



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN:  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**TESIS DE GRADO  
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TEMA:**

**RASGOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD  
PREDOMINANTES EN DROGODEPENDIENTES INTERNOS EN  
LA CLÍNICA DE RECUPERACIÓN CAMINO A LA PAZ EN LA  
CIUDAD DE PORTOVIEJO EN EL PERIODO 2017**

**AUTORES:**

**FÉLIX ALEJANDRO MACÍAS ÁLAVA  
DAMIÁN STELO PÁRRAGA SABANDO**

**TUTORA:**

**MG. ISABEL PATRICIA VALDIVIESO LÓPEZ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por ser un pilar fundamental en mi vida, pues mediante su entrega, esfuerzo y dedicación me han dado la motivación y amor incondicional necesario para culminar este logro.

A mis abuelos quienes también han sido parte importante de mi vida y por darme la motivación con sus palabras de aliento y buenos consejos.

Con mucho amor a mi compañera de vida por brindarme su apoyo y comprensión incondicional en los momentos más duros de mi vida; a mi hijo mi mayor bendición por ser una motivación inmensa en la fase final de este proceso.

A mi familia en general por estar siempre pendiente de mi proceso sobre todo a mi primo Iván.

A quienes siempre creyeron en mí y me daban su palabra de aliento y sobre todo mi dedicatoria especial a quienes no creyeron en mí.

**Damián Stelo**

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro a mi familia, misma que ha sido pilar fundamental a lo largo de este proceso de formación, mi padre con su sostenibilidad y seguridad que me daba para poder llegar al final de esta meta, mi madre por cada y una de sus palabras de aliento y apoyo incondicional en cada etapa pasada, mis hermanos por el ímpetu y ganas que me transmitían motivándome cada día para ser alguien mejor.

A mi segunda familia que sin ser de la misma sangre supieron apoyarme de la mejor manera con sus mensajes alentadores y su apoyo desinteresado hacia mi persona, en beneficio de mi bienestar y formación profesional como lo es la Ab. Alexandra Veliz Laz e hijos, en especial a esa hija que no solo me ha estado acompañando en mi formación profesional sino que ha sido parte indispensable en mi vida, mi compañera y pareja de vida Denisse Zambrano.

Gracias a cada y una de las personas que estuvieron en mi vida de manera positiva y sumaron en este largo proceso y ayudaron de alguna u otra manera en lograr esta meta.

**Félix Alejandro**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por habernos permitido llegar a este momento tan deseado en nuestras vidas y por darnos la sabiduría y fuerzas necesarias para superar cada obstáculo que se nos presentó en el camino.

A nuestros padres por haber confiado en nosotras y por el apoyo que nos brindaron en este trayecto, pues sus sabios consejos y motivación constante nos impulsaron día a día a seguir adelante.

A nuestra tutora de tesis Mg. Isabel Valdivieso por haber aportado con sus conocimientos para la realización de este proyecto y haber sido nuestra guía a lo largo de este proceso.

A la Universidad Técnica de Manabí por habernos dado la oportunidad de formarnos profesionalmente; y a los docentes de la carrera de Psicología Clínica por haber compartido con nosotros sus conocimientos y experiencias.

**Los Autores**

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Isabel Patricia Valdivieso López

**TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

### **CERTIFICA:**

Haber revisado el presente trabajo de titulación en todo su proceso. Así también que la tesis de proyecto de investigación: **“RASGOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PREDOMINANTES EN DROGODEPENDIENTES INTERNOS EN LA CLÍNICA DE RECUPERACIÓN CAMINO A LA PAZ EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO EN EL PERIODO 2017”** es trabajo original de los estudiantes de Psicología Clínica: **FÉLIX ALEJANDRO MACÍAS ÁLAVA y DAMIÁN STELO PÁRRAGA SABANDO.**

---

**Mg. Isabel Patricia Valdivieso López**  
**TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:** Rasgos y trastornos de personalidad predominantes en drogodependientes internos en la clínica de recuperación Camino a la Paz en la ciudad de Portoviejo en el periodo 2017.

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del Título de **PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

**APROBADA**

---

**PROFESOR TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

---

**PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL**

---

**PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL**

---

**PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL**

## DECLARATORIA

La responsabilidad de la ejecución, resultados y conclusiones del presente trabajo de titulación con modalidad investigación científica con el tema: ***“Rasgos y trastornos de personalidad predominantes en drogodependientes internos en la clínica de recuperación Camino a la Paz en la ciudad de Portoviejo en el periodo 2017”*** pertenece exclusivamente a sus autores.

**Los autores**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo I .....	1
1.1 Introducción/Planteamiento del Problema .....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Justificación .....	3
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1. General.....	5
1.4.2. Específicos .....	5
Capitulo II .....	7
II. Marco Teórico.....	7
2.1. Revisión de la literatura y desarrollo del Marco Teórico.....	7
2.1.1. Rasgos y trastornos de personalidad .....	7
2.1.1.1 Rasgos y trastornos de personalidad en drogodependencia .....	11
2.1.1.2 Personalidad .....	13
2.1.1.3 Test multiaxial de Millon .....	15
2.1.2.1 Drogodependencias.....	16
2.1.2.2 Tipos de drogas .....	19
Drogas depresoras .....	19
Drogas alucinógenas .....	22
2.1.2.2.2 Drogas estimulantes.....	21
2.1.2.3 Sustancias psicoactivas .....	24
2.1.2.3.1 Cannabis .....	24
2.1.2.3.2 Cocaína .....	25
2.1.2.3.3 Anfetaminas.....	25
2.1.2.3.4 Sedantes e hipnóticos.....	26



2.1.2.3.5 Opioides.....	26
2.1.2.3.6 Alucinógenos.....	27
2.1.2.4 Conducta adictiva.....	28
2.1.2.5 Datos epidemiológicos.....	29
2.1.2.6 Cifras de consumo en el Ecuador.....	30
Capitulo III.....	33
3.1. Metodología.....	33
3.1.1. Identificación de las variables.....	33
3.2. Tipo de estudio.....	36
3.3. Métodos.....	36
3.4. Técnicas e instrumentos.....	36
3.4.1. Técnicas.....	36
3.4.2. Instrumentos.....	36
3.5. Población y Muestra.....	37
3.5.1. Población.....	37
3.5.2. Muestra.....	37
3.6. Recursos.....	37
3.6.1. Humanos.....	37
3.6.2. Materiales.....	38
Capitulo IV.....	39
4.1. Análisis, interpretación de los resultados.....	39
4.1.1. Descripción del proceso de la información.....	39
4.1.2.1 Estimulantes.....	43
4.1.2.2 Depresores.....	44
4.1.2.3 Alucinógenos.....	44

<b>Resultados del test multiaxial de Millon .....</b>	<b>46</b>
<b>Patrones clínicos de la personalidad .....</b>	<b>48</b>
<b>Patología severa de la personalidad.....</b>	<b>49</b>
<b>Síndromes clínicos.....</b>	<b>50</b>
<b>Síndromes severos.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2. Alcance de objetivos y resultados esperados .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>54</b>
<b>5. Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>54</b>
<b>5.1. Conclusiones.....</b>	<b>54</b>
<b>5.2. Recomendaciones.....</b>	<b>55</b>
<b>6. Presupuesto.....</b>	<b>56</b>
<b>7. Cronograma valorado de actividades .....</b>	<b>57</b>
<b>8. Bibliografía .....</b>	<b>58</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>62</b>

## **ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS**

## Índice de figuras

<b>Figuras</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
Factores del consumo de sustancias	1	14
Mecanismos que vinculan el uso de drogas con problemas sociales y de salud	2	18
Factores del consumo de sustancias	3	18
Consumo de drogas estimulantes	4	43
Consumo de drogas depresoras	5	44
Consumo de drogas alucinógenas	6	45
Media de los resultados del test de Millon	7	46
Media de los patrones clínicos de la personalidad	8	49
Media de la patología severa de la personalidad	9	50
Media de los síntomas clínicos	10	51
Media de los síndromes severos	11	52

## Índice de tablas

<b>Tabla</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
Variable 1: Trastornos y rasgos de personalidad	1	34
Variable 2: Drogodependencia	2	35
Resumen de los resultados de los 32 sujetos de la muestra	3	41
Máxima, mínima y media de los resultados del test de Millon	4	42
Edad, tiempo de consumo y número de internaciones de los internos	5	47

## RESUMEN

La presente investigación busca describir la relación que existe entre los rasgos de personalidad, los trastornos de personalidad y drogodependientes, este tema ha sido el foco de interés de múltiples investigaciones debido a que cada vez existe una mayor cantidad de personas que consumen sustancias psicoactivas y también a la precocidad de la edad de inicio del consumo de sustancias en la región. Investigaciones previas (Carou, Romero, & Luengo, 2017; Durán & Iglesias, 2006; Fernández, Sánchez, Mata-Martín, Ucles, & Torrecillas, 2016) muestran que los rasgos de personalidad más comunes son el narcisista, el agresivo sádico y la antisocial.

El objetivo de esta investigación es caracterizar la expresión de los rasgos y trastornos de personalidad y la drogodependencia en la clínica de recuperación “Camino a la Paz” de la ciudad de Portoviejo de la provincia de Manabí en el año 2017, cuya muestra se efectuó con 32 internos del centro del rehabilitación.

La metodología empleada es correlacional, no experimental y cuantitativa. El instrumento aplicado para medir los rasgos y trastornos de personalidad fue el test multiaxial de Millon.

Los resultados encontrados son en su mayoría compatibles con la literatura investigada, dentro de los rasgos de personalidad encontramos el antisocial, narcisista y el agresivo sádico, y dentro de los síndromes clínicos encontramos el bipolar, mismo que no se ha investigado a profundidad, y sería de gran interés científico así como clínico el entender si esto se repite en otras clínicas de recuperación. El trastorno de personalidad borderline o límite es así mismo común dentro de la muestra.

### **Palabras clave**

Drogodependencia, trastornos de personalidad, rasgos de personalidad, consumo de sustancias

## SUMMARY

The present research seeks to describe the relationship between personality traits, personality disorders and drug addicts, this subject has been the focus of interest of multiple investigations because there is an increasing number of people who use psychoactive substances and also to the precocity of the age of onset of substance use in the region. The most common personality traits are the narcissistic, the aggressive, sadistic, and the sadistic, and the most important are the most common personality traits according to multiple studies (Carou, Romero, & Luengo, 2017, and Fernández, Sánchez, Mata-Martín, Ucles, & Torrecillas)

The objective of this research is to characterize the expression of personality traits and disorders and drug dependence in the recovery clinic "Camino a la Paz" of the city of Portoviejo in the province of Manabí in the year 2017, whose sample consist in 32 inmates of the rehabilitation center.

The methodology used is correlational, not experimental and quantitative. The instrument used to measure personality traits and disorders was the Millon multiaxial test.

The results found are mostly compatible with the investigated literature, within the personality traits we find the antisocial, narcissistic and aggressive sadistic, and within the clinical syndromes we find the bipolar, which has not

been investigated in depth, and would be of great scientific as well as clinical interest to understand if this is repeated in other recovery clinics. Borderline personality disorder or limit is also common within the sample

**Keywords**

Substance abuse, personality traits, personality disorders



## **CAPÍTULO I**

### **1.1 Introducción/Planteamiento del Problema**

La investigación acerca de la relación que existe entre los rasgos de personalidad, los trastornos de personalidad y la drogodependencia ha sido el foco de interés de muchas investigaciones, debido a la gran cantidad de personas que consumen sustancias y que la edad de inicio del consumo cada vez es más temprano en la vida. De acuerdo a investigaciones realizadas en otros estudios, se encontró que los rasgos de personalidad más comunes en drogodependencia son la agresiva sádica, la antisocial y la narcisista, mismos que esperamos encontrar dentro de la presente investigación.

El principal objetivo de esta investigación es caracterizar la expresión de los rasgos y trastornos de personalidad y la drogodependencia en la clínica de recuperación “Camino de la Paz” de la ciudad de Portoviejo de la provincia de Manabí en el año 2017.

El instrumento que se utilizará será el test multiaxial de Millon mismo que mide los rasgos de personalidad así como los trastornos de personalidad. Dentro de los resultados se espera encontrar ciertos rasgos predominantes en la personalidad así como una asociación entre los rasgos y los trastornos de personalidad y la drogodependencia.

Las investigaciones han demostrado una alta correlación entre los rasgos de personalidad, trastornos de personalidad y la drogodependencia. Es importante conocer cómo se relacionan para prestar más atención a personas con ciertos rasgos, para crear programas específicos para cada tipo de personalidad y para la colaboración con la clínica, ya que de acuerdo a sus rasgos psicológicos es como las personas van a responder a un determinado tratamiento. Por lo que la pregunta es ¿Cómo se expresan los rasgos y trastornos de personalidad y la drogodependencia?

## **1.2 Antecedentes**

De acuerdo al informe anual de drogas celebrado por la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016) se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de al menos 250 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron al menos una droga en el año 2014, y aunque la cifra se ha mantenido estable durante los últimos años sigue siendo un problema que afecta a los países. Se estima que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con las mismas y solamente uno de cada seis personas recibe tratamiento.

En el Ecuador, de acuerdo a un informe del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2015) la prevalencia del consumo de marihuana en la población es del 5,3%, siendo la marihuana la droga ilegal de más consumo en el país. De acuerdo al estudio realizado en

el país el 79,9% de las personas encuestadas jamás han participado ni evidenciado un programa de prevención del consumo de drogas.

El uso y abuso de sustancias entre los adolescentes y adultos jóvenes se ha visto incrementada los últimos años. La vida no solo del drogodependiente sino de toda su familia se ve afectada creando un impacto negativo en la sociedad, familia extendida y en la esfera laboral de la vida de las personas.

Las clínicas de recuperación, en su gran mayoría, no cuentan con suficiente personal para levantar toda la información acerca de los internos que se encuentran en sus instalaciones.

### **1.3 Justificación**

Esta investigación está enfocada en la relación que existe entre los rasgos de personalidad, los trastornos de personalidad y la drogodependencia en la clínica de recuperación “Camino a la Paz” de la ciudad de Portoviejo. Este proyecto se quiere realizar ya que no existen mayores estudios en Ecuador acerca de la correlación entre estos factores. Así también para entender si existe algún factor psicológico predominante en la población drogodependiente.

El campo de las adicciones a drogas, en su acepción general es, dentro de la psicología clínica, uno de los menos desarrollados en cuanto a investigación, formación y tratamiento.

El abuso de sustancias es un problema que cada vez afecta a una mayor parte de la población. De acuerdo a datos tomados por el CONSEP (2007) la prevalencia del consumo de alcohol, cigarrillo y drogas estupefacientes empieza temprano en la vida, con un promedio de 14 años de acuerdo a las encuestas aplicadas. Las investigaciones que giran en torno a las drogodependencias y su asociación con distintos factores ya sean psicológicos, conductuales o emocionales son de gran importancia ya que permiten entender de mejor manera este fenómeno.

La importancia de entender la correlación entre los tipos de personalidad y la drogodependencia se basa en que son un grupo cuyo manejo clínico es muy complejo ya que existen circunstancias diferentes en la vida de cada persona, diferentes formas de ser criados, ideologías y hasta dificultades en la vida. El propósito es en primer lugar entender si en Portoviejo existe una correlación entre algún tipo de rasgo de personalidad y las drogodependencias, si existe algún rasgo que tenga una mayor comorbilidad con el índice de recaídas y para brindar al centro un informe acerca de los rasgos de personalidad que tienen en el centro para enfocarse de una mejor manera a las dificultades específicas que se presentan en el centro.

El estudio se puede realizar debido al apoyo total recibido por la clínica de recuperación “Camino a la Paz” misma que cuenta con 32 internos que están dispuestos a participar en el estudio. Así también los instrumentos a aplicar están validados para el país y el proyecto.

Debido a la colaboración de la clínica, se entregarán los resultados del estudio a la misma para que sus autoridades y profesionales de salud mental puedan tomar las medidas necesarias contando con información relevante y actualizada con relación a los internos.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.4.1. General**

Caracterizar la expresión de los rasgos y trastornos de personalidad y el consumo de sustancias en la clínica de recuperación “Camino de la Paz” de la ciudad de Portoviejo de la provincia de Manabí en el año 2017.

#### **1.4.2. Específicos**

- Describir las manifestaciones de los rasgos de personalidad de los internos de la clínica de recuperación.

- Identificar la presencia de trastornos de personalidad de los internos del centro de recuperación.
  
- Identificar asociaciones entre los rasgos de personalidad, trastornos de personalidad y la drogodependencia de los internos de la clínica de recuperación.

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco teórico**

#### **2.1. Revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico**

##### **2.1.1. Rasgos y trastornos de personalidad**

La llegada del sistema multiaxial de Millon, ha permitido que la personalidad sea percibida desde todos los ángulos, de forma holística, por lo que no es posible una división entre lo que es normal o patológico, debido a que la patología tiene los mismos determinantes que el funcionamiento adecuado. Una personalidad “enferma o anormal” es un concepto relativo, mismo que representa un punto arbitrario en la escala.

La forma común de distinguir la normalidad de la anormalidad se basa en revisar aquellos comportamientos que son más frecuentes en una población o grupo social así como los menos infrecuentes, por lo que podemos argüir que la normalidad y la patología son construcciones sociales con un amplio componente cultural.

Los rasgos de personalidad sólo lo constituyen los trastornos de la personalidad cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo y son inflexibles y desadaptativos. Los trastornos de personalidad

también se los puede ver como patrones conductuales duraderos que se manifiestan en distintos escenarios tanto personales como sociales.

La propuesta actual de Millon engloba en un mismo marco teórico la personalidad normal y la patológica. El modelo de estilos y dimensiones de la personalidad normal surge del mismo modelo de la personalidad que diferencia y enlaza caracteres sanos y patológicos en un continuo; es decir, la personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales y los trastornos de la personalidad serían estilos particulares del funcionamiento desadaptativo (Sánchez, 2003).

Millon & Davis (1998) proponen tres criterios para juzgar la gravedad de la patología, mismas que son poca estabilidad, inflexibilidad adaptativa y círculos viciosos.

**Poca estabilidad:** Existe por parte del individuo una fragilidad o falta de resistencia en condiciones de estrés subjetivo. Estas personas suelen ser fácilmente perturbados y extremadamente susceptibles a las dificultades nuevas y a las alteraciones que le presenta su medio.

**Inflexibilidad adaptativa:** Las estrategias alternativas que emplea el individuo para relacionarse con los demás, para conseguir sus objetivos y



para enfrentarse al estrés son pocas y se practican de forma rígida. El individuo puede ser incapaz de adaptarse eficazmente a las circunstancias de su vida, igualmente puede modificar el ambiente para evitar estímulos que objetivamente son neutrales pero que son percibidos como estresantes.

Círculos viciosos: Las personas con trastorno de personalidad hacen que su entorno social produzca inevitablemente un proceso de feedback que perpetúa e intensifica las diferencias preexistentes. La constricción protectora, la distorsión cognoscitiva y la sobregeneralización, todas ellas son procesos mediante los cuales sus oportunidades para nuevos aprendizajes, mal interpretan las experiencias positivas y provocan reacciones en los demás que reactivan problemas anteriores. Así pues, los patrones de personalidad patológicos son en sí mismos patológicos, es decir, generan y perpetúan dilemas ya existentes, provocan nuevas situaciones difíciles y ponen en marcha secuencias autodestructivas que provocan que las dificultades ya existentes no sólo se mantengan sino que se agraven.

De acuerdo a Millon & Negrotto (2014) los patrones clínicos de personalidad son esquizoide, antisocial, agresivo – sádico, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, compulsivo, pasivo-agresivo y autodestructivo, mismos que posteriormente sirvieron para la elaboración del Test de Millon, mismo que es un inventario clínico multiaxial que proporciona información validada empíricamente, relevante y fiable para apoyar el

diagnóstico de psicólogos y otros profesionales de salud mental en diversos ámbitos.

Los rasgos de personalidad son características que influyen en algunos pero no en todos los comportamientos de las personas.

Es posible hablar de estilos o patrones de personalidad que surgen a partir de la adolescencia en donde se desarrolla un rápido crecimiento en las funciones ejecutivas, superiores y corticales. Millon entiende la personalidad como una compleja serie de factores tanto ambientales como biológicos. A partir de esta etapa es esperable poco cambio en la personalidad (Theodore Millon & Davis, 1998; Theodore Millon, Millon, Meagher, Grossman, & Ramnath, 2012).

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) incluye una definición de los trastornos de personalidad, misma que abarca los 10 trastornos específicos tradicionales y tiene una sección más comprensiva en donde se encuentran los 6 tipos específicos de la personalidad, mismos que son: esquizotípico, límite, antisocial, narcisista, obsesivo – compulsivo y ansioso – evitativo (Echeburúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014; Esbec & Echeburúa, 2014).

En el Anexo 2 se pueden apreciar todos los factores e indicadores de las preguntas del test multiaxial de Millon.

### **2.1.1.1 Rasgos y trastornos de personalidad en drogodependencia**

En un artículo realizado por Durán e Iglesias (2006) se encontró que los principales trastornos de personalidad presentes en drogodependientes son la pasivo-agresiva, la antisocial, la narcisista y la histriónica. Estos resultados se han visto en otros estudios en diferentes partes del mundo.

Las personas drogodependientes poseen ciertos rasgos de personalidad más severos que en otros grupos.

De acuerdo con un estudio realizado por Pedrero, Puerta, Lagares & Sáez (2003) muestra que el 83% de los sujetos drogodependientes presentan puntuaciones criterio para la estimación de presencia de algún trastorno de la personalidad, siendo el más frecuente entre los varones el pasivo/agresivo y entre las mujeres el dependiente. Se aprecian diferencias, especialmente en cuanto a la gravedad, entre los sujetos que inician tratamiento y quienes ya se encuentran en fases avanzadas del mismo.

La personalidad normal ha sido definida usando criterios ideales de salud, como concepto opuesto a la personalidad trastornada o, por último, desde un punto de vista estadístico en relación a las conductas más comunes en un ambiente determinado. Sin embargo, para este autor la distinción entre normal y anormal es muy relativa y supone establecer un punto de corte en

un continuo entre dos extremos de un patrón conductual (Pedrero-Pérez et al., 2013).

Los trastornos de personalidad son un grupo de afecciones psiquiátricas en las cuales los comportamientos, emociones y pensamientos prolongados (crónicos) de una persona son muy diferentes a las expectativas de su cultura y causan serios problemas con las relaciones interpersonales y el trabajo.

Existen múltiples estudios que analizan la personalidad en personas drogodependientes (Carou et al., 2017; Fernández et al., 2016; Molina & Mesías, 2015; Torres, 2017) encontrando un historial de conductas antisociales, baja autoestima, depresión y ansiedad en ellos, siendo en una gran cantidad de casos resultado de los factores que rodean el abuso de sustancias así como los efectos de las mismas sustancias.

En muchas culturas la drogodependencia sigue siendo considerada una mala decisión de vida y no una enfermedad, por lo que las condiciones de vida y el trato que reciben los drogodependientes no son determinantes al momento de mejorar su bienestar.

### **2.1.1.2 Personalidad**

El término personalidad puede definirse como el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona, y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones poseen algún grado de predictibilidad (Mar, 2010; T. Millon & Ávila, 2002).

La personalidad se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona, a la organización interior que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una determinada circunstancia.

La personalidad es una estructura de componentes complicados, que combina cognición, emoción y conducta que encuadra la vida de las personas (S. C. Cloninger, 2003).

La personalidad es compuesta por una mezcla de factores determinados biológicamente que se conocen como temperamentales y aquellos determinados por el ambiente conocidos como carácter.

Temperamento: influencias genéticas que influyen sobre la personalidad, que también son conocidas como la dimensión biológica de la personalidad.

Existen 4 postulados que lo expresan (C. R. Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993):

- Las personas buscamos actividades que nos provoquen estimulación placentera que sean percibidas como recompensa.
- Los seres humanos evitamos los comportamientos que nos lleven a ser castigados o a situaciones que nos causen frustración.
- Los seres humanos respondemos bien a situaciones con reforzadores por lo que tendemos a repetir una actividad que produzca placer.
- Tendemos a persistir a pesar de las dificultades.

Carácter: El carácter se refiere a factores psicosociales, aprendidos, que influyen sobre la personalidad. El carácter se forma a lo largo de la vida tomando en cuenta las experiencias que vive la persona y su proceso de socialización.

- El carácter se forma a través de esquemas y de la vida misma, lo que refleja la dimensión psicológica de la personalidad.
- El carácter es aquel que trata de moldearse cuando se trabajan los trastornos de personalidad.

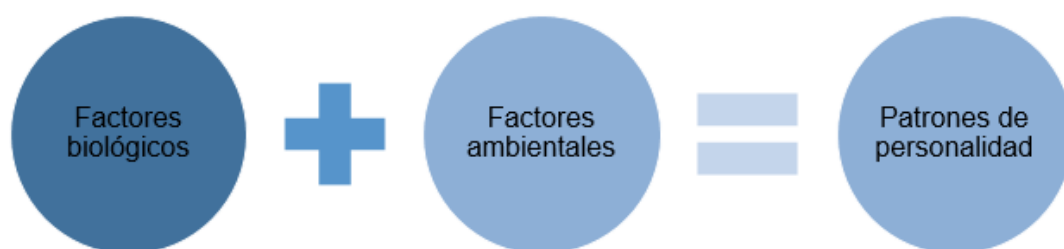


Figura 1.- Factores del consumo de sustancias  
Fuente: Los Autores

### **2.1.1.3 Test multiaxial de Millon**

Existen diversos modelos para estudiar la personalidad, por lo que a nivel teórico encontramos una gran variedad de modelos para describir el comportamiento de las personas. Se decidió utilizar el modelo Millon debido a que los autores creemos que es el que combina de una mejor manera las dimensiones para nuestro trabajo.

Millon (1997) consideró a su modelo como un modelo integrador, debido principalmente a la importancia que le concedió a los distintos modelos teóricos al momento de construir su instrumento, lo que se ha denominado teoría biopsicosocial de personalidad, acercándose a los modelos biológicos, fisiológicos, conductuales, fenomenológicos, sociales y evolutivos fenomenológico - sociales y evolutivos.

El sistema multiaxial que se trabaja en el inventario de Millon permite a los clínicos evaluar los síntomas clínicos que tienen el paciente en la actualidad, así como su personalidad, permitiendo en los resultados poder combinar y apreciar los síntomas pero tomando en cuenta su personalidad y tomando en cuenta su ambiente. Es decir, se valora no solo el trastornos que padece el paciente, sino el significado que tienen los síntomas. El propósito de Millon al realizar un test multiaxial es el poder evaluar los síntomas más allá del mismo síntoma, sino de una manera más holística en la que se pueda incluir la

manera de relacionarse, de pensar, sentir, comportarse y afrontar las dificultades, dicho en otras palabras, incluyendo la personalidad.

Para el autor, la importancia de los rasgos de personalidad, nos permite entender formas más complejas y variadas de psicopatología, entendiendo que los trastornos no son exclusivamente conductual, cognitivo o inconsciente, sino que estos son solo una parte de la persona.

*“El principal objetivo del MCMI-II es proporcionar información a los clínicos (psicólogos) que las escalas del MCMI-II puede servir para identificar qué grupo de personas con dificultades emocionales y personales puede requerir una evaluación más intensa o atención profesional” (T. Millon & Ávila, 2002).*

## **2.1.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS**

### **2.1.2.1 Drogodependencias**

La Organización Mundial de la Salud define en su informe acerca de drogodependencia que a la dependencia del alcohol y de otras sustancias como “una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal” (OMS, 2004); de acuerdo a dicho informe la dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios



pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales.

La drogodependencia fue definida por la OMS, misma que pretendió concretar cuáles sustancias producían dependencia y declaró la drogodependencia a las drogas que se utilizan sin necesidad médica y que tienen efecto psicoactivo (Del Moral, Fernández, Ladero, & Lizasoain, 1998).

El enfoque multifactorial es importante para el estudio de las drogodependencias ya que se deben tener en cuenta la parte biológica ya que la genética y los factores biológicos son importantes para entender las drogodependencias, así como los factores sociales, ya que la cultura y la sociedad tienen un impacto importante en el entendimiento de las drogodependencias.

Las drogodependencias provocan serios problemas sanitarios, tanto a nivel físico como psíquico de las personas siendo asociado con muchas enfermedades y riesgos, tales como esquizofrenia, depresión, ansiedad, embarazos no deseados, interrumpidos, bajo peso al nacer, etc. (Carou, Romero, & Luengo, 2016).

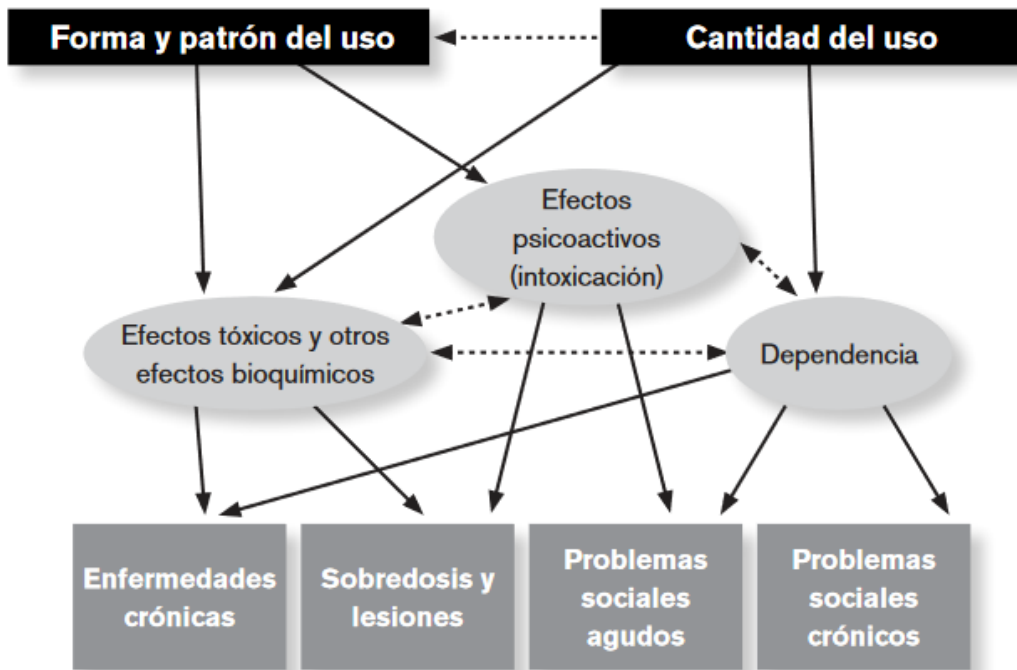


Figura 2.- Mecanismos que vinculan el uso de drogas con problemas sociales y de salud  
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

El término drogodependencia es aquel que define a una persona con adicción a sustancias psicotrópicas, misma que se da por una exposición prolongada a dicha sustancia.



Figura 3.- Factores del consumo de sustancias  
Fuente: Los Autores

### **2.1.2.2 Tipos de drogas**

Las consecuencias personales dependen de la sustancia que se ingiere, el tiempo en que se emplea la misma y el efecto que tiene en el cuerpo de las personas.

Las tres principales categorías en las que se clasifican las drogas de acuerdo a la OMS son: drogas depresoras, estimulantes y alucinógenas.

#### **2.1.2.2.1 Drogas depresoras**

Las drogas depresoras son sustancias capaces de producir un efecto inhibitorio sobre algunas funciones cerebrales, llevando a la aparición de un estado de calma y quietud.

Los principales depresores del sistema nervioso son los medicamentos usados bajo prescripción médica para tratar los estados de ansiedad, trastorno de pánico, así como el insomnio conciliatorio. Muchas veces se usan sin indicación médica, en especial ante situaciones de estrés emocional.

También existen drogas de abuso que tienen un efecto depresor del sistema nervioso, como es el caso de la marihuana y la heroína.

Los medicamentos, así como las diversas sustancias empleadas como tranquilizantes, producen sus efectos a través de los cambios en un neurotransmisor del cerebro conocido como GABA. Este tiene un efecto inhibitorio sobre la actividad cerebral, efecto que es potenciado por las drogas depresoras.

La disminución de la actividad cerebral se relaciona con la aparición de un estado de tranquilidad mental acompañado por somnolencia. Otros efectos que se presentan son: falta de coordinación para llevar a cabo los movimientos, trastornos de la memoria y problemas cognitivos.

Con su uso prolongado estas sustancias son capaces de producir dos efectos muy característicos: por una parte el fenómeno conocido como tolerancia, que hace que cada vez sea necesario tomar dosis más altas para obtener el efecto deseado y por otro lado la adicción, estando su suspensión brusca acompañada por síntomas de abstinencia potencialmente graves, estos se caracterizan por un estado de hiperactividad que puede desencadenar en la aparición de convulsiones.

#### **2.1.2.2.2 Drogas estimulantes**

Las drogas estimulantes son aquellas capaces de activar zonas específicas del sistema nervioso, lo que se relaciona con su capacidad de elevar los niveles de dopamina en algunas zonas del cerebro.

Esto se asocia con un incremento en los niveles de energía y atención, que aumenta el rendimiento físico e intelectual de quien las consume, produciendo una sensación de placer y satisfacción que es causante de su gran potencial de adicción.

La activación obtenida con el uso de drogas estimulantes se logra al aumentar los niveles de los neurotransmisores, que son las sustancias responsables de que ocurran los diversos procesos a nivel del sistema nervioso.

En el caso particular de las drogas estimulantes, estas son capaces de incrementar los niveles de dopamina, que es el neurotransmisor relacionado con la sensación de placer. Normalmente se libera durante situaciones que resultan agradables o satisfactorias como son el comer y tener actividad sexual. Por lo general las acciones que aumentan los niveles de dopamina suelen tener un efecto adictivo.

La dopamina también interviene en los circuitos neurológicos relacionados con el movimiento y la atención, por esta razón la deficiencia de los niveles de dopamina se desarrolla con el desarrollo de la enfermedad de Parkinson que se manifiesta principalmente por la aparición de movimientos involuntarios tipo temblor y rigidez.

### **2.1.2.2.3 Drogas alucinógenas**

Las drogas alucinógenas son sustancias capaces de producir la percepción de sonidos, visiones o sensaciones que no son reales, estas son conocidas como alucinaciones. Este fenómeno se acompaña en la mayoría de los casos por cambios intensos y muy rápidos en las emociones y el desarrollo de trastornos mentales que pueden llegar a ser permanentes.

Las personas bajo efecto de drogas alucinógenas pierden contacto con la realidad y entran en un estado que es peligroso para sí mismo y para quienes le rodean. Estos efectos dependen de la afectación de la función del neurotransmisor serotonina a nivel del cerebro.

Este tipo de sustancias se usaron ampliamente en la antigüedad con fines religiosos, ya que quienes las consumían sufrían trances y tenían

visiones que eran interpretadas como fenómenos de clarividencia. Eran obtenidas principalmente de productos de origen vegetal como algunos tipos de hongos.

Las alucinaciones son percepciones que, aunque parecen muy reales, solo existen en la mente. Muchas veces quien las padece no está claro de que lo que experimenta es completamente irreal.

Si bien ocurren siempre con el uso de drogas alucinógenas, es posible que las alucinaciones se presenten en personas que no han consumido este tipo de drogas, como en el curso de enfermedades del sistema nervioso como los tumores cerebrales, en enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, durante episodios de fiebre muy alta o con el consumo excesivo o el síndrome de abstinencia por alcohol.

Existen varios tipos de alucinaciones, según el tipo de afección sobre las percepciones. Es posible ver formas, figuras o incluso cosas que no existen; también es posible percibir sensaciones como tener animales caminando sobre la piel o sentir que alguna parte del cuerpo se transforma o cambia de tamaño, que los órganos se mueven o incluso salen del organismo.

Otro tipo de alucinaciones, que constituyen la forma más frecuente es escuchar ruidos, música o incluso voces que en muchos casos suelen dar instrucciones que son causantes de que las personas bajo efecto de drogas alucinógenas le hagan daño a otras personas o incluso a si mismo llevando a la autoagresión o incluso al suicidio.

### **2.1.2.3 Sustancias psicoactivas**

Las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía, ya sea esta oral, nasal, intramuscular y/o intravenosa; tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

#### **2.1.2.3.1 Cannabis**

En todo el mundo, el cannabis, comúnmente llamado marihuana, es la droga ilegal más ampliamente usada. Clasificada como un alucinógeno, el cannabis se asocia con una serie de riesgos para la salud. Si bien son posibles las sobredosis y la toxicidad, el cannabis entraña un riesgo muy



bajo de causar la muerte. Sin embargo, las probabilidades pueden aumentar cuando se combina con otras drogas.

#### **2.1.2.3.2 Cocaína**

El uso de la cocaína, un estimulante, se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales no seguras, que a su vez aumentan las probabilidades de que los usuarios y sus parejas contraigan enfermedades de transmisión sexual y virus transmitidos por la sangre. El uso repetido de dosis elevadas de cocaína puede llevar a la psicosis. Existe también un riesgo considerable de complicaciones tóxicas, sobredosis y muerte súbita, comúnmente provocada por insuficiencia cardíaca. La combinación con el alcohol aumenta considerablemente la toxicidad cardiovascular y hepática.

#### **2.1.2.3.3 Anfetaminas**

Los efectos de los estimulantes del tipo de las anfetaminas — anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina y éxtasis— son similares a los de la cocaína, pero los perfiles farmacológicos de estas drogas son diferentes. El consumo de dosis elevadas de metanfetaminas en un período prolongado también afecta el riesgo de malnutrición y puede causar daños permanentes a las células cerebrales.

#### **2.1.2.3.4 Sedantes e hipnóticos**

Los sedantes, los hipnóticos y las píldoras para dormir contienen benzodiazepinas y compuestos afines; todos ellos son depresores y normalmente se recetan para ayudar a las personas a dormir, o para tratar la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, el dolor muscular, las crisis convulsivas y los traumatismos. Los sedantes y los hipnóticos pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito.

Es muy poco probable que las sobredosis de benzodiazepinas provoquen la muerte, aun cuando se trate de dosis muy grandes. No obstante, cuando se combinan con otras sustancias como el alcohol, otras drogas depresoras u opioides, aumenta considerablemente el riesgo de una sobredosis y la muerte.

#### **2.1.2.3.5 Opioides**

Los opioides son compuestos extraídos de las semillas de amapola. Tienen efectos en el organismo similares a los de la morfina y reducen el dolor al desacelerar las funciones del sistema nervioso central.

Tanto los opioides prescritos legalmente como las versiones “callejeras” —la heroína y el opio— pueden generar numerosos problemas de salud. Las personas que usan opioides recetados corren un riesgo particular si usan las drogas con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito. Se produce una sobredosis cuando la cantidad de opioide deprime el centro respiratorio y esto puede hacer que el usuario caiga en coma y muera. El riesgo de sobredosis es considerablemente mayor cuando el usuario también consume alcohol o toma otros sedantes.

#### **2.1.2.3.6 Alucinógenos**

Los efectos de los alucinógenos son imprevisibles y pueden variar de un usuario a otro o en diferentes ocasiones. Los alucinógenos pueden provocar imágenes retrospectivas, la recurrencia espontánea de los efectos del uso de alucinógenos en el pasado.

El uso por un período prolongado puede aumentar los efectos de problemas mentales como la esquizofrenia.

El éxtasis también puede llevar a problemas crónicos de salud mental, como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico, delirio e

imágenes retrospectivas. Hay datos crecientes que prueban que el éxtasis es una neurotoxina que provoca daño neurológico en el cerebro.

#### **2.1.2.4 Conducta adictiva**

Una buena parte de los problemas que acompañan al consumo de sustancias procede de patrones disfuncionales de conducta que se mantienen en el tiempo con una elevada estabilidad y pueden justificar, también en parte, tanto la persistencia de la conducta adictiva (Gárciga Ortega, 2013).

La conducta adictiva es aquella que lleva a las personas a la adicción de forma gradual permitiendo a las personas con drogodependencia a ser funcionales debido a que su cuerpo se va ajustando poco a poco a esta situación aunque estos no están conscientes del proceso de compensación del que están siendo objetos, impidiéndoles tomar conocimiento de lo que les está pasando.

Las conductas adictivas son aquellas que generan y mantienen el uso y abuso de sustancias en las personas con drogodependencia.

Se puede decir que la personalidad adictiva es la conducta del adicto y que la utilidad del estudio es poder predecir la drogodependencia y cuál sería el mejor tratamiento de acuerdo a su personalidad.

#### **2.1.2.5 Datos epidemiológicos**

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) en el 2009, 23.5 millones de personas de 12 años y mayores necesitaron tratamiento para problemas de abuso de drogas ilícitas o alcohol.

Los tratamientos para el abuso de sustancias deben ser comprensivos, con un enfoque multinivel entendiendo el consumo de sustancias como una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo y que su edad de inicio cada vez se estima más temprano.

*“La OMS estima que el consumo de drogas es responsable de alrededor de medio millón de muertes cada año. Pero esta cifra sólo representa una pequeña parte del daño causado por el problema mundial de las drogas”,* dijo Chan durante su intervención ante la Comisión de Narcóticos de la ONU, que se reúne en Viena.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) realizó en el año 2015 un estudio acerca del consumo de drogas en jóvenes

latinoamericanos. Entre los datos más relevantes se encuentra el alto consumo de alcohol en jóvenes de entre 13 y 17 años, el aumento del consumo de marihuana en este sector de la población y la "precocidad" en el consumo de éxtasis y sustancias inhalables. En líneas generales, los estudiantes perciben mayor facilidad de acceso para obtener éxtasis precisamente en aquellos países donde las tasas de consumo son mayores.

El consumo de tabaco descendió en casi todos los países del continente, tanto en población escolar como general, y es especialmente bajo entre los adolescentes del Caribe respecto a los de otras regiones. La prevalencia del tabaco en la región abarca desde un 24,5 % en Chile a un 1,8 % en Antigua y Barbuda. Dentro de las conclusiones que se pueden rescatar del estudio, las más relevantes indican que si bien hay un consumo bajo de sustancias "duras" como la heroína, la CICAD considera que en un futuro no muy lejano este sí será un problema real, por lo tanto se requiere de monitoreo para prevenir su desarrollo en el futuro.

El informe resalta la necesidad de contar con políticas públicas bien diseñadas, correctamente implementadas y con criterios de evaluación claros", para lo cual "se requiere de información cualitativa y cuantitativa relevante y actualizada".

#### **2.1.2.6 Cifras de consumo en el Ecuador**

El consumo de cigarrillos u otro tipo de tabaco se establece en 46.8% como prevalencia de por vida (PV), 25.2% en el último año (PA) y 18.4% en el último mes (PM). Se observa una disminución considerable entre las prevalencias, lo cual traduce una reducción del consumo de cigarrillos en la población. La PV del consumo de alcohol se calcula en 76.9%, la PA en 54.4% y la PM, en 31.7%. En PV, el consumo de los tranquilizantes (2.0%) es superior al de los estimulantes (0.2%). La prevalencia del consumo de medicamentos psicotrópicos estimulantes y tranquilizantes, cualquiera sea el producto, se calcula en 2.1% a nivel nacional (CONSEP, 2007).

En la segunda encuesta nacional sobre consumo de drogas realizada en estudiantes de educación media del Ecuador, se encontró un incremento general en el consumo de drogas. El primer consumo de cigarrillos es a los 13 años; el consumo de alcohol a los 13 años y 7 meses; de la marihuana a los 13 años y 2 meses y los inhalables a los 13 años y 4 meses. Se puede apreciar que la marihuana y los inhalantes tienen un peso importante, puesto que su consumo aumentó en más del doble en el periodo comprendido entre 1998 y 2005.

Asimismo, se detectó de manera consistente un aumento importante en la edad promedio de 13 a 18 años y que las drogas de uso ilegal tienen frecuencias de consumo menores a las legales (marihuana 4,32%, inhalantes 1,62%, cocaína 1,05% y drogas vegetales 0,88%) (Delito, Psicotrópicas, Drogas, & Drogas, 2006)

En el informe que se realizó por el Observatorio Social del Ecuador con la participación de CARE Ecuador, Plan Internacional, Save the Children Ecuador, Word Vision Ecuador y el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, en el que se entrevistaron a 4000 hogares de la costa, sierra y amazonia ecuatoriana, la marihuana y la llamada H serían las drogas que más fácilmente consiguen los jóvenes de nuestro país.

Según los datos de la encuesta, el 29% de los y las adolescentes entre 12 y 17 años han visto presuntamente a algún estudiante del colegio consumiendo drogas. En las zonas urbanas este porcentaje supera (34%) al área rural (18%). En la Costa, el 38% de los adolescentes habría visto usar drogas a algún estudiante, una cifra mayor que en otras regiones.

Sobre el acceso a drogas y estupefacientes, un 15% señala que le sería fácil conseguir marihuana. Lo preocupante, detalla el informe, es que la segunda droga a la que, al parecer, pueden acceder es la H en un 8%. En tercer lugar está la cocaína con un 6%, el éxtasis en un 4% y la pasta base en un 3%.

El estudio indica que lo más grave es que el 46% considera que en su centro educativo circulan supuestamente drogas y el 24% dice que alguna vez habría visto a un estudiante que las vende o las pasa. Casi la mitad de los y las encuestadas (48%) asegura que alrededor de su colegio o escuela venden estupefacientes.



## **CAPÍTULO III**

### **3.1. Metodología**

La metodología que se utilizó fue la no experimental, ya que no se manipuló ninguna de las variables dentro del proyecto establecido, las cuales se trabajaron bajo un enfoque cuantitativo en el cual aplicamos el método estadístico y para validar esta investigación como instrumento se utilizó fue el test multiaxial de Millon (T. E. Millon, 1997).

#### **3.1.1. Identificación de las variables**

Las variables con las que se trabajaron dentro del proyecto de investigación son:

- Trastornos y rasgos de personalidad
- Drogodependencia

### 3.1.2. Operacionalización de la Variables e Indicadores

VARIABLE	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN
<b>Trastornos y rasgos de personalidad</b>	Los rasgos de personalidad son un sistema de desarrollo (maneras de procesar la información) influido por variables biológicas y ambientales, que condicionan de forma individual la manera en que la persona se enfrenta al entorno (Millon 1997).	<b>Patrones clínicos de personalidad</b>	Esquizoide
			Evitativo
			Dependiente
			Histriónico
			Narcisista
			Antisocial
			Agresivo-sádico
			Compulsivo
			Pasivo-agresivo
		<b>Patología grave de la personalidad</b>	Autoderrotista
			Esquizotípico
			Borderline
		<b>Síndromes clínicos</b>	Paranoide
			Ansiedad
			Somatiforme
			Bipolar
			Distimia
		<b>Síndromes clínicos graves</b>	Dependencia de alcohol
Dependencia de drogas			
Desorden del pensamiento			
Depresión mayor			
			Desorden delusional

Tabla 1.- Variable 1: Trastornos y rasgos de personalidad  
Fuente: Los autores

VARIABLE	FUNDAMENTACION TEORICA	DIMENSION	SUBDIMENSION
<b>Drogodependencia</b>	La Organización Mundial de la Salud define en su informe acerca de drogodependencia que a la dependencia del alcohol y de otras sustancias como "una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal" (OMS, 2004)	<b>Sustancias consumidas Estimulantes</b>	Estas drogas alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. - Anfetaminas - Cocaína - Extasis - Metilxantinas (cafeína, teofilina, mateína y otros) La forma de administración es variada: puede ser mediante ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada por mucosas nasales.
		<b>Sustancias consumidas Depresores</b>	Estas sustancias inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso y deprimen o disminuyen la actividad corporal. - Tranquilizantes (benzodicepinas) - Hipnóticos (barbitúricos y alcoholes) - Analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros) - Anestésicos (éter, cloroformo y otros) - Disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros). La administración puede realizarse por vía intravenosa, oral o fumándolas.
		<b>Sustancias consumidas Alucinógenos</b>	Estas drogas provocan en el individuo una alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. Producen delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización. - LSD (dietilamida del ácido lisérgico) - Peyote - Mezcalina - PCP - Cannabis: hachís, aceite de hash y marihuana

Tabla 2.- Variable 2: Drogodependencia  
Fuente: Los autores

### **3.2. Tipo de estudio**

El tipo de estudio que se utilizó fue el correlacional, debido a que el principal propósito de la investigación fue el de relacionar los rasgos, trastornos y la drogodependencia de la manera más exacta entre los internos de la clínica de recuperación “Camino a la Paz”.

### **3.3. Métodos**

Método bibliográfico

Método hipotético-deductivo

Método estadístico

### **3.4. Técnicas e instrumentos**

#### **3.4.1. Técnicas**

Las técnicas empleadas para la realización del presente proyecto fueron:

- Test multiaxial de Millón.
- Análisis documental

### **3.4.2. Instrumentos**

Se utilizó el test multiaxial de Millon, el mismo que se considera un instrumento psicodinámico objetivo ya que está compuesto y se administra de forma estandarizada, pero se interpreta a partir del examen de la interacción entre las puntuaciones de las escalas y de la extracción de relaciones clínicamente establecidas entre los procesos cognitivos, el comportamiento interpersonal y las fuerzas intrapsíquicas.

### **3.5. Población y Muestra**

#### **3.5.1. Población**

La población de interés para la presente investigación consistió en drogodependientes que se encuentren en la clínica de recuperación “Camino a la Paz”.

### **3.6. Recursos**

#### **3.6.1. Humanos**

- Autores del proyecto de investigación
- Internos del centro “Camino de la Paz”
- Director del centro “Camino de la Paz”
- Tutora del proyecto de investigación

### **3.6.2. Materiales**

- Hojas de papel formato A4
- Tests empleados
- Laptop
- Software estadístico y de referencias bibliográficas
- Esferos
- Impresora
- Otros

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1. Análisis, interpretación de los resultados**

#### **4.1.1. Descripción del proceso de la información**

Se aplicó el test multiaxial de Millon a los 32 internos en formato de papel. Una vez tabulados se encontró que 13 tests eran inválidos y se procedió a aplicar el retest.

En segunda ocasión y luego de más explicaciones dirigidas hacia los internos, los resultados del test fueron válidos y se procedió a entrevistar a los internos del centro y revisar sus fichas de internación.

Se buscaba conocer de primera mano datos relevantes de los internos, así como las sustancias que se consumían y el tiempo de consumo de cada sustancia, la cantidad de internamientos que habían tenido y cualquier información relevante relacionada con su historial de drogodependencia.

Una vez completada la información se procedió a identificar los rasgos y trastornos de personalidad de los internos de la clínica recuperación “Camino de la Paz”.

Posteriormente y con la ayuda del programa estadístico SPSS se procedió a ingresar los datos obtenidos para posteriormente proceder a procesarlos estadísticamente para sacar los resultados del proyecto.

La tabla 3 muestra los resultados netos de los 32 sujetos de la muestra del test multiaxial de Millon.





#### 4.1.2. Exposición y descripción de resultados de acuerdo a los objetivos específicos

La tabla 4 y la figura 7 que se muestran a continuación ofrecen una visión de la media de los resultados del test multiaxial de Millon.

En esto se puede apreciar todos los resultados que nos ofrece el Millon, tanto los síndromes clínicos como los trastornos severos.



Figura 7.- Media de los resultados del test de Millon  
Fuente: Los Autores

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>		<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>
Esquizoide	59	76	67,16	Borderline	55	117	82,97
Evitativo	53	109	83,38	Paranoide	58	97	72,19
Dependiente	-7	91	67,09	Ansiedad	20	84	52,41
Histriónico	65	102	77,5	Somatoformo	7	75	50,81
Narcisista	72	103	88,31	Bipolar	54	105	71,09
Antisocial	69	119	103,09	Distimia	32	82	61,87
Agresivo Sádico	44	115	88,06	Dependencia Alcohol	60	108	88,56
Compulsivo	24	81	52,84	Dependencia Drogas	71	118	98,06
Pasivo Agresivo	17	117	83,41	Desorden Pensamiento	59	78	65,53
Autoderrotista	47	105	73,72	Depresión Mayor	39	81	58,97
Esquizotípico	58	75	68,16	Desorden Delusional	56	83	66,34

Tabla 4.- Máxima, mínima y media de los resultados del test de Millon  
Fuente: Los Autores

Los resultados del test, con la finalidad de poder explicarlos mejor en la presente investigación, fueron divididos en:

- Patrones clínicos de la personalidad
- Patología severa de la personalidad
- Síndromes clínicos
- Síndromes severos

### **Patrones clínicos de la personalidad**

El patrón clínico que predomina entre los drogodependientes es el antisocial ( $\bar{x}=103$ ) siendo, de acuerdo a la escala usada en el test multiaxial de Millon, un valor significativamente alto.

Este resultado es compatible con los estudios que se han realizado con muestras de drogodependientes (Carou et al., 2017; Del Moral et al., 1998; Hervás & Peirats, 1996; Navas & Muñoz, 2006; E. Pedrero, 2002; E. Pedrero et al., 2003; Torres, 2017). Otros patrones significativamente altos son: narcisista ( $\bar{x}=88$ ), agresivo sádico ( $\bar{x}=88$ ) y evitativo ( $\bar{x}=83$ ).

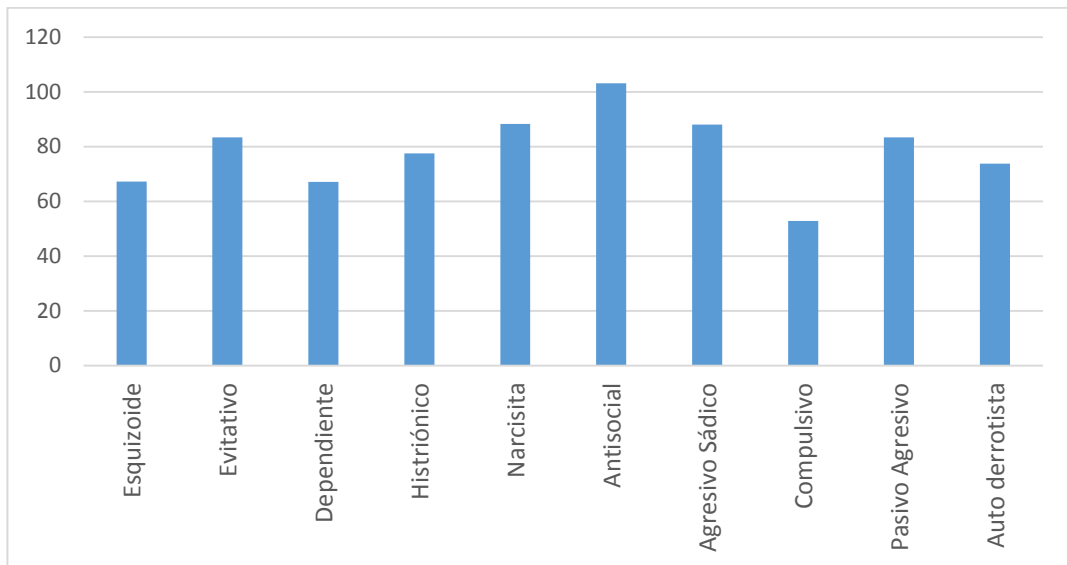


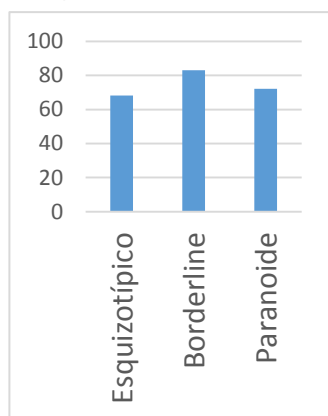
Figura 8.- Media de los patrones clínicos de la personalidad  
Fuente: los autores

### Patología severa de la personalidad

En las patologías severas de la personalidad encontramos que dentro de nuestra muestra que la patología severa de la personalidad es el trastorno de personalidad borderline o límite ( $\bar{x}=83$ ), mismo que corresponde a un valor clínicamente significativo, aunque el paranoide muestra un nivel medianamente alto ( $\bar{x}=71$ ).

De acuerdo a investigaciones realizadas en drogodependencia un 2,8% de la población padece de un trastorno límite de la personalidad (borderline), y de estos un 78% consumen sustancias (Johansen, Tavakoli, Bjelland, & Lumley, 2017; Kienast, Stoffers, Bermpohl, & Lieb, 2014).

Estos resultados son significativos debido a que las personas con trastorno límite de personalidad son más impulsivas y clínicamente menos estables que drogodependientes sin trastorno límite. Exhiben un comportamiento suicida,

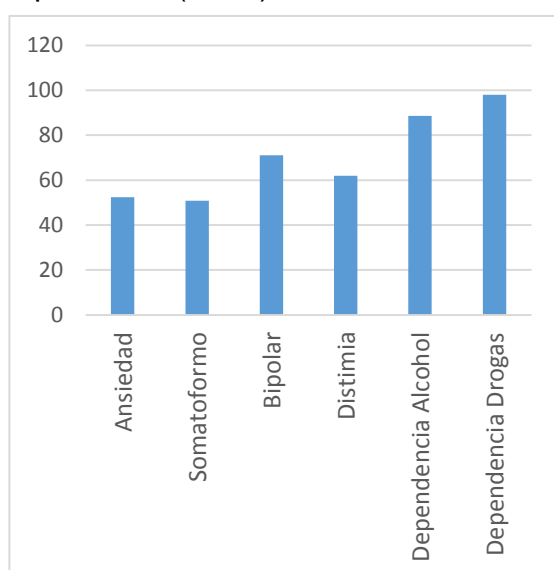


abandonan el tratamiento y tienen fases de abstinencia más cortas que otros internos. La problemática es tan compleja en este grupo, que existen protocolos especiales para tratar a este grupo (Carpenter, Wood, & Trull, 2016; Kienast et al., 2014)

Figura 9.- Media de la patología severa de la personalidad  
Fuente: los autores

## Síndromes clínicos

Los resultados encontrados dentro de los síndromes clínicos están la dependencia al alcohol ( $\bar{x}=86$ ) y dependencia a las drogas ( $\bar{x}=98$ ). La bipolaridad ( $\bar{x}=71$ ) también tiene un valor significativo dentro de la muestra, lo



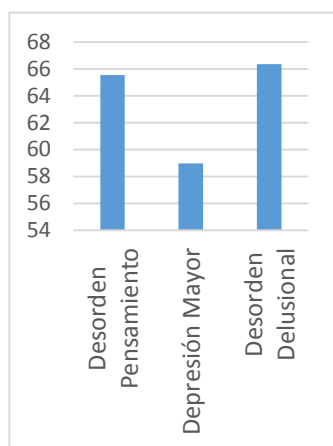
que es un hallazgo importante debido a que no existen estudios que hayan encontrado este dato. Lo que si se conoce es que la bipolaridad en ciertos pacientes, lleva al consumo de sustancias (Aas et al., 2013).

Figura 10.- Media de los síntomas clínicos  
Fuente: los autores

## Síndromes severos

Dentro de los síndromes clínicos severos ninguno muestra un nivel alto, aunque el desorden delusional ( $\bar{x}=66$ ), alcanza un nivel de significación medio.

El desorden delusional es aquel trastorno donde el paciente tiene ideas delirantes aunque sin llegar a la esquizofrenia.



Una persona con desorden delusional puede ser muy funcional y no muestra un comportamiento extraño, excepto como resultado de una idea delirante, aunque puede sentirse abrumado y perder funcionalidad debido a estas ideas.

Figura 11.- Media de los síndromes severos  
Fuente: los autores

Los 32 internos de la clínica de recuperación Camino a la Paz, mismos que conforman parte de la muestra tienen una edad que va de los 17 a los 57 años con una media de 27,6 años. El tiempo de consumo de sustancias va de 2 a 42 años siendo la media 11,25 años de consumo con un número de internaciones de 1 a 27, siendo la media 3,28. La tabla 4 muestra los resultados obtenidos de la muestra. Todos estos datos fueron obtenidos de las fichas de los internos mismos que reposan en el centro.

Todos los participantes accedieron a colaborar de manera voluntaria durante el proceso de investigación. Dentro de las sustancias consumidas están los estimulantes, los depresores y los alucinógenos.

	Mínima	Máxima	Media
Edad	17	57	27,6
Tiempo de consumo	2	42	11,3
Número de internaciones	1	27	3,3

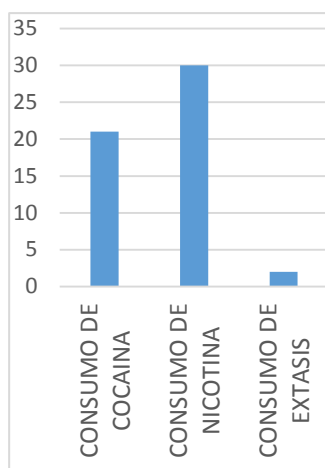
Tabla 5.- edad, tiempo de consumo y número de internaciones de los internos  
Fuente: los autores

#### **4.1.2.1 Estimulantes**

Son estimulantes las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y el éxtasis. Estas drogas alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto que producen es el de aumentar y acelerar la actividad funcional. La forma de administración es variada.

Los estimulantes se caracterizan por ser drogas que fomentan el entusiasmo y despejan la somnolencia. De acuerdo a un estudio realizado por Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro & Kuri (2002) se encontró una relación entre el uso de otras drogas posterior al uso del tabaco, por lo que se estima que el tabaco es la ruta de ingreso al consumo de otras drogas.





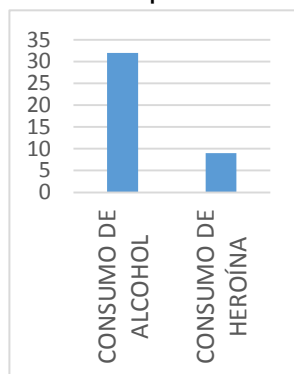
Dentro de los resultados del estudio, el tabaco es una de las sustancias más consumidas, y pese al daño que se sabe que hace es una droga legal con una gran aceptación. El consumo de cocaína es de 65,6% de los internos, el de nicotina es de 93,8% y el de éxtasis es de 6,3%.

Figura 4.- Consumo de drogas estimulantes  
Fuente: Los Autores

#### 4.1.2.2 Depresores

Los depresores son las benzodiazepinas, barbitúricos, alcohol, codeína, morfina, heroína, metadona y otros. Estas sustancias inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso y deprimen o disminuyen la actividad corporal.

Dentro de la muestra se encontró que el 100% de los internos consumen de manera regular alcohol, hay un 66% de internos que consumen cocaína y un 28% que consumen heroína. Son aquellas drogas que, por sus efectos



sobre el SNC, disminuyen la actividad de éste, produciendo estados de menor actividad tanto psíquica como física. Han sido utilizados desde tiempos remotos como remedios naturales tanto para dolores leves como fuertes, así como en operaciones quirúrgicas

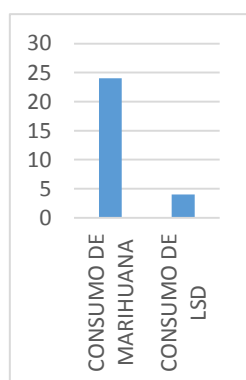
Figura 5.- Consumo de drogas depresoras  
Fuente: Los Autores

### 4.1.2.3 Alucinógenos

Dentro del grupo de los alucinógenos podemos incluir al LSD, el peyote, la mezcalina, el PCP, y la marihuana.

Estas drogas provocan en el individuo una alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. Producen delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización.

Los alucinógenos son drogas que se caracterizan por producir, a dosis subtóxicas, alteraciones de las funciones psíquicas básicas, de la sensopercepción y de los procesos cognitivos, es decir, distorsionan la percepción del mundo por parte del que las consume. Son conocidos también como psiquedélicos, ya que supuestamente permitirían trascender las estructuras de nuestro psiquismo y como enteógenos, ya que permitirían nuestro contacto con algún ser supremo o deidad, dependiendo de las



creencias del consumidor. Sin ser sorprendente la marihuana fue consumida por el 75% de los internos. La marihuana es considerada la droga ilegal más utilizada por la población, mientras que de acuerdo a la muestra un 12,5% consumieron LSD.

Figura 6.- Consumo de drogas alucinógenas  
Fuente: los autores

## **4.2. Alcance de objetivos y resultados esperados**

Contestando la pregunta de la presente investigación se encontró que existe una relación entre los trastornos de personalidad, los rasgos de personalidad y la drogodependencia.

Se identificaron mediante el test multiaxial de Millon patrones clínicos severos, síndromes severos, síndromes clínicos y síndromes severos dentro de la población estudiada.

No se encontró ninguna relación entre el número de internaciones, la cantidad de sustancias consumidas o las sustancias que se consumieron lo que nos puede indicar que basta con que sea considerado un trastorno para que existan los rasgos de personalidad en la enfermedad y que no tenga relación alguna los demás factores.

Los resultados encontrados están en concordancia con otras investigaciones realizadas en distintas muestras en distintas partes del mundo en el que se empleó el test multiaxial de Millon (Arroyo & Roca Bennasar, 1998; Brooner, Schmidt Jr, & Herbst, 1994; Carou et al., 2017; Carpenter et al., 2016; Durán & Iglesias, 2006; Tejero Pociello & Casas Brugué, 1992).

Como nueva aportación se encontró que el trastorno bipolar tiene una presencia clínicamente significativa dentro de la muestra, lo que podría ser el inicio de una nueva investigación. Con relación al tema del trastorno bipolar en la drogodependencia, existe escasa investigación debido a que no es el resultado mayoritariamente obtenido al realizar las investigaciones.

## **CAPÍTULO V**

### **5. Conclusiones y Recomendaciones**

#### **5.1. Conclusiones**

- Dentro de la presente muestra se puede apreciar que ciertos rasgos de personalidad, como lo son el antisocial, el agresivo sádico y el evitativo están presentes con una puntuación clínicamente significativa.
- El trastorno de personalidad borderline o límite es así mismo común dentro de la muestra.
- Se encontró dentro de la muestra rasgos de personalidad bipolar clínicamente significativa, misma que no se había contemplado dentro de la revisión sistémica que se realizó antes de empezar.
- Se concluyó que en el centro de rehabilitación “Camino a la Paz” existe una relación entre los rasgos de personalidad, los trastornos de personalidad y la drogodependencia.

## 5.2. Recomendaciones

- Compartir los resultados con la clínica para poder crear un programa de recuperación que sea comprensivo con las necesidades de los internos que están en proceso de recuperación y que les permita una mejor calidad de vida.
- Evaluar de manera más profunda el resultado de bipolaridad que apareció en los resultados del test multiaxial de Millon y proceder de acuerdo a los resultados encontrados.
- Evaluar la drogodependencia de manera holística, tanto para entender sus causas así como para el tratamiento, debido a que ambas se dan desde una perspectiva biopsicosocial.
- Concientizar al centro y por medio de este trabajo de investigación a otros centros del país que se debería trabajar la drogodependencia desde las diferencias individuales.
- Realizar nuevas investigaciones con el mismo corte en otros centros en otras partes del país para poder contrastar los resultados y generalizarlos a nivel país.

## 6. PRESUPUESTO

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>VALOR</b>
Presentación del anteproyecto, impresiones, carpetas y materiales	\$400.00
Aplicación de tests, impresiones y visita a la clínica de recuperación	\$200.00
Impresión final de tesis junto con las correcciones finales	\$90.00
Movilización de los autores	\$100.00
Revisión anti plagio	\$10.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$800.00</b>

## 7. CRONOGRAMA VALORADO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT.				OCT.				RECURSOS		COSTO
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	MATERIALES	HUMANOS	
Asistencia a Seminario de elaboración de proyecto				X																	Carpetas y documentos	Autores de la investigación	20
Revisión y Aprobación del Anteproyecto								X													Carpetas con proyecto impreso	Miembros Unidad de Titulación	50
Coordinación y revisión de la tesis con el Director de Tesis			X				X			X				X					X		Proyectos	Tutor y autores de la investigación	20
Elaboración de las bases teóricas							X							X							Libros, hojas	Tutor y autores de la investigación	130
Planificación y diseño del trabajo de Campo					X	X	X														Hojas, lápiz, borrador	Tutor y autores de la investigación	300
Aplicación de encuestas										X	X										Fichas	Autores de la investigación	50
Tabulación de datos y análisis de los Resultados									X	X											Hojas, lápiz, borrador	Autores de la investigación	40
Conclusiones y Recomendaciones														X							Hojas, lapiz, borrador	Autores de la investigación	10
Elaboración del informe final														X							Hojas, lapiz, borrador	Autores de la investigación	50
Entrega, análisis y aprobación del informe final																		X			Carpetas, hojas	Autores de la investigación	80
Defensa del trabajo de investigación																					Informe empastado	Autores de la investigación	50
																						<b>TOTAL</b>	<b>\$800</b>



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Aas, M., Etain, B., Bellivier, F., Henry, C., Lagerberg, T., Ringen, A., . . . Melle, I. (2013). Additive effects of childhood abuse and cannabis abuse on clinical expressions of bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 44(8), 1653-1662. doi: 10.1017/S0033291713002316
- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Arroyo, M. B., & Roca Bennasar, M. (1998). *Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento, perspectiva psicobiológica*.
- Bronner, R. K., Schmidt Jr, C. W., & Herbst, J. H. (1994). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders.
- Carou, M., Romero, E., & Luengo, M. Á. (2016). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones*.
- Carou, M., Romero, E., & Luengo, M. Á. (2017). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones*, 29(2).
- Carpenter, R. W., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2016). Comorbidity of borderline personality disorder and lifetime substance use disorders in a nationally representative sample. *Journal of personality disorders*, 30(3), 336-350.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Bruce Hobart/Pine Tree Composition, Inc. .
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, C. (2015). *IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años*. Ecuador.
- CONSEP. (2007). *Informe del estudio nacional a hogares sobre consumo de drogas*.
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana*.
- Delito, O. d. I. N. U. C. I. D. y. e., Psicotrópicas, C. N. d. C. d. S. E. y., Drogas, O. E. d. I., & Drogas, C. I. c. e. A. d. (2006). Segunda Encuesta Nacional a estudiantes a de educación media sobre consumo de drogas, 2005. *Observatorio Ecuatoriano de drogas*.
- Durán, A. L., & Iglesias, E. B. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3), 578-583.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32, 255-264.
- Fernández, E. C., Sánchez, E. J. G., Mata-Martín, J. L., Ucles, I. R., & Torrecillas, F. L. (2016). Perfil diferencial de trastornos de personalidad en el consumo de drogas y maltrato [Personality disorder profiles in drug abuse and abuse]. *Acción Psicológica*, 13(1), 31-40.
- Gárciga Ortega, O. (2013). Las conductas adictivas desde un enfoque social. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 0-0.
- Hervás, E. S., & Peirats, E. B. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8(3), 457-463.

- Johansen, A. B., Tavakoli, S., Bjelland, I., & Lumley, M. (2017). Constructivist Simultaneous Treatment of Borderline Personality Disorder, Trauma, and Addiction Comorbidity. *Qualitative Health Research*, 27(2), 236-248. doi: doi:10.1177/1049732315618659
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction: Epidemiology and Treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280-286. doi: 10.3238/arztebl.2014.0280
- Mar, M. (2010). *Lexikon der Psychologie*.
- Medina-Mora, M. E., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud pública de México*, 44, s109-s115.
- Millon, T., & Ávila, A. (2002). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T., & Davis, R. B. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*: Masson.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., & Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*: John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Negrotto, A. (2014). *Inventario Millon de estilos de personalidad*: Paidós.
- Millon, T. E. (1997). *The Millon inventories: Clinical and personality assessment*: Guilford Press.
- Molina, R., & Mesías, B. (2015). El tratamiento del trastorno límite de personalidad en la red de atención a las drogodependencias. *Revista de Patología Dual*, 2(1), 2.
- Navas, E., & Muñoz, J. (2006). Características de personalidad en drogodependencias. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1(1), 51-61.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, U. (2016). *Informe mundial sobre las drogas*.
- OMS. (2004). *Neurociencia del Consumo*. Ginebra: OMS.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2013). Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Revista de neurología*, 56(4), 205-213.
- Pedrero, E. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire. *Trastornos Adictivos*, 4(3), 138-150. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(02\)70069-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(02)70069-X)
- Pedrero, E., Puerta, C., Lagares, A., & Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología.
- Tejero Pociello, A., & Casas Brugué, M. (1992). Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos y repercusiones clínico asistenciales. *Casas M, coordinador. Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: CITRAN ediciones en Neurociencias, 123-177.
- Torres, A. P. (2017). Drogodependencias, sentido de la vida y personalidad. *Drug Addictions, Meaning of Life and Personality. Metafísica y persona*(1).

9.

# ANEXOS

## TEST MULTIAXIAL DE MILLON

Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mi
Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros
Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mi
Creo que hay que ser dedicado y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago
En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal
Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta
De adolescente me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar
Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo
Frecuentemente critico a la gente si está mal
Me conformo con seguir a los demás
Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero
A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia
Me interesa muy poco hacer amigos
Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida
Creo que soy una persona superior, por lo tanto, no me importa lo que la gente piensa
La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado
Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar
Últimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frío
No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales
Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas
Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien
Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren
Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho
La gente se burla de mi a mis espaldas, hablando de como actúo o de mi aspecto
Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren
Tiendo a romper en llanto y tener ataques de cólera sin saber porque
Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos
Tengo talento para ser dramático
Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino
Disfruto de la competencia intensa

Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude
Me protejo a mí mismo(a) de problemas no dejando que la gente sepa mucho de mi
La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado (a)
Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo
Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado
Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón
Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros
Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda
Una manera segura de hacer un mundo pacifico es mejorando la moral de la gente
En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho
Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras
Soy una persona sumisa y fácil
Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas
No me importa mandonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera
En los últimos años incluso cosas mínimas parecen deprimirme
Frecuentemente, mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo
Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe siquiera que existo
Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto
Soy una persona tranquila y miedosa
Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo
Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día
Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo
Últimamente parecería que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas
Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años
No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo
Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho
Daria la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mi
Últimamente siento ganas de romper cosas.

Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.
Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado (a) en caso de necesidad.
Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado.
Le gusto a poca gente.
Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría algunos de sus errores.
Algunas personas dicen que me gusta sufrir.
Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.
Últimamente me siento nervioso (a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.
Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.
Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.
Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba.
Me siento cansado (a) todo el tiempo.
No puedo dormir bien, y me levanto tan cansado (a) como cuando me acosté.
He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.
Nunca perdono un insulto. , ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.
Deberíamos respetar las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.
Ahora me siento terriblemente deprimido (a) y triste gran parte del tiempo.
Soy el tipo de personas del que otros se aprovechan.
Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.
He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.
Rápidamente me doy cuenta cómo la gente está intentando causarme problemas
Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
No puedo entenderlo, pero parecería que disfruto hiriendo a las personas que quiero.
Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.
Estoy dispuesto (a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.
Desde que era niño (a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.

Quando las cosa se ponen aburridas, me gusta despertar situaciones emocionantes.
Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.
Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, deberían pedírmelo a mí.
Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las personas que conozco.
Hace diez años que no veo un carro.
No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.
El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.
Hay muchas veces que sin razón alguna, me siento muy contento (a) y muy emocionado (a).
Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.
Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.
En las últimas semanas me siento agotado sin ninguna razón.
De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.
Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.
De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado (a) y triste acerca de la vida.
Mucha gente lleva años espiando mi vida privada.
No sé por qué pero a veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.
Odio y temo a la mayoría de la gente.
Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen.
Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.
Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.
Siempre estoy dispuesto (a) a ceder con los demás para evitar problemas.
Frecuentemente estoy molesto (a) y renegón (a).
Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.
Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosa una y otra vez
Frecuentemente pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.
Frecuentemente cuando estoy solo (a), siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.
Me siento muy desorientado (a) y no sé adónde voy en la vida.
Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra

persona.
He sido injustamente castigado (a) por la ley por crímenes que no he cometido.
Me he vuelto muy nervioso (a) en las últimas semanas.
Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.
Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.
Mucha gente piensa que soy una persona que no vale nada.
Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.
A través de los años, he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.
Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuánto se puede confiar en ellas.
Incluso despierto (a) parece que no percibo a la gente que está junto.
Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.
Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.
Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.
De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico (a) y no puedo salirme de eso.
Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.
Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.
Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.
En los últimos años, me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo (a)
Nunca paso desapercibido (a) cuando estoy en una fiesta.
La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.
A veces me siento confundido y perturbado (a) cuando la gente es amable conmigo.
Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.
Me siento incómodo (a) con los miembros del sexo opuesto.
Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
No me importa que la gente no esté interesada en mí.
Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.
La gente puede fácilmente cambiar mis ideas incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.



Los otros han tratado de engañarme, pero tengo fuerza de voluntad para superarlos.
Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno (a) para nada.
Con frecuencia, la gente se enfada conmigo porque los mandoneo.
Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están encima de mí.
Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.
En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.
Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.
Yo creo en el dicho "Quien madruga Dios lo ayuda".
Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.
Mis sentimientos hacía la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacía ellos.
Mis padres nunca estaban de acuerdo.
En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.
En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro (a) y tenso (a).
Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
Desde que era niño he ido perdiendo contacto con el mundo real.
Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.
Era muy inquieto (a) viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de dónde iría a parar.
No puedo tolerar la gente que llega tarde a las citas.
Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.
Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía.
Tengo la habilidad de ser exitoso (a) en casi cualquier cosa que haga.
Últimamente me derrumbo.
Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera.
Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo.
Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.
Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente.
Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo (a) verbalmente.
Prefiero estar con gente que vaya a protegerme.
Ha habido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo.
He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol.

## **INDICADORES DE LOS FACTORES DEL TEST DE MILLON (ANEXO 2)**

### **Patrones clínicos de personalidad**

Esquizoide 2, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 33, 34, 46, 47, 53, 81, 83, 85, 106, 108, 124, 141, 142, 143, 150, 159, 160, 161

Evitativo 2, 3, 8, 19, 23, 25, 27, 32, 34, 45, 47, 49, 56, 57, 63, 77, 81, 83, 85, 102, 106, 109, 110, 113, 115, 118, 120, 133, 139, 141, 147, 150, 155, 158, 160, 171

Dependiente 10, 31, 34, 42, 49, 54, 57, 60, 75, 77, 78, 81, 97, 106, 110, 125, 133, 145, 149, 159, 168, 173

Histriónico 7, 9, 14, 20, 28, 37, 40, 41, 42, 43, 48, 56, 60, 66, 86, 89, 91, 95, 103, 111, 125, 128, 130, 133, 137, 142, 162, 166, 170, 171, 172, 173

Narcisista 1, 2, 4, 6, 12, 14, 15, 16, 22, 28, 32, 37, 41, 43, 55, 60, 80, 85, 86, 89, 91, 103, 111, 125, 126, 129, 130, 131, 134, 135, 137, 142, 143, 146, 163, 165, 166, 170, 171, 172

Antisocial 1, 7, 12, 15, 20, 22, 32, 38, 40, 43, 44, 48, 55, 64, 73, 74, 80, 85, 86, 87, 91, 92, 94, 101, 103, 104, 111, 113, 116, 129, 130, 140, 142, 144, 147, 157, 162, 165, 171, 172

Agresivo-sádico 1, 4, 7, 9, 12, 21, 30, 32, 38, 40, 41, 43, 44, 58, 64, 66, 74, 80, 82, 84, 86, 91, 95, 101, 107, 115, 121, 129, 134, 135, 142, 146, 147, 148, 155, 163, 165, 166

Compulsivo 4, 21, 32, 39, 46, 61, 64, 74, 75, 78, 81, 88, 126, 134, 138, 148, 149, 153, 159, 161, 163

Pasivo-agresivo 1, 4, 9, 12, 16, 21, 22, 23, 25, 28, 43, 50, 51, 55, 58, 64, 66, 73, 74, 77, 82, 86, 95, 101, 104, 107, 110, 115, 120, 123, 128, 129, 135, 139, 155, 156, 165, 171

Autoderrotista 8, 10, 16, 18, 23, 25, 28, 31, 42, 45, 51, 54, 56, 57, 63, 65, 71, 73, 77, 81, 82, 99, 106, 110, 115, 120, 121, 128, 132, 133, 139, 141, 145, 154, 155, 167, 168, 171, 173

### **Patología grave de la personalidad**

Esquizotípico 2, 3, 8, 10, 13, 19, 23, 24, 25, 31, 38, 47, 49, 53, 63, 69, 77, 83, 85, 100, 102, 108, 112, 113, 118, 120, 123, 124, 130, 133, 136, 141, 147, 150, 158, 160, 161, 162, 164, 165

Borderline 5, 7, 22, 23, 25, 26, 27, 35, 36, 40, 43, 44, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 65, 66, 67, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 82, 91, 94, 95, 97, 99, 101, 103, 104, 108, 110, 113, 115, 128, 129, 130, 132, 135, 136, 139, 140, 142, 144, 147, 154, 155, 156, 162, 165, 167, 168, 171, 173

Paranoide 6, 12, 15, 16, 21, 22, 24, 30, 32, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 46, 55, 61, 63, 64, 68, 74, 75, 80, 84, 85, 89, 98, 100, 103, 123, 126, 127, 129, 131, 135, 138, 143, 146, 163, 164, 165, 171, 172

### **Síndromes clínicos**

Ansiedad 8, 16, 18, 26, 29, 33, 36, 51, 53, 54, 67, 71, 78, 96, 97, 99, 108, 109, 114, 117, 132, 145, 153, 167

Somatoformo 5, 18, 26, 29, 31, 33, 36, 42, 50, 51, 53, 56, 60, 66, 67, 68, 71, 72, 78, 96, 98, 102, 109, 114, 117, 118, 137, 145, 170, 173

Bipolar 11, 14, 17, 20, 28, 37, 40, 50, 58, 60, 66, 67, 73, 86, 89, 93, 95, 98, 101, 103, 111, 121, 125, 127, 128, 131, 134, 137, 151, 166, 170, 172, 174

Distimia 5, 8, 25, 26, 27, 36, 45, 46, 51, 53, 54, 56, 59, 65, 71, 72, 76, 79, 83, 96, 97, 99, 107, 108, 109, 110, 132, 136, 139, 154, 155, 167, 168

Dependencia de alcohol 17, 18, 22, 23, 25, 27, 35, 40, 46, 54, 65, 70, 73, 80, 87, 93, 95, 96, 97, 103, 104, 105, 108, 109, 111, 114, 117, 119, 125, 128, 130, 135, 137, 140, 144, 149, 155, 157, 159, 162, 165, 171, 175

Dependencia de drogas 1, 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22, 30, 32, 35, 40, 43, 44, 50, 55, 58, 60, 66, 70, 73, 80, 82, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 101, 103, 104, 105, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 123, 125, 128, 129, 130, 137, 140, 144, 146, 155, 162, 165, 166, 171, 172, 175

### **Síndromes clínicos graves**

Desorden del pensamiento 3, 8, 13, 19, 23, 24, 29, 31, 38, 68, 69, 74, 77, 80, 82, 83, 85, 98, 102, 109, 112, 115, 120, 124, 127, 141, 146, 147, 156, 160, 161, 164, 167

Depresión mayor 5, 19, 26, 33, 36, 45, 47, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 65, 67, 72, 76, 79, 81, 95, 96, 99, 108, 109, 110, 117, 136, 154

Desorden delusional 15, 16, 24, 32, 38, 39, 69, 74, 80, 84, 85, 89, 98, 100, 112, 123, 126, 131, 138, 143, 146, 164