadas al tema?	X		

	APROBADO	REPROBADO	Apr. con modif.
6. APRECIACIÓN FINAL			X

Cuenca 20 de Junio de 2013

Director

Miembro de Tribunal
 DR. JUAN AGUILERA

Miembro de Tribunal
 Mst. SEBASTIAN HERRERA

UNIVERSIDAD DEL CAÑAR
 FACULTAD DE FILOSOFIA
 SECRETARIA