

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA



(TESIS)

**PERFIL CLÍNICO DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES DEL
HOSPITAL DE SALUD MENTAL "SAN JUAN PABLO II" DEL
DISTRITO DE SANTIAGO DEL CUSCO 2015.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA

AUTOR:

DEYSSI VERÓNICA RIVAS VILCAS

CUSCO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

Para mis padres, quienes con su esfuerzo y valioso apoyo contribuyeron a mi formación profesional e hicieron posible la elaboración de mi tesis.

Deysi Verónica

AGRADECIMIENTO

Esta investigación fue posible gracias al apoyo de personas que aportaron con su orientación durante el proceso de la investigación:

- A mi familia por su paciencia, comprensión y tolerancia durante el proceso de la investigación.
- A mi Director de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Alas Peruanas, Psicólogo Américo MEJÍA MASÍAS, por su apoyo y orientación en el proceso de construcción de mi tesis.
- A mi asesor de tesis, Mgt. Esteban CUSI CONDORI, por guiarme y orientarme en el proceso de consolidación de este trabajo de investigación, por su dedicación con paciencia y por enseñarme a escribir con claridad y precisión.
- A mi hermano, Josemar RIVAS VILCAS, por el asesoramiento estadístico.

Deyssi Verónica

RESUMEN

La presente investigación fue realizada en el Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" del Distrito Santiago de Cusco, con el objetivo de conocer el Perfil Clínico de los pacientes de la unidad de Conductas Adictivas y Trastornos Agudos, siendo así que a la fecha aún se viene registrando y atendiendo de manera permanente casos con este tipo de problemas; es por ello que presento los resultados según los objetivos propuestos en el presente estudio:

Solicite la autorización de la Directora de hospital para poder realizar la esta investigación es así que inicie realizando la entrevista con los pacientes posterior a ello se aplicó la encuesta sociocultural con el objetivo de conocer las condiciones en la que se encuentran y finalmente se aplicó el Inventario Multiaxial de Millón II para conocer cuál es perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II".

Conforme a la investigación realizada, se ha encontrado:

En la unidad de conductas adictivas se llegó a la conclusión de que el perfil clínico de personalidad de los pacientes presentan trastornos Autoderrotista (son personas que prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales), Esquizotípico (personas que se relacionan con los demás de una manera auto sacrificado que permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ellos), Dependencia de Drogas ; (son personas que tienen dificultades al reprimir sus impulsos o mantenerlos dentro de los límites sociales convencionales), Desorden del Pensamiento; (son personas que muestran periódicamente un comportamiento incoherente, desorganizado y/o regresivo.

En la Unidad de Trastornos Agudos, el perfil de personalidad de los pacientes presentan trastornos: Depresivo Mayor (son incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro), Evitativo (mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos.

En el cuarto objetivo según sexo, en la Unidad de Conductas Adictivas tenemos 39 pacientes que representan el (70%) presentan un perfil clínico autoderrotista, Dependencia de drogas, Desorden del pensamiento mayormente en el sexo masculino. La unidad de Trastornos Agudos el perfil clínico de personalidad es Depresión Mayor , Trastorno de personalidad Evitativo el (30%) que equivalen a 6 pacientes (mayormente de sexo masculino); lo que demuestra que en ambas unidades existen más varones..

En el quinto objetivo según edad obtuvimos que los pacientes que se encontraron entre los 30 a 40 años de edad presentan un perfil clínico de personalidad autoderrotista, esquizotípico, desorden de pensamiento, seguida de los pacientes de 40-45 de edad que presentan depresión mayor, evitativo, y los de 22-30 años se encuentran los pacientes con el perfil clínico de personalidad con dependencia de drogas.

Palabras Claves: Perfil de Personalidad, Conducta adictiva y trastornos de personalidad

ABSTRACT

This research was conducted at the Hospital Mental Health St. John Paul II District Santiago de Cusco, in order to know the clinical profile of patients in the unit and Addictive Disorders Acute behaviors, whereas to date yet it has been recorded and permanently taking cases with such problems; which is why we present the results according to the objectives proposed in this study:

Request authorization from the Director of the hospital to perform this research is so start doing the interview with the patients after this sociocultural survey to know the conditions in which they are applied and finally the Inventory was applied Millon multiaxial II to know what clinical personality profile of patients in the Mental Health Hospital St. John Paul II.

According to the research, it has been found:

In the unity of addictive behaviors was concluded that the clinical profile of personality of patients have disorders self-defeating (are people who prefer social isolation with minimum obligations and personal attachments), schizotypal (people who interact with others a self sacrificed so that enable and encourage others can exploit them or take advantage of them), Drug Dependence; (Are people who have difficulty to suppress their impulses or keep them within the conventional social boundaries), thought disorder; (Are people who regularly show an incoherent, disorganized and / or regressive behavior.

In Disorders Unit Treble, the personality profile of patients have disorders: Major Depressive (they are unable to function in a normal environment is severely depressed and expressed fear of the future), avoidant (maintain an attitude of constant vigilance for fear his impulses.

In the fourth goal by sex, in the Addictive Behavior Unit have 39 patients representing (70%) have a self-defeating clinical profile, drug dependence, thought disorder mostly in males. Acute disorders unit clinical personality profile

is Depression, avoidant personality disorder (30%) equivalent to 6 patients (mostly male); which shows that more men exist in both units ..

In the fifth goal by age we obtained that patients who were between 30 to 40 years old have a clinical profile of self-defeating personality, schizotypal, thought disorder, followed by patients aged 40-45 who have major depression, avoidant, and 22-30 years are patients with clinical personality profile with drug dependence.

Keywords: Personality Profile, addictive behavior and personality disorders.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	x
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pág.

1.1	DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
	1.2.1 Delimitación Temporal.....	2
	1.2.2 Delimitación Geográfica.....	2
	1.2.3 Delimitación Social.....	2
1.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
	1.3.1 Problema Principal.....	2
	1.3.2 Problemas Secundarios.....	3
1.4	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
	1.4.1 Objetivo General.....	3
	1.4.2 Objetivos Específicos.....	3
1.5	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Pág.

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2.2	BASES TEÓRICAS.....	8
	2.2.1 Perfil Según la Teoría de Millón.....	8
	2.2.2 Personalidad según.....	9
	2.2.2.1 Definición de personalidad.....	9

2.2.2.2	Persona, Organismo, Psiquismo.....	9
2.2.2.3	Componentes de la personalidad.....	9
2.2.2.4	Características de la Personalidad.....	11
2.2.2.5	Origen Social.....	12
2.2.2.6	Factores de la Personalidad.	12
2.2.5	Adicciones	14
2.2.5.1	Definición de adicción.	14
2.2.5.2	Causas de la Adicción.....	15
2.2.5.3	Proceso de la Adicción.....	16
2.2.6	Tipos de Adicciones.....	18
2.2.6.1	Definición de los Trastornos de Personalidad.	18
2.2.6.2	Factores Etiológicos.	19
2.2.6.3	Tipos de Trastorno de Personalidad	22
2.2.7	Teoría de Millón	30
2.2.8	Teoría Basada en la Estructura de la Personalidad	
	Patológica	31
2.2.8.1	Patrones Clínicos de Personalidad:	31
2.2.8.2	Patología Severa De La Personalidad.	34
2.2.8.3	Síndromes Clínicos.	34
2.2.8.4	Síndrome Clínico Severos.	35
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES.....	36
2.3.6	Perfil de personalidad.....	36
2.3.7	Personalidad.....	36
2.3.8	Conducta adictiva.....	36
2.3.9	Trastornos de personalidad.....	37

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Pág.

3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.2.1	Población.	38
3.2.2	Muestra.....	38

3.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN	38
3.4	VARIABLE, PATRONES CLÍNICOS E INDICADORES.....	39
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
	3.5.1 Técnicas.....	40
	3.5.2 Instrumentos.....	40
3.6	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	41

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	Pág.	
4.1	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	43
4.2	OBJETIVOS	44
	4.2.1 Encuesta Sociocultural.....	44
	4.2.1.1 Área Personal	44
	4.2.2 Área Familiar	46
	4.2.3 Área Socio Cultural.....	49
	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
	CONCLUSIONES	57
	SUGERENCIAS	58
	REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA	59
	ANEXOS	

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO Y GRÁFICO N° 01:	Características socioculturales según el lugar de nacimiento de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015 44
CUADRO Y GRÁFICO N° 02:	Características socioculturales según con quien viven actualmente de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015 45
CUADRO Y GRÁFICO N° 03:	Características socioculturales según el estado civil de los padres de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015 46
CUADRO Y GRÁFICO N° 04:	Características socioculturales según el clima familiar de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015 47
CUADRO Y GRÁFICO N° 05:	Característica socioculturales según la relación interfamiliar de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015 48
CUADRO Y GRÁFICO N° 06:	Características socioculturales según el nivel de instrucción de sus padres de los pacientes de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015 49
CUADRO Y GRÁFICO N° 07:	Perfil de personalidad de pacientes de la unidad de conductas adictivas del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015 50
CUADRO Y GRÁFICO N° 08:	Perfil de personalidad de pacientes de la unidad de trastornos agudos del Hospital

	de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015	51
CUADRO Y GRÁFICO N° 09:	Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la población total según género del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco 2015	52
CUADRO Y GRÁFICO N° 10:	Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la población total según edad del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo" de Cusco 2015	53

INTRODUCCIÓN

En el Planteamiento del Problema; hablar de servicios de salud obliga a situarse en la realidad social, cultural, económica de la Región del Cusco. Las Instituciones y sobre todo la población deben enfrentar múltiples dificultades que giran en torno del denominador común del eje en desarrollo -pobreza-enfermedad; en consecuencia cualquier análisis de los servicios de salud debe realizarse bajo la consideración de los factores determinantes del contexto. El tema de la atención psiquiátrica y de la salud mental no sólo es relevante sino de urgente reflexión y acción. El presente trabajo de investigación tiene como propósito realizar un estudio del perfil clínico y describir la situación de las prestaciones asistenciales del único centro asistencial en psiquiatría de la Región del Cusco que atiende a pacientes no asegurados y también a los asegurados del ESSALUD cuando acuden al Centro.

De acuerdo a dicha realidad se diseñó el presente estudio, para dar a conocer la manera objetiva, el perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" del Cusco 2015?

En el capítulo I, se describe la problemática de modo internacional y nacional, tratando de delimitar nuestro estudio a Cusco y de modo específico al Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II". Luego de la formulación del problema principal y los secundarios detallamos el objetivo general, objetivos específicos.

En el capítulo II, se presenta un resumen de los antecedentes de la problemática y las bases teóricas sobre la psicopatología de personalidad especialmente la referida a la teoría del inventario multiaxial de millón

En el capítulo III, se determina el marco metodológico de investigación, tipo de investigación, población y muestra, variable, técnicas e instrumentos de recolección de datos, y su procedimiento respectivo.

El capítulo IV, se presenta los resultados obtenidos de acuerdo a los instrumentos de recolección de datos aplicados a la muestra y su respectivo análisis, discusión de resultados.

Y finalmente se presenta las conclusiones y sugerencias pertinentes, con el propósito de ofrecer alternativas de mejora durante la atención especializada por parte de la Institución.

Deyssi Verónica

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El perfil psicológico de los pacientes de los hospitales de salud mental nos permite entender las diferencias cuantitativas, cualitativas entre varones y damas, así como de estos con la población aparentemente normal

Las Instituciones y sobre todo la población debe enfrentar múltiples dificultades que giran en torno del denominador común del eje en desarrollado pobreza – enfermedad; en consecuencia cualquier análisis de los servicios de salud debe realizarse bajo la consideración de los factores determinantes del contexto. El tema de la atención psiquiátrica y de la salud mental no sólo es relevante sino de urgente reflexión y acción (Quiroz Valdivia, 2007, pág. 1).

Los problemas de salud mental son globales; la Federación de salud mental refiere que los trastornos mentales afectan a un 10-20% de la población infante juvenil mundial, siendo 5 de las 10 principales causas de discapacidad (Rodriguez , Salud Mental, 2014, pág. 1).

En Perú, la Dirección General de Epidemiología (DGE) en su análisis de la situación de salud 2012, determina que las regiones con mayor vulnerabilidad, respecto a los problemas relacionados a salud mental (depresión, ansiedad, alcoholismo, esquizofrenia, etc.) son: Apurímac, Loreto, Pasco, Huancavelica, Amazonas, Ayacucho y Huánuco (Serpa Salazar, 2014, pág. 1).

Según la estadística de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) en el 2013, en el Cusco el 61% de la población presenta depresión, el 29% ansiedad, y 2% ha intentado suicidarse y concluye que: “Lo malo es que no se le da a la salud mental el interés debido” (Thomas Gonzáles, 2014, pág. 2).

El presente estudio está orientado en conocer el perfil clínico de personalidad; conforme al número de pacientes que tiene registrado como tales el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” del Cusco.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1 Delimitación Temporal.

Por ser un estudio de corte clínico que corresponde a la medición del perfil clínico de personalidad, esta se realizó en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco; que estuvo comprendido al periodo de tiempo de un año y dos meses, aproximadamente entre el 22 de enero del 2014 al 22 marzo del 2015.

1.2.2 Delimitación Geográfica.

La presente investigación se realizó en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” del Distrito de Santiago Provincia y Departamento de Cusco; la misma que se encuentra ubica en la Plazoleta Almudena sin número.

1.2.3 Delimitación Social.

El presente estudio se encuentra enmarcado dentro de un problema social y de salud pública; por lo tanto la investigación se realizó en personas de ambos sexos y diferentes (grupos), como son los pacientes que reciben asistencia especializada en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” del Distrito Santiago de Cusco 2015.

1.3 Formulación Del Problema.

1.3.1 Problema Principal.

¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” del Distrito Santiago de Cusco – 2015?

1.3.2 Problemas Secundarios.

- 1) ¿Cuáles son las características socioculturales de los pacientes del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015?
- 2) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015?
- 3) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015?
- 4) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según género; del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015?
- 5) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según edad; del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015?

1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 Objetivo General.

Determinar el perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” del Distrito de Santiago de Cusco 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- 1) Conocer las características socioculturales de los pacientes del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015.
- 2) Identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015.

- 3) Identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015.
- 4) Identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según género; del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015.
- 5) Identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según edad; del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

En los últimos años ha aumentado considerablemente la concurrencia de personas que presentan conductas adictivas y con trastornos agudos al Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de la ciudad de Cusco; y que este problema de salud ha sido de gran preocupación por parte de la Institución para determinar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados en este Centro Hospitalario.

Es así que las personas que presentan estos problemas han sido considerados durante mucho tiempo como no tratables, se consideraba que presentaban una desviación social y eran objeto de atención por los servicios sociales, justicia y sanitarios, siendo no reconocidos como verdaderas enfermedades mentales. En la actualidad, sobre todo en el campo de las adicciones, esta situación está cambiando y se va adquiriendo plena conciencia de que estos pacientes gracias a diversos estudios y tratamientos interdisciplinarios van mejorando su estado de salud de manera integral; considerando para ello un diagnóstico preciso y real en base a una evaluación de la personalidad para su posterior tratamiento.

Su importancia radica en tomar conocimiento de manera real y precisa las características de personalidad de los pacientes que presentan conductas adictivas y trastornos agudos; con la finalidad de brindar un tratamiento que sea eficaz y que sea un medio para que el paciente pueda tener una mejor calidad de vida.

Por lo que esta investigación será un aporte como antecedente para posteriores estudios y que puedan coadyuvar a una atención especializada de manera oportuna en favor del paciente.

Así como también esta investigación sirva a los profesionales de la salud y la comunidad

- Para ver la labor que realiza el trabajo del psicólogo.
- Para implementar programas de prevención que puedan aportar a los intereses de posteriores estudios.
- Generar sensibilidad en cuanto a lo que conlleva tener conocimiento sobre el perfil clínico de personalidad de los pacientes del hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II".

El presente estudio permite revalorar el trabajo técnico profesional del psicólogo, en cuanto el empleo de instrumentos psicométricos de evaluación y diagnóstico así como en un mejor modo de ver el problema de personalidad de estos pacientes que determine mejor estrategias de abordaje terapéutico a nivel primario, secundario y de soporte familiar que sirva finalmente como guía para futuras investigaciones, especialmente las relacionadas con la evaluación y diagnóstico, el trabajo interdisciplinario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

- 1. Carmen, G. P. (2011)**, realizó la investigación titulado "Perfiles Neuropsicológicos de Pacientes Esquizofrénicos en la Batería de Luria-DNA" Salamanca-España, en la Universidad de Salamanca, para optar el Título de Doctor en Psicología, en una muestra de 150 pacientes con esquizofrenia de ambos géneros, en la muestra estudiada predominan los hombres frente a las mujeres y los niveles educativos medios-altos frente a los bajos, el diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia paranoide 65,3%, esquizofrenia desorganizada 6%, esquizofrenia catatónica 3,3%, esquizofrenia indiferenciada 5,3%, esquizofrenia residual 12%, esquizofrenia con depresión 8%.
- 2. Arana, R. M, (2013)**, realizó la investigación titulado "Factores de Personalidad en Estudiantes Universitarios Según Características de Consumo de Alcohol " Lima-Perú, en la Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú, para optar el Título de Licenciada en Psicología Clínica, en un muestra de 76 personas de ambos géneros de la U.P.U.C.P. Se encontró en el enunciado 'Pensar en reducir la cantidad que tomabas' fue el problema de mayor frecuencia entre los encuestados con un 36,9%. Seguido por 'Hacer cosas, mientras bebía, de las que te arrepentiste al día siguiente con 34,2%; y finalmente, 'Tomar para olvidarme de mis problemas' con 29%. Además de 'Tener una pelea con tus padres por tomar' (21%);

'Beber solo' (17,1%). Los problemas restantes, obtuvieron porcentajes menores a los mencionados. En cuanto a las variables asociadas al consumo, el 78,9% de los participantes que consumieron alcohol durante el último mes, lo hicieron acompañados, mientras que el 1,3% reportó hacerlo solo. Asimismo, manifestaron beber en lugares como: fiestas y reuniones (69,7%), casa de amigos (46,1%), discotecas y pubs (31,6%), y en su casa (19,7%).

3. **Jorge L. P. C., Cesar S.S.M. (2014)**, realizó la investigación titulado "Trastornos Mentales en Estudiantes de Medicina Humana en Lambayeque-Perú Durante el 2012", para optar el título de Médico Cirujano, en una muestra de 284 alumnos la media edad fue 21,05 fue de 57,4% fueron mujeres, 98,2% solteros, 61% cursan ciencias básicas, 6,7% tenían diagnóstico previo de depresión y 7,4% tienen diagnóstico previo de ansiedad, 140 estudiantes (49,07%) tuvieron al menos un trastorno mental, los trastornos mentales con mayor prevalencia fueron el trastorno hipomaniaco (19,7%) y el episodio depresivo (17,3%).

4. **Fernández J. L. C. (2012)**, realizó la investigación titulado "**Perfil de Personalidad de los Pacientes Adictos en el Hospital de Salud Mental "Juan Pablo II", en la Universidad Andina del Cusco**", Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología, en una muestra de 102 pacientes, quien llegó a las siguientes conclusiones.- Los resultados de los niveles de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia y depresión según el factor autoexpresión en situaciones sociales, arroja un 67% de nivel muy bajo en pacientes con depresión ante un 40% de los pacientes con esquizofrenia. El patrón evitativo, Agresivo - sádico y antisocial presenta indicadores moderados.-Los patrones moderados, Dependiente, Pasivo – agresivo y compulsivo presenta indicadores sugestivos y el patrón Narcisista presenta indicador bajo.- Los resultados de los niveles de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia y depresión según el factor Defensa de los propios derechos como consumidor reflejan un nivel alto de paciente.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Perfil Según la Teoría de Millón.

El término personalidad procede del vocablo latino persona, que originariamente se refería a la máscara que utilizaban los actores en el teatro clásico. Como la máscara asumida por el actor, el término persona sugería una pretensión de apariencia, es decir, la pretensión de poseer rasgos distintos de los que caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara. Al cabo del tiempo, el término persona perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no a la máscara, sino a la persona real o sus características explícitas. El tercer y último significado del término de personalidad profundiza en la impresión superficial para iluminar el mundo interno, casi nunca manifestó, y las características psicológicas ocultas de la persona. Por tanto, a lo largo de la historia, el significado del término ha pasado de ser una ilusión de lo externo a referirse a una realidad externa y, finalmente, a rasgos internos oscuros u ocultos. Este último significado es el más cercano al uso contemporáneo del término. Hoy en día, la personalidad se define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación compleja de la persona.

La personalidad suele confundirse con dos términos relacionados con ella: temperamento y carácter. Aunque en el lenguaje cotidiano los tres tienen un significado similar, el carácter se refiere a las características adquiridas durante nuestro crecimiento y conlleva un cierto grado de conformidad con las normas sociales. El temperamento, por el contrario, no es el resultado de la socialización, sino que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Puede decirse de una persona que tienen "un buen carácter" y de otra que tienen "un temperamento irritable". Por tanto, el carácter refleja el resultado de la influencia de la educación, mientras que el temperamento representa la influencia de la naturaleza, físicamente codificada. (SETH, CARRIE, SARAH, & ROWENA, 2006, pág. 8)

2.2.2 Personalidad según (Gordon , Psicología una Perspectiva Científica, 2001, pág. 9)

2.2.2.1 Definición de personalidad.

Es un sistema único, que involucra una particular forma de pensar, sentir y actuar; comprendiendo, en consecuencia, los procesos psicológicos cognitivos, afectivos.

2.2.2.2 Persona, Organismo, Psiquismo.

El termino persona hace referencia a cada ejemplar o miembro de cualquier especie. Así, cada uno de nosotros es un individuo que pertenece al género "homo", especie "sapiens", del mismo modo que cada perro es un individuo que pertenece a la especie de los "canis familiaris".

La categoría organismo indica el conjunto integrado de las funciones biológicas y la estructura anatómica subyacente que se encuentra en su base.

El termino procesos psicológicos a su vez hace referencia al conjunto de funciones mentales que, por supuesto, encontramos también en cierto tipo de animales superiores (hay memoria, sensaciones y emociones en los reptiles y mamíferos, por ejemplo). Hay, por lo tanto, psiquismo animal.

2.2.2.3 Componentes de la personalidad

Tradicionalmente, se ha considerado que la personalidad está constituida por dos componentes el temperamento y el carácter.

a) Temperamento.

Relacionado por aspectos hereditarios.

1) Bases fisiológicas del temperamento.

-Fuerza: Que expresa la capacidad de trabajo, la sensibilidad para reaccionar. Una excitación fuerte se muestra, por ejemplo, en un esfuerzo constante y prolongado ante una tarea nueva, una inhibición fuerte se muestra en tareas de concentración y para contener nuestros movimientos.

La debilidad de los procesos nerviosos se puede evidenciar por un rápido agotamiento.

-Equilibrio: Interacción entre excitación – inhibición. Puede haber equilibrio o predominio de uno de ellos. El equilibrio se aprecia en el dominio de sí mismo, en tanto que el desequilibrio se expresa en la excitabilidad emocional.

-Movilidad: Se refiere al cambio de excitación a inhibición y viceversa; esta realidad se hace notoria cuando pasamos de una actividad de otra. Cierta inercia en los procesos nerviosos de los niños les puede ocasionar problemas en los cambios de actividad.

2) Tipos de temperamento.

- **Sanguíneo:** Actividad nerviosa fuerte, equilibrada, móvil: el individuo es vivaz y movable, procura el cambio de actividad con frecuencia.

- **Flemático:** Actividad nerviosa fuerte, equilibrada. Las reacciones del individuo son lentas, con tendencia a mantenerse constante en una cierta actividad.

- **Colérico:** Actividad nerviosa fuerte y desequilibrada, el individuo tiene reacciones rápidas, explosivas y energéticas, capaz de desplegar gran apasionamiento por alguna actividad.

- **Melancólico:** Actividad nerviosa débil, el individuo se ofende con facilidad, tiene tendencia a sentir profundamente, incluso los acontecimientos más insignificantes, reacciona exteriormente con mucha debilidad.

b) Carácter.

Etiológicamente, la palabra "carácter" está asociada a la impresión de un sello distinto, pues proviene del campo del grabado; "rasgo", en cambio, proviene del campo del dibujo, muy próximo, por tanto, al anterior (ambos términos, en sentido figurado denotan lo que es distinto de las personas).

c) Diferencias entre temperamento y carácter.

Temperamento	Carácter
Determinado por un conjunto de características de la actividad nerviosa y endocrina.	Determinado por el conjunto de relaciones sociales en la actividad del sujeto.
Es el componente más estable, difícilmente modificable.	Se modifica por la actividad social, tiende a estabilizarse.
Se manifiesta en la afectividad, fuerza, equilibrio, dinámica de la actividad y las reacciones.	Se manifiesta en las relaciones sociales y en el modo de realizar las actividades. Está ligado al aspecto ético-volitivo.
Condiciona la aparición de ciertos rasgos del carácter.	Regula la manifestación de algunas características del temperamento.

2.2.2.4 Características de la Personalidad.

1. Estructura.

Cuando un actor de teatro sale a escena a representar una obra teatral, éste expresa en su papel sus sentimientos, ideas, actitudes y emociones. Aquí el público percibe al actor como un todo, no como un sujeto dividido en partes.

2. Individual.

La palabra individual alude a la naturaleza única y características de cada personalidad.

3. Dinámica.

Las personas cambiamos con el tiempo. Las experiencias y los conocimientos que vamos adquiriendo nos ayudan a facilitar ese cambio. .

4. Estable (constante).

El desarrollo de la personalidad supone experimentar todo un conjunto importante de cambios. La personalidad es más o menos estable a lo largo del ciclo vital ya que puede sufrir una serie de cambios dentro de ciertos límites.

2.2.2.5 Origen Social.

Toda personalidad es producto de las relaciones sociales que mantengan; por ello podemos decir que la formación de la personalidad depende, principalmente, de la manera como el medio social ha influido sobre el individuo. El aspecto más importante para la formación de la personalidad no es el medio físico, sino el social. El medio, conjunto de circunstancias en que se desarrollan las existencias individuales, es complemento indispensable del ser vivo. También lo es, por supuesto, del hombre, quien no es comprensible sin referencia al medio; pero, a diferencia de lo que ocurre con otros seres vivos, para los seres humanos, el medio no es sólo el medio natural, sino principalmente el medio humano, cultural y social. El ser humano no se puede explicar, totalmente, a partir de su organización biológica, porque su comportamiento y sus actitudes específicas tienen por fuente y condición esencial la sociedad.

2.2.2.6 Factores de la Personalidad.

1. Factores biológicos.

Este es un factor que condiciona el desarrollo de nuestra personalidad. Es sobre esta base material que el ambiente va influir transformando al hombre en un ser social, con un psiquismo, conciencia y personalidad. Aquí, lo biológico está constituido por la estructura orgánica que hereda el individuo y que se va a expresar a través de su temperamento. Por ello, cada uno de nosotros tendrá una manera muy particular de reaccionar ante diferentes situaciones.

Otra forma de enfocar la importancia y la participación de los factores biológicos de la personalidad, es analizando cómo al producirse alteraciones en el funcionamiento biológico y de la personalidad.

Así por ejemplo, lesiones en el lóbulo frontal ocasionan alteraciones afectivas y motivacionales, la persona se torna apática, sin iniciativas y con dificultades para tomar decisiones propias.

2. Factores Sociales.

Las condiciones y relaciones sociales influyen de manera determinada en el desarrollo de nuestra personalidad desde el momento en que nacemos, los diferentes agentes de socialización (familia, escuela, comunidad, medios de

comunicación), han ido contribuyendo al desarrollo progresivo de ese edificio tremendo que es nuestra personalidad.

El componente afectivo, aunque en su base está condicionado por el sistema nervioso, depende básicamente de las relaciones interpersonales que hayamos establecido.

El componente intelectual, aunque posee un conjunto de predisposiciones fisiológicas, está determinado, principalmente, por la estimulación ambiental y la influencia educativa y cultural.

El comportamiento volitivo moral está vinculado al aprendizaje de normas, la identificación con modelos, y ya en la vida adulta se evidencian con mayor claridad la importancia de las relaciones económicas y políticas que tenemos como miembros de una clase social determinada.

3. Factores personales.

El ser humano no es un ente pasivo, es un agente activo en la transformación del medio y también en la transformación de sí mismo, veamos de qué manera: Nuestros ideales nos indican el curso de nuestras acciones, esto influirá notablemente en las decisiones que tomemos y en las metas y planes de elaboración.

La autoevaluación, la forma como cada uno se valora, influye notablemente a la hora de tratarse metas.

- Los intereses orientan nuestra conducta hacia determinada actividad (Instituto de Ciencias, 2001, pág. 13)

2.2.2.7 Teoría de los rasgos (Gordon W., 2000, pág. 13)

Según Allport, los seres humanos tenemos dos niveles de funcionamiento: uno que está ligado al proceso de satisfacción de nuestras necesidades biológicas al que Allport denomina funcionamiento oportunista y otros que están vinculados al funcionamiento del ego al que denomina funcionamiento apropiado.

Veamos las diferencias de estas dos tendencias de la personalidad:

El funcionamiento oportunista, es la tendencia a la supervivencia biológica a través de la satisfacción de necesidades primarias.

Funcionamiento apropiado, está al servicio del desarrollo superior del individuo, lo impulsa hacia el futuro; incluye los aspectos que son más esenciales para una persona y está ligado por ello al sentido de la vida.

Este funcionamiento apropiado es el aspecto más importante para entender la conducta humana. Involucra aspectos como la identidad personal, la autoestima, las aspiraciones, etc.

Todo rasgo encarnado en un individuo será, por ello, siempre un rasgo personal. Allport diferencia tres tipos de rasgos personales.

A. Rasgos Cardinales

Son aquellos que prácticamente definen la vida y la personalidad de alguien. Impregnan todo lo que piensan, siente y hace una persona. Alguien que dedica su vida a la búsqueda de fama, fortuna o poder.

B. Rasgos Centrales

No necesitamos todos los rasgos registrados en un diccionario para describir adecuadamente la personalidad, basta con un número limitado de ellos para obtener una caracterización razonablemente completa.

C. Rasgos Secundarios

Los menos frecuentes y los menos importantes para comprender la dinámica de la personalidad. Incluyen actitudes específicas y preferencias, como el tipo de música (en tanto pasatiempo menor) o alimentos que aún no le gustas. Incluyen también reacciones circunstanciales muy particulares. (Gordon W, 2001, pág. 14)

2.2.5 Adicciones (Van Vranken, 2007, pág. 14)

2.2.5.1 Definición de adicción.

La adicción es toda conducta sistemática que genera una transformación obstaculizadora en la reproducción de su vida cotidiana y que pueda categorizarse como adictiva.

2.2.5.2 Causas De La Adicción.

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social. Esto quiere decir que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo. Su etiología no lineal, multifactorial y sistemática hace difícil comprenderla con una visión lineal o simplista de una causa – un afecto. Este hecho es además importante en el tratamiento de estos desórdenes, pues cada persona es diferente y muestra distintos matices del problema de modo que es necesario individualizar cada caso y realizar un estudio amplio de la historia personal, familiar antes de hacer un diagnóstico.

Hay algunas causas centrales que pueden iniciar el consumo y que también intervienen en la continuidad del mismo:

- Como una respuesta ante la angustia.
- Ante una anestesia de un dolor irresistible.
- Ante un intento de fuga a una realidad intolerante.
- Para poder avanzar sobre una realidad imposible de avanzar.
- Para superar una inhibición.
- Al desamparo (social-familiar).
- En situaciones de aislamiento y soledad.
- En satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinadas sustancias.
- A presión de sus pares y necesidad de pertenencia a un grupo, y de ser aceptado.
- En ausencia de proyectos, falta de autoestima.
- A un ambiente desfavorable, crisis familiares.
- Fácil acceso a sustancias adictivas.
- Tener experiencias nuevas, emocionantes o peligrosas.

Pero, la curiosidad, el ver qué pasa y creer que poseen el manejo de las drogas es la sutil entrada al consumo, unido a la inseguridad y al desamparo que vivencia. La publicidad presenta un mundo deslumbrante, fácil y cómodo, que no concuerda con la realidad que lo circunda, hace que busquen una satisfacción artificial que los aleje, aunque sea en forma momentánea, de esa realidad displacentera.

2.2.5.3 Proceso De La Adicción.

Algunas personas son más susceptibles a la adicción que otras. Son susceptibles a ella las personas que no saben cómo establecer relaciones saludables.

La adicción es una creencia activa en un compromiso ante un estilo de vida negativo, comienza y crece cuando una persona abandona los caminos naturales de satisfacción de necesidades emocionales al conectarse con otra gente, con su propia comunidad, consigo mismo y de los valores propios en favor de la elevación adictiva, causa el desarrollo de la adicción y su gradual poder.

Toda adicción comienza con un acto voluntario, simplemente hacer una actividad diferente, probablemente comience como una actividad socializante. Pronto decide repetir la experiencia, porque le gustó, y le hace sentir bien, según la influencia de su espacio social, la contención familiar, sus fantasmas inconscientes y su capacidad de sublimación, se detendrá, lo restringirá para momentos espaciales, o continuará la escalada tóxica convirtiéndose el consumo en algo cada vez menos manejable. Ahora esa actividad pasa ser un vicio y cuando uno pierde la capacidad de controlar cierta actividad, entonces ya se incorporó una adicción.

Sospecharemos estar en presencia de una personalidad en la cual no funcionan sus sistemas de control, con un bajo grado de libertad, es decir, estaremos ante una personalidad en crisis y/o prepatológica al consumo de drogas.

Es necesario ver a la adicción como un proceso gradual, como una enfermedad que va en desarrollo continuo, desde un definido aunque poco claro comienzo, hasta un punto final.

A lo largo de este proceso la persona pasa por diversas etapas que reflejan el agravamiento progresivo del desorden adictivo.

Las distintas etapas de la adicción se relacionan a la severidad del proceso adictivo y el impacto que la adicción tiene en la vida del adicto:

- a. Etapa temprana o de iniciación:** En esta etapa ya la química cerebral está alterada, y esto se manifiesta en episodios de uso descontrolado que pueden no ser tan severos y frecuentes, pero son evidencia de la instalación del desorden bioquímico cerebral. Aun así la relación que la persona ha desarrollado con el sustrato de su uso, lo motiva a continuar usando, debido al refuerzo psicológico que el consumo de la sustancia o la práctica de la conducta, tiene sobre su comportamiento. Ya existe el pensamiento adictivo y comienza a manifestarse como una preocupación con el uso. Puede haber deseos automáticos y ya la persona comienza a intervenir tiempo no programado en actividades relacionadas con el uso.
- b. Etapa media de abuso o adictiva:** La pérdida de control es obvia y los episodios de consumo son más intensos y frecuentes. Ya comienza a haber problemas familiares serios debido al tiempo que la persona ocupa en actividades con la adicción y el uso. El pensamiento adictivo hace más intenso debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta. Comienzan a presentarse problemas laborales y escolares debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta. Comienzan a presentarse problemas laborales y escolares debido al mal funcionamiento psicosocial. La química cerebral ha cambiado de manera importante y la personalidad de la persona también ha cambiado, casi siempre con más irritabilidad, ansias tanto del adicto como de las personas que lo rodean.
- c. Etapa agravada, crítica o terminal:** La inhabilidad para detener el consumo marca esta etapa del proceso adictivo. Problemas financieros severos podrían aparecer y el aislamiento social se hace evidente y marcado. Problemas en las relaciones familiares que pueden llegar a la separación. Pérdidas de empleo y deterioro del funcionamiento laboral se hacen presentes de manera que el adicto no puede muchas veces, ni conseguir ni mantener un empleo.

La depresión característica de esta etapa puede ser mal interpretada como primaria, pero es en realidad secundaria al desorden adictivo.

Igualmente la autoestima se ha deteriorado mucho y puede aparecer psicosis tóxica, en las adicciones químicas, e ideación psicótica en las adicciones de conducta.

Estas fases no están separadas realmente y se sobreponen de manera que, es difícil saber exactamente donde está ubicado un adicto en el proceso, pero en la mayoría de los casos se pueden utilizar para atender mejor la severidad del problema y las necesidades individuales del tratamiento.

2.2.6 Tipos de Adicciones.

La naturaleza exacta de las adicciones continua siendo motivo de análisis científico y cada día se hacen descubrimientos que nos facilitan la comprensión de este fenómeno.

Estudios demuestran que existen cambios neuroquímicos involucrados en las personas con desórdenes adictivos y que además es posible que exista predisposición genética a desarrollar estas enfermedades.

Algunos casos de adicciones que podemos mencionar son:

Las de ingestión: Sustancias psicotrópicas como el alcohol, la nicotina y diferentes tipos de drogas.

Las de conductas: Adicción al cyber, a los videos juegos, al gimnasio, a la televisión, al trabajo, a jugar, a las comidas o componentes comestibles, al sexo, a la pornografía, a sectas, a mentir, a robar, al celular, al trabajo, a las relaciones interpersonales y otros.

2.2.6.1 Definición de los Trastornos de Personalidad.

Si bien las primeras descripciones de la personalidad y sus tipos provienen de la antigua Grecia, cuando Hipócrates describió los cuatro temperamentos:

El pesimista melancólico, el optimista sanguíneo, e irritable colérico y el apático flemático, basándose en los cuatro fluido corporales, los trastornos de la personalidad no han estado reconocidos de manera explícita como a trastornos psiquiátricos hasta hace muy poco.

La etiqueta trastorno de personalidad ha estado aplicada durante mucho tiempo a procesos difíciles de entender, que no encajaban en las categorías

diagnósticas o que no tenían tratamiento, y adquiriendo, en algunas ocasiones, connotaciones peyorativas (Widiger & Tyrer, 2015, pág. 19) Con la aparición de la clasificación multiaxial de las enfermedades psiquiátricas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, y la clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno, que se hacen patentes en un amplio rango de contextos sociales y personales.

Solo cuando los rasgos de la personalidad son inflexibles y mal adaptados causan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad propiamente dicho.

Se puede afirmar que prácticamente todas las definiciones de los trastornos de la personalidad incluyen cuatro conceptos fundamentales:

- Tienen un reconocimiento en la infancia o adolescencia.
- Persisten en el tiempo.
- La huella de la conducta anómala en las situaciones sociales y personales constituyen la característica más relevante.
- Se asocian con un substancial grado de sufrimiento personal o de problemas en relación al rendimiento social, laboral o ambos (Reich & Noyes, 1986, pág. 19)

A partir de la publicación de la clasificación DSM-III (DSM-III) fueron aumentadas las investigaciones, buena parte de ellas promovidas por la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales, como también por la influencia de las anomalías de la personalidad en la evolución y respuesta al tratamiento de aquellas patologías. A partir de estos estudios se vio que los trastornos de la personalidad tienen una elevada prevalencia en nuestra sociedad y aumentan en riesgo la vulnerabilidad hacia otros trastornos.

2.2.6.2 Factores Etiológicos.

Hasta el momento actual se sabe relativamente poco de las causas de los trastornos de personalidad. No obstante, existen tres tipos de factores que en la actualidad se postulan como los responsables de la aparición de los trastornos de la personalidad.

a. **Factores Genéticos.**- La influencia genética es un factor etiológico importante, y los hallazgos en esta área han estado útiles para estimar el grado de heredabilidad de la personalidad y de sus trastornos.

Un estudio que comparó la personalidad en gemelos dizigóticos importantes y homocigóticos ha confirmado que casi el 50% de la variabilidad observada en la personalidad, es atribuible a factores de tipo genético. La influencia del medio ambiente compartido no era significativa, lo que sugiere que la personalidad puede no estar determinada por las tradiciones familiares, sino por una combinación de experiencias que son únicas para el individuo y derivadas de las experiencias externas. Se considera que los trastornos de la personalidad son menos heredables que los rasgos. (Bouchard, 1994, pág. 20)

La mayor evidencia de que los factores genéticos influyen en los trastornos de la personalidad procede de las investigaciones realizadas con 15.000 pares de gemelos norteamericanos. (Robins, 1966, pág. 20) Entre los gemelos univitelinos, la concordancia para los trastornos de la personalidad fue varias veces más elevada que entre los bivitelinos.

Los trastornos de la personalidad del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) son más frecuentes entre los familiares biológicos de las personas esquizofrénicas que entre los grupos control. Se ha detectado mayor número de familiares con trastornos esquizotípicos de la personalidad en los antecedentes de las personas esquizofrénicas que entre los grupos de control. Existen una menor correlación entre los trastornos esquizoide o paranoide de la personalidad y la esquizofrenia.

Los trastornos de la personalidad del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) tienen aparentemente una base genética. El trastorno antisocial de la personalidad se asocia a los trastornos por consumo de alcohol. La depresión es frecuente en los antecedentes familiares de los pacientes con trastornos del estado de ánimo que los grupos de control, y el trastorno de la personalidad. Estos pacientes tienen más familiares con trastornos del estado de ánimo que los grupos de control, y el trastorno límite de personalidad, los trastornos afectivos suelen coexistir con frecuencia. Se ha observado una

solideración entre el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno por somatización (síndrome de Briquet); existe entre estos pacientes un solapamiento de síntomas.

Los trastornos de la personalidad del grupo "C" (por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, y no especificado) pueden tener también una base genética. Los pacientes con trastornos de la personalidad por evitación suelen experimentar un nivel elevado de ansiedad. Los rasgos obsesivo-compulsivos son más frecuentes entre los gemelos univitelinos (se aplica al mamífero que ha sido originado a partir del mismo óvulo fecundado del que ha originado su hermano) que entre los bivitelinos (mamífero que ha sido engendrado a partir de un óvulo diferente al óvulo del que se ha originado su hermano, cada uno de los dos embriones resultantes de la fecundación poseen su propia placenta), y los pacientes con un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad muestran algunos signos asociados a depresión, por ejemplo, acortamiento de la latencia REM (es cuando hay más actividad onírica, es decir, es cuando soñamos), y resultados anormales en el test de supresión (es un mecanismo adaptativo) con dexametasona (TSD).

b. Factores biológicos: Según (kaplan, 1988, pág. 21) los factores biológicos quien intervienen en los trastornos de la personalidad son:

Hormonas. Las personas que presentan rasgos de impulsividad a menudo tienen unos niveles elevados de testosterona.

Los resultados del test de supresión con dexametasona (TSD) son anormales en algunos pacientes con un trastorno límite de la personalidad con síntomas depresivos.

Los estudios sobre rasgos de personalidad y los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos indican que a estos neurotransmisores tienen una función activadora. Los niveles de ácido hidroxindolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, son bajos en personas que intentan suicidarse y en pacientes impulsivos y agresivos.

Cuando se eleven los niveles de serotonina mediante fármacos serotoninérgicos, como la fluoxetina, pueden producirse cambios espectaculares en algunos rasgos de personalidad. La serotonina reduce la

depresión, la impulsividad y la rumiación en muchas personas, y puede producir una sensación de bienestar general.

El incremento de la dopamina en el sistema nervioso central, producido por ciertos psicoestimulantes (como las anfetaminas), puede inducir euforia. Los efectos de los neurotransmisores sobre los rasgos de personalidad han generado un gran interés, y una gran controversia sobre si resultan innatos o adquiridos. Siguiendo un reciente trabajo de J.L. Carrasco (Carrasco, 1997, pág. 22) en el que expone una serie de indicadores biológicos que permiten agrupar los rasgos de personalidad en distintos grupos y su consecuente correlato clínico.

Así pues el déficit de actividad dopaminérgica frontal sería el indicador biológico del rasgo cognitivo de la personalidad siendo su afectación clínica los trastornos esquizoide, esquizotípico, límite y antisocial. Este mismo estudio, destaca que la disminución del aerosol (activación cerebral), la disminución MAO plaquetaria y las alteraciones de los metabolitos de la noradrenalina darían un indicador biológico del rasgo exploratorio de la personalidad, siendo su correlato clínico los trastornos límite, histriónico, antisocial y el trastorno por hiperactividad y déficit de atención que como ya sabemos es frecuente encontrarlo en la infancia de muchos sujetos que posteriormente padecen un trastorno de la personalidad. Así también el indicador biológico del rasgo afectivo de la personalidad vendría dado por la hiperactividad serotoninérgica siendo su afectación clínica los trastornos histriónico y límite de la personalidad.

En lo que respecta al rasgo impulsivo de la personalidad, se debería a una hipoactividad serotoninérgica sub cortical, siendo la afectación clínica los trastornos límite, histriónico y antisocial de la personalidad e incluiría el trastorno explosivo intermitente y otros trastornos del control de impulsos, que tan frecuente aparecen conviviendo con las alteraciones de la personalidad.

2.2.6.3 Tipos de Trastorno de Personalidad

A) Trastorno de Personalidad Paranoide.

La sintomatología esencial consiste en una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes para él.

Epidemiología: prevalencia en la población general oscila, según los diferentes estudios entre el 0,5 % y el 2,5%. Estos pacientes raramente buscan tratamiento por sí mismos y cuando son enviados a consulta por su cónyuge o por su jefe en el trabajo pueden serenarse y simular como personas que no experimentan malestar alguno, dato este por lo que se estima que este trastorno más abundante de lo que parece en los familiares de los pacientes con personalidad paranoide. Se ha comprobado una mayor incidencia en grupos minoritarios, sujetos pertenecientes a sectas, inmigrantes y sordos.

Manifestaciones Clínicas.- Estas personas son sujetas que se creen explotados por los demás, son desconfiados, patológicamente celosos, reaccionan a menudo de forma agresiva. Afectivamente individuos fríos, egocéntricos y rígidos, no tiene mucho deterioro social ya que suelen guardar para si sus ideas, solo en casos graves se ven afectadas las relaciones de tipo social. Tienen una cierta incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios, presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad, hay una predisposición a sentirse excesivamente importantes con una actitud autorreferencial constante, sienten preocupación por conspiraciones sin fundamento, son rencorosos, desconfiar de los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra, se enorgullecen de ser racionales y objetivos, lo cual no es cierto. Se muestran muy impresionados por el poder y el rango social, expresan desdén por aquellas personas que consideran débiles, enfermas o con defectos. En situaciones cotidianas pueden parecer muy competentes pero habitualmente generan conflictos a los demás.

Curso y pronóstico.- Lo más frecuente es que el trastorno perdure a lo largo de la vida del sujeto, siendo en algunas ocasiones un prelude de cuadros esquizofrénicos. En situaciones de estrés la sintomatología se exagera. En general su vida se caracteriza por problemas de convivencia y de dificultad de trabajo en equipo protagonizando frecuentemente problemas laborales y de pareja.

B) Trastorno Personalidad Esquizoide.

Consiste en una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y una afectividad muy limitada. Son sujetos que no desean ni disfrutar con las relaciones íntimas, solitarios, que casi nunca experimentan emociones fuertes, como ira o alegría.

Epidemiología.- La prevalencia del trastorno esquizoide no está claramente establecida, pero puede afectar a un 7,5 % de la población general. Algunos estudios indican un cociente hombre, mujer de 2 a 1.

Manifestaciones clínicas.- Dan la impresión de ser personas frías y distintas, presentan una gran incapacidad para sentir placer, frialdad emocional, respuesta pobre a los elogios, poco interés por las relaciones sexuales, ausencia de relaciones personales íntimas, tienen tendencia a desempeñar trabajos solitarios nocturnos para tratar con un menor número de personas, todas sus actividades se caracterizan por que no requieren implicación personal destacando en actividades de investigación, son solitarios, no presentan conductas agresivas que suplantadas por fantasías de omnipotencia o resignación.

Curso y pronóstico.- Suelen iniciarse en las primeras épocas de la infancia, es de larga duración ya que es un patrón de conducta que permanece toda la vida. Se desconoce cuál es la proporción de pacientes que evolucionan hacia la esquizofrenia si bien parece que para que esto ocurra se tiene que dar factores biológicos de cierta predisposición.

C) Trastorno Personalidad Esquizotípico.

Epidemiología: Aparece en un 3 % de la población y se aprecia un mayor número de casos entre los familiares de pacientes esquizofrénicos y una mayor incidencia entre los gemelos mono cigóticos que entre los dicigóticos.

Manifestaciones clínicas.- El pensamiento y la comunicación están alterados, pueden presentar descompensaciones psicóticas, pueden ser supersticiosos o manifestar poderes de clarividencia. Su mundo interno se alimenta de relaciones imaginarias, experiencias perceptivas inhabituales, comportamiento

y apariencia rara, falta de amigos íntimos, afectividad inapropiada, ansiedad social excesiva.

Grupo B. Incluye los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista.

D) Trastorno Personalidad Antisocial.

También se denomina trastorno disocial y se caracteriza por una pauta de conducta irresponsable al margen de las normas sociales que ya aparece en las etapas infantiles que continúa y se amplía en la edad adulta.

Epidemiología.- La prevalencia de este trastorno es del 3 % en los hombres y del 1 % en las mujeres. Es más frecuente en las áreas urbanas deprimidas y en poblaciones carcelarias puede alcanzar el 75 %. Existe un patrón familiar que se manifiesta con una frecuencia cinco veces mayor entre los familiares de primer grado de los varones afectados que entre los familiares de los sujetos control.

Manifestaciones clínicas.- Como ya hemos dicho anteriormente este trastorno es de aparición temprana y los signos infantiles típicos son mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, peleas, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física. En la edad adulta continúa esta pauta, lo que les conduce a un fracaso en la actividad laboral en el mantenimiento de obligaciones económicas, familiares, etc. En muchos casos llevan a cabo conductas delictivas, son sujetos irritables y agresivos, son protagonistas de violencia doméstica sobre todo cuando se añade frecuentemente el abuso de drogas y alcohol, realizan conductas temerarias sin preocupación por la seguridad personal o ajena, es también frecuente la promiscuidad sexual y la dejación de deberes paternos y conyugales. Hay que destacar la ausencia de culpabilidad respecto sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas. El que la edad de comienzo sea temprana les lleva a un grave deterioro impidiendo desarrollo de un adulto independiente y autosuficiente, lo que da lugar en muchos casos a años de institucionalización,

con frecuencia más penal o correccional que médica. Presentan una despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, incapacidad para mantener relaciones personales y muy baja tolerancia a la frustración. Con frecuencia estas personas impresionan a las de sexo contrario por los aspectos seductores de su personalidad. No muestran rasgos de ansiedad ni depresión a pesar de sus amenazas suicidas y sus frecuentes quejas somáticas dadas sus características también se les ha denominado sociópatas y sujetos amorales.

E) Trastorno Límite de la Personalidad.

Epidemiología.- Parece ser que afecta al 2% de la población, siendo dos veces más frecuente en la mujeres que en los hombres.

En poblaciones clínicas puede llegar a un 30%. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y abuso de sustancias.

Manifestaciones clínicas.- Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad, que se manifiesta por incertidumbre ante temas vitales, como orientación sexual, objetivos a largo plazo, lo que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

Además de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos con autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaria, se implican en relaciones intensas e inestables, intentos y amenazas suicidas, sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la evaluación, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación

paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica.

Curso y pronóstico.- El trastorno es estable a lo largo de tiempo, se aprecian mejorías según el paciente llega los 35-40 años. Un porcentaje significativo llega al suicidio cuando el trastorno se asocia a enfermedad depresiva. El deterioro de sus relaciones interpersonales y la inestabilidad emocional le llevan a un aislamiento y en muchas ocasiones su falta de control de impulsos y su abuso de sustancias han implicado contactos con la justicia.

F) Trastorno Histriónico de la Personalidad.

Las personas con un trastorno histriónico son excitables, emotivas y se comportan de manera pintoresca, dramática e introvertida. También se ha

Llamado a este trastorno personalidad histérica y personalidad psicoinfantil.

Epidemiología.- Presenta una prevalencia del 2% en la población general diagnosticándose con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. En pacientes psiquiátrico hospitalizados se calcula una prevalencia de hasta 10 %. Algunos estudios han demostrado una asociación con el trastorno por somatización.

Manifestaciones clínicas.- Consiste en una pauta generalizada de comportamiento de emocionalidad y búsqueda exagerada de atención. Estos sujetos demandan apoyo, atención, y alabanza por parte de los demás, sintiéndose incómodos cuando no son el centro de atención. Son típicos los cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración, sus relaciones interpersonales son tormentosas y poco gratificantes. Tienen tendencia a la representación de su papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones, su gestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás, afectividad lábil y superficial, comportamiento y aspectos marcados por un deseo inapropiado de seducir, preocupación excesiva por el aspecto físico y considera sus relaciones más íntimas de la que son en realidad.

G) Trastorno Narcisista de la Personalidad.

Epidemiología: Se estima que la prevalencia de este trastorno es menor del 1% en la población general, apareciendo en poblaciones clínicas cifras que oscilan entre el 2% y el 16%. Cada vez se diagnostica más incidencia de individuos que presentan el trastorno.

Manifestaciones clínicas.- Son sujetos que poseen un grandioso sentido de auto importancia, se consideran especiales y por lo tanto esperan recibir un trato especial, se creen con derecho a todo. Toleran escasamente las crítica, se consideran perfectos, son ambiciosos para conseguir fama, están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor imaginarios, exige una admiración excesiva, es pretencioso, explotador, carece de empatía y es reacio a reconocer o identificar con los sentimientos y las necesidades de los demás, fingen simpatía para conseguir sus fines, dada su frágil autoestima son propenso a la depresión, sufren rechazo de los demás y dificultad en las relaciones interpersonales, presenta actitudes soberbias y arrogantes.

H) Trastorno Evitativo de la Personalidad.

Es lo que comúnmente denominaríamos timidez patológica.

Epidemiología.- Es frecuente, se considera que en mayor o menor grado afecta a un 7 % de la población general. Parece ser que los niños con un temperamento tímido son más propensos a padecer este cuadro en su vida adulta.

Manifestaciones clínicas.- Presentan una pauta generalizada de malestar en el contexto social y miedo, temor, a una evaluación negativa por parte los demás.

El sujeto presenta sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás, preocupación excesivo por ser criticado o rechazado en sociedad, resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad

de ser aceptado, restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.

Evita actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo, de estima posibles ascensos en su trabajo si ello implica un mayor contacto y relaciones sociales.

I) Trastorno Dependiente de la Personalidad.

Consiste en una pauta de conducta dependiente, sumisa y que es patente desde el inicio de la edad adulta.

Epidemiología.- Es más común en las mujeres que en los hombres, se calcula una prevalencia del 2,5 %, encontrándose datos que las personas sufren una enfermedad crónica en su infancia puede ser los más proclives al trastorno.

Manifestaciones clínicas.- Presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás, con los que están de acuerdo por medio a sentirse rechazados. Soporta mal la soledad y temen ser abandonados. Este trastorno suele incapacitarte a nivel laboral.

J) Trastornos Obsesivo - Compulsivos de la Personalidad.

También denominado trastorno o personalidad anancástica.

Consiste en una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexible.

Epidemiología.- Es más común en hombres que en mujeres y aparece con más frecuencia en los familiares de primer grado de las personas que lo padecen.

No hay datos concluyentes sobre la prevalencia ya que los diversos estudios existentes oscilan en cifras entre el 0,5 % y el 55 %.

Manifestación clínica.- Son sujetos con conductas rígidas que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables y están preocupados por las normas que ellos mismos se imponen.

Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios; perfeccionismo que interfiere en la actividad práctica; rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones interpersonales, pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones, rigidez y obstinación; insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonada a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer. (Watson & Boundy, 2005, pág. 30).

2.2.7 Teoría de Millón (Seth, Carrie, & Rowenar, 2006, pág. 30)

La teoría está basada en las derivaciones de una combinación de variables o constructos. Postula 10 estilos básicos de funcionamiento de la personalidad que pueden formarse de una matriz de 5 x 2, de dos dimensiones básicas:

La primera dimensión.- Constituye la fuente primaria de la que los pacientes obtienen comodidad y satisfacción (refuerzo positivo) o intentan evitar angustias emocionales y dolor (refuerzos negativos); así tenemos:

Patrón Activo.- Personas despiertas, atentas, participativas y manipuladoras de los sucesos de la vida para lograr gratificación y evitar muestras de malestar.

Patrón pasivo.- Apático, reservado, rendido, resignado o aparentemente satisfecho, que permite que los sucesos tomen su propio curso sin control o sin intervenir en ellos.

Combinando las 5 fuentes de refuerzo primero junto con los dos patrones instrumentales o de afrontamiento se obtiene 10 estilos básicos de personalidad.

- Activo y Pasivo Discordante
- Activo y Pasivo Retraído
- Activo y Pasivo Dependiente.
- Activo y Pasivo Independiente.
- Activo y Pasivo Ambivalente

Los estilos de personalidad reflejan características permanentes del funcionamiento del paciente. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas ya que los pacientes están automatizados con este modo de vida y con frecuencia son conscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad el estilo de funcionamiento desadaptado de los pacientes podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderado o marcada gravedad. Las etapas avanzadas de la patología reflejan un deterioro de la estructura personal. (Millon, 1996, pág. 31)

2.2.8 Teoría Basada En La Estructura De La Personalidad Patológica.

2.2.8.1 Patrones Clínicos de Personalidad:

Escala 1: Esquizoide, orientación pasiva-retraída.- Carencia de deseo incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como a sus demandas.

Escala 2: Fóbica (evitativa), orientación Activa-retraída.- Experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantiene una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otro. A pesar de los deseos de relación ha aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en una buena medida la distancia interpersonal.

Escala: 3 Dependiente – (sumisa). Orientación pasivo- dependiente.- Han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y

seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia de esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia del sobre- protección parental. Han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometiéndose a los de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: histriónica: Orientación Activa. Dependiente.- Se vuelven a otros mediante una superficial y emprendedora manipulación de sucesos de tal manera que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o desaprobación de los demás. Muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y seguridad.

Sin embargo, bajo esta apariencia se encuentra una autoconfianza engañosa y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Escala 5: Narcisista orientación positiva-independiente.- Se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer simplemente por permanecer pasivos o centrados en sí mismos. Sobre estiman su propio valor, presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante.

Explotan a los demás aun sin intención o propósitos conscientes. Confianza en que las cosas saldrán bien lo cual les proporciona pocos incentivos para comprometerse.

Escala 6A: antisocial, orientación activa- independiente.- Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depresión de otros, esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno de uno mismo deseo de autonomía, venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos.

Escala 6B: Agresivo-sádico. Orientación activo-discordante.- Son hostiles acentuadamente delicados y parecen diferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos que pueden ser abusivos y brutales. Muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Escala 7: compulsiva. Orientación- pasiva-ambivalente.- Han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás, su conducta prudente controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaparición social. Resuelven esta ambivalencia no solo suprimiendo el resentimiento sino también sobre aceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismo y los demás: autor restricciones disciplinarias derivan de una posibilidad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. A esto subyacen un enfado intenso y sentimiento opositor que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8A: Pasivo- agresivo. Orientación activo-ambivalente. Pugnan entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Los conflictos permanecen cerca la conciencia e invaden la vida cotidiana. Se meten en discusiones y riñas interminables ya que se vacilan entre la diferencia y la obediencia el desafío, negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entre mezclando con periodos con culpabilidad y vergüenza.

Escala 9B: Autodestructiva (masoquista) orientación pasivo-discordante.- Se relaciona con los demás de una manera auto sacrificado, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ello.

Afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia estados que experimentan como reconfortantes., recuerdan activa y repetidamente resultados potenciales más problemáticos.

Actúan de manera modesta e intentan pasar desapercibidos, intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

2.2.8.2 Patología Severa De La Personalidad.

Escala E: Esquizotípico.- Prefieren el aislamiento social con misma obligación y apegos personales. Inclutados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y son percibidas como extrañas y diferentes.

Dependiendo de si son activos o pasivos muestran una cautela ansiosa e hipersensible o de un desconcierto emocional y falta afecto.

Escala L: Limite (bordeline).- Experimentan intensos estados de ánimo endógenos con periodos recurrentes de abatimiento y apatía entre mezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, para mantener un claro sentimiento de identidad y muestran una evidencia ambivalencia cognitivo-afectivo con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide.- Muestran desconfianza vigilante respecto de los demás y una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia lo que los conduce a resistirse al control y a las influencias externas. Hay inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez de sus pensamientos.

2.2.8.3 Síndromes Clínicos.

Escala A: Ansiedad.- Informan de sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son tensos indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una variedad de malestares físico, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Muestran estados generalizados de tensión manifestados por una incapacidad de relajación como movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse y fácilmente se muestran excitados y tienen un

sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad y generalizada.

Escala H: histeriforme (tipos somato forme).- Dificultades psicológicas expresadas de canales somáticos, periodos persistentes de agotamiento y abatimiento preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática de dolores en diferentes regiones. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

Escala D: Neurosis depresión (distimia).- Alegría superficial, elevada las puntuaciones altas implican aunque no parezcan en la vida cotidiana del paciente se ha visto a afectado en un periodo de dos a mas años con sentimientos de desamino o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía, baja autoestima, con frecuencia expresiones de inutilidad, comentarios auto desvalorativos. Durante los períodos de depresión pueden haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivo ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, perdida marcada de interés, pero actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

Escala B. Abuso de alcohol.- Las puntuaciones altas probablemente indican una historia de alcoholismo, con esfuerzo por superarlo, pero con mínimo éxito y como consecuencia experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

Escala T: Abuso de drogas.- Tienden a tener dificultades al reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de los limites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

2.2.8.4 Síndrome Clínico Severos.

Escala SS: Pensamientos psicóticos.- Se clasifican como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniforme dependiendo de la extensión y

cursos del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apreciando con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño, los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estos aislados e incomprensidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento vigilante.

Escala CC: Depresión mayor.- Habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación, marcando enlentecimiento motor, otro muestran una cualidad agitada paseando continuamente y lamentado su estado triste. Disminuyendo su apetito, agotamiento, ganancia, pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz, problemas de concentración, sentimiento de inutilidad, o culpabilidad, ideas obsesivas.

Escala PP. Trastorno delirantes.- Considerados paranoides agudos pueden llegar a experimentar delirios irracionales para interconectados, de naturaleza celotipia, persecutoria o de grandeza, el estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados. (Hernandes Bayona, 2004, pág. 36)

2.3 DEFINICION DE TÉRMINOS OPERACIONALES

2.3.6 PERFIL DE PERSONALIDAD

Es el conjunto de características personales que describen alteraciones de tipo clínico y puede indicar si una persona presenta un trastorno específico por ejemplo hipocondría, paranoia, etc. (Seth C. S., 2006, pág. 36).

2.3.7 PERSONALIDAD

La personalidad es un patrón de características que configura la constelación compleja de la persona (Piaget, 2004, pág. 36)

2.3.8 CONDUCTA ADICTIVA

La conducta adictiva se caracteriza por la capacidad que tiene para producir gratificación inmediata o alivio de algún malestar, por ello genera

dependencia, es decir, un patrón de comportamiento desadaptativo, que conducen a un deterioro global de la persona (Pomerleau, 2012, pág. 37).

2.3.9 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Es un desorden en la unidad bio-psico-social, caracterizado por presentar niveles de desadaptación personal-social, resistente al cambio generando malestar a los demás y a sí mismo (Haro J., 2011, pág. 37).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio corresponde a una investigación **Descriptivo** porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de las personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; se miden sobre los datos recolectados. (Hernández Sampieri R. , 1985, pág. 38)

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Población.

La población está considerada por la totalidad de los 60 pacientes hospitalizados en la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de la ciudad de Cusco; procedentes de las Regiones de Apurímac, Madre de Dios y Cusco.

3.2.2 Muestra.

Constituida por el total de 60 pacientes de género masculino y femenino hospitalizados en el Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco; de las cuales 39 pacientes se encuentran hospitalizados en la Unidad de Conductas Adictivas y 21 en la Unidad de Trastornos Agudos; cuyo tipo de muestreo es No Probabilístico porque la selección fue de manera intencional.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

A) Criterios de Inclusión.

Pacientes hospitalizados de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastorno Agudos, con disposición de participar en el presente estudio.

B) Criterios de Exclusión.

- Pacientes de conductas adictivas, que se encuentran hospitalizados bajo los sedantes y con alta médica.
- Pacientes que muestran resistencia a la aplicación del instrumento de recolección de datos (test psicométrico).
- 15 pacientes en ausencia de indicadores "Moderado y Elevado" en cuanto a la aplicación del Inventario Multiaxial del Millón II.

3.4 VARIABLE, PATRONES CLINICOS E INDICADORES.

Variable	Patrones	Indicadores
Perfil de personalidad Concepto: Reúne diferentes aspectos de sentir y actuar de una persona.	Patrones Clínicos de Personalidad	- Esquizoide - Fóbica - Dependiente - Histriónico - Narcisista - Antisocial - Agresivo-sádica - Compulsivo - Pasivo-Agresiva - Masoquista
	Patología severa de Personalidad	- Esquizotípica - Bordeline - Paranoide
	Síndromes Clínicos	- Ansiedad - Histeriforme - Hipomanía - Neurosis depresión - Abuso de alcohol - Abuso de drogas
	Síndromes Severos	- Pensamiento psicótico - Depresión mayor - Trastornos delirantes

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnicas.

En la presente investigación se empleó la técnica de la observación y entrevista, permitiéndonos obtener información de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco; realizando una observación sistemática y una entrevista estructurada, para luego aplicar los instrumentos pertinentes.

3.5.2 Instrumentos.

En el presente estudio se aplicó dos instrumentos para la recolección de datos.

- Encuesta socio cultural, para caracterizar a la población de estudio.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI-II), test psicométrico de personalidad; para conocer el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco.

1) Encuesta Sociocultural.

Es un instrumento que fue aplicado a la población de estudio, para conocer las características de la misma; obteniendo datos mediante las áreas: personal, familiar y geográfico.

2) Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI-II)-Test Psicométrico de personalidad.

Ficha Técnica

Autor	: Theodore Millón
Número de Ítems	: 175
Tipo de Respuesta	: Responder verdad o falso
Escala de Validez	: Validez: Sinceridad, Deseabilidad.
Escalas de personalidad	: 22 Escalas
Población	: Sujetos de 18 años a más
Aplicación	: Individual o colectiva.

Tiempo	: No hay tiempo límite, aproximadamente 45 a 60 min.
Materiales	: Cuadernillo de preguntas Hoja de respuestas.
Calificación	: Sistematizado/computarizado.

**Tabla de la Escala de interpretación del inventario Clínico
Multiaxial de Millón II (MCMI-II).**

Puntaje Estándar	Pautas de Interpretación
Mayor a 85	Indicador Elevado
75 – 84	Indicador Moderado
60 – 74	Indicador Sugestivo
35 – 59	Indicador Bajo
0 – 34	Indicador Nulo

Las características que presenta este instrumento psicométrico (test psicológico), para que sean utilizables son:

Validez.- Grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

Confiabilidad.- Se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados; y la constancia de las puntuaciones obtenidas por los mismos sujetos en diferentes situaciones cuando se les aplica la misma prueba. (Hernández Sampieri R. , Metodología de la investigación, 2006, pág. 41).

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia y porcentajes) según la variable estudiada. Los datos obtenidos serán vaciados en SPSS, los mismos que serán adjuntados en el anexo del

presente estudio para su verificación respectiva y los resultados se presentan utilizando tablas y gráficos.

a) Estadística Descriptiva

Sumatorias.

Frecuencias.

Porcentajes

b) SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

c) Calificación computarizada/sistematizado del Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI-II), aplicado a los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.

El propósito de la presente investigación es, determinar el perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" del Distrito de Santiago de Cusco 2015.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, son presentados de acuerdo a los objetivos.

4.2 Objetivo Nro. 01

Características socioculturales de los pacientes del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015.

4.2.1 Encuesta Sociocultural

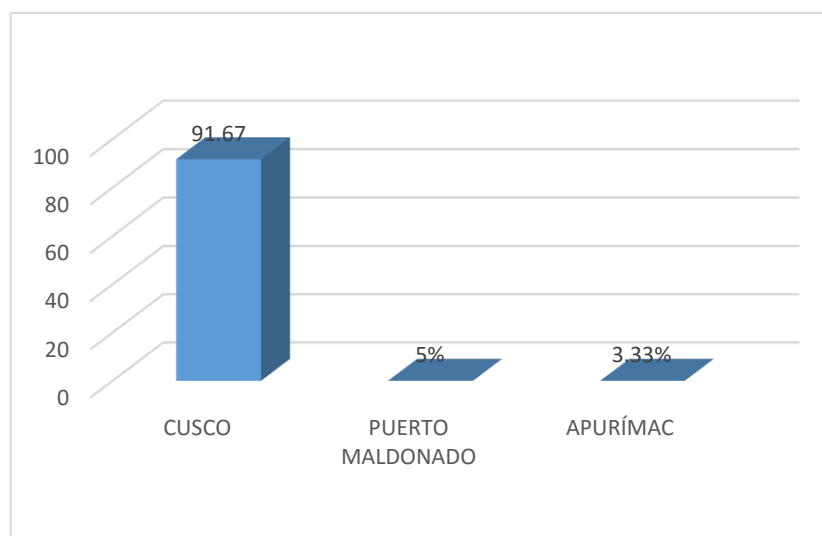
4.2.1.1 Área Personal

Cuadro Nro. 1 Distribución según el lugar de nacimiento

LUGAR DE NACIMIENTO	N°	%
Cusco	55	91,67%
Apurímac	2	3,33%
Puerto Maldonado	3	5%
Total	60	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 1: Distribución según el lugar de nacimiento.



Interpretación:

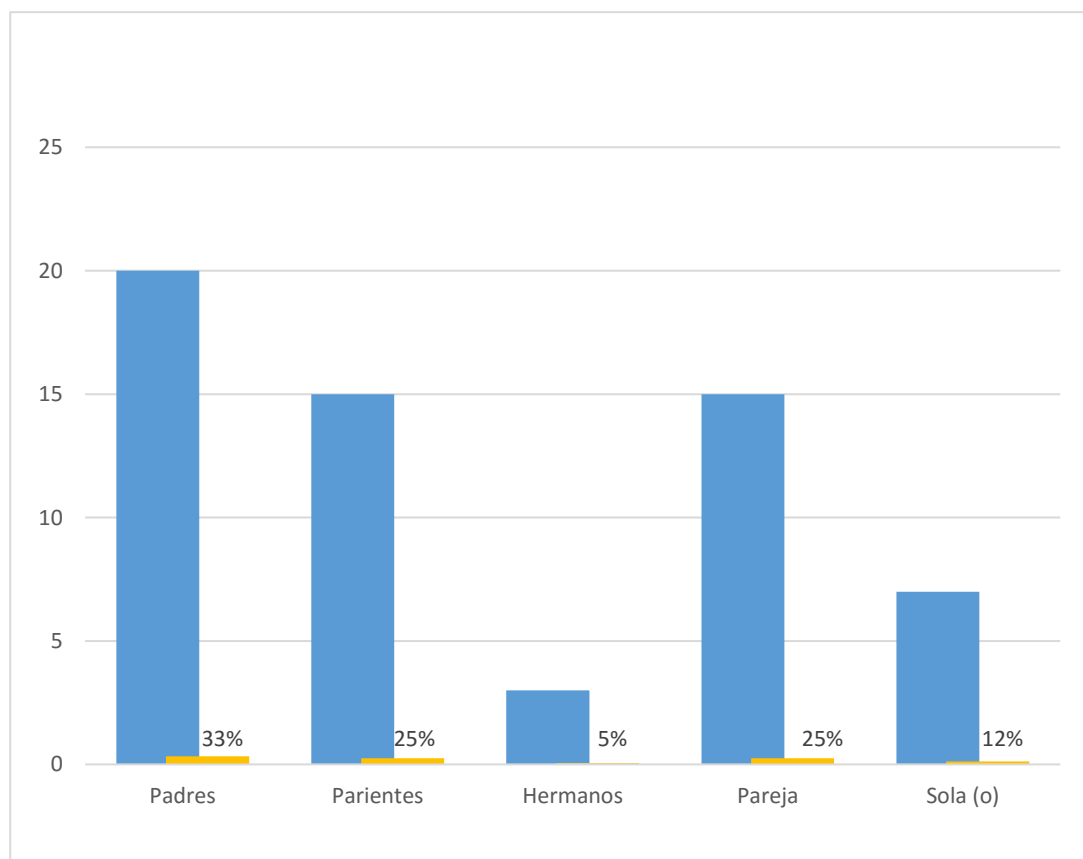
El gráfico N° 1, muestra que hay una diferencia significativa entre la Cusco y Puerto Maldonado, Apurímac este resultado es una clara evidencia de que la ciudad del cusco tiene la mayor cantidad de pacientes dentro de nuestra población de estudio

Cuadro Nro. 2: Distribución de la muestra según con quien viven actualmente

CON QUIEN VIVEN	N°	%
Padres	20	33%
Parientes	15	25%
Hermanos	3	5%
Pareja	15	25%
Sola (o)	7	12%
Total	60	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 2: Distribución de la muestra según con quien viven actualmente



Interpretación:

El gráfico N° 2, muestra que la mayoría de los pacientes viven con sus padres seguido de una cantidad regular que viven con sus parientes al igual de aquellos pacientes que viven con su pareja, una mínima cantidad viven solos a diferencia de una escasa cantidad que viven con sus hermanos.

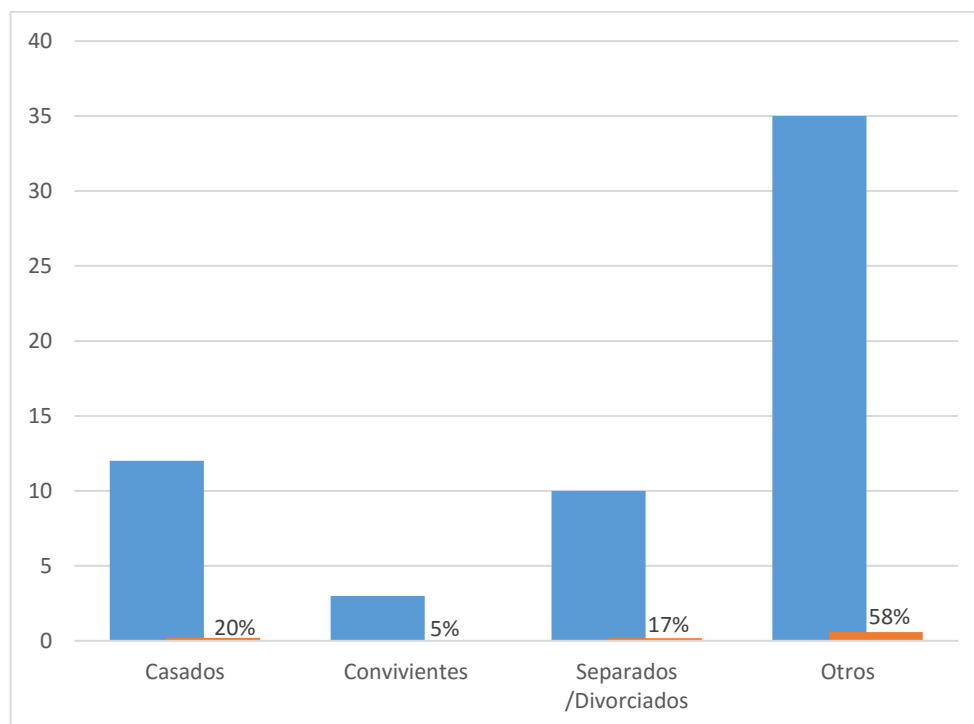
4.2.2 Área Familiar

Cuadro Nro. 3: Distribución de la muestra según el estado civil de los padres del paciente

ESTADO CIVIL	N°	%
Casados	12	20%
Convivientes	3	5%
Separados /Divorciados	10	17%
Otros	35	58%
Total	60	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 3: Distribución según el lugar de nacimiento.



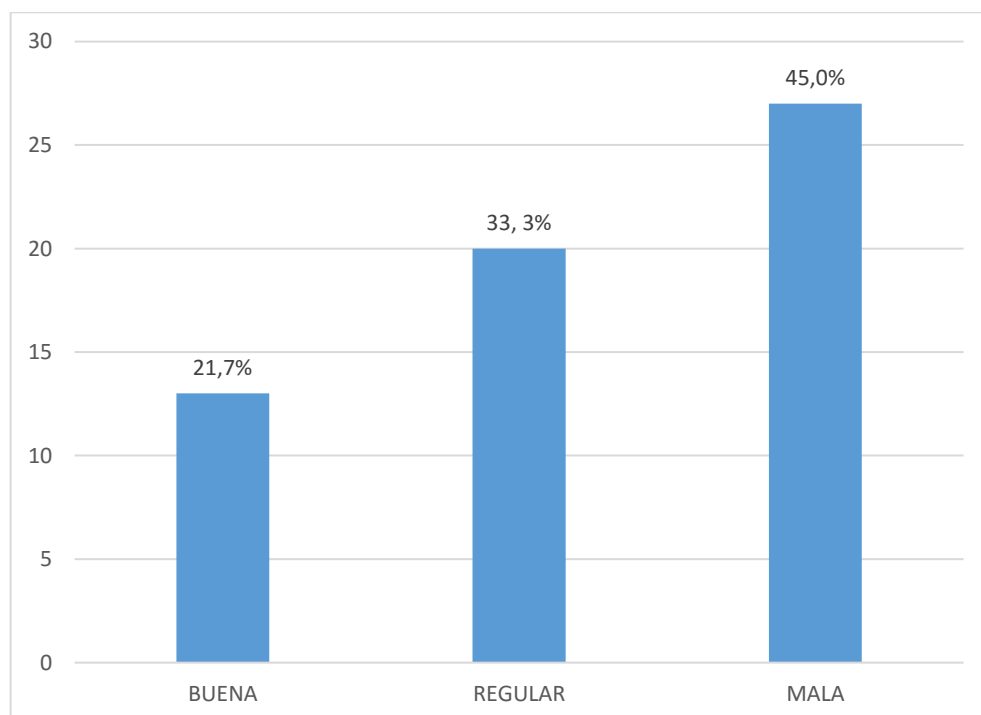
Interpretación:

De acuerdo al gráfico N° 3, el resultado demuestra que el estado civil de los padres de los pacientes en su mayoría no especifica su situación, seguido de una parte regular que se encuentran casados, posterior a ellos se encuentra una mínima separados a diferencia de la parte restante que son convivientes.

Cuadro Nro. 4: Distribución de la muestra según el clima familiar.

CLIMA FAMILIAR	N°	%
Bueno	13	21,7%
Regular	21	33,3%
Mala	26	45,0%
Total	60	100

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

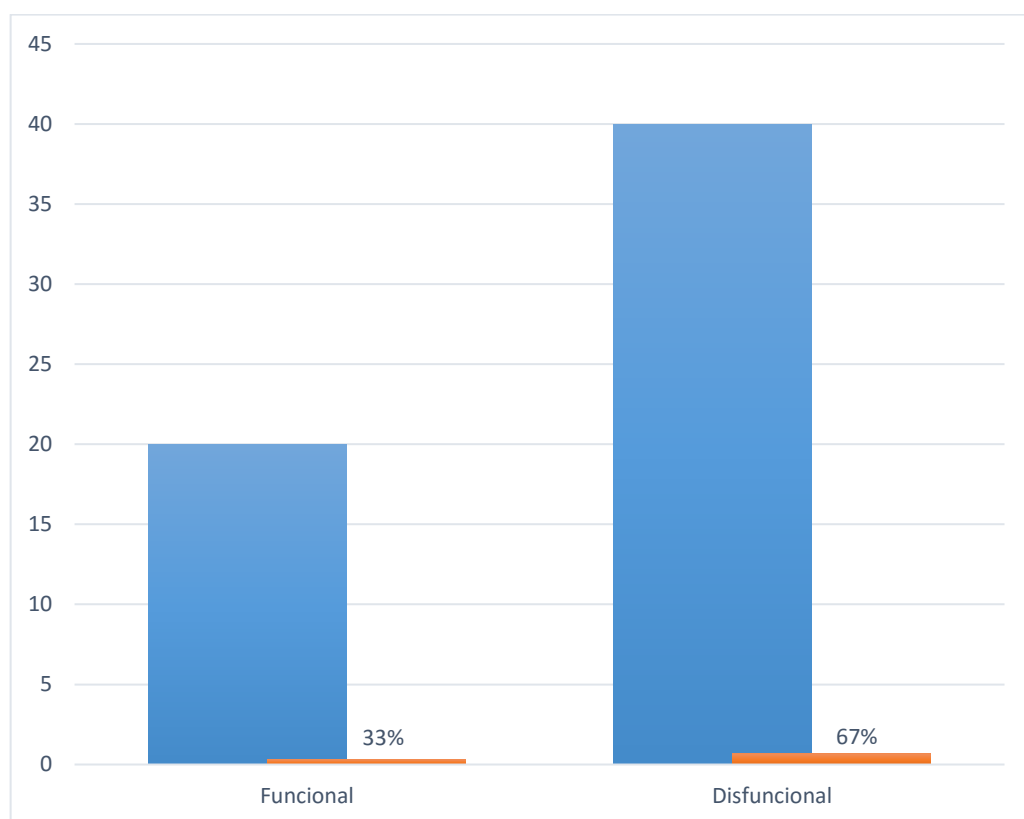
Gráfico Nro. 4: Distribución de la muestra según el clima familiar.**Interpretación:**

De acuerdo al gráfico N° 4, Nos demuestra que el clima familiar en la mayoría de pacientes es "mala" según el resultado a diferencia de una parte regular donde el clima familiar es regular, finalizando con la parte restante donde el clima familiar es "buena".

Cuadro Nro. 5: Distribución de la muestra según la relación interfamiliar

RELACIÓN INTERFAMILIAR	N°	%
Funcional	20	33%
Disfuncional	40	67%
Total	60	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 5: Distribución de la muestra según su relación interfamiliar.**Interpretación:**

De acuerdo al gráfico N°5, se demuestra que la mayoría de pacientes de la población tienen una relación disfuncional a diferencia una parte mínima con relación funcional. Lo que evidencia que este podría ser un factor que interfiere en el proceso de tratamiento de los pacientes quienes no tienen el apoyo adecuado.

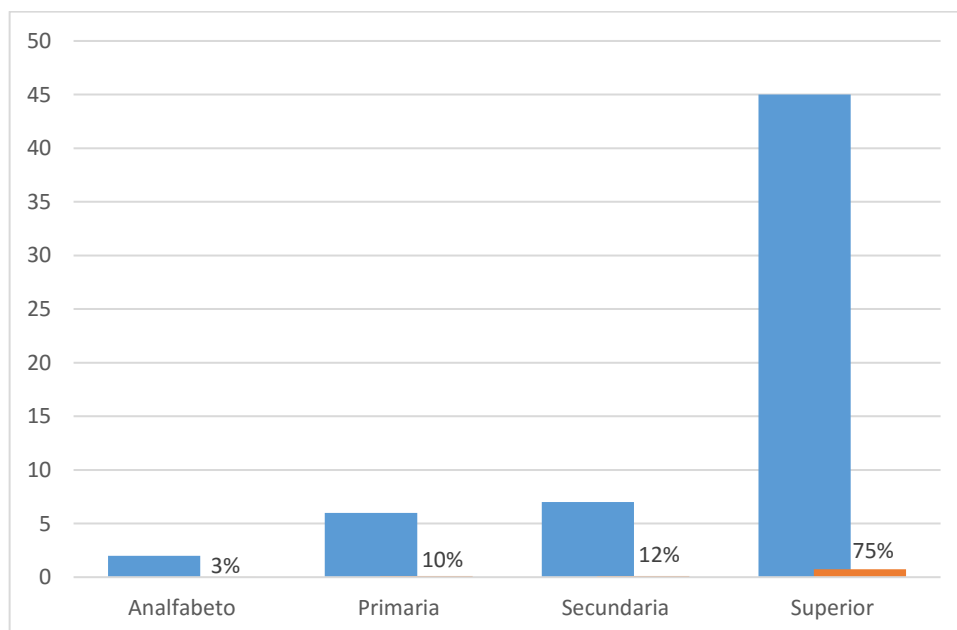
4.2.3 Área Socio Cultural

Cuadro Nro. 6: Distribución de la muestra según el nivel de instrucción de sus padres.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE TUS PADRES		
	N°	%
Analfabeto	2	3%
Primaria	6	10%
Secundaria	7	12%
Superior	45	75%
Total	60	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 6: Distribución de la muestra según el nivel de instrucción de sus padres



Interpretación:

De acuerdo al gráfico N°6, se demuestra que el nivel de instrucción de los padres de los pacientes en un alto porcentaje es "superior", seguido de un nivel de instrucción donde tienen "secundaria completa" y una parte mínima solo tiene "primaria completa", en el más bajo porcentaje son "analfabetos".

4.3 OBJETIVO Nro. 2

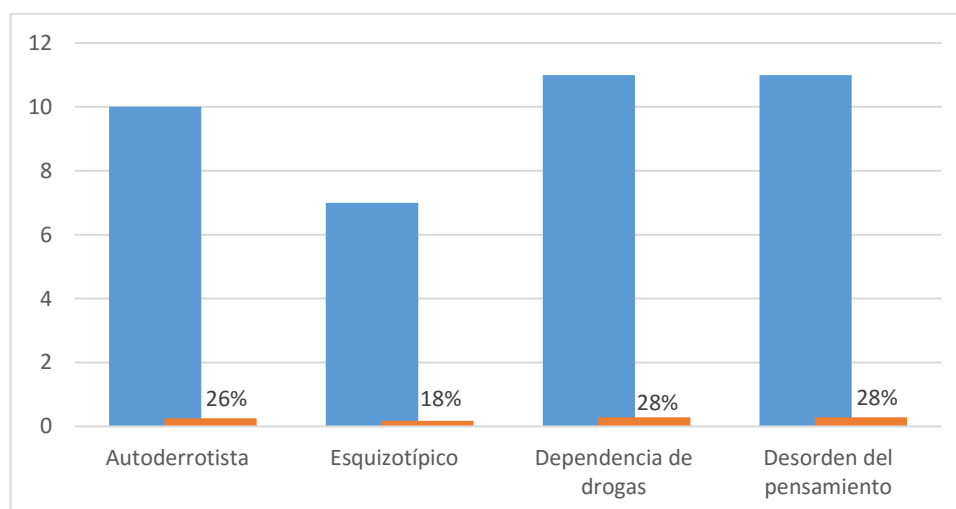
Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015.

Cuadro Nro. 7: Perfil de personalidad de pacientes de la unidad de conductas adictivas

UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS	N°	%
Autoderrotista "98"	10	26%
Esquizotípico "92"	7	18%
Dependencia de drogas "88"	11	28%
Desorden del pensamiento "78"	11	28%
Total	39	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 7: Perfil clínico de personalidad de pacientes de la unidad de conductas adictivas.



Interpretación:

En el gráfico N° 7, el resultado nos demuestra que el perfil clínico de personalidad de los pacientes son "Dependencia de drogas", seguido de "Autoderrotista", "Esquizotípico" siendo estos mayor a "85" y superiores esto nos indica que son patrones de personalidad descompensados, en el caso de "Desorden del pensamiento" que presenta un puntaje de "78" significa un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de la personalidad.

4.4 OBJETIVO Nro. 3

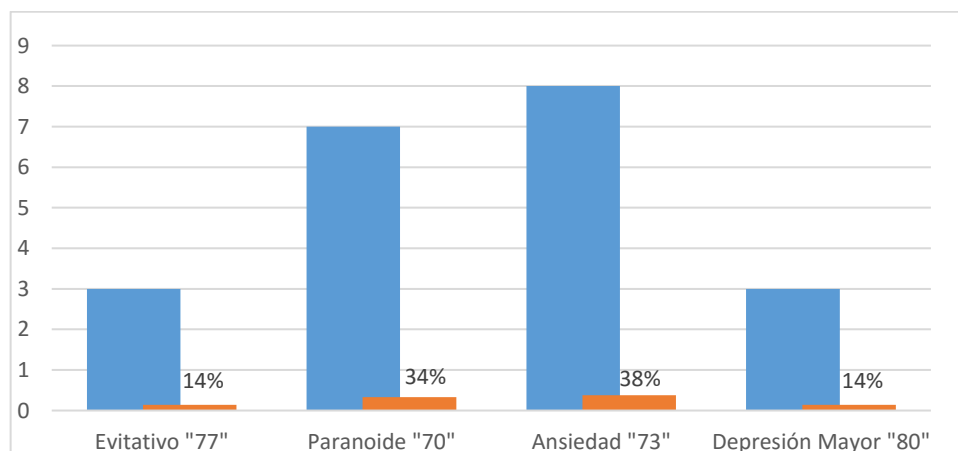
Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015.

Cuadro Nro. 8: Perfil de personalidad de pacientes de la unidad de trastornos agudos.

UNIDAD DE TRANSTORNOS AGUDOS	N°	%
Evitativo "77"	3	14%
Paranoide "70"	7	34%
Ansiedad "73"	8	38%
Depresión Mayor "80"	3	14%
Total	21	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 8: Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la unidad de trastornos agudos



Interpretación:

El gráfico N° 8, Como se aprecia existe una cantidad mayor de "Ansiedad" sin embargo el resultado es de "73" al igual que "Paranoide" con "70" es así que estando por debajo de "75" no son significativos por tanto no vendrían a ser un perfil clínico, a diferencia de "Depresión mayor" y "Evitativo" que siendo mayor a "75" significa un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de la personalidad.

4.5 OBJETIVO Nro. 4

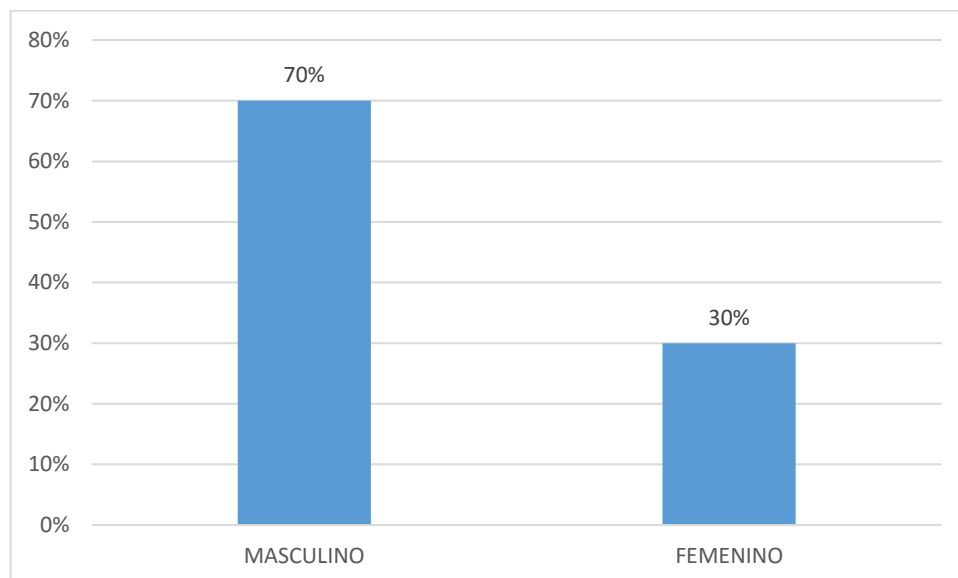
Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según género del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015.

Cuadro Nro. 9: Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la población total según género.

Género de los Pacientes	N°	%
Masculino	42	70%
Femenino	18	30%
Total	60	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 9: Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la población total según género.



Interpretación:

El gráfico N° 9, Claramente el resultado nos demuestra que hay una diferencia significativa entre mujeres y varones siendo así este resultado nos demuestra que los varones representan la mayor cantidad de la población.

4.6 OBJETIVO Nro. 5

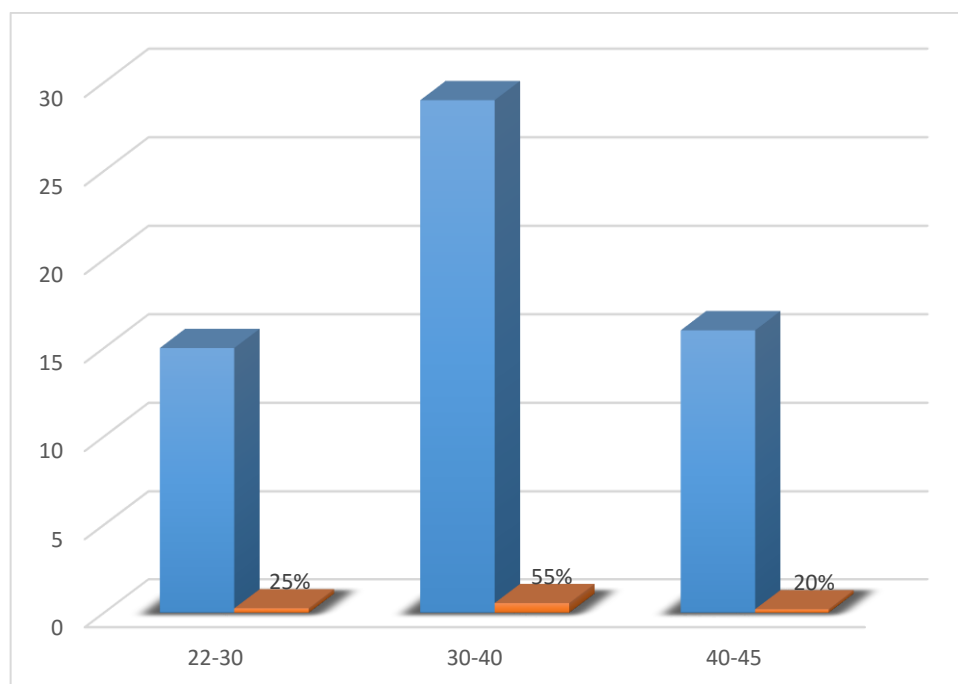
Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según edad del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015.

Cuadro Nro. 10: Perfil clínico de personalidad de los pacientes de la población total según edad

EDAD DE LOS PACIENTES	N°	%
22-30	15	25%
30-40	29	55%
40-45	16	20%
Total	60	100%

Fuente: SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

Gráfico Nro. 10: Comparativo entre la edad de los pacientes y las escalas diagnósticas por categoría



Interpretación:

Según en el cuadro N° 10, Según edad obtuvimos los resultados de que la mayor cantidad de pacientes con perfil clínico de personalidad se encuentran entre los 30 a 40 años, a diferencia de 22 – 30 donde hay una cantidad regular y una mínima parte entre los 40 - 45 años de edad.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Características socioculturales de los pacientes del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de Cusco-2015.

Dentro de la encuesta sociocultural obtuvimos en el Área personal según lugar de nacimiento que el 92% son del Cusco lo cual evidencia una alta demanda de pacientes del mismo lugar de ubicación, 5% son de Puerto Maldonado siendo este una evidencia de la necesidad de buscar un hospital de salud mental cerca de su ubicación, 3% son de Apurímac ello demuestra que la situación de salud mental está generando ser una necesidad de atención. Según con quien viven obtuvimos que 33% vive con sus padres, 25% con parientes, 25% con pareja, 5% con hermanos, 12% sola; es así que obtenemos que la mayoría vive con sus padres siendo de suma importancia rescatar que es importante el apoyo que sus padres les brindan durante el proceso.

De acuerdo al Área familiar según el estado civil tenemos 58% otros, 20% casados, 17% separados, 5% convivientes. Según clima familiar tenemos 43,3 % mala, 35% regular, 21,7 bueno. Según intrafamiliar el 67% disfuncional, 33% funcional; ello demuestra que el problema de disfunción familiar es un causante del progreso del tratamiento del paciente y como también puede ser un causante de la enfermedad.

Área sociocultural según nivel de instrucción; 75% superior, 12% secundaria, 10% primaria, 3% analfabeto. Esta área involucra comprender hasta qué punto debemos de apoyar dentro del hospital y de qué manera puede ser más efectiva.

Respecto al Perfil Clínicos de Personalidad de los pacientes de la Unidad de Conducta Adictiva.

De acuerdo a los resultados obtenidos se tiene que el 18.3 % de la muestra presenta **Desorden del Pensamiento, con indicador “Moderado”**, con puntaje “78”, esto quiere decir que estas personas se muestran periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apreciando con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos; seguido de un 13.3 % con **Dependencia de drogas en nivel “Elevado”**, con puntaje “88”,

tienden a tener dificultades al reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de los límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos; el 16.7 % presentan trastorno **Autoderrotista en nivel “Elevado”**, con puntaje “98”, se relaciona con los demás de una manera auto sacrificado, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ello; finalmente con un 11.7 % con trastorno **Ezquizotípico en nivel “Elevado”**, con puntaje “92”, personas que prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales, inclinados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial.

Respecto al Perfil Clínico de Personalidad de los pacientes de la Unidad de Trastornos Agudos.

Se tiene que el 13.3 % de la muestra presenta trastorno de **Ansiedad en nivel “Sugestivo”**, con un puntaje “73”, estos pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprehensivo o específicamente fóbicos, se muestran tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión excesiva, sudoración, dolores musculares y náuseas; seguidamente con el 11.7 % con trastorno **Paranoide en nivel “Sugestivo”**, con un puntaje “70”, muestran desconfianza vigilante respecto de los demás y una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica; frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia lo que los conduce a resistirse al control y a las influencias externas; el 5 % con trastorno **Evitativo en un nivel “Moderado”** con puntuación “77”, mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otro; asimismo el 5 % presenta trastorno **Depresión Mayor en nivel “Moderado”** con puntaje “80”, son incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación; En España según (Meier P., 2006, pág. 66). Trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida; lo que evidencia una similitud en cuanto a los resultados obtenidos, es así que no somos ajenos a esta situación.

Después del episodio depresivo mayor, marcando enlentecimiento motriz y lamentado su estado triste y finalmente con el 5 % con presencia de trastorno **Paranoide en nivel “Sugestivo”** con un puntaje “70”, son personas que muestran desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra las críticas, con áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás.

Respecto al Perfil Clínico de Personalidad de los Pacientes de la Unidad de Conducta Adictiva y Trastorno Agudo según Sexo.

En el caso de varones presentan una marcada prevalencia de trastornos de personalidad en las categorías siguientes: con el 12% con síndromes clínicos de personalidad, 11 % con síndromes severos, seguidamente con el 10 % con presencia de patrones clínicos de personalidad y finalmente el 9 % con patología severa de personalidad; esto quiere decir que los varones están sujetos a mayor influencia de trastornos de personalidad, por factores intrínsecos y extrínsecos; a diferencia de las mujeres que presentan solo el 7 % con síndromes clínicos de personalidad, 3 % con síndromes severos, seguido con el 3 % con patrones clínicos de personalidad y por ultimo con el 5 % con patología severa.

Respecto al Perfil Clínico de Personalidad de los Pacientes de la Unidad de Conducta Adictiva y Trastorno Agudo según Edad.

En el caso de presencia de trastornos de personalidad según edad, podemos referir que existe una marcada presencia entre los 30 a 40 años de edad (adultez media), con un 55 %, lo que significa en estos trastornos se instalan en la etapa de vida, por la presencia de los cambios psicológicos, por los cambios a nuevas situaciones y logro de responsabilidades sociales (Bromley); el 20 % entre las edades de 40 a más años de edad (adultez tardía), caracterizado por la aceptación del propio ciclo de vida como algo irrenunciable y finalmente con un 25 % de los 22 a 30 años (Adultez temprana), fase de cambios sociales en el ámbito de la vida profesional y familiar, fase en donde se hace presente la tensión entre lo joven y viejo con presencia de problemas de personalidad.

CONCLUSIONES

Primero: Llegamos a la conclusión de que la mayoría son procedentes del Cusco, así como también viven con sus padres y parientes, en su mayoría de los pacientes no especifica el estado civil de sus padres, de relación intrafamiliar disfuncional, el nivel de instrucción de sus padres es superior.

Segundo: El perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas es Auto derrotista, esquizotípico, dependencia de drogas con un puntaje mayor a "85" y superiores esto nos indica que son patrones de personalidad descompensados, en cuanto al siguiente resultado de desorden del pensamiento con un puntaje de "78" lo que significa un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de la personalidad.

Tercera: En la Unidad de Trastornos Agudos, el perfil clínico de personalidad de los pacientes presentan trastornos: Depresivo Mayor, Evitativo se encuentran con un puntaje mayor a "75" esto nos indica que son patrones de personalidad descompensados eso quiere decir que no solo presentan el perfil clínico sino también que persisten. En cuanto al resultado de paranoia y ansiedad no presentan un perfil clínico de personalidad ya que el resultado es menor "75" es de puntaje medio el cual según la interpretación del inventario multiaxial de millón II no es significado.

Cuarta: En el cuarto objetivo llegamos a la siguiente conclusión según sexo, en la Unidad de Conductas Adictivas tenemos 39 pacientes de los cuales 10 pacientes presentan un perfil clínico Autoderrotista (7 varones, 3 mujeres), Esquizotípico (4 varones, 3 mujeres), Dependencia de drogas (7 varones, 4 mujeres), Desorden del pensamiento (8 varones, 3 mujeres). En unidad de Trastornos Agudos concluimos que el perfil clínico de personalidad Depresión Mayor son (2 varones y una mujer), Trastorno de personalidad Evitativo (2 varones y una mujer).

Quinta: Según edad se concluye que la mayor cantidad de pacientes con perfil clínico de personalidad se encuentran entre los 30 a 40 años, a diferencia de 22 – 45 años de edad donde hay una cantidad regular y una mínima parte entre los 40 - 45 años de edad.

SUGERENCIAS

Primero: Que, el responsable del área de psicología realice las coordinaciones con la Dirección de la Institución a fin de implementar con materiales, instrumentos psicológicos pertinentes y de reciente data, para la evaluación, diagnóstico e intervención de manera precisa y oportuna.

Segundo: Es importante que la población en general tome conocimiento y reconozca indicadores respecto a los diferentes tipos de trastornos de personalidad, a fin de tener una cultura preventiva, en vista que estos son factores que aumentan una predisposición a una conducta adictiva.

Tercera: Que, se elabore un protocolo de abordaje, intervención y tratamiento para cada Unidad asistencial (Conductas Adictivas y Trastornos agudos), puesto que estas presentan diferencias significativas en cuanto a la presencia de trastornos de personalidad.

Cuarta: Se realice posteriores investigaciones respecto a la presencia de trastornos de personalidad en cuanto a la etiología, prevalencia e incidencia de aquellas que se encuentran en niveles “altos” en pacientes de las unidades de conductas adictivas y trastornos agudos.

Quinto: Es importante que la población conozca la importancia de tener en cuenta que a mayor edad el perfil clínico de personalidad va generando un desgaste a nivel fisiológico y neuronal puesto que la medicación que toma un paciente genera efectos adversos así como la resignación del paciente quien genera un estilo de vida debido al diagnóstico que presente y arrastra a quienes lo cuidan a generar estrés y falta de interés en brindarle el mismo apoyo que tuvo en un inicio.

Referencia Bibliografía

1. GORDON , A. (2001). Psicología una Perspectiva Científica. Lima: Lumbreras S.R.L.
2. GORDON W, A. (2001). Psicología una perspectiva científica. Asociación Fondos de Investigadores yEditores.
3. GORDON W., A. (2000). Teoria de los rasgos. Madrid: Psique.
4. GORDON, A. (2001). Psicología una Perspectiva Científica. Lima: Lumbreras S.R.L.
5. HERNANDES BAYONA, G. (2004). Manual del psicología Básica . México: Ceja - Centro; Primera Edición.
6. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (1985). Metodología de la Investigación. México: Interamericana de México S.A; Primera Edición.
7. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (2006). Metodología de la investigación. México: Interamericana Editores S.A; Quinta Edición.
8. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (2006). Metodología de la Investigación. México: Interamericana Editores S.A; Quinta Edición.
9. INSTITUTO DE CIENCIAS, H. (2001). Psicología una Perspectiva Científica. Perú: Editorial Asociación Fondos de Investigadores y Editores.
- 10.KAPLAN, H. (1988). Sinopsis de psiquiatría. Panamericana.
- 11.MEIER P., K. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio esemed-España. elsevier, 7.
- 12.MILLON, T. (1996). Disorders of Personality. Nueva York: Editorial Masson; Primera Edición.
- 13.PIAGET. (2004). Jean. Madrid: Psique.
- 14.PIAGET, J. (2004). Psicología de la Inteligencia. Madrid: Psique.
- 15.POMERLEAU, P. (2012). Definición de Conducta Adictiva. Programa informed, 3.

16. RODRIGUEZ, J. (17 de Setiembre de 2014). Salud Mental. Obtenido de Salud Mental.
17. SETH, C. S. (2006). Theodore Millón Trastorno de la Personalidad en la Vida Moderna. La Habana : ORBE.
18. SETH, G., Carrie, M., & Rowenar, R. (2006). Theodore Millon, Trastornos de Personalidad en la vida moderna. La Habana: ORBE.
19. SETH, G., Carrie, M., Sarah, M., & Rowena, R. (2006). Theodore Millón, Trastorno de la Personalidad en la Vida Moderna. EE.UU: Obra Original en Ingles, 2da Edición.
20. THOMAS GONZÁLES, Z. (17 de Setiembre de 2014). Ministerio de Salud. Obtenido de boletin de la unidad de investigacion epidemiologica.
21. VAN VRANKEN, M. (2007). Como enfrentar una Adicción. TeensHealth, 2,3,4.
22. WHATSON, A., & Boundy, D. (2005). Querer es poder . Barcelona: Paidos Iberica 4ta Edición.

Páginas Web:

23. BOUCHARD, T. (15 de Abril de 1994). Mamacoma. Obtenido de http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Maite_Utgues_Nogues_Los_trastornos_de_la_personalidad_en_adictos_a_la_heroina_y_la_seroconversion_al_VIH_una_asociacion_relevante.pdf
24. REICH, J., & Noyes, R. (16 de Abril de 1986). Obtenido de mamacoma: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Maite_Utgues_Nogues_Los_trastornos_de_la_personalidad_en_adictos_a_la_heroina_y_la_seroconversion_al_VIH_una_asociacion_relevante.pdf
25. QUIROZ VALDIVIA, R. (Setiembre de 2007). Perfil epidemiológico de los transtornos mentales y estructura de la demnada de servicios en el centro de salud mental juan pablo II de la sociedad de beneficencia

pública del cusco (PERÚ). Obtenido de sisbib.:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1999_n13/perfil.htm

26. ROBINS, L. (15 de abril de 1966). mamacoma. Obtenido de http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Maite_Utgues_Nogues_Los_trastornos_de_la_personalidad_en_adictos_a_la_heroina_y_l_a_seroconversion_al_VIH_una_asociacion_relevante.pdf
27. SERPA SALAZAR, H. (17 de Setiembre de 2014). Ministerio de Salud. Obtenido de boletin de la unidad de investigacion epidemiologica y:
<http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20SituacionaI%20DICIEMBRE%202014.pdf>
28. WIDIGER, T., & Tyrer, P. (16 de Abril de 2015). Personalidad y Trastornos de Personalidad. Obtenido de mamacoca: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Maite_Utgues_Nogues_Los_trastornos_de_la_personalidad_en_adictos_a_la_heroina_y_l_a_seroconversion_al_VIH_una_asociacion_relevante.pdf

ANEXOS

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL ESTUDIO	PROBLEMAS	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGIA
Perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" del Distrito Santiago de Cusco – 2015	<p style="text-align: center;">Problema General</p> ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" del Distrito Santiago de Cusco – 2015?	<p style="text-align: center;">Objetivo General</p> Determinar el perfil clínico de personalidad de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" del Distrito de Santiago de Cusco 2015.	<p style="text-align: center;">Tipo de estudio: Descriptivo</p>
	<p style="text-align: center;">Problemas Secundarios</p> 1) ¿Cuáles son las características socioculturales de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015? 2) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015? 3) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015? 4) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según género; del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015? 5) ¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según edad; del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015?	<p style="text-align: center;">Objetivos Específicos</p> 1) Conocer las características socio culturales de los pacientes del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015. 2) identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015. 3) Identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Trastornos Agudos del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015. 4) Identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según género; del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015. 5) Identificar el perfil clínico de personalidad de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Trastornos Agudos según edad; del Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" de Cusco-2015.	<p style="text-align: center;">Población de estudio 60 pacientes adictos</p>
			<p style="text-align: center;">Instrumentos: Se aplicará el Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI-II)</p>

ANEXO C

Inventario Clínico Multiaxial de Millón (II)

Instrucciones

1. Anote todas sus respuestas en la hoja correspondiente, **NO ESCRIBA NADA EN EL CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LAPIZ** y disponga de una goma 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 describir.3.302
4. e a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.**
5. No se preocupe si algunas frases le pareen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
6. La forma de contestar en la hoja de respuestas es de la siguiente manera: **SI ESTA 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 la letra **“F”** (falso).
7. 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).
8. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta incorrecta y luego rellene el otro espacio.
9. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

Pregunta	
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 dónde 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 dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73	He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74	Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me 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.

HOJA DE RESPUESTAS DE MILLON

Nombre:..... Fecha:.....

	V	F
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

	V	F
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		

	V	F
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		
101		
102		
103		
104		
105		

	V	F
106		
107		
108		
109		
110		
111		
112		
113		
114		
115		
116		
117		
118		
119		
120		
121		
122		
123		
124		
125		
126		
127		
128		
129		
130		
131		
132		
133		
134		
135		
136		
137		
138		
139		
140		

	V	F
141		
142		
143		
144		
145		
146		
147		
148		
149		
150		
151		
152		
153		
154		
155		
156		
157		
158		
159		
160		
161		
162		
163		
164		
165		
166		
167		
168		
169		
170		
171		
172		
173		
174		
175		

Verificar si contestó a todas las preguntas.

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	0	=	Inválido	X
Y	Deseabilidad Social	0	=		Y
Z	Autodescalificación	0	=		Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL		
1	Esquizoide	0	0	0							0	1
2	Evitativo	0	0	0	0						0	2
3	Dependiente	0	0	0							0	3
4	Histriónico	0	0	0							0	4
5	Narcisista	0	0	0							0	5
6A	Antisocial	0	0	0							0	6A
6B	Agresivo-sádico	0	0	0							0	6B
7	Compulsivo	0	0	0							0	7
8A	Pasivo-agresivo	0	0	0							0	8A
8B	Autoderrotista	0	0	0	0						0	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	0	0		0		0	0	0		0	S
C	Borderline	0	0		0	0	0	0	0		0	C
P	Paranoide	0	7		7			7	7		7	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	0	0	0			0	0	0		0	A
H	Somatoformo	0	10	10			10	10	10		10	H
N	Bipolar	0	0	0							0	N
D	Distimia	0	0	0			0	0	0		0	D
B	Dependencia de alcohol	0	0	0							0	B
T	Dependencia de drogas	0	0	0							0	T

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	0	0		0					0	0	SS
CC	Depresión mayor	0	0		0					0	0	CC
PP	Desorden delusional	0	0		0					0	0	PP

Indicador elevado >=85
Indicador moderado 75-84
Indicador sugestivo 60-74
Indicador bajo 35-59
Indicador nulo 0-34

HOJA DE RESULTADOS

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	1	=	Invalído	
X	Sinceridad	496	=	Válido	0 X
Y	Deseabilidad Social	16	=		75 Y
Z	Autodescalificación	20	=		65 Z

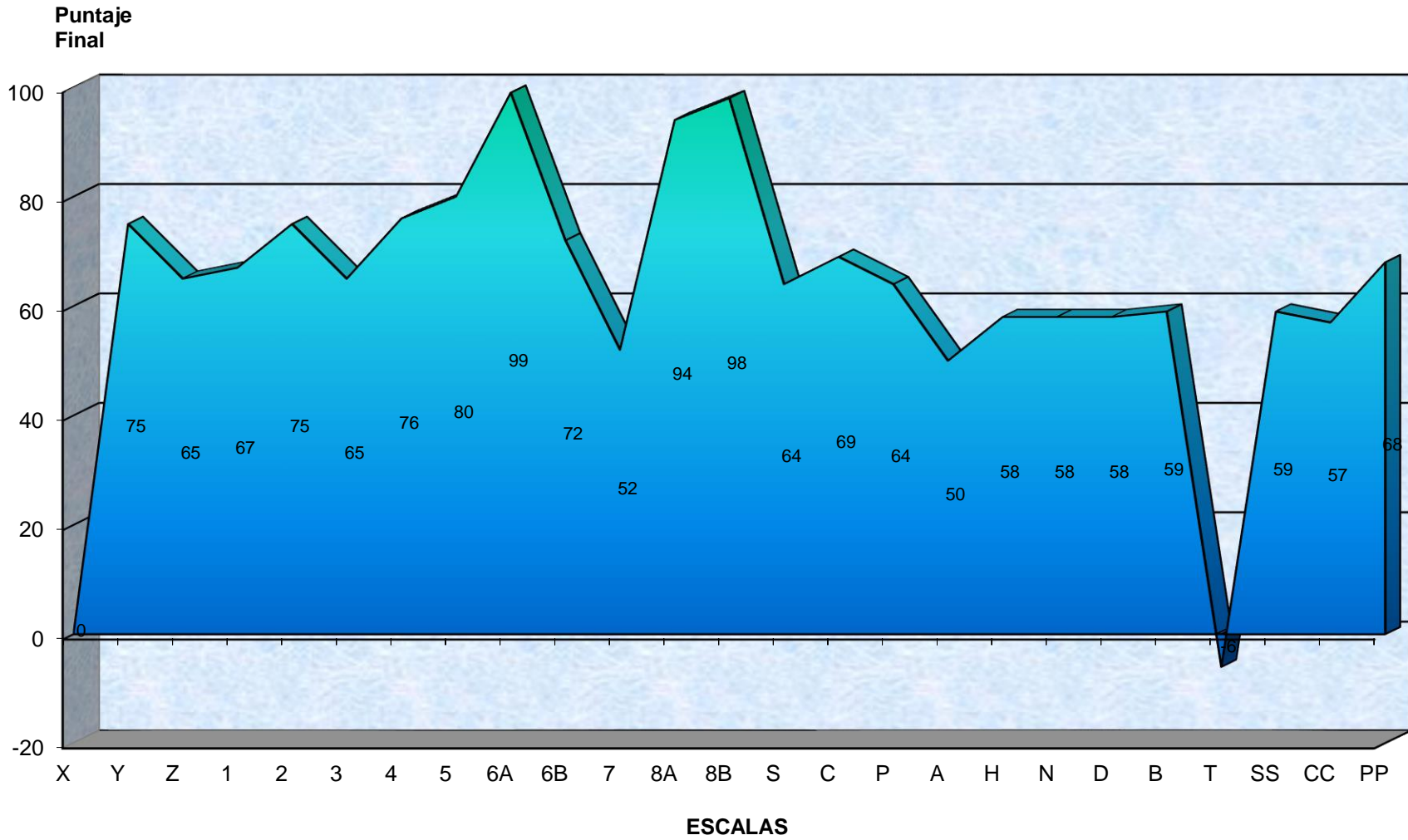
Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.			
1	Esquizoide	27	73	67							67	1
2	Evitativo	30	81	75		75					75	2
3	Dependiente	30	71	65							65	3
4	Histriónico	36	82	76							76	4
5	Narcisita	48	86	80							80	5
6A	Antisocial	52	105	99							99	6A
6B	Agresivo-sádico	38	78	72							72	6B
7	Compulsivo	32	58	52							52	7
8A	Pasivo-agresivo	46	100	94							94	8A
8B	Autoderrotista	40	104	98		98					98	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	33	68		65		64	64	64		64	S
C	Borderline	49	73		70	70	69	69	69		69	C
P	Paranoide	37	67		64			64	64		64	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	15	57	51			50	50	50		50	A
H	Somatoformo	23	65	59			58	58	58		58	H
N	Bipolar	31	64	58							58	N
D	Distimia	28	65	59			58	58	58		58	D
B	Dependencia de alcohol	31	65	59							59	B
T	Dependencia de drogas	47	0	-6							-6	T

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	21	62		59					59	59	SS
CC	Depresión mayor	19	60		57					57	57	CC
PP	Desorden delusional	22	71		68					68	68	PP

PERFIL DE RESULTADOS



ANEXO D

Instrumento para Caracterizar a la Población de Estudio.

Encuesta Socio-Cultural

A continuación se le presenta preguntas sobre su situación Personal, Familiar y Demográfico; Le solicito su respuesta sincera; los datos serán tratados con la Reserva del caso.

NOMBRES Y APELLIDOS:

2. Edad:.....

I. ÁREA PERSONAL.

1. Género: a. Masculino

b. Femenino

3. ¿Dónde nació?:

.....

4. ¿Con quién vive actualmente:

a. Padres

b. Padres y hermanos

c. Parientes

d. Hermanos

e. Pareja

f. Sola (o)

II. ÁREA FAMILIAR

1. Tus padres son:

a. Casados

b. Convivientes

c. Separados/Divorciados

d. Otros

2. ¿Cómo consideras el clima familiar en tu casa? :

a. Buena

b. Regular

c. Mala

3. Las relaciones interpersonales en tu familia es:

a. Funcional

b. Disfuncional

III. ÁREA SOCIO-CULTURAL

1. ¿Cuál es el nivel de instrucción de tus padres?:

a. Analfabeto

b. Primaria

c. Secundaria

d. Superior