

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DROGODEPENDENCIA EN
INTERNOS DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE CAJAMARCA

AUTORES:

Bach. Cabrera Zúnico, Juan Diego

Bach. Pereyra Díaz, Annie Kristy

ASESOR:

Gustavo Eloy Caipo Agüero

Cajamarca-Perú

Agosto - 2018

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DROGODEPENDENCIA EN
INTERNOS DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE
CAJAMARCA**

**Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para el
Título Profesional de Licenciado en Psicología.**

AUTORES:

Bach. CABRERA ZÚNICO, JUAN DIEGO

Bach. PEREYRA DÍAZ, ANNIE KRISTY

ASESOR:

GUSTAVO ELOY CAIPO AGÜERO

Cajamarca-Perú

Agosto - 2018

COPYRIGHT© 2018 by

CABRERA ZÚNICO, JUAN DIEGO

PEREYRA DÍAZ, ANNIE KRISTY

(Página de aprobación de la tesis)

Al maestro:

Marco Dávila Marquina, quién fue el promotor activo del presente estudio. Su
recuerdo, enseñanzas y estima, vivirán eternamente.

AGRADECIMIENTO

- Al Señor Julio Figuerola Olazabal, director del Hogar Clamor en el Barrio-Cajamarca, centro dedicado a la rehabilitación de personas con problemas de adicciones, por abrirnos las puertas de su organización, brindándonos las facilidades necesarias para la respectiva recolección de datos, parte esencial para la presente investigación.
- A cada uno de los participantes quienes voluntariamente brindaron la información pertinente sobre sí mismos.
- A Gustavo Eloy Caipo Agüero, por guiar tan acertadamente la elaboración del estudio.
- A Sally Díaz Portilla, quién sin su apoyo constante, esta investigación no hubiese sido posible.
- A los distintos docentes de estadística de la Universidad Nacional de Cajamarca y a Misael Valdez Yopla, quienes en comunión contribuyeron para obtener los resultados presentados.
- A nuestros padres, hermanos y amigos por nunca perder la esperanza.

Resumen

El objetivo que se persiguió en el presente estudio fue conocer la prevalencia de los trastornos de personalidad (TP) y tipos de drogas de consumo en sujetos drogodependientes de la ciudad de Cajamarca. De la misma manera se exploró si existen diferencias significativas entre los TP, según variables como grado de instrucción, edad, tiempo de consumo y el tipo de droga consumida.

La población estuvo conformada por 42 sujetos drogodependientes en proceso de desintoxicación de mínimo 30 días. Todos los evaluados contaban con la mayoría de edad y con un nivel instructivo que les permitía la lectoescritura. Los instrumentos utilizados fueron: a ficha de consentimiento informado, una ficha de recolección de datos que evalúa aspectos del consumo y dependencia y otros datos sociodemográficos, además se utilizó el Inventario clínico Multiaxial de Millon segunda revisión (MCMI-II) para estudiar los trastornos de personalidad.

Se obtuvo como resultados, que los trastornos de personalidad predominantes entre los drogodependientes son antisocial, agresivo-sádico, pasivo-agresivo y autoderrotista. A su vez la droga más consumida que se registró fue el alcohol, seguida de la pasta básica de cocaína y posteriormente marihuana y sedantes. Las diferencias entre los trastornos de personalidad según edad, grado de instrucción, tiempo de consumo y tipo de droga consumida, no pudieron ser reportadas para todas estas variables. Se concluye con la importancia de establecer un perfil de personalidad en adicciones como punto iniciático en el tratamiento de las mismas.

Palabras Clave: Trastornos de personalidad, drogodependencia.

Abstract

The objective pursued in this study was to determine the prevalence of personality disorders (PD) and types of drugs for drug users in the city of Cajamarca. In the same way, it was explored if there are significant differences between the PD, according to variables such as degree of instruction, age, time of consumption and the type of drug consumed.

The population consisted of 42 drug-dependent subjects in the process of detoxification of at least 30 days. All the evaluated ones had the majority of age and with an instructive level that allowed them to read and to write. The instruments used were: the informed consent form, a semi-structured interview that evaluates aspects of consumption and dependence and other sociodemographic data, and the Multiaxial Clinical Inventory of Millon Second Review (MCMI-II) was used to study personality disorders.

It was obtained as results that the predominant personality disorders among drug addicts are antisocial, aggressive-sadistic, passive-aggressive and self-defeating. In turn, the most consumed drug that was registered was alcohol, followed by basic cocaine paste and later marijuana and sedatives. The differences between the personality disorders according to age, educational level, time of consumption and type of drug consumed, could not be reported for all these variables. It concludes with the importance of establishing a personality profile in addictions as an initiation point in the treatment of them.

Keywords: Personality disorders, drug dependence.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS Y FIGURAS	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	14
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Planteamiento del Problema	15
1.2. Formulación del problema:	18
1.3. Objetivos	19
1.3.1. General.....	19
1.3.2. Específicos	19
1.4. Justificación e Importancia	19
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes de Investigación	22
2.1.1. Estudios Internacionales	22
2.1.2. Investigaciones Nacionales	24
2.2. Bases Teóricas	26
2.2.1. Trastornos de la personalidad	26
2.2.2. Drogodependencia	32
2.3. Definición de Términos	35
2.3.1. La personalidad	35
2.3.2. Trastornos de la personalidad	35
2.3.3. Drogodependencia	35
2.4. Hipótesis de investigación	35
2.5. Operacionalización de variables	36
CAPÍTULO III	38
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	38
3.1. Tipo de Investigación	39
3.2. Diseño de Investigación	39
3.3. Población y Unidad de Análisis	39
3.4. Instrumentos de recolección de datos	41
3.5. Procedimiento de recolección de datos	42

3.6. Análisis de datos	43
3.7. Consideraciones éticas	43
CAPÍTULO IV	45
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	45
4.1. Análisis de resultados	46
4.2. Discusión de resultados	57
CAPÍTULO V	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1. Conclusiones	65
5.2. Recomendaciones	65
REFERENCIAS	68
LISTA DE ABREVIATURA	72
ANEXOS	73
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON MCMII-II	74
Inventario Clínico Multiaxial de MCMII – II MILLON Hoja de Respuestas	84
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	85
VALIDACIÓN DE EXPERTOS	87
FICHA DE CRITERIO DE JUECES	88
Consentimiento informado	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1:	Datos demográficos y de adicción de la población.....	41
Tabla2:	Diferencias entre el tipo de droga consumida según edad.....	56
Tabla3:	Diferencias entre el tipo de droga consumida según grado de instrucción.....	57

LISTA DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1:	Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad.....	47
Figura 2:	Prevalencia de las patologías severas de personalidad.....	48
Figura 3:	Porcentaje de patrones clínicos de personalidad según droga de adicción.....	50
Figura 4:	Porcentaje de patología severa de personalidad según droga de adicción.....	51
Figura 5:	Diferencias entre patrones clínicos de personalidad según edad.....	52
Figura 6:	Diferencias entre patologías severas de la personalidad según edad.....	53
Figura 7:	Diferencias entre Patrones clínicos de personalidad según grado de instrucción.	54
Figura 8:	Diferencias entre patologías severas de personalidad según grado de instrucción.....	55

INTRODUCCIÓN

Todo lo presentado en este trabajo guarda relación con el perjuicio que resulta de la drogadicción para todas las sociedades. Si bien es cierto no se ha encontrado soluciones a corto plazo, los resultados derivados de la presente investigación marcan el paso para poder entender mejor este fenómeno, y así combatirlo de un modo más acertado.

Así pues se muestra un panorama general del problema que supone el abuso y dependencia de drogas, se muestran cifras internacionales y nacionales del mentado problema, cómo es que éste afecta tanto a la sociedad como a la persona en sí misma y en todos sus círculos de actividad. También se presenta algunas posturas que tienen los académicos del mundo para explicar este fenómeno y cómo es que lo relacionan con la personalidad clínica de los adictos.

Para esta investigación se ha basado en la teoría de personalidad y sus alteraciones de Theodore Millon, quien fuera uno de los más grandes precursores de esta línea de trabajo. Se toman en cuenta los criterios postulados por el DSM-IV para poder diagnosticar un trastorno de personalidad y uno por drogodependencia.

Más adelante se detalla aspectos metodológicos del proceso investigativo, finalmente se exponen los resultados obtenidos, se hace un parangón con investigaciones similares y se brinda unas concisas conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La drogodependencia resulta ser un problema biopsicosocial de gran envergadura con afectación sobre múltiples implicados, ya que además de afectar a la persona consumidora, también lo hace con su familia, la sociedad, el país y el gobierno, generando gastos altamente considerables; que lógicamente podrían evitarse ya que el consumo llega a ser, al menos en un inicio, voluntario, cosa totalmente distinta a un accidente o alguna enfermedad que resultan ser fortuitos. Las cifras mundiales de consumidores problema ascienden a 27 millones de personas, así lo ha presentado la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en su informe del 2015, esto supone un costo elevado para el sistema de salud en los niveles de promoción, prevención e intervención.

Hay que tener en cuenta que aproximadamente tan solo 1 de cada 6 consumidores problema tienen acceso a tratamiento, esto debido a que en muchos países resulta muy difícil acceder a uno. Se ha estimado que en el 2013 el número promedio de muertes por drogadicción fue de 187 100, cifra que no tiende a variar mucho respecto al año anterior (UNODC, 2015). El Perú no es ajeno a las consecuencias nocivas del uso de drogas, en este sentido el MINSA ha determinado que para el año 2014 se realizaron 40 444 atenciones relacionadas al abuso de drogas, de las cuales 17 230 han sido por trastornos mentales y del comportamiento (citado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de Vida sin Drogas - DEVIDA, 2015).

Como se evidencia, las consecuencias de la drogodependencia, a nivel social son sumamente perjudiciales, sin embargo “en la actualidad los trastornos

adictivos están conceptualizados como auténticas enfermedades cerebrales y no meros problemas sociales o del carácter” (Ramírez, 2013, citado por Szerman, 2013, p. 17). Esto debido a que en realidad alteran el normal funcionamiento emocional y conductual de la persona que los padece.

Cuando se estudia un problema, del orden que fuere, siempre resulta beneficioso para hacerle frente, estudiar sus orígenes. En el caso de la drogodependencia hay un componente biológico que puede predisponer a que una persona se vuelva adicta, los avances en neurociencia han demostrado que muchas veces hay deficiencias en algunos sistemas neurobiológicos, así pues por ejemplo si hay falencias en el sistema opioide o nicotínico endógenos, y la persona llega a probar opioides o nicotina exógenas, pueden generar dependencia a estas sustancias debido a la sensación de alivio que le produciría (Szerman, 2013). Del mismo modo Szerman (2013) también argumenta que se ha hallado una hipodopaminérgia en la zona prefrontal del cerebro que podría dar pie a una adicción.

De cualquier modo en las personas, la biología y la psicología están íntimamente relacionadas, cada una repercute en la otra, pero para fines de la presente investigación se explorará las patologías de la personalidad como predisponente de la drogodependencia.

Son múltiples los estudios que concluyen en que hay características de la personalidad que resultan definitorias para una adicción, incluso actualmente se habla de “personalidades pre-adictivas”. En este sentido Ramírez (2013, citado por Szerman, 2013) menciona algunos rasgos como “la desinhibición conductual y la impulsividad, la reactividad al estrés, la sensibilidad a la

recompensa o la extraversion” (p. 24), que explicarían en buena medida la etiología de la drogodependencia. El psicoanalista Gonzales (2008) explica que el adicto al sentirse desvalido utiliza la droga como medio para regenerar sus sentimientos de valía.

En lo concerniente a personalidad y adicción, se sabe que el consumo de sustancias alteran la conducta, esto por su influencia en el sistema nervioso central (SNC), lo que puede remedar un trastorno de personalidad (TP), sin embargo “la experiencia clínica nos dice que son los rasgos de personalidad los que mayoritariamente inducen al trastorno por uso de sustancias [TUS]” (Rubio, 2013, citado por Szerman, p. 22).

No hay pruebas concretas que demuestren que un TUS pueda generar un TP, pero “existen solidas evidencias científicas que describen cómo rasgos patológicos de la personalidad sí contribuyen y predisponen al desarrollo de un TUS” (Verheul et al, 2009, citado por Szerman, 2013, p. 21). A este respecto se sabe que las personalidades del bloque B del Manual Diagnóstico y Estadístico en su cuarta versión (DSM-IV), son las que mejor favorecen al desarrollo de una drogodependencia, así lo respaldan las investigaciones de Skinstad y Swain (2001) y San (2004) citados por Grundell (2015), quienes concluyen que las personalidades límite y antisocial son en concreto las más predisponentes, a estas les siguen las del bloque C, trastorno por evitación y obsesivo-compulsivo, y por último está el bloque A, siendo la esquizoide la más destacada.

Profundizando en este punto; si se quiere hablar de predilección de droga según las características o trastornos de personalidad; la evidencia clínica denota que los trastornos límites de la personalidad prefieren la mayoría de las

sustancias, predominando el alcohol, cannabis, benzodiazepinas y estimulantes de SNC, por otro lado los evitadores tendrían afinidad con el alcohol, cocaína y benzodiazepinas, las personalidades antisociales, con todas las sustancias, las pertenecientes al grupo A se avocan por cannabis y los derivados anfetamínicos, y los narcisistas prefieren la cocaína (Rubio, 2013, citado por Szerman, 2013). Incluso López y Becoña (2006) comentan que se podría clasificar las drogas, según la función que cumplan mejor, así pues se sabe que la heroína y alcohol están más relacionados con disminuir el estrés y los estimulantes con la sensibilidad a la recompensa.

A partir del último párrafo expuesto, se puede discernir que los diversos trastornos de personalidad tenderían hacia una misma sustancia, sin embargo lo harían por causas distintas, así por ejemplo en el caso del consumo de alcohol y el trastorno de personalidad límite, la relación se da por el deseo de evitar el dolor emocional, mientras que en los casos donde predominan los rasgos antisociales, es la búsqueda de excitación y no el alivio del dolor, lo que propicia la adicción. (Ramírez, 2013, citado por Szerman, 2013).

Como se podrá entender a partir de lo descrito anteriormente, habrían trastornos de personalidad que de alguna u otra manera predisponen el consumo de sustancias psicoactivas. Es justamente esta presencia la que se pretendió explorar en el presente estudio.

1.2. Formulación del problema:

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de la personalidad en sujetos drogodependientes de una comunidad terapéutica de la ciudad de Cajamarca?

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Conocer la prevalencia de los trastornos de la personalidad en sujetos drogodependientes de una comunidad terapéutica de la ciudad de Cajamarca.

1.3.2. Específicos

- Determinar la prevalencia de las sustancias consumidas entre los evaluados.
- Evaluar si existen diferencias entre los trastornos de personalidad según tipo de droga consumida.
- Identificar si existen diferencias entre los trastornos de personalidad según edad, grado de instrucción y tiempo de consumo.
- Identificar si existen diferencias entre los tipos de droga consumida según la edad y grado de instrucción.

1.4. Justificación e Importancia

La drogodependencia es un problema realmente difícil de combatir, y para ello se deben tener en cuenta múltiples factores, incluyendo en esta lucha a distintos agentes y estrategias.

Los investigadores consideramos que habiendo determinado los trastornos de personalidad y sus características; las cuales darían pie a una drogodependencia; se puede entender mejor este fenómeno y por ende combatirlo. Esto debido a que, a partir del presente trabajo se estaría mejor preparado para desarrollar programas preventivos a fin de anticiparse al problema, ya sea focalizando a las personas con personalidades “pre-adictivas” y enseñándoles estrategias y habilidades para poder hacer frente a las presiones

del medio de un modo más acertado y resiliente, o desde los hogares, asistiendo a los padres para que en la crianza de sus hijos reduzcan el riesgo de formar personalidades poco adaptativas, y más bien busquen un equilibrio en el proceso formativo. Incluso esclareciendo la afinidad que existe entre la personalidad (patológica o no) y determinadas drogas, convirtiéndolas en predilectas, se podrá intervenir de modo más certero, ya que se conocerá a qué necesidades de la persona responde su consumo, acomodándose mejor el terapeuta a las características del problema en general.

De cualquier manera, ya sea atendiendo al ámbito teórico o práctico, con esta investigación se aumenta el bagaje de conocimiento humano; además que en la ciudad de Cajamarca no hay precedentes sobre el tema propuesto; y se abren las puertas para entender mejor a la drogodependencia y a las personas que la padecen.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Investigación

Diferentes estudios, tanto en el ámbito peruano como internacional, escrutan la presencia de trastornos de la personalidad en drogodependencias.

2.1.1. Estudios Internacionales

Se tiene en el marco de investigación internacional, a Cangas y Olivencia (2012), con su estudio “Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas” en el cual evaluaron a 26 sujetos pertenecientes a una comunidad terapéutica de la ciudad de Almería- España; consumidores habituales de cocaína y heroína; utilizando para ello el Inventario clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y una adaptación de la entrevista semiestructurada de Graña (1994, citado por Cangas y Olivencia, 2012), la cual indagaba aspectos relacionados con la forma de inicio y el desarrollo de la adicción. Encontrando que entre los evaluados las personalidades más frecuentes no patológicas que puntuaban más alto eran: antisocial (69%), pasivo/agresiva (61%), evitativa (50%), narcisista (42%) y esquizoide (23%). Por otro lado, en lo referente a la escala de personalidad grave; que está más relacionada con trastornos de personalidad; se halló que el 50% mostraba una personalidad agresivo/sádica, el mismo porcentaje presentaba una personalidad autodestructiva, el 46% una personalidad límite y el 23% una personalidad esquizotípica.

Para la distinción del nivel de abuso, se dividió a los evaluados en dos grupos; el primero (10 personas) corresponde a los sujetos que presentan menor abuso de drogas, y el segundo grupo (16 personas) en el cual los sujetos presentan un abuso más elevado. Se encontró en los resultados estadísticos una

diferenciación entre ambos grupos, sobre todo en lo concerniente a características graves de personalidad. En el segundo grupo predominaban las personalidades autodestructivas, esquizotípica y límite. Con respecto a las personalidades no patológicas había puntuaciones elevadas en la esquizoide y pasivo/agresivo. Por otro lado no hay una diferenciación significativa entre ambos grupos en lo que respecta a personalidad antisocial y agresivo/sádica.

Otra investigación determinada a conocer la prevalencia de trastornos de personalidad y su relación con características de consumo y variables sociodemográficas fue la de López y Becoña (2006), denominada “Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento”, realizada con 102 sujetos (15 mujeres y 87 hombres) dependientes de cocaína, que estaban en tratamiento en centros de drogodependencia de la comunidad de Galicia en España. Para realizarla se aplicó a los participantes el MCMI-II que evalúa los patrones de personalidad y algunos síndromes clínicos, y una ficha sociodemográfica que explora variables como la edad, sexo, edad del primer consumo de cocaína, tiempo que lleva consumiendo, frecuencia del consumo durante los 6 meses anteriores al inicio del tratamiento, tiempo de abstinencia, vía principal de consumo, tratamientos anteriores por consumo de drogas y si se ha consumido heroína alguna vez.

En los resultados se encontró que las escalas básicas de personalidad que más destacaron entre los sujetos que obtuvieron puntajes de tasa base mayor a 74 fueron: pasivo/agresivo (42.2%), antisocial (38.8%), narcisista (35.3%), e histriónica (32.4%). Entre las escalas de personalidad patológica sobresalen la

límite (16.7%) y paranoide (10.8%). En relación a las características clínicas de gravedad moderada sobresalen las escalas de abuso de drogas (50%), abuso de alcohol (21.6%), ansiedad (13.7%) e hipomanía (10.8%) y destaca el trastorno delirante (11.8%) entre los síndromes clínicos graves. Entre los resultados que analizan las puntuaciones de los sujetos en el MCMI-II y las variables sociodemográficas, se tiene diferencias significativas de la escala antisocial, en la cual había más sujetos con puntaje mayor a 75, que habían tenido tratamiento previo por problemas de consumo y que preferentemente consumían inhalando. También resultó más frecuente que los hombres puntúen más en abuso de alcohol.

2.1.2. Investigaciones Nacionales

En el ámbito de investigación nacional se tiene el trabajo de Espinoza (2008), quien en su estudio “Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana”, pretendió explorar la relación existente en los patrones disfuncionales de personalidad entre consumidores y no consumidores de marihuana. Para ello se valió de una muestra de 82 participantes entre hombres y mujeres, de los cuales 41 eran consumidores exclusivos de marihuana, quienes buscaban atención psicológica en el programa de “Lugar de escucha” del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), en la ciudad de Lima-Perú, los otros 41 no consumían marihuana. A todos ellos se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) que evalúa trastornos de personalidad y otros síntomas clínicos, y una Ficha de Atención (FdA) de Rojas, Giraldo y Montes, 2001 (citados por Espinoza, 2008), la cual explora datos

sociodemográficos, tipo de atención, y otros aspectos relacionados al consumo. Entre sus resultados obtuvo diferencias significativas entre ambos grupos, siendo las personalidades Agresivo/sádico, Antisocial, Narcisista, Pasivo/agresivo las cuales se categorizaban en un indicador elevado en el grupo de consumidores, a diferencia de los no consumidores que se categorizaban en un indicador moderado.

Otra investigación, llamada “Relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y farmacodependencia”, llevada a cabo en la ciudad de Lima-Perú, fue realizada por De Macedo (2006), en la cual se pretendía evaluar la relación que hay entre los rasgos de personalidad que resultan desadaptativos y la dependencia a drogas. Para ello administró el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y una ficha de datos personales a 108 consumidores habituales de diferentes drogas, que en ese momento se encontraban siendo tratados en 3 comunidades terapéuticas y un centro de rehabilitación de Lima metropolitana, de los cuales 5 eran mujeres y 103 hombres, sus edades estaban comprendidas entre los 15 y los 59 años. En lo concerniente a sus resultados, se aprecia que el 86,1% de los evaluados habían empezado su consumo con alguna droga legal (49,1% con alcohol y 37% con tabaco), mientras que el 13,9% empezó con drogas ilegales, siendo la marihuana la de mayor porcentaje con un 7,4%. En relación a la droga principal de consumo, prevalecen las drogas derivadas de la coca (59,3%) ya sea clorhidrato o pasta básica, a estas les sigue la marihuana (18,5%) y luego el alcohol (15,7%). Al analizar los rasgos desadaptativos de personalidad, se evidenció que tienen relación con la drogodependencia, siendo así que el 99,1% de los participantes muestran al

menos un rasgo de personalidad desadaptativo y un promedio de seis, siendo los más sobresaliente los compulsivos (81,5%), antisocial (78,7%), narcisista (76,9%), paranoide (72,2%), histriónico (71,3%) y agresivo/sádico (70,4%). Por otro lado, no se encontró diferencias significativas entre los rasgos de personalidad y la droga consumida, concluyendo que el perfil de personalidad de los sujetos de la muestra es similar.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Trastornos de la personalidad

La personalidad es un constructo psicológico que empieza en etapas muy tempranas de la vida del hombre mediante la formulación de la relación con uno mismo, los demás y el mundo que lo rodea. En esta construcción psicológica interna, se van adquiriendo imágenes, creencias y percepciones particulares; parte de la personalidad está orientada en los deseos y tendencias instintivas, propias del temperamento, en donde intervienen factores biológicos y genéticos, que determinan cierto modo de actuar o comportarnos; pero por otro lado, también adquirimos nuevas creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo que nos rodea a través de las experiencias vividas y la valoración subjetiva que hagamos de ellas, así se construye el carácter. Los factores antes mencionados convergen entre sí, dando lugar a la personalidad, y por consiguiente a la propia conciencia de la realidad.

“La personalidad es un constructo que se puede analizar como si fuera un sistema” (Allport, s.f., citado por Chaler, s.f., p. 1), en este aspecto debemos considerar que esta tiene una dinámica que incluye esquemas y creencias, heredadas y asimiladas a lo largo de la vida, y que explican cómo somos con

nosotros mismos, con los demás y el cómo actuar en diferentes circunstancias, incluyendo también las expectativas de lo que queremos ser. Mucho del proceso de construcción de la personalidad está influenciado por el inconsciente (colectivo y personal) y por aspectos intrapersonales, por lo que, de algunas cosas no tenemos control consciente absoluto (Jung, s.f.)

En conclusión, “la personalidad es un conjunto de características o patrones, que definen a una persona, es decir sentimientos, pensamientos, actitudes y conductas de cada individuo que nos hacen ser diferentes de los demás” (Hernández s.f.).

Dentro del proceso de formación de la personalidad (asimilación, autoimagen y evolución) pueden surgir situaciones problemáticas o traumáticas, situaciones que el razonamiento no elabora adecuadamente y pueden alterar la autopercepción, la percepción que se tiene de los demás y de la realidad.

Nuestro razonamiento nos permite tener cierto margen de autocontrol y adaptación a las exigencias del medio, pero ¿qué pasa cuando estos recursos de autocontrol y adaptación se ven disminuidos, o no se han desarrollado adecuadamente?, la personalidad se convierte en un patrón inflexible de respuesta, llegando a actuar de forma desproporcionada y desajustada, apartándose de lo que la sociedad admite y considera “normal” y convirtiéndose a su vez en “patológico” (Chaler, s.f.).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995), en la cuarta versión de su manual diagnóstico y estadístico (DSM IV), define que un trastorno de la personalidad es:

Un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (Criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B). Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remota al menos a la adolescencia y al principio de la edad adulta (Criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E). Y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni una enfermedad médica (Criterios F). (p. 646.)

También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia, y obsesivo – compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos y temerosos. Hay que señalar que en este sistema de agrupamiento, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad, pertenecientes a grupos distintos. (APA, 1995, pp. 645-646)

Millon en su libro “Psicopatología moderna: un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos”, publicado en 1976, considera factores biológicos predisponentes y factores ambientales constituyentes y menciona 3 polaridades básicas que convergen entre sí, estas son placer-dolor, activo-pasivo y yo-otros, para explicar la construcción, características y diferencias de los distintos trastornos de personalidad (citado por Sánchez, 2003). Con el pasar del tiempo se ha determinado que los trastornos de personalidad se distinguen por tres características patológicas (Millon, 2006). La primera, los trastornos de la personalidad tienden a presentar una frágil estabilidad, o una carencia de capacidad de adaptación en condiciones de estrés. Mientras que la personalidad normal dispone de variadas

y flexibles estrategias, la personalidad patológica tiende a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con mínimas variaciones. En consecuencia, el grado de estrés se incrementa, se amplifica su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.

La segunda característica se solapa con la primera, las personas con trastornos de personalidad son inflexibles desde un punto de vista adaptativo. El funcionamiento de la personalidad normal incluye la capacidad de ser flexible, o sea sabe cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuándo adaptarse a lo que el entorno dispone. En cambio, las personas con trastorno de la personalidad disponen de pocas estrategias y conductas alternativas y las imponen rígidamente sobre unas circunstancias para las que no encajan. Las personas con un trastorno de la personalidad impulsan o controlan las situaciones interpersonales mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos. Dado que no pueden ser flexibles, el entorno debe serlo al máximo, si esto no sucede se produce una crisis. En consecuencia se reducen las oportunidades de aprender nuevas estrategias más adaptativas, y la vida se vuelve menos placentera.

La tercera característica de personas con un trastorno de la personalidad es consecuencia de la segunda; dado que estas no son capaces de cambiar los repertorios patológicos que dominan sus vidas, se repiten una y otra vez como círculo vicioso. Pierden oportunidades de mejorar, ocasionan nuevos problemas y crean constantemente situaciones que replican sus fallos.

Theodore Millon, sin lugar a dudas revolucionó la concepción que se tenía de personalidad y sus patologías. Hasta la segunda versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA, la personalidad se mantenía en un nivel secundario, hasta carecía de su propio eje evaluador (Sánchez, 2003). Es con el trabajo de Millon titulado *Psicopatología Moderna: Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos* (Millon, 1976), que la comisión encargada de la formulación del manual diagnóstico, replantea y da un papel protagónico a la personalidad y su patología, apareciendo en el DSM-III de 1980 el eje II que contempla una evaluación minuciosa de la personalidad.

Un aspecto representativo en la teoría de Millon es el continuum con el que él describe el proceso de normalidad y patología, el mismo que en su obra de 1976 le valió para generar versiones menos patológicas de las personalidades, a diferencia del DSM-II. Logrando así una suerte de graduación de las patologías de la personalidad, que pueden ser leve, moderada y grave. O como el propio Millon describiría en 1976:

La normalidad y la patología son conceptos relativos; son cotas arbitrariamente establecidas dentro de un continuum o gradatoria. La psicopatología va moldeándose de acuerdo con los mismos procesos y principios que intervienen en el desarrollo y aprendizaje normales. Sin embargo, debido a las diferencias de características específicas, cronología, intensidad o persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren hábitos y actitudes

caracterizados por una deficiente capacidad de adaptación, mientras que otros no los adquieren. (p. 250)

Es a partir de este continuo que se puede graduar la severidad de la patología, y en este sentido es que se ha clasificado en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II; tres “patologías severas de personalidad”, las que muestran graves problemas estructurales, en ocasiones frecuentes pueden presentar sintomatología psicótica, además de deficiencias en sus competencias sociales, mucha menos tolerancia a la frustración y son menos eficaces en superar dificultades que los otros diez “patrones clínicos de personalidad” que también evalúa la prueba a un nivel más leve de enfermedad (Collazos, 2009).

Como se evidencia, se está tomando como referentes las propuestas de Millon y del DSM-IV. Y aunque actualmente ambos no expongan los mismos trastornos de personalidad en comunión, debido a que los han agrupado de distinto modo o incluso los han fusionado generando un trastorno de mayor complejidad; los principios que entran a tallar en los trastornos de personalidad son los mismos.

2.2.2. Drogodependencia

Empecemos definiendo droga: El término “droga” es amplio y ambiguo. Se utilizó en la farmacología clásica para designar a un medicamento en estado bruto, tal y cómo aparece en la naturaleza. Para otros representa un producto que deriva de la manipulación química. En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS), manteniendo un criterio clínico la definió como “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, pueda modificar una o varias

de sus funciones” (citado por Martín y Lorenzo, 2009, p.2). De esta manera, droga viene a ser sinónimo de fármaco. En 1982 la OMS intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos, capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, y susceptible de ser auto administrada” (citado por Martín y Lorenzo, 2009, p. 3).

Ahora bien, según la APA (1995) en el DSM-IV se consideran los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas o drogas:

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

1. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Uso de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia (criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

- 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 período más 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 (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro), 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 conciencias de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar que empeora una úlcera). (p. 186).

2.3. Definición de Términos

2.3.1. La personalidad

“Son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen en manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (APA, 1995, p. 646).

2.3.2. Trastornos de la personalidad

“Patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto (...) y comporta malestar o perjuicios” (APA, 1995, p. 649).

2.3.3. Drogodependencia

“Patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (APA, 1995, p.182).

2.4. Hipótesis de investigación

- Los trastornos de personalidad están presentes en sujetos drogodependientes.
- Existen diferencias entre los trastornos de personalidad según edad, grado de instrucción, tiempo de consumo y sustancia consumida.
- Existe diferencias entre los tipos de droga consumida según edad y grado de instrucción.

2.5.Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Trastorno de la personalidad	“Son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen en manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales, [se vuelven trastornos cuando son inflexibles y desadaptativos, llegando a causar perjuicio y malestar a sujeto]” (APA, 1995)	Independiente	• Área afectiva.	• Inestabilidad emocional.	Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).
			• Área cognitiva.	• Malestar subjetivo. • Percepción de la realidad alterada.	
			• Área social.	• Malas relaciones sociales y/o laborales. • Comportamiento disfuncional ante la sociedad.	
			• Área personal.	• Impulsividad/violencia.	
Drogodependencia	“Patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (APA, 1995).	Dependiente	• Tiempo de consumo.	• Consumo desadaptativo por al menos 12 meses.	Ficha de recolección de datos.
			• Abstinencia	• Desequilibrios orgánicos y mentales debidos al cese del consumo de la sustancia.	

			<ul style="list-style-type: none">• Tolerancia.	<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia.• El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente.	
--	--	--	---	---	--

CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

La investigación fue cuantitativa descriptiva puesto que buscó conocer la incidencia de los trastornos de personalidad presentes en los sujetos drogodependientes. Así mismo se trató de jerarquizar el consumo de drogas entre los participantes y si éste depende de determinado trastorno de personalidad. El estudio utiliza los conocimientos logrados en psicopatología sobre los trastornos de personalidad que existen y su relación con la drogodependencia.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño fue no experimental descriptivo, en el cual según Balluerka y Vergara (2002) no existe manipulación de variables, sino que simplemente por medio de mecanismos de recolección de datos se estudia la realidad y se la describe conforme dicten los resultados de dicha recolección.

3.3. Población y Unidad de Análisis

La población general estuvo conformada por 43 sujetos que se encuentran en proceso de desintoxicación y rehabilitación por drogodependencia a diferentes sustancias. Ellos llevan su tratamiento en una comunidad terapéutica de la ciudad de Cajamarca, en donde debido al modo de trabajo, se exige que los usuarios se encuentren totalmente alejados de su consumo, así mismo tienen un plan de trabajo terapéutico; llevado a cabo por profesionales de la salud y personas capacitadas; que buscan rehabilitarlos de la dependencia que han generado. Los criterios de inclusión considerados para los sujetos fueron: primeramente deben ser mayores de 18 años para que puedan dar un consentimiento informado por voluntad

propia, que hayan tenido en el pasado dependencia a alguna droga, que cuenten con una educación que les permita leer y escribir, y que se encuentren en abstinencia por lo menos un mes al momento de la evaluación. Entre los criterios de exclusión se ha considerado que tengan bajo nivel educativo el cual les impida la lectoescritura, que sean menores de 18 años, que el tiempo de abstinencia sea menor a un mes y que estén atravesando en ese momento el síndrome de abstinencia. No se consideró necesario la toma de muestra ya que la población no llegó a ser incómodamente extensa, además que mientras se tiene mayor pluralidad en la casuística se podrá obtener resultados más enriquecedores. Uno de los sujetos fue excluido por no cumplir con los criterios de inclusión, así que la población final estuvo conformada por 42 personas, como se detalla en la tabla 1.

La unidad de análisis como se puede entender, fue cada uno de los sujetos evaluados.

Tabla1

Datos socio demográficos y de adicción de la población.

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Sexo	Masculino	37	88.1
	Femenino	5	11.9
Edad	18-30 años	17	40.5
	31-40 años	10	23.8
	41-50 años	7	16.7
	51 a más	8	19
Grado de instrucción	Primaria	7	16.7
	Secundaria	12	28.6
	Superior Técnica	3	7.1
	Superior Universitaria	20	47.6
Estado civil	Soltero	27	64.3
	Casado	7	16.7
	Conviviente	3	7.1
	Separado/divorciado	5	11.9
Tiempo de consumo	De 1 a 5 años	7	16.7
	De 5 a 10 años	7	16.7
	Más de 10 años	28	66.7
Droga de adicción	Alcohol	18	42.9
	PBC	16	38.1
	Marihuana	4	9.5
	Sedantes (pastillas)	4	9.5
TOTAL		42	100

3.4. Instrumentos de recolección de datos.

Para esta investigación se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II), en su versión española de 1999, así mismo para la corrección se utilizó la versión digitalizada en Excel del 2008. Dicho instrumento obtuvo un coeficiente de alfa de Crombach de 0.948, convirtiéndolo en altamente fiable sobre la población cajamarquina. El

MCMI-II es un cuestionario clínico de evaluación de la personalidad y distintos síndromes clínicos. Está conformado por 175 ítems que pueden ser respondidos con verdadero o falso. Además de medir cuatro escalas de fiabilidad y validez, también agrupa diez escalas básicas de personalidad (dependiente, histriónica, evitativa, esquizoide, antisocial, compulsiva, narcisista, agresivo-sádica, autodestructiva, pasivo-agresiva); tres escalas de personalidad patológica (límite, esquizotípica y paranoide); seis síndromes clínicos de gravedad moderada y tres síndromes clínicos de gravedad severa.

Por otro lado, para conocer características sociodemográficas y características del consumo, se utilizó la ficha de recolección de datos basada en los criterios diagnósticos del DSM IV para determinar dependencia a sustancias psicoactivas, la misma que a su vez explora edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, grado de instrucción, edad de inicio del consumo, sustancia de dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, tiempo de consumo, y si hubieron o no intentos infructuosos de dejar la droga. Dicha ficha además de estar orientada en el mismo sentido que el manual diagnóstico de la APA, ha sido construida y ha alcanzado su validez por medio del criterio de once expertos, consiguiendo todas las preguntas (a excepción del ítem 16, el mismo que fue modificado con las recomendaciones) un Índice de validez del contenido mayor al 0.59 esperado para el número de jueces (Lawshe, 1975)

3.5. Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó a los usuarios de la comunidad terapéutica que presten su colaboración para el proceso investigativo. Se les pasó a informar acerca de

la investigación. Fue necesario que estén en un proceso de desintoxicación y abstinencia. Se les pidió que llenen el consentimiento informado. Luego se procedió haciéndoles entrega del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II con la hoja de respuestas y la ficha de recolección de datos, posteriormente se pasó a dar las instrucciones necesarias.

3.6. Análisis de datos

Se corrigió cuidadosamente los resultados del MCMI-II, y de la ficha de recolección de datos; para la primera prueba se utilizó la versión digitalizada del 2008, la segunda se corrigió manualmente. Uno de los casos fue excluido del análisis pues no cumplía con los criterios de inclusión. Se procedió a tabular cada respuesta en Excel y SPSS, se pudo hallar las frecuencias de los trastornos de personalidad y las drogas consumidas por medio de los estadísticos descriptivos. Las diferencias entre los trastornos de personalidad y los tipos de droga consumida, según edad, grado de instrucción y tiempo de consumo, se procesaron mediante tablas de frecuencia.

3.7. Consideraciones éticas

Muchas de las ideas expuestas parten de otros autores, en tal sentido el respeto que merece su obra se manifiesta haciendo la citación necesaria teniendo en cuenta las normas APA.

Así mismo, el respeto dado a las personas involucradas en el estudio, se manifiesta, en primer lugar por haber solicitado autorización a los directivos de los centros para realizar la labor, y en segundo lugar por informar fielmente a los participantes sobre el proceso y los fines de la investigación,

lo que se espera y lo que no; a la vez que se les entregó la ficha de consentimiento informado, haciendo notar los propósitos y duración de la misma.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

El 100% de los sujetos presentan al menos 1 indicador elevado en cualquiera de las escalas de personalidad, siendo el promedio 5 trastornos de personalidad y 6 la moda (el número más frecuente de TP registrados); el 59,5% de evaluados presentan de 5 a 10 indicadores elevados, que son el máximo registrado.

En relación a los resultados obtenidos del MCMI-II para analizar la prevalencia de los TP, se ha separado los puntajes de los participantes según las dos dimensiones que propone la prueba: “Patrones clínico de personalidad” y “Patología severa de Personalidad”. Se ha considerado únicamente los puntajes mayores o iguales a 85, los cuales pertenecen a la categoría “Indicador Elevado”. Las otras cuatro categorías (“Indicador Nulo”, “Indicador Bajo”, “Indicador Sugestivo” e “Indicador Moderado”) no se tomaron en cuenta. De modo que se presentan las figuras 1 y 2 con los porcentajes de los participantes ubicados en la categoría “Indicador elevado” para cada patrón clínico y patología severa de personalidad.

Como se podrá observar en la figura 1, es la personalidad Antisocial la que tiene mayor número de sujetos (es decir mayor prevalencia) en la categoría “Indicador Elevado”, con un 69%. A esta le siguen las personalidades Agresivo-sádico, Pasivo-Agresivo y Autoderrotista con 57.1% cada una. Luego se encuentra el patrón Evitativo con 52.4%, y a este a su vez le siguen Narcisista (42.9%), Esquizoide (35.7%), Dependiente (23.8%), Histriónico (11.9%) y por último la personalidad Compulsivo (4.8%).

Figura 1. Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad.

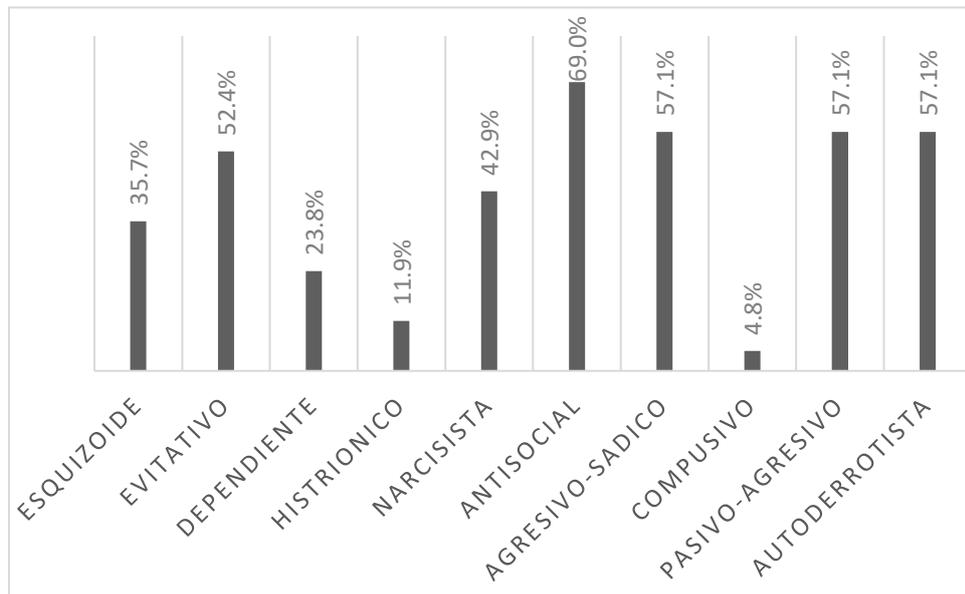
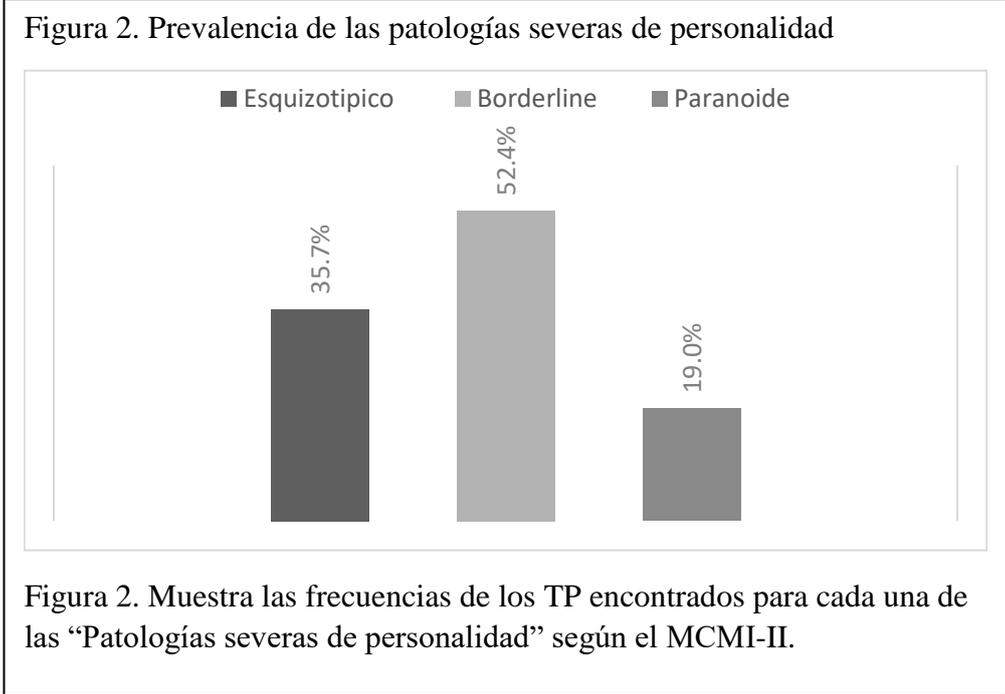


Figura 1. Muestra las frecuencias de los TP encontrados para cada una de los “Patrones clínicos” según el MCMI-II.

En cuanto a los resultados obtenidos en la dimensión “Patología severa de personalidad”; los mismos que se pueden observar en la Figura 2; se tiene para la categoría “Indicador elevado” que el 52.4% de los sujetos se ubican en la personalidad Borderline; convirtiéndola en la patología de personalidad de mayor prevalencia; seguido por un 35.7% de los sujetos en la personalidad Esquizotípica, y por último la personalidad Paranoide con un 19%.



La droga más consumida entre los participantes es el alcohol, con un 42.9% de sujetos que manifiestan haber sido drogodependientes a esta sustancia, seguido por la PBC con un 38.1% de sujetos, y por último están los sedantes (pastillas) y marihuana, con 9.5% c/u.

Uno de los objetivos más importantes, y quizá promotor de este estudio, fue establecer las diferencias entre los trastornos de personalidad según el tipo de droga consumida. Es decir, si es que hay personalidades que tienden al consumo de una droga en específico, que la prefieran y desarrollen adicción por ésta en vez de que por otras. Los resultados a nivel descriptivo se presentan a continuación, reflejando más bien la realidad propia del grupo estudiado, sin poder extrapolarlos a la población general.

Se generaron tablas de frecuencias para los “Patrones clínicos de personalidad” según “Droga predilecta”. Se obtuvo el número de personas

dependientes a cada droga ubicándolos en las 5 categorías para cada escala del MCMI-II. Luego tomando únicamente los puntajes incluidos en la categoría “Indicador elevado” de cada escala, se elaboró una tabla que permitiría procesar la información para obtener los datos reflejados en la Figura 3. Los mismos que muestran que entre todos los dependientes al alcohol, el 33% puntuaron elevado en antisocial, convirtiéndola en la personalidad más frecuentada por estos sujetos, seguida por las personalidades Narcisista, Agresivo-Sádico y Autoderrotista con 23.8% de sujetos.

Entre los consumidores de PBC, se tiene que la personalidad más incidente es también la Antisocial con un 23.8% de sujetos que puntuaron alto, seguida de las personalidades Evitativo y Autoderrotista con un 21.4% cada una.

Las personalidades agresivo-sádicas y pasivo-agresivas, son las de mayor porcentaje (7,1%) entre los consumidores de marihuana.

Por último entre los consumidores de Sedantes, las personalidades que obtuvieron mayor porcentaje fueron Evitativo, Pasivo-Agresivo y Autoderrotista, con un 9,5% cada una, seguidas de Antisocial y Agresivo-sádico, que tienen un 7,1%.

Figura 3. Porcentaje de patrones clínicos de personalidad según droga de adicción

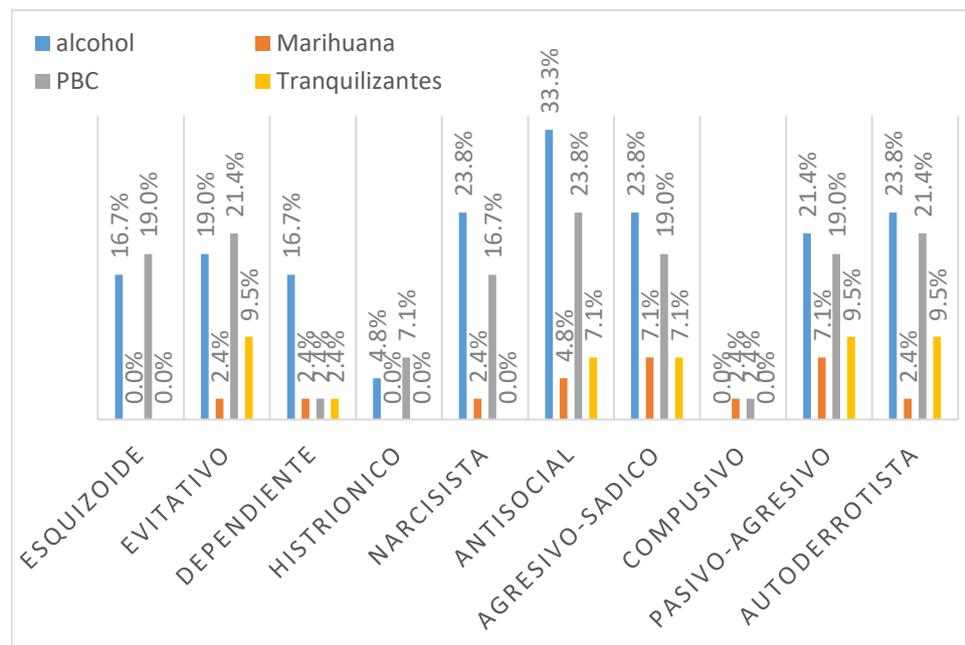


Figura 3. Ubica los porcentajes de sujetos con patrones clínicos de personalidad en sus respectivas drogas de adicción, permitiendo conocer la tendencia de las personalidades por los distintos tipos de droga.

En tanto también se generaron tablas de frecuencias para las escalas de “Patología severa de personalidad” según “Droga predilecta”. Se tiene que la personalidad más frecuente entre los consumidores de alcohol es la Borderline o límite con un 21,4%, seguida de la personalidad Esquizotípica (11,9%), y por último la Paranoide (9,5%).

Entre los consumidores de marihuana la patología de personalidad más frecuente es la Borderline (7,1%), seguido de Esquizotípica (2,4%). También es la personalidad Borderline la más frecuente entre los consumidores de PBC con un 19%, seguida de la Esquizotípica (14,3%) y por último la Paranoide con 9,5% de sujetos. Por último, entre los consumidores de Sedantes la

personalidad más frecuente es la Esquizotípica con 7,1% y a esta le sigue la Borderline con un 4,8%. Estos últimos datos pueden verse en la figura 4.

Figura 4: Porcentaje de patología severa de personalidad según droga de adicción

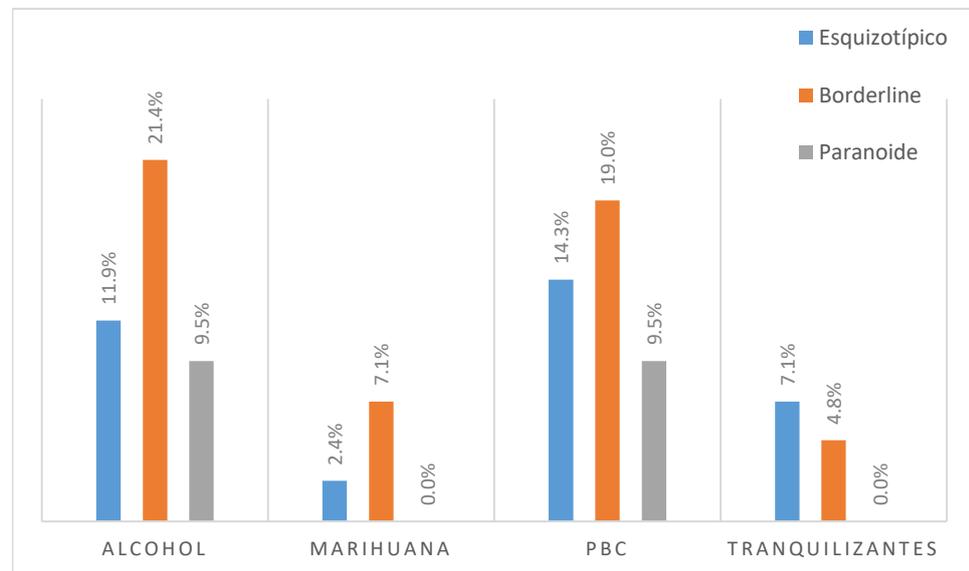


Figura 4. Ubica los porcentajes de sujetos con patologías severas de personalidad en sus respectivas drogas de adicción, permitiendo conocer la tendencia de estas personalidades por los diferentes tipos de droga.

En lo concerniente a la diferenciación entre los patrones clínicos de personalidad según edad, se puede apreciar en la figura 5 que la mayoría de sujetos que puntuaron elevado en Antisocial se encuentran en el rango de 18-30 años; son los más jóvenes. Por otro lado, la mayoría de las personas de 51 años a más han puntuado elevado en Antisocial, Agresivo Sádico y Autoderrotista.

Figura 5: Diferencias entre patrones clínicos de personalidad según edad

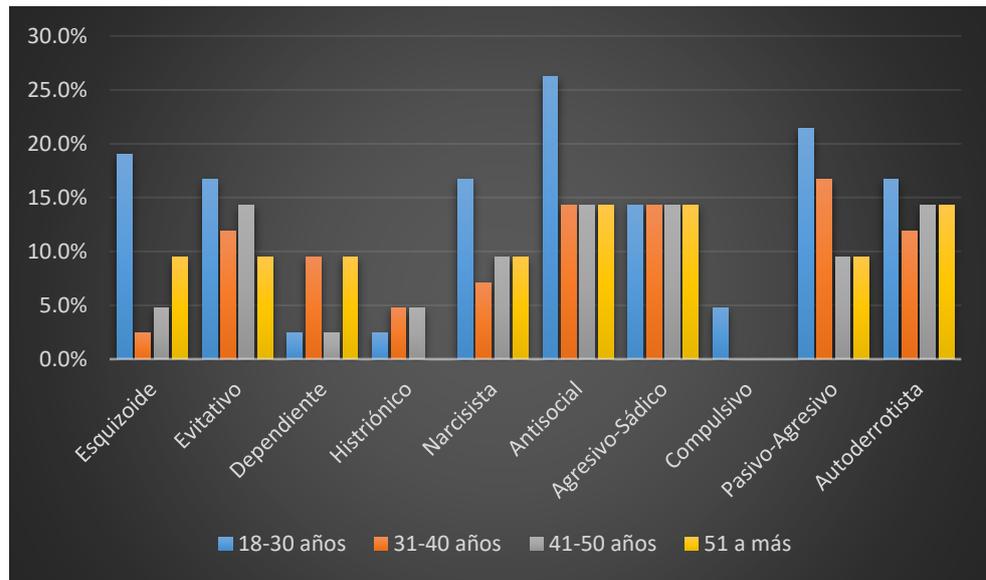


Figura 5. Ubica los porcentajes de los patrones clínicos de personalidad de los evaluados según su rango de edad, permitiendo describir las tendencias de las personalidades determinadas por la edad.

No se encontraron diferencias entre las patologías severas de personalidad según edad, como se aprecia en la figura 6 que en todos los rangos de edad, la personalidad más frecuente es la Borderline.

Figura 6: Diferencias entre patologías severas de la personalidad según edad.

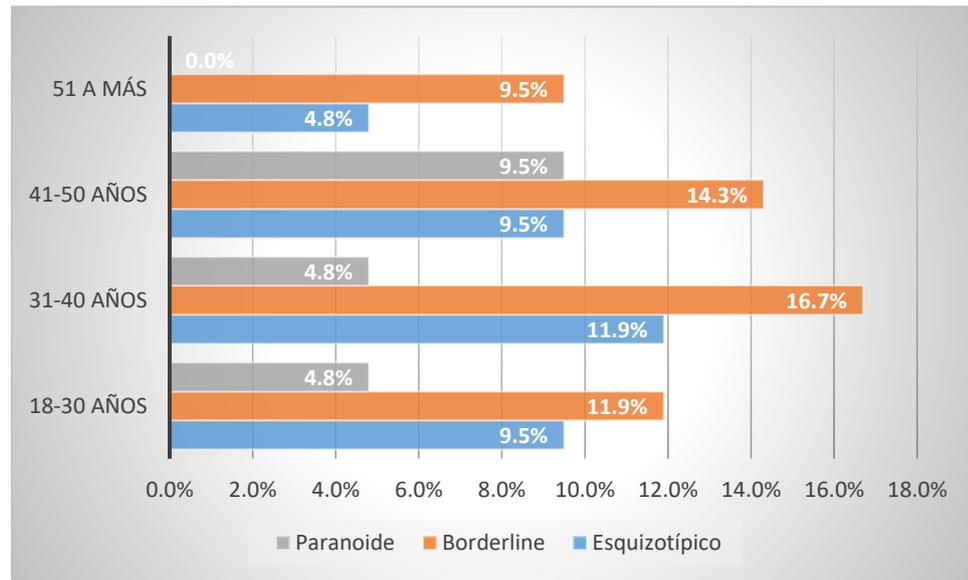


Figura 6. Ubica los porcentajes de las patologías severas de personalidad de los evaluados según su rango de edad, permitiendo describir las tendencias de las personalidades determinadas por la edad.

En lo relativo a los patrones clínicos de personalidad diferenciados según el grado de instrucción, se tiene en la figura 7 que: las personas que cuentan con educación Superior Universitaria presentan en mayor medida patrones clínicos de personalidad Pasivo – Agresivo, Agresivo – Sádico, Autoderrotista, Evitativo, Compulsivo, que los que cuentan con educación Primaria.

Figura 7: Diferencias entre patrones clínicos de personalidad según grado de instrucción.

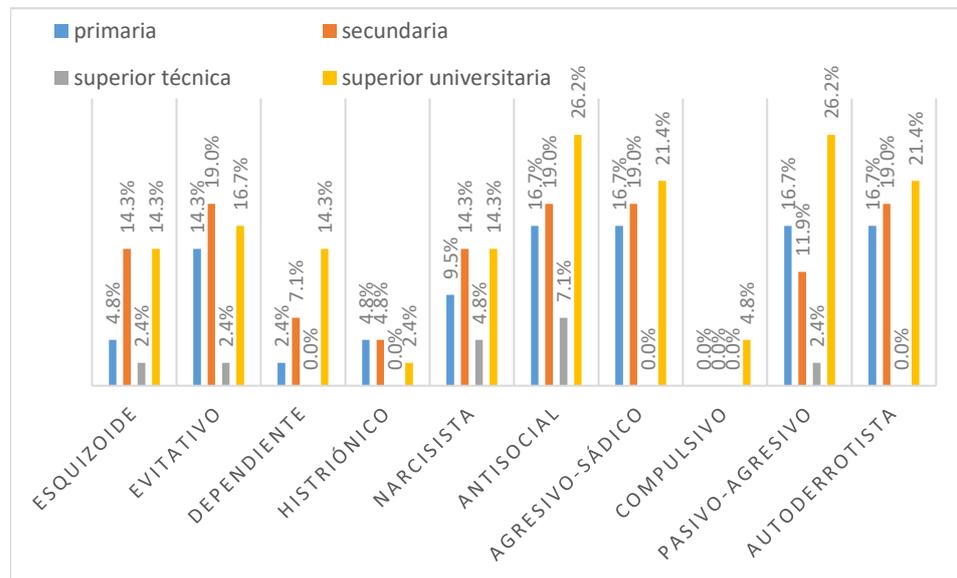


Figura 7. Ubica los porcentajes de los patrones clínicos de personalidad de los evaluados según su nivel de instrucción, permitiendo describir las tendencias de las personalidades determinadas por la educación.

En la diferenciación entre las “Patologías severas” según grado de instrucción, presentada en la figura 8, se advierte que las personas con educación secundaria presentan en mayor número personalidades Esquizotípica y Paranoide, en comparación con las personas que tienen educación Superior Universitaria quienes presentan mayor incidencia de personalidad Borderline.

Figura 8: Diferencias entre patologías severas de personalidad según grado de instrucción.

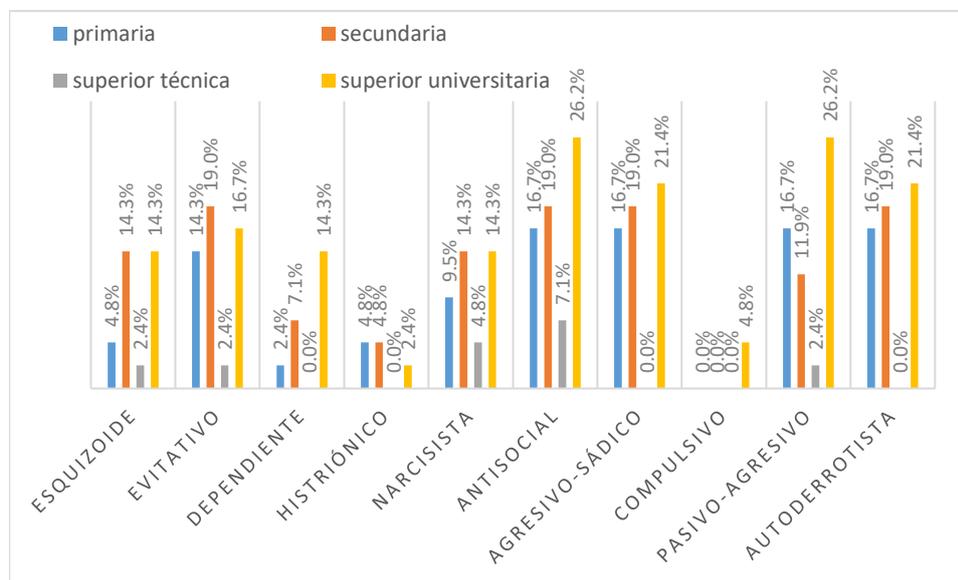


Figura 8. Ubica los porcentajes de las patologías severas de personalidad de los evaluados según su nivel de instrucción, permitiendo describir las tendencias de las personalidades determinadas por la educación.

Al estudiar las diferencias entre los trastornos de personalidad y tiempo de consumo, se encontró que la mayoría de personas que puntuaron elevado en la personalidad Esquizoide presentan un consumo de 1 a 5 años, a diferencia de las personas con personalidad Dependiente, Pasivo – Agresivo y Autoderrotista que por lo general presentan un consumo de más de 10 años.

La mayoría de los sujetos que han puntuado elevado en la personalidad Borderline presentan un consumo mayor a 10 años,

En lo concerniente a la diferenciación entre el tipo de droga consumida según la edad, se puede apreciar en la tabla 2 que la mayoría de consumidores

se encuentran entre los 18 y 30 años, como es el caso de los dependientes a la pasta básica quienes se encuentran en este rango. También son los más jóvenes los dependientes a la marihuana y a los sedantes, teniendo los sujetos entre 18 y 40 años. Caso contrario resulta en los consumidores de alcohol, quienes en mayoría tienen más de 41 años.

Tabla2

Diferencias entre el tipo de droga consumida según edad.

		Tipo de droga				Total
		Alcohol	Marihuana	Pasta básica de cocaína	Sedantes (pastillas)	
Edad	18-30 años	4	1	9	3	17
		9.5%	2.4%	21.4%	7.1%	40.5%
	31-40 años	4	3	2	1	10
		9.5%	7.1%	4.8%	2.4%	23.8%
	41-50 años	5	0	2	0	7
		11.9%	0.0%	4.8%	0.0%	16.7%
	51 a más	5	0	3	0	8
		11.9%	0.0%	7.1%	0.0%	19.0%

Así mismo atendiendo a la diferencia entre los tipos de droga consumida según el grado de instrucción, se puede apreciar en la tabla 3, que la mayoría de consumidores cuentan con educación Superior Universitaria siendo 20 personas (hay que tener en cuenta que se está considerando que hayan o no culminado la instrucción). De estos sujetos 7 son drogodependientes de alcohol y 7 de pasta básica de cocaína. Por otro lado el nivel de instrucción con menos sujetos es Superior Técnica con solo 3 drogodependientes, que han accedido a esta educación.

Tabla 3

Diferencias entre el tipo de droga consumida según grado de instrucción.

		Grado de instrucción				Total
		Primaria	Secundaria	Superior Técnica	Superior Universitaria	
Droga de adicción	Alcohol	5 11.9%	4 9.5%	2 4.8%	7 16.7%	18 42.9%
	Marihuana	0 0.0%	1 2.4%	0 0.0%	3 7.1%	4 9.5%
	Pasta básica de cocaína	2 4.8%	6 14.3%	1 2.4%	7 16.7%	16 38.1%
	Sedantes (pastillas)	0 0.0%	1 2.4%	0 0.0%	3 7.1%	4 9.5%
	Total	7 16.7%	12 28.6%	3 7.1%	20 47.6%	42 100.0%

4.2. Discusión de resultados

Sin lugar a dudas el consumo compulsivo de drogas trae repercusiones perjudiciales tanto para la persona que consume como para su sociedad circundante. El INEI (2016) publicó en su página web que desde el año 2010 al 2016 se ha mantenido un promedio de 30 mil kilogramos de droga decomisada por año, teniendo su pico más alto en el año 2015 en el cual se alcanzó a decomisar 112 213 kilogramos, así mismo las personas intervenidas por consumo de drogas, quienes en su mayoría son hombres, también alcanzaron su mayor número en el 2015, llegando a ser 10 659 personas.

Lo expuesto hasta aquí tiene que ver con las implicaciones legales y sociales, aunque la salud también se ve afectada. Sólo en el departamento de

Cajamarca se ha registrado entre los años 2011 y 2018, 2003 casos relacionados al consumo de sustancias psicotrópicas, esas son las cifras que maneja la Dirección Regional de Salud, y hay que tener en cuenta que existe una gran cantidad de personas que no reciben atención clínica. De este total de casos atendidos, el 56,8% es por problemas relativos al consumo de alcohol, es decir más de la mitad. Y es así también a nivel nacional; como lo es en la mayoría de países; la droga más consumida es el alcohol, esto podría deberse a que es socialmente aceptado, se encuentra presente en la mayoría de reuniones, eventos, celebraciones, e incluso es publicitada en medios de comunicación. Incluso CEDRO (2017) difunde en un trabajo en el que manifiesta que de una muestra de 8352 encuestados de varias ciudades del país, se encontró una prevalencia de vida del alcohol de un 79,8%.

Entre la población estudiada también es el alcohol la droga de consumo predominante con un 42,9%. Posiblemente se deba al fácil acceso que se tiene a esta sustancia, a pesar de que se prohíba su venta a menores de edad de acuerdo al artículo 14° de la ley N°28681, nada asegura que ésta se cumpla, del mismo modo los jóvenes lo pueden encontrar en tiendas inescrupulosas o en reuniones familiares en casa. Así mismo, es bien sabido por todos que la vía pública en muchas ocasiones (más en épocas festivas) se convierte en cantina, hecho que viola la ya mencionada ley sin que las autoridades hagan nada. Entonces tienen que ser esperables las cifras de consumo del alcohol que se tienen.

Si bien es cierto en el presente estudio la droga de consumo más prominente es el alcohol; esta es legal; pero, ¿qué hay de las drogas ilegales?,

En este estudio se encontró que la segunda droga de mayor consumo entre los evaluados es la PBC, convirtiéndola en la droga ilegal más consumida entre la población. Del mismo modo De Macedo (2006) apoya la idea de que las drogas ilegales de mayor consumo son las cocaínicas.

En lo concerniente a la edad de los consumidores y la diferenciación en el tipo de sustancia consumida, se tiene que la mayoría de consumidores son personas jóvenes menores a 40 años, salvo en el caso de los dependientes al alcohol, quienes en su mayoría tienen más de 41 años. De Macedo (2006) revela datos similares, ya que en su estudio encontró que más de la mitad de consumidores de alcohol tienen entre 40 y 59 años.

En cuanto a la personalidad, varios estudios han denotado que la mayoría de drogodependiente presentan sintomatología relativa a sus trastornos (Lopez y Becoña, 2006; Cangas y Olivencia, 2012; De Macedo, 2006; Espinoza, 2008 y Vélez-Moreno et al., 2016) y aunque entre sus hallazgos hayan encontrado distinta prevalencia entre los TP, para este estudio es predominante el trastorno Antisocial (69%) entre todos los participantes, a este le siguen los trastornos Agresivo – Sádico, Pasivo - Agresivo, Autoderrotista (con 57,1% cada uno). A este respecto lo refuerza la investigación de Cangas y Olivencia (2012) quienes encontraron entre sus evaluados que las personalidades que puntuaban alto eran Antisocial (69%), pasivo – agresivo (61%), agresivo – sádico y autoderrotista (50% cada una).

Así mismo López y Becoña (2006) encontraron en su estudio que las personalidades de mayor incidencia eran Pasivo – Agresivo (42,2%), Antisocial (38,8%), Narcisista (35,3%) e Histriónica (32,4%).

Por su parte De Macedo (2006), encuentra entre sus evaluados prevalencia en los trastornos Compulsivo (81,5%), Antisocial (78,8%), Narcisista (76,9%), Histriónico (71,3%), y Agresivo-Sádico (70,4%).

Un estudio comparativo realizado por Espinoza (2008), revela que entre los consumidores de marihuana predominan las personalidades Agresivo – Sádico, Antisocial, Narcisista y Pasivo – Agresivo, a diferencia de los no consumidores. En la presente investigación también se encontró que entre los consumidores de marihuana las personalidades sobresalientes son Agresivo – Sádico y Pasivo – Agresivo, a pesar de ser un porcentaje reducido (7,1%).

Hasta aquí podemos apreciar que a pesar de las distintas jerarquizaciones de los TP en los respectivos estudios, el perfil clínico de personalidad de los drogodependientes gira entorno a los trastornos Antisocial, Agresivo – Sádico y Pasivo – Agresivo, al menos son las personalidades en que los estudios antes mencionados coinciden con nuestra investigación.

En lo que respecta a patología severa de personalidad se ha encontrado que la predominante es la Límite (52,4%). Aquí también se comulga con López y Becoña (2006) y Cangas y Olivencia (2012), quienes también afirman que dicha personalidad es la patología severa más frecuente entre los adictos.

Ahora bien, atendiendo al grado de instrucción y cómo este permite establecer diferenciaciones entre los TP. Se tiene que las personas con

educación superior presentan en mayor medida las escalas autoderrotista, agresivo-sádico, pasivo-agresivo y límite, por sobre las personas con educación primaria. Esto quizá se deba a que la mayoría de la población estudiada tiene educación superior y por tanto esta diferenciación solo este reflejando la realidad de la más de los casos. Así pues De Macedo (2006) encontró que las personas con educación secundaria tienden a presentar en mayor medida personalidades Esquizoides y Esquizotípicas con respecto a los sujetos con educación superior. Dato similar al que hemos encontrado, pues en la población estudiada se evidencia mayor presencia del TP Esquizotípico entre los participantes con educación secundaria (14,3%) que en los de educación superior universitaria (9,5%).

Por otro lado se ha encontrado que las personas con consumo más severo, es decir los que consumen más de 10 años presentan en mayor medida los TP pasivo-agresivo, dependiente, autoderrotista y límite. Se coincide con Cangas y Olivencia (2012) quienes encontraron que las personas con mayor abuso de sustancias (aquellas que puntuaban más de 74 en la escala abuso de drogas del MCMI-II) presentaban personalidades Autoderrotista, Esquizotípica y Borderline. Se evidencia en ambos estudios, que las personas con consumo más prolongado y severo tienden a presentar los TP Autoderrotista y Límite en mayor medida que las personas de consumo más corto y leve. En este sentido Vélez-Moreno et al. (2016) concluyen que las personas con un consumo más severo de sustancias presentan a su vez trastornos de personalidad más marcados.

Por otro lado, aquí resulta conveniente detenernos a analizar los resultados que presentan el trastorno antisocial de la personalidad y el límite, ambos son los más frecuentes entre los evaluados, uno en lo que respecta a patrones clínicos y el otro a patología severa. Ya Grundell (2015) ha manifestado que son justamente estos dos trastornos los que predispondrían en mayor medida una drogodependencia. Además se ha encontrado mayor presencia de estos dos trastornos en consumidores de alcohol y PBC (también de marihuana en el caso del TP límite), no pudiendo establecer un TP específico para los consumidores de estas drogas. Esto puede deberse a que, como explica Szerman (2013), no hay una tendencia a una droga en específico para algunos TP, tales como el antisocial o el límite, es por eso que en los resultados de este estudio son estos los trastornos más frecuentes en los consumidores de la mayoría de drogas.

Pero por otro lado como denota Rubio (2013, citado por Szerman, 2013), el trastorno evitativo de la personalidad tiende al consumo de alcohol, cocaína y benzodiazepinas, y aunque no sea ésta la personalidad predominante entre los consumidores de estas drogas (salvo en el caso de los dependientes de benzodiazepinas, dónde sí se ha reportado mayor presencia del trastorno evitativo, como se puede apreciar en la figura 3), son estas las que más consumen los sujetos con trastorno evitativo de la personalidad, por encima de la marihuana.

A pesar de que para este estudio se deduce que el perfil de personalidad de la población es similar; independientemente de la droga de adicción; es altamente recomendable replicar la presente investigación con un marco

poblacional más extenso, quizá con la pluralidad de casos se pueda llegar a resultados más enriquecedores.

Después de lo expuesto anteriormente se sabe que los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados entre los drogodependientes son el antisocial, agresivo-sádico, pasivo-agresivo, autoderrotista, narcisista (Cangas y Olivencia, 2012; López y Becoña, 2009; De Macedo, 2012; Espinoza, 2008), y límite (Grundell, 2015). Caracterizando al adicto como una persona altamente impulsiva e inestable, con tendencia a la ambivalencia afectiva y cognitiva, lo que lo haría inestable emocional y socialmente, y tendiendo muchas veces al auto sabotaje, hecho que lo haría sumirse en una suerte de círculo vicioso entre el abandonar la sustancia, lograr desarrollarse como persona y no poder hacerlo.

Con este estudio, a pesar de sus limitaciones, se está contribuyendo al establecimiento del perfil de personalidad de un adicto, lo que ayudaría a cimentar las bases de posibles estudios futuros orientados más bien al desarrollo de programas y/o planes de intervención. De igual manera es recomendable que se lleven a cabo estudios de tipo correlacional para poder determinar si existe alguna predilección por determinada droga según el perfil de personalidad ya sea patológica o no.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se sabe que las personas drogodependientes evaluadas, presentan en su totalidad al menos un indicador elevado en alguno de los trastornos de personalidad que evalúa el MCMI – II. Esto nos da a entender, que los trastornos de personalidad se encuentran relacionados con la drogodependencia.
- El trastorno de personalidad predominante entre la población estudiada, viene a ser el antisocial.
- No se pudo reportar diferencias entre los trastornos de personalidad, según el tipo de droga consumida.
- No se encontraron diferencias entre los trastornos de personalidad según la edad de los participantes.
- Se encontraron diferencias, entre las personalidades según grado de instrucción, los de educación superior presentan en mayor medida trastornos de personalidad autoderrotista, agresivo-sádica, pasivo-agresiva y límite, en comparación con las personas con educación primaria.
- Se encontraron diferencias, entre el trastorno de personalidad según el tiempo de duración del consumo, los que llevan más de diez años presentan en mayor medida trastornos de personalidad Pasivo – Agresivo, Dependiente, Autoderrotista y Limítrofe.

5.2. Recomendaciones

- Sabiendo que existe un perfil clínico de personalidad en los drogodependientes, trabajos como este se deben profundizar y socializar,

para que todas las personas tengan acceso al conocimiento en un sentido preventivo e interventivo.

- Así mismo, se debe precisar un ahondamiento al presente estudio, seleccionando muestras específicas (dependientes al alcohol, a la pasta básica de cocaína, la marihuana y sedantes), para poder establecer asociaciones precisas con relación a su patología característica de personalidad y así poder realizar un meta-análisis comparativo entre los resultados.
- A través de estrategias, organización y planificación, se debe promover el interés por la investigación científica, ya que por exigencias poco productivas se podría lograr el efecto contrario al deseado. Siendo más específico, en este proyecto se ha perdido bastante tiempo definiendo el título del trabajo, ya que se exigía que sea sumamente específico en cuanto a variables, método, sujetos y lugar de trabajo. Cuando existen numerosas investigaciones que simplemente hacen notar las variables a estudiar, entendiendo que si alguien quiere enterarse del trabajo realizado simplemente tiene que leer el contenido, o al menos el resumen.
- Es altamente recomendable extender la asesoría que se da a los tesisistas. Es decir que no se restrinja solo al soporte teórico y metodológico, sino que se abarque también asistencia estadística, ya que para esta investigación ese fue el campo que ocasionó la mayoría de las dificultades.
- Es preciso que el gobierno invierta en programas gratuitos de rehabilitación del consumo de drogas, ya que tal cómo funcionan las cosas actualmente,

se está dejando todo el proceso de terapia a entidades particulares que muchas veces no ofrecen un servicio integral ni especializado.

- Creemos que sería beneficioso realizar campañas que promuevan el desarrollo de factores protectores, tales como las habilidades sociales, fortalecimiento del autoestima, manejo del estrés, tensión y en general que puedan promover el aprendizaje de métodos de afronte de las situaciones estresoras.
- Es importante que se multipliquen las campañas de despistaje de adicciones, para una temprana intervención.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Balluerka, N. y Vergara, A. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología: Modelos y análisis de datos mediante el SPSS 10.0*. Madrid: Pearson Educación.
- Cangas, A. y Olivencia, J. (2012). Alteraciones de la personalidad asociadas a la conducta adictiva. *Apuntes de psicología*. 30(1-3). 305-310.
- Centro de Información y educación para la prevención del abuso de drogas - CEDRO. (2017). *Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana: Encuesta en hogares*. Recuperado de <http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>.
- Chaler, Ch. (s.f.). *Hacia una definición de personalidad*. Buenos Aires-Argentina.
- Collazos, M. (2009). *Escalas básicas de personalidad en el MCMI II*. Recuperado de <http://www.marisolcollazos.es/psi-crimi-II/Escalas-basicas-personalidad-MCMI.html>.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas – DEVIDA. (2015). *Reporte Estadístico sobre consumo de drogas en el Perú: Prevención y tratamiento*. Perú: Autor.
- Congreso del Perú. (2009) Ley que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas. [Ley N°28681, Decreto Supremo N°012-

2009-SA]. Recuperado de

http://www.munisullana.gob.pe/new/archivos/licencias_funcionamiento/legislacion/ILEY%2028681%20REGLAMENTO%20LAS%20BEBIDAS%20ALCOH%20C3%93LICAS%202009.pdf

De Macedo, C. (2006). Relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y farmacodependencia. *Persona*. (9). 171-187.

Espinoza, L. (2008). Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana. *Revista Española de Drogodependencias*. 33(2). 206-222.

González, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanía. *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*. 1(4).

Grundell, L. (2015). *Rasgos de personalidad y patología dual con cocaína*. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Comillas. Madrid-España.

Hernández, J. (s.f). *Trastornos de personalidad*. Trabajo presentado en la Catedra de Psiquiatría de la Universidad de Murcia, España.

INEI. (2016). *Sistema de Información Regional para la toma de decisiones*.

Recuperado de

<http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD1/inicio.html#app=db26&d4a2-selectedIndex=1&d9ef-selectedIndex=1>

Jung, C. G. (s.f). *Lo inconsciente en la vida psíquica normal y patológica*. Buenos Aires: Editorial Losada S. A.

- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach content validity. *Personnel Psychology*. 28: 563-575.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*. 18(3). 578-583.
- Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (Coords.), *Drogodependencias*. 3a ed. (pp. 1-25). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna*. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1987). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. 2a ed. Madrid: TEA Ediciones, 1999.
- Millon, T. (Coord). (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2da ed. Barcelona: Masson.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Informe mundial sobre las drogas: Resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*. 8(2). 163-173.
- Szerman, N. (Coord). (2013). *Patología dual y trastorno de la personalidad*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.

Universidad Autónoma de Madrid (s.f). *Estadística Teórica: Chi Cuadrado Tablas de Aplicaciones Contingencia*. Recuperado de <http://www.estadistica.net/Algoritmos2/web-contingencia.pdf>.

Vélez-Moreno, A. et al. (2016). The Impact of Personality Disorders and Severity of Dependence in Psychosocial Problems. *International Journal of Mental Health Addiction*, 15(5), 1008-1022. Doi: 10.1007/s11469-016-9696-9

LISTA DE ABREVIATURA

CEDRO	: Centro de Información y educación para la prevención del abuso de drogas.
DEVIDA	: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas.
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio Nacional de Salud.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
PBC	: Pasta básica de cocaína.
SNC	: Sistema Nervioso Central.
TP	: Trastornos de personalidad.
TUS	: Trastorno por uso de sustancias.
UNODC	: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

ANEXOS

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON MCMI-II.

Theodore Millon

El MCMI-II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales (Millon, 1998).

El cuestionario de Millon no es un instrumento de *screening* para ser utilizado con poblaciones consideradas "normales" o con otros propósitos que no sean la exploración diagnóstica o la evaluación clínica.

Cada una de sus 22 escalas clínicas se diseñaron como una medida operacional de un síndrome/trastorno derivado desde la teoría de la personalidad y la psicopatología de Theodore Millon (1976, 1981, 1986a, 1986b).

El MCMI-II consiste en 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos).

Los diferentes trastornos/síndromes de mayor prevalencia en el DSM-III-R (APA, 1987) son recogidos a través de 22 escalas: 13 escalas de personalidad [Eje II DSM-III-R, APA, 1987] (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádica, Compulsiva, Pasivo/Agresiva, Autodestructiva, Esquizotípica, Límite, y Paranoide) y 9 síndromes clínicos [Eje I DSM-III-R, APA, 1987] (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso del alcohol y Abuso de las drogas, Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante). También se incluyen cuatro escalas de validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración).

La construcción del test fue realizada mediante la superación progresiva de tres etapas de validación (Loevinger, 1957):

- a) teórico-substantiva (concordancia o respaldo con la fundamentación teórica);
- b) estructural-interna (comprobación de su fiabilidad y consistencia interna); y
- c) criterial-externa (validación mediante criterios externos, comprobando su poder discriminativo), consiguiendo en todos los casos resultados satisfactorios (Millon, 1998).

La fiabilidad del MCMI-II fue calculada mediante distintos indicadores de estabilidad para sujetos no clínicos, pacientes ambulatorios y pacientes ingresados, administrando el test dos veces a cada uno de los grupos en un intervalo de tres a cinco semanas, consiguiéndose coeficientes bastante altos y significativos en todas las escalas y apreciándose poca diferencia entre las escalas de personalidad y las de síndromes clínicos (Choca & Van Denburg, 1998; Craig & Weinberg, 1992; Millon, 1998).

MCM-II

FICHA TECNICA

Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II

Autor/es: Theodore. Millon

Publicación: Madrid: TEA, 1999

Notas a la medición: Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales y personas que puedan requerir una evaluación más profunda o una atención profesional.

Ámbito de aplicación: Clínica

Número total de items: 175 con Respuesta dicotómica

Escalas/factores: Patrones clínicos de personalidad:

Esquizoide (1)

Evitativa (2)

Dependiente (3)

Histriónica (4)

Narcisista (5)

Antisocial (6A)

Agresivo sádica (6B)

Compulsiva (7)

Pasivo/agresiva (8A)

Autodestructiva (8B)

Patología grave de la personalidad:

Esquizotípica (S)

Límite (C)

Paranoide (P)

Síndromes clínicos:

Ansiedad (A)

Histeriforme (H)

Hipomanía (N)

Distimia (D)

Abuso del alcohol (B)

Abuso de las drogas (T)

Síndromes graves:

Pensamiento psicótico (SS)

Depresión mayor (CC)

Trastorno delirante (PP)

Escalas de fiabilidad y validez:

Validez (V)

Sinceridad (X)

Deseabilidad (Y)

Alteración (Z)

Forma de aplicación: Individual y Colectiva 20 a 25 minutos

Procedimiento de Corrección: Automatizado por ordenador



MCMM - II

TH. MILLON

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle de 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, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra **“V”** (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de letra **“F”** (falso). Así:

Hoja de Respuestas

“Soy un ser humano”

Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra V (verdadero)

1. “Mido más de tres metros”

Esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra F (falso)

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

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

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

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

90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.

119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.

149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

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

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI – II MILLON Hoja de Respuestas

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Aplicación _____

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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por favor lea y responda las siguientes preguntas:

A. Edad: _____ 2. Sexo: M F 3. Estado civil:

4. Lugar de nacimiento: _____

5. Grado de instrucción:

Iltrado Primaria Secundaria Superior técnica Superior universitaria

6. ¿A qué edad inició su consumo? _____

7. ¿Con qué droga desarrolló la adicción?

Alcohol Marihuana Clorhidrato de cocaína Pasta básica de cocaína
 Inhalantes Tranquilizantes (pastillas)

Otros:

8. ¿Durante cuánto tiempo consumió la sustancia?

Menos de 1 año De 1 a 5 años De 5 a 10 años Más de 10 años

9. ¿Ha tenido que consumir la sustancia psicoactiva para aliviar sensaciones desagradables y/o dolorosas?

Sí No

10. ¿Qué sensaciones desagradables y/o dolorosas ha experimentado al dejar de consumir?

Dolor de cabeza Dolor de barriga Nauseas Vómitos Mareos

Sudoración excesiva Temblores corporales Insomnio Convulsiones
 Ansiedad Irritabilidad Depresión Ninguna

Otros:

11. ¿Ha necesitado cantidades cada vez mayores de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos deseados?

Sí No

VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Cajamarca, ____ de _____ de 2017

____ Ps. _____

Reciba usted nuestros más sinceros saludos y muestras de aprecio personal.

Nosotros, estudiantes egresados de la facultad de psicología y conocedores de su fecunda experiencia en el campo de la psicología, nos atrevemos a recurrir a su persona para obtener su opinión respecto a la validez de contenido de nuestra prueba de evaluación psicológica.

Dicha prueba tiene como propósito servir como instrumento de recolección de datos de nuestro estudio de investigación titulado “*Trastornos de personalidad en drogodependientes de 3 comunidades terapéuticas de la ciudad de Cajamarca*”, que tienen por objetivo conocer la relación existente entre trastornos de personalidad y la drogodependencia a determinadas sustancias, y cuya población de estudio estará constituida por varones mayores de edad que se encuentran en proceso de rehabilitación en 3 comunidades terapéuticas.

Por tal motivo, hacemos de su alcance la prueba psicológica a evaluar, la tabla de especificaciones de las variables objeto de estudio e indicadores, la hoja de ordenamiento de reactivos según indicadores y el cuestionario de validación.

Le agradecemos de anticipado su generosa colaboración con nuestro proceso de investigación, lo cual no sólo favorecerá la mejora de nuestra calidad formativa en el desarrollo de tecnología psicológica sino también de nuestro compromiso con el conocimiento psicosocial de nuestra población local.

Atentamente,

Juan Diego Cabrera Zúnico

Annie Kristy Pereyra Díaz

FICHA DE CRITERIO DE JUECES

Nombre : _____

Formación profesional : _____

Experiencia laboral : _____ años: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan criterios con los cuales se evaluarán los reactivos elaborados para medir la variable *Drogodependencia*. Por favor indicar el nivel de importancia del reactivo con la dimensión que se desea medir, según se describe en la Tabla de Operacionalización del constructo.

Señalar con la letra:

A	<i>Si el reactivo es necesario para medir el indicador.</i>
B	<i>Si el reactivo sería útil para medir el indicador pero no es muy necesaria su inclusión.</i>
C	<i>Si el reactivo no es necesario o no permite medir claramente el indicador.</i>

TIEMPO DE CONSUMO		A	B	C
06	¿A qué edad inició su consumo?			
08	¿Durante cuánto tiempo consumió la sustancia?			

ABSTINENCIA		A	B	C
09	¿Ha tenido que consumir la sustancia psicoactiva para aliviar sensaciones desagradables y/o dolorosas?			

10	¿Qué sensaciones desagradables y/o dolorosas ha experimentado al dejar de consumir?			
----	---	--	--	--

TOLERANCIA		A	B	C
11	¿Ha necesitado cantidades cada vez mayores de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos deseados?			
13	Desde que inició su consumo, ¿ha ido aumentando la dosis, porque cuando consumía las mismas cantidades ya no sentía ningún efecto?			

CONSUMO COMPULSIVO		A	B	C
12	¿Ha descuidado sus actividades (de cualquier tipo) por consumir la sustancia?			
14	¿Le ha sido difícil dejar la droga a pesar de que se daba cuenta de los problemas que le ocasionaba?			
15	Cuando empezaba a consumir sustancias, ¿le era difícil detener su consumo?			
16	¿Ha intentado dejar de consumir la sustancia sin poder lograrlo?			

III RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.

Consentimiento informado

Señor(a), ante todo tenga usted un buen día, se le agradece desde ya su participación en el presente estudio “Trastornos de personalidad en drogodependientes de 3 comunidades terapéuticas de la ciudad de Cajamarca”, cuya finalidad es conocer en qué medida la estructura de personalidad, normal o patológica, influye en el consumo de determinadas drogas.

Si tiene a bien participar, por favor responda a las preguntas propuestas en los cuestionarios que se le han entregado, para ello se necesitara de entre 50 y 60 minutos, recuerde que su identidad será completamente anónima, por lo que se le pide que sea sincero, ya que no se lo expondrá de ningún modo, pues los datos que usted nos brinde quedaran en estricta confidencialidad.

Su participación es completamente voluntaria, si decide no participar, eso no comprometerá en nada su relación con el centro terapéutico. Para nosotros es muy importante su tiempo y esfuerzo para participar en este estudio, y sepa que usted es libre de retirarse en cualquier momento. Si está dispuesto a colaborar con nosotros, por favor firme el presente consentimiento.

Le reiteramos nuestro agradecimiento. Si tuviera alguna duda, comentario o inquietud sobre el presente estudio, puede comunicarse con los investigadores al teléfono 976554268, o a los correos electrónicos dfdgo@hotmail.com o anniekpdp@hotmail.com.

Atentamente

Juan Diego Cabrera Zúnico
Egresado de psicología
Universidad Privada Antonio
Guillermo Urrelo

Annie Kristy Pereyra Díaz
Egresada de psicología
Universidad Privada Antonio
Guillermo Urrelo

Firma que confirma su participación
en el estudio