

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE**  
**LA COMUNICACIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“PERFIL CLÍNICO DE PERSONALIDAD Y NIVELES DE  
RESISTENCIA EN PERSONAS ADICTAS EN SITUACIÓN DE  
INTERNAMIENTO”**

**Tesis presentado por los bachilleres:**

**ALEX RENATO, CONDORCALLO CCAMA**

**SOLEDAD GLORIA, ALVAREZ LEÓN**

**Para obtener el título profesional de Psicólogos**

**AREQUIPA- 2016**

## **DEDICATORIA**

A mi padre por su apoyo constante,  
a lo largo de toda mi formación  
profesional.

Soledad

A mi familia por su apoyo  
incondicional, a mis maestros que  
durante mis años de formación me  
incentivaron a seguir adelante.

Alex

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestro especial agradecimiento a los docentes de la escuela profesional de Psicología por la formación brindada durante nuestros años de estudio, por su enseñanza y alto nivel académico.

A las personas internas del centro de rehabilitación “Amor y fé”, por su colaboración.

## **ÍNDICE**

PRESENTACIÓN	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
ÍNDICE DE TABLAS	12

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

Introducción	16
1. Planteamiento del problema	19
2. Objetivos	20
2.1 Objetivo general	20
2.2 Objetivos específicos	20
3. Hipótesis	21
4. Importancia del estudio	21
5. Limitaciones del estudio	22
6. Definición de términos	22
6.1 Personalidad	22
6.2 Adicción	23
6.3 Personalidad Resistente	23

7. Variables e indicadores	23
----------------------------	----

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

<b>1. PERSONALIDAD RESISTENTE</b>	26
1.1 Relación de la personalidad resistente con otros conceptos	26
1.2 El modelo de la personalidad resistente	27
1.3 Mecanismos de actuación de la personalidad resistente	34
1.4 Aprendizaje y la personalidad resistente	40
1.5 El entrenamiento en personalidad resistente	42
<b>2. PERSONALIDAD</b>	44
2.1 Definición de personalidad	44
2.2 Teorías de la personalidad	45
A. Teoría Psicoanalítica.	47
B. Teoría constitucional.	48
C. Teoría fenomenológica o humanista.	48
D. Teoría cognitiva.	49
E. Teoría de autorregulación cognitiva.	49
F. Teorías conductistas/ aprendizaje.	49
G. Teoría biológica.	49
H. Modelo integrador.	50

I. Teorías basadas en el análisis factorial.	50
J. Modelo de. “Los Cinco Grandes”.	51
K. Modelo de los cinco grandes alternativos de Zuckerman.	51
L. Modelo Psicobiológico de Cloninger.	52
<b>2.3 Personalidad en Millon</b>	<b>52</b>
A. Evolución de la teoría	56
B. Principios de la teoría de la evolución	56
C. Las dimensiones consideradas para la formulación de la teoría	59
D. Descripción de escalas del inventario de personalidad de Millon MCMI-II	59
E. ¿Qué obtenemos a través de la aplicación del MCMI-II?	70
<b>3. ADICCIONES</b>	<b>72</b>
3.1 Definición	72
3.2 Conducta adictiva	75
3.3 Síntomas	76
3.4 Características de la adicción	78
3.5 El adicto	79
3.6 Clasificación de las drogas y sus efectos	81
A. Drogas Depresoras	82
B. Drogas Hipnótico Sedantes	86
C. Drogas Estimulantes	87
D. Drogas Alucinógenas	89
E. Drogas Inhalantes	91
3.7 Teorías y modelos que explican el consumo de sustancias	94
A. Teorías cognitivo-afectivas	94

B. Teorías del aprendizaje social	97
C. Teorías del apego social	99
D. Teorías intrapersonales.	101
E. Teoría psicoanalítica	101
F. Enfoque conductual	101
3.8 La personalidad adictiva	102

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA**

1. Método de investigación	104
2. Tipo de investigación	104
3. Diseño de Investigación	104
4. Población y muestra	105
4.1 Población	105
4.2 Muestra	105
A. Criterios de inclusión	106
B. Criterios de exclusión	106
5. Instrumentos	107
5.1. Inventario clínico multiaxial de Millon. (MCMI-II)	107
5.2. Cuestionario de Personalidad Resistente –CPR	110
5.3. Formato de entrevista	110

4. Procedimiento	111
------------------	-----

## **CAPÍTULO IV**

RESULTADOS	114
------------	-----

## **CAPÍTULO V**

DISCUSIÓN	169
-----------	-----

CONCLUSIONES	178
--------------	-----

RECOMENDACIONES	180
-----------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
----------------------------	-----

ANEXOS	185
--------	-----

## **PRESENTACIÓN**

**SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.**

**SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.**

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el trabajo de tesis titulado: **“PERFIL CLÍNICO DE PERSONALIDAD Y NIVELES DE RESISTENCIA EN PERSONAS ADICTAS EN SITUACIÓN DE INTERNAMIENTO”**, para optar el título profesional de psicólogos.

Arequipa, diciembre del 2016

**LOS BACHILLERES:**

Soledad Gloria Alvarez León

Alex Renato Condorcallo Ccama

## RESUMEN

La presente investigación titulada: “Perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento”; realizado en el centro de rehabilitación “Amor y fe”, ubicado en el distrito de Cayma de la ciudad de Arequipa; con el objetivo de establecer la relación entre perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento, la muestra fue representada por 70 personas; de las cuales todos son de sexo masculino, cuyas edades oscilan entre 20 y 58 años, de un nivel socioeconómico bajo - medio y teniendo como grado de instrucción entre el nivel primaria incompleta y estudios superiores. Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencionado, el diseño de investigación utilizado es el transversal descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el inventario clínico multiaxial de Millon. (MCMI-II), (1999), el cuestionario de personalidad resistente CPR Moreno (2000) y un formato de entrevista. Los resultados logran probar nuestra hipótesis, es decir que existe una relación entre el perfil clínico de la personalidad y la personalidad resistente, dentro de este perfil los trastornos de personalidad que se relacionan con la personalidad resistente son esquizoide, dependiente, antisocial, autoderrotista, borderline, dependencia de alcohol y drogas y depresión mayor.

**PALABRAS CLAVE:** Personalidad, adicción, personalidad resistente.

## **ABSTRACT**

The present research entitled: "Clinical profile of personality and levels of resistance in addicted people in situation of internment"; Carried out in the rehabilitation center "Amor y fe", located in the district of Cayma of the city of Arequipa; With the aim of establishing the relationship between clinical profile of personality and levels of resistance in addicted persons in situation of internment, the sample was represented by 70 people; Of which all are male, whose ages range from 20 to 58 years old, from a low - middle socioeconomic level and having as degree of instruction between the incomplete primary level and higher studies. A non-probabilistic sampling of intentional type was used, the research design used is the cross-sectional descriptive correlational. The instruments used were Millon's Multiaxial Clinical Inventory. (MCMI-II), (1999), the CPR Moreno (2000), and an interview format. The results prove our hypothesis, that is to say that there is a relationship between the clinical profile of the personality and the resistant personality, within this profile the personality disorders that are related to the resistant personality are schizoid, dependent, antisocial, autodérrotista, borderline , Dependence on alcohol and drugs, and major depression.

**KEYWORDS:** Personality, addiction, strong personality.

## ÍNDICE DE TABLAS

	Págs.
<b>TABLA N° 01</b>	114
Personalidad resistente en relación a Esquizoide	
<b>TABLA N° 02</b>	116
Personalidad resistente en relación a Evitativo	
<b>TABLA N° 03</b>	118
Personalidad resistente en relación a Dependiente	
<b>TABLA N° 04</b>	120
Personalidad resistente en relación a Narcisista.	
<b>TABLA N° 05</b>	122
Personalidad resistente en relación a Narcisista.	
<b>TABLA N° 06</b>	124
Personalidad resistente en relación a Antisocial.	
<b>TABLA N° 07</b>	126
Personalidad resistente en relación a Agresivo-sádico.	
<b>TABLA N° 08</b>	128
Personalidad resistente en relación a Compulsivo	

	Págs.
<b>TABLA N° 09</b>	130
Personalidad resistente en relación a Pasivo-Agresivo	
<b>TABLA N° 10</b>	132
Personalidad resistente en relación a Autoderrotista	
<b>TABLA N° 11</b>	134
Personalidad resistente en relación a Esquizotípico	
<b>TABLA N° 12</b>	136
Personalidad resistente en relación a Bordeline	
<b>TABLA N° 13</b>	138
Personalidad resistente en relación a Paranoide	
<b>TABLA N° 14</b>	140
Personalidad resistente en relación a Ansiedad	
<b>TABLA N° 15</b>	142
Personalidad resistente en relación a Somatomorfo	
<b>TABLA N° 16</b>	144
Personalidad resistente en relación a Bipolar	
<b>TABLA N° 17</b>	146
Personalidad resistente en relación a Distimia	

	Págs.
<b>TABLA N° 18</b>	148
Personalidad resistente en relación a Dependencia de Alcohol	
<b>TABLA N°19</b>	150
Personalidad resistente en relación a Dependencia de drogas	
<b>TABLA N° 20</b>	152
Personalidad resistente en relación a Desorden del pensamiento	
<b>TABLA N° 21</b>	154
Personalidad resistente en relación a Depresión mayor	
<b>TABLA N° 22</b>	156
Personalidad resistente en relación a Desorden delusional	
<b>TABLA N° 23</b>	158
Correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con los patrones clínicos de personalidad.	
<b>TABLA N° 24</b>	161
Correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con la patología severa de la personalidad.	
<b>TABLA N° 25</b>	163
Correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con los síndromes clínicos de personalidad	

**Págs.**

**TABLA N° 26**

166

Correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con los síndromes severos

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

Hablar de personalidad resistente implica hablar de la personalidad como un concepto general, así, en la personalidad concurren aspectos cognitivos, afectivos y operativos, unos son constitucionales y genéticos y se denominan temperamentos; otros son psíquicos, en parte heredados y en parte adquiridos mediante aprendizaje e influencia del medio, y se llama carácter.

Desde la propuesta de sistematización que realizaron Kobasa, Maddi y Courington (1981) y kobasa (1982) respecto de la evidencia sobre las capacidades de resistencia de las personas ante la exposición a eventos estresantes, se abrió un campo de investigación dentro de la línea de la psicología de la salud orientado a estudiar la relación entre el constructo que el autor propuso como personalidad resistente (hardiness) y factores asociados a la enfermedad, principalmente en relación con el estrés y sus distintas manifestaciones sintomáticas.

En su enfoque, los autores sostuvieron una visión activa del ser humano en cuanto a los recursos que posee para enfrentar y responderá los eventos críticos, señalando que la vulneración no es la única respuesta esperable en las personas.

En modelos anteriores, se planteaba una visión pasiva y reactiva de la persona expuesta a eventos críticos que en forma inherente son tan estresantes que van más allá de las capacidades y diferencias individuales. Esta visión desconoce la posibilidad de reacción positiva, e incluso de “crecimiento” de una persona luego de haber estado expuesta a este tipo de situaciones.

Desde esta perspectiva Kobasa (1982) formuló el citado concepto de personalidad resistente como un elemento individual de relevancia en la relación entre la persona y la situación. El concepto surge, pues, como un elemento de la psicología social del estrés; sin

embargo, dada la sistematización del constructo en tres dimensiones mensurables concretas se puede insertar el estudio de esos componentes o dimensiones del funcionamiento personal en el enfrentamiento de diversos desafíos de la salud, en particular el que se lleva a cabo ante la patología.

La personalidad resistente se asocia con una tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos en términos menos amenazadores y sus efectos están mediados por mecanismos de evaluación del ambiente y por mecanismos de afrontamiento (kobasa, 1979).

La investigación de la relación entre la personalidad y las drogodependencias ha suscitado especial interés desde el ámbito científico. El considerar que existe una personalidad adictiva o que predispone al abuso de sustancias implica que los rasgos de personalidad pueda constituir una causa primaria del consumo, considerándose la adicción un trastorno secundario.

En el Perú, existe un enorme déficit respecto a la cobertura del estado respecto al tratamiento de las adiciones, es debido a ello que han surgido los centros de rehabilitación que son espacios estructurados en los que viven personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para lograr su rehabilitación; estos lugares operan bajo normas estrictas, están dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de una adicción, sin embargo la mayoría de ellos no cuentan con el respaldo profesional adecuado.

Para efectos de la presente investigación surgida tras la inquietud nuestra en torno a esta temática, se optó por trabajar el tema de perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento, en el centro de rehabilitación “amor y fe”, ubicado en el distrito de Cayma, de la ciudad de Arequipa.

Por consiguiente nuestra investigación buscara conocer la relación entre perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia; así mismo identificar la relación existente entre los

patrones clínicos elevados de personalidad, la patología grave de la personalidad elevada, los síndromes clínicos elevados y la personalidad resistente alta o baja.

El presente trabajo investigativo está organizado en cinco capítulos:

En el primer capítulo, se guiara al lector insertándolo a través de la introducción, en el tema de estudio y la descripción general del problema que ha de investigarse, incluyéndose también las hipótesis, objetivos, importancia y limitaciones de estudio, definición de términos, concluyendo con los antecedentes de la investigación.

En el segundo capítulo, se proporcionara el marco teórico o literatura relacionada al tema, posibilitándose de este modo el entendimiento de los principales conceptos inmersos en la presente investigación.

El tercer capítulo describe la metodología empleada en el proceso de investigación, es decir, la mención del tipo y diseño utilizado, la población de la que fue seleccionada la muestra, el material y el procedimiento utilizado.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados, consecuencia del análisis e interpretación de los datos estadísticos encontrados en la investigación. Y finalmente el quinto capítulo, refleja la discusión, conclusiones y recomendaciones efectuadas en base a los hallazgos realizados.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestra sociedad el término personalidad resistente aún no ha sido ampliamente investigado, siendo ya un concepto que dio luces desde su aparición en 1974 en el contexto de una investigación sobre las consecuencias del estrés. Cabe mencionar que la personalidad resistente es una mezcla interrelacionada de actitudes de compromiso, control, y desafío que facilitan la gestión de las circunstancias estresantes, convirtiéndolas en situaciones de desarrollo y crecimiento personal en lugar de experiencias debilitantes.

Pese a su apariencia multidimensional, la personalidad resistente debe ser considerada como un constructo unidimensional, es decir como una variable única formada por los tres componentes anteriormente descritos, que solo unidos dan lugar a la personalidad resistente.

La personalidad resistente entonces, constituye una constelación de características de personalidad que actúa como fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes. La Personalidad resistente interviene, además, como un efecto mediador entre el estímulo estresante y la enfermedad; según Kobasa (1979), tal cualidad ayuda a mitigar las reacciones del individuo ante determinados estímulos y sus trastornos asociados; en consecuencia, los individuos con Personalidad resistente alta tienden a tener percepciones más positivas y controlables ante situaciones estresantes y a reducir los efectos del estímulo estresante empleando estrategias de afrontamiento transformacional o adaptativo.

La personalidad resistente es una variable vinculada a una mejor salud pues induce protección psicológica ante las adversidades, por la capacidad de percibir la acción como desarrollo personal a través del compromiso control y desafío.

Ahora, bien se sabe que la dependencia a las drogas es un serio problema de salud pública y que se ha venido incrementando en el Perú desde las últimas décadas, asimismo son muchos los factores como de tipo biológico, social y psicológico y numerosas razones que conducen

al sujeto al empleo de drogas como curiosidad, búsqueda de experiencias placenteras, aburrimiento, la presión del grupo o la influencia de un semejante, la rebeldía entre otros. (Icares, 1993).

Es así que cabe resaltar la importancia del estudio de la personalidad, desde la evaluación hasta el tratamiento en diversos trastornos.

Motivado por tales reflexiones en la presente investigación nos proponemos a responder a la siguiente interrogante: ¿existirá relación entre el perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Conocer la relación entre perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento, para poder trabajar a futuro de forma viable y objetiva.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la relación existente entre los patrones clínicos elevados de personalidad y la personalidad resistente alta o baja.
- Identificar la relación existente entre la patología grave de la personalidad elevada y la personalidad resistente alta o baja.
- Identificar la relación existente entre los síndromes clínicos, elevados y la personalidad resistente alta o baja.
- Identificar la relación existente entre los síndromes clínicos graves, elevados y la personalidad resistente alta o baja.

### **3. HIPÓTESIS**

Existe relación entre el perfil clínico de la personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento.

### **4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

La personalidad resistente se puede definir como un patrón de personalidad formado por actitudes y acciones que ayudan a transformar las situaciones estresantes en oportunidades de crecimiento evitando potenciales desastres.

Con la presente investigación pretendemos dar un aporte a la psicología clínica, con el fin de ampliar las pocas investigaciones realizadas en nuestra ciudad respecto a la personalidad resistente, más aun la relación de esta en personas adictas que viven en situación de internamiento que presentan indicadores altos en su perfil clínico de personalidad.

Es de nuestro interés investigar y conocer más sobre la implicancia que tiene la misma en personas que sufren de alguna adicción y se encuentran en situación de internamiento y de esta manera encontrar alguna relación con su perfil clínico de personalidad y así poder sentar las bases que mejoren la expectativa de calidad de vida y tratamiento.

Así mismo determinar científicamente cuales son los aspectos clínicos de personalidad que influyen y/o precipitan el consumo de sustancias adictivas y los que a su vez van a permitir identificar dichos patrones clínicos para así poder brindar un tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente, la importancia se centra en propiciar la creación de programas de acuerdo a los resultados obtenidos que coadyuven a las personas que sufren de adicciones, y que les eviten sufrir alteraciones en su estado de salud, tanto a nivel físico y psicológico.

## **5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Una de las principales limitaciones de nuestra investigación, fue la ausencia de antecedentes de investigaciones en nuestro medio acerca de la relación entre el perfil clínico de la personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento

Al acudir al centro de rehabilitación “Amor y fe” para realizar las evaluaciones algunos internos, se encontraban aislados o presentaban alguna complicación de salud física debido a su adicción, por lo cual se alteraban las fechas de evaluaciones.

También se dio el caso de que algunos internos al no estar completamente desintoxicados, no se los podía evaluar, esto también perjudicó en los tiempos establecidos para las evaluaciones.

Así mismo algunos internos, debido a los daños ocasionados por consumo de drogas, les costaba trabajo concentrarse en las evaluaciones, por lo que se les debía repetir varias veces las preguntas, además también tenían problemas para recordar algunos datos sobre su vida.

## **6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **6.1. PERSONALIDAD**

Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en una última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millón y Davis, 2003; citado por Torres, 2007).

## **6.2. ADICCIÓN**

Valleur y Matysiak (2005), definen adicción: como a toda persona cuya vida está focalizada hacia la búsqueda de los efectos producidos sobre el cuerpo y espíritu por una sustancia tóxica o una conducta bajo riesgo de padecer un intenso malestar físico y psicológico. Así se puede hablar de adicción, a partir del momento en que una conducta se manifiesta en la vida del sujeto hasta el punto de impedirle vivir. La adicción se convierte en el eje y centro de la vida del sujeto, razón por la cual la persona adicta no vive más que por y para el objeto de dependencia.

## **6.3. PERSONALIDAD RESISTENTE**

El constructo de “personalidad resistente” fue propuesto por Kobasa (1979, 1982) como un modulador que reduce la probabilidad de experimentar estrés o de atenuar sus consecuencias negativas. Conceptualiza al individuo no como un portador de rasgos internos estáticos, sino como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones. La personalidad resistente, entonces, constituye una constelación de características de personalidad que actúa como fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes.

## **7. VARIABLES E INDICADORES**

### **7.1. Variable X**

<b>Variable X</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Sub indicadores</b>	<b>Niveles</b>
Perfil clínico de personalidad	Patrones clínicos de la personalidad	Esquizoide	Elevado
		Evitativo	Moderado
		Dependiente	Sugestivo

		Histriónico	Bajo
		Narcisista	Nulo
		Antisocial	
		Agresivo-sádico	
		Compulsivo	
		Pasivo-agresivo	
		Autodestructivo	
	Patología grave de la personalidad	Esquizotípico	Elevado
		Borderline	Moderado
		Paranoide	Sugestivo
	Síndromes clínicos		Bajo
		Ansiedad	Elevado
		Somatomorfo	Moderado
		bipolar	Sugestivo
		Distimia	Bajo
		Dependencia de alcohol	Nulo
	Síndromes severos	Dependencia de sustancias	
		Desorden del pensamiento	Elevado
		Depresión mayor	Moderado
		Trastorno delirante	Sugestivo
			Bajo
			Nulo

## 7.2. Variable Y

Variable Y	Indicadores	Niveles
Personalidad resistente	Implicación	Alto Medio Bajo
	Control	Alto Medio Bajo
	Reto	Alto Medio Bajo

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### **1. PERSONALIDAD RESISTENTE**

##### **1.1.RELACIÓN DE LA PERSONALIDAD RESISTENTE CON OTROS CONCEPTOS**

Son numerosos los estudios que se han encargado de analizar las relaciones entre personalidad resistente y otros conceptos. Entre ellos, merecen destacarse los que relacionan la personalidad resistente con el Patrón A de conducta (Kobasa y col., 1983; Nowack, 1986; Rhodewalt y Agustsdottir, 1984; Schmied y Lawler, 1986), la hostilidad (Smith y Frohm, 1985), la predisposición constitucional (Kobasa, 1982a; Thumson y Wendt, 1995), el apoyo social (Ganellen y Blaney, 1984; Kobasa y Puccetti, 1983; Kobasa, 1982a), y los hábitos saludables (Kobasa, Maddi y Puccetti, 1982).

Uno de los conceptos más próximos a la personalidad resistente es el formulado por Antonovsky (1979). El sentido de la coherencia de Antonovsky comparte con hardiness altas puntuaciones en compromiso y en reto, y se diferencia en las bajas puntuaciones en control del sentido de la coherencia (Maddi, 1988). Concretamente, Williams (1990), en una muestra de enfermeras, encontró que el sentido de la coherencia tenía mayor capacidad de predicción que la personalidad resistente.

El Patrón A de conducta (PAC) sería, en su conjunto, un patrón claramente diferente a hardiness, pues según Maddi (1988), aunque comparte con él altas puntuaciones en control, las altas puntuaciones en impaciencia que le acompañan, indican igualmente bajas puntuaciones en compromiso y en reto, características que le oponen claramente al concepto de personalidad resistente.

Concretamente, según Maddi y Kobasa (1981), la principal diferencia entre ambos conceptos puede encontrarse en la motivación. En este sentido, los individuos con Patrón A de conducta tendrían una motivación extrínseca, es decir dependiente de factores externos, tales como promocionar en sus carreras, incrementar su status ocupacional o tener más méritos académicos. Contrariamente, los sujetos con personalidad resistente tienen una motivación intrínseca, es decir, el interés está en la propia tarea a la que se enfrentan.

En el estudio realizado por Kobasa y col. (1983) se pone de manifiesto la independencia entre ambos conceptos: Patrón A de conducta y personalidad resistente. Uno de los aspectos más relevantes de este estudio es la acción conjunta de las variables analizadas. En este sentido, son los individuos con altas puntuaciones en PAC y bajas puntuaciones en personalidad resistente los que experimentan el mayor deterioro en su salud ante la presencia de estímulos estresantes. Estos datos indican la incongruencia de los modelos estáticos y/o aditivos, y consiguientemente la necesidad de contemplar la interacción entre las variables, en la mayoría de las ocasiones compleja y difícil de determinar. (Peñacoba, Moreno, 1998).

## **1.2.EL MODELO DE LA PERSONALIDAD RESISTENTE**

El constructo de la dureza, resistencia o personalidad resistente, fue propuesto por Kobasa, Maddi y su grupo de colaboradores a finales de la década de 1970 y principios de la siguiente (Kobasa, 1977, 1979a, 1979b, 1982a; Kobasa et al., 1979; Kobasa et al., 1981; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982; Kobasa, Maddi y Puccetti, 1982; Maddi y Kobasa, 1981, 1984; Ouellette-Kobasa y Puccetti, 1983) para explicar los resultados de diversas investigaciones en el marco de la salud, el estrés y la enfermedad, incluidas las desarrolladas por ellos mismos, en las que algunas personas sufrían alteraciones en su estado de salud, tanto a nivel físico como psicológico, bajo condiciones de alto estrés mientras otras, sometidas a las mismas circunstancias, permanecían sanas.

Este constructo surgió de la integración de varios conceptos teóricos y empíricos básicamente derivados de la Psicología Existencial y las teorías existencialistas de la personalidad (Maddi, 1975; Kobasa y Maddi, 1977) y las teorías psicosociales sobre el estrés más actuales en aquel momento, fundamentalmente los modelos sobre el estrés (y la enfermedad) de Antonovsky (1974, 1979), Averill (1973), Selye (1956), Mischel (1968, 1973), Laza-rus (1966) y Moss (1973).

Desde la Psicología Existencialista, los dos postulados más relevantes en la conceptualización de la dureza son los siguientes:

- a. La personalidad se construye activamente a través de procesos dinámicos.
- b. Aunque la vida es estresante porque está constantemente cambiando, las personas pueden transformar este estrés introducido por el riesgo y el cambio en oportunidades de desarrollo y crecimiento personal (Kobasa, 1979a, 1979b, 1982a).

La mayoría de las teorías psicosociales del estrés existentes en esos momentos, y en especial el modelo de Holmes y Masuda (1974) y Holmes y Rahe (1967) y las estrategias de evaluación derivadas, contaban, a juicio de Kobasa (1979b), con importantes limitaciones. En primer lugar, ignoraban las diferencias individuales en la respuesta al estrés: por una parte, no explicaban de forma integral y adecuada las relaciones entre acontecimientos vitales estresantes y enfermedad, y, por otra, aún explicaban menos, los mecanismos de resistencia que poseían las personas que no enfermaban en situaciones de estrés elevado. Y, en segundo lugar, partían de una concepción del ser humano como meramente receptivo, víctima, y de su conducta como pasiva y reactiva, ante los cambios que acontecen a su alrededor, olvidándose, en gran medida, de las posibilidades de iniciativa y resistencia del hombre en su cara a cara con las situaciones y acontecimientos incluso más aversivos. Teniendo en cuenta además la noción central introducida por algunas de estas teorías de la transacción individuo-ambiente

en la definición del estrés, según la cual los acontecimientos vitales pueden conceptualizarse como componentes del ambiente en necesaria interrelación con predisposiciones personales para pensar, sentir y actuar de un modo particular (Lazarus, 1966; Mischel, 1968; Lazarus y Lounier, 1978), el interés de Kobasa y su equipo se centró en determinar las características individuales, en concreto de personalidad, que generan resistencia y protección del individuo al estrés en la interacción individuo-medio. Según Kobasa, la determinación de las características individuales que contribuyen a mantener a las personas sanas bajo situaciones de estrés ayudaría a entender las bases del desarrollo y del bienestar humano, y permitiría incrementarlos a través de la modificación de esas variables personales, algo más fácil que la modificación de los acontecimientos vitales, la mayoría de los cuales son completamente impredecibles e inalterables. Y, más interesante, porque entrenando a las personas para hacerlas resistentes al estrés “no tendrían que evitar el estrés nunca más por miedo a enfermar” por causa de éste (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982, p. 176).

En sus primeras investigaciones, Kobasa y su grupo de colaboradores (Kobasa, 1977, 1979a, 1979b; Kobasa et al., 1981; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982; Kobasa, Maddi y Puccetti, 1982) encontraron que “los individuos sometidos a altos niveles de estrés que desarrollaban posteriormente enfermedades y alteraciones psicosomáticas se distinguían de aquéllos que permanecían sanos bajo las mismas circunstancias de estrés en la estructura de la personalidad” (Kobasa, 1979b,). En concreto, Kobasa (1979b) encontró que los individuos que sufrían altos niveles de estrés pero no desarrollaban enfermedades físicas y/o psicológicas como consecuencia eran aquéllos que mostraban altos niveles de dureza. Por contra, las personas con altos niveles de estrés que posteriormente padecían trastornos psicosomáticos eran aquéllos con una dureza baja. Así pues, concluyeron, la personalidad resistente hace menos probable la aparición de trastornos somáticos y/o psicológicos asociados al estrés en situaciones de elevada tensión. La dureza se propone así como un constructo de personalidad

mediador en la relación estrés-enfermedad protector de la salud, un recurso de resistencia frente a la enfermedad.

Como proponen Kobasa, Maddi y sus colaboradores (Kobasa, 1979a, 1979b; Kobasa et al., 1981; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982) este factor protector podría actuar junto con otras variables mediadoras biológicas (p.e. predisposición fisiológica, recursos de protección biológica, historia familiar de salud, estado de salud), psicológicas (p.e. otros constructos de personalidad, experiencias de aprendizaje tempranas, estilos de vida y hábitos saludables) y socioambientales (por ejemplo. relaciones interpersonales, apoyo social y recursos sociales) que actuarían también como recursos de resistencia para anular o mitigar el impacto negativo del estrés sobre el individuo.

La dureza sería “una constelación de características de personalidad” aprendidas en las etapas más tempranas de la vida a partir de la vivencia de experiencias ricas, variadas y reforzadas en estos momentos (Maddi y Kobasa, 1984; Maddi, 1988) (y no un rasgo inherente y estático), “que actúa como un recurso unitario de resistencia frente a los eventos vitales estresantes” (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982, p. 169), en el sentido de que, como proponen Maddi y Khoshaba (1994), transforma a éstos en experiencias personales de desarrollo y crecimiento, en vez de resultar amenazantes y debilitantes. Las disposiciones de personalidad que caracterizan al estilo de funcionamiento resistente al estrés de la personalidad resistente son (Kobasa, 1977, 1979a, 1979b, 1982a; Kobasa et al., 1979; Kobasa et al., 1981; Maddi y Kobasa, 1981, 1984; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982; Ouellette-Kobasa y Puccetti, 1983): compromiso (com - mitment), control (control) y desafío (challenge). La combinación de altos niveles de estos tres componentes es lo que daría lugar a la dureza, y, juntos, compromiso, control y desafío suponen positividad y resistencia en la realización de y en la respuesta a las actividades y responsabilidades cotidianas. Hacen así a la persona más resistente al estrés y a sus efectos negativos sobre la salud en virtud de, como veremos más

adelante, el estilo especial que genera de procesamiento e interpretación de los eventos estresantes, así como de afrontamiento y solución de los mismos y a las demandas de la situación. Un estilo eficaz, funcional y competente que asegura además la reducción del uso de estrategias de evaluación y afrontamiento del estrés ineficaces o inadecuadas. Este estilo especial de funcionamiento reduce o anula completamente su impacto negativo sobre la persona y, así, el efecto nocivo de sus consecuencias sobre la salud en cualquiera de sus dimensiones.

El componente compromiso (Kobasa, 1979a, 1979b, 1982a; Kobasa et al., 1981; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982) hace referencia a la tendencia a implicarse plenamente o comprometerse en todas las actividades que uno lleva a cabo en las diversas áreas de la vida: trabajo, instituciones sociales, relaciones interpersonales, familia y uno mismo. Esta actitud de compromiso hace que la persona convierta todo lo que hace en algo interesante e importante para ella. El compromiso generalizado con todo lo que uno hace en los diferentes ámbitos de la vida se relaciona con un estilo de identificación con y de encontrar sentido a todos los eventos, personas y cosas del ambiente que rodea a la persona, así como con un sistema de creencias que minimiza la amenaza percibida de cualquier suceso vital estresante y le previene de renunciar o darse por vencido bajo situaciones de gran presión. Este sentimiento de compromiso se refiere, además, a un compromiso social, en el sentido de poseer la habilidad de recurrir a los demás en momentos de necesidad de ayuda, apoyo o reajuste personal. Aunque es el compromiso en todas las áreas de la vida lo que mitiga el impacto negativo del estrés sobre la persona, el compromiso con uno mismo es especialmente importante, proponiéndose como la principal fuente de resistencia en la relación estrés-enfermedad: “La habilidad para reconocer los valores, metas y prioridades personales y la interpretación de la propia capacidad para establecer el compromiso y tomar decisiones” (Kobasa, 1979b) proporciona una manera muy saludable de evaluar la situación, los cambios

que introduce y las nuevas demandas que plantea, así como la necesidad de reajuste y readaptación. Y, como consecuencia, después de evaluar los recursos de enfrentamiento y solución de que dispone la persona (personales, ambientales, sociales) y su potencia, de enfrentarse a ello de una manera eficaz y competente.

El componente de control (Kobasa, 1979a, 1979b, 1982a; Kobasa et al., 1981; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982) se refiere al sentimiento de controlabilidad o influencia personal en los acontecimientos que uno experimenta en su vida. Ello no significa que uno ejerza una completa determinación sobre todos los acontecimientos que tienen lugar y sus consecuencias, sino, más bien, que las personas, mediante su esfuerzo activo, ejercen una influencia definitiva en el curso de su vida a través de su conocimiento, habilidades, decisiones y elecciones, en vez de ser meros agentes pasivos o “víctimas de las circunstancias”. Por tanto, el concepto de control se refiere a la tendencia a pensar y a actuar con la convicción de la influencia personal sobre el curso de los acontecimientos.

El concepto de control incluye tres componentes (Kobasa, 1979b):

- a. Control cognitivo, o habilidad para interpretar, valorar, dar significado e incorporar varios tipos de eventos estresantes en un plan continuo de vida y actuar en consecuencia con ello, así como de desactivar sus efectos negativos;
- b. Control decisional, o capacidad de elegir autónomamente entre una gran variedad de posibilidades de acción para manejar el estrés.
- c. Habilidades de afrontamiento, referidas a un gran repertorio de respuestas apropiadas al estrés desarrolladas a través de una motivación característica para el éxito en todas las situaciones”.

El sentimiento de control sobre lo que uno vive intensifica la resistencia al estrés a través de un aumento en la probabilidad de experimentar los acontecimientos que tienen lugar como

si éstos fueran una consecuencia natural y predecible de las acciones desarrolladas por uno mismo, en vez de externos, inesperados y arrolladores. Como consecuencia, la persona pondrá en marcha acciones encaminadas a integrar los acontecimientos en un plan de vida continuo, y, por tanto, los hará menos negativos, así como desarrollará una amplia diversidad de estrategias de afrontamiento al estrés que podrá poner en práctica incluso en las circunstancias más aversivas.

El componente de reto o desafío (Kobasa, 1979a, 1979b, 1982a; Kobasa et al., 1981; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982) se refiere a la creencia de que es el cambio, y no la estabilidad, una característica habitual, importante y necesaria en la vida, de forma que se reducirá el impacto negativo de la aparición de un evento estresante y se amortiguarán así sus consecuencias nocivas para el individuo si se interpreta ese cambio como un reto positivo, como una oportunidad y un incentivo novedoso para el crecimiento personal, y no como alienante, aplastante e indeseable por constituir una amenaza para la propia seguridad. Gracias a esta visión del cambio como fuente de nuevas e interesantes experiencias en la vida, los esfuerzos del individuo se centrarán ahora en cómo hacer frente de manera eficaz a dicho cambio para conseguir, a corto y medio plazo, el reajuste a la nueva situación, y, más a la larga, un aumento del conocimiento sobre las posibilidades y limitaciones personales y ambientales, y lograr así el crecimiento personal y el conocimiento necesarios para enfrentarse exitosamente a las nuevas experiencias de cambio y readaptación. Así pues, la base del componente de reto es la presunción de que la satisfacción o realización personal se basa en un continuo crecimiento a través de lo que uno aprende a partir de su experiencia, y no en un confort fácil de seguridad y rutina. De esta forma, la interpretación de todo lo que ocurre en nuestras vidas, incluido el cambio, como algo positivo e interesante de lo que se puede aprender, como un desafío cuya resolución nos aportará más conocimiento, permitirá a la persona ser resistente a los efectos nocivos de experimentar un acontecimiento estresante.

Este componente hace a la persona más abierta y “flexible cognitivamente” (Kobasa, 1979b, p. 4), pues le permite percibir, interpretar e integrar de manera eficaz la amenaza inherente a la experimentación de situaciones novedosas, a la vez que le capacita para enfrentarse a las situaciones nuevas de forma general de una manera positiva, efectiva y provechosa.

### **1.3. MECANISMOS DE ACTUACIÓN DE LA PERSONALIDAD RESISTENTE**

Diversas vías han sido postuladas para explicar el efecto mediador, protector de la salud, de la dureza en la asociación estrés-enfermedad:

- La personalidad resistente contribuye a modificar las percepciones que se tienen de los estímulos estresantes, haciéndolos, cognitivamente, menos estresantes, es decir, menos carentes de significado, indeseables y arrolladores (Kobasa, 1979b; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). La respuesta de estrés queda así reducida, y, en consecuencia, la enfermedad asociada. Diversos estudios se han centrado en el estilo de procesamiento de la información de individuos con altos niveles de dureza, encontrándose que estas personas tienden a percibir los estímulos estresantes como más positivos y controlables que las personas con bajos niveles de dureza (Rho-dewalt y Agustsdottir, 1984; Wiebe, 1988; Allred y Smith, 1989; Rhode-walt y Zone, 1989; Roth, Wiebe, Fillingim y Shay, 1989; Pagana, 1990; Clark y Hartman, 1996; Nat-hawat y Joshi, 1997). Sin embargo, el apoyo experimental a esta hipótesis proviene, sobre todo, de estudios de tipo retrospectivo, de forma que se hace problemática la interpretación de la direccionalidad de los resultados. Dado que los individuos recuerdan los acontecimientos una vez que éstos se han producido, resulta imposible determinar si realmente es la personalidad resistente la que altera la percepción de los acontecimientos, o si el estrés producido por éstos hace que el individuo parezca menos resistente (Wiebe, 1991; Funk, 1992). Para solucionar esta problemática se han

llevado a cabo estudios de tipo prospectivo (Banks y Gannon, 1988; Wiebe, 1991), encontrando que, en consonancia con la hipótesis de Kobasa y sus colaboradores, los individuos más resistentes hacen interpretaciones más positivas y menos amenazantes de los estresores y, en consonancia, muestran respuestas afectivas y psicofisiológicas menos negativas y disfuncionales, así como un nivel mayor de esfuerzo y perseverancia y tolerancia a la frustración (Wiebe, 1991). Parece que los responsables de este estilo cognitivo especial son, más concretamente, los componentes de compromiso y control (Wiebe, 1991; Florian, Mikulincer y Taubman, 1995).

- La personalidad resistente induce a un determinado estilo de afrontamiento (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982), llamado afrontamiento transformacional (Kobasa, 1979a, 1982b; Gentry y Kobasa, 1984; Maddi y Kobasa, 1984). Una vez que el estímulo estresante ha sido interpretado por la persona como tal, las características de la personalidad resistente pueden moderar sus efectos sobre el organismo facilitando la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento efectivas, competentes y adaptativas e inhibiendo el uso de estrategias poco funcionales (Orr y Westman, 1990; Williams, Wiebe y Smith, 1992; Parkes, 1994; Solko-vá y Tomanek, 1994). De acuerdo con Kobasa y Maddi, las personas con alta personalidad resistente hacen uso del afrontamiento transformacional, es decir, interpretan los acontecimientos potencialmente estresantes como oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal y, como resultado, interactúan con y se enfrentan a ellos de forma optimista y activa, incorporando el manejo de los estímulos y las estrategias de enfrentamiento en un plan vital general de desarrollo personal. De esta forma, los acontecimientos estresantes pierden parte de su poder estresante. En contraste, los individuos poco resistentes utilizan el afrontamiento regresivo (Kobasa, 1979a, 1982b; Gentry y Kobasa, 1984; Maddi y Kobasa, 1984), consistente en la puesta en marcha de estrategias de evitación

y escape del acontecimiento estresante. Diversos estudios apoyan esta hipótesis. Nowack (1989) ha encontrado correlaciones positivas entre personalidad resistente y estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema. Florian et al. (1995) encontraron correlaciones directas entre dos componentes de la dureza, el compromiso y el control, y el uso de estrategias eficaces de valoración, que permitirían al individuo permanecer en la situación estresante e impedirían la evitación o distanciamiento de la misma, y de afrontamiento, que le capacitarían para encontrar soluciones adecuadas a la situación estresante problemática, resultados en consonancia con los hallados por Williams et al. (1992). Shamai (1999) encontró que el componente de compromiso era el más fuertemente relacionado con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adaptativas en una situación de gran estrés personal y laboral. En diferentes investigaciones se han encontrado correlaciones inversas entre la dureza o alguno de sus tres componentes y el uso de estrategias de afrontamiento de tipo regresivo o ineficaz (Blaney y Ganellen, 1990; Boyle, Grap, Younger y Thornby, 1991; Williams et al., 1992). Asimismo, se han encontrado correlaciones positivas entre bajos niveles de dureza, evitación y/o separación del estímulo estresante como estrategias de afrontamiento al mismo y enfermedad en situaciones de estrés, y altos niveles de dureza, estrategias funcionales y positivas de enfrentamiento al estrés y salud (Bartone, 1989; Pierce y Molloy, 1990; Williams et al., 1992), ejerciendo las estrategias de afrontamiento eficaces un papel mediador entre la dureza y la enfermedad/salud, tanto física como mental (Williams et al., 1992; Florian et al., 1995). Estos resultados han sido replicados por otros autores (Rhodewalt y Agustdottir, 1984; Pagana, 1990; Sharpley, et al., 1995).

- La dureza puede afectar a las estrategias de afrontamiento también de forma indirecta a través de su influencia sobre el apoyo social (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). De

acuerdo con Maddi y Kobasa (1984), los efectos de la dureza sobre las estrategias de afrontamiento pueden establecerse a través de la relación entre la dureza y la búsqueda y utilización del apoyo y ayuda que solicitamos a otros y/o éstos nos ofrecen en situaciones de presión y grandes demandas (en sí una estrategia de afrontamiento tanto a los eventos estresantes como al estrés en sí mismo). Aunque no existen estudios específicamente diseñados para comprobar esta hipótesis, sí se han encontrado relaciones directas entre la dureza y el apoyo social percibido y el uso de éste y otros recursos sociales (Ouellette Kobasa y Puccetti, 1983; Gentry y Kobasa, 1984; Kobasa, et al., 1985; Pagana, 1990) o entre componentes concretos de la dureza, como el compromiso y el reto, y el apoyo social (Ganellen y Blaney, 1984; Blaney y Ganellen, 1990; Boyle et al., 1991; Sharpley et al., 1995). También es posible la relación inversa, esto es, que el apoyo social potencie la personalidad resistente, como proponen Oman y Duncan (1995), quienes encontraron que éste parecía fomentar el componente de compromiso.

- La dureza favorece cambios hacia determinados estilos de vida y hábitos saludables que reducen la probabilidad de aparición de la enfermedad y aumentan el nivel de salud del individuo (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982; Maddi y Kobasa, 1984). Así, la dureza podría llevar a implicarse en determinadas prácticas saludables, como el ejercicio físico, el descanso, la dieta correcta y el uso moderado de sustancias (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). Otros autores (Kobasa et al., 1985; Nagy y Nix, 1989; Clarke, 1995) han apoyado esta hipótesis, encontrándose efectos de la dureza sobre la salud tanto directos como indirectos a través de la práctica de hábitos saludables (Wiebe y McCallum, 1986). Recientemente, Maddi, Wadhwa y Haier (1996) han encontrado que la dureza predice el consumo pasado y actual de sustancias psicoactivas. Sin embargo, existen datos contradictorios en cuanto al ejercicio físico:

en algunos estudios se ha encontrado que esta práctica saludable no está asociada, al menos directamente, a la dureza, sino que ambos ejercen efectos independientes pero aditivos sobre la salud (Kobasa, Maddi y Puccetti, 1982; Nagy y Nix, 1989; Roth et al., 1989; Oman y Duncan, 1995).

- La personalidad resistente ejerce efectos positivos de tipo fisiológico (Kobasa, 1979b), disminuyendo la reactividad psicofisiológica del individuo al estrés, vía la valoración positiva del potencial estresor y el afrontamiento eficaz al mismo que implica (Gentry y Kobasa, 1984; Kobasa et al., 1985). Esta hipótesis era consistente con numerosos estudios que habían encontrado que la evaluación positiva de los estímulos a los que tiene que enfrentarse el individuo reduce la activación característica de la respuesta de estrés (Lazarus, et al., 1965; Holmes y Houston, 1974; Houston y Holmes, 1974; Bennett y Holmes, 1975). En consonancia, Lawler y Smith (1987) encontraron que, en una muestra de mujeres en las que el componente de control era el más relacionado con la salud (y la enfermedad) (Schmied y Lawler, 1986), este mismo componente parecía ser el responsable de su menor activación psicofisiológica ante el estímulo estresante. Contrada (1989) encontró que la dureza, y en concreto el componente de desafío, se asociaba con una reactividad reducida de la presión arterial diastólica, Wiebe (1991) comprobó que en los hombres, a diferencia de las mujeres, en las que la dureza no parecía mediar la activación del organismo, ésta correlacionaba con una menor tasa cardíaca durante la realización de la tarea experimental. Y Solková y Sykora' (1995) han encontrado que la dureza, y más específicamente su dimensión de control, se relaciona con una disminución en la tasa cardíaca y de su variabilidad tanto durante la realización de una tarea estresante como en reposo. Sin embargo, Van Treuren y Hull (1987) encontraron altos niveles de conductancia eléctrica en la piel, altos niveles de tasa cardíaca y alta presión arterial en las personas con alta dureza en

comparación con las de baja dureza, Allred y Smith (1989) hallaron mayores niveles de presión arterial sistólica durante la realización de la tarea experimental Solková y Sykora' (1995) encontraron que, en algunos individuos, el componente de control correlacionaba con mayores niveles de la tasa cardíaca y su variabilidad durante la tarea experimental, resultados que han sido encontrados también para otros índices psicofisiológicos (Zorrilla, De Rubeis y Redei, 1995). Estos autores explican sus resultados argumentando que las personas resistentes se enfrentarían a los estímulos estresantes de forma activa y sería necesaria cierta activación psicofisiológica para energizar al organismo y permitir así la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento activos, en consonancia con la hipótesis de la activación simpática acompañante a esfuerzos activos de afrontamiento al estrés planteada en diversos estudios coetáneos (Manuck, et al, 1978; Light y Obrist, 1980; Solomon, Holmes y McCaul, 1980; Smith, Houston y Stucky, 1985). Otro efecto fisiológico saludable de la dureza frente al estrés, por otra parte, pudiera estar relacionado con la potenciación de la inmunocompetencia, resultado al que han llegado diversas investigaciones (Okun, Zautra y Robinson, 1988; Dillon y Totten, 1989; Wiebe y Williams, 1992).

Quizás resulta todavía prematuro a la luz de los datos con que contamos establecer el/los mecanismo/s de actuación, tanto directos como indirectos, por los que la dureza actúa como un recurso de resistencia al estrés protector de la salud. Lo que sí parece claro es que la dureza está constituida por un conjunto de disposiciones tanto cognitivas de evaluación y valoración de uno mismo y el entorno, como conductuales de puesta en marcha de acciones específicas. Como ya plantearon Kobasa, Maddi y Kahn (1982), a nivel cognitivo, estas disposiciones constituyen la base para experimentar los estímulos de una manera particular, dotándolos de un significado concreto, a partir de la percepción y evaluación de los estímulos o eventos estresantes como positivos, deseables y controlables, de forma que esta particular forma de

interpretar tales estímulos los convierte en menos estresantes o, incluso, neutros. El individuo con personalidad resistente ve las situaciones potencialmente estresantes como interesantes y con significado personal (compromiso), como modificables y bajo su control (control), y como algo normal en la vida y una oportunidad de cambio y crecimiento (desafío), en vez de amenazantes, destructivas, negativas, incontrolables, etc., amortiguando así esta transformación cognitiva de los estímulos el impacto de los eventos vitales estresantes. En el nivel de actuación, dada la particular percepción e interpretación de los acontecimientos, tales disposiciones energizan un conjunto de estrategias de afrontamiento apropiadas y eficaces que los hacen todavía menos estresantes. El ambiente, el mundo y la vida se han convertido en algo interesante y satisfactorio, lleno de retos que resolver y de posibilidades de autocrecimiento, de forma que se han de aprender y poner en marcha recursos, estrategias y habilidades competentes y eficaces para conseguir tales objetivos. Se garantiza así no sólo el afrontamiento correcto a los eventos estresantes, sino también el desarrollo personal a partir del aprendizaje continuo de nuevas formas de enfrentamiento y solución a los obstáculos y problemas de la vida diaria. Por ello, las personas con estas disposiciones de personalidad poseen una ayuda considerable en la mitigación y anulación de los efectos nocivos sobre la salud asociados al estrés, haciéndose así resistentes a éste y a sus consecuencias. (Godoy-Izquierdo, Godoy, 2002).

#### **1.4. APRENDIZAJE Y LA PERSONALIDAD RESISTENTE**

Al hablar del aprendizaje de la personalidad resistente, Maddi (1988) distingue entre aprendizaje temprano y aprendizaje tardío. En el aprendizaje temprano la fuente de influencia fundamental son los padres (Maddi y Kobasa, 1991). La acción que ellos ejercen influye en el aprendizaje de características directamente vinculadas a cada una de las dimensiones de la personalidad resistente. Así, por ejemplo, para facilitar la cualidad de compromiso los padres han de solventar las necesidades de los niños con aprobación, interés y esfuerzo para

favorecer en sus hijos un sentimiento de interés hacia el mundo que les rodea. Los padres han de apoyar al hijo pero no desde la imposición de ideas preconcebidas, sino desde el respeto de la individualidad.

Respecto al control, los fallos tempranos que el niño comete en sus tareas cotidianas (lavarse, interactuar con otros, vestirse, etc.) proporcionan sentimientos de fracaso. Contrariamente, si se tiene éxito en estas tareas cotidianas se desarrollan sentimientos de control. En este sentido, para desarrollar un sentimiento adecuado de control es importante que las tareas que se encomienda al niño no sean ni excesivamente sencillas ni excesivamente complejas. El encuentro con tareas excesivamente sencillas se asocia normalmente a padres muy protectores. Contrariamente, el encuentro con tareas muy difíciles se asocia a padres indiferentes o muy competitivos. En este sentido, los padres desempeñan un papel fundamental en la tarea de cuidar que las tareas a las que se enfrenten los niños sean de una dificultad moderada para desarrollar el sentimiento de control.

En relación al reto, los padres que ven el cambio como algo positivo y un factor de progreso del que se puede aprender, tienen más facilidad de transmitir esta actitud a sus hijos. Igualmente, si el padre percibe el cambio como una amenaza, se incrementan las posibilidades de transmitir esta actitud negativa ante los acontecimientos novedosos.

Después de esta etapa de aprendizaje en la infancia, comenzaría la etapa de aprendizaje tardío (Kobasa y Maddi, 1977). Si las bases de la personalidad resistente se han sustentado, hay posibilidades para comenzar el aprendizaje personal. En este sentido, el joven se encuentra suficientemente capacitado para manejar los estresores inherentes al período adolescente. Durante este período, el adolescente pasa por épocas de escepticismo y de idealismo antes de desarrollar su auténtica personalidad. El individuo con personalidad resistente es capaz de superar esas etapas aprendiendo del fracaso. Para favorecer esta

capacidad, lo importante no es hacer el entorno adolescente más fácil, sino educar previamente al niño en las bases de la personalidad resistente.

### **1.5. EL ENTRENAMIENTO EN PERSONALIDAD RESISTENTE**

El entrenamiento en personalidad resistente se apoya en la hipótesis de que si la personalidad resistente puede aprenderse en la niñez, también puede ser aprendida en la edad adulta. No obstante, conviene tener en cuenta que los hábitos ya aprendidos dificultan el aprendizaje (Maddi, 1988).

El programa de entrenamiento en personalidad resistente diseñado por el Hardiness Institute (Maddi y Kobasa, 1984) tiene como objetivo incrementar la personalidad resistente, de modo que los individuos sometidos a él sean capaces de enfrentarse a situaciones estresantes transformándolas en situaciones menos estresantes. Frente a otros programas tradicionales en intervención en estrés (relajación, visualización o meditación) que focalizan su actuación en disminuir la respuesta de estrés producida por determinados estímulos estresantes, el entrenamiento del Hardiness Institute focaliza su actuación en la causa de esa respuesta de estrés, es decir, trata de evitar la experiencia del estímulo estresante. Tendría, en este sentido, frente a los otros tipos de intervención, un carácter preventivo.

El programa de intervención que proponen Kobasa y Maddi (Maddi, 1985; Maddi y Kobasa, 1984) entiende los estilos de afrontamiento y el sistema de creencias como una parte de un conjunto integrado, de la personalidad del individuo, y busca el cambio a través de ejercicios que no son únicamente de naturaleza cognitiva, sino también emocionales y comportamentales.

Concretamente el entrenamiento que proponen Kobasa y Maddi consta de tres técnicas relacionadas (reconstrucción situacional, focalización, y autocompensación) con las que el sujeto aprende a enfrentarse a las situaciones estresantes transformándolas y resolviendo el

problema. La reconstrucción situacional implica una comparación entre situaciones juzgadas como positivas y situaciones juzgadas como negativas. Después de una valoración de los procesos asociados a esos juicios, se potencian los procesos asociados a juicios positivos frente a los asociados a juicios negativos. La focalización ayuda al individuo a centrarse en sus mensajes internos, buscando significado emocional, personal o individual a los mismos. Después, con la información obtenida se vuelve a realizar la técnica de reconstrucción situacional.

Si con las técnicas anteriores no se consigue mejorar la percepción del problema, tendríamos que suponer que se trata de una realidad, de un hecho incambiable. En este sentido, habría que aceptarlo como tal sin dañar las creencias personales de control, compromiso y reto. Igualmente, se puede emplear el mecanismo autocompensativo; es decir, pensar en una segunda situación asociada a la primera donde existan más posibilidades de acción, y trabajar con este segundo estresor empleando las dos técnicas anteriores.

Lo importante de la interrelación de estas tres técnicas es que permiten, en su conjunto, enfrentarse directamente a los problemas, tomar la iniciativa en la toma de decisiones a la hora de determinar los juicios entre realidad y probabilidad. A través de estas técnicas la persona define el problema, usa la imaginación y la acción para resolverlo, concluyendo posteriormente con su juicio sobre la posibilidad de cambio del mismo. Esta acción le permite reflexionar nuevamente sobre sus creencias personales acerca de sí mismo, del mundo y de la relación entre ambos. Todo ello sin imponer los juicios del terapeuta sobre las creencias, ideas y valores del paciente.

Respecto a los datos sobre la evaluación de este programa, únicamente disponemos de la evaluación que Maddi (1988) realiza de la implantación de este programa en la Illinois Bell Telephone. Tras el establecimiento de un diseño con grupo experimental/grupo control,

Maddi (1988) concluye que el programa resulta efectivo para incrementar la personalidad resistente, disminuir los niveles de respuestas de estrés, tanto psicológicas (ansiedad, depresión) como fisiológicas (presión arterial), e incrementar la satisfacción laboral. Un efecto especialmente llamativo de los resultados obtenidos es que el incremento de la personalidad resistente se sigue produciendo de manera paulatina, incluso cuando el programa ya ha concluido. Este dato puede ser debido, según Maddi (1988), a que el cambio de creencias, de actitudes, no es tan repentino como el cambio de conductas y se produce tras la reflexión de los resultados de nuestra actuación. (Peñacoba, Moreno, 1998).

## **2. PERSONALIDAD**

### **2.1. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD**

Al tratarse de un concepto básico dentro de la psicología, a lo largo de la historia ha recibido numerosas definiciones además de las conceptualizaciones más o menos intuitivas que ha recibido. Muchas son las definiciones que se han dado a la personalidad y a pesar de todos los estudios, no se ha logrado precisar con exactitud. No existen definiciones correctas o incorrectas, sino más o menos adecuadas para los objetivos que se pretenden. En nuestro caso vamos a adoptar la definición de Theodore Millon.

Una ciencia madura de la personalidad debe englobar cuatro elementos que trabajan juntos integradamente: teoría, nosología, evaluación e intervenciones clínicas (Millon, Everly y Davis, 1995; Millon y Davis, 1998; Millon, 2000). La mayoría de las escuelas de psicoterapia actuales comparten el fracaso al momento de coordinar estos cuatro componentes. (Millon, Everly y Davis, 1995).

Millon, concibe el término personalidad para designar el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes. Concebida de este modo, la personalidad

normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles; los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta.

Actualmente la personalidad (Millon y Davis, 1998) la definen como “Un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, comprenden el modo idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo”. (Díaz, 2010).

## **2.2. TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD**

Las teorías de la personalidad, ofrecen dos puntos de vista no contrapuestos sino más bien complementarios. Por una parte ayudan a entender por qué se producen determinados acontecimientos lo que permitiría abordar la parte explicativa de la misma, y por otra se encuentra la parte predictiva que, como su propio nombre indica, debería predecir nueva información, adelantar análisis que aún no se ha pensado examinar. Esta parte es la que sin duda puede resultar más interesante cuando se habla de la personalidad.

Existen autores a favor y en contra de las teorías de la personalidad. Hay algunos que piensan que son válidas para ordenar la investigación y por lo tanto ayudan a no perder el tiempo en el estudio de variables que puedan parecer insignificantes, mientras que otros opinan que las teorías impiden la búsqueda de otras nuevas variables. Existen también autores como Skinner, que plantea su trabajo sin teoría alguna, pues argumenta que en el aprendizaje humano a veces no se sigue ninguna teoría específica, o Freud, considerado como el padre de la psicología de la personalidad, que parece que no le daba demasiada importancia a lo que los

demás pensaran de sus análisis y que más bien le valía lo que él mismo demostrara. Sin embargo en la actualidad predomina la creencia de que las ideas deben ser probadas, pues con demasiada frecuencia parece que las cosas que a primera vista parecen ser ciertas luego resultan no ser comprobables, y eso es precisamente lo que se quiere alcanzar, que los hallazgos se comprueben.

Es fácil entender que desde esta perspectiva, la teoría debe basarse en la investigación, de tal modo que si la teoría y la investigación no van parejas, la teoría quedará sin una justificación que la haga a todas luces fiable. Teoría e investigación deben ir unidas de tal manera, que en ocasiones, una investigación puede invalidar o hacer modificar una teoría que hasta un determinado momento parecía ser válida. “La teoría sugiere predicciones que deben ser probadas; los resultados de los estudios sugieren la necesidad de modificar o cambiar la teoría” (Carver, y Scheier, 1997). Por lo tanto, a la hora de elegir una teoría u otra para la investigación de esta tesis, es necesario tener en cuenta una serie de aspectos importantes. Es evidente que una teoría no puede abarcar todas las explicaciones de la conducta del hombre, pero aun así, la teoría debe ser global y por lo tanto debe ser capaz de explicar un gran número de fenómenos de la conducta, así como los más relevantes de ella.

De la misma manera es lógico que una teoría haya de explicar los fenómenos de una manera coherente ya que si existen contradicciones en la misma no sirve más que para desorientar a quien sigue esa estructura. Por supuesto una teoría debe incluir hipótesis verificables sobre las relaciones existentes entre los fenómenos, es decir, debe ser relevante para la investigación.

Las teorías de la personalidad han de responder a las cuestiones relativas a la estructura (qué), a los procesos del organismo (por qué) y al crecimiento y desarrollo del mismo (cómo), aun así, debe tener una característica muy importante, la de la parsimonia, es decir, debe “ser

capaz de explicar la personalidad mediante el menor número de suposiciones (o conceptos).”

(Carver, y Scheier, 1997)

También las teorías de la personalidad deben ser estimulantes, en el sentido de que deben provocar confusión, es decir, deben provocar entusiasmo e interés, que despierten el afán por seguir estudiando y comprobando. De este modo pueden agruparse de acuerdo a lo que defienden. No serán las mismas concepciones las que apoyarán, pero sí un sentir en la misma línea. Este sentir es algo más general, algo que en cierto modo las envuelve, tienen una perspectiva común, en suma forman parte de una metateoría, entendiendo por metateoría, “un conjunto de suposiciones que sirven de guía y dentro de las cuales pueden construirse las teorías” (Carver, y Scheier, 1997). Por lo tanto estas metateorías sustentan el que se desarrollos teorías específicas en torno a una idea o un concepto. No cabe duda que esto a veces puede conllevar riesgos, pues unas teorías no son siempre propias, o caben solamente en una metateoría, sino que con frecuencia están ancladas a otras, teniendo relación con ellas.

Según se preste más atención a los procesos o más atención a las diferencias individuales se opta por distintas teorías que tratan de explicar las diferencias en la personalidad. Es evidente que no existe un corte radical entre unas teorías y otras, pues cuando se habla de personalidad, se alude precisamente a aquello que hace que una persona sea diferente de los demás. También a los teóricos de la personalidad les interesa conocer lo común de las personas.

#### **A. Teoría Psicoanalítica.**

Configura la personalidad como un conjunto de fuerzas internas que están en conflicto. El autor más representativo de esta perspectiva es sin duda Freud (1925)

Freud fue uno de los autores, a lo largo de la historia, más tiempo dedicó al estudio de la personalidad. Según este autor, en la personalidad tendrían gran peso específico el ello, el yo

y el superyo. El ello estaría formado por lo que se recibe a través de la herencia, estando relacionado con “el principio del placer” que haría que se redujeran las tensiones.

Configuraría, por tanto, la base de la personalidad que al evolucionar se convertiría en el yo que tendría como principal objetivo defender al ello de las amenazas del mundo exterior. Por su parte el superyo, sería quien prescribiera lo que se debe hacer, de acuerdo a la educación recibida desde el hogar familiar. “El comportamiento de un individuo sería el correcto si el yo consigue satisfacer al ello y al superyo, logrando una adaptación con la realidad.” (Miralles, 2001)

### **B. Teoría constitucional.**

En ella hay que citar a aquellos autores que como Sheldon (1942) defienden que la estructura corporal influye directamente en la conducta. De esta forma concluye que existen tres tipos de personalidad: endomorfia, mesoformia y ectomorfia. La personalidad endomorfia corresponde con la tendencia ser una persona gruesa que a su vez presenta un temperamento viscerotónico caracterizado por ser simpáticos, extrovertidos y abiertos. Por su parte al tipo de personalidad mesomórfica le corresponde un temperamento somatotípico, típico de las personas con un cuerpo musculoso y que responde a una forma de actuar valiente, arriesgada, etc. Finalmente la personalidad ectomórfica que presentan las personas con una constitución tendente a la delgadez, muestran una personalidad cerebrotónica, siendo éstas introvertidas, sensibles y sin miedo a la soledad. A la vista de esta descripción, se pueden hacer otros tipos de extrapolaciones que amplíen su aplicabilidad “podemos buscar correlatos sociales, clínicos y de personalidad”. (Geiwitz, 1977)

### **C. Teoría fenomenológica o humanista.**

Se encuentran aquí aquellos autores que se sienten vinculados a un pensamiento filosófico pero que utilizan un método empírico. En esta perspectiva se concentran dos ideas

importantes, por un lado la importancia de la esencia del ser, de encontrar el camino adecuado, y por otro lo que el ser humano decida hacer con ese camino, es decir, la autodeterminación. Es necesario citar a Rogers (1979) y Maslow (1991) fundamentalmente. Stern (1967) Allport (1977) y Maslowson los mayores representantes.

#### **D. Teoría cognitiva.**

Defienden los autores de esta teoría que impera más en la persona la representación del medio ambiente físico que el propio medio. Entre ellos se encuentran Lewin (1935), y Snygg y Combs (1949).

#### **E. Teoría de autorregulación cognitiva.**

En ella se otorga un papel muy importante a los procesos cognitivos como fundamento de la personalidad. Sus representantes son Mischel (1979), Emmons (2008), Carver y Séller (1997).

#### **F. Teorías conductistas/ aprendizaje.**

Estas teorías resaltan la importancia del cambio más que la coherencia de la conducta, es decir, centran sus análisis en los cambios que experimenta la conducta humana como resultado de la experiencia. Es necesario citar a Dollard y Miller (1950), Rotter (1966), Skinner (1974), Bandura (1974) y Rachlin (1992)

#### **G. Teoría biológica.**

En ella se defiende que la personalidad tiene una base genética, que las disposiciones de cada persona son heredadas. Se trata en definitiva, de conjugar la influencia del sistema nervioso y de las hormonas en el actuar de cada persona. Entre sus representantes cabe nombrar a Buss y Plomin (1984).

## **H. Modelo integrador.**

Con este modelo se quiere conseguir conocer la estructura de la personalidad pero también sus cambios y sus dinámicas, y todo ello a la luz de las teorías existentes que tratan de explicar la personalidad. El máximo representante de este modelo es Theodore Millon.

## **I. Teorías basadas en el análisis factorial.**

En este apartado se analizan aquellos autores que han descrito al individuo mediante dimensiones que han inferido del análisis factorial. Se basan en la idea de que las personas tienen unas cualidades (disposiciones) relativamente estables que se presentan en diferentes situaciones. Aunque estas disposiciones se presenten de manera distinta, en el fondo están fuertemente arraigadas en la persona. Cabe citar a Cattell (1970), Eysenck (1976), Guilford, (1953)

Esta corriente de las tipologías cayó en desuso y por lo tanto también los tipos. Si bien es cierto que Jung lo utilizó por conveniencia a modo de etiquetas. Sólo un teórico de la personalidad manejó el término de tipos. Se trata de Eysenck (1947) pero lo usó en otro sentido, para denotar un rasgo de orden superior y no para denotar discontinuidad.

Al emplear el análisis factorial en la psicología de la personalidad, lo que se está haciendo es, por una parte identificar y reducir a unos cuantos rasgos aquellas manifestaciones del comportamiento de la persona, determinar cuáles de esos rasgos están más presentes y cuáles menos y, por último, ayudar a decidir o a elaborar instrumentos de evaluación para analizar un rasgo en concreto. Es cierto que el análisis factorial va a ofrecer información sólo de los datos que se examinan, con lo cual muchas otras parcelas de la personalidad quedan sin estudiar, siendo conscientes de que éstas pueden ser igual de importantes que aquellas que sí han sido valoradas. Conviene pues determinar qué datos son los que interesa analizar bajo esta óptica.

Como es de suponer las respuestas han sido variadas en función de la persona que realiza el análisis.

### **J. Modelo de “Los Cinco Grandes”.**

En sentido estricto, tal y como señala Viruela (2013, p. 30) “el modelo de los Cinco Factores es la generalización empírica de la covarianza de los rasgos de personalidad” El modelo de los Cinco Grandes sostiene que los rasgos de la personalidad pueden ser agrupados en torno a cinco factores o dimensiones, independientemente del lenguaje y de la cultura de las personas.

El origen del modelo se centra a partir de los trabajos de Cattell, cuando Fiske (1949) realizó un análisis factorial con datos obtenidos de distintas fuentes y obtuvo una estructura de cinco factores. Posteriormente Tupes y Cristal (1961), con mayor número de datos y también mediante el análisis factorial, obtuvieron igualmente una estructura de cinco factores. Más adelante Norman (1963) consiguió replicar los mismos resultados, con la característica de que estos cinco factores están constituidos por cuatro adjetivos bipolares. Ortet et al. (2010) replicaron igualmente estos resultados en población española con adolescentes. A partir de aquí va empezando a coger fuerza este modelo y comienzan las validaciones transculturales. En Filipinas, Guthrie y Bennett (1971) y en Japón Bond, Nakazato y Shiraishi (1975). Es importante destacar que sea cual sea la situación, se obtienen cinco factores que explican la estructura de la personalidad. Sin embargo, con el paso del tiempo, este modelo se encuentra con fuertes críticas como las de Mischel (1968) que hace que poco a poco vaya cayendo en el olvido.

### **K. Modelo de los cinco grandes alternativos de Zuckerman.**

Este modelo descrito por Zuckerman (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta & Kraft, 1993) se encuentra enmarcado dentro de los modelos biológicos-factoriales. “Se trata de un

modelo que inserta sus raíces teóricas en una tradición de estudio de la personalidad que se nutre de las aportaciones de Eysenck, de la psicobiología y, por supuesto, del enfoque factorialista” (Valero, 2009) y al igual que otros modelos acepta que los rasgos de personalidad se pueden agrupar en torno a cinco factores.

### **L. Modelo Psicobiológico de Cloninger.**

Se debe mencionar también este modelo de Cloninger, quien partiendo de la definición de personalidad de Allport (1937) establece las bases del mismo en 1986. Este modelo nació con la idea de unir las investigaciones neurobiológicas, los estudios psiquiátricos, los estudios empíricos de distribución de la personalidad normal y la investigación comportamental basada en teorías del aprendizaje. De esta manera surge este modelo psicobiológico que se describe gráficamente a continuación.

Para Cloninger la personalidad es un sistema jerárquico complejo que puede dividirse en dos dimensiones psicobiológicas, el temperamento y el carácter. El temperamento se podría definir como “respuestas asociativas automáticas a estímulos emocionales básicos que determinan los hábitos y las habilidades” (Cloninger, 1998). Por su parte el carácter es el conjunto “conceptos autoconscientes que influyen en las intenciones y actitudes voluntarias.”(Valdivieso, 2015)

### **2.3. PERSONALIDAD EN MILLON**

Millon desarrolló una teoría de la personalidad donde planteó un modelo a partir de tres polaridades: Placer- dolor, activo- pasivo y por último yo- otros. (Mendoza, 2008). Una de sus propuestas se dio a conocer en la década de 1960, en la cual pretendía integrar lo biológico con lo ambiental. En 1973, propuso una integración entre lo psicopatológico y la personalidad, para así poder compatibilizar los factores de orden psicogenético y biogenético.

En 1985 Millon aclara el concepto de refuerzo toma una gran importancia en su teoría debido a que influye en una de sus polaridades, la activo-pasivo.

Aproximadamente en los años 90's, Millon se dio a la tarea de redefinir una vez más su modelo de personalidad y sus trastornos (Millon, 1990; 1999; Millon y Klerman, 1986).

La teoría de la personalidad de Millon es un modelo integrador por la importancia que le otorga a diversos modelos teóricos al construir lo que se ha denominado "*teoría biopsicosocial de personalidad*" (Aparicio, 2001). Este modelo se ciñe en los modelos biofísico, intrapsíquico, conductuales, fenomenológico-sociales y evolutivos, dentro de los cuales se estructura la teoría biopsicosocial.

Para construir su modelo y su concepto de personalidad, Millon se apoyó en diversos planteamientos debido a que las concepciones de personalidad previas se centraban en una sola teoría (psicodinámico, cognitivo, interpersonal o biofísica). Por lo anterior, Millon afirmaba que estas teorías eran incongruentes a la hora de definir la personalidad, por tal razón propuso un modelo integrativo (Bio-psico-social), donde se integren los conocimientos de cada área para así poder comprender a la persona como un todo.

Por lo tanto, la personalidad representa un patrón incorporado e ilustra rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten por largos períodos de tiempo, estos rasgos nacen de unas disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial que se manifiestan por medio de dos procesos:

1. Cómo interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente y
2. Cómo se relaciona el individuo consigo mismo (Millon y Everly, 1985).

En esta línea Millon (1981) con base en la salud mental, concibe la normalidad como "la capacidad de funcionar autónoma y competentemente, la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente, una sensación subjetiva de satisfacción, eficiencia y la habilidad de autorrealizarse o de alcanzar las propias potencialidades" (Millon, 1981). Lo

anterior abarca, la propuesta que Millon (2001) plantea frente a los estilos de personalidad donde engloba las metas motivacionales, la conducta interpersonal y las conducta cognitiva.

Millon y Klerman (como se citó en Aparicio, 2001), en sus escritos plantea que la personalidad puede ser vista como un conjunto de estructuras y funciones que pertenecen a un sistema biológico (cuerpo), el cual está conformado por estructuras estables y organizadas, las cuales están conectadas de forma eficiente y coherente para un mejor funcionamiento, viendo el cuerpo desde esta perspectiva como un todo. Llegando así a hablar del sistema, siendo este un constructo integrador que contiene elementos estructurales y funcionales, definido como la suma de lo que se entiende por personalidad.

Finalmente, Millon define la personalidad como “*las características psicológicas más internas, ocultas y menos aparentes del individuo*”. De acuerdo a esto la personalidad se puede ver como un patrón de características psicológicas inconscientes y que son difíciles de modificar, las cuales se expresan en todas las áreas de funcionamiento de cada persona. Dichas características surgen de determinantes biológicos y por medio del aprendizaje.

Por lo tanto, la personalidad emerge de dos procesos según Aparicio (2001): los cuales son: cómo el individuo interactúa con las demandas que su medio ambiente y cómo se relaciona consigo mismo, y a partir de esto, según los fundamentos de Millon (1985), se puede organizar un patrón de personalidad sana y normal o un patrón de personalidad patológico y anormal.

Cuando el individuo presenta la capacidad de enfrentar su medio ambiente de manera flexible y adecuada teniendo percepciones y conductas que favorecen la satisfacción personal, hace referencia a un patrón de personalidad sano y normal, en otro sentido cuando se responde a responsabilidades cotidianas y estilos de familias rígidas o deficientes, añadido a percepciones y conductas características que favorecen un crecimiento de molestia personal o

disminuye las opciones de aprendizaje y desarrollo, se puede decir, que existe un patrón de personalidad patológico (Millon, 1969, 1981a; 1974a; Millon y Davis, 1996)

De acuerdo con lo anterior, Millon plantea unos patrones patológicos de personalidad (Trastornos de Personalidad), que son considerados como desviaciones exageradas y distorsionadas emanadas de una distribución de rasgos normales y saludables y no como una fuerza extraña sobre la personalidad del individuo (Millon y Everly, 1994). Sin embargo, enmarca que los patrones de personalidad no deben considerarse estrictamente desde la concepción de enfermedad, por ello dentro de sus planteamientos identifica los estilos de personalidad para ilustrar los patrones normales de personalidad, los cuales son los retomados dentro de la presente investigación.

Pese a su carácter sutil e indeciso de la distinción entre normalidad y patología, Aparicio (2001), señala la importancia de algunos criterios que facilitan la viabilidad de estas distinciones (Millon, 1969, 1981a).

Por tanto un individuo se puede considerar con un patrón de personalidad normal y saludable cuando (Millon y Everly, 1994):

1. Muestra capacidad para relacionarse en su entorno de una manera flexible y adaptativa.
2. Las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno son fundamentalmente constructivas.
3. Los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo pueden ser considerados como promotores de salud.

Y se puede considerar que posee una personalidad anormal cuando:

1. La persona intenta afrontar las responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas.

2. Las percepciones características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente autofrustrantes.
3. Los patrones de conducta manifiesta del individuo tienen efectos perniciosos para la salud.

De esta manera, los patrones patológicos de personalidad se pueden distinguir de los normales por la flexibilidad de adaptación, la tendencia a crear círculos viciosos y la escasa estabilidad ante situaciones generadoras de estrés. (López, García y Cardona, 2012)

#### **A. Evolución de la teoría**

El desarrollo de la teoría de Millon ha tenido dos fases importantes para la definición de los patrones de personalidad.

En una primera fase se basó predominantemente en la idea de las estrategias de afrontamiento y las fuentes del refuerzo (Millon 1969), y en la segunda fase ha integrado esta idea con las de la teoría de la evolución (Millon 1990). La confluencia de estas dos teorías es uno de los aspectos más originales y distintivos en la obra de Millon.

#### **B. Principios de la teoría de la evolución**

En 1990 Millon integra los principios de la teoría de la evolución donde vincula la estructura conceptual de la personalidad a sus fundamentos en el mundo natural. El objetivo: establecer la aptitud de la teoría evolucionista para simplificar y ordenar rasgos de personalidad que hasta ahora se consideraban diferentes.

Según Millon, cada especie presenta algunos rasgos característicos en su estilo de adaptación o supervivencia. Sin embargo, dentro de cada especie hay diferencias relativas al estilo y al éxito con que los diversos miembros se adaptan a los variados y cambiantes con que se enfrentan. En este nivel básico, el término personalidad podría emplearse para designar “el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro

determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de hábitat o ambientes”.

Concebida de este modo, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes promedio o previsibles. En tal contexto, los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptado atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta.

Durante su vida, un organismo desarrolla un conjunto de rasgos que contribuye a su supervivencia individual y a su éxito reproductivo, los dos componentes esenciales de la adaptación postulados por Darwin. Estos conjuntos llamados adaptaciones o estrategias complejas en la ecología evolucionista pueden conceptualizarse como los equivalentes biológicos de los estilos de personalidad mencionados en la bibliografía sobre salud mental. Las explicaciones biológicas de la estrategia de adaptación desarrollada por un organismo a lo largo de su vida remiten principalmente a variaciones entre los rasgos constitutivos biogenéticos, su estructura de covariación global y la índole y proporción de los recursos ecológicos favorables y desfavorables que han estado disponibles a los fines de aumentar la longevidad y optimizar la reproducción.

Es posible trazar un paralelo entre la evolución filogenética de la composición genética de una especie y el desarrollo ontogenético de las estrategias adaptativas (es decir, del estilo de personalidad) de un organismo individual. En cualquier momento que se considere, una especie poseerá un conjunto limitado de genes que representan posibilidades de rasgos. Al sucederse las generaciones, la distribución de frecuencia de estos genes variará probablemente en sus proporciones relativas, dependiendo del grado de eficacia con que los rasgos que ellos promueven contribuyen a la adaptación de esa especie a sus cambiantes hábitat ecológicos.

Análogamente, los organismos individuales inician su vida con un subconjunto limitado de los genes relacionados con rasgos con que cuenta su especie. Con el tiempo, y a medida que el organismo interactúa con su ambiente, la prominencia de esas posibilidades de rasgos (y no la proporción de genes) se irá diferenciando. El organismo aprende de sus experiencias cuáles de sus rasgos presentan una adecuación óptima a su ecosistema.

En la filogénesis, por lo tanto, cambian las frecuencias reales de los genes durante el proceso adaptativo plurigeneracional, mientras que en la ontogénesis cambia la prominencia o dominancia de los rasgos basados en genes durante el aprendizaje adaptativo. En la vida de una especie y en la de un organismo miembro de esa especie, tienen lugar entonces, procesos evolutivos paralelos.

Lo que se observa en el organismo individual es la transformación de posibilidades latentes en estilos adaptativos manifiestos de percibir, sentir, pensar y actuar. Estos modos característicos de adaptación que se originan en la interacción entre la dotación biológica y la experiencia social incluyen los elementos de lo que se denomina estilos de personalidad, tanto normales como patológicos. En la vida de cada individuo tiene lugar un proceso formativo semejante a las redistribuciones de genes que se producen en una especie durante su historia evolutiva. En esta reformulación se identifican tres polaridades evolutivas como un modelo más abarcativo para explicar el origen y construcción de la personalidad. Las polaridades operan como atractores y organizadores de las experiencias de aprendizaje interpersonal, y concretan la posibilidad evolutiva de que un patrón de personalidad quede fijado.

De este modo, elabora un sistema taxonómico que integra tres de los cuatro principios obtenidos de la teoría de la evolución: *finalidad de la existencia, modo de adaptación y estrategia de replicación*. El cuarto principio sustentado por la teoría evolucionista: *el grado de abstracción*, se integra en su explicación a través de una de las fases evolutivas

del desarrollo, relativa al desarrollo de las habilidades de planificación y autodirección.  
(Bittar, 2008)

### **C. Las dimensiones consideradas para la formulación de la teoría**

- Dimensión Placer-Dolor: El ser humano presenta motivaciones que apuntan hacia acontecimientos que le son atractivos o reforzadores positivos frente a la tendencia a alejarse de los que son aversivos o que refuerzan negativamente.
- Dimensión Actividad-Pasividad: Corresponde al tipo instrumental de obtención de refuerzo, ya sea de forma activa en la cual la persona se muestra alerta, vigilante, persistente, decidida y ambiciosa en cuanto a sus comportamientos intencionales. La forma pasiva en cuanto a la obtención del refuerzo se refiere a aquellos que usan pocas estrategias manipulativas para conseguir sus fines.
- Dimensión Sí mismo-Otros: Considera que las personas se diferencian en función de si encontraban su refuerzo en sí mismos o en los demás, lo que podría ser considerado los patrones dependiente e independiente, o también de forma ambivalente o desvinculada.

### **D. Descripción de escalas del inventario de personalidad de Millon MCMI-II**

#### **Escala 1: esquizoide**

La orientación pasiva – retraída se corresponde con el trastorno de personalidad esquizoide del DSM-III-R. Estos pacientes se distinguen por su carencia de deseo y su 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 también a sus demandas.

#### **Escala 2: fóbica (evitativa)**

La orientación activa - retraída es muy parecida al trastorno de personalidad evitativo del DSM-III-R. Estos pacientes 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. 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 otros. Solo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

### **Escala 3: dependiente (sumisa)**

La orientación derivada teóricamente del patrón pasivo-dependiente, se corresponde con el trastorno de personalidad dependiente del DSM-III-R. Estos individuos 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 consejos. La carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental. Como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer que atenciones y apoyos pueden encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos e otros a fin de mantener su afecto.

### **Escala 4: histriónica.**

La orientación activa-dependiente es equiparable al trastorno histriónico de la personalidad DSM-III-R. Aunque se vuelven hacia los otros igual o mayor medida que lo hacen los pasivos

dependientes, estos individuos parecen ser superficialmente bastante distintos a sus contrapuestos pasivos. Esta diferencia en el estilo manifiesto procede de la superficial y emprendedora manipulación de sucesos en los activo-dependientes, mediante la cual aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Estos pacientes frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminado. Sus comportamientos sociales inteligentes y frecuentemente astutos les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; bajo esta apariencia, sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación. Elogios y afecto debe ser constantemente renovado y los buscan en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

### **Escala 5: narcisista**

La orientación pasivo-independiente es paralela al trastorno de personalidad narcisista del DSM-III-R. Estos individuos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas; esto es, podría no estar confirmado por aspiraciones verdaderas o maduras. No obstante, presumen alegremente de que los demás reconocerán sus particularidades. A partir de aquí mantienen un aire de autoconfianza arrogante y, aun sin intención o propósito conscientes, explotan a los demás a su atajo. Aunque loselogios de otros sean tanto de ánimo como de bienvenida, su aire esnob y de presuntuosa superioridad exigen poca confirmación para el logro de la aprobación social de cada pensamiento sincero. Su sublime confianza de que las cosas saldrán bien les proporciona pocos incentivos para comprometerse en el continuo *tira y afloja* de la vida social.

### **Escala 6A: antisocial**

La orientación activa-independiente es parecida al temperamento y comportamientos socialmente inaceptables del trastorno de personalidad antisocial del DSM-III-R. Estos individuos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de unos mismos. Su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa, ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas, al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

### **Escala 6B: agresivo-sádico**

La orientación activo-discordante extiende los límites del DSM-III-R en una nueva e importante dirección, detectando individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Dependiendo de la clase social y de otros factores moderadores, pueden igualar los aspectos clínicos de lo que se conoce en la literatura como carácter sádico o, por otra parte, la exhibición de un estilo de carácter parecido al esfuerzo competitivo de la personalidad tipo A. Llamados personalidades agresivas en la teoría del autor son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque muchos recubran sus tendencias más dominadoras y maléficas mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

### **Escala 7: compulsiva**

La orientación pasiva-ambivalente coincide con el trastorno de personalidad compulsivo del DSM-III-R. Estos individuos 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 desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento sino también sobre aceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Sus disciplinas auto restricciones sirven para el intenso control, aunque oculto de sentimientos opuestos, resultando en una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. Detrás de este frente de decoro y restricción, sin embargo, aparece el enfado intenso y sentimientos opositores que ocasionalmente emergen si falla los controles.

### **Escala 8A: pasivo-agresivo.**

La orientación activa-ambivalente se aproxima al trastorno de personalidad pasivo-agresivo del DSM-III-R, aunque es más extenso en el número y la diversidad de características que comprende. Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos padecidos a los del pasivo-ambivalente (compulsivo); sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

### **Escala 8B: autodestructiva (masoquista)**

La orientación pasivo-discordante corresponde a la nueva propuesta del DSM-III-R, el trastorno de personalidad autodestructivo (masoquista), un tipo de carácter bien descrito en la literatura clínica. Relacionándose con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Centrándonos en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

En la teoría se formulan tres propuestas adicionales de personalidad patológica para representar problemas estructurales graves y procesos disfuncionales. Difieren de las 10 primeras configuraciones en varios criterios, sobre todo, por su déficit en la competencia social y frecuentes (aunque fácilmente reversibles) episodios psicóticos. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el punto de vista de la organización de la personalidad y menos efectivos en el afrontamiento que los 10 tipos más leves. Se resumen a continuación sus aspectos importantes y similitudes con los trastornos de personalidad del DSM-III-R.

### **Escala S: Esquizotípica**

El trastorno de personalidad esquizotípico del DSM-III-R representa un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal. Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Inclinados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen

ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes. Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien una cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

### **Escala C: Límite (Borderline)**

En el trastorno de personalidad límite del DSM-III-R con frecuencia subyacen contenidos teóricos de las pautas dependiente, discordante, independiente y ambivalente. Cada una de estas personalidades límite tienen fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que los distingue más claramente de los otros dos patrones graves, el Esquizotípico y el Paranoide, es la disregulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiper preocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

### **Escala P: Paranoide**

El trastorno de personalidad paranoide del DSM-III-R equipara más claramente aspectos de tres de los tipos que describe la teoría; primeramente la pauta independiente, aunque también, de alcance algo menor, la discordante y la ambivalente. Estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y a las influencias

externas, mientras que los otros dos patrones graves se caracterizan bien por la inestabilidad de sus afectos (Límite) o por la disregulación de sus pensamientos (Esquizotípico). Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

En contraste con los trastornos de personalidad (Eje II), los síndromes clínicos que comprenden el Eje I se explican mejor como una extensión o distorsión de los patrones básicos de personalidad. Estos síndromes tienden a ser estados relativamente breves o transitorios, aumentando y disminuyendo en el tiempo en función del impacto de las situaciones estresantes. Se trata de caricaturas o acentuaciones del estilo básico de personalidad. Toman solamente significado e importancia dentro del contexto de la personalidad del paciente y deberían evaluarse en referencia a ese modelo. A pesar de que se observe que seguramente los trastornos se dan más frecuentemente en conjunción con estilos particulares de personalidad, cada estado sintomático se puede dar con distintos patrones. Por ejemplo, la depresión neurótica o distimia (Escala "D"), se da más frecuentemente entre personalidades evitativas, dependientes y autodestructivas; la dependencia del alcohol (Escala "B") se encuentra usualmente entre patrones histriónicos y antisociales.

Dado que pueden darse distintas covariaciones entre los síndromes del Eje I y los estilos de personalidad del Eje II, es crucial construir un modelo en el cual estas interrelaciones puedan especificarse claramente. Aunque los síndromes y las personalidades se evalúen independientemente, cada síndrome debería ser coordinado con el patrón específico de personalidad con el que se relaciona. La mayoría de los síndromes clínicos descritos en esta sección son de tipo reactivo, es decir, de menor duración que los trastornos de la personalidad. Representan comúnmente estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta claramente. Muchos de estos síntomas son causados por sucesos externos y aparecen de golpe, frecuentemente acentuando o intensificando los aspectos más prosaicos del estilo

básico de personalidad o premórbido. Durante períodos de patología activa, no es infrecuente en los distintos síntomas covariar al mismo tiempo y cambiar a través del tiempo en sus grados de gravedad. Las escalas "A", "H", "N", "D", "B" y "T" representan trastornos de gravedad moderada; las escalas "SS", "CC" y "PP" reflejan trastornos de gravedad acentuada.

### **Escala A: Ansiedad**

Estos pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. Una revisión de los ítems específicos de la escala ayudará a determinar si el paciente es fóbico y, más específicamente, de una variedad "simple" o "social". Sin embargo, la mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos -por ejemplo, las manos sudorosas o los trastornos estomacales- son también característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

### **Escala H: Histeriforme (tipo somatoforme)**

Aquí encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo. Algunos muestran evidencia de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa o exagerada. Otros tienen una historia que puede ser mejor considerada como hipocondríaca, ya que interpretan las sensaciones o

malestares físicos menores como si se tratase de un achaque serio. Si están presentes de forma objetiva verdaderas enfermedades, tienden a magnificarse a pesar de los informe médicos tranquilizadores. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

### **Escala N: Hipomanía**

Estos pacientes evidencian períodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad y distraibilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad. También muestran un entusiasmo no selectivo; excesiva planificación para metas poco realistas; una invasión, incluso tiranizando y demandando más calidad en las relaciones interpersonales; disminución de las necesidades de sueño; fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles del estado de ánimo. Las puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo ilusiones o alucinaciones.

### **Escala D: Neurosis depresiva (Distimia)**

Las puntuaciones altas implican que aunque no aparezca en la vida cotidiana del paciente, se ha visto afectado por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los períodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida. A menos que la escala "CC" (Depresión mayor) se eleve también notablemente, hay pocas probabilidades de que se evidencien aspectos de depresión psicótica. El examen detallado de los ítems específicos que comprenden las puntuaciones altas del paciente debería permitir a los clínicos discernir los

aspectos particulares del estado de ánimo depresivo (por ejemplo, desesperanza o baja autoestima).

### **Escala B: Abuso del alcohol**

Las puntuaciones altas del paciente probablemente indican una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. Lo importante en esta escala y la siguiente (Abuso de las drogas) es la oportunidad de situar el problema dentro del contexto del estilo de personalidad total de afrontamiento y de funcionamiento del paciente.

### **Escala T: Abuso de las drogas**

Es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. Esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles, como la escala de Abuso del alcohol, y puede ser útil para identificar sujetos con problemas de abuso de las drogas que no están dispuestos a admitir su problema.

### **Escala SS: Pensamiento psicótico**

Estos pacientes se clasifican de forma habitual como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo 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 estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante.

### **Escala CC: Depresión mayor**

Estos pacientes son habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este periodo -son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable, quejumbroso y lacrimógeno.

### **Escala PP: Trastorno delirante**

Estos pacientes, con frecuencia considerados paranoides agudos, pueden llegar a ser ocasionalmente beligerantes, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. Dependiendo de la constelación de otros síndromes concurrentes, puede haber claros signos de trastornos del pensamiento e ideas de referencia. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados. Son típicamente concomitantes una tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante la posible traición.

## **E. ¿Qué obtenemos a través de la aplicación del MCMI-II?**

1. El eje I de forma clara y específica.

2. Una riqueza de clasificación a través del diagnóstico de cada trastorno de personalidad y sus variantes según la combinación de los mismos que existe en una persona. A modo de ejemplo si tomamos el trastorno de personalidad paranoide, plantea las siguientes variantes:

- Maligno que presenta además rasgos depresivos.
- Obstinado, presenta además rasgos compulsivos.
- Querulante, presenta características negativistas
- Insular, presenta además rasgos evitativos.
- Fanático, presenta rasgos narcisistas

En cada una de dichas variantes se plantean características específicas para cada una. De ellas y así con cada uno de los trastornos.

3. No solo sirve su aplicación cuando existe trastorno de personalidad, sino también cuando hay rasgos y aún así cuando existen solo características, ya que al tomarlas en cuenta vemos lo siguiente: si bien un paciente puede consultar por depresión, no es lo mismo tratar una depresión en una persona que tiene características obsesivas, que otra con características narcisistas. Si bien la estrategia terapéutica en esencia es la misma, ésta cambia en cuanto a las tareas a realizar y las cogniciones a modificar de dicho paciente.
4. Otro aporte del MCMI-II es que permite un análisis más exhaustivo en los casos más difíciles, que son aquellos que tienen un trastorno de personalidad combinado y da datos de la gravedad del mismo, evaluándolos en leve, moderado y severo.

### **3. ADICCIONES**

#### **3.1. DEFINICIÓN**

Valleur y Matysiak (2005), definen adicción: como a toda persona cuya vida está focalizada hacia la búsqueda de los efectos producidos sobre el cuerpo y espíritu por una sustancia tóxica o una conducta bajo riesgo de padecer un intenso malestar físico y psicológico. Así se puede hablar de adicción, a partir del momento en que una conducta se manifiesta en la vida del sujeto hasta el punto de impedirle vivir. La adicción se convierte en el eje y centro de la vida del sujeto, razón por la cual la persona adicta no vive más que por y para el objeto de dependencia.

Cugota (2008), afirma que: una adicción es una conducta adictiva a un comportamiento concreto. En principio, en este tipo de trastorno la persona no toma ninguna sustancia tóxica, sino que está enganchada a una conducta que se manifiesta con unas características determinadas. Pero una conducta adictiva no sólo se caracteriza por la frecuencia, intensidad o tiempo invertido, sino más bien por el grado de interferencia en las relaciones familiares, estudiantiles, laborales y sociales de la persona afectada. Un individuo adicto al juego, teléfono o a internet se aísla de todos los demás.

El término adicción se asociaba anteriormente solo al abuso de sustancias, drogas, y por tanto equivalía a drogodependencia o toxicomanía. Pero las cosas han cambiado mucho y en poco tiempo; hoy en día el concepto de adicción se refiere tanto a una sustancia tóxica que afecta al organismo (una droga), como a la adicción a una conducta que altera de manera radical la vida de la persona afectada. Ambos tipos de adicción, tanto la adicción a sustancias como las conductas adictivas, se incluyen bajo el concepto genérico de lo que llamamos trastorno adictivo.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] Institución de la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1957), define adicción como el estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar y consumir por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

En 1964, un comité de expertos de la OMS introdujo el término “dependencia” para sustituir a los de adicción y habituación. Por regla general, el término puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta (p. ej., dependencia del alcohol, dependencia de opiáceos). Pese a que en la CIE-10 se describe la dependencia de manera que puede aplicarse a todas las clases de drogas, existen diferencias en los síntomas de dependencia característicos de cada sustancia concreta.

Dependencia: En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal”. (Glosario de términos, OMS, 2008).

Según el DSM-IV, la dependencia se define como “un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10, en el cual el termino dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este

término se intercambia a menudo con el de adicción y alcoholismo.

Horvath (2002), explica que adicción proviene de una raíz latina que significa asignar o rendirse.

Las adicciones se desarrollan a sustancias o actividades que tienen un fuerte dominio sobre las emociones. Las sustancias que influyen en las emociones por medio de acciones fisiológicas (físicas) se llaman psicoactivas. Pero aun así las sustancias que no son “psicoactivas fisiológicamente” podrían convertirse en tales por conductas repetitivas y aprendidas.

Si la adicción es el resultado de una relación, entonces no hay una única sustancia o actividad que sea la más adictiva, aunque para una persona en particular puede haber una relación más adictiva lo que se denomina como la droga preferida; la razón por la cual esta droga o actividad es la preferida se debe sin duda a componentes biológicos, historial personal, antecedentes familiares, carácter y actos circunstanciales.

Silva (2001), expone que: las adicciones aparecen desde el punto de vista psicológico como un conflicto, una lucha en el interior del individuo entre un impulso de consumir y un control; mucho se podría decir de las características de este impulso y varias serían las discusiones y planteos sobre los mecanismos de creación, instalación, mantenimiento y funcionamiento de los mismos.

Cualquier individuo que sufra de una adicción como tal, se ve atrapado por una falta de control de impulsos originado por la compulsión de realizar una actividad o ingerir una sustancia. Compulsión es un impulso difícil de reprimir que se traduce en un acto difícil de controlar a pesar de que las consecuencias sean evidentes y conocidas.

Es un acto o conducta que aporta un placer, un bienestar inmediato, o en etapa posteriores, que tiene la capacidad de calmar un malestar (muchas veces provocado por la propia ausencia del objeto o sustancia) también de manera inmediata.

Una de las manifestaciones clínicas de la compulsión es la pérdida de control manifestada por la incapacidad de abstenerse o detenerse aún al conocer el individuo las consecuencias negativas en los más variados aspectos de la vida: biológico, psicológico, laboral y social. El imperativo, manifestado como deseo incontrolable es consumir y la libertad se compromete, desaparece.

### **3.2. CONDUCTA ADICTIVA**

Cugota (2008), define que: Una conducta adictiva es un trastorno de dependencia de una actividad habitual, por lo general placentera y socialmente aceptada, pero que en un determinado momento se convierte en una obsesión.

Una conducta se transforma en conducta anormal cuando la persona afectada ha perdido el control sobre la misma y cuando interfiere del todo en las relaciones laborales o estudiantiles, familiares y sociales. Este grado de interferencia en la vida de la persona implicada es más determinante que la intensidad, frecuencia o la cantidad de tiempo invertida en dicha conducta.

Una conducta adictiva, no siempre es fácil detectarla. No es que la conducta sea perjudicial en sí misma, sino que es nociva la relación que la persona afectada establece con ese comportamiento.

Cualquier persona está expuesta a caer en una adicción, sin embargo los jóvenes son más vulnerables a caer en esta y generar una conducta adictiva, que es una etapa de gran riesgo en las adicciones, ya que a los adolescentes les es más difícil controlar impulsos y estímulos,

tienen una menor tolerancia a la frustración, soportan menos la presión de la publicidad y sienten la necesidad de hacer lo que hace todo mundo. Pero evidentemente, ni todos los adolescentes son iguales, ni todas las circunstancias se dan al mismo tiempo ni con la misma intensidad.

Echeborua (2008), explica que la conducta adictiva se mantiene, porque el sujeto está más interesado en el beneficio y placer que obtendrá, que en el costo de las consecuencias. Una característica muy marcada en los trastornos adictivos es la negación de la enfermedad. Las personas tienden a negar la dependencia de la conducta adictiva, a pensar que los familiares, amigos y personas que le rodean exageran en cuanto a los comentarios y preocupación respecto al tema.

### **3.3 SÍNTOMAS**

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (2005) referido por Goodman indica que: entre los síntomas que manifiestan las personas cuando están en una adicción están los siguientes:

- Imposibilidad de resistir los impulsos de realizar este tipo de conducta
- Sensación creciente de tensión que precede inmediatamente el inicio de conducta
- Placer o alivio mediante su duración
- Sensación de pérdida de control durante la conducta

Menciona que deben existir al menos cinco de los siguientes criterios para el diagnóstico de adicción:

- Preocupación frecuente respecto a la conducta o a su preparación.
- Intensidad y duración de los episodios más importantes que los buscados al principio.
- Intentos repetidos de reducir, controlar o abandonar la conducta.

- Gran cantidad de tiempo consagrado a preparar los episodios, a realizarlos o recuperarse de ellos.
- Aparición frecuente de los episodios cada vez que el sujeto debe realizar obligaciones profesionales, escolares, familiares o sociales.
- Principia actividades sociales, profesionales o recreativas sacrificadas a causa de la conducta
- Perpetuación de la conducta a pesar de que el sujeto sepa que esta causa o agrava un problema persistente o recurrente de orden social, económico psicológico o físico.
- Tolerancia significativa: necesidad de aumentar la intensidad o la frecuencia para obtener el efecto deseado o disminución del efecto producido por una conducta de la misma intensidad.
- Agitación o irritabilidad en caso de imposibilidad de librarse de la conducta.
- Algunos de estos síntomas pueden durar más de un mes y se repiten durante un período extenso, los criterios son una combinación del manual DSM-IV y el primer manual Adicción sin droga.

Valleur y Matysiak (2005), indican que una persona ha caído en una adicción o en una conducta adictiva si se detectan las siguientes señales o síntomas de alerta:

- Falta de firmeza para alejarse de una conducta conflictiva y de no controlarla lo suficiente.
- Desatención de las tareas habituales y las relaciones sociales y de ocio.
- Bajo rendimiento escolar o laboral (por cansancio o falta de concentración).
- Mal humor y agresividad cuando no se puede realizar la conducta conflictiva.
- Cambios en el aspecto físico, las rutinas diarias y la economía personal.

### **3.4.CARACTERÍSTICAS DE LA ADICCIÓN**

Valleur y Matysiak (2005), indican que: la tolerancia es un trastorno adictivo, ya sea la adicción a una sustancia o a una conducta adictiva. La tolerancia es un fenómeno muy característico junto con la dependencia y el síndrome de abstinencia.

Se puede definir tolerancia como la adaptación del organismo a la administración repetitiva de una droga o la reiteración persistente de una conducta. Con el tiempo la respuesta del organismo es cada vez menor y la persona adicta necesita aumentar la dosis o el tiempo dedicado a una actividad para obtener los efectos deseados. Cada trastorno adictivo posee un determinado grado de tolerancia.

Dependencia: Es la situación, en donde el individuo se ve en la necesidad fisiológica y psicológica de obtener y realizar la conducta adictiva o de administrarse la sustancia tóxica a la que se es adicta. Es un fenómeno común a todos los trastornos adictivos, aunque su intensidad varía según la droga o la práctica de la conducta, este conjunto de alteraciones y sufrimientos ante no tener lo que se desea consistentemente se llama síndrome de abstinencia.

El DSM-IV (2005), afirma que: la característica esencial de la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia o realizando la conducta.

Síndrome de abstinencia es el conjunto de trastornos y sensaciones negativas que padece una persona dependiente cuando deja de consumir una sustancia tóxica o deja de realizar una conducta a la que estaba acostumbrada. Son síntomas tanto físicos, en los que se ven afectados la mayoría de órganos internos, como psicológicos, que se manifiestan a través de las alteraciones de comportamiento. La gravedad del síndrome de abstinencia varía según el tipo de droga, la duración de la adicción, el entorno social y las características individuales de la persona.

El DSM-IV explica que: abstinencia es la presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado en grandes cantidades.

El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Echeborua (2008), indica que: la abstinencia es el comportamiento fundamental de todas las adicciones, sean químicas o sin drogas. Las características o síntomas comunes de un síndrome de abstinencia son las siguientes:

- Impulso intenso para realizar una conducta que trae consigo consecuencias perjudiciales para la persona que la ejecuta.
- Tensión creciente (humor depresivo, irritabilidad, deterioro de la concentración, trastornos del sueño entre otros) hasta que la conducta es llevada a cabo.
- Desaparición temporal de la tensión.
- Vuelta gradual del impulso con mayor fuerza, que está asociada a la presencia de estímulos internos (tensión emocional, aburrimiento, recuerdos del placer experimentado en ocasiones anteriores) o externos (el sonido de un teléfono móvil en el caso de una adicción al teléfono o la visión de un ordenador en el caso de un adicto a internet).
- Condicionamiento secundario a dichos estímulos internos y externos.

### **3.5. EL ADICTO**

Desde la perspectiva de Goti (1997) existirían rasgos comunes en todos los drogadictos:

“¿Cómo se presenta el drogadicto en una comunidad terapéutica? Viene huyendo, sucio, desaliñado, culpabilizado, golpeado, cansado. Ya ha pasado por varios tratamientos, clínicas, hospitales de día. En todos ellos fracasó (...) se siente inútil y fracasado. No terminó nada de lo que emprendió. Su autovaloración es nula: fracasos escolares, laborales, peleas familiares, choques con la autoridad, con la ley...”

Nótese el énfasis en la noción de “fracaso”, se trataría de personas que han fracasado en todos los proyectos que han emprendido en sus vidas. Alude a sujetos con un sentimiento de inutilidad, que no se valoran a sí mismos, se sienten culpables y están cansados de la vida que llevan. Es así como la autora concibe al adicto, a todo adicto que recurre a una comunidad para tratarse.

Como se planteó en el capítulo anterior, De León (2000) propone que los pacientes drogodependientes presentan una serie de déficits a nivel cognitivo: falta de conciencia explícita en la incapacidad para evaluar las consecuencias de sus actos, falta de juicio manifiesta en un insuficiente control de impulsos y la incapacidad para postergar la gratificación, falta de introspección evidente en la desconexión ideoafectiva, falta de habilidades cognitivas, educativas o laborales, y una pobre evaluación de la realidad, que tiene que ver con la distorsión en la percepción de sí mismos, de los demás y de las circunstancias que los rodean, distorsión que buscaría adaptar la realidad a sus propios deseos e intereses.

Se asume que las personas que consumen drogas tienen una autoestima disminuida ya sea por el consumo de drogas y el daño generado a partir de éste, o bien como un estado previo que los predispuso a consumir drogas como un paliativo.

Tendrían una identidad negativa como consecuencia de su historia de consumo de drogas y también a raíz de una infancia problemática. También se les atribuye una importante intolerancia a la incomodidad, sentimientos de frustración, ira y hostilidad, disforia o indolencia, dificultad para manejar sus emociones y una tendencia al aburrimiento. (Soto, 2011).

### **3.6. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS Y SUS EFECTOS**

Es necesario distinguir su clasificación para determinar su incidencia y riesgos en la salud física y mental de quienes la consumen, en especial al grupo de niños y niñas que es la población más vulnerable y que por su grado de desarrollo psicoevolutivo no alcanza a distinguir los riesgos.

Existen en el mundo muchísimas drogas que están en uso hoy en día haciendo prácticamente imposible elaborar una lista completa de todas ellas, pues hay drogas en todas partes y casi todas las cosas que tienen químicos pueden convertirse en cierta clase de drogas que producen varias alteraciones. Por esta razón, la Comisión de Expertos de la Organización Mundial de la Salud las ha agrupado en las siguientes categorías en las cuales se equiparan los efectos producidos con patrones conductuales observados, sin embargo, hay que destacar que dentro de esta clasificación a su vez hay dos tipos de drogas: las legales y las ilegales. Entre las primeras se encuentran las bebidas alcohólicas, los cigarrillos y los medicamentos psicotrópicos como son los tranquilizantes y estimulantes que sirven para corregir desequilibrios, proteger de enfermedades y aliviar el dolor y tensión en tanto que las drogas ilegales son la marihuana, mescalina, cocaína, heroína. LSD, etc.

A pesar de que esta clasificación de las drogas por grupos es útil, con frecuencia los consumidores no encajan totalmente dentro de cada categoría. Muchos de ellos emplean

diferentes drogas lo cual depende de los factores como disponibilidad, precio, deseo de sentir los efectos interactivos de múltiples drogas entre otros.

## **A. Drogas Depresoras**

Son sustancias químicas que disminuyen la actividad de una función corporal. Se utiliza en fármacos que reducen la actividad del sistema nervioso central. Estos agentes, a dosis bajas, producen sedación o adormecimiento y disminuyen la ansiedad. Por esta razón los fármacos depresores se utilizan en medicina para tratar el insomnio, la ansiedad y el dolor. En dosis elevadas, los fármacos depresores producen un coma o la muerte.

Las drogas que están en este grupo son: las bebidas alcohólicas, el cigarrillo y los opiáceos como la morfina, heroína, codeína y metadona.

### **a. El alcohol**

La cultura occidental ha convertido la elaboración de las bebidas alcohólicas en un arte diverso y sofisticado. El alcohol es un líquido incoloro de sabor picante y ardiente compuesto de alcohol etílico. Es un ingrediente tóxico que se encuentra en bebidas como cerveza, vino, whisky, etc.

El alcohol tiene el poder de relajación para hacer frente a la ansiedad. Una de las razones de la popularidad del alcohol son sus efectos en el sistema nervioso central. En dosis pequeñas o moderadas es estimulante; vivifica las reuniones sociales, el introvertido se vuelve extrovertido y las personas tienden a ser más dueñas de sí mismas aunque a veces llegan a la agresividad.

El efecto estimulante del alcohol es resultado de la pérdida de las inhibiciones por parte del sujeto. Las angustias y temores que a veces oprimen la conducta tienden a disiparse de tal forma que a la persona con algunas copas probablemente importen poco las consecuencias

desagradables. Los resultados de varios experimentos han llegado a determinar que hay una relación aproximada entre los niveles de alcohol en la sangre y los diversos efectos en los mecanismos y tareas psicomotoras. A niveles de 50 mg de alcohol en la sangre, las personas tienden a estar relajadas y desinhibidas en tanto que con dosis de 80 mg comienzan a disminuir los reflejos necesarios para conducir un vehículo y con 100mg de alcohol en la sangre casi todas las personas se vuelven muy torpes y lábiles emocionalmente.

También se sabe que a pesar de que el alcohol suele consumirse para obtener efectos desinhibitorios existen otros muchos factores que influyen en grado importante en la ingestión de licores, incluidas la imitación social, la aprobación de los demás, el precio y la facilidad de obtención.

Esta droga crea tolerancia y dependencia física y hace que el individuo consuma un volumen mayor de licor pues necesita una dosis mayor para obtener el mismo efecto y sufre el síndrome de dependencia de alcohol por lo que percibe una compulsión de beber de tal forma que la ingestión de alcohol tiene prioridad por encima de otras actividades y la bebida asume mayor importancia que la familia, el trabajo y la salud. El alcoholismo es una enfermedad, es el deterioro del estado de salud que se manifiesta en la ingestión incontrolable de bebidas alcohólicas.

El abuso del alcohol produce numerosas complicaciones físicas como gastritis, úlcera de estómago, cirrosis hepática, inflamación del páncreas y daños del músculo cardiaco. Son frecuentes las lesiones cerebrales con grave deterioro de la memoria.

Los trastornos psíquicos incluyen depresión grave con marcado sentimiento de culpabilidad que a veces acaba en suicidio, agresividad, crisis coléricas y deterioro de las funciones intelectuales.

### **b. El Cigarrillo**

Proviene de la elaboración de diversas especies de plantas originarias de América la más importante de las cuales es la Nicotina tabacum de la familia de las solanáceas. Según la Organización Mundial de la Salud, el cigarrillo crea una dependencia psíquica fuerte y una dependencia física leve. Se acepta según esto, que es la forma más extendida de dependencia de una droga.

Los efectos nocivos son causados por los componentes del humo del tabaco, que son la nicotina, el monóxido de carbono, las sustancias irritantes y los distintos componentes cancerígenos el principal de los cuales es el alquitrán.

Entre otras enfermedades inducidas por el cigarrillo son la inflamación e irritación de las vías respiratorias, formación de tejido precanceroso en los bronquios y los pulmones que puede derivar en cáncer bronco pulmonar, bronquitis crónica y enfisema pulmonar, cáncer de lengua, de mucosas y de suelo de la boca, úlceras gástricas y gastritis.

La mezcla del monóxido de carbono con la hemoglobina de la sangre disminuye la capacidad de ésta para transportar oxígeno a los diferentes tejidos del cuerpo debido a lo cual provoca trastornos de tipo nervioso y circulatorio.

Entre los efectos psicológicos se presenta ansiedad y nerviosismo permanentes, depresión, dificultades para concentrarse, alteración del sueño.

### **c. Los Opiáceos:**

La categoría de los opiáceos incluye a los derivados del opio, como la morfina, la heroína y los sustitutos sintéticos, como la metadona. Los opiáceos en particular pueden paralizar el centro respiratorio hasta causar la muerte.

El opio es el jugo lechoso o látex desecado obtenido por incisiones de las cápsulas inmaduras (frutos) de la planta denominada adormidera o amapola. Hoy el opio se vende en la calle en forma de un polvo o un sólido marrón (café) oscuro, y se fuma, ingiere, o inyecta.

Cuando se van aislando los componentes del opio se obtiene otras drogas como:

- **La Heroína**

Llamada así por sus cualidades “heroicas” ya que adormece todo sentimiento de temor, constituye probablemente la droga que provoca mayor adicción ya que su efecto suele ser más fuerte que todos los opiáceos. A quien consume le fascina el ritual de la aguja y su papel social de irresponsable y la mayoría de las causas de muerte son por las condiciones antihigiénicas en que vive más que por la misma droga. Provoca sueño, no produce euforia como sucede con otras drogas. Produce trastornos cardíacos y pulmonares cuando provienen más que nada de la debilidad física por una deficiente alimentación. Los consumidores refieren que la heroína produce un estado de embriaguez casi instantáneo tras su consumo.

- **La Morfina**

Después de la heroína es el narcótico más utilizado ilegalmente con efectos ligeramente menores a los de la heroína, desarrolla rápidamente adicción. Se la encuentra en forma de píldoras blancas, polvo o líquido incoloro.

Al ser un gran depresor del sistema nervioso central su sobredosis puede producir la muerte por paro o coma respiratorio o en caso desintoxicación grave o aguda, miosis o contracción de la pupila, depresión, espasmos gastrointestinales, shock, vómitos y disminución de la agudeza sensorial.

- **La Codeína**

Es un derivado del opio, sustancia sólida blanca, cristalina, poco soluble en agua y en disolventes orgánicos. La codeína, que se considera en cuanto a su composición química un éter metilo de la morfina, tiene efectos farmacológicos similares pero más atenuados debido a que crea menos dependencia. Se utiliza para reducir el dolor y aliviar la tos pero es capaz de producir convulsiones sobre todo en niños pequeños. Se utiliza como un componente de los jarabes para la tos.

- **La Metadona**

Es la droga que se utiliza para el tratamiento y desintoxicación de los heroinómanos pero también produce adicción.

La recuperación completa de la adicción a los opiáceos requiere años de rehabilitación social y psicológica.

## **B. Drogas Hipnótico Sedantes**

El sueño es un reposo periódico reparador y necesario para el organismo; se distingue del coma o la narcosis porque en él se provoca fácilmente el despertar mediante estímulos sensoriales o sensitivos. Durante el sueño existe depresión del tono muscular, de la actividad motora, de los reflejos cutáneos, de las emociones produciéndose un estado de conciencia reversible. Su uso en dosis pequeñas se administra como sedante o inductores del sueño y en algunos casos se usan como relajantes musculares.

Son sedantes que inducen el sueño y que se prescribe en ciertas formas de insomnio. Los somníferos, farmacológicamente se llaman hipnóticos y agrupan productos de distintos tipos. Entre las drogas hipnóticas sedantes están los barbitúricos y los tranquilizantes

### **a. Barbitúricos**

Son los hipnóticos más empleados habiendo desplazado a casi todos los otros grupos por ser muy eficaces y ofrecer pocas reacciones adversas.

Puede provocar lesiones en el hígado o los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio.

### **b. Tranquilizantes**

Se trata de sustancias utilizadas para tratar la depresión, manías y psicosis. Muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias. Entre sus efectos producen un estado de indiferencia emocional sin alterar la percepción ni las funciones intelectuales. Son sumamente tóxicos, poseen efectos secundarios tales como parkinsonismo, destrucción de células de la sangre, arritmia cardiaca, anemia, retención urinaria, estreñimiento, congestión nasal, atrofia testicular.

## **C. Drogas Estimulantes**

Desde el punto de vista de su aplicación terapéutica este grupo de drogas sirven para estimular el sistema nervioso central pero se usan únicamente en casos de emergencia por ejemplo cuando hay depresión central aguda.

Los estimulantes poseen por lo general otros efectos colaterales que limitan su uso, por ejemplo la cafeína estimula el corazón y dilata sus vasos. Producen estimulación sobre las funciones psíquicas con cierto aumento de rendimiento en el trabajo intelectual o interés hacia las tareas.

- Entre las drogas estimulantes están las anfetaminas y la cocaína.

### **a. Anfetaminas**

Se usaron médicaamente en 1935 para el tratamiento de la enfermedad del sueño” 10 pero en la actualidad el abuso de esta droga presenta entre otros efectos físicos insomnio, inanición, dependencia, excitación del sistema nervioso central, anorexia, nerviosismo, hipertensión arterial

Uno de los efectos desagradables que producen las anfetaminas se debe a la forma en que incrementan la energía y una euforia casi instantánea que dura pocas horas para luego aparecer la depresión y cansancio.

Entre los efectos psicológicos presenta psicosis tóxica, confusión mental, psicosis parecida a la esquizofrenia paranoide.

### **b. Cocaína**

La cocaína, un polvo blanco y cristalino de sabor ligeramente amargo, se extrae de las hojas del arbusto de la coca. Es una droga que causa dependencia psíquica. En el sistema nervioso central actúa como estimulante produciendo inquietud, temblor y luego convulsiones epileptiformes que son seguidos de depresión y en parte de agotamiento de los centros nerviosos. Produce acciones estimulantes desde la corteza cerebral hasta la médula espinal, las pequeñas dosis actúan produciendo estimulación psíquica con aumento de la capacidad de trabajo, se produce excitación incluso sexual, euforia., locuacidad, inquietud.

El crack es un tipo de cocaína sintética muy adictiva que surgió en la década de los años ochenta.

## **D. Drogas Alucinógenas**

Son fármacos que provocan alteraciones psíquicas que afectan a la percepción. Pueden destacarse dos grandes grupos: aquellas cuyo efecto es más breve y menos profundo como los derivados del cáñamo y drogas de menor potencia con cuyas flores y hojas se elaboran las drogas como el hachís, marihuana y el éxtasis y las de mayor potencia como el LSD y la mescalina. Entre las drogas alucinógenas están la marihuana y achís, LSD, mescalina.

### **a. Marihuana y achís**

Se encuentra en la planta cannabis sativa en cuyas hojas, flores y tallos se encuentra la sustancia que sirve para extraer la droga la cual se fuma o se mastica. En la antigüedad tenía uso medicinal en especial para aliviar el dolor durante intervenciones quirúrgicas. El achís es la resina concentrada.

Sus efectos se hacen sentir después de quince minutos de inhalar el humo del cigarrillo y dura entre tres a cuatro horas. Comprende cierta pérdida de coordinación de las extremidades, aumenta el pulso, produce una disminución anormal de la temperatura del cuerpo, una sensación de hambre insaciable y la inflamación de las membranas mucosas y bronquios, aumento de la percepción sensorial y sensación de placer.

Los efectos psicológicos exaltan la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la realidad, provoca pérdida del sentido del espacio y de la coordinación y a menudo provoca hilaridad incontrolable. Los signos físicos son escasos y de poca importancia comparados con los psíquicos. Los efectos negativos incluyen confusión, ataques de ansiedad, miedo, sensación de desamparo y pérdida de autocontrol.

La marihuana y el hachís no producen dependencia psicológica. No obstante, su uso puede ser peligroso, sobre todo si se consume bajo sus efectos. Aunque se desconocen los efectos a

largo plazo, es muy probable que la marihuana sea nociva para los pulmones de la misma manera que lo es el tabaco. El consumo de estas sustancias por parte de los niños y adolescentes es preocupante, ya que la intoxicación altera el pensamiento e interfiere con el aprendizaje.

**b. Éxtasis**

Produce en el consumidor una intensa sensación de bienestar, de afecto hacia las personas de su entorno, de aumento de energía, y en ocasiones, alucinaciones. Los efectos adversos que provoca su consumo incluyen sensación de malestar general, pérdida de control sobre uno mismo, deshidratación, pérdida de peso y pérdida de memoria. Se han comunicado casos de muerte relacionados con el consumo incontrolado de éxtasis y otras drogas relacionadas.

Otras drogas que pertenecen al mismo grupo pero son poco conocidas aún está el teonanacatl un hongo mejicano que crece sobre excrementos de vaca, el caapi, enredadera del Amazonas y la bufotenina que es la secreción venenosa de la piel de ciertos sapos.

**c. Dietilamida del ácido lisérgico LSD**

El LSD induce alteraciones transitorias del pensamiento, del tipo de una sensación de omnipotencia o un estado de paranoia agudo. Se producen reacciones a largo plazo como psicosis persistente, depresión prolongada, o alteración del juicio, aunque no se ha podido establecer si éstas son resultado directo de su consumo. Respecto a sus efectos físicos, el LSD puede producir lesiones cromosómicas de las células de la serie blanca de la sangre; sin embargo no existe una evidencia firme de que origine defectos genéticos en los hijos de los consumidores. El LSD no produce dependencia física pero indudablemente es la sustancia más poderosa que se conoce para provocar efectos psíquicos, deforma la realidad y las alucinaciones conducen hasta el suicidio y al crimen. Produce daños irreversibles en el cerebro.

## **E. Drogas Inhalantes**

Los inhalantes son compuestos orgánicos que se utilizan como disolventes en un gran número de productos de consumo habitual doméstico y/o industrial, se caracterizan por volatilizarse a la temperatura ambiente, lo que hace posible la inhalación de vapores así producidos.

Muchas de las sustancias que se encuentran en los combustibles, pinturas, disolventes, pegas, que médicaamente no tienen ninguna aplicación y que su comercialización es legal, son utilizados especialmente por los niños y niñas de la calle. Por lo general la forma de administrarse es por inhalación. Comúnmente el material se vacía en fundas plásticas y se inhala los vapores. Otras veces se hace en impregnación en telas o colocando en la mano en forma de recipiente.

Son productos que se encuentran habitualmente en la mayoría de los hogares o que se pueden conseguir en los más diversos establecimientos con enorme facilidad, al ser de uso masivo o cotidiano cuya venta es libre. Se estima que en cada hogar hay una media de treinta productos que contienen disolventes inhalantes.

Estas sustancias reúnen algunas características que pueden favorecer el consumo:

- Son fáciles de adquirir ya que se venden en lugares muy diversos como tiendas, supermercados, talleres, gasolineras, etc., no existen limitaciones legales y si las hubiere no se cumplen.
- Tienen un bajo costo lo que facilita su adquisición por personas con bajo poder adquisitivo como son los niños y adolescentes.
- Poseen una notable efectividad psicoactiva, tanto por las propias características de las sustancias como por la vía de introducción en el organismo.

- Cuando hablamos de sustancias inhalantes hacemos referencia a líquidos volátiles o gases con una marcada liposolubilidad. Es esta característica que les permite actuar sobre el sistema nervioso central dando lugar a efectos psicotrópicos diversos.

Los inhalantes penetran en el torrente sanguíneo por absorción pulmonar lo que junto con la ya citada liposolubilidad favorece una rápida llegada al cerebro. Dada la gran superficie alveolar, la inhalación tiene efectos similares a la inyección intravenosa en cuanto rapidez y concentración de la sustancia. Si a esto se añade que la vía pulmonar evita el filtro que para otras sustancias tóxicas supone el hígado, se comprende que se obtengan elevadas y rápidas concentraciones en sangre.

Los inhalantes atraviesan con facilidad la esfera hematoencefálica deprimiendo de manera general e inespecífica el sistema nervioso central de manera similar a como lo hace el alcohol etílico; desinhiben al consumidor al deprimir los centros cerebrales responsables del control, para posteriormente ir sumiendo al sujeto a una depresión general que, de continuar el consumo puede dar lugar al sueño, estupor o coma.

La intoxicación aguda por consumo de inhalantes es descrita generalmente como similar a la embriaguez ocasionada por el abuso de alcohol caracterizado básicamente por una sensación de bienestar inicial, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental y somnolencia.

Producen efectos inmediatos dados las características de las sustancias y las vías de administración, son más rápidos que los producidos por el alcohol, al ser absorbidos a través de los pulmones.

Este factor introduce una clara diferencia entre ambos consumos. La duración de la intoxicación por inhalantes es menor que la intoxicación etílica, prolongándose durante treinta a sesenta minutos.

Desde el punto de vista fisiológico, los principales síntomas o efectos derivados del consumo son los siguientes:

Irritación conjuntival, irritación de la vías respiratorias superiores (rinitis, obstrucción nasal), lagrimeo, tos, gastritis, inhibición de apetito, cefaleas. Un riesgo importante y relativamente frecuente es la aparición de alucinaciones visuales. El sujeto puede pasar de la euforia inicial al coma y paro respiratorio si continúa su consumo agudo.

Los efectos mediatos se dan cuando el uso se torna crónico, puede dar lugar a la aparición de algunas o varias de las siguientes alteraciones: trastornos fisiológicos, trastornos gastrointestinales, náuseas, vómitos, calambre gastrointestinal, anorexia toxicidad renal, toxicidad hepática, arritmias, toxicidad hematológica, es decir, distintas formas de anemia, alteraciones respiratorias como bronquitis crónica, edema pulmonar y conjuntivitis crónica.

Abundar en el contacto recurrente con sustancias inhalantes a la edad precoz en que estos consumos acostumbran a tener lugar, pueden propiciar trastornos psicológicos tales como: irritabilidad, disminución de la concentración, deterioro del rendimiento escolar, ausentismo escolar.

La dependencia física aún no está probada de manera terminante, sin embargo el recurso habitual a cualquier sustancia psicoactiva de hecho contribuye al establecimiento y refuerzo de una dependencia psicológica especialmente en casos graves como los inhalantes consumidos preferentemente por niños y adolescentes de estratos socio económicos bajos a quienes se los relacionan con la delincuencia juvenil entre los cuales hay una alta incidencia de desorganización familiar, así como por la instauración de una motivación favorable a la modulación química de su psiquismo y de sus relaciones con la realidad.

### **3.7. TEORIAS Y MODELOS QUE EXPLICAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

#### **A. Teorías cognitivo-afectivas**

##### **La teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975)**

La Teoría de la Acción Razonada es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Aunque el modelo no fue diseñado específicamente para explicar el consumo de sustancias, se ha revelado útil para comprenderlo y predecirlo, lo que ha hecho que sea uno de los modelos más citados en este ámbito y más influyentes en muchos programas de prevención (Laespada, 2004). Esta teoría, propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), consta en dos partes principales. En la primera parte, se postula que la actitud hacia un objeto es el resultado de las creencias que la persona mantiene hacia dicho objeto, y establece que para conocer las creencias de una persona, es importante tener dos tipos de informaciones: por un lado, conocer “la probabilidad subjetiva”, que se refiere al grado de probabilidad estimada de la creencia; y por otro, conocer su “deseabilidad subjetiva”, es decir, el grado en que la persona cree que las consecuencias expresadas por la creencia son positivas o negativas. Debe existir una relación entre la probabilidad subjetiva y la deseabilidad subjetiva. En el caso de que ambas sean muy elevadas, dicha creencia contribuiría en gran medida a que la actitud sea positiva. Aplicado a la conducta de consumo de sustancias, las actitudes de los jóvenes hacia el consumo vienen dadas por las consecuencias que los jóvenes esperan del consumo de drogas y por la importancia que conceden a esas consecuencias personal y subjetivamente. Si el joven concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo o si magnifica los primeros en detrimento de los efectos negativos, mostrará actitudes positivas hacia él.

Mientras esta primera parte de la teoría nos permite comprender la complejidad interna de una actitud, la segunda parte de la teoría, analiza la relación entre actitud y conducta. La

actitud no es lo único que pesa en la persona y en su intención de realizar una conducta. También lo hace la “norma social subjetiva”, que resume la presión social que recibe la persona de su contexto social más próximo. Esta norma social subjetiva descansa en dos pilares:

- Las creencias normativas que la persona mantiene. Estas expresan la probabilidad de que la conducta a realizar resulte o no aceptable para las personas cuya opinión cuenta mucho y debe ser considerada; padres, hermanos, amigos, compañeros de trabajo y similares.
- La motivación para acomodarse. Indica la disposición de la persona a seguir o conformarse a esas opiniones.

Así, en el campo del consumo de sustancias, las normas subjetivas vienen determinadas por la percepción que tiene el joven de que otras personas importantes para él aprueban y esperan que él consuma, además de por su motivación para acomodarse a las expectativas de esas personas. Si el adolescente cree que sus amigos esperan que consuma y él desea agradarles, esto es, no defraudar sus expectativas, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo. En relación con esto y no menos importante, la creencia de que el consumo está ampliamente extendido entre los jóvenes, que es algo normal y que “todo el mundo” lo hace, influirá también sobre la decisión de consumir (Laespada, 2004).

Una conducta surge de la intención de la persona y que tiene en cuenta tanto su propia orientación individual (la actitud) como la de su ambiente social más próximo, se puede y se debe calificar como “razonada”. En efecto, procede de un análisis ponderado de los pros y contras no sólo de la propia persona, sino de quienes la rodean y son importantes para ellas. Esta teoría cuenta con un importante apoyo empírico.

Esta teoría expone la existencia de determinadas influencias más directas que otras que actúan sobre el consumo. En este sentido, las expectativas, las creencias, las actitudes y, en definitiva, las variables relacionadas con la cognición social, actúan de forma más directa que otras como la familia y el grupo de amigos, cuya proximidad vendrá mediatisada por las anteriores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos dos componentes no tienen igual peso en todas las personas. En algunas, la decisión de consumir estará más influida por los efectos positivos esperados, es decir, por las actitudes hacia el consumo. En otras en cambio, puede pesar más el segundo elemento, el querer ajustarse a las expectativas de los demás (Laespada, 2004). La teoría de acción razonada se ha enriquecido en los últimos años con importantes aportaciones. Una de las aportaciones más importantes hace referencia a la teoría de acción planificada, la cual postula que la intención para realizar una conducta depende de la actitud hacia la conducta, de la norma subjetiva a cada conducta (teoría de acción razonada) y del control conductual percibido. Éste último aspecto (control conductual percibido) que añade, es precisamente la obligación de tomar en consideración la facilidad o dificultad que percibe la persona para realizar la conducta. Además de tener actitudes positivas hacia una conducta concreta y/o desear acomodarse a lo que los demás hacen o esperan, es necesario que la persona se crea capaz de realizar dicha conducta. Según Petraitis y otros (1995) esta percepción de control en el ámbito de las drogas influye de dos maneras. Por un lado, es preciso que el joven crea que puede acceder a las drogas y utilizarlas para consumir. De otro, es importante la percepción sobre la capacidad personal para resistir la presión de los demás. Si un adolescente siente que no tienen habilidades suficientes para enfrentarse a los mensajes que le incitan a consumir, tenderá a consumir.

Laespada y otros (2004), afirman que las implicaciones preventivas que derivan de la adopción de este modelo son tenidas en cuenta por muchos programas. La mayoría de ellos intenta actuar sobre las actitudes proporcionando información sobre las consecuencias

negativas del consumo, no sólo a largo plazo sino también a corto y medio plazo, con el ánimo de modificar las inclinaciones positivas hacia él. Asimismo, intentan corregir mitos o creencias erróneas sobre la pretendida generalización o normalización del consumo entre los jóvenes. El tercer elemento de la teoría, la percepción de control, es también una variable muy trabajada porque precisamente, dada la presencia ineludible de las drogas, intenta desarrollar en los niños y adolescentes habilidades para resistir la presión de los iguales, la publicidad, el fácil acceso a las sustancias, etc.

## **B. Teorías del aprendizaje social**

### **Teoría del aprendizaje social. Bandura (1986)**

Esta teoría es una de las más importantes y utilizadas dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. La teoría cognoscitiva social del aprendizaje formulada por Albert Bandura (1986) considera que el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica, en el cual interactúan la conducta, variables ambientales y factores personales como las cogniciones. Insiste en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta. El aprendizaje es construido como una actividad de procesamiento de información en la que el conocimiento se trata cognoscitivamente como representaciones simbólicas que sirven de lineamientos para la acción. El aprendizaje en acto ocurre mediante ejecuciones reales y en forma vicaria al observar modelos. Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte

social en la que vive y se desarrolla la persona. El modelamiento es un comportamiento esencial en la teoría cognoscitiva social. Las funciones más importantes son:

- Facilitación de la respuesta: se refiere a los impulsos sociales que crean satisfacción para que los observadores reproduzcan las acciones.
- Inhibición y desinhibición: inhibición se presenta cuando el observador al ver el modelo es castigado por realizar ciertas acciones, detiene o evita que este se comporte de esa manera. Desinhibición es lo contrario de ese comportamiento, el observador si no percibe ningún castigo probablemente imite la conducta observada.
- Aprendizaje por observación: sucede al presentarse nuevos comportamientos que antes de la exposición de las conductas modeladas no ocurrirían aún de mucha motivación. Consta de cuatro (4) procesos: atención, retención (memoria), producción (ejecución) y motivación.

Según Becoña (2002), esta teoría ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los distintos elementos que llevan a su inicio, mantenimiento como al abandono de las mismas. Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta:

- El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico (el individuo experimenta progresivamente el fenómeno de la tolerancia a los efectos adversos del alcohol).
- El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental (el adolescente es recompensado por los efectos positivos de la droga y

evita los estados displacenteros; incluso los que surgen ante la abstinencia del consumo una vez que éste es habitual).

- El tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Además de estos aspectos, la teoría destaca la importancia de la experiencia del sujeto con la droga, las expectativas y creencias que mantiene con respecto al alcohol como forma de evitar la ansiedad y el estrés, el modelado (la conducta que el individuo observa y aprende en el ambiente familiar, con su grupo de iguales o a través de modelos sociales ofrecidos desde los medios de comunicación), el contexto físico y social en el que acontece la conducta y la importancia de las variables o características personales del propio sujeto (Laespada, 2004).

A pesar de que la utilización del modelado y de las técnicas de habilidades sociales son frecuentes en el campo de la prevención de las drogodependencias, no se ha desarrollado ningún programa preventivo basado exclusivamente en la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Cleaveland, 1994), y en los componentes que la forman, como autoeficacia, modelado, motivación, retención, etc., aunque muchos programas preventivos utilizan parte de estos componentes, o parten de la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Botvin, 1999).

## C. Teorías del apego social

### **Modelo integrador de Elliot y otros (1985).**

Este modelo integra en sí otras teorías. Por una parte, Elliot asume los planteamientos de la teoría de la tensión estructural, cuyo eje central es la disparidad entre las metas de los individuos y los medios o recursos de que dispone para conseguirlas. Cuando la sociedad no

proporciona los recursos necesarios para lograr las metas que ella misma plantea como el éxito, el estatus, el poder económico, etc., puede producir una reacción de comportamiento desviado. Por otro lado, este modelo incorpora planteamientos de los procesos de aprendizaje dentro de los grupos más cercanos (familia, escuela y principalmente el grupo de amigos), y de las teorías de control social (Hirshci, 1969), las cuales afirman que la conducta problema aparece cuando no existe una vinculación estrecha con la sociedad y no asimila sus valores, lo que puede hacer que el individuo tenga que transgredir sus normas. Según esta teoría, los aspectos que son tenidos en cuenta a la hora de explicar el consumo de sustancias vendría determinado por la disparidad entre los recursos disponibles y las metas sociales establecidas, la falta de asunción de valores tradicionales y la adquisición de comportamientos a través de las personas de referencia más próximas al sujeto Elliot especifica tres factores que pueden llevar a que el individuo no se “vincule” al mundo convencional.

- Tensión entre metas y medios. Esta tensión puede vivirse en la familia y en la escuela. Por ejemplo, si el adolescente carece de oportunidades para lograr una adecuada relación con los padres o para lograr éxito académico, su vinculación a estos medios será baja.
- Desorganización social. Si el adolescente pertenece a vecindarios conflictivos, con escasos lazos comentarios y dificultades económicas, se implicará escasamente con las instituciones.
- Fallos en la socialización por parte de la familia y escuela, lo que favorecerá la falta de apego del adolescente.

Posteriormente, añade que para que la conducta desviada (consumo de sustancias) se dé, es necesario que los adolescentes entren en contacto con grupos (generalmente el grupo de amigos), que refuerzen y le induzcan a consumir drogas.

## **D. Teorías intrapersonales.**

### **Modelo de ecología social de Kumpfer y Turner (1990-1991).**

Para estos autores la causa subyacente del consumo experimental de drogas es el estrés en general y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. Un bajo nivel de autoeficacia académica facilita la implicación con los pares desviados y la experimentación en el consumo como forma de hacer frente al estrés que provoca un ambiente hostil y poco gratificante.

## **E. Teoría psicoanalítica**

La concepción psicodinámica de la adicción sostiene que los conflictos y las necesidades inconscientes son responsables del consumo excesivo de sustancias tóxicas. Algunos psicoanalistas consideran que la dipsomanía es una regresión a las necesidades orales infantiles que no lograron satisfacerse adecuadamente durante la niñez. Hasta ha llegado a decirse que el alcohol es un sustituto simbólico de la leche de pecho materno.

Una interpretación psicodinámica diferente acerca de la adicción alcohólica sostiene que la intoxicación puede ser un intento de volver a experimentar sentimientos de importancia y omnipotencia o de descargar la agresividad contra un mundo frustrante. Se ha afirmado que la gente no comete crímenes porque se encuentra ebria, sino que ingiere bebidas alcohólicas a fin de cometer crímenes.

## **F. Enfoque conductual**

La posibilidad de las influencias genéticas y constitucionales en la susceptibilidad individual a los efectos del alcohol no descarta la intervención del aprendizaje en la adquisición y mantenimiento de una adicción al alcohol. El enfoque conductual de la adicción alcohólica sostiene que la gente aprende a beber en exceso como resultado de los efectos gratificadores del hábito. El alcohol es un sedante, y la capacidad que tiene para reducir la

tensión es una de sus propiedades básicas. Ya que la tensión es un estado indeseable, cualquier método rápido y eficaz para reducirla sería gratificante. El bebedor se dedica entonces a buscar alivio a la tensión mediante el consumo de bebidas alcohólicas. El ciclo de recompensa y reforzamiento puede repetirse con tanta frecuencia que el hecho de beber se convierte en un medio preferido y necesario para reducir la tensión (kisker, 1984).

### **3.8. LA PERSONALIDAD ADICTIVA**

La investigación de la relación entre la personalidad y las drogodependencias ha suscitado especial interés desde el ámbito científico. El considerar que existe una personalidad adictiva o que predispone al abuso de sustancias implica que los rasgos de personalidad puedan constituir una causa primaria del consumo, considerándose la adicción un trastorno secundario. En principio, se tendía a pensar que los rasgos de personalidad eran factores etiopatogénicos con respecto al consumo de drogas. Así, la personalidad adictiva fue considerada durante mucho tiempo la principal explicación para el consumo de sustancias (Miles, 1985). Desde esta óptica, los primeros estudios se centraron en la búsqueda de la llamada *personalidad adictiva*, lo que llevó a algunos autores a pensar en la existencia de un conjunto único de rasgos que constituiría una causa suficiente para explicar la génesis de la adicción a drogas (Levy, 1958).

El origen del modelo de la personalidad adictiva es incierto, aunque puede deducirse que depende de dos puntos principales (Fidel et al., 2004):

- La conceptualización de la adicción como enfermedad, identificando alguna afección del individuo que pudiera propiciar la conducta adictiva.
- El enfoque de las escuelas psicoanalíticas que, en las décadas de los años 40 y 50, abordaron los trastornos por consumo de sustancias como resultado de fallos en la estructuración del psiquismo individual. El uso de la sustancia era un síntoma más,

dentro del conjunto de conductas expresadas cuyo aspecto inconsciente era la fijación a etapas primarias del desarrollo libidinal.

- Podría decirse que la mayoría de las investigaciones en el campo de la relación droga/personalidad provienen de la teoría de los rasgos, que tiene como objetivo la delimitación de dimensiones específicas de la personalidad a través de las cuales los individuos varíen con respecto a la cantidad de esas características que manifiestan, así como en el desarrollo de técnicas para la identificación y medida de tales dimensiones de personalidad. Cuando se ha aplicado el enfoque de los rasgos al estudio de las drogodependencias, desde el acercamiento de la personalidad adictiva se ha hipotetizado la existencia de un conjunto de rasgos de la personalidad determinados asociados al consumo, rasgos que estarían asociados a una predisposición a la adicción y que se expresarían más claramente en las etapas iniciales del proceso adictivo. (Graña, Muñoz y Navas, 2005).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **1. METODO DE INVESTIGACIÓN**

En la presente investigación se ha empleado el método científico, el cual es conceptualizado como “un procedimiento de indagación para tratar un conjunto de problemas desconocidos; es la manera sistematizada en que se efectúa el pensamiento reflexivo que nos permite llevar a cabo un proceso de investigación científica” (Sánchez, 1996)

#### **2. TIPO DE INVESTIGACION**

La presente investigación es de tipo no experimental porque “son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.” (Hernández, Fernández y Baptista 2006). Entendemos así que este tipo de investigaciones son aquellas donde los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos. (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

Tiene un enfoque cuantitativo, diferenciándolo principalmente por la medición numérica de los datos y el análisis estadístico de los mismos, como un manejo fiable de objetividad con el fin de establecer patrones y probar teorías (Sanpieri, 2006).

#### **3. DISEÑO DE INVESTIGACION**

El diseño de investigación utilizado es el transversal descriptivo comparativo: Es transversal, porque se recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, teniendo el

propósito de describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Es descriptivo, porque se indaga la incidencia y los valores en una o más variables de una población, para describir lo que se investiga (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Es correlacional, pretender medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos o más variables entre sí (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

## **4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.1 POBLACIÓN**

La población está conformada por 110 internos del centro de rehabilitación “Amor y fe”, dicho centro está ubicado en el distrito de Cerro Colorado, de la ciudad de Arequipa. Las personas que ahí están internadas padecen algún tipo de adicción, en la mayoría de los casos han sido recluidas ahí por algún familiar, en contra de su voluntad, el nivel socioeconómico al que pertenecen es de medio a bajo, siendo todos de sexo masculino y con un grado de instrucción entre primaria incompleta y estudios superiores universitarios, cuyas edades oscilan entre 18 y 70 años.

### **4.2 MUESTRA**

La muestra está conformada por 70 internos, el tipo de muestreo utilizado es no probabilístico intencionado, del total de la muestra todos son de sexo masculino, cuyas edades oscilan entre 20 y 58 años, de un nivel socioeconómico bajo - medio y teniendo como grado de instrucción entre primaria completa y estudios superiores.

Rango de edad	Cantidad	Porcentaje
20 - 30	24	34%
31 - 40	25	36%
41 - 50	15	21%

51 - 60	6	9%
---------	---	----

Estado civil	Cantidad	Porcentaje
Soltero	14	20%
Casado - conviviente	21	30%
Divorciado - separado	35	50%

Problema por el cual es internado	Cantidad	Porcentaje
Alcohol	35	50%
Marihuana	24	34%
cocaína	10	14%
pastillas	2	2%

Tiempo de consumo	Cantidad	Porcentaje
01 a 10 años	40	57%
11 a 20 años	16	23%
21 a 30 años	10	14%
31 a 40 años	4	6%

La delimitación de la nuestra queda definida por los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas del centro de rehabilitación “Amor y fe”.
- Grado de instrucción mínima: primaria completa.
- Personas que acepten intervenir en la investigación.

#### B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que no acepten o rehúyan intervenir en la investigación.
- Personas con diagnóstico de deficiencia mental
- Personas con diagnóstico de alteración mental

## **5. INSTRUMENTOS**

### **5.1. Inventario clínico multiaxial de Millon. (MCMI-II)**

**A. Autor:** Theodore Millón.

**B. Año:** 1999

**C. Aplicación:** individual o colectiva (grupos reducidos)

**D. Tiempo de administración:** Tiempo variable, entre 20 y 30 minutos.

**E. Ámbito de aplicación:** sujetos mayores de 17 años de edad con un nivel de compresión lectora adecuado.

**F. Descripción:** Consta de 175 items; está diseñado para proporcionar información en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. Este es un instrumento de diagnóstico correspondiente con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial recogidos en 26 escalas.

- 4 escalas de fiabilidad y validez: validez, sinceridad, deseabilidad social, autodescalificación.
- 10 escalas básicas de personalidad: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo agresivo, autoderrotista.
- 3 escalas de personalidad patológica: esquizotípico, borderline, paranoide.
- 6 síndromes clínicos de gravedad moderada: ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, dependencia de alcohol, dependencia de drogas.
- 3 síndromes clínicos de gravedad severa: desorden del pensamiento, depresión mayor, Trastorno delirante.

La teoría que sustenta el inventario clínico está basada en el diagnóstico de prototipos clínicos, asumiendo que los grupos prototípicos muestran comportamientos

comunes y distintos que pueden alertar al clínico o al investigador sobre aspectos de la historia del paciente y de su funcionamiento actual que no se habían observado. Esencialmente, postula tres estilos básicos de funcionamiento de la personalidad que pueden formarse de la relación entre dos dimensiones básicas: la fuente primaria de la que la persona obtiene comodidad y satisfacción, y los patrones instrumentales o de afrontamiento que emplea de forma habitual para obtener o evitar sus fuentes de refuerzo.

Se describen, finalmente, trece patrones de personalidad, que son definidos empleando la nomenclatura del eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV).

Como es frecuente encontrarse covariaciones entre los trastornos de personalidad, codificados en el eje II, y los síndromes clínicos del eje I en el DSM - IV, Millon considera fundamental que el modelo teórico recoja y tenga en cuenta estas interrelaciones.

Los síndromes clínicos tienden a ser relativamente breves o transitorios, variando en el tiempo en función de los estresores. Pero en muchos casos serán expresión más o menos intensa del estilo básico de la personalidad acentuado y exacerbado por las situaciones estresantes, presentando síntomas en común con él.

#### **G. Material:**

- Cuadernillo que contiene los ítems de la prueba
- Hoja de respuesta
- Plantilla informática

#### **H. Normas de aplicación**

La aplicación del MCMI-II sigue con un procedimiento común a la mayoría de los cuestionarios de autoinforme. El cuadernillo que contiene los ítems de la prueba

incluye también las instrucciones el test. Las respuestas se marcan en una hoja aparte lo que facilita su posterior corrección computarizada.

## I. Validez

**Validez de constructo:** el concepto de validez de constructo hace referencia a la comprobación empírica de la relación entre los datos d la medición y el constructo teórico que se pretende medir. La comprobación se basa en la hipótesis de que la información obtenida mediante la medición de las variables puede ser presentada por una o varias dimensiones.

Estas dimensiones denominadas factores se determinan a partir de la correlación entre los ítems, el método estadístico completo que se utiliza para determinar la “saturación factorial” de una variable o ítem en un factor es el denominado análisis factorial. Esta información se expresa mediante la matriz factorial que indica la cantidad de información que aporta a cada factor las variables o ítems. Mediante el análisis factorial exploratorio (componentes principales con relación varimax) se determinó la existencia d los factores o dimensiones evaluadas en el test que son similares o idénticos a los obtenidos en las primeras investigaciones.

**Validez criterial:** La validez de criterio establece la validez del instrumento de medición comparándola con algún criterio externo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez de un instrumento. Entre los resultados del instrumento de medición se relacionen más al criterio, la validez de criterio será mayor. Una forma importante de confirmar la validez de criterio es estudiar la capacidad de los elementos para discriminar adecuadamente entre muestras de sujeto/paciente y no sujeto/paciente.

**Validez de contenido:** se refiere al grado en el que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa

al concepto medido. Un instrumento de medición debe contener representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables o factores medidos

## 5.2. Cuestionario de Personalidad Resistente –CPR

- a. **Autor:** Moreno Jiménez, B., Garrosa y Gonzales (2000), Departamento de Psicología, Biología y Salud. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- b. **Aplicación:** Individual
- c. **Corrección:** Respecto a la cuantificación del test pueden obtenerse puntuaciones de cada una de las escalas, o/y también una puntuación de total del test para referirse a personalidad resistente. La puntuación en cada dimensión de personalidad resistente es la suma de todos los ítems de la dimensión dividido por el número de ítems. La puntuación oscila entre 1 -4.
- d. **Dimensiones:**
  - a.- compromiso 9 items 1,4,7,10,13,16,19
  - b.- reto o desafío 9 items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20
  - c.- control 9 items 3, 6, 9, 12, 15, 18,21
- e. **Confiabilidad:** a la evaluación global encontramos que existe una alta consistencia íntima lo que implica que el test es sumamente confiable por sus altos niveles de confiabilidad a nivel global y en sus dimensiones. A pesar de ser un test con alta carga cultural y haber sido creado para una muestra española, podemos percibir que verdaderamente, es un test que en su aplicación repetida, a pesar de ser diferentes muestras manifiesta resultados similares.

## 5.3. FORMATO DE ENTREVISTA

La finalidad de esta entrevista es obtener información referente al consumo de sustancias, lo cual es importante para la investigación, ya que esto nos permitirá utilizarlas en el enriquecimiento del análisis de las variables de estudio. La entrevista consta de 12 preguntas,

la cual se realizó antes de aplicar las pruebas psicológicas a todos los participantes, al inicio se consignara el nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo y grado de instrucción del entrevistado. Algunas preguntas presentan varias opciones para marcar, mientras que otras son de respuesta individual. Las preguntas que se realizaron son las siguientes.

1. Estado civil
2. ¿Con quién vive actualmente?
3. ¿A qué edad empezó a consumir algún tipo de droga legal o ilegal?
4. ¿Qué sustancias ha consumido en su vida?
5. Principal problema por el que está buscando ayuda (marque solo una)
6. Tiempo de consumo
7. ¿Anteriormente ha sido internado para resolver su problema?
8. ¿Cuantos días a la semana llego a consumir drogas?
9. ¿En qué tipo de situaciones consumía habitualmente (señale todas las variantes en las que consume)
10. ¿Cuál es su ocupación
11. Tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación “Amor y fé”
12. ¿Cómo era usted de niño?

## **6. PROCEDIMIENTO**

Para realizar la investigación se pasó por las siguientes fases:

### **1. Idea:**

En primer lugar se pasó a establecer el tema de investigación

## **2. Planteamiento del problema**

Se planteó un problema de estudio delimitado y concreto, la pregunta de investigación fue ¿existirá relación entre el perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento?

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

Una vez planteado el problema de estudio, se realizó una revisión de la literatura, a través de diversas fuentes: libros, revistas, internet, especialistas, etc., para poder conocer las investigaciones que se habían realizado anteriormente sobre el tema, a partir de lo cual se elaboró el marco teórico, que nos sirvió como guía para la investigación.

## **4. Visualización del alcance del estudio**

Con la investigación se pretende propiciar la creación de programas de acuerdo a los resultados obtenidos que coadyuven a las personas que sufren de adicciones, y que les eviten sufrir alteraciones en su estado de salud, tanto a nivel físico y psicológico.

## **5. Elaboración de hipótesis y definición de variables**

Planteamos la siguiente hipótesis: existe relación entre el perfil clínico de la personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento. Luego establecimos nuestras dos variables: Perfil clínico de personalidad y personalidad resistente.

## **6. Desarrollo del diseño de investigación**

Se estableció un diseño de investigación transversal descriptivo comparativo.

## **7. Definición y selección de la muestra**

Para seleccionar la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico de carácter intencionado, la muestra estuvo conformada por 70 personas internas del centro de rehabilitación “Amor y fe”.

## **8. Recolección de los datos**

Se realizó la medición de las variables mediante los siguientes instrumentos:

- Inventario clínico multiaxial de Millon. (MCMI-II)
- Cuestionario de Personalidad Resistente – CPR)
- Formato de entrevista

## **9. Análisis de los datos**

Al término de las evaluaciones se calificaron las pruebas psicológicas, se procesaron y se analizaron los datos a través de la prueba estadística de chi cuadrado, a partir de lo cual se establecieron las conclusiones.

## **10. Elaboración del reporte de resultados**

Finalmente se realizó el reporte de resultados.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

*\*Del total de los participantes evaluados con el Cuestionario de Personalidad Resistente – CPR, se obtuvo que en las tres dimensiones (implicación, reto y control) las puntuaciones son bajas; por tanto el total de evaluados tiene una alta vulnerabilidad (personalidad resistente baja). De ahí que en adelante, en la interpretación de los resultados se utilizará el término vulnerabilidad para hacer referencia a una baja personalidad resistente, siendo utilizados ambos de manera equivalente.*

## RELACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

### A. LA PERSONALIDAD RESISTENTE EN RELACIÓN CON LA PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD

#### a. Personalidad resistente en relación a Esquizoide

**Tabla N° 01**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Esquizoide**

		Esquizoide				Total	
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	1	0	1	2
		Frecuencia esperada	,0	,7	,6	,7	2,0
	Medio	Recuento	1	2	1	0	4
		Frecuencia esperada	,1	1,4	1,1	1,4	4,0
	Alto	Recuento	0	21	19	24	64
		Frecuencia esperada	,9	21,9	18,3	22,9	64,0
Total		Recuento	1	24	20	25	70
		Frecuencia esperada	1,0	24,0	20,0	25,0	70,0

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,190 <sup>a</sup>	6	,004
Razón de verosimilitudes	10,347	6	,111
Asociación lineal por lineal	1,774	1	,183
N de casos válidos	70		

Se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del  $5\% = 0,05$ . Se puede observar que el valor obtenido en la chi-cuadrada es 19, 190 lo cual en la distribución  $X^2$  con 6 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,004. Esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación), es menor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa y se concluye que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

**b. Personalidad resistente en relación a Evitativo**

**Tabla N° 02**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Evitativo**

		Evitativo			Total
		Sugestivo	Moderado	Elevado	
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	0	2
		Frecuencia esperada	,1	,2	1,8
	Medio	Recuento	0	1	3
		Frecuencia esperada	,1	,3	3,5
	Alto	Recuento	2	5	57
		Frecuencia esperada	1,8	5,5	56,7
Total		Recuento	2	6	62
		Frecuencia esperada	2,0	6,0	62,0
					70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,776 <sup>a</sup>	4	,777
Razón de verosimilitudes	1,690	4	,793
Asociación lineal por lineal	,010	1	,920
N de casos válidos	70		

Al observar la tabla, permite apreciar los datos obtenidos mediante la prueba estadística de chi-cuadrado; teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. Se observa que la chi-cuadrada toma un valor de 1,776 lo cual en la distribución  $X^2$  con 4

grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig.Asint.=Significación asintótica) de 0,777. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis nula y se concluye que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

### c. Personalidad resistente en relación a Dependiente

**Tabla N° 03**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Dependiente**

		Dependiente					Total
		Nulo	Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado	
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	0	0	0	1 2
		Frecuencia esperada	,1	,0	,0	,1	1,8 2,0
	Medio	Recuento	0	0	1	1	2 4
		Frecuencia esperada	,1	,1	,1	,2	3,6 4,0
	Alto	Recuento	1	1	0	2	60 64
		Frecuencia esperada	1,8	,9	,9	2,7	57,6 64,0
Total		Recuento	2	1	1	3	63 70
		Frecuencia esperada	2,0	1,0	1,0	3,0	63,0 70,0

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,099 <sup>a</sup>	8	,000
Razón de verosimilitudes	14,057	8	,080
Asociación lineal por lineal	11,807	1	,001
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado que se aplicó y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. Se observa que la chi-cuadrada toma un valor de 38,099 lo cual en la distribución  $X^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una

probabilidad (Sig.Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa y se concluye que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

#### d. Personalidad resistente en relación a Histríónico

**Tabla N° 04**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Histríónico**

		Histríónico				Total	
		Nulo	Bajo	Sugestivo	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	2	0	0	2
		Frecuencia esperada	,0	1,5	,4	,1	2,0
	Medio	Recuento	0	3	0	1	4
		Frecuencia esperada	,1	3,0	,8	,1	4,0
	Alto	Recuento	1	48	14	1	64
		Frecuencia esperada	,9	48,5	12,8	1,8	64,0
	Total	Recuento	1	53	14	2	70
		Frecuencia esperada	1,0	53,0	14,0	2,0	70,0

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,864 <sup>a</sup>	6	,181
Razón de verosimilitudes	5,965	6	,427
Asociación lineal por lineal	,153	1	,695
N de casos válidos	70		

Al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada es de 8,864 lo cual en la distribución  $X^2$  con 6 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig.

Asint.=Significación asintótica) de 0,181. Esta probabilidad, denominada nivel crítico, está por encima del nivel crítico, entonces se acepta la hipótesis nula, concluyendo que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

**e. Personalidad resistente en relación a Narcisista**

**Tabla N° 05**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Narcisista**

		Narcisista				Total	
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	1	0	0	2
	Bajo	Frecuencia esperada	,7	1,0	,2	,1	2,0
	Medio	Recuento	0	2	1	1	4
		Frecuencia esperada	1,4	1,9	,4	,2	4,0
	Alto	Recuento	24	31	6	3	64
		Frecuencia esperada	22,9	31,1	6,4	3,7	64,0
		Recuento	25	34	7	4	70
	Total	Frecuencia esperada	25,0	34,0	7,0	4,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,564 <sup>a</sup>	6	,474
Razón de verosimilitudes	5,839	6	,441
Asociación lineal por lineal	,614	1	,433
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la

chi-cuadrada es de 5,564 lo cual en la distribución  $X^2$  con 6 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,474. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está por muy por encima del nivel crítico, por tanto se acepta la hipótesis nula, concluyendo que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

## f. Personalidad resistente en relación a Antisocial

**Tabla N° 06**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Antisocial**

		Antisocial					Total
		Nulo	Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado	
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	1	0	0	0 2
		Frecuencia esperada	,1	,0	,5	,5	,9 2,0
	Medio	Recuento	0	0	2	0	2 4
		Frecuencia esperada	,1	,1	1,1	,9	1,8 4,0
	Alto	Recuento	1	0	17	16	30 64
		Frecuencia esperada	1,8	,9	17,4	14,6	29,3 64,0
Total		Recuento	2	1	19	16	32 70
		Frecuencia esperada	2,0	1,0	19,0	16,0	32,0 70,0

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,817 <sup>a</sup>	8	,000
Razón de verosimilitudes	18,067	8	,021
Asociación lineal por lineal	9,575	1	,002
N de casos válidos	70		

Al Aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada es de 53,817 lo cual en la distribución X<sup>2</sup> con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una

probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, por tanto se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

**g. Personalidad resistente en relación a Agresivo-sádico**

**Tabla N° 07**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Agresivo-Sádico**

		Agresivo-Sádico					Total
		Nulo	Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado	
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	1	0	1	0
		Frecuencia esperada	,0	,7	,8	,2	,2
	Medio	Recuento	0	0	2	1	1
		Frecuencia esperada	,1	1,4	1,7	,5	,5
	Alto	Recuento	1	23	27	6	7
		Frecuencia esperada	,9	21,9	26,5	7,3	7,3
Total		Recuento	1	24	29	8	8
		Frecuencia esperada	1,0	24,0	29,0	8,0	8,0
							70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,940 <sup>a</sup>	8	,543
Razón de verosimilitudes	7,922	8	,441
Asociación lineal por lineal	,955	1	,328
N de casos válidos	70		

Al Aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada

es de 6,940 lo cual en la distribución  $X^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,543. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está por encima del nivel crítico, por tanto se decide aceptar la hipótesis nula, concluyendo que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

## **h. Personalidad resistente en relación a Compulsivo**

**Tabla N° 08**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Compulsivo**

		Compulsivo				Total	
		Nulo	Bajo	Sugestivo	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	2	0	0	2
		Frecuencia esperada	,4	1,5	,0	,1	2,0
	Medio	Recuento	1	3	0	0	4
		Frecuencia esperada	,8	3,0	,1	,1	4,0
	Alto	Recuento	13	48	1	2	64
		Frecuencia esperada	12,8	48,5	,9	1,8	64,0
Total		Recuento	14	53	1	2	70
		Frecuencia esperada	14,0	53,0	1,0	2,0	70,0

### **Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,895 <sup>a</sup>	6	,989
Razón de verosimilitudes	1,533	6	,957
Asociación lineal por lineal	,008	1	,930
N de casos válidos	70		

Se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. Se puede observar que el valor obtenido en la chi-cuadrada es 0,895 lo cual en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de

libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig.Asint.=Significación asintótica) de 0,989. Esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación), es mayor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis nula y se concluye que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

## i. Personalidad resistente en relación a Pasivo-Agresivo

**Tabla N° 09**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Pasivo-Agresivo**

		Pasivo-Agresivo			Total
		Sugestivo	Moderado	Elevado	
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	0	2
		Frecuencia esperada	,1	,1	1,8
	Medio	Recuento	0	1	3
		Frecuencia esperada	,2	,3	3,5
	Alto	Recuento	3	4	57
		Frecuencia esperada	2,7	4,6	56,7
Total		Recuento	3	5	62
		Frecuencia esperada	3,0	5,0	62,0
					70,0

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,396 <sup>a</sup>	4	,663
Razón de verosimilitudes	2,093	4	,719
Asociación lineal por lineal	,027	1	,870
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la

chi-cuadrada es de 2,396 lo cual en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,663. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por encima del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis nula, concluyendo que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

### j. Personalidad resistente en relación a Autoderrotista

**Tabla N° 10**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Autoderrotista**

		Autoderrotista			Total	
		Bajo	Sugestivo	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	0	1	
	Bajo	Frecuencia esperada	,0	,1	1,9	
	Medio	Recuento	0	0	4	
		Frecuencia esperada	,1	,1	3,8	
	Alto	Recuento	0	2	62	
		Frecuencia esperada	,9	1,8	61,3	
	Total	Recuento	1	2	67	
		Frecuencia esperada	1,0	2,0	67,0	
					70	
					70,0	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,641 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	8,016	4	,091
Asociación lineal por lineal	10,325	1	,001
N de casos válidos	70		

Al Aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada

es de 34,641 lo cual en la distribución  $X^2$  con 4 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, por tanto se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí

**B. LA PERSONALIDAD RESISTENTE EN RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA  
SEVERA DE LA PERSONALIDAD**

**a. Personalidad resistente en relación a Esquizotípico**

**Tabla N° 11**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Esquizotípico**

		Esquizotípico			Total	
		Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	0	1	2
	Bajo	Frecuencia esperada	1,1	,1	,7	2,0
	Medio	Recuento	4	0	0	4
		Frecuencia esperada	2,2	,3	1,5	4,0
	Alto	Recuento	34	5	25	64
		Frecuencia esperada	35,7	4,6	23,8	64,0
	Total	Recuento	39	5	26	70
		Frecuencia esperada	39,0	5,0	26,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,604 <sup>a</sup>	4	,462
Razón de verosimilitudes	5,237	4	,264
Asociación lineal por lineal	,629	1	,428
N de casos válidos	70		

se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del  $5\% = 0,05$ . Se puede observar que el valor obtenido en la chi-cuadrada es 3,604 lo cual en la distribución  $X^2$  con 4 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig.Asint.=Significación asintótica) de 0,462. Esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación), es mayor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis nula y se concluye que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

## b. Personalidad resistente en relación a Bordeline

**Tabla N° 12**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Bordeline**

		Bordeline					Total
		Nulo	Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado	
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	1	0	0	0 2
		Frecuencia esperada	,0	,0	,1	,1	1,8 2,0
	Medio	Recuento	0	0	2	0	2 4
		Frecuencia esperada	,1	,1	,2	,1	3,6 4,0
	Alto	Recuento	0	0	1	2	61 64
		Frecuencia esperada	,9	,9	2,7	1,8	57,6 64,0
Total		Recuento	1	1	3	2	63 70
		Frecuencia esperada	1,0	1,0	3,0	2,0	63,0 70,0

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	91,597 <sup>a</sup>	8	,000
Razón de verosimilitudes	27,034	8	,001
Asociación lineal por lineal	46,131	1	,000
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la

chi-cuadrada es de 91,596 lo cual en la distribución  $\chi^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

**c. Personalidad resistente en relación a Paranoide**

**Tabla N° 13**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Paranoide**

		Paranoide				Total	
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	1	0	0	2
	Bajo	Frecuencia esperada	,7	1,2	,1	,0	2,0
	Medio	Recuento	1	3	0	0	4
		Frecuencia esperada	1,3	2,5	,2	,1	4,0
	Alto	Recuento	21	39	3	1	64
		Frecuencia esperada	21,0	39,3	2,7	,9	64,0
	Total	Recuento	23	43	3	1	70
		Frecuencia esperada	23,0	43,0	3,0	1,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,794 <sup>a</sup>	6	,992
Razón de verosimilitudes	1,113	6	,981
Asociación lineal por lineal	,218	1	,641
N de casos válidos	70		

Se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del  $5\% = 0,05$ . Se puede observar que el valor obtenido en la chi-cuadrada es 0,794 lo cual en la distribución  $X^2$  con 6 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig.Asint.=Significación asintótica) de 0,992. Esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación), es mayor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis nula y se concluye que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

## C. LA PERSONALIDAD RESISTENTE EN RELACIÓN CON LOS SÍNDROMES CLÍNICOS

### a. Personalidad resistente en relación a Ansiedad

**Tabla N° 14**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Ansiedad**

		Ansiedad				Total	
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	0	0	2	2
	Bajo	Frecuencia esperada	,1	,1	,7	1,1	2,0
	Medio	Recuento	1	0	1	2	4
		Frecuencia esperada	,1	,3	1,4	2,2	4,0
	Alto	Recuento	1	5	24	34	64
		Frecuencia esperada	1,8	4,6	22,9	34,7	64,0
		Recuento	2	5	25	38	70
Total		Frecuencia esperada	2,0	5,0	25,0	38,0	70,0

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,465 <sup>a</sup>	6	,149
Razón de verosimilitudes	6,301	6	,390
Asociación lineal por lineal	,075	1	,784
N de casos válidos	70		

Se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del  $5\% = 0,05$ . Se puede observar que el valor obtenido en la chi-cuadrada es 9,465 lo cual en la distribución  $X^2$  con 6 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig.Asint.=Significación asintótica) de 0,149. Esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación), es mayor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis nula y se concluye que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

**b. Personalidad resistente en relación a Somatomorfo**

**Tabla N° 15**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Somatomorfo**

		Somatomorfo				Total	
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	0	2	0	2
	Bajo	Frecuencia esperada	1,1	,4	,4	,1	2,0
	Medio	Recuento	2	1	1	0	4
		Frecuencia esperada	2,3	,9	,7	,1	4,0
	Alto	Recuento	38	14	10	2	64
		Frecuencia esperada	36,6	13,7	11,9	1,8	64,0
		Recuento	40	15	13	2	70
	Total	Frecuencia esperada	40,0	15,0	13,0	2,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,409 <sup>a</sup>	6	,152
Razón de verosimilitudes	7,496	6	,277
Asociación lineal por lineal	3,690	1	,055
N de casos válidos	70		

Se puede interpretar los datos de la tabla N° 15 de la siguiente manera: se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un

nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. Se puede observar que el valor obtenido en la chi-cuadrada es 9,409 lo cual en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,152. Esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación), es mayor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis nula y se concluye que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

### c. Personalidad resistente en relación a Bipolar

**Tabla N° 16**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Bipolar**

		Bipolar				Total	
		Nulo	Bajo	Sugestivo	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	2	0	0	2
		Frecuencia esperada	,0	1,9	,1	,0	2,0
	Medio	Recuento	0	3	0	1	4
		Frecuencia esperada	,1	3,7	,2	,1	4,0
	Alto	Recuento	1	60	3	0	64
		Frecuencia esperada	,9	59,4	2,7	,9	64,0
Total		Recuento	1	65	3	1	70
		Frecuencia esperada	1,0	65,0	3,0	1,0	70,0

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,029 <sup>a</sup>	6	,009
Razón de verosimilitudes	6,605	6	,359
Asociación lineal por lineal	2,904	1	,088
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-

cuadrada es de 17,029 lo cual en la distribución  $X^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,009. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

**d. Personalidad resistente en relación a Distimia**

**Tabla N° 17**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Distimia**

		Distimia				Total	
		Nulo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	0	0	2	2
	Bajo	Frecuencia esperada	,0	,0	,7	1,3	2,0
	Medio	Recuento	0	0	2	2	4
		Frecuencia esperada	,1	,1	1,4	2,5	4,0
	Alto	Recuento	1	1	22	40	64
		Frecuencia esperada	,9	,9	21,9	40,2	64,0
	Total	Recuento	1	1	24	44	70
		Frecuencia esperada	1,0	1,0	24,0	44,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,707 <sup>a</sup>	6	,945
Razón de verosimilitudes	2,468	6	,872
Asociación lineal por lineal	,408	1	,523
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la

chi-cuadrada es de 1,707 lo cual en la distribución  $X^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,945. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

**e. Personalidad resistente en relación a Dependencia de Alcohol**

**Tabla N° 18**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Dependencia Alcohol**

		Dependencia Alcohol				Total	
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	0	0	1	2
	Bajo	Frecuencia esperada	,0	,1	,1	1,8	2,0
	Medio	Recuento	0	2	0	2	4
		Frecuencia esperada	,1	,2	,2	3,5	4,0
	Alto	Recuento	0	1	4	59	64
		Frecuencia esperada	,9	2,7	3,7	56,7	64,0
		Recuento	1	3	4	62	70
	Total	Frecuencia esperada	1,0	3,0	4,0	62,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,175 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitudes	16,928	6	,010
Asociación lineal por lineal	19,978	1	,000
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-

cuadrada es de 56,175 lo cual en la distribución  $X^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

**f. Personalidad resistente en relación a Dependencia de drogas**

**Tabla N°19**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Dependencia Drogas**

		Dependencia Drogas			Total	
		Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	0	1	2
		Frecuencia esperada	,1	,3	1,6	2,0
	Medio	Recuento	1	1	2	4
		Frecuencia esperada	,2	,6	3,1	4,0
	Alto	Recuento	2	10	52	64
		Frecuencia esperada	3,7	10,1	50,3	64,0
Total		Recuento	4	11	55	70
		Frecuencia esperada	4,0	11,0	55,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,435 <sup>a</sup>	4	,022
Razón de verosimilitudes	6,465	4	,167
Asociación lineal por lineal	6,644	1	,010
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la

chi-cuadrada es de 11,435 lo cual en la distribución  $X^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,022. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

**D. LA PERSONALIDAD RESISTENTE EN RELACIÓN CON LOS SÍNDROMES SEVEROS**

**a. Personalidad resistente en relación a Desorden del pensamiento**

**Tabla N° 20**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Desorden Pensamiento**

		Desorden Pensamiento		Total	
		Sugestivo	Moderado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	2	0	2
		Frecuencia esperada	1,7	,3	2,0
	Medio	Recuento	4	0	4
		Frecuencia esperada	3,5	,5	4,0
	Alto	Recuento	55	9	64
		Frecuencia esperada	55,8	8,2	64,0
	Total	Recuento	61	9	70
		Frecuencia esperada	61,0	9,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,968 <sup>a</sup>	2	,616
Razón de verosimilitudes	1,732	2	,421
Asociación lineal por lineal	,840	1	,360
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada es de 0,968 lo cual en la distribución  $\chi^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,616. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

**b. Personalidad resistente en relación a Depresión mayor**

**Tabla N° 21**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Depresión Mayor**

		Depresión Mayor				Total	
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado		
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	1	1	0	0	2
		Frecuencia esperada	,1	,5	,5	1,0	2,0
	Medio	Recuento	0	2	0	2	4
		Frecuencia esperada	,1	,9	1,0	1,9	4,0
	Alto	Recuento	1	13	18	32	64
		Frecuencia esperada	1,8	14,6	16,5	31,1	64,0
Total		Recuento	2	16	18	34	70
		Frecuencia esperada	2,0	16,0	18,0	34,0	70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,850 <sup>a</sup>	6	,002
Razón de verosimilitudes	11,342	6	,078
Asociación lineal por lineal	6,513	1	,011
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada es de 20,850 lo cual en la distribución  $\chi^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene

asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,002. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí.

**c. Personalidad resistente en relación a Desorden delusional**

**Tabla N° 22**

**Tabla de contingencia Vulnerabilidad \* Desorden Delusional**

		Desorden Delusional				Total
		Bajo	Sugestivo	Moderado	Elevado	
Vulnerabilidad	Bajo	Recuento	0	2	0	0
		Frecuencia esperada	,7	1,2	,1	,0
	Medio	Recuento	0	3	1	0
		Frecuencia esperada	1,4	2,4	,1	,1
	Alto	Recuento	25	37	1	1
		Frecuencia esperada	22,9	38,4	1,8	,9
Total		Recuento	25	42	2	1
		Frecuencia esperada	25,0	42,0	2,0	1,0
						70,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,469 <sup>a</sup>	6	,106
Razón de verosimilitudes	8,425	6	,209
Asociación lineal por lineal	2,913	1	,088
N de casos válidos	70		

Mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la

chi-cuadrada es de 10,469 lo cual en la distribución  $X^2$  con 8 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,106. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio no están relacionadas entre sí.

## CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

### A. Correlación entre las personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con la patrones clínicos de personalidad **Tabla N° 23**

#### Correlaciones

		Vulnerabilidad (P. Resistente)	Esquizoid e	Evitativo	Dependien t	Histríonico	Narcisista	Antisoci al	Agresivo- Sádico	Compulsiv o	Pasivo- Agresivo	Auto- derrotist a	
Vulnerabilidad (P. Resistente)	Coeficiente de correlación	1,000	,202	,041	,411**	,016	-,154	,208	-,167	-,002	,039	,209	
	Sig. (bilateral)	.	,093	,734	,000	,897	,202	,084	,167	,990	,748	,083	
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	
	Coeficiente de correlación	,202	1,000	,278*	,192	-,363**	-,536**	-,299*	-,601**	,110	-,123	-,080	
	Esquizoide	Sig. (bilateral)	,093	.	,020	,112	,002	,000	,012	,000	,366	,311	
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	
	Coeficiente de correlación	,041	,278*	1,000	,175	-,243*	-,396**	-,036	-,175	,067	,035	,161	
	Evitativo	Sig. (bilateral)	,734	,020	.	,148	,043	,001	,767	,148	,579	,773	
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	,411**	,192	,175	1,000	,035	-,144	,028	-,167	,197	,015	,188	
	Dependiente	Sig. (bilateral)	,000	,112	,148	.	,776	,235	,816	,167	,103	,900	
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	
Histriónico		Coeficiente de correlación	,016	-,363**	-,243*	,035	1,000	,593**	,446**	,576**	-,225	,051	-,203

	Sig. (bilateral)	,897	,002	,043	,776	.	,000	,000	,000	,061	,676	,091
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
	Coeficiente de correlación	-,154	-,536**	-,396**	-,144	,593**	1,000	,145	,582**	-,041	-,076	-,234
Narcisista	Sig. (bilateral)	,202	,000	,001	,235	,000	.	,230	,000	,735	,531	,051
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
	Coeficiente de correlación	,208	-,299*	-,036	,028	,446**	,145	1,000	,489**	,018	,198	,079
Antisocial	Sig. (bilateral)	,084	,012	,767	,816	,000	,230	.	,000	,882	,101	,515
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Agresivo-Sádico	Coeficiente de correlación	-,167	-,601**	-,175	-,167	,576**	,582**	,489**	1,000	,070	-,022	-,285*
	Sig. (bilateral)	,167	,000	,148	,167	,000	,000	,000	.	,563	,855	,017
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Compulsivo	Coeficiente de correlación	-,002	,110	,067	,197	-,225	-,041	,018	,070	1,000	-,312**	-,340**
	Sig. (bilateral)	,990	,366	,579	,103	,061	,735	,882	,563	.	,009	,004
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Pasivo-Agresivo	Coeficiente de correlación	,039	-,123	,035	,015	,051	-,076	,198	-,022	-,312**	1,000	,392**
	Sig. (bilateral)	,748	,311	,773	,900	,676	,531	,101	,855	,009	.	,001
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Autoderrotista	Coeficiente de correlación	,209	-,080	,161	,188	-,203	-,234	,079	-,285*	-,340**	,392**	1,000
	Sig. (bilateral)	,083	,509	,183	,119	,091	,051	,515	,017	,004	,001	.
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70

Los datos obtenidos mediante la prueba estadística de Rho de Spearman, teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del  $5\% = 0,05$ ; y bajo esta premisa, al relacionar ambas variables (Vulnerabilidad y patrones clínicos de la personalidad), se obtienen los valores siguientes:

No se encontró correlación significativa entre la mayoría de los patrones clínicos de la personalidad con la vulnerabilidad

Sin embargo se encontró que solamente existe una correlación significativa directa (positiva) entre la vulnerabilidad y el patrón clínico de personalidad dependiente puesto que el valor de Rho calculado es de 0,411 con un valor  $P = 0,000$ , este último valor hallado está por debajo del nivel de significancia, esto quiere decir que cuando los valores o puntuaciones de la vulnerabilidad aumenten los niveles de dependencia también aumentarán o viceversa. Esto quiere decir que mientras se es más vulnerable más dependiente será la persona o viceversa, mientras menos vulnerable menos dependiente será la persona.

**B. Correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con la patología severa de la personalidad.**

**Tabla N° 24**

**Correlaciones**

		Vulnerabilidad ad	Esquizotípico	Bordeline	Paranoid e
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,153	,612**	,029
	Vulnerabilidad d	.	,206	,000	,810
	N	70	70	70	70
	Coeficiente de correlación	,153	1,000	,029	-,187
	Esquizotípico	,206	.	,810	,120
	N	70	70	70	70
	Coeficiente de correlación	,612**	,029	1,000	-,127
	Bordeline	,000	,810	.	,294
	N	70	70	70	70
Paranoide	Coeficiente de correlación	,029	-,187	-,127	1,000
	Paranoide	,810	,120	,294	.
	N	70	70	70	70

Los datos obtenidos mediante la prueba estadística de Rho de Spearman, teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05; y bajo esta premisa, al relacionar ambas variables de estudio (Vulnerabilidad y la patología severa de la personalidad), se obtienen los siguientes resultados:

Se encontró que existe una correlación significativa positiva entre la vulnerabilidad con la patología severa de personalidad borderline, puesto que el valor de Rho calculado es de 0,612 con un valor  $P = 0,000$ , este último valor hallado está muy por debajo del nivel de significancia, esto quiere decir que cuando los valores o puntuaciones de la vulnerabilidad aumenten los niveles de borderline también aumentarán o viceversa. Esto quiere decir que mientras se es más vulnerable más tendencia al borderline será la persona o viceversa, mientras menos vulnerable menos tendencia al borderline.

**C. Correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con los síndromes clínicos de personalidad**

**Tabla N° 25**

**Correlaciones**

		Vulnerabilidad	Ansiedad	Somatomorfo	Bipolar	Distimia	Dependencia Alcohol	Dependencia Drogas
Vulnerabilidad	Coeficiente de correlación	1,000	-,048	-,183	-,147	-,036	,400**	,244*
	Sig. (bilateral)	.	,695	,129	,225	,769	,001	,042
	N	70	70	70	70	70	70	70
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	-,048	1,000	,602**	-,152	,578**	,028	,126
	Ansiedad	,695	.	,000	,208	,000	,816	,298
	Sig. (bilateral)		70	70	70	70	70	70
Somatomorfo	Coeficiente de correlación	-,183	,602**	1,000	,008	,424**	-,173	,039
	Sig. (bilateral)	,129	,000	.	,948	,000	,152	,748
	N	70	70	70	70	70	70	70

	Coeficiente de correlación	-,147	-,152	,008	1,000	-,244*	-,100	,055
Bipolar	Sig. (bilateral)	,225	,208	,948	.	,041	,412	,652
	N	70	70	70	70	70	70	70
Distimia	Coeficiente de correlación	-,036	,578**	,424**	-,244*	1,000	,128	,130
	Sig. (bilateral)	,769	,000	,000	,041	.	,290	,284
	N	70	70	70	70	70	70	70
Dependencia	Coeficiente de correlación	,400**	,028	-,173	-,100	,128	1,000	,729**
	Alcohol	Sig. (bilateral)	,001	,816	,152	,412	,290	.
	N	70	70	70	70	70	70	70
Dependencia	Coeficiente de correlación	,244*	,126	,039	,055	,130	,729**	1,000
	Drogas	Sig. (bilateral)	,042	,298	,748	,652	,284	.
	N	70	70	70	70	70	70	70

Los datos obtenidos mediante la prueba estadística de Rho de Spearman, teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05; y bajo esta premisa, al relacionar ambas variables (vulnerabilidad y los síndromes clínicos de personalidad), se obtienen los siguientes resultados:

La vulnerabilidad se correlacionan positivamente con los síndromes de personalidad de dependencia de alcohol y dependencia de drogas ya que los valores calculados (Rho=0,400 con P=0,001 y Rho=0,244 con P=0,042;) se encuentran por debajo del nivel de significación, lo cual indica que cuando las puntuaciones o valores de estos síndromes aumenten, también aumentarán los niveles de vulnerabilidad o viceversa; es decir mientras más se es vulnerable mayor será la dependencia al alcohol y a las drogas o viceversa, mientras se es menos vulnerable menor será la dependencia al alcohol y a las drogas.

**D. Correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con los síndromes severos**

**Tabla N° 26**

**Correlaciones**

		Vulnerabilidad ad	Desorden Pensamiento	Depresión Mayor	Desorden Delusional
Vulnerabilidad	Coeficiente de correlación	1,000	,118	,207	-,257*
	Sig. (bilateral)	.	,333	,085	,032
	N	70	70	70	70
Desorden Pensamiento	Coeficiente de correlación	,118	1,000	-,005	,301*
	Sig. (bilateral)	,333	.	,970	,011
	N	70	70	70	70
Rho de Spearma n	Coeficiente de correlación	,207	-,005	1,000	-,193
	Depresión Mayor	,085	,970	.	,109
	N	70	70	70	70
Desorden Delusional	Coeficiente de correlación	-,257*	,301*	-,193	1,000
	Sig. (bilateral)	,032	,011	,109	.
	N	70	70	70	70

Los datos obtenidos mediante la prueba estadística de Rho de Spearman, teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del  $5\% = 0,05$ ; y bajo esta premisa, al relacionar ambas variables (vulnerabilidad y síndromes severos), se obtienen los siguientes resultados:

Se encontró que existe una correlación significativa positiva entre la vulnerabilidad con el síndrome severo depresión mayor, puesto que el valor de Rho calculado es de 0,207 con un valor  $P = 0,085$ , este último valor hallado está muy por debajo del nivel de significancia, lo cual indica que cuando los valores o puntuaciones de la vulnerabilidad aumenten los niveles de depresión mayor también aumentarán o viceversa. Esto quiere decir que mientras más se es vulnerable mayor será la depresión o viceversa, mientras se es menos vulnerable menor será la depresión.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

Con la finalidad de comprender con mayor profundidad los resultados hallados en esta investigación, es de interés recordar algunos planteamientos realizados por el autor del Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMII). Para millón (1998), “Todos los patrones comportamentales patológicos, independientemente de la gravedad que presenten supone características de funcionamiento profundamente arraigadas que son producto de la interacción de las influencias constitucionales y de la experiencia”.

En nuestra investigación sobre “Perfil clínico de personalidad y personalidad resistente en personas adictas en situación de internamiento”, se comprobó la hipótesis planteada, ya que si existe una relación entre el perfil clínico de la personalidad y la personalidad resistente en personas adictas en situación de internamiento. Los patrones clínicos de personalidad que se relacionan con la personalidad resistente son: esquizoide, dependiente, antisocial y autoderrotista, de los cuales existe una correlación más significativa entre la vulnerabilidad y el patrón clínico de personalidad dependiente, esto quiere decir que mientras se es más vulnerable, más dependiente será la persona. Estos individuos 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 consejos. La carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental. Como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer que atenciones y apoyos pueden encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

En cuanto a la correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con la patología severa de la personalidad, se encontró que existe una correlación significativa positiva entre la vulnerabilidad con la patología severa de personalidad borderline, esto quiere decir que mientras se es más vulnerable más tendencia al borderline será la persona. La personalidad borderline tiene fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que los distingue más claramente de los otros dos patrones graves, el Esquizotípico y el Paranoide, es la disregulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Así mismo existe una correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) con los síndromes clínicos de personalidad, específicamente la vulnerabilidad se correlaciona positivamente con los síndromes de personalidad de dependencia de alcohol y dependencia de drogas, es decir mientras más se es vulnerable mayor será la dependencia al alcohol y a las drogas. En el caso de la dependencia de alcohol las puntuaciones altas del paciente probablemente indican una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. Lo importante en esta escala y la siguiente (Abuso de las drogas) es la oportunidad de situar el problema dentro del contexto del estilo de personalidad total de afrontamiento y de funcionamiento del paciente. En cuanto a la dependencia de drogas, es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o

mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. Esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles, como la escala de Abuso del alcohol, y puede ser útil para identificar sujetos con problemas de abuso de las drogas que no están dispuestos admitir su problema.

Vemos también, en cuanto a la correlación entre la personalidad resistente (vulnerabilidad) en relación con los síndromes severos que existe una correlación significativa positiva entre la vulnerabilidad con el síndrome severo depresión mayor, esto quiere decir que mientras más se es vulnerable mayor será la depresión o viceversa, mientras se es menos vulnerable menor será la depresión. Estos pacientes son habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este periodo -son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable, quejumbroso y lacrimógeno.

En nuestro medio no existen investigaciones sobre “Perfil clínico de personalidad y personalidad resistente en personas adictas en situación de internamiento”, solo encontramos investigaciones sobre personalidad resistente, dentro del área organizacional y otras que apuntan a otras áreas de la psicología clínica, así mismo vemos que existen antecedentes en cuanto a investigaciones que relacionan los trastornos de personalidad en adictos.

Los estudios realizados por Kobasa, Maddi y Kahn en 1982, determinaron que poseer un nivel alto de personalidad resistente puede contribuir enormemente a vivir la vida a plenitud, con un sentimiento de competencia y una orientación productiva, se ha demostrado que esto protege no solo de enfermedades, sino que le proporciona salud y bienestar.

En otros estudios realizados también por Kobasa y colaboradores, demostraron que la personalidad resistente estaba asociada a una salud mejor, otros trabajos, como el de Moreno y colaboradores confirman la posible acción moderadora de variables salutogénicas como el sentido de coherencia de Antonosky y la personalidad resistente sobre una menor sintomatología, tanto física como psicológica, así como también sobre la relación entre la personalidad resistente y la autoestima.

Según Kobasa (1979, en Moreno 1998), las personas con personalidad resistente perciben los estímulos estresantes como oportunidades de crecimiento y como un medio de aprendizaje ante situaciones futuras, como resultado, se enfrentan a dichos estímulos de forma optimista y activa, por el contrario, el afrontamiento regresivo suele ser utilizado por individuos con baja personalidad resistente, quienes evitan dichos estímulos estresantes.

Son múltiples los estudios que relacionan el consumo de drogas y los trastornos de personalidad. A continuación se procede a comentar las investigaciones más relevantes llevadas a cabo a través de diferentes instrumentos de evaluación de la personalidad anormal (trastornos) como son la IPDE, el SCID-II y el MCMI-II.

Estudios de comorbilidad llevados a cabo mediante la IPDE: un primer estudio tenía como objetivo determinar la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes adictos a opiáceos en una muestra de 262 pacientes (programa de mantenimiento con metadona en centro público, n=53; programa de mantenimiento con naltrexona en centro público, n=82; y en centro privado, n=127) (San Narciso, Gutiérrez, Sáiz, González, Bascarán et al., 2000). Los resultados más relevantes indicaban que la prevalencia de trastornos de personalidad era

mayor en los pacientes sometidos a programas de mantenimiento con metadona. Así, en el programa de mantenimiento con metadona público, los trastornos de personalidad más frecuentemente diagnosticados son el disocial, el límite y el paranoide; en programa de mantenimiento con naltrexona público fueron el disocial, ansioso y límite; y, por último en programa de mantenimiento con naltrexona privado fueron el límite, disocial e impulsivo. En general, los adictos a opiáceos que cumplen criterios IPDE de trastornos de personalidad presentaban una mayor gravedad de su adicción. Además, los trastornos de personalidad con mayor índice de falsos positivos cuando se ha usado el módulo de screening IPDE DSM-IV han sido el límite, el evitativo, el paranoide y el histriónico, mientras que cuando se utilizó el módulo IPDE Características CIE-10 resultaron ser el esquizoide, el paranoide y el impulsivo. No obstante, se pudo comprobar la estabilidad diagnóstica de la IPDE a medio plazo (seis meses), ya que los resultados diagnósticos fueron similares a los seis meses, con excepción del trastorno impulsivo. Por otra parte, estudios de otro grupo de investigación llevados a cabo en Asturias como el de Gutiérrez, Sáiz, González, Fernández y Bobes (1998) sobre de una muestra de 88 sujetos adictos a opiáceos, divididos en dos grupos: programa de mantenimiento con metadona ( $n= 30$ ) y programa con naltrexona ( $n= 58$ ), mostró que el 62.5% presentaba un diagnóstico de trastorno de personalidad. El más frecuente fue el antisocial seguido del límite.

Estudios llevados a cabo con el SCID-II: una investigación llevada a cabo en el departamento de adicciones de Verona por Bricolo, Gomma, Bertani y Serpelloni (2002) con una muestra de 115 sujetos con adicción a opiáceos, encontró que los trastornos de personalidad más frecuentes eran: el límite (76.8%), seguido del antisocial (69.6%), paranoide (52.7%), narcisista (42%), obsesivo-compulsivo(40.2%), evitativo (34.8%), esquizoide (34.8%), dependiente (25.9%), esquizotípico(25.9%) y, finalmente, histriónico (9.8%). Parece ser, que el grupo B de los trastornos de personalidad es el más frecuente dentro de la

población con dependencia a opiáceos. Otro estudio llevado a cabo por Sánchez-Hervás y Gradolí (1999) cuyo objetivo era analizar la prevalencia de trastornos de personalidad en tres grupos de adictos a opiáceos (grupo de admisión, grupo con metadona y grupo abstинente), reveló que en el grupo de abstinentes los trastornos más usuales eran el trastorno de personalidad antisocial en un 70% de los casos, el trastorno paranoide en el 50% y el trastorno histriónico en un 45%. Sin embargo, en el grupo de metadona aparecía una mayor prevalencia del trastorno límite (50%), el trastorno antisocial y el trastorno de la personalidad paranoide (40%). Por último, en el grupo de admisión era más frecuente el trastorno de personalidad antisocial con un 75%, el límite en un 70% y el paranoide en un 60%. Estudios llevados a cabo a través de la aplicación del inventario de personalidad MCMI-II: un estudio llevado a cabo por Pedrero (2003) con una muestra compuesta por 187 sujetos que se encontraban realizando tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de heroína, cocaína, alcohol, cannabis y/o benzodiacepinas obtuvo como resultado que los estilos básicos de personalidad más frecuentes en la muestra de drogodependientes eran el trastorno agresivo-sádico, pasivo-agresivo, antisocial, histriónico y narcisista. En cuanto a la frecuencia de aparición década rasgo en función de la droga, se encuentra que en el caso del consumo de heroína, el estilo de personalidad con mayor prevalencia es el pasivo-agresivo seguido del histriónico, narcisista y antisocial. En el caso de la cocaína, el más relevante es el dependiente y el antisocial. Para el consumo de alcohol, los estilos de personalidad encontrados con mayor frecuencia son el histriónico, fóbico, autodestructivo y agresivo-sádico. Para el consumo de cannabis, se observa que el agresivo sádico es el más destacado mientras que en el caso del consumo de benzodiacepinas es el autodestructivo. Este mismo autor junto con otros compañeros (Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003) lleva a cabo otro estudio con una muestra de 150 sujetos, consumidores de heroína (n=71), cocaína (n=36), alcohol (n=37) y cannabis (n=6), de los que excluyen a 9 por no cumplir los requisitos de validez sus cuestionarios. Encontraron

que el 83% de los sujetos presentaban puntuaciones criterio para la estimación de la presencia de algún trastorno de la personalidad, siendo el más frecuente para los varones el pasivo-agresivo y en las mujeres el dependiente. Los tres trastornos graves están poco representados, siendo sólo significativos entre los consumidores de cocaína (31.3%), en especial en aquéllos que inician tratamiento. No se confirman las tasas de prevalencia obtenidas por otros métodos propios del enfoque categorial en trastornos como el antisocial, que no alcanza el 32% en esta muestra. 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 y en relación a los subgrupos según la droga que motiva la demanda de tratamiento, siendo especialmente significativa la presencia de trastornos agresivos en los consumidores de cocaína, con una importante gravedad. También resulta significativo que casi la totalidad de los cocainómanos que alcanzan la fase de mantenimiento presentan puntuaciones criterio para el diagnóstico de trastorno narcisista, y tres de cada cuatro, para los trastornos por evitación y pasivo-agresivo. Estos datos van en la línea de otros estudios semejantes a través del MCMI-II (Mestre, Risco, Catalán e Ibarra, 2001; Nadeau, Landry y Racine, 1999).

En concreto, un estudio llevado a cabo por Cangas y Olivencia (1999) con una muestra de 26 drogodependientes (18 sujetos consumidores habituales de heroína y 8 de cocaína) con edades comprendidas entre los 18-40 años y que eran hombres en su mayoría, mostró diferencias significativas entre los drogodependientes y los controles, si bien los resultados han de tomarse con bastante precaución debido a las notables deficiencias metodológicas derivadas de la muestra utilizada en la investigación. Para la aplicación de los cuestionarios, los sujetos tuvieron que pasar una fase de desintoxicación de la sustancia. En cuanto a los estilos de personalidad no patológicos se encontró que un 69% de los sujetos puntuaron alto en personalidad antisocial, un 61% en personalidad pasivo-agresiva, un 50% en personalidad evitativa, un 42% en personalidad narcisista y un 23% en personalidad esquizoide. En las

escalas de personalidad grave, un 50% mostró personalidad agresivo-sádica, otro 50% mostró una personalidad autodestructiva, el 46% una personalidad límite y el 23% una personalidad esquizotípica. Anteriormente, aplicando el MCMI, Craig (1988) estudió las características de personalidad en una muestra de 121 heroinómanos. Los resultados revelaban la presencia de algún trastorno de personalidad, destacando por encima de los demás el trastorno antisocial (22%), el narcisista (18%) y el límite (16%).

Posteriormente, nuevas aplicaciones del MCMI a dependientes han corroborándola presencia de múltiples trastornos de personalidad, siendo el único no significativo el antisocial-agresivo. Así, Yeaguer, DiGiuseppe, Resweber y Leaf (1992) estudian con una muestra de 144 pacientes alcohólicos, confirmando que el principal rasgo de personalidad era el antisocial, seguido del dependiente y evitativo, datos algo diferentes a los ya mencionados por Pedrero (2003) para el caso del alcohol. No obstante, a pesar de la discrepancia de trastornos asociados entre los pacientes drogodependientes, incluso para los consumidores de la misma sustancia, parece que existe una tendencia común en estos sujetos a mostrar comportamientos emocionales e interpersonales inestables, a la vez que se desprecian o se sienten maltratados y muestran comportamientos extraños, impulsivos o de aislamiento social, así como un profundo rechazo a ser controlados y someterse a normas por parte de la autoridad (Choca y Van Denburg, 1998).

Estudios llevados a cabo con el MMPI: un estudio de comorbilidad llevado a cabo en el País Vasco por Fernández, Llorente, Gutiérrez y Niso (1996) sobre un grupo de 111 sujetos cuya sustancia principal de consumo era la heroína y que estaban en una comunidad terapéutica, mostró un patrón caracterizado por rasgos psicóticos, depresivos, psicopáticos e introversión. Tras una reevaluación a los seis meses, se evidenció un cambio de perfil, pues aumentaron la extraversión y la somatización y disminuyeron los síntomas ansiosos y depresivos. En esta línea, una investigación llevada a cabo sobre una muestra de adictos a

heroína por Penk y Robinowitz (1980) encontró puntuaciones más altas con respecto a otros toxicómanos en aquellos que acudían voluntariamente al tratamiento en las escalas de incoherencia, masculinidad-feminidad, psicastenia, esquizofrenia e introversión social. Otro estudio de revisión llevado a cabo por Graham y Strenger (1988) acerca de las características de personalidad patológicas en alcohólicos, reveló la elevada consistencia entre las diversas investigaciones en cuanto a la elevación en el perfil del -MMPI- de la escala de desviación psicopática (Butchery Owen, 1978; Conley, 1981; Donovan, 1986; Mayo, 1985; Miller, 1976; Penk, Charles, Patterson, Roberts, Dolan et al., 1982; Sutker y Archer, 1979). No obstante, estos resultados se hallaron en un subtipo de alcohólicos impulsivos, frente a otro tipo de alcohólicos caracterizados por la depresión, la psicastenia y la tendencia a somatizar (Graham y Strenger, 1988).

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** Existe relación entre el perfil clínico de personalidad y la personalidad resistente en personas adictas en situación de internamiento. En nuestra investigación encontramos perfiles predominantes en el perfil clínico de personalidad que se concatenan claramente con el nivel bajo de personalidad resistente, siendo este nivel el que obtuvieron la totalidad de personas que participaron del presente estudio, de tal manera se nos demuestra que las personas con determinados perfiles clínicos de personalidad son propensas a desarrollar algún tipo de adicción, como respuesta a determinados estímulos.

**SEGUNDA.-** Existe relación en un nivel elevado entre los patrones clínicos de personalidad: esquizoide, dependiente, antisocial y autoderrotista con la personalidad resistente baja o altamente vulnerable, encontrando mayor predominancia del patrón clínico Dependiente seguido del autoderrotista, luego el antisocial y finalmente el patrón clínico esquizoide. Lo que nos indica la concordancia entre estos patrones clínicos de personalidad y el consumo y abuso de drogas, en respuesta a los acontecimientos estresantes que la persona experimenta.

**TERCERA.-** Existe relación en un nivel elevado entre la patología severa de la personalidad borderline, con la personalidad resistente baja o altamente vulnerable. Lo que nos indica la concordancia entre la patología severa de la personalidad borderline y el consumo y abuso de drogas, en respuesta a los acontecimientos estresantes que la persona experimenta.

**CUARTA.-** Existe relación en un nivel elevado entre los síndromes clínicos dependencia de alcohol y drogas con la personalidad resistente baja o altamente vulnerable, encontrando mayor predominancia del síndrome clínico dependencia de alcohol seguido del síndrome clínico dependencia de drogas. Lo que nos indica la concordancia entre los síndromes clínicos dependencia de alcohol y drogas con el consumo y abuso de drogas, en respuesta a los acontecimientos estresantes que la persona experimenta.

**QUINTA.-** Existe relación entre el síndrome severo depresión mayor con la personalidad resistente baja o altamente vulnerable, Lo que nos indica la concordancia entre el síndrome severo depresión mayor con el consumo y abuso de drogas, en respuesta a los acontecimientos estresantes que la persona experimenta.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA**

Realizar investigaciones más profundas sobre niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento en la ciudad de Arequipa, a fin de poder obtener una amplia información que vaya más acorde con la realidad de nuestra localidad, ya que no existen antecedentes de esta investigación en nuestro contexto.

### **SEGUNDA**

Considerar la evaluación individual integral de los sujetos para conocer los aspectos personales con el fin de tener posibles explicaciones sobre los niveles de resistencia en personas adictas.

### **TERCERA**

Ahondar más en la influencia que tiene la personalidad resistente baja, en el desarrollo de trastornos de personalidad, de modo que nos permita disminuir el impacto negativo en la salud del adicto.

### **CUARTA**

Gestionar la creación de centros especializados de tratamiento para adicciones, que cuenten con un equipo multidisciplinario, ya que la mayoría de centros de rehabilitación que existen en la ciudad de Arequipa, trabajan de manera improvisada y carecen de infraestructura adecuada, sin contar con el apoyo profesional especializado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: PNSD.
- Bittar, M. (2008). *Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios*. Madrid
- Carver, C. y Scheier, M. (1997). *Teorías de la personalidad*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Cugota, M. (2008). *Adicciones ¿hablamos?* (1ra ed.) España: Editora Parramon.
- Díaz, D. (2010). *Compendio de teorías de la personalidad*. Perú: Editorial de la Universidad Nacional Federico Villareal.
- Echeborua, E. (2008). *Adicción a las nuevas tecnologías en los adolescentes y jóvenes*. España: Ediciones Pirámide.
- El Test de “Millon” y los trastornos de personalidad. Notas:* Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. 4, 1. 66 - 68. Recuperado de [http://www.conductitlan.net/49\\_el\\_millon\\_y\\_trastornos\\_de\\_personalidad.pdf](http://www.conductitlan.net/49_el_millon_y_trastornos_de_personalidad.pdf)
- Freud, S. (1925). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Geiwitz, J. (1977). *Teorías no freudianas de personalidad*. (2da ed.). Madrid: Marova.
- Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J. (2002). *La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza*. *Clínica y Salud*, 2, 135-162. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618085001>

Graña, J., Muñoz, J. y Navas, E. (2005). *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. España: Universidad complutense de Madrid.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006), *Metodología de la investigación*. (4ta ed.) México: McGraw-Hill.

Horvath, T. (2002). *Sexo, Drogas y Chocolate*. España: S.A. Ediciones B.

Kisker, G. (1984). *La personalidad desorganizada. Psicología anormal*. España: Trillas.

Kobasa, S. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 4, 413 - 423.

Kobasa, S. (1979). Stressfull life events, personality, and health. *An inquiry into hardiness*, *Journal of Personality and social Psychology*, 37(1), 1-11.

Laespada, M.T., Arostegi, E. y Iraurgui J. (2004). *Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Deusto. España: Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto.

Lopez, A. y Garcia, L. y Cardona, L. (2012). *Relación entre el estilo de personalidad de los docentes de preescolar y la relación docente - estudiante*. (Tesis para optar el grado de bachiller en Psicología, publicada). Colombia: Corporación Universitaria Lasallista.

Maddi, S. (1988) On the problem of accepting facticity and pursuing possibility, En SB. Messer, L.A. Sass and R. L. Woolfold (Eds). *Hermeutics and Psychological Theory* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

American Psychiatric Association. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Editorial Masson

Millon, T. (1999). *MCMII- II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: Tea Ediciones.

Millon,T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Miralles, F. (2001). *Cambios emocionales y de personalidad en jóvenes que realizan el servicio militar*. (Tesis para optar el grado de doctor, publicada). Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Psicología.

Organización Mundial de la salud. (1957). *Serie de Informes Técnicos*, ONU, números 116 - 117.

Organización Mundial De La Salud. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (CIE-10)*. Madrid.: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid.: Editado por Ministerio de sanidad y consumo, Centro de publicaciones.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de Intervención mh GAP*, Versión 1.0. Ginebra.: recuperado de [www.who.int/mental\\_health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap).

Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. En *boletín de psicología*, 58, 61-96.

Sánchez, L. (1996). *Metodología y diseños de investigación científica*, Perú: los jazmines.

Silva, F (2001). *Adicciones con o sin drogas*. Uruguay: Prevención.

Soto, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas ¿ posible o imposible?* (Tesis para optar el título de magíster en Psicología Clínica de adultos, publicada). Universidad de Chile. Chile.

Torres, J. (2007). *Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.* (Tesis para optar el grado profesional de psicóloga, publicada). Universidad nacional mayor de san marcos: Perú.

Valdivieso, R. (2015) *Rasgos de personalidad y niveles de adaptación en estudiantes de 3º de ESO y 1º de bachillerato* (Tesis para optar el grado de doctor en Psicología, publicada). Universidad nacional de educación a distancia. España.

Valleur, M. Matysiak, J. (2005) *Las nuevas adicciones del siglo XVI.* España: Paidos Ibérica

# **ANEXOS**

## CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD RESISTENTE

**Expresé el nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes expresiones**

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.-Me implico seriamente en lo que hago pues es la mejor manera de alcanzar mis propias metas.	1	2	3	4
2.- Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva.	1	2	3	4
3.- Hago todo lo que puedo para asegurarme el control de los resultados de mi trabajo.	1	2	3	4
4.- Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos.	1	2	3	4
5.- En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos.	1	2	3	4
6.- Las cosas solo se consiguen a bases de esfuerzo personal.	1	2	3	4
7.- Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo.	1	2	3	4
8.- En mi trabajo profesional me atraen aquellas tareas y situaciones que implican un desafío personal.	1	2	3	4
9.- El control de las situaciones es lo único que garantiza el éxito.	1	2	3	4
10.- Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.	1	2	3	4
11.- En la medida que puedo trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano.	1	2	3	4
12.- Las cosas salen bien cuando las preparas a conciencia.	1	2	3	4

Nombres y Apellidos:

Edad:

Fecha:

13.- Me gusta comprometerme personalmente en los objetivos del grupo o de la colectividad.	1	2	3	4
14.- Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo.	1	2	3	4
15.- Si me lo propongo puedo vencer y controlar las antipatías.	1	2	3	4
16.- La mejor manera que tengo de alcanzar mis propias metas es implicándome a fondo.	1	2	3	4
17.- Tengo una gran curiosidad por lo novedoso tanto a nivel personal como profesional.	1	2	3	4
18.- Cuando se trabaja seriamente y a fondo se controlan los resultados.	1	2	3	4
19.- Mis propias ilusiones son las que hacen que siga adelante con la realización de mi actividad.	1	2	3	4
20.- Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo.	1	2	3	4
21.- Si te lo propones puedes asegurar lo que va a pasar mañana controlando lo que ocurre hoy.	1	2	3	4

Dimensión	Puntaje	Nivel
<b>Compromiso</b>		
<b>Reto</b>		
<b>Control</b>		

## **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

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 más 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 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 de castigar por lo 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 solo 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 enseguida 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 significaban 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 perecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente 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 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 un 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 perdonó 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 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 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 bien que lo haga 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 atención 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 dónde voy a ir 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 saber hasta dónde 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 muchos 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 molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha 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 estos 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 muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es 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 de 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 dónde 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 con energía que luego he estado bajo de ánimo.

175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

**FIN DE LA PRUEBA**

**COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR**

**ALGUNA FRASE.**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## **FORMATO DE ENTREVISTA**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Grado de instrucción:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

(1)  Casado - conviviente      (2)  soltero

(3)  divorciado – separado      (4)  viudo

**Con quien vive actualmente**

(1)  conyuge      (2)  hijos      (3)  padres      (4)

hermanos      (5)  amigos      (6)  Solo

**A qué edad empezó a consumir algún tipo de droga legal o ilegal**

---

**Que sustancias has consumido en tu vida**

(1)  Alcohol      (5)  heroína

(2)  tabaco      (6)  Pastillas (nombre) \_\_\_\_\_

(3)  Marihuana      (7)  otras \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_ Cocaína

**Principal problema por el que está buscando ayuda (marque solo una)**

(1) \_\_\_\_ Alcohol      (5) \_\_\_\_ heroína

(2) \_\_\_\_ tabaco      (6) \_\_\_\_ Pastillas (nombre) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_ Marihuana    (7) \_\_\_\_ otras \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_ Cocaína

**Tiempo de consumo**

---

**Anteriormente ha sido internado para resolver su problema**

Si \_\_\_\_ Nº de veces internado \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_

**Cuantos días a la semana llego a consumir**

---

**En qué tipo de situaciones consume habitualmente (señale todas las variantes en las que consume)**

(1) \_\_\_\_ Solo

(2) \_\_\_\_ con amigos

(3) \_\_\_\_ con familiares

**Cuál es tu ocupación actual**

---

**Tiempo de permanencia en el**

---

**Como era usted de niño**

(1) \_\_\_ Tímido

(2) \_\_\_ Travieso

(3) \_\_\_ Estudioso

(4) \_\_\_ Relajado

(5) \_\_\_ otro \_\_\_\_\_

# **CASO**

# **CLÍNICO I**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER**

**Alex Renato Condorcallo Ccama**

## HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

### ANAMNESIS

#### 1. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos:</b>	Mayumi D.J.
<b>Fecha de nacimiento:</b>	05 de Julio de 1991
<b>Edad:</b>	23 años
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Cuzco
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria completa
<b>Estado civil:</b>	Soltera
<b>Procedencia:</b>	Arequipa
<b>Ocupación:</b>	Ninguna
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	10,17 y 26 de junio del 2014
<b>Examinador:</b>	Alex Renato Condorcallo Ccama

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere sentirse desganada, triste, además de presentar una completa dependencia hacia sus tíos, no desea salir sola a ningún lugar fuera de casa ya que siente miedo a las personas y a los lugares extraños después de haber sido víctima de una violación.

#### 3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

La paciente sufre una violación a la edad de 16 años, esta situación ocurre en circunstanciasen que ella regresaba a su casa después de salir de clases, ella baja en el

último paradero como habitualmente lo hacía, siendo la distancia de ese punto hasta su casa muy considerable, es ahí cuando la menor es sujetada por dos hombres que la conducen hasta un descampado, la golpean y abusan sexualmente de ella dejándola abandonada en esa misma zona. Luego que los sujetos se marchan ella permanece inmóvil en el mismo lugar llorando sin atreverse a ir a su casa, siendo sus llantos los que llaman la atención de pobladores de la zona quienes acuden a ayudarla y son estas personas quienes la conducen hasta su casa.

A partir de ese momento tiene problemas para conciliar el sueño y empieza a tener pesadillas recurrentes sobre el lamentable hecho de la violación del que fue víctima, se torna muy irritable en cualquier momento y con cualquier persona, sintiéndose luego muy triste por su manera de actuar, esto la lleva a aislarla aún más, siempre está tratando de apartarse de todas las personas, solo se siente bien estando con sus tíos.

Luego de abandonar el colegio empezó a trabajar en labores sencillas pero siempre termina por abandonar sus trabajos, ella no consigue concentrarse pues siempre le invaden recuerdos de la violación sufrida. La paciente no volvió a viajar a Cuzco, lugar donde viven sus padres, porque refiere que se siente mal hablando de lo que le pasó. Es a raíz de todos estos hechos que la paciente ya no siente deseos de seguir adelante siente un enorme vacío en su ser y piensa que nunca dejará de sufrir.

#### **4. ANTECEDENTES PERSONALES**

Gestación: La paciente refiere que no hubo alguna particularidad, el embarazo fue desarrollado con normalidad, sin ninguna complicación.

Parto: Fue natural al término de los nueve meses y sin ninguna complicación.

Niñez: Su desarrollo motor y de lenguaje fue dentro de lo esperado para su edad, fue alimentada con leche materna y su edad de destete fue aproximadamente a los 2 años, no tuvo ninguna enfermedad grave así como tampoco una intervención quirúrgica.

**Escolaridad:** Su rendimiento en el colegio siempre fue bueno, aprendía con facilidad, sus calificaciones eran buenas, destacaba en el área de números, tenía una buena conducta; la relación con sus maestros y con sus compañeros era buena, esto no cambio cuando se vino a estudiar a Arequipa a los 14 años para cursar el tercero de secundaria, en su nuevo colegio logró adaptarse adecuadamente, socializaba con todos sus compañeros, sin embargo entablo una amistad más estrecha con dos compañeras. Todo esto cambio a partir de la violación, dejo de asistir a clases; por insistencia de su tía retomo sus clases, sin embargo mostraba un alarmante desinterés por el estudio, sus notas disminuían cada vez más, llego un momento en que ya no quiso ir mas al colegio y abandono sus estudios del quinto grado de secundaria estando a mitad de año.

**Psicosexualidad:** Su menarquia fue a los doce años, hasta la actualidad nunca ha tenido enamorado, manifestando que no lo desea y nunca quisiera tener uno.

**Antecedentes laborales:** Sus trabajos han sido pocos y esporádicos ya que no logra permanecer por mucho tiempo ellos.

**Hábitos e influencias nocivas o toxicas:** Consumió alcohol por primera vez a los 15 en una fiesta de quince años, lo cual lo hacía esporádicamente y en cantidades pequeñas, no ha consumido ningún tipo de drogas, en la actualidad no consume ni alcohol ni drogas, no pertenece a ninguna agrupación, es católica pero no practicante.

**Historia de la recreación de la vida:** Al ser hija única no tenía en casa con quien jugar, así que siempre estaba en busca de compañeros de juego que bien podían ser vecinos o algunos primos que vivían cerca, tenía preferencia por los juegos en grupo, sin embargo a veces se negaba a compartir sus juguetes.

**Personalidad premórbida:** desde pequeña era una niña tranquila por lo general, solo se mostraba juguetona y entraba en confianza con personas a las que conocía, siempre rechazaba a desconocidos o a personas con las que no tenía mucho contacto, por las noches

solía tener miedo a la oscuridad por lo que siempre prefería dormir con la luz prendida, pero sin que esto significara un problema mayor, mostraba cierta dependencia de su madre de la que nunca quería separarse, cuando esto sucedía entraba en un llanto terrible.

## **5. ANTECEDENTES FAMILIARES**

La paciente es hija única, sus padres viven en Cuzco con los cuales mantiene una escasa comunicación; durante su infancia tuvo una buena relación con ellos, ella recuerda que con su padres la relación era armoniosa, habiendo gran cantidad de demostraciones de afecto por ambas partes. Sin embargo su padre consumía alcohol con cierta frecuencia lo cual era motivo de algunas discusiones con su madre, pero sin que esto llegara a agresiones físicas.

Se empezó a distanciar un poco de sus padres desde que se vino a vivir a Arequipa, la situación se agravo a partir de la violación, ya que la comunicación ahora es casi nula siendo la paciente la que se niega a comunicarse con ellos

Sus padres siempre se preocuparon por su educación, siendo hija única, ellos deseaban que fuese una profesional y estudiara en una buena universidad, por tal motivo deciden que viaje a Arequipa para que culmine su educación, y que viva en la casa de sus tíos, estos aceptan de buena manera que viva en su casa, ya que siempre la quisieron como a una hija.

El dinero para pagar sus gastos es enviado por sus padres, aunque sus tíos también contribuyen.

Actualmente la paciente vive en casa de sus tíos también junto a sus 3 primos de edades entre los 10 y 17 años manteniendo una relación distante con todos ellos, la comunicación es muy escasa pero aun así más que con cualquier otra persona.

Historia socioeconómica: vive en la casa de sus tíos, la cual es de material noble y cuenta con todos los servicios básicos, sus tíos tienen un nivel socioeconómico bajo; ella aun es dependiente, ya que el dinero para pagar sus gastos es enviado por sus padres, aunque sus tíos también contribuyen.

Según nos refiere la paciente en su familia ningún integrante ha presentado algún problema crónico en su salud.

## **6. RESUMEN**

La paciente refiere la gestación fue desarrollada con normalidad, nació a los 9 meses de un parto natural y sin ninguna complicación, su desarrollo motor y de lenguaje fue dentro de lo esperado para su edad, fue alimentada con leche materna y su edad de destete fue aproximadamente a los 2 años. Su rendimiento en el colegio siempre fue bueno, tenía una buena conducta, todo esto cambio a partir de la violación, abandonó sus estudios a mitad de año estando en el quinto grado de secundaria; su menarquia fue a los doce años, hasta la actualidad nunca ha tenido enamorado, sus trabajos han sido pocos y esporádicos ya que no logra permanecer por mucho tiempo en ellos; de pequeña se mostraba como una niña tranquila y solo entraba en confianza con personas a las que conocía, la paciente es hija única, sus padres viven en Cuzco con los cuales mantiene una escasa comunicación; actualmente la paciente vive en casa de sus tíos junto a sus 3 primos en una casa de material noble que cuenta con todos los servicios básicos, sus tíos tienen un nivel socioeconómico bajo; ella depende económicamente de sus padres.

El problema actual se origina hace 7 años a raíz de que la paciente sufre una violación por parte de unos desconocidos cuando regresaba a su casa después de salir de clases; a partir de ese momento empieza a presentar problemas para conciliar el sueño, tiene pesadillas recurrentes sobre el hecho traumático, se torna muy irritable en cualquier momento y con cualquier persona, sintiéndose luego muy triste por su manera de actuar, esto la lleva a aislar aún más, siempre está tratando de apartarse de todas las personas, solo se siente bien estando con sus tíos, es a raíz de todo esto que la paciente ya no siente deseos de seguir adelante, siente un enorme vacío en su ser y piensa que nunca dejará de sufrir.

## **EXAMEN MENTAL**

### **1. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD**

La paciente aparenta una edad mayor a la cual le corresponde, es de tez morena, cabello negro, contextura gruesa, estatura aproximada de 1.55, con una apariencia física saludable.

Su caminar es lento, tiene una postura un poco encorvada no levantando la mirada en toda ocasión, la mayor parte del tiempo se muestra tímida, seria; se llega a percibir cierta ansiedad cuando habla teniendo un volumen y una claridad de voz adecuada.

Es de notar que la paciente mostró interés y atención hacia las indicaciones, colaborando con la evaluación en todo momento, además expresa ser consciente del problema que tiene aceptando que esto está afectando su vida y se muestra dispuesta a aceptar ayuda para superar el problema.

### **2. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

- **Atención:** La paciente presenta algunas dificultades para concentrarse, por momentos se distrae y parece ensimismada.
- **Conciencia:** En cuanto al grado de conciencia presenta lucidez y adecuados niveles de alerta.
- **Orientación:** La paciente se encuentra orientada en espacio, tiempo, lugar y persona; reconociendo su posición y distribución en el espacio así como distintas fechas. No hay alteración al indagar sobre su orientación geográfica, lugares familiares y respecto a su propia persona.

### **3. LENGUAJE**

En cuanto a su lenguaje este es comprensible, así mismo hay fluidez en cuanto a lo que expresa, no posee dificultades en la articulación, comprende fácilmente lo que se le

expresa. Su entonación varía, siendo baja en temas que le causan dolor, mientras que es un poco más alta cuando habla de cosas agradables. Hay coherencia entre su lenguaje verbal y no verbal. Ella no inicia conversaciones, analizando antes de responder alguna pregunta.

#### **4. PENSAMIENTO**

En cuanto al curso sus oraciones y frases presentan sentido lógico, su velocidad es normal; en relación al contenido presenta generalización de pensamientos negativos con ideas recurrentes de que cosas malas le pueden volver a pasar generándose un miedo irracional, no presenta en la actualidad ideas suicidas pero si las ha tenido.

#### **5. PERCEPCIÓN**

Durante la evaluación se muestra acorde a los estímulos del mundo circundante, percibiéndolos tal y como se encuentran.

#### **6. MEMORIA**

Su memoria remota y reciente se encuentra conservada ya que recuerda hechos cronológicos de la historia personal y es consciente del desarrollo cronológico de su problema actual.

#### **7. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Posee un nivel medio de conocimientos generales, tiene buena capacidad de razonamiento, siguiendo un rigor lógico en el pensamiento, analizando las acciones secuenciales para llegar a las respuestas finales, explica e interpreta acertadamente diversas situaciones.

#### **8. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS**

La paciente presenta un estado de ánimo decaído, aplanado, con labilidad emocional, por momentos no denota mucha fuerza en su expresión, existiendo correlación entre su estado de ánimo y su expresión corporal.

## **9. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD**

La paciente analiza que la situación en la que se encuentra es muy problemática, sin embargo desea salir de este estado por su bienestar mental. Aunque es poco optimista respecto a su futuro; existe conciencia de la enfermedad.

### **RESUMEN**

La paciente aparenta una edad mayor a la cual le corresponde, es de tez morena, cabello negro, contextura gruesa, su caminar es lento, su postura un poco encorvada, no levantando la mirada en toda ocasión, la mayor parte del tiempo es tímida, seria, se llega a percibir cierta ansiedad cuando habla teniendo un volumen y una claridad de voz adecuada, la paciente presenta algunas dificultades para concentrarse, por momentos se distrae y parece ensimismada, el estado de su conciencia es lucida y su orientación en el espacio, tiempo, lugar y persona son adecuadas. En cuanto a su lenguaje este es comprensible, así mismo hay fluidez en cuanto a lo que expresa, no posee dificultades en la articulación, comprende fácilmente lo que se le expresa. No presenta en la actualidad ideas suicidas pero si las ha tenido, su memoria remota y reciente se encuentra conservada. Su funcionamiento intelectual es el adecuado asimismo presenta un estado de ánimo decaído, aplanado, con labilidad emocional, también es de notar que existe conciencia de la enfermedad.

## INFORME PSICOMÉTRICO

### 1. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos:</b>	Mayumi D.J.
<b>Fecha de nacimiento:</b>	05 de Julio de 1991
<b>Edad:</b>	23 años
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Cusco
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria completa
<b>Estado civil:</b>	Soltera
<b>Procedencia:</b>	Cusco
<b>Ocupación:</b>	Ninguna
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	10,17 y 26 de junio del 2014
<b>Examinador:</b>	Alex Renato Condorcallo Ccama

### 2. OBSERVACIONES GENERALES

Mayumi aparenta una edad mayor a la cual le corresponde, es de tez morena, cabello negro, contextura gruesa, estatura aproximada de 1.55, con una apariencia física saludable, su caminar es lento, su postura un poco encorvada, no levantando la mirada en toda ocasión, y la mayor parte del tiempo es tímida, seria, se llega a percibir cierta ansiedad cuando habla teniendo un volumen y una claridad de voz adecuada.

Es de notar que la paciente mostró interés y atención hacia las indicaciones, colaborando con la evaluación en todo momento, además expresa ser consciente del problema que tiene aceptando que esto está afectando su vida y se muestra dispuesta a aceptar ayuda para superar el problema.

### **3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicométricas:
  - Test de la figura humana de Karen Machover
  - Test de inteligencia Tig-1
  - Escala de Hamilton para depresión
  - Escala de Hamilton para ansiedad

### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

#### **A. Test de la figura humana de Karen Machover:**

El dibujo de la figura humana es ligeramente pequeño y se ubica en la posición inferior izquierda lo cual denota inseguridad e inadecuación representando de este modo el pasado, la debilidad y desaliento de la paciente, lo que aún queda sin resolver es decir lo traumático, el trazo es fragmentado lo cual es un indicador de ansiedad, negativismo y falta de autoconfianza.

El dibujo de la paciente presenta constantes borraduras las cuales son consideradas como una expresión de ansiedad; es de notar que hay una mayor incidencia en la zona genital, lo cual implica una ansiedad respecto a impulsos sexuales, también reluce sus constantes sombreados indicando que la paciente muestra su deseo de querer protegerse de cualquier estímulo perturbador en la zona del dibujo que es sombreada.

Las manos presentan contornos imprecisos y oscurecidos indicador de falta de confianza en los contactos sociales y sentimientos de culpabilidad, los pies son

pequeños y sombreados esto indica inseguridad, angustia e inferioridad frente a peligros reales o imaginarios, también dibuja las piernas juntas siendo un signo de miedo a ataque sexual.

El dibujo muestra ojos de gran tamaño lo cual podría expresar su deseo de controlar todo su entorno, otra particularidad a notar es la nariz que en sucesivas ocasiones trata de mejorarla siendo esta parte poseedora de un simbolismo sexual; así como el pelo dibujado de forma desordenada y retocado en varias ocasiones.

La paciente en su dibujo realiza una notoria línea media resaltada en reiteradas veces y esto se relaciona con un gran interés y preocupación por la temática de la sexualidad, el cinturón que dibuja señala la línea media horizontal como forma de regular los impulsos sexuales.

## **B. Test de inteligencia Tig-1:**

### **Cuantitativo:**

Puntaje bruto: 20

Categoría: normal superior

### **Cualitativo:**

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron, la paciente presenta un nivel de inteligencia que la ubica en la categoría normal superior, lo cual señala su buena capacidad de adaptación a situaciones nuevas e imprevistas, así como su habilidad para dar solución a problemas que le sean planteados sin que intermedie gran dificultad en su desarrollo.

### **C. Escala de Hamilton para depresión:**

#### **Cuantitativo:**

- Puntaje total: 18
- Nivel: moderado

#### **Cualitativo:**

De acuerdo a la escala de Hamilton para depresión la paciente presenta una depresión moderada, lo cual se manifiesta en su ánimo deprimido, hay sentimientos de culpa, así mismo siente que la vida no vale la pena, en cuanto al sueño presenta dificultades ocasionales en conciliarlo, se queja de haberse desvelado y se despierta en horas muy tempranas de la mañana pero se vuelve a dormir nuevamente. Ha suspendido sus actividades laborales debido a los síntomas que presenta, manifiesta tensión subjetiva e irritabilidad así como una ansiedad somática leve, hay pérdida del apetito a pesar de ello se alimenta sin deseos, presenta pesadez en los miembros, dolores de espalda, cefaleas de manera ocasional; hay un rechazo severo al contacto sexual además de pérdida de peso, la paciente reconoce estar deprimida y enferma.

### **D. Escala de Hamilton para ansiedad:**

#### **Cuantitativo:**

- Puntaje total: 23
- Nivel: moderado

#### **Cualitativo:**

De acuerdo al test de Hamilton para ansiedad se puede observar que la evaluada se encuentra en el nivel moderado, lo cual nos indica que presenta tensión, fatigabilidad,

imposibilidad de relajarse, llanto fácil, miedo a la gente desconocida y quedarse sola, así mismo presenta variaciones del humor a lo largo del día, sequedad de boca, sudoración excesiva, vértigos y cefaleas; durante la entrevista se mostró tensa, incomoda, mostrando agitación nerviosa y una palidez facial.

## 5. RESUMEN

La paciente en cuanto a su personalidad es insegura, ansiosa, negativa, con sentimientos de inferioridad, no confía en si misma ni en los demás, siente angustia frente a peligros reales o imaginarios, tiene miedo a sufrir un ataque sexual, presenta un gran interés y preocupación por temas referidos a la sexualidad, así mismo muestra un deseo de controlar todo su entorno; posee un nivel de inteligencia normal superior, lo cual indica su buena capacidad de adaptación a situaciones nuevas e imprevistas, así como su habilidad para dar solución a problemas que le sean planteados sin que intermedie gran dificultad en su desarrollo; así mismo presenta una depresión moderada, lo cual se manifiesta en su ánimo deprimido, sentimientos de culpa, siente que la vida no vale la pena, presenta dificultades ocasionales para conciliar el sueño, manifiesta tensión subjetiva e irritabilidad, hay pérdida del apetito, un rechazo severo al contacto sexual además de pérdida de peso, la paciente reconoce estar deprimida y enferma; además presenta un nivel de ansiedad moderada, lo cual se manifiesta en la tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, miedo a la gente desconocida y quedarse sola, presenta variaciones del humor a lo largo del día, sequedad de boca, sudoración excesiva, vértigos y cefaleas; durante la entrevista se mostró tensa, incomoda, mostrando agitación nerviosa y una palidez facial.

## INFORME PSICOLÓGICO

### 1. DATOS DE FILIACION

<b>Nombres y apellidos:</b>	Mayumi D.J.
<b>Fecha de nacimiento:</b>	05 de Julio de 1991
<b>Edad:</b>	23 años
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Cusco
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria completa
<b>Estado civil:</b>	Soltera
<b>Procedencia:</b>	Cusco
<b>Ocupación:</b>	Ninguna
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	10,17 y 26 de junio del 2014
<b>Examinador:</b>	Alex Renato Condorcallo Ccama

### 2. MOTIVO DE CONSULTA

El problema actual se origina hace 7 años a raíz de que la paciente sufre una violación por parte de unos desconocidos cuando regresaba a su casa después de salir de clases; a partir de ese momento empieza a presentar problemas para conciliar el sueño, tiene pesadillas recurrentes sobre el hecho traumático, se torna muy irritable en cualquier momento y con cualquier persona, sintiéndose luego muy triste por su manera de actuar, esto la lleva a aislar aún más, siempre está tratando de apartarse de todas las personas, solo se siente bien estando con sus tíos, es a raíz de todo esto que la paciente ya no siente deseos de seguir adelante, siente un enorme vacío en su ser y piensa que nunca dejará de sufrir.

### **3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Historia clínica psicológica
- Entrevista
- Pruebas psicométricas
  - Test de la figura humana de Karen Machover
  - Test de inteligencia Tig-1
  - Escala de Hamilton para depresión
  - Escala de Hamilton para ansiedad

### **4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

La paciente refiere que durante su gestación fue desarrollada con normalidad, nació a los 9 meses de un parto natural y sin ninguna complicación, su desarrollo motor y de lenguaje fue dentro de lo esperado para su edad, fue alimentada con leche materna y su edad de destete fue aproximadamente a los 2 años. Su rendimiento en el colegio siempre fue bueno, tenía una buena conducta, todo esto cambio a partir de la violación, abandonó sus estudios a mitad de año estando en el quinto grado de secundaria; su menarquia fue a los doce años, hasta la actualidad nunca ha tenido enamorado, sus trabajos han sido pocos y esporádicos ya que no logra permanecer por mucho tiempo en ellos; de pequeña se mostraba como una niña tranquila y solo entraba en confianza con personas a las que conocía, la paciente es hija única, sus padres viven en Cuzco con los cuales mantiene una escasa comunicación; actualmente la paciente vive en casa de sus tíos junto a sus 3 primos en una casa de material noble que cuenta con todos los servicios básicos, sus tíos tienen un nivel socioeconómico bajo; ella depende económicamente de sus padres.

## **5. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

La paciente aparenta una edad mayor a la cual le corresponde, es de tez morena, cabello negro, contextura gruesa, su caminar es lento, su postura un poco encorvada, no levantando la mirada en toda ocasión, la mayor parte del tiempo es tímida, seria, se llega a percibir cierta ansiedad cuando habla teniendo un volumen y una claridad de voz adecuada, la paciente presenta algunas dificultades para concentrarse, por momentos se distrae y parece ensimismada, el estado de su conciencia es lucida y su orientación en el espacio, tiempo, lugar y persona son adecuadas. En cuanto a su lenguaje este es comprensible, así mismo hay fluidez en cuanto a lo que expresa, no posee dificultades en la articulación, comprende fácilmente lo que se le expresa. No presenta en la actualidad ideas suicidas pero si las ha tenido, su memoria remota y reciente se encuentra conservada. Su funcionamiento intelectual es el adecuado asimismo presenta un estado de ánimo decaído, aplanado, con labilidad emocional, también es de notar que existe conciencia de la enfermedad.

## **6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

La paciente presenta una depresión moderada, lo cual se manifiesta en su ánimo deprimido, sentimientos de culpa, siente que la vida no vale la pena, presenta dificultades ocasionales para conciliar el sueño, manifiesta tensión subjetiva e irritabilidad, hay pérdida del apetito; hay un rechazo severo al contacto sexual además de pérdida de peso, la paciente reconoce estar deprimida y enferma. Así mismo presenta un nivel de ansiedad moderada, lo cual se manifiesta en la tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, miedo a la gente desconocida y quedarse sola, presenta variaciones del humor a lo largo del día, sequedad de boca, sudoración excesiva, vértigos y cefaleas; durante la entrevista se mostró tensa, incomoda, mostrando agitación nerviosa y una palidez facial. La paciente posee un nivel de inteligencia normal superior, lo cual indica su buena capacidad de adaptación a situaciones nuevas e imprevistas, así como su habilidad para dar

solución a problemas que le sean planteados sin que intermedie gran dificultad en su desarrollo. En cuanto a su personalidad es insegura, ansiosa, negativa, con sentimientos de inferioridad, no confía en si misma ni en los demás, siente angustia frente a peligros reales o imaginarios, tiene miedo a sufrir un ataque sexual, presenta un gran interés y preocupación por temas referidos a la sexualidad, así mismo muestra un deseo de controlar todo su entorno.

## **7. DIAGNOSTICO**

En base a al proceso psicodiagnóstico la paciente presenta un *trastorno de estrés post-traumático crónico (F43.1)* ya que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, el cual es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos, con esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, Irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse; acompañado todo esto de una baja autoestima, además de presentar inestabilidad en las relaciones interpersonales.

## **8. PRONÓSTICO**

Favorable, debido a que la paciente es consciente de su problema y tiene deseos de mejorar

## **9. RECOMENDACIONES**

- La paciente debería recibir terapia individual cognitivo conductual
- Recibir Terapia de exposición para afrontar los estímulos que provocan el episodio traumático y desencadena las respuestas sintomáticas, podría complementarse con otras técnicas como la desensibilización sistemática o el entrenamiento en relajación.
- Orientación familiar.

## PLAN PSICOTERAPEUTICO

### 1. DATOS DE FILIACION

<b>Nombres y apellidos:</b>	Mayumi D.J.
<b>Fecha de nacimiento:</b>	05 de Julio de 1991
<b>Edad:</b>	23 años
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Cusco
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria completa
<b>Estado civil:</b>	Soltera
<b>Procedencia:</b>	Cusco
<b>Ocupación:</b>	Ninguna
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	10,17 y 26 de junio del 2014
<b>Examinador:</b>	Alex Renato Condorcallo Ccama

### 2. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

En base a al proceso psicodiagnóstico la paciente presenta un *trastorno de estrés post-traumático crónico (F43.1)* ya que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, el cual es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos, con esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, Irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse; acompañado todo esto de una baja autoestima, además de presentar inestabilidad en las relaciones interpersonales.

### **3. OBJETIVO GENERAL**

El objetivo de la terapia cognitiva es modificar las cogniciones que tiene después del trauma que pasó, eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas, además de mejorar sus relaciones interpersonales, también se la preparará para que espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello.

### **4. ACCIONES PSICOTERAPEUTICAS**

- Relajación
- Conducta independiente
- Asertividad
- Autoconfianza
- Pensamiento optimista acerca del futuro
- Fijarse metas

### **5. DESARROLLO DE LAS TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS**

<b>SESIÓN</b>	<b>TÉCNICA EMPLEADA</b>	<b>OBJETIVO A ALCANZAR</b>	<b>ACTIVIDAD / META</b>
<b>PRIMERA</b>	Información sobre el problema	Explicación a la paciente de la etiología y el mantenimiento del cuadro.	Se le proporcionó información de que sus reacciones son normales y fueron aprendidas siguiendo un proceso de condicionamiento clásico. Este modo de comprender los problemas y síntomas del cuadro proporcionará tranquilidad ante la

			<p>angustia de pensar que se está volviendo loca. Se le explicaron los tres canales (físico, cognitivo y conductual) a través de los cuales sentía la ansiedad. Se le indicó la importancia que tenían sus propios esquemas cognitivos de “miedo” que antes fueron adaptativos, pero que ahora estaban contribuyendo a aumentar el problema</p>
<b>SEGUNDA</b>	Técnica de regulación de la respiración	<p>Enseñar a la paciente el control voluntario de la respiración para que pueda ser manejado en situaciones de estrés.</p>	<p>Se le enseñará los pasos y condiciones que debe seguir para que la relajación sea efectiva, por ello se le indica que debe realizarlo sentada o recostada, en la situación que le resulte más cómoda para percibir el movimiento de la respiración.</p> <p>Esta técnica se estructura en tres fases y tres o cuatro ritmos: inspirar, contener y espirar.</p> <p><b>Primera fase:</b> Se inspira en 4", se retiene durante 16" y se expira durante 8", podemos sustituir el tiempo por un conteo mental, es muy importante realizar una buena contención. El ejercicio debe ser armónico, se contabiliza el tiempo de</p>

			<p>forma homogénea.</p> <p><b>Segunda fase:</b> Se incorpora una fase de apnea: inspirar (4" o conteo), retener (16" o conteo), espirar (8" o conteo) y apnea (4" o conteo). Esta segunda fase, esquemáticamente, se representaría: 4:16:8:4.</p> <p><b>Tercera fase:</b> Se aumenta el tiempo de apnea: inspirar (4" o conteo), retener (16" o conteo), espirar (8" o conteo) y apnea (16" o conteo). Esquemáticamente: 4:16:8:16. A esta fase se accede con mucha práctica.</p> <p>Para que las sesiones sean fisiológicamente eficaces se deben de realizar durante un mínimo de 15' diarios.</p>
<b>TERCERA</b>	Relajación Muscular	Controlar las tensiones de los músculos.	El procedimiento es el siguiente: La paciente debe sentarse en una silla confortable; o puede hacerse acostarse en una cama, ponerse tan cómoda como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas, hacer una respiración profunda completa; hacerlo

			<p>lentamente y seguir los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manos. Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.</li> <li>2. Bíceps y tríceps. Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.</li> <li>3. Hombros. Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.</li> <li>4. Cuello (lateral). Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.</li> <li>5. Cuello (hacia adelante). Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).</li> <li>6. Boca (extender y retraer). Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se</li> </ol>
--	--	--	--

pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.

7. Lengua (paladar y base). Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.

8. Ojos. Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.

9. Respiración. Inspira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; expira y respira normalmente durante 15 segundos. Después expira echando todo el aire que sea posible; entonces expira un poco más; respira normalmente durante 15 segundos.

10. Espalda. Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.

			<p>11. Glúteos. Ténsalas y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.</p> <p>12. Muslos. Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.</p> <p>13. Estómago. Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.</p> <p>14. Pies. Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.</p> <p>15. Dedos. Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.</p>
<b>CUARTA SÉPTIMA</b>	Detención de pensamiento	Reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos y las	Se utilizó detención de pensamiento para parar los pensamientos y rumiaciones (pensamientos obsesivos de dañar a otros, ser violada y de autocritica). Para ello se la instaba a que imaginara una situación que

		preocupaciones.	le disparase estas obsesiones (por ejemplo “ver chicos riéndose”). Cuando empezaba con sus rumiaciones y después de 30 seg. se le enseñó a detener el pensamiento, primero diciendo “alto” en voz alta y luego dándose un golpecito en la muñeca. Después de utilizar el procedimiento de detención, se animó a que imaginara escenas agradables.
<b>OCTAVA DÉCIMO PRIMERA</b>	Exposición en imaginación a los contenidos del trauma	Exponerla al recuerdo traumático para así generar la habituación del temor y el cambio de la estructura de miedo.	Se le pidió que escribiera descripciones de los acontecimientos incluyendo detalles de los pensamientos, sentimientos y sensaciones en primera persona. Durante las sesiones se hizo que leyera sus historias una y otra vez hasta que la ansiedad se redujese a menos de 30. Mientras leía se iba registrando la ansiedad utilizando unidades subjetivas de ansiedad. También se iban entresacando las suposiciones erróneas y autoverbalizaciones negativas de los relatos con el fin de reevaluar los hechos de manera más adaptativa. Posteriormente se le pidió que grabase dichos relatos y que los escuchara entre sesiones, por lo menos una vez al día,

			mientras que registraba sus niveles de ansiedad. Luego se le indicó que hablara espontáneamente sobre sus traumas en una grabadora, incluyendo descripciones de los traumas y qué es lo que ha significado en su vida. Más tarde, en sesión, se escucharían estos relatos repetidas veces con los objetivos descritos anteriormente.
<b>DÉCIMO SEGUNDA DÉCIMO QUINTA</b>	Exposición en vivo	afrontar, de forma sistemática y deliberada el hecho de la violación	<p>Se elaboró una jerarquía de estímulos evitados y evocadores de ansiedad. Se procedió a la exposición graduada a dichos estímulos. La jerarquía es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palabras de cariño de un hombre de 40 años (20)</li> <li>• Sola en la calle de día con un desconocido (30)</li> <li>• Ruidos de gente estando acompañada (40)</li> <li>• Sola de noche en la calle (60)</li> <li>• Ruidos de sábana (70)</li> <li>• Metro, autobús, tren y desconocidos alrededor (70)</li> <li>• Relaciones sexuales en T.V. (80-90)</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escenas violentas (80-90)</li> <li>• Sola en la calle de noche con un desconocido (90)</li> <li>• Salir de la habitación sola de noche y con ruidos fuera (100).</li> </ul> <p>Las variables que modulan la intensidad de la ansiedad fueron tenidas en cuenta y manejadas. Son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sola/acompañada.</li> <li>• día/noche.</li> <li>• amigo/desconocido.</li> </ul> <p>Luego se realizara una exposición guiada a escenas de T.V. A continuación, la paciente realizará tareas de autoexposición en vivo todos los días durante el transcurso de 3 semanas. Para ello se la proporcionara registros de ansiedad y se le explicara el procedimiento a seguir.</p>
<b>DÉCIMO SEXTA DÉCIMO NOVENA</b>	Reestructuración cognitiva.	Explicar la importancia de detectar sus distorsiones cognitivas acerca de	A través de discusiones racionales con la paciente y registros de pensamiento se explicó la conexión entre sus sentimientos negativos de inadecuación y sus supuestos disfuncionales. Cuando sea capaz de

		ella misma y los demás.	reconocer dichas relaciones, aprenderá a refutar sus pensamientos y a generar alternativas de pensamiento. En ese momento la paciente será capaz de replantearse su situación sexual con la que se encontraba a disgusto. Utilizando diálogos razonados y basándose en la comprensión del impacto de sus experiencias pasadas sobre sus tendencias sexuales actuales
<b>VIGÉSIMA</b>	Afrontamiento	Aumentar la disposición a hablar sobre el trauma.	Se estudió la posibilidad de contar los hechos a una persona cercana a la paciente. Primero se hizo un análisis de las personas a las que se lo podría contar y, luego, a través de la representación de papeles se ensayó la manera de decirlo, anticipando sus propias reacciones emocionales y las de la persona a la que se lo iba a contar.

## 5. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las sesiones mencionadas se desarrollaron durante 7 semanas, cada una de 45 minutos; en caso contrario que no se lograran los objetivos propuestos se extendería el tratamiento a 10 semanas aproximadamente.

## **6. AVANCES TERAPEUTICOS**

En proceso, con un avance aproximado del 20% debido a tiempo y disponibilidad de la paciente

## **ANEXOS CASO**

### **CLÍNICO I**



HOJA DE RESPUESTAS

Nombres: <u>Maryuri</u>	Grado de instrucción:
Apellidos: <u>Díaz</u>	<input type="checkbox"/> Año: _____
Edad: <u>23</u>	<input type="checkbox"/> Módulo: _____
Género: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciclo: _____
Fecha de evaluación: <u>/ /</u>	<input type="checkbox"/> Ciclo: _____

EJEMPLOS:	PUNTAJE BRUTO								
A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> B <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> C <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> D <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>1</td></tr></table>	2	4	2	3	0	0	1	1	<u>20</u>
2									
4									
2									
3									
0									
0									
1									
1									
	CATEGORIA <u>NORMAL SUPERIOR</u>								

1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> ✓	2	2	8 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	2	6	15 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> ✓	3	3	22 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	3	6	29 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	5	1
2														
2														
2														
6														
3														
3														
3														
6														
5														
1														
2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> ✓	0	0	9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> ✓	2	2	16 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	3	1	23 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>4</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	4	1	30 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> X	3	5
0														
0														
2														
2														
3														
1														
4														
1														
3														
5														
3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> ✓	1	3	10 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	6	1	17 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	5	6	24 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> X	2	3	31 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	2	1
1														
3														
6														
1														
5														
6														
2														
3														
2														
1														
4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	2	1	11 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	2	1	18 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> ✓	3	2	25 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> X	6	5	32 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> X	1	5
2														
1														
2														
1														
3														
2														
6														
5														
1														
5														
5 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> ✓	3	5	12 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	5	1	19 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> ✓	6	5	26 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> X	2	2	33 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> X	2	0
3														
5														
5														
1														
6														
5														
2														
2														
2														
0														
6 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> ✓	5	0	13 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> X	2	5	20 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>4</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> X	4	4	27 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> X	3	5	34 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> X	1	2
5														
0														
2														
5														
4														
4														
3														
5														
1														
2														
7 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	2	6	14 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>4</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> ✓	4	4	21 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> ✓	2	3	28 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> X	2	3	35 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> X	5	6
2														
6														
4														
4														
2														
3														
2														
3														
5														
6														

## **ANEXO II**

## **ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN**

Apellidos y Nombres : MAYUMI H.C.:

Apellidos y Nombres ..... H.C.: .....

SINTOMA	0 Inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	10 sem.	12 sem.	18 sem.	24 sem.
<b>10. Ansiedad psíquica</b> 0 No hay dificultad. 1 Tensión subjetiva e irritabilidad. 2 Se preocupe por asuntos memores. 3 Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla. 4 Temores expesados sin preguntarselo.		1						
<b>11. Ansiedad somática:</b> componentes fisiológicos de la ansiedad: <u>gastrointestinales</u> - sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, cructos; <u>cardiovasculares</u> - palpitaciones, cefalea; <u>respiratorios</u> - hiperventilación, suspiros; <u>urinaria</u> : sudoración). 0 Ausente. 1 Leve. 2 Moderado 3 Severo 4 Incapacitante.		1						
<b>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</b> 0 Ninguno 1 Pérdida del apetito pero el sujero se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen. 2 Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.		1						
<b>13. Síntomas somáticos generales</b> 0 Ninguno 1 Pesadez en los miembros, espalda o cabeza; dolores de espalda, cefaleas: dolores musculares o pérdida de energía y fatiga. 2 Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.		1						
<b>14. Síntomas genitales:</b> (pérdida de libido, alteraciones menstruales, no determinado) 0 Ausente. 1 Moderado. 2 Severo.		2						
<b>15. Hipocondría</b> 0 No está presente. 1 Preocupación por el propio cuerpo. 2 Preocupación por la salud 3 Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc. 4 Declusiones hipocondriacas.		0						
<b>16. Pérdida de peso</b> A Cuando se evalúa por la historia: 0 No hay pérdida de peso. 1 Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual. 2 Definitivamente pérdida de peso (de acuerdo con el paciente). 3 En evaluaciones semanales por el psiquiatra de la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados: 0 Menos de $\frac{1}{2}$ Kg. de peso perdido en una semana. 1 Más de $\frac{1}{2}$ Kg. de peso perdido en una semana. 2 Más de 1 Kg. de peso perdido en una semana.		1						
<b>17. Introspección</b> 0 Reconocerse estar deprimido y enfermo. 1 Reconocerse enfermedad pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima exceso de manejo, virus, necesidad de descanso, etc. 2 Negarse estar enfermo del todo.		0						
Puntaje Total	18							

Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:

00 - 07 Normal

08 - 13 Leve

14- 18 Moderado

19 - 22 Severo

23 - > Muy severo

# Escala de Hamilton para Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)



Nombres y Apellidos: Maryam D.J. Edad: 23

Reactivos:	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión, [anticipación temerosa], Irritabilidad)	X				
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)		X			
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo. a los animales grandes, a las multitudes, etc)				X	
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)			X		
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	X				
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)		X			
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz con poco firme o insegura)	X				
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	X				
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	X				
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	X				
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, biorrosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, diarrea, estreñimiento)		X			
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)				X	
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección).				X	
14. Comportamiento durante la entrevista - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, micciones palpebrales.	0	1	2	3	4
Total					

0 - 5 No ansiedad

6 - 14 Ansiedad Leve

15 a + Ansiedad Moderada / Grave

23

**CASO  
CLÍNICO II**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER**

**Soledad Gloria Alvarez León**

## HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

### ANAMNESIS

#### 1. DATOS DE FILIACION

<b>Nombres y apellidos:</b>	Alicia C. M.
<b>Fecha de nacimiento:</b>	23 de noviembre de 1963
<b>Edad:</b>	51 años
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Puno
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria incompleta
<b>Estado civil:</b>	Viuda
<b>Procedencia:</b>	Puno
<b>Ocupación:</b>	Labores agrarias, servicios comunales
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	15,22 y 29de Agosto del 2014
<b>Examinadora:</b>	Soledad Gloria Alvarez León

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere que por las tardes sufre de dolores de cabeza y mareos, siente como si algo malo le fuera a suceder generándole miedo, llanto, tristeza hasta al punto de sentir que el techo de su casa se va a caer.

#### 3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

La problemática de la paciente se inicia hace 6 años, al enterarse que su hija mayor fue asesinada por su conviviente, refiere que en marzo del 2008 su hija desaparece repentinamente pero al poco tiempo le llega una carta desde Tacna mandada

supuestamente por ella donde exponía que tenía muchos problemas con su pareja y que por ese motivo se iba lejos pero mandaría mercadería para su negocio de ventas de ropa. En abril le llega una segunda carta donde aparentemente su hija le escribe desde Lima diciendo que se encontraba en un convento llamado Santa Teresa de Calcuta y que regresaría dentro de un año. Ante esto la paciente desesperada le pregunta al conviviente de su hija acerca de lo que realmente le había pasado a su hija, sin embargo este negaba saber el paradero de su pareja. Finalmente la señora Alicia decide hacer la denuncia ante la comisaría, posteriormente se realizan las respectivas investigaciones hasta que descubren que las cartas que le enviaron a la paciente no fueron escritas por su hija, debido a esto decidieron interrogar al conviviente, finalmente en el mes de mayo este confesó haber asesinado a la hija de la paciente; ante la policía contó que la llevó con engaños hacia Cusco diciendo que le presentaría a sus familiares pero en medio camino la hizo bajar del bus donde se transportaban y empezaron a discutir, este la empezó a golpear hasta que en un empujón la víctima se golpeó la cabeza y al no reaccionar, para asegurarse de que no lo denunciara, éste optó por ahorcarla hasta que dejó de respirar y enterró su cuerpo en un lugar descampado.

Desde que se enteró de este hecho la paciente empezó a enfermarse de los bronquios, solo se alimentaba de agua y de la hoja de coca, bajo de peso llegando a pesar 26 kilos, empezaron los sentimientos de reproche y pensamientos negativos hacia su persona, llanto incontrolable, tristeza intensa. Hubo un intento de suicidio por parte de la paciente, la cual se compró dos sobres de raticida y gaseosa, luego se dirigió a un cerro cerca de su casa y cuando se disponía a beberlo ella escuchó una voz diciéndole que no lo haga, después de esto bote el líquido con veneno y comenzó a llorar incontrolablemente. Tiempo después de lo sucedido ella empieza a percibir que su casa caminaba, sentía que los dientes (incisivos) le crecían, sentía que caminaba en el aire y que no podía mantener el equilibrio; pensaba

que se estaba volviendo loca y esto le ocasionaba mayor preocupación, le contó a su hijo lo que le sucedía pero éste solo la regañaba. A raíz de su situación buscó ayuda en la iglesia pero aun así no encontraba solución a su problema; es así que decide ir al psicólogo, no recibiendo según refiere tratamiento, este le recomendó escuchar un programa psicológico en la emisora Radioprogramas.

Años después intentó suicidarse nuevamente, esta vez en su casa, tomándose un raticida combinado con gaseosa, pero fue impedida a tiempo por su hija menor. La paciente manifiesta que no podía controlar la tristeza que sentía y que los deseos de morir siempre estaban presentes en su mente.

Al momento de la entrevista, la paciente manifiesta sentirse triste, sin ganas de hacer nada, con un cansancio que la acompaña constantemente, se siente culpable por lo que le pasó a su hija, no tiene apetito y tiene problemas para dormir; además tiene dolores y molestias musculares, zumbido en los oídos, sensación de debilidad y hormigueo, tiene una sensación de opresión en el pecho, náuseas, sensación de tener el estómago vacío, presenta cefaleas y vértigos; durante la entrevista se mostró algo tensa y distraída

#### **4. ANTECEDENTES PERSONALES**

Gestación: Durante esta etapa la madre no presentó ningún problema físico, sin embargo vivió en un estado de angustia constante debido al consumo de alcohol de su pareja que la agredía física y psicológicamente.

Parto: Fue natural, al término de los nueve meses y sin ninguna complicación.

Niñez: Su desarrollo motor y de lenguaje fue dentro de lo esperado para su edad, recibió la lactancia hasta el año y medio, las enfermedades que presentó fueron propias de su edad, no tuvo ninguna enfermedad grave, tampoco fue sometida a una intervención quirúrgica.

**Escolaridad:** Solo estudio hasta el tercer grado del nivel secundario, no pudiendo concluir sus estudios debido a que empezó a trabajar, su rendimiento académico era bajo, ya que le costaba concentrarse debido a los problemas familiares que había en casa.

**Psicosexualidad:** Presenta una identidad sexual adecuada, señala no haber recibido información sexual de ninguno de sus padres, tuvo su menarquía a los 12 años; ha tenido dos relaciones sentimentales conocidas por la familia.

**Antecedentes laborales:** Trabajó desde los 15 años en actividades de tejido, luego trabajó en la chacra con la finalidad de mantener a su familia; este es trabajo al que se ha dedicado gran parte de su vida, alternándolo en la actualidad con servicios comunales lo cual es un trabajo eventual.

**Hábitos e influencias nocivas o toxicas:** Hay pérdida del apetito, solo come adecuadamente cuando está su hija en casa, tiene dificultades para conciliar el sueño y cuando lo hace se despierta con la sensación de no haber descansado. Antes de la muerte de su hija su apetito y sueño eran normales. Empieza el consumo de cerveza a los 20 años, solo lo ingiere en eventos sociales.

**Historia de la recreación de la vida:** Desde muy niña tuvo que cuidar a sus sobrinos y realizar las tareas del hogar, ya que esta fue la obligación impuesta por su hermana mayor, sus momentos de juego eran muy escasos. En la adolescencia le era algo difícil entablar relación con el sexo opuesto ya que era muy tímida y poco comunicativa.

**Personalidad premórbida:** La paciente refiere que de pequeña era tranquila, tímida, siempre obedecía a sus padres; antes de la aparición del problema que presenta la paciente, ella se describe como una persona introvertida, con una baja autoestima, siempre se sentía insegura, no era capaz de tomar una decisión sola, a lo largo de su vida siempre buscaba aferrarse a alguna persona lo cual le generaba cierta dependencia emocional, precisamente

su hija, la que murió, es con quien tenía una relación muy estrecha y era ella quien velaba por la paciente, desde muy pequeña era una persona negativa, ante cualquier dificultad que se le presentaba se daba por vencida. Actualmente le cuesta relacionarse con las personas, es introvertida y poco expresiva con sus sentimientos.

## **5. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Composición familiar: La paciente es la segunda de tres hermanos, dos de ambos padres y uno solamente de la madre con otro compromiso; su padre falleció cuando ella tenía dos años. Desde entonces vivió con su padrastro quien se caracterizaba por ser violento. Así mismo la relación con su hermana mayor no era buena ya que esta era autoritaria pero con su hermana menor si se llevaba bien. En la actualidad ella tiene 6 hijos y solo vive en casa con su hija menor Melany (25) quien es soltera y se dedica a la venta de ropa en un centro comercial, ella es muy cariñosa y comprensiva con su madre; el resto de sus hijos ya hicieron sus vidas y son independientes.

Dinámica Familiar: Alicia no tiene conocimiento como era la relación entre sus padres ya que cuando ella tenía 2 años su padre falleció, a los 4 años su madre contrae un nuevo compromiso, manteniendo una relación conflictiva con su pareja, ya que este la maltrataba física y psicológicamente.

El esposo de la Sra. Alicia falleció hace 24 años, este se caracterizaba por ser una persona dependiente del alcohol, la agredía física y psicológicamente, inicio una relación con su esposo cuando tenía 16 años, edad a la que tuvo su primer hijo; con sus hijos tiene buena comunicación y apoyo aunque uno de sus hijos menores presenta conductas desadaptativas y consume alcohol, causándole preocupación y malestar a pesar de que ya no vive con ella.

Condiciones Socioeconómicas: Vivienda de material noble cuenta con todos los servicios básicos, los gastos del hogar son sostenidos con los ingresos de la paciente y de su hija; sin

embargo desde la muerte de su hija mayor, la paciente dejó de percibir los ingresos que normalmente tenía, ya que no tenía ganas de ir a trabajar, es su hija la que más aporta económicaamente al hogar.

## **6. RESUMEN**

Durante el embarazo la madre de la paciente vivió en un estado de angustia constante debido al consumo de alcohol de su pareja que la agredía física y psicológicamente, nació de un parto natural a los nueve meses, su desarrollo motor y de lenguaje fue dentro de lo esperado para su edad, recibió la lactancia hasta el año y medio; en cuanto a su escolaridad solo estudió hasta el tercer grado del nivel secundario, abandonando sus estudios debido a problemas familiares, así mismo señala no haber recibido información sexual de ninguno de sus padres, tuvo su menarquía a los 12 años; trabajó desde los 15 años en diversas actividades, actualmente trabaja en la chacra y en servicios comunales; en cuanto a sus hábitos alimentarios posee un apetito y sueño irregular, desde pequeña tuvo que cuidar a sus sobrinos y realizar las tareas del hogar, ya que esta fue la obligación impuesta por su hermana mayor, sus momentos de juego eran muy escasos, ya en la adolescencia le era algo difícil entablar relaciones con el sexo opuesto ya que era tímida y poco comunicativa. En cuanto a aspectos familiares la paciente es la segunda de tres hermanos, su padre falleció cuando ella tenía dos años, desde entonces vivió con sus hermanos y con su padrastro quien se caracterizaba por ser violento, en la actualidad ella tiene seis hijos fruto de la relación con su esposo quien falleció hace veinticuatro años, la relación con sus hijos es buena, sin embargo solo vive con su hija menor, su vivienda es de material noble, cuenta con los servicios básicos, los gastos del hogar son sostenidos mayormente con los ingresos de la hija menor.

## **EXAMEN MENTAL**

### **1. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD**

La paciente es una mujer de tez trigueña, ojos cafés, cabello oscuro, contextura regular, de estatura mediana, su vestimenta es ordenada, aparenta su edad cronológica, mantiene contacto visual por momentos, aseo y arreglo personal adecuado, de postura recta y de marcha estable .

Al momento de la evaluación la paciente mostró una actitud amable, sin embargo por momentos se mostraba ensimismada y distraída, respondiendo a veces de una manera vaga e imprecisa, con un tono de voz bajo; a pesar de ello se logró establecer un buen rapport.

### **2. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

- Atención: La paciente presenta dificultad para concentrarse, presta atención voluntariamente pero le cuesta mantenerla; se distrae con facilidad ante estímulos del mundo exterior es decir tiene una atención y concentración inestables.
- Conciencia: En el momento de la evaluación su estado de conciencia es lucida.
- Orientación: La paciente está orientada en tiempo, lugar, espacio y persona; es decir reconoce el día, mes, año y estaciones, así mismo sabe en el lugar que se encuentra, departamento y país donde vive, además de que puede reconocer su derecha e izquierda y la ubicación de su cuerpo en el espacio.

### **3. LENGUAJE**

Su lenguaje expresivo y comprensivo son adecuados, presenta un lenguaje articulado el cual fluye en forma adecuada y clara, expresando en forma comprensible un tema. Su lengua materna es el quechua, además de que también domina el español.

#### **4. PENSAMIENTO**

En cuanto a su curso no presenta alteraciones, sus oraciones y frases presentan una secuencia lógica, su velocidad es normal; sin embargo en el contenido presenta ideas de culpa e inutilidad, ideas pesimistas acerca de las cosas malas que le podrían pasar generándole gran temor; no presenta ideas suicidas.

#### **5. PERCEPCIÓN**

Durante la evaluación se muestra acorde a los estímulos del mundo circundante; pero ella refiere que cuando está sola siente mucho temor y tiene la sensación de que la pared y el techo se van a caer.

#### **6. MEMORIA**

Su memoria remota y reciente se encuentra conservada ya que recuerda hechos cronológicos de su historia personal y es consciente del desarrollo cronológico de su problema actual.

#### **7. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Posee un nivel bajo de conocimientos generales, tiene buena capacidad de razonamiento y comprensión frente a hechos que se le expone.

#### **8. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS**

La paciente se muestra, preocupada y pesimista frente al problema que presenta, el estado de ánimo que predomina es de tristeza, se siente incapaz de poder disfrutar de las actividades que antes le resultaban agradables, manifiesta no tener energías para hacer nada; tiene miedo de que algo malo le fuera a suceder cuando está sola, tiene miedo a morir, teme no poder controlar lo que le pasa y volverse loca.

## **9. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD**

La paciente tiene conciencia del problema actual que presenta, acepta que las molestias físicas que presenta, así como la tristeza y la sensación de que el techo de su casa se va caer están relacionados al problema que presenta y que son a consecuencia de la experiencia traumática de perder a su hija mayor, sabe que esto interfiere en su salud mental, sin embargo manifiesta no poder controlar lo que le sucede.

### **RESUMEN**

La paciente es de tez trigueña, ojos cafés, cabello oscuro, contextura regular, de estatura mediana, su vestimenta es ordenada, aparenta su edad cronológica, mantiene contacto visual por momentos, su aseo y arreglo personal son adecuados, de postura recta y de marcha estable. Al momento de la evaluación la paciente mostró una actitud amable, sin embargo por momentos se mostraba ensimismada y distraída, a pesar de ello se logró establecer un buen rapport; en cuanto a su atención la paciente presenta dificultad para concentrarse, se distrae con facilidad ante estímulos del mundo exterior, tiene un estado de conciencia lucida, está orientada en tiempo, lugar, espacio y persona; su lenguaje expresivo y comprensivo son adecuados, su lengua materna es el quechua, además de que también domina el español; en cuanto a su pensamiento, su curso no presenta alteraciones, sin embargo en el contenido presenta ideas de culpa e inutilidad además de ideas pesimistas; en cuanto a su percepción durante la evaluación se muestra acorde a los estímulos del mundo circundante; pero ella refiere que cuando está sola siente mucho temor y tiene la sensación de que la pared y el techo de su casa se van a caer; su memoria remota y reciente se encuentran conservadas; posee un nivel bajo de conocimientos generales, tiene buena capacidad de razonamiento y comprensión frente a hechos que se le expone; el estado de ánimo que predomina es de tristeza, tiene miedo

a la muerte y a enloquecer; la paciente tiene conciencia del problema actual que presenta, sin embargo manifiesta no poder controlar lo que le sucede.

## INFORME PSICOMÉTRICO

### 1. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos:</b>	Alicia C. M.
<b>Edad:</b>	51 años
<b>Fecha de nacimiento:</b>	23 de noviembre de 1963
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Puno
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria incompleta
<b>Estado civil:</b>	Viuda
<b>Procedencia:</b>	Puno
<b>Ocupación:</b>	Labores agrarias, servicios comunales
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	15,22 y 29 de Agosto del 2014
<b>Examinadora:</b>	Soledad Gloria Alvarez León

### 2. OBSERVACIONES GENERALES

Al momento de la evaluación la paciente mostró una actitud amable, sin embargo por momentos se mostraba ensimismada y distraída, respondiendo a veces de una manera vaga e imprecisa, con un tono de voz bajo; a pesar de ello se logró establecer un buen rapport.

### 3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Historia clínica psicológica
- Entrevista

- Pruebas psicométricas:
  - Inventario Multifásico de Personalidad Minu-Mult
  - Test de inteligencia Tig-1
  - Escala de Hamilton para depresión
  - Escala de Hamilton para ansiedad

#### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

##### **A. Inventario Multifásico de Personalidad Minu-Mult**

###### **Cuantitativo:**

Escalas	L	F	K	HS+5K	D	HI	Pd+4K	Pa	Pt+1K	Es+1k	Ma+2k
<b>Puntaje directo</b>	1	<b>6</b>	2	6	<b>10</b>	9	8	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	7
<b>Puntación MM</b>	4	<b>16</b>	7	14	<b>31</b>	24	23	<b>21</b>	<b>37</b>	<b>43</b>	20
<b>Añadir K</b>	4	<b>16</b>	7	18	<b>31</b>	24	26	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	21
<b>Puntaje T</b>	50	<b>80</b>	39	57	<b>84</b>	64	67	<b>88</b>	<b>93</b>	<b>103</b>	60
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	-		-	-	-	-	-				-

Combinación obtenida de las escalas de validez:

<b>L</b>	<b>F</b>	<b>K</b>
+/-	+	-

Combinaciones de las escalas clínicas:

<b>GRUPO</b>	<b>COMBINACIÓN</b>
15	2 - 6
23	6 - 7
24	7 - 8

### **Cualitativo:**

En las puntuaciones del MINIMULT, en cuanto a las 3 primeras escalas que indican básicamente la actitud del paciente al responder la prueba, se ha encontrado los siguientes resultados:

En la escala L (mentira) la paciente muestra una actitud de disposición a la prueba, dentro de lo normal.

En la escala F (Validez) nos indica que se debe interpretar el perfil con precaución, la paciente admite un largo número de experiencias, vivencias y síntomas no usuales. Puede tener problemas psiquiátricos muy significativos.

En la escala k (corrección) nos muestra que la paciente puede tener una pobre autoestima. Probablemente a la paciente le gustara discutir problemas emocionales.

Con lo cual podríamos decir que los elementos más importantes de la actitud de la paciente ante su autodescripción son: la tendencia a experimentar fuerte tensión interna

ante un gran número de conflictos; el enfrentamiento a estos con sensación de impotencia por la incapacidad para encontrarles soluciones válidas y eficaces, y por último, cierta reducción de la capacidad de autocrítica del sujeto, lo que ocasiona que en su autodescripción se exageren las situaciones conflictivas que enfrenta.

En cuanto al resto de escalas los puntajes más altos se encuentran en las escalas de depresión, personalidad paranoide, obsesión compulsión y en esquizofrenia

En la escala D (depresión) la paciente tiene sentimientos de culpa, hay una notable reducción de su energía, falta de motivación y pérdida general del interés, al igual que la consecuente lentificación, tanto de la conducta motriz como del pensamiento.

Cabe aclarar que cuando ésta escala se eleva en combinación con otras, los elementos depresivos que indica, se pueden interpretar como una forma constante del individuo para reaccionar ante las situaciones críticas.

En la escala Pa (paranoia) tiene actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y la tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada, además se reflejan frecuentes descargas de agresividad que pueden considerarse como formas de defensa anticipada ante posibles situaciones de ataque que el sujeto percibe como amenazantes para su seguridad.

La escala Pt (psicastenia) hay una incapacidad para tomar decisiones rápidas, exigencia hacia sí misma y en ocasiones hacia los demás, reducción en la tolerancia hacia las propias fallas o a la de otros, búsqueda de patrones de comportamiento preestructurados, delimitación precisa y clara de las situaciones que se tienen que enfrentar (se trata de reunir el máximo de seguridad antes de actuar), meticulosidad, tendencia al perfeccionismo y a reaccionar con respuestas generalizadas e inadecuadas ante fragmentos de estímulos.

La escala Es (esquizofrenia) además hay una tendencia importante hacia el aislamiento y la fantasía, problemas en la capacidad para establecer relaciones interpersonales, empleando con exageración el mecanismo de la fuga a la fantasía como forma de compensación ante dicha incapacidad, así mismo hay confusiones ocasionales entre la fantasía y la realidad

Al realizar las combinaciones entre las escalas clínicas obtenemos los siguientes resultados:

La paciente es una persona con grandes resentimientos hacia los demás, a los que constantemente culpa de las propias limitaciones, con lo que trata de hacerlas más tolerables para su autoestima, así mismo; hay ideas de referencia basadas en la inadecuada interpretación de los estímulos, tales ideas llegan a funcionar como estructuras fijas del pensamiento, y propician el aumento de la ansiedad. Su capacidad para controlar los impulsos es menos eficaz, ya que surge después de la descarga de los mismos y llega a expresar su agresión en una forma muy abierta; las relaciones interpersonales se caracterizan por un tinte más acentuado de cautela, suspicacia y desconfianza, en donde el temor al rechazo y la ansiedad que esto produce se manifiestan como conductas que van desde la hostilidad, hasta la agresión franca, también encontramos elementos de ansiedad que se manifiesta través de una conducta rígida, exigente y perfeccionista, sobresaliendo las tendencias a la meticulosidad. En el pensamiento son frecuentes los contenidos rígidos.

## B. Test de inteligencia Tig-1

### Cuantitativo

- Puntaje bruto: 15
- Categoría: Normal promedio

**Cualitativo:**

La paciente tiene la capacidad mental de razonar, planear, solucionar problemas y entender ideas abstractas, haciendo uso del lenguaje, además puede tener un proceso de aprendizaje de manera adecuada, aprovechando al máximo sus potencialidades.

**C. Escala de Hamilton para depresión:****Cuantitativo**

- Puntaje bruto: 18
- Nivel: moderado (14 – 18)

**Cualitativo:**

La paciente presenta un ánimo deprimido, lo cual lo manifiesta verbalmente en forma espontánea, así mismo hay sentimientos de culpa, a manera de autoreproche; anteriormente ha tenido dos intentos de suicidios, se queja de presentar dificultades ocasionales para conciliar el sueño, en ocasiones se despierta en horas muy tempranas de la mañana pero vuelve a dormirse nuevamente, tiene pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones, hay un discreto retardo durante la entrevista, la paciente muestra cierta tensión e irritabilidad, presenta moderada ansiedad somática; además presenta síntomas somáticos, lo cual se manifiesta en la pérdida del apetito, a pesar de ello la paciente se sigue alimentando, hay sensación de pesadez en el abdomen, existe también pesadez en los miembros, espalda o cabeza; dolores de espalda, cefaleas: dolores musculares o perdida de energía y fatiga, hay una probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual. La paciente reconoce estar deprimida y enferma.

## **D. Escala de Hamilton para ansiedad**

### **Cuantitativo**

- Puntaje bruto: 26
- Nivel: moderado

### **Cualitativo:**

La paciente presenta tensión, fatigabilidad, llanto fácil, dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, falta de interés, dolores y molestias musculares, zumbido en los oídos, sensación de debilidad y hormigueo, además tiene una sensación de opresión en el pecho, náuseas, vómitos, sensación de tener el estómago vacío, presenta cefaleas y vértigos; durante la evaluación se mostró algo tensa.

## **5. RESUMEN**

La paciente es una persona con grandes resentimientos hacia los demás, a los que constantemente culpa de las propias limitaciones, así mismo; hay ideas de referencia basadas en la inadecuada interpretación de los estímulos, tiene un inadecuado control de impulsos; sus relaciones interpersonales se caracterizan por un tinte más acentuado de cautela, suspicacia y desconfianza, también encontramos elementos de ansiedad que se manifiesta través de una conducta rígida, exigente y perfeccionista, sobresaliendo la tendencia a la meticulosidad. En el pensamiento son frecuentes los contenidos rígidos. Posee una inteligencia en una categoría normal promedio, lo cual se refleja en su capacidad mental de razonar, planear, solucionar problemas y entender ideas abstractas, haciendo uso del lenguaje, además puede tener un proceso de aprendizaje de manera adecuada, aprovechando al máximo sus potencialidades. La paciente presenta una depresión en un nivel moderado, lo cual se manifiesta en su ánimo deprimido, sentimientos de culpa,

anteriormente ha tenido dos intentos de suicidios, presenta dificultades ocasionales para conciliar el sueño, pérdida del apetito, tiene pensamientos y sensación de incapacidad; así mismo presenta una ansiedad moderada, lo cual se manifiesta en tensión, fatigabilidad, dolores y molestias musculares, zumbido en los oídos, sensación de debilidad y hormigueo, además tiene una sensación de opresión en el pecho, náuseas, vómitos, sensación de tener el estómago vacío, además presenta cefaleas y vértigos.

## INFORME PSICOLÓGICO

### 1. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos:</b>	Alicia C. M.
<b>Edad:</b>	51 años
<b>Fecha de nacimiento:</b>	23 de noviembre de 1963
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Puno
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria incompleta
<b>Estado civil:</b>	Viuda
<b>Procedencia:</b>	Puno
<b>Ocupación:</b>	Labores agrarias, servicios comunales
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	15,22 y 29 de Agosto del 2014
<b>Examinadora:</b>	Soledad Gloria Alvarez León

### 2. MOTIVO DE CONSULTA

La problemática de la paciente se inicia hace 6 años, al enterarse que su hija mayor fue asesinada por su conviviente; a partir de ese momento la paciente empezó a enfermarse de los bronquios, bajó mucho de peso, empezaron los sentimientos de reproche y pensamientos negativos hacia su persona, llanto incontrolable, tristeza intensa, hubo un intento de suicidio, tiempo después de lo sucedido ella empieza a percibir que su casa caminaba, sentía que los dientes le crecían, sentía que caminaba en el aire y que no podía mantener el equilibrio; años después intentó suicidarse nuevamente. La paciente llega a consulta manifestando sufrir dolores de cabeza y mareos, siente como si algo malo le fuera a suceder generándole miedo, llanto, tristeza hasta al punto de sentir que el techo de su

casa se va a caer. Al momento de la entrevista, la paciente manifiesta sentirse triste, sin ganas de hacer nada, con un cansancio que la acompaña constantemente, se siente culpable por lo que le pasó a su hija, no tiene apetito y tiene problemas para dormir; además tiene dolores y molestias musculares, zumbido en los oídos, sensación de debilidad y hormigueo, tiene una sensación de opresión en el pecho, náuseas, sensación de tener el estómago vacío, presenta cefaleas y vértigos; durante la entrevista se mostró algo tensa y distraída

### **3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Historia clínica psicológica
- Entrevista
- Pruebas psicométricas:
  - Inventario Multifásico de Personalidad Minu-Mult
  - Test de inteligencia Tig-1
  - Escala de Hamilton para depresión
  - Escala de Hamilton para ansiedad

### **4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Durante el embarazo la madre de la paciente vivió en un estado de angustia constante debido al consumo de alcohol de su pareja que la agredía física y psicológicamente, nació de un parto natural a los nueve meses, su desarrollo motor y de lenguaje fue dentro de lo esperado para su edad, recibió la lactancia hasta el año y medio; en cuanto a su escolaridad solo estudió hasta el tercer grado del nivel secundario, abandonando sus estudios debido a problemas familiares, así mismo señala no haber recibido información sexual de ninguno

de sus padres, tuvo su menarquía a los 12 años; trabajó desde los 15 años en diversas actividades, actualmente trabaja en la chacra y en servicios comunales; en cuanto a sus hábitos alimentarios posee un apetito y sueño irregular, desde pequeña tuvo que cuidar a sus sobrinos y realizar las tareas del hogar, ya que esta fue la obligación impuesta por su hermana mayor, sus momentos de juego eran muy escasos, ya en la adolescencia le era algo difícil entablar relaciones con el sexo opuesto ya que era tímida y poco comunicativa. En cuanto a aspectos familiares la paciente es la segunda de tres hermanos, su padre falleció cuando ella tenía dos años, desde entonces vivió con sus hermanos y con su padrastro quien se caracterizaba por ser violento, en la actualidad ella tiene seis hijos fruto de la relación con su esposo quien falleció hace veinticuatro años, la relación con sus hijos es buena, sin embargo solo vive con su hija menor, su vivienda es de material noble, cuenta con los servicios básicos, los gastos del hogar son sostenidos mayormente con los ingresos de la hija menor.

## **5. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

La paciente es de tez trigueña, ojos cafés, cabello oscuro, contextura regular, de estatura mediana, su vestimenta es ordenada, aparenta su edad cronológica, mantiene contacto visual por momentos, su aseo y arreglo personal son adecuados, de postura recta y de marcha estable. Al momento de la evaluación la paciente mostró una actitud amable, sin embargo por momentos se mostraba ensimismada y distraída, a pesar de ello se logró establecer un buen rapport; en cuanto a su atención presenta dificultad para concentrarse, se distrae con facilidad ante estímulos del mundo exterior, tiene un estado de conciencia lucida, está orientada en tiempo, lugar, espacio y persona; su lenguaje expresivo y comprensivo son adecuados, su lengua materna es el quechua, además de que también domina el español; en cuanto a su pensamiento, su curso no presenta alteraciones, sin embargo en el contenido presenta ideas de culpa e inutilidad además de ideas pesimistas;

en cuanto a su percepción durante la evaluación se muestra acorde a los estímulos del mundo circundante; pero ella refiere que cuando está sola siente mucho temor y tiene la sensación de que la pared y el techo de su casa se van a caer; su memoria remota y reciente se encuentran conservadas; posee un nivel bajo de conocimientos generales, tiene buena capacidad de razonamiento y comprensión frente a hechos que se le expone; el estado de ánimo que predomina es de tristeza, tiene miedo a la muerte y a enloquecer; la paciente tiene conciencia del problema actual que presenta, sin embargo manifiesta no poder controlar lo que le sucede.

## **6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

La paciente es una persona con grandes resentimientos hacia los demás, a los que constantemente culpa de las propias limitaciones, así mismo; hay ideas de referencia basadas en la inadecuada interpretación de los estímulos, tiene un inadecuado control de impulsos; sus relaciones interpersonales se caracterizan por un tinte más acentuado de cautela, suspicacia y desconfianza, también encontramos elementos de ansiedad que se manifiesta través de una conducta rígida, exigente y perfeccionista, sobresaliendo la tendencia a la meticulosidad. En el pensamiento son frecuentes los contenidos rígidos. Posee una inteligencia en una categoría normal promedio, lo cual se refleja en su capacidad mental de razonar, planear, solucionar problemas y entender ideas abstractas, haciendo uso del lenguaje, además puede tener un proceso de aprendizaje de manera adecuada, aprovechando al máximo sus potencialidades. La paciente presenta una depresión en un nivel moderado, lo cual se manifiesta en su ánimo deprimido, sentimientos de culpa, anteriormente ha tenido dos intentos de suicidios, presenta dificultades ocasionales para conciliar el sueño, pérdida del apetito, tiene pensamientos y sensación de incapacidad; así mismo presenta una ansiedad moderada, lo cual se manifiesta en tensión, fatigabilidad, dolores y molestias musculares, zumbido en los oídos, sensación de debilidad y

hormigueo, además tiene una sensación de opresión en el pecho, náuseas, vómitos, sensación de tener el estómago vacío, además presenta cefaleas y vértigos.

## **7. DIAGNÓSTICO**

En base al proceso psicodiagnóstico la paciente presenta un *Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síndrome somático (F33.11)*, ya que ha presentado anteriormente episodios repetidos de depresión; el episodio depresivo actual se manifiesta en su ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad, además de la disminución de su atención y concentración, ideas de culpa e inutilidad, pérdida del apetito y trastornos del sueño; acompañado todo esto de síntomas somáticos múltiples como insomnio, dolores y molestias musculares, zumbido en los oídos, sensación de debilidad y hormigueo, además de cefaleas y vértigos; los cuales han contribuido al deterioro de su salud mental.

## **8. PRONÓSTICO**

Reservado, porque la paciente no cuenta con el apoyo de su familia, y no muestra una buena disposición para seguir el tratamiento; por lo cual los síntomas se pueden agudizar e ir repercutiendo más en su salud.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Intervención médica psiquiátrica
- Terapia individual emotivo racional
- Intervención familiar

## PLAN PSICOTERAPÉUTICO

### 1. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos:</b>	Alicia C. M.
<b>Edad:</b>	51 años
<b>Fecha de nacimiento:</b>	23 de noviembre de 1963
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Puno
<b>Grado de Instrucción:</b>	Secundaria incompleta
<b>Estado civil:</b>	Viuda
<b>Procedencia:</b>	Puno
<b>Ocupación:</b>	Labores agrarias, servicios comunales
<b>Referente:</b>	Servicio de Medicina
<b>Informantes:</b>	La paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	P.S. Villa Jesús
<b>Fechas de evaluación:</b>	15,22 y 29 de Agosto del 2014
<b>Examinadora:</b>	Soledad Gloria Alvarez León

### 2. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

En base al proceso psicodiagnóstico la paciente presenta un *Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síndrome somático (F33.11)*, ya que ha presentado anteriormente episodios repetidos de depresión; el episodio depresivo actual se manifiesta en su ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad, además de la disminución de su atención y concentración, ideas de culpa e inutilidad, pérdida del apetito y trastornos del sueño; acompañado todo esto de síntomas somáticos múltiples como insomnio, dolores y molestias musculares, zumbido en los oídos, sensación de debilidad y hormigueo, además de cefaleas y vértigos; los cuales han contribuido al deterioro de su salud mental.

### **3. OBJETIVO GENERAL**

Reducir la intensidad y frecuencia de los síntomas depresivos y replantear sus ideas y creencias contraproducentes, formulando creencias alternativas racionales así como la modificación de los esquemas mentales familiares asumiendo una percepción realista.

### **4. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**

- Relajación
- Conducta independiente
- Asertividad
- Autoconfianza
- Pensamiento optimista acerca del futuro
- Fijarse metas

### **3. DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS**

SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO	META / ACTIVIDAD
<b>PRIMERA (se realizará durante todas las sesiones)</b>	Relajación  (Aplicación de los ejercicios de relajación de Jacobson)	Conseguir la relajación corporal y mental a través de instrucciones verbales.	La paciente se relajará, con ayuda del terapeuta, pero dando prioridad a los pensamientos de ella misma a fin de llegar a un estado de serenidad.  Posición inicial: Se le pedirá que cierre los ojos, se siente en la silla lo más cómodamente para que su cuerpo pueda relajarse al máximo posible.  <b>1º FASE:</b> Tensión-relajación.

		<p><b>1. Relajación de cara, cuello y hombros</b></p> <p>con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.</li> <li>• Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.</li> <li>• Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.</li> <li>• Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.</li> <li>• Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.</li> <li>• Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.</li> <li>• Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.</li> <li>• Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.</li> <li>• Hombros y cuello: Elevar los</li> </ul>
--	--	---

hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.

### **2. Relajación de brazos y manos.**

Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.

### **3. Relajación de piernas:**

Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.

- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
- Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
- Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en

			<p>el pecho. Espirar lentamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente. o Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.</li> </ul> <p><b>2<sup>a</sup> FASE:</b> repaso.</p> <p>Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.</p> <p><b>3<sup>a</sup> FASE:</b> relajación mental.</p> <p>Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.</p>
<b>SEGUNDA SÉPTIMA</b>	Terapia emotivo racional	Identificar los conductas y emociones problemáticas y enlazarlas e Identificar creencias irracionales que la sustentan	<p>Detectar a través del relato del paciente sus creencias irracionales: sobre generalización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Todo lo malo me sucede a mi” visión catastrófica</li> <li>• “Y si algo malo le pasa a mi hija</li> </ul>
<b>OCTAVA</b>	Terapia emotivo	Clasificar los	A. La muerte de mi hija

<b>NOVENA</b>	racional	problemas de la paciente en externos, internos y mixtos, a partir de ello identificar las causas y consecuencias de los mismos.	B. Y si también le pasa lo mismo a mis hijos  C. Ansiedad  A. Ansiedad  B. No tengo la fuerza para ayudar a mis hijos  C. Miedo e impotencia.
<b>DÉCIMA</b>	Terapia emotivo racional	Refutar esas creencias contraproducentes e Identificar las creencias alternativas racionales.	Para ello se le enseñara a discriminar. Se llevara a cabo mediante las preguntas dirigidas a ayudar a la paciente a descubrir la falsedad de sus creencias irracionales y hallar la creencia racional alternativa. Las preguntas que se le harán son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué evidencias tienes de que les pasara lo mismo a tus hijos?</li> <li>• ¿En qué sentido es cierto o falsa esa creencia?</li> <li>• ¿En qué otra forma puedes verlo?</li> <li>• ¿Qué consecuencias positivas o negativas obtienes manteniendo esta creencia?</li> </ul> El verdadero cambio de las creencias la llevaremos a cabo a través del análisis y
<b>DÉCIMA CUARTA</b>			

			<p>evaluación lógica de las creencias irracionales, es decir se le hará ver cuando basa sus juicios en una premisa básica incorrecta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Siempre tengo mala suerte y me pasan cosas malas por eso siempre me pasaran cosas malas”</li> </ul> <p>Análisis y evaluación empírica buscando evidencias a favor y en contra mediante la presentación de situaciones similares. Se le presentaran situaciones reales donde sus creencias se ven sin validez.</p> <p>Mostrar extrañezas ante ciertas afirmaciones irracionales con gestos, exclamaciones, etc.</p> <p>Reducir el absurdo: se asumirá la creencia expresada por el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Tengo mala suerte”</li> </ul> <p>Y llevaremos al extremo para evidenciar el absurdo, se le planteara algunas situaciones: ¿Cada vez que intente cruzar la calle un carro intentara atropellarla?.</p>
<b>DÉCIMA QUINTA</b>	Terapia emotivo racional	Refutar esas creencias contraproducentes	Definir los términos de forma clara y precisa para evitar las falacias lógicas y las conclusiones ilógicas como por

<b>DÉCIMA SEPTIMA</b>	e Identificar las creencias alternativas racionales.	ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es para usted la suerte?</li> <li>• ¿Qué es para usted lo malo?</li> </ul> <p>Descatastrofizar, haciéndole preguntas como</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es lo peor que podría pasar si ocurre lo que teme?</li> </ul> <p>Hacer de abogado del diablo (hacer como que defiendes su idea racional y que la paciente trate de convencer al terapeuta de lo contrario)</p>	
<b>DÉCIMA OCTAVA VIGÉSIMA</b>	Cambios de estilos de vida	Desarrollar actividades recreativas que fomenten su concentración y atención	Se le pedirá a la paciente que identifique algo que le guste:  Se le presentara a la paciente gráficos que representen actividades de la vida diaria, de las cuales seleccionara primero las actividades que en el pasado le gustaba realizar, en segundo lugar seleccionara las actividades que más le gusta hacer actualmente y finalmente seleccionara las actividades que le gustaría realizar a futuro.  Es así que se explicara al paciente que es importante que realice las actividades que más le agradan, luego se realizara la

			<p>alianza terapéutica y se le propondrá las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar el horario.</li> <li>• Salir a pasear por las tardes que son los momentos donde más inquietud presenta.</li> <li>• Visitar a las personas con las que más se siente a gusto.</li> <li>• Antes de acostarse preparar una infusión caliente a la mitad de la taza, la cual se debe soplar lentamente 3 veces antes de tomarla.</li> </ul>
<b>VIGÉSIMA PRIMERA</b>	Cambio de la dinámica familiar	Replantear los esquemas mentales familiares asumiendo una percepción realista.	<p>Se contara con la presencia de su hijo y su menor hija por considerar a uno como foco ansiógeno y a su hija como fortaleza de apoyo</p> <p>Reconsiderar sus roles: Dar a su hijo la oportunidad de establecer su propia identidad y permitirle cometer errores en el camino.</p> <p>Que asuma la responsabilidad como cabeza de hogar así como resolver problemas en su ámbito familiar.</p> <p>Concientizar a los hijos para que</p>

			<p>expresen sus sentimientos de manera prudente a su madre con el objetivo de no causarle preocupación ni que la misma asuma un rol activo sino por el contrario un rol de orientadora y consejera.</p> <p>Impulsar al hijo a que busque ayuda profesional.</p> <p>Enseñar a la paciente a afianzar los lazos afectivos con la hija menor y tenerlas en cuenta como un apoyo fundamental en su entorno social.</p>
<b>VIGÉSIMA SEGUNDA</b>	Habituarse a hacer Terapia Racional Emotiva diariamente	Preparar al paciente a automatizar los cambios adquiridos en la terapia y prepararle para que en el futuro ella sea su propio terapeuta.	<p>Autorreforzarse por pensar racionalmente y castigarse por pensar y actuar irracionalmente.</p> <p>Habituarse a debatir mentalmente sus creencias irracionales por el resto de su vida</p> <p>Actuar en su vida diaria de forma consistente con su nueva filosofía racional y en contra de sus ideas irracionales.</p> <p>Se le anima a tener muchas experiencias en su vida diaria.</p>

## **5. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

Las sesiones mencionadas se desarrollaran dos por semana, durante tres meses, cada una de 45 minutos; en caso contrario que no se lograran los objetivos propuestos se extendería el tratamiento a 3 meses aproximadamente. La terapia puede terminar con algunas sesiones de seguimiento, que se llevaran a cabo primero cada 15 días y posteriormente una vez al mes.

## **6. AVANCES TERAPÉUTICOS**

En proceso, con un 15%, debido a tiempo y disponibilidad de la paciente.

**ANEXOS CASO  
CLÍNICO II**

## **INVENTARIO MULTIFASICO DE PERSONALIDAD MINI-MULT**

## HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres..... Alicia C. M.

Edad..... 57 años ..... Sexo ..... F ..... Grado Inst..... Sec. incompl.

Fecha de Nacimiento ..... 23 - 11 - 1963 ..... Fecha Aplic ..... 22 - 08 - 2014

Referido por.....

Rellene el círculo sobre la letra V o F según su respuesta. Sea Sincero por su propio bien.

1	(V)		11	(V)	(F)	21	(V)		31	(V)	(F)	41	(V)	(F)	51	(V)	(F)	61	(V)	(F)
2	(V)		12	(V)		22	(V)	(F)	32	(V)		42	(V)		52	(V)		62	(V)	
3	(V)		13	(V)	(F)	23	(V)	(F)	33	(V)	(F)	43	(V)	(F)	53	(V)		63	(V)	(F)
4	(V)		14	(V)	(F)	24	(V)	(F)	34	(V)	(F)	44	(V)	(F)	54	(V)		64	(V)	
5	(V)	(F)	15	(V)	(F)	25	(V)	(F)	35	(V)		45	(V)	(F)	55	(V)	(F)	65	(V)	(F)
6	(V)	(F)	16	(V)	(F)	26	(V)	(F)	36	(V)		46	(V)		56	(V)	(F)	66	(V)	(F)
7	(V)		17	(V)	(F)	27	(V)	(F)	37	(V)	(F)	47	(V)	(F)	57	(V)	(F)	67	(V)	
8	(V)	(F)	18	(V)	(F)	28	(V)	(F)	38	(V)	(F)	48	(V)		58	(V)		68	(V)	(F)
9	(V)	(F)	19	(V)		29	(V)	(F)	39	(V)	(F)	49	(V)	(F)	59	(V)		69	(V)	(F)
10	(V)		20	(V)		30	(V)	(F)	40	(V)	(F)	50	(V)	(F)	60	(V)	(F)	70	(V)	(F)

# CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Forma colectiva

Hoja de anotación y perfil

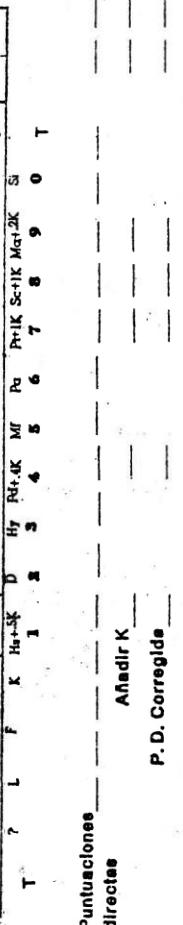
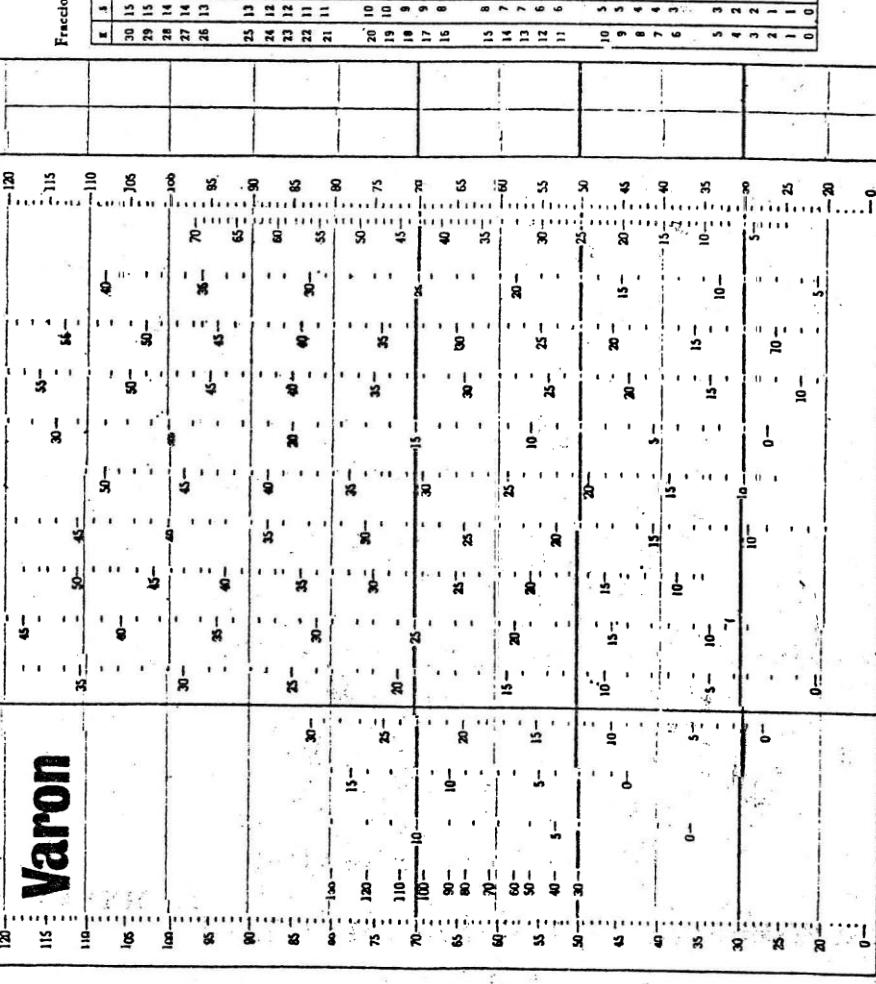
APELLIDOS Y NOMBRE:  
Profesión/Estudios:

Edad: ..... Sexo: ..... Estado civil:

Empresa/Centro de estudios:

T 7 L F K Ha+SK D Hy Pt+K Mf Pa Pt+K Sc+K Ma+2K S T  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 T

Escala adicional S T 1 L F K Ha+SK D Hy Pt+K Mf Pa Pt+K Sc+K Ma+2K S T  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 T



Puntuaciones directas T 1 6 2 6 10 9 8 9 0 T  
Anadir K 18 26 44 50 21

P.D. Corregida \_\_\_\_\_

Fecha de examen: Corregido por:

HOJA DE RESPUESTAS

Nombres: <u>Alicia</u>	Grado de instrucción:
Apellidos: <u>C. M.</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico ocupacional <input type="checkbox"/> Técnico superior <input type="checkbox"/> Universitario
Edad: <u>57 años</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Año: _____
Género: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Módulo: _____
Fecha de evaluación: <u>/ /</u>	<input type="checkbox"/> Ciclo: _____
	<input type="checkbox"/> Ciclo: _____

EJEMPLOS:	PUNTAJE BRUTO <u>75</u>								
A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> B <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> C <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> D <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>4</td></tr></table>	2	4	2	3	0	0	1	4	CATEGORIA <u>Normal promedio</u>
2									
4									
2									
3									
0									
0									
1									
4									

1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> ✓	2	2	8 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	2	6	15 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> ✓	3	3	22 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	3	6	29 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> X	1	2
2														
2														
2														
6														
3														
3														
3														
6														
1														
2														
2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> ✓	0	0	9 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	2	1	16 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	3	1	23 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> X	0	0	30 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> X	5	4
0														
0														
2														
1														
3														
1														
0														
0														
5														
4														
3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> ✓	1	3	10 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	6	1	17 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	5	6	24 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> X	1	4	31 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> X	0	0
1														
3														
6														
1														
5														
6														
1														
4														
0														
0														
4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	2	1	11 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> ✓	2	1	18 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	3	1	25 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	6	1	32 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> X	2	2
2														
1														
2														
1														
3														
1														
6														
1														
2														
2														
5 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> ✓	3	5	12 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> X	5	2	19 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> X	6	4	26 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> ✓	1	2	33 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> X	0	1
3														
5														
5														
2														
6														
4														
1														
2														
0														
1														
6 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> ✓	5	0	13 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>5</td></tr></table> ✓	1	5	20 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> X	3	3	27 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> X	1	2	34 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>4</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> X	4	4
5														
0														
1														
5														
3														
3														
1														
2														
4														
4														
7 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>6</td></tr></table> ✓	2	6	14 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> X	1	4	21 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> X	1	3	28 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> X	1	4	35 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>4</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> X	4	2
2														
6														
1														
4														
1														
3														
1														
4														
4														
2														

## **ANEXO II**

## **ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN**

Apellidos y Nombres Alicia C. M. H.C.: \_\_\_\_\_

SINTOMA	0 Inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	10 sem.	12 sem.	18 sem.	24 sem.
<b>10. Ansiedad psíquica</b> 0 No hay dificultad. 1 Tensión subjetiva e irritabilidad. 2 Se preocupe por asuntos memores. 3 Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla. 4 Temores expesados sin preguntarselo.	1							
<b>11. Ansiedad somática:</b> componentes fisiológicos de la ansiedad: <u>gastrointestinales</u> - sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; <u>cardiovasculares</u> - palpitaciones, cefalea; <u>respiratorios</u> - hiperventilación, suspiros; frecuencia urinaria; sudoración). 0 Ausente. 1 Leve. 2 Moderado 3 Severo 4 Incapacitante.	2							
<b>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</b> 0 Ninguno 1 Pérdida del apetito pero el sujero se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen. 2 Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.	1							
<b>13. Síntomas somáticos generales</b> 0 Ninguno 1 Pesadez en los miembros, espalda o cabeza; dolores de espalda, cefaleas: dolores musculares o pérdida de energía y fatiga. 2 Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.	1							
<b>14. Síntomas genitales:</b> (pérdida de libido, alteraciones menstruales, no determinado) 0 Ausente. 1 Moderado. 2 Severo.	0							
<b>15. Hipocondría</b> 0 No está presente. 1 Preocupación por el propio cuerpo. 2 Preocupación por la salud 3 Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc. 4 Decluciones hipocondríacas.	0							
<b>16. Pérdida de peso</b> A Cuando se evalúa por la historia: 0 No hay pérdida de peso. 1 Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual. 2 Definitivamente pérdida de peso (de acuerdo con el paciente). 3 En evaluaciones semanales por el psiquiatra de la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados: 0 Menos de $\frac{1}{2}$ Kg. de peso perdido en una semana. 1 Más de $\frac{1}{2}$ Kg. de peso perdido en una semana. 2 Más de 1 Kg. de peso perdido en una semana.	2							
<b>17. Introspección</b> 0 Reconocerse estar deprimido y enfermo. 1 Reconocerse enfermedad pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima exceso de manejo, virus, necesidad de descanso, etc. 2 Negarse estar enfermo del todo.	0							
<b>Puntaje Total</b>	78							

Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:

00 - 07 Normal

08 - 13 Leve

14- 18 Moderado

19- 22 Severo

23 - &gt; Muy severo

# Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)



Nombres y Apellidos: Alicia C. M. Edad: 51 años

Reactivos:	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión, [anticipación temerosa], Irritabilidad)		X			
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)			X		
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo. a los animales grandes, a las multitudes, etc)		X			
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)				X	
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	X				
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)		X			
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz con poco firme o insegura)				X	
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)				X	
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)		X			
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)		X			
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, biorrosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, diarrea, estreñimiento)			X		
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	X				
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección).			X		
14. Comportamiento durante la entrevista - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, micciones palpebrales.		X			
Total	0	1	2	3	4

0 - 5 No ansiedad

6 - 14 Ansiedad Leve

15 a + Ansiedad Moderada / Grave

Total - 26