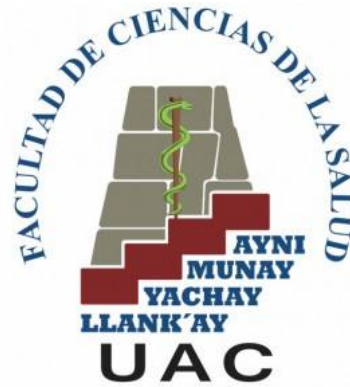




Universidad Andina del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



**Estilos de personalidad y niveles de estrés en familiares cuidadores de
pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de
Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017.**

Tesis presentada por:

Bach. Jenny Sanchez Callalli

Bach. Wendy Pierina Zentner Zúñiga

Para optar el título profesional de

Psicólogo

Asesor:

Ps. Gildo Vila Nuñonca

Cusco - 2017



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por el amor y los principios que me han dado; por el apoyo constante en mi vida como en mis estudios y por la comprensión y paciencia que me brindan.

A mis hermanos, por su amor y confianza; por todos los momentos que hemos pasado juntos, sabiendo ser para mí, motivo de apoyo para seguir hacia adelante.

A mis familiares y amigos, que son personas especiales en mi vida y por el gran cariño que me tienen y del cual son correspondidos.

A nuestro Asesor de Tesis: Ps. Gildo Vila Nuñonca, por su paciencia e interés por orientarnos de la mejor forma posible.

Al Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” y todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de éste anhelo.

Jenny Sanchez Callalli

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Mi más sincero agradecimiento a mis padres por su aliento, apoyo y creer en mí en todo este proceso, gracias a ellos me encuentro en esta etapa de mi carrera.

A nuestro asesor, el Ps. Gildo Vila Nuñonca, por todo el tiempo, esfuerzo, su guía y apoyo que ha puesto para trabajar con nosotras en esta tesis.

Y finalmente a todos los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” por su colaboración en el desarrollo de la tesis.

Wendy Pierina Zentner Zúñiga



DEDICATORIAS

A Dios por haberme guiado hasta obtener la culminación de mi carrera; a mis padres porque ellos han dado razón a mi vida, por sus consejos y apoyo incondicional, porque todo lo que soy ahora es gracias a ellos; a todos mis seres queridos por el amor y apoyo brindado y a todos los pacientes psiquiátricos como a sus familiares por la inspiración.

Jenny Sanchez Callalli

Dedico esta tesis a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositaron su entera confianza en mí, es por ellos que soy lo que soy ahora, los amo con mi vida; y a mi enamorado, por su ayuda, y darme motivación para alcanzar mis objetivos en todo momento.

Wendy Pierina Zentner Zúñiga



JURADO DE TESIS

Dra. Yanet Castro Vargas

Dictaminante

Ps. Katherine Calderón Córdova

Dictaminante

Ps. Dina Lizbeth Aparicio Jurado

Replicante

Mgt. Angelit Ruth Morveli Palomino

Replicante



ÍNDICE

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

Capítulo I: Introducción.....	01
1.1. Planteamiento del Problema	02
1.2. Formulación del Problema.....	09
1.2.1. Problema general	09
1.2.2. Problemas específicos.....	09
1.3. Justificación.....	10
1.3.1. Conveniencia.....	10
1.3.2. Relevancia social.....	10
1.3.3. Implicancias prácticas.....	11
1.3.4. Valor teórico.....	11
1.3.5. Utilidad metodológica.....	11
1.4. Objetivo de Investigación.....	12
1.4.1. Objetivo general.....	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	12
1.5. Delimitaciones del Estudio.....	13
1.5.1. Delimitación espacial.....	13
1.5.2. Delimitación temporal.....	13
Capítulo II: Marco Teórico.....	14
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	14



2.1.2	Antecedentes nacionales.....	17
2.1.3	Antecedentes locales.....	18
2.2	Bases Teóricas.....	19
2.2.1	La personalidad de Theodore Millon.....	19
2.2.2	Estrés de Holmes y Rahe.....	48
2.3.	Marco Conceptual.....	61
2.4.	Hipótesis de Trabajo.....	65
2.4.1.	Hipótesis alterna.....	65
2.4.2.	Hipótesis nula.....	65
2.5.	Variables e Indicadores.....	65
	Capítulo III: Diseño Metodológico.....	68
3.1.	Diseño de Investigación.....	68
3.2.	Tipo de la investigación.....	68
3.3.	Población y Muestra.....	69
3.3.1.	Descripción de la población.....	69
3.3.2.	Muestra y método de muestreo.....	69
3.3.3.	Criterios de inclusión y exclusión.....	72
3.4.	Técnicas de recolección de datos.....	72
3.4.1.	Entrevista.....	72
3.4.2.	Observación.....	72
3.4.3.	Análisis de contenido.....	73
3.4.4.	Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.....	73
3.4.5.	Escala de Estrés de Holmes y Rahe.....	75
3.5.	Procedimiento de Análisis de Resultados.....	76
3.5.1.	SPSS	76



3.5.2. Coeficiente Chi Cuadrado de Pearson.....	76
Capítulo IV: Resultados de la Investigación.....	77
4.1. Resultados respecto a los Objetivos Específicos	77
4.2. Resultados respecto al Objetivo General.....	121
Capítulo V: Discusión.....	124
5.1. Descripción de los hallazgos más Relevantes y Significativos.....	124
5.2. Limitaciones del Estudio.....	127
5.3. Comparación Crítica con la Literatura Existente.....	127
5.4. Implicancias del Estudio.....	135
Conclusiones.....	136
Sugerencias.....	138
Bibliografía.....	139
Instrumentos de Recolección de Datos.....	147
Validación de Instrumentos.....	167
Anexos.....	169



RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1. *Los Ocho Tipos Básicos de Personalidad según Millon*.....23

Tabla 2. *Componentes del Modelo Evolutivo de Millon*.....27

Tabla 3. *Prototipos de Personalidad*.....37

Tabla 4. *Operacionalización de la variable personalidad*.....66

Tabla 5. *Operacionalización de la variable estrés*67

Tabla 6. *Muestra y método de muestreo*.....69

Tabla 7. *Distribución de la muestra de los estilos de personalidad en sus dimensiones*
.....77

Tabla 8. *Distribución de la muestra de los estilos de personalidad medidos por rangos*
.....79

Tabla 9. *Distribución de la muestra en niveles de estrés*.....81

Tabla 10. *Distribución de la muestra de los niveles de estrés en sus dimensiones*.....82

Tabla 11. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según género masculino*.....84

Tabla 12. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según género femenino*.....86

Tabla 13. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según etapa de vida joven*.....88

Tabla 14. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según etapa de vida adulto*.....90

Tabla 15. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según etapa de vida adulto mayor*.....92

Tabla 16. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según parentesco padres*.....94



Tabla 17. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según parentesco hermanos*.....96

Tabla 18. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según parentesco esposos*.....98

Tabla 19. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según parentesco abuelos*..... 100

Tabla 20. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según parentesco tíos*.....101

Tabla 21. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según parentesco hijos*.....102

Tabla 22. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de alcoholismo del paciente*.....103

Tabla 23. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico consumo de drogas del paciente*.....105

Tabla 24. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico esquizofrenia del paciente*.....107

Tabla 25. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de ideas delirantes del paciente*.....109

Tabla 26. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de problemas de conducta del paciente*.....110

Tabla 27. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de trastornos de personalidad del paciente*.....111

Tabla 28. *Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de depresión del paciente*.....112



Tabla 29. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de ansiedad del paciente</i>	113
Tabla 30. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de estrés del paciente</i>	114
Tabla 31. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de trastornos del sueño del paciente</i>	115
Tabla 32. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de anorexia del paciente</i>	116
Tabla 33. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de bipolaridad del paciente</i>	117
Tabla 34. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo del paciente</i>	118
Tabla 35. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de déficit de atención del paciente</i>	119
Tabla 36. <i>Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés según diagnóstico de demencia senil del paciente</i>	120
Tabla 37. <i>Distribución de la muestra en la relación entre estilos de personalidad y niveles de estrés</i>	121
Tabla 38. <i>Ficha técnica de Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)</i>	147
Tabla 39. <i>Ficha técnica de la Escala de Estrés de Holmes y Rahe</i>	158
Tabla 40. <i>Rangos para la interpretación del coeficiente del Alpha de Cronbach</i>	167
Tabla 41. <i>Estadísticos de Fiabilidad</i>	168



RELACIÓN DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra según género.70

Figura 2. Distribución de la muestra según etapas de vida.70

Figura 3. Distribución de la muestra según parentesco.71

Figura 4. Distribución de la muestra según diagnóstico del familiar paciente.71

Figura 5. Distribución de la muestra de los estilos de personalidad en sus dimensiones
.....78

Figura 6. Distribución de la muestra de los estilos de personalidad medidos por rangos
.....80

Figura 7. Distribución de la muestra en niveles de estrés.....81

Figura 8. Distribución de la muestra de los niveles de estrés en sus dimensiones.....83

Figura 9. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según
género masculino.....85

Figura 10. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según
género femenino.....87

Figura 11. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según
jóvenes.....89

Figura 12. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según
adultos.....91

Figura 13. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según
adultos mayores.....93

Figura 14. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según
padres.....95

Figura 15. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según
hermanos.....97



Figura 16. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según esposos.....99

Figura 17. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según abuelos..... 100

Figura 18. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según tíos.....101

Figura 19. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según hijos.....102

Figura 20. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Alcoholismo.....104

Figura 21. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Consumo de Drogas.....106

Figura 22. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Esquizofrenia.....108

Figura 23. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Ideas Delirantes.....109

Figura 24. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Problemas de Conducta.....110

Figura 25. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Trastornos de Personalidad..... 111

Figura 26. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Depresión.....112

Figura 27. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Ansiedad.....113



Figura 28. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Estrés.....114

Figura 29. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Trastornos del Sueño.....115

Figura 30. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Anorexia.....116

Figura 31. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Bipolaridad.....117

Figura 32. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....118

Figura 33. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Déficit de Atención.....119

Figura 34. Distribución de la muestra en estilos de personalidad y niveles de estrés, según diagnóstico de Demencia Senil.....120

Figura 35. Distribución de la muestra en la relación entre estilos de personalidad y niveles de estrés.....123



RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto estudiar la relación entre estilos de personalidad y niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco. La muestra está conformada por 170 familiares a quienes se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) y la Escala de Estrés de Holmes y Rahe para la recolección de datos. La investigación corresponde a un diseño de investigación descriptiva-correlacional. Los resultados demuestran que los estilos de personalidad y los niveles de estrés se encuentran relacionados de manera significativa; tenemos que la mayor parte de familiares presentan una personalidad compulsiva con menor riesgo de estrés con el 10%. La mayor parte de los estilos de personalidad según dimensión pertenecen a patrones clínicos de personalidad con el 79.4% y según rangos en mayor parte presentan un rango elevado con el 85.9%. Los niveles de estrés se presentan más en la dimensión de aspectos personales con el 50.6% y el nivel de estrés presentado en mayor frecuencia en los familiares es el estrés en grado máximo con el 50.6%. Los estilos de personalidad y niveles de estrés; según género en mayor proporción se encuentra el género femenino con el 51.8% presentando la personalidad compulsiva y el estrés en grado máximo con el 53.4%; según la etapa de vida en mayor proporción se encuentran los adultos representando el 58.8%, presentando la personalidad compulsiva con el 23% y menor riesgo de estrés con el 40.4%; según parentesco en mayor proporción se encuentran los padres con el 41% presentando la personalidad compulsiva con el 22.9% y el estrés en grado máximo con el 64.3%; según el diagnóstico en mayor proporción se encuentra el diagnóstico de esquizofrenia con el 20% presentando la personalidad compulsiva con el 8.8% y el nivel de estrés en grado máximo con el 64.7%.

Palabras clave: Estilos de personalidad - Niveles de estrés - Familiares cuidadores - Pacientes con trastornos psiquiátricos.

**ABSTRACT**

The present study aimed to study the relationship between Personality Styles and Stress Levels in family caregivers of patients with Psychiatric Disorders treated at the Mental Health Hospital of "San Juan Pablo II", Cusco. The sample included 170 family members. Data was gathered through the Multiaxial Clinical Inventory- Millon II (MCMI-II) and the Holmes and Rahe Stress Scale. The present study used a descriptive-correlational research design. The results indicate that personality styles and stress levels are significantly correlated. Results suggest that the majority of family members present a compulsive personality with less risk of stress (10%). The majority of personality styles according to dimension, belong to clinical personality patterns (79.4%) and according to ranks, most presented a high rank with 85.9%. Stress levels are more in the dimension of personal aspects (50.6%) and the stress levels presented in higher frequency among participants was the maximum stress levels (50.6%). Personality styles and stress levels; according to gender, found females in greater proportion presenting compulsive personality (51.8%) and the stress in maximum degree with 53.4%. According to the stage of life, in greater proportions were the adults representing the 58.8%, who presented compulsive personality (23%) and lower risk of stress (40.4%). According to kinship, in greater proportion were the parents with 41% presenting compulsive personality (22.9%) and the stress in maximum degree with 64.3%. According to the diagnosis, was found in greater proportion the diagnosis of schizophrenia (20%) with compulsive personality (8.8%) and the highest degree of stress levels (64.7%).

Keywords: Personality styles - Stress levels - Family caregivers - Patients with psychiatric disorders.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis, tiene como propósito general, analizar la relación entre niveles de estrés y estilos de personalidad en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”. Considerando que es importante la investigación en pacientes con trastornos psiquiátricos, como también en sus familiares en la ciudad de Cusco, ya que se sabe que en nuestra sociedad estas enfermedades no afectan únicamente a los pacientes, sino también a quienes se hacen cargo de su cuidado a largo plazo, radicando ahí el problema.

El problema del estrés asociado al estilo de personalidad en el cuidado del paciente psiquiátrico no es un fenómeno moderno, sino ya se ha dado desde hace mucho tiempo, con la diferencia de que hoy en día tiene repercusiones que influyen de manera significativa en la familia, además que los casos de trastornos psiquiátricos han ido en aumento los últimos años. Es necesario darle la atención e importancia que merece por parte de las instituciones y establecimientos de salud que están obligadas a velar por el bienestar de estos pacientes y todo su entorno familiar.

El problema del estrés asociado al estilo de personalidad en el cuidado del paciente psiquiátrico no distingue edad, sexo, procedencia, tipo de familia, grado de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico, entre otros. Sus efectos se reflejan de acuerdo a las diferentes modalidades ejercidas en el seno del hogar llegando a repercutir en toda la sociedad.



Para asumir el rol de cuidador, el familiar debe reorganizar su vida de acuerdo a las nuevas necesidades del paciente y, en algunos casos, poner en segundo plano sus necesidades o deseos personales. Además, esta situación genera un quiebre en el ciclo vital familiar, pues si bien se esperaba que el paciente se independice, al presentarse el trastorno resulta inevitable que alguien se encargue de su cuidado (Hidalgo, 2013).

Este trabajo se centra en la relación entre el estilo de personalidad y el nivel de estrés que se desencadena de la sobrecarga percibida por el cuidador familiar derivada del cuidado diario del enfermo mental. Dentro de este cuidado se reconocen diferentes responsabilidades, entre ellas, el cuidado; dentro de estas la familia acompaña, apoya, detecta, informa y recibe la información necesaria para la continuidad del cuidado del paciente. Es por ello que tanto la salud como el bienestar general de los cuidadores han de ser objetivo y parte del cuidado tanto como del propio paciente. El conocer esta relación nos permitirá hacer sugerencias, plantear programas de prevención, construir proyectos y otros, con la finalidad de prevenir o reducir el nivel de estrés que llegan a presentar los familiares por todo el cambio que implica realizar esta tarea en nuestro medio.

1.1. Planteamiento del Problema

Considerando que la ciudad de Cusco tiene 1, 316,729 habitantes (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2015). En un examen psicológico a 145 mil 576 ciudadanos, Martín Flores Encalada, experimentado psicólogo del Área de Salud Mental de la Diresa, refiere que el panorama es desalentador "Cusco tiene una sociedad depresiva y adicta". Los resultados muestran que el 90% de los ciudadanos presenta algunos niveles de depresión (61%) y ansiedad (29%), que son conocidos como trastornos afectivos; un 13% de cusqueños es adicto al alcohol y drogas (trastornos adictivos), y el 2% ha intentado suicidarse; en tanto, el 12% de evaluados dijo ser víctima de violencia en su familia y que



aproximadamente de cada mil cusqueños uno padece esquizofrenia, podemos evidenciar un número elevado de casos de trastornos psiquiátricos (Ministerio de Salud del Perú, 2014).

Los trastornos psiquiátricos considerados como trastornos de salud mental, que afectan a millones de personas alrededor del mundo, no solo altera el bienestar físico y mental de la persona que la padece, sino también a la familia de éste; este impacto que ocasiona la convivencia y el cuidado de un paciente con trastorno psiquiátrico en la vida social, salud emocional o física y estado financiero de cada uno de los miembros de la familia, es inevitable e impredecible, más aún si este trastorno acontece en una situación o momento menos esperado y en las circunstancias menos favorables (Correa, 2015).

Esta responsabilidad recae con frecuencia en los familiares más cercanos, ya sean padres, cónyuges o hermanos; es algún miembro de la familia el que asume esta labor para tomar el rol de cuidador, el efecto negativo de una patología recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas; cuando algún miembro de la familia tiene algún trastorno mental se afecta gravemente la dinámica familiar. Las características clínicas de estas enfermedades generan un gran número de situaciones negativas, como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de la calidad de vida, aislamiento social, que interfiere con el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar. Por tanto, ello se convierte en una problemática en la sociedad, pues no se trata de una tarea sencilla ya que involucra tiempo, esfuerzo, una fuerte inversión económica, desgaste emocional, entre otros, de aquellas personas involucradas en el cuidado de estos pacientes (Hidalgo, 2013).

Los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen dificultad para dar razón o cuenta de sus propias acciones, algunos pacientes van siendo incapaces, e incluso incompetentes para cuidar de sí mismos, para adoptar sus propias decisiones, y puede llegar el momento de tener que declarar legalmente su incompetencia, de modo que sean puestos bajo el cuidado de una persona (Montero et al., 2010). Es por ello que la familia se constituye como



el principal grupo de apoyo y de sostenimiento, se comienza con la conducta de apego y se termina con la posibilidad que nos brinda la familia de acceder a los recursos que nos ofrece la sociedad; en este sentido, podemos decir que el grupo familiar cumple una serie de funciones con respecto a sus miembros, como su supervivencia, crecimiento, socialización, clima de afecto y apoyo, toma decisiones (Modino, 2015). Por otra parte, los cuidados que brindan las familias se incluyen como cuidados informales, que son las personas que proceden del círculo familiar (en más del 80 % de los casos), de amistades, o vecinos, que asumen los cuidados de una o más personas no autónomas que viven a su alrededor, y que no perciben remuneración alguna por realizar estas tareas. Entendemos como cuidador a la “persona que asume la mayor parte de responsabilidad sobre el enfermo, y que generalmente pertenece al núcleo familiar con un perfil predominantemente femenino” (Montero et al. 2010, pág. 73). Además, el sistema de atención informal no es independiente de la atención formal; se han propuesto diferentes modelos sobre el tipo de relación existente entre ambos sistemas. La familia en salud mental se ha constituido tardíamente como objeto de estudio psicológico, fue a partir de dicha desinstitucionalización de los pacientes con trastorno mental grave cuando la familia pasó a hacerse cargo de sus familiares enfermos, en especial de los psicóticos, que dadas las particularidades y severidad de este trastorno, especialmente por la influencia del entorno familiar en su génesis y mantenimiento supuso todo un replanteamiento de la visión de la familia en la salud mental (Ribé, 2014).

En específico en la ciudad de Cusco, desde 1976 el Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" brinda atención a personas en situación de abandono y pobreza extrema, que adolece de enfermedades Psicológicas y Psiquiátricas, contando para ello con servicios de psiquiatría, psicología, enfermería y asistencia social; los sistemas de atención son de cobertura integral para enfermos mentales crónicos, provenientes de las ciudades de Cusco, Apurímac, Puno y Madre de Dios en situación de abandono total, atención ambulatoria y/o



hospitalización temporal y pacientes remitidos por EsSalud. Teniendo en cuenta esta amplia cobertura de atención, el Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II", es considerado el único establecimiento dirigido a la atención especializada de los diferentes trastornos psiquiátricos, abarcando un gran número de estas patologías en nuestra ciudad. Por tanto, para la investigación tendremos como población de estudio los familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos en el Hospital Asistencial de Salud Mental "San Juan Pablo II".

Considerando el término de personalidad, se emplea 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 (Sánchez, 2003). 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; en tal contexto, 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. A partir de todo lo dicho, se propone la definición de los estilos de personalidad como un conjunto de modalidades de funcionamiento psicológico observables, que están en la cúspide el sistema jerárquico que constituye la personalidad, organizan e integran el resto de los niveles, traspasan los dos grandes sistemas de diferenciación psicológica, el cognitivo y el afectivo-motivacional; haciendo referencia a diferencias más cualitativas que cuantitativas, siendo expresadas mediante dimensiones más que mediante categorías discontinuas y proporcionan unidad y coherencia al comportamiento de un sujeto y/o de un grupo de sujetos, siendo la idea básica que los procesos de personalidad son fenómenos relativamente estables, pero no estáticos, es decir, son patrones consistentes de cambio (Sánchez y Aparicio, 2001). Es también que en 1990, Millon redefinió su modelo de personalidad y sus trastornos; llegando a la



conclusión de que la mejor manera de explicar las leyes más profundas del funcionamiento humano consistía en examinar los principios universales derivados de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza, así Millon dedujo que los principios y procesos de la evolución eran esencialmente universales, aunque se expresaran de diferentes formas (Sánchez, 2003).

Por otro lado, el estrés se define como la reacción del organismo ante estímulos psíquicos y físicos, que involucra procesos normales (eustrés) y anormales (distrés) de adaptación. Considerando los factores externos de estrés, en los que se engloban todas aquellas variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo, los acontecimientos vitales que generan acontecimientos de estrés relacionados con una enfermedad (Sandin, 2002). Por otro lado, estrés se define como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico. (Lucero, Machado y Manzano 2014). Podemos diferenciar los estresores o agentes estresantes y las respuestas de estrés, a las que van asociadas situaciones derivadas del estrés, siendo el estrés resultado de la interacción entre las demandas del medio y las características de las personas (Lazarus y Folkman, 1984). La respuesta al estrés suele ser una respuesta automática del individuo a cualquier cambio, mediante la que se prepara para hacer frente a las situaciones reales o imaginadas que se producen como consecuencia de esa misma situación (Labrador, 1992). Como también, el concepto de estrés se redefine manifestando que se trata de respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre este; el estrés, por tanto, no es algo negativo, sino que puede ser el facilitador de los recursos que se necesitan para hacer frente a situaciones excepcionales; por ejemplo, percibiendo y procesando las demandas de la nueva situación de una manera más rápida y potente, posibilitando una mejor búsqueda de



soluciones, seleccionando con agilidad un repertorio de comportamientos adecuados a esa situación excepcional (Selye, 1983). Decimos que una persona está sometida a una situación de estrés cuando ha de hacer frente a demandas ambientales que sobrepasan sus recursos o eso cree ella, de tal manera que el sujeto percibe que no puede darles una respuesta efectiva (Labrador, 1992).

Las alteraciones orgánicas producto del estrés comprenden diversas esferas: fisiológica (alteraciones cardiovasculares, inmunosupresión, etc.), psicológica (depresión, ansiedad, hábitos inadecuados de salud, etc.) y social (problemas académicos, laborales, familiares, etc.) (Zurroza, Oviedo, Ortega y Gonzáles, 2009). El estrés se ha convertido en uno de los principales factores que perjudican la salud del individuo y su desarrollo social. El modelo transaccional de estrés sugiere que la respuesta al estrés no solamente resulta de la interacción individuo-estresor, sino que es modulado por las características de personalidad, percepción, expectativas, sexo, factores genéticos, estrategias psicológicas de afrontamiento, entre otros (Zurroza et.al, 2009). Los estilos de personalidad se definen como el conjunto de factores internos, dinámicos y subyacentes a la experiencia de la persona y al comportamiento de la misma, los cuales permiten describir deseos, motivaciones y emociones inherentes al ser humano. Estos rasgos determinan de forma muy importante las respuestas conductuales de cada individuo ante situaciones comparables; por lo tanto, el tipo de personalidad de cada sujeto puede considerarse un predictor de su respuesta ante las situaciones y demandas de su medio ambiente (Pinos, 2016). Desde esta perspectiva, el estrés del cuidador se debe a la carga emocional y física que conlleva el cuidado o la atención a otros; los cuidadores presentan niveles de estrés más altos que las personas que no lo son, muchos cuidadores proveen ayuda o están disponibles durante casi todo el día (Izquierdo, Manjarres, Nieves, Pacheco y Pérez, 2016). Esto significa que hay poco tiempo para el trabajo u otros miembros de la familia o amigos,



algunos cuidadores pueden sentirse abrumados por la cantidad de cuidado que necesita su familiar anciano, enfermo o discapacitado; los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos usualmente experimentan niveles altos de reacciones emocionales negativas como la ansiedad, y utilizan ciertos estilos y estrategias de afrontamiento para poder mejorar su bienestar y salud mental, cuya elección puede depender de la naturaleza del estresor o de la personalidad del cuidador (Guardia, 2010). Las situaciones potencialmente estresantes se pueden presentar, como eventos importantes, que con una vez que sucedan pueden provocar reacciones de estrés intensas, duraderas y perjudiciales, como eventos importantes pero que necesitan una exposición más prolongada o coincidir con otros sucesos, o como pequeños y continuos sucesos estresantes pueden favorecer la aparición y mantenimiento de un estrés prolongado suficientemente severo. No todas las situaciones potencialmente estresantes son negativas, las positivas también pueden llevar elementos muy estresantes; tanto las situaciones que presentan excesos, como las que presentan déficits, pueden provocar estrés (Hernates, 2015).

Por lo tanto, la realización del presente estudio es importante ya que nos permitirá dar mejores luces al conocimiento de la influencia de los estilos de personalidad en los niveles de estrés que presentan los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos, ya que estos cuidadores se desgastan emocional y físicamente, y eso puede generar rechazo hacia el dependiente. Por tanto es vital que el cuidador sea consciente de que debe protegerse de este estrés; de esta manera, los cuidadores pondrán en marcha diferentes acciones para recobrar su propio bienestar emocional, entendiéndose como los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a disminuir o tolerar las demandas internas y/o externas provocadas por el evento estresante.



1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre los estilos de personalidad y los niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Qué estilos de personalidad presentan los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017?

- ¿Qué niveles de estrés presentan familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017?

- Según género, ¿Qué estilos de personalidad y niveles de estrés presentan los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017?

- Según etapas de vida, ¿Qué estilos de personalidad y niveles de estrés presentan los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017?

- Según parentesco, ¿Qué estilos de personalidad y niveles de estrés presentan los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017?

- Según diagnóstico del familiar, ¿Qué estilos de personalidad y niveles de estrés presentan los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017?



1.3. Justificación

1.3.1. Conveniencia

La realización del presente estudio nos permitirá dar mejores luces al conocimiento de la problemática de los familiares cuidadores, lo que posibilitará el reajuste o planteamiento de políticas de acción concreta, dirigidas a mejorar las relaciones interpersonales al interior y fuera de la familia, así como ejecutar programas referidos al manejo de las conductas guiadas por la personalidad en respuesta al estrés dentro de las mismas. Será de mucha utilidad puesto que proporcionará amplio conocimiento sobre el problema y también servirá como antecedente para futuras investigaciones que se asemejen a las características del grupo de investigación.

1.3.2. Relevancia social

Este estudio es de suma importancia y relevancia ya que el conocimiento del problema en diferentes aspectos, nos permitirá conocer los niveles de estrés de acuerdo al estilo de personalidad que presentan los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos del HSM “SJP II”. En este trabajo que reporta nuestra investigación, se abordó a la familia desde una mirada socio-cultural, en el cual el medio familiar es considerado como uno de los entornos primarios de mayor influencia sobre el individuo, un microsistema caracterizado por el inter-juego de actividades, roles y relaciones presentes entre los miembros de una familia, donde la familia es el nivel más interno del esquema ecológico, que conlleva vías de encuentro bidireccional, que se caracteriza por la presencia de un acercamiento físico directo. Los mismos familiares cuidadores de los pacientes con trastornos psiquiátricos desconocen respecto a ello, por lo que es necesario investigar y dar a conocer los resultados a los familiares y al personal de psicología que labora en dicho hospital encargado de realizar talleres y terapia directamente con los familiares para que a partir de estos, tanto los familiares, el personal de psicología como las autoridades de la



respectiva institución puedan elaborar y tomar acciones preventivas, así como la toma de conciencia sobre las manifestaciones que le permitirán valorarse y las medidas técnicas para manejar el estrés y lograr su superación a través del reconocimiento en la relación de la personalidad con el estrés y que planteen estrategias que promuevan la salud mental, bienestar físico y emocional; de modo que contribuyan a mejorar el bienestar en estas personas.

1.3.3. Implicancias prácticas

Esta investigación recae en realizar un estudio preciso de los estilos de personalidad y niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, para poder describir y analizar las características peculiares que presentan con respecto a los estilos de personalidad y niveles de estrés. La población pertenece a salud mental en general de la ciudad del Cusco, donde se manifiestan varias alteraciones psicológicas como violencia, pasividad, depresión, entre otros signos y síntomas significativos que necesitan de estudio al respecto.

1.3.4. Valor teórico

Queda claro que la salud mental frente al estrés y el concepto de una personalidad patológica como causantes de alteraciones psíquicas y malestares emocionales, perjudican la salud integral y, es por tal razón, que vienen a ser las variables de análisis dentro de la población cusqueña, ya que es un punto para el desarrollo personal y de la colectividad social. Además la investigación proporcionará un aporte teórico muy importante en vista de que en nuestro país se ha investigado muy poco acerca de tema, especialmente en la ciudad de Cusco.

1.3.5. Utilidad metodológica

Este estudio se considera de tipo no experimental, ya que pretende, mediante la aplicación de diferentes instrumentos de evaluación el identificar y el relacionar las áreas



con mayor incidencia para generar conocimiento, compartirlo o bien para administrarlo. Es un diseño transversal ya que se recolectaron datos para un solo proceso con distintos tipos de evaluaciones.

1.4. Objetivo de Investigación

1.4.1. Objetivo general

- Conocer la relación entre los estilos de personalidad y los niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los estilos de personalidad en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017.

- Identificar los niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017.

- Identificar los estilos de personalidad y los niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017; según género.

- Identificar los estilos de personalidad y los niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017; según etapas de vida.

- Identificar los estilos de personalidad y los niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017; según parentesco.



- Identificar los estilos de personalidad y los niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, Cusco - 2017; según diagnóstico del familiar paciente.

1.5. Delimitaciones del Estudio

1.5.1. Delimitación espacial

La evaluación se realizó únicamente a los familiares de pacientes con trastornos psiquiátricos que son atendidos en el hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, ubicado en la plazoleta Almudena S/N del distrito de Santiago – Cusco.

1.5.2. Delimitación temporal

La evaluación a los familiares de pacientes con trastornos psiquiátricos que fueron atendidos en el hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”, se realizó en un periodo de cuatro meses, entre ellos enero, febrero, marzo y abril del año 2017.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Martínez y Sisalima (2015), realizaron un estudio titulado, “Cuidadores Informales de Pacientes Psiquiátricos: Sobrecarga y Calidad de Vida”, realizado en el año 2015 en Cuenca – Ecuador. Estudio en el que la población y muestra fue constituida por 30 cuidadores responsables del cuidado de los pacientes psiquiátricos atendidos en dicho hospital. Estudio en el que el objetivo general fue: Establecer el nivel de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos. Y los objetivos específicos fueron: Identificar las características sociodemográficas, conocer el nivel de sobrecarga y establecer el nivel de calidad de vida en cuidadores informales de paciente psiquiátricos. Y arribo a las siguientes conclusiones: El sexo que predominante se dedica al cuidado son las mujeres, en su mayoría tiene estudios básicos y no poseen ingresos económicos, en cuanto al parentesco son las madres y los padres de los pacientes quienes se encargan mayoritariamente de esta tarea; además se determinó que la mitad de los cuidadores perciben sobrecarga frente al cuidado, así mismo el mayor porcentaje la presenta en un nivel leve, se conoce también que la sobrecarga intensa afecta más a los hombres; por otro lado, se conoció que las mujeres están más afectadas en todos los dominios estudiados (salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente); los participantes hombres y mujeres coinciden en que su salud



psicológica es la perjudicada en el desempeño del rol de cuidador; y además se conoció que existe correlaciones fuertes entre algunas variables estudiadas, las cuales se explican: a mayor tiempo de evolución de la enfermedad del paciente se afectan aspectos del entorno social del cuidador como las relaciones personales, apoyo social y actividad sexual; así como, mientras mayor edad posee el cuidador mayores dificultades presentara en su salud física.

Steele (2010), realizó un estudio titulado “Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de Octubre y Noviembre del 2009”, realizado en el año 2010 en la ciudad de San José – Costa Rica. Estudio en el que la población fue constituida por 85 cuidadores informales de pacientes que asistían a dicho hospital, de la cual se tomó la muestra de 37 cuidadores. Estudio en el que el objetivo general fue: Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador aplicando la escala de Zarit, en los cuidadores informales de pacientes que asisten, de manera regular, al Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante los meses de octubre y noviembre de 2009. Y los objetivos específicos fueron: Caracterizar la población, describir las condiciones de la relación cuidador-paciente, establecer si la presencia de alguna enfermedad mental o física tiene relación con el síndrome de sobrecarga, documentar si existe relación entre el tipo de patología mental que presentan los pacientes del Hospital Diurno del HNP y la presencia del síndrome de sobrecarga, en los cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico, para determinar la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en los meses de octubre y noviembre de 2009. Y arribo a las siguientes conclusiones: La prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador tuvo una tendencia a disminuir, conforme aumenta la cantidad de personas que cohabitan en el hogar, los cuidadores reportaron mayor cantidad de enfermedades físicas (médicas) que enfermedades



mentales, entre ellas las más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la depresión; y sin embargo, no fue posible establecer una relación causal entre el padecimiento de alguna de estas enfermedades y la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador.

Medina, Zepeda y Redondo (1985), realizaron un estudio titulado “Patología del Paciente Psiquiátrico del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita”, realizado en el año 1985 en la ciudad de Tegucigalpa – Honduras. Estudio en el que la población fue constituida por 250 pacientes atendidos en dicho hospital, de la cual se tomó como muestra la población total. Estudio en el que el objetivo general fue: Analizar diferencias existentes en las posibles psicopatologías familiares entre el grupo estudio y el grupo control. Y los objetivos específicos fueron: Identificar la estructura familiar más común entre los grupos investigados, la dinámica familiar más frecuente entre los grupos investigados, establecer las patologías psiquiátricas familiares más frecuentes entre los grupos investigados y determinar patología psiquiátrica entre otros miembros familiares, además determinar si la familia contribuye a la aparición y/o mantenimiento de la patología psiquiátrica del paciente del Hospital Nacional Psiquiátrico “Santa Rosita”, por ultimo definir el perfil familiar psicosocial en ambos grupos identificando también las zonas geográficas donde la psicopatología familiar es más frecuente. Y arribo a las siguientes conclusiones: La familia con un paciente psiquiátrico ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" es más patológica que la familia Control, ambos grupos familiares presentaron psicopatología familiar tanto en su estructura como en su dinámica, en ambos grupos prevalece más el tipo de familia extendida y presentan por lo menos un aspecto con psicopatología en su dinámica, no obstante tienden a ser normales en los límites de los subsistemas y para finalizar dicen que la familia estudio contribuye al apareamiento y/o mantenimiento de patología psiquiátrica en el paciente de referencia.



2.1.2 Antecedentes nacionales

Nolasco (2015), realizó un estudio titulado: “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar HVLH. 2014”, realizado en el año 2015 en la ciudad de Lima– Perú. Estudio en el que la población y muestra fue constituida por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos. Estudio en el que el objetivo general fue: Determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. Y los objetivos específicos fueron: Identificar la actitud de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar, hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico, hacia el apoyo psicosocial y finalmente hacia el cuidado durante la crisis del paciente esquizofrénico en el hogar. Y arribo a las siguientes conclusiones: La mayoría de los familiares de los pacientes presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral y una actitud desfavorable hacia la dimensión de necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar; como también presentan una actitud favorable hacia la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico y hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo cual contribuye a la prevención de crisis y recaídas, así como también favorecen el control de la sintomatología de la enfermedad.

Chomba (2013), realizó un estudio titulado “Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con Esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán”, realizado en el año 2013 en la ciudad de Lima. Estudio en el que la población fue constituida por 578 personas, de la cual se tomó la muestra de 52 cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia. Estudio en el que el objetivo general fue: Determinar el nivel de sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia en el hospital Hermilio Valdizán, Agosto - 2013. Y los objetivos específicos fueron: Identificar la sobrecarga según la dimensión de impacto del cuidado, la dimensión de calidad de la relación interpersonal, la dimensión de expectativas de autoeficacia, como también determinar los datos sociodemográficos de los cuidadores



familiares de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán. Y arribo a las siguientes conclusiones: Se encontró que los familiares cuidadores de los enfermos con esquizofrenia, son en mayor proporción de sexo femenino, en edad adulta, casadas, hijos(as) del paciente, lo cual hace referencia de que son la población más susceptible para convertirse en cuidadoras; además se encuentra que en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar predomina un nivel de sobrecarga leve y en menor proporción la sobrecarga es intensa; lo que constituye una amenaza para la salud del cuidador familiar y el desarrollo adecuado en las esferas de su vida diaria.

2.1.3 Antecedentes locales

Astete y Valdez (2014), realizaron un estudio titulado “Prevalencia de las características clínicas de la personalidad en Establecimientos de Salud de la Micro Red Cusco, 2014”. Estudio en el que la población fue constituida por 133,258 individuos mayores de edad, que pertenecían a los respectivos establecimientos de salud de la Micro Red Cusco, de la cual se tomó una muestra de 600 usuarios. Estudio en el que el objetivo general fue: Conocer la prevalencia de las características clínicas de la personalidad de los usuarios que acuden a los establecimientos de Salud de la Micro Red Cusco – 2014. Y los objetivos específicos fueron: Describir los patrones clínicos de la personalidad en función a su orientación y género, como también la existencia de patologías severas, síndromes clínicos, síndromes severos de la personalidad, de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud de la Micro Red Cusco. Y arribó a las siguientes conclusiones: los usuarios que acuden a los establecimientos de salud de la Micro Red Cusco, dentro de la primera escala de los patrones clínicos de la personalidad, en mayor prevalencia presentan el patrón clínico de la personalidad compulsivo, en la segunda escala presentan la patología severa de la personalidad paranoide, en la tercera el síndrome clínico de la personalidad



ansiosa, en la cuarta escala de los síndromes severos de la personalidad eta el desorden del pensamiento.

Quispe (2006), realizó una investigación titulada “Niveles de estrés del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital EsSalud, Cusco - 2005”. Estudio en el que el objetivo general fue: Determinar los niveles de estrés del personal de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del hospital EsSalud cusco. Y los objetivos específicos fueron: Establecer los niveles de estrés desarrollados por el personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital EsSalud cusco, de acuerdo a género, edad y formación profesional, estado civil, condición laboral y años de servicio. Donde se lograron obtener las siguientes conclusiones: el nivel de estrés desarrollado por el personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital EsSalud cusco se encuentra en sus niveles altos de expresión; considerando que los indicadores salen de los márgenes de normalidad, se supone que podrían requerir de una atención especializada puesto que ocasionarían efectos nocivos tanto a nivel de equilibrio personal como a nivel de rendimiento profesional; por otro lado se obtuvo que el 33.3% son de género femenino con un nivel de estrés alto, un 33.3% presenta un nivel de estrés alto según grupo etáreo que está comprendido entre los 40 y 49 años, 33.3% presenta un nivel de estrés alto que son licenciados en enfermería y 30% de estrés moderado en técnicos de enfermería; el 36.7% con un alto nivel de estrés tienen un estado civil casado; el 26.7% presentan un nivel de estrés alto según condición laboral de contratado teniendo de 11 a 20 años de servicio.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 La personalidad: Theodore Millon

Millon empieza sentando las bases de un modelo de personalidad desde la integración de principios comunes de distintas teorías: psicodinámica, conductual, cognitiva, interpersonal o biofísica, con un sistema de clasificación diagnóstica, instrumentos de



medida y técnicas de intervención. A decir de Millon, estas teorías son incongruentes con la naturaleza interna de la personalidad, porque no contemplan la unión de variables que intervienen para formar una matriz de la persona; pues solamente tratan una parte de la compleja matriz psicológica que configura la personalidad. Fundamenta que el modelo integrador de aprendizaje biosocial es el más adecuado para explicar y tratar la personalidad y sus trastornos (Sánchez, 2003).

Para sustentar su teoría como integradora, Millon propone estilos y prototipos desde la perspectiva nomotética que enfatiza lo que hay de común en las personas, al cual incorpora un concepto de polaridad, y a la vez, agrega un rasgo de sub tipo de personalidad, producto de un estudio de perspectiva ideográfica que resalta la individualidad, complejidad y singularidad de cada persona. Es decir, existen características comunes a todas las personas, que requieren comparación entre ellas con su entorno y cuentan con conceptos definidos. Asimismo, existe un patrón individual en el comportamiento y reacción ante los acontecimientos; desde esa perspectiva una persona será el resultado de una historia única de transacciones entre factores constitucionales y contextuales que determinan la característica individual y única de la persona (Sánchez, Aparicio y Dresch 2005).

Asimismo, proponen el concepto de sistema al abordar la personalidad, definiéndola como un constructo integrador que crea un punto de unión entre las perspectivas nomotéticas e ideográfica; digamos que, la personalidad reflejaría un sistema psíquico de estructura y funciones organizadas; donde cada persona de acuerdo a sus necesidades, motivos, mecanismos, rasgos, esquemas y defensas, desarrollará su patrón de personalidad que son aquellos modos intrínsecos y permanentes de funcionar que surgen de la matriz entera de la historia del desarrollo individual y caracterizan sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente. En consecuencia, la personalidad como



constructo, se expresa en los diversos comportamientos que comprende el funcionamiento individual en relación con su contexto (Sánchez, 2003).

Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. El enfoque de Millon se considera como un modelo integrado de personalidad. Inicialmente, se propone como un modelo de aprendizaje biológico y postula que, tanto personalidad como psicopatología, son resultado de la interacción de fuerzas ambientales y orgánicas, que se mantiene a lo largo de toda la vida. Los factores biológicos configuran, facilitan o limitan la naturaleza de las experiencias y aprendizajes de la persona. La interacción entre factores biológicos y psicológicos no es unidireccional, pues la dotación biológica de una persona puede verse afectada por diversas experiencias. Esta interacción tendría un carácter de circunstancia, lo que permite imaginar un papel activo de los seres humanos en la creación de sus propias condiciones ambientales y el esfuerzo de sus tendencias biológicas. La personalidad es representada como el estilo, más o menos, distintivo de funcionamiento adaptativo que un organismo o especie particular exhibe en su relación con un típico rango de ambiente; los desórdenes de personalidad representarían estilos particulares de funcionamiento mal adaptativo, deficiencias y conflictos en la capacidad de las especies para relacionarse con el ambiente que enfrentan.

Así, en el modelo de Millon, se entiende la “normalidad” y la “patología” como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo y no como categorías nominales discretas (Ruiz, 2012). No hay una línea divisoria tajante entre las dos; la personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen, la diferencia fundamental, como ya se dio a entender, es que las personalidades “normales” son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos



muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas. La patología de la personalidad es el resultado de las mismas fuerzas implicadas en el desarrollo del funcionamiento normal. Son las diferencias importantes en relación con el carácter, la duración y la intensidad de estas influencias las que provocan que ciertos individuos presenten elementos patológicos, mientras que otros desarrollan rasgos más adaptativos (Sánchez, 2003). Una personalidad normal y saludable se caracteriza por tener capacidad para relacionarse en su entorno de una manera flexible y adaptativa cuando las percepciones sobre sí mismos son fundamentalmente constructivas y los estilos característicos y de su conducta son promotores de salud. Mientras que, la personalidad con trastorno se caracteriza por afrontar las responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas cuando tiene percepciones sobre sí mismo y su entorno de manera frustrante y cuando los patrones de conducta predominantes tienen efectos perniciosos sobre la salud (Sánchez, 2003)

Así también, los patrones patológicos de la personalidad se distinguen de los normales por su escasa flexibilidad de adaptación, su tendencia a crear círculos viciosos y su escasa estabilidad ante situaciones creadoras de estrés (Sánchez, 2003).

Los teóricos han utilizado tres dimensiones como base de la construcción de la personalidad para explicar las tendencias y procesos psicológicos; a partir de este esquema Millon derivó patrones de afrontamiento o formas de comportamiento (Actividad – pasividad, Yo – Otros, Placer – dolor).

Los refuerzos que busca un hombre, donde los busca y como se desenvuelve, revela las estrategias que guían sus conductas de ajuste y los propósitos de su existencia, distintos si la persona busca primeramente refuerzos positivos o evita refuerzos negativos, si busca otros como fuente de refuerzos, o se vuelve primeramente hacia sí misma y si su conducta instrumental es activa o pasiva. Millon derivó de estas polaridades una taxonomía



aprendizaje biosocial que combina el estímulo dependiente, independiente, ambivalente o desapegado como la dimensión actividad – pasividad, proponiendo ocho tipos básicos de personalidad a los que se aluden tres trastornos graves, como se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1

Los Ocho Tipos Básicos de Personalidad según Millon – 1969.

1. Patrón Pasivo - Dependiente	Personalidad sumisa trastornos por dependencia.
2. Patrón Activo – Dependiente	Personalidad gregaria Trastornos histriónicos de la personalidad.
3. Patrón Pasivo – Independiente	Personalidad narcisista. Trastorno narcisista de la personalidad.
4. Patrón Activo – Independiente	Personalidad violenta. Trastorno antisocial.
5. Patrón Pasivo - Ambivalente	Personalidad respetuosa, Trastorno compulsivo de la personalidad.
6. Patrón Activo – Ambivalente	Personalidad sensitiva. Trastorno pasivo – agresivo.
7. Patrón Pasivo – Retraído	Personalidad introvertida. Trastorno esquizoide.
8. Patrón Activo – Retraído	Personalidad inhibida. Trastorno por evitación.

Fuente: Millon, T. (2006). Trastorno de la Personalidad en la Vida Moderna. Barcelona, España: Masson.

El Modelo Evolutivo de Theodore Millon. La evolución es estimulada cuando la continuidad se interrumpe y los ambientes originales cambian significativamente. Normalmente, los ambientes sufren alteraciones graduales, pues los cambios radicales pueden devenir de la extinción de especies. Los seres humanos contemporáneos son únicos en que los ambientes psicobiológicos son alterados en forma impredecible. La vida es una procesión constante de exploraciones, aprendizajes y reaprendizajes. Los potenciales adaptativos tempranos pueden no cristalizar por inconsistencia del medio, que generan estilos inmaduros e inestables, sin coherencia y afectividad; esto es considerado, por



ejemplo, al explicar la personalidad borderline de las dos últimas décadas; la industrialización, la tecnología, los medios masivos suponen una reformulación de valores, costumbres y formas, bajo las cuales es difícil construir estabilidad y esto podría ser un factor de desajuste más que de estimulación del desarrollo (Millon, T.; Millon C. y Davis, 2007).

Fases Evolutivas de Millon: Millon vincula los principios científicos evolutivos al estudio de la personalidad con relación al estilo distintivo de la adaptación o de supervivencia. Con el fin de obtener una base conceptual sobre los estilos normales y anormales de personalidad menciona cuatro dominios o esferas, donde los principios de las ciencias ecológicas y evolutivas son demostrados como se muestra en las siguientes fases evolutivas:

- Existencia o Supervivencia: Preservar la vida y mejorar la calidad de vida (Polaridad placer- dolor). Promoción y preservación de la vida maximizando el placer y minimizando el dolor. El organismo desarrolla estrategias orientadas al desarrollo de la capacidad para sobrevivir y evitar los acontecimientos que podrían acabar con su existencia. La promoción de la vida se expresa en una búsqueda de experiencia de recompensa, de placer. El cuidado se opone al descuido, a la deficiencia hedónica propia de la personalidad esquizoide y evitativa. La primera tarea de todo organismo es su supervivencia inmediata; los organismos que no son capaces de sobrevivir son descartados, por decirlo de alguna manera, no transmiten sus genes y características a las generaciones siguientes. Los mecanismos evolutivos relacionados con la supervivencia están orientados al incremento y la preservación de la vida. Lo primero, tiene que ver con la mejoría de la calidad de vida y predispone a los organismos hacia la emisión de conductas que incrementan las probabilidades de supervivencia y, supuestamente, al crecimiento y la multiplicación. Lo último, se refiere a la orientación de los organismos lejos de acciones



o entornos que amenacen la supervivencia. Este tipo de mecanismos forma parte una polaridad placer – dolor. Las conductas experimentadas como placenteras suelen ser repetidas y promueven la supervivencia: las experiencias dolorosas son potencialmente peligrosas para la vida y, por tanto, no se repiten. Los organismos que repiten las experiencias dolorosas o que son incapaces de repetir las placenteras no duran mucho.

La definición de salud simplemente como la ausencia de enfermedad no es suficiente. La preservación de la vida supone la evitación del peligro y la amenaza. Algunas patologías de la personalidad revelan deficiencias en el ajuste a esta polaridad: la personalidad evitadora, pues en ella predomina una excesiva preocupación por evitar amenazas a la seguridad psíquica y una actitud de hipervigilancia y anticipación del riesgo que llevan a la persona o desvincularse de los placeres cotidianos. En el otro extremo, se encuentra el patrón antisocial, con su tendencia a desafiar peligros, arriesgar la vida y la libertad.

- Adaptación: Acomodación y Modificación Ecológica (Polaridad pasivo-activo). La segunda tarea evolutiva a la que se enfrenta cada organismo es la adaptación. Toda existencia se desarrolla en un entorno. Por tanto, los organismos deben adaptarse a su entorno o adaptar el entorno para que se adapte y apoye a su propio estilo de funcionamiento. Todo organismo debe satisfacer necesidades básicas relacionadas entre sí, como la alimentación, la sed y el sueño. Los mamíferos y los seres humanos también deben satisfacer otras necesidades, como las relacionadas con la seguridad y la vinculación. Tanto si el entorno es acogedor como hostil, la elección se limita a escoger entre una orientación pasiva o activa, es decir, o bien acomodarse a un determinado nicho ecológico (polaridad pasiva), o bien modificar el entorno para adaptarlo a uno mismo (polaridad activa). Estas formas de adaptación se diferencian de la primera fase de la evolución.

- Replicación o Reproducción: Cuidados reproductivos y propagación reproductiva (Polaridad yo – otros). La tercera tarea evolutiva que debe afrontar todo organismo es el



estilo reproductivo, el mecanismo sociobiológico que cada género utiliza para maximizar su representación en el mercado genético. En último término, la evolución de cada organismo depende de su capacidad de reproducirse. En un extremo encontramos lo que los biólogos denominan la estrategia R. En este caso, el objetivo es reproducir un gran número de descendientes que son abandonados a su suerte frente a las adversidades del destino. En el otro extremo se encuentra la estrategia K, en la que los padres cuidan de los relativamente poco descendientes. Aunque existen excepciones puntuales, un extremo reproduce la estrategia sociobiológica masculina, orientada hacia sí mismo; y el otro la femenina, orientada hacia el cuidado de los demás. Desde el punto de vista psicológico, la primera estrategia suele considerarse egoísta, insensible, desconsiderada y descuidada; la segunda es afiliativa, íntima, protectora y solícita (Millon, 1998). Desarrollo de estrategias de conducta, emoción y pensamiento que maximicen el éxito de la replicación, logrando un balance entre la propagación del self y el cuidado de otros. Existen estrategias de propagación orientadas al cuidado y a la crianza, contrarias a la replicación indiscriminada sin cuidado ni sustento de una prole numerosa. La orientación de uno y otro polo van a estar asociados a numerosos factores, entre ellos el de género. La tabla 2 ilustra cómo pueden obtenerse los constructos del DSM – III, el DSM-III-R y el DSM-IV a partir de varias combinaciones de las polaridades subyacentes cuando se incluye la idea adicional de conflicto.

- Abstracción (Polaridad Pensamientos – Sentimientos). El cuarto nivel se refiere a la capacidad para simbolizar los aspectos cognitivos y conceptuales de la conducta y el desarrollo neuropsicológico. Se expresa en distintas formas en cada fase: en la fase de existencia, se expresa la fijación sensorial al refinamiento selectivo, en la adaptación, se da la acomodación sensoriomotora a la autonomía y diferenciación del entorno; en la fase de replicación la polaridad, va de la autoeducación a la educación de otros; y en la fase de



abstracción, va de lo concreto a la integración intracortical, como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2

Componentes del Modelo Evolutivo de Millon

FASE EVOLUTIVA	FUNCIONES DE SUPERVIVENCIA	ETAPA NEUROLÓGICA	PROCESO DE DESARROLLO
Existencia	Potenciación de la vida (Placer). Preservación de la vida (dolor).	Fijación sensorial.	Desarrollo de la confianza en los demás
Adaptación	Modificación ecológica (activa). Acomodación (pasiva).	Autonomía sensoriomotora.	Adquisición de la confianza adaptativa.
Replicación	Específica (otros). Específica (si mismo).	Identidad puberal genérica	Asimilación de los papeles sexuales.
Abstracción	Razonamiento intelectual (pensamiento) Resolución afectiva (sentimiento)	Integración cortical	Equilibrio entre la razón y la emoción

Fuente: Millon, T. (2006). Trastorno de la Personalidad en la Vida Moderna. Barcelona, España: Masson.

Fases de la Personalidad desde el Neurodesarrollo. Cada fase evolutiva está relacionada con distintas fases ontogénicas de neurodesarrollo (Millon, T.; Millon C. y Davis, 2007).

Fase I: Fase de Vinculación/Sensorial: El primer año de vida está dominado por los procesos sensoriales, funciones básicas para el posterior desarrollo, ya que permiten al lactante crear cierto orden a partir de la dispersión inicial que experimenta en el mundo de los estímulos sobre todo, en orden referente a la distinción entre los objetos placenteros y los dolorosos. Este periodo también se ha dominado de vinculación, porque los lactantes no



pueden sobrevivir por sí mismos y deben “ligarse” a otros que los protejan, cuiden y estimule, es decir, que les proporcione experiencia de placer y no de dolor.

Fase 2: Autonomía/Sensitivo-Motora: En la fase sensitivo-motora, el foco se desplaza de la existencia en sí misma a la existencia dentro de un entorno. Desde una perspectiva evolutiva, en esta fase el niño aprende un modo de adaptación, una tendencia activa para modificar su nicho ecológico, frente a la tendencia pasiva de adaptarse a aquello que le proporciona el entorno. No cabe duda de que los vínculos del niño son muy importantes en la orientación que adopte hacia el entorno. Los niños que cuentan con una base segura explorarán su entorno sin tener miedo de no poder recuperar a su figura de vinculación. Por otro lado, los que no tienen esa base tienden a permanecer cerca de sus cuidadores, adoptando el modo de adaptación pasiva, un modo que a la larga, probablemente, reducirá su abanico de recursos de afrontamiento debido a una disminución o un retraso en la capacidad socio cognitiva (Millon, T.; Millon, C. y Davis, 2007).

Fase 3: Identidad Intracordial/Reproductiva: Entre los 11 y los 15 años de edad, una serie de profundos cambios hormonales agita el estado psíquico que se había construido con tanto esmero durante los años precedentes. Estos cambios reflejan el inicio de la pubertad y del desarrollo de las características de género y sexuales, en este proceso, el prototipo masculino se puede describir como más dominante, autoritario y codicioso, y el femenino como más cooperador, cuidador y respetuoso. A raíz de las experiencias con los demás y sus reacciones a la infancia, se ha formado una imagen o representación del sí mismo como objeto. El grado máximo de abstracción, es decir, el sentido de la identidad individual como distinta de los demás, se convierte en la principal fuente de estímulos y guía el pensamiento y los sentimientos del joven. Los acontecimientos externos ya no tienen el poder que ejercían anteriormente: ahora el joven cuenta con una esfera estable y siempre presente de



representaciones internas transformadas por reflexiones racionales y emocionales que gobiernan su línea de actuación, a partir de la cual se inician los comportamientos.

Trastornos de Personalidad y su medida a través del MIPS. El modelo que sigue se basa en los principios de la evolución. En esencia, intenta explicar la estructura y los estilos de personalidad con referencia a modos de adaptación ecológica o de estrategia reproductiva deficientes, desequilibrados o conflictivos. La proposición según la cual el desarrollo y las funciones de los rasgos de personalidad pueden ser explorados de forma útil mediante la lente de los principios evolutivos tiene una larga, aunque incompleta, tradición. Herbert Spencer y T.H. Huxley ofrecieron sugerencias de esta naturaleza aproximadamente en la época que se publicó el trabajo de Darwin Sobre el Origen de las Especies en 1859. En épocas más recientes hemos visto la emergencia de la sociobiológica, una ciencia interdisciplinaria que explora la interrelación entre el funcionamiento social humano y la biología evolutiva (Millon, T.; Millon C. y Davis 2007).

Algunas personalidades exhiben un equilibrio razonable en uno u otro de los pares de polaridad. No todos los individuos caen en el centro, por supuesto. Las diferencias individuales en los rasgos de personalidad y el estilo global reflejan las posiciones relativas y los puntos fuertes de cada componente de la polaridad. Las personalidades deficientes en placer carecen de la capacidad de experimentar o representar ciertos aspectos de las tres polaridades (por ejemplo, el esquizoide tiene un substrato defectuoso tanto para el placer como para el dolor). Las personalidades interpersonalmente desequilibradas tienden fuertemente hacia la recepción del apoyo y el cuidado de los otros. La personalidad es un conflicto intrapsicológico se enfrentan con la ambivalencia entre los extremos opuestos de una bipolaridad (por ejemplo, el negativista vacila entre cumplir las expectativas de los demás y hacer lo que quisiera).



Patrones Clínicos de la Personalidad y Patología Severa de la Personalidad: Los estilos de personalidad reflejan características muy marcadas y generalizadas de funcionamiento que perpetúan y agravan las dificultades cotidianas. Están tan implantados y son tan automáticos que el individuo a menudo no es consciente de su naturaleza y de sus consecuencias autodestructivas. En condiciones de adversidad persistente, estos estilos desadaptativos pueden empezar a descompensarse, adquiriendo rasgos de severidad moderada o marcada.

Dentro de la teoría se han formulado tres patrones patológicos de personalidad adicionales el esquizotípico, el límite y el paranoide para representar estados más avanzados de patología de la personalidad. Estos patrones reflejan un deterioro insidioso y lento de la estructura de personalidad según varios criterios, especialmente los déficits en competencia social y los episodios psicóticos frecuentes (aunque en general reversibles). Menos integrados, en términos de organización de la personalidad, y menos efectivos en el afrontamiento, resultan especialmente vulnerables a las dificultades cotidianas de la vida. Sin embargo, la mayoría de los pacientes continúan mostrando muchas de las características de la personalidad principales que eran evidentes previamente.

Explicación de los Prototipos del Eje II

- Esquizoide (Escala 1): Son individuos que se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos, desganados, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y funcionan como observadores pasivos indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás.

- Evitativo (Escala 2A): Los individuos evitativos experimentan pocos refuerzos positivos de sí mismo y de los demás, permanecen alerta y siempre en guardia, preparados para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativamente



reforzantes de la vida. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás. Mantienen un control constante de sus impulsos y sus anhelos de afecto, para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con estas personas. Solo pueden protegerse a sí mismos mediante una retirada activa. A pesar de sus deseos de relacionarse, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y mantener bastante distancia interpersonal.

- Depresivo (escala 2B): Hay cosas comunes en los tres primeros patrones clínicos de personalidad, especialmente tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor. Para el Eje II del DSM, en el trastorno esquizoide de la personalidad hay una incapacidad tanto para sentir alegría como tristeza. En el patrón de evitación existe una hipervigilancia hacia el dolor anticipado y consecuentemente una falta de atención hacia el disfrute y la alegría. En el patrón depresivo ha habido una pérdida significativa, una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría. Ninguno de estos tipos de personalidad experimentan placer, pero por razones diferentes. La personalidad depresiva experimenta el dolor como algo permanente. El placer ya no se considera posible. ¿Qué experiencias o factores bioquímicos pueden explicar tal tristeza persistente y caracterológica? Evidentemente, hay que tener en cuenta disposiciones biológicas. La evidencia de una predisposición constitucional es buena y fuerte, parte de ella indica factores genéticos. Los umbrales implicados en permitir el placer o la sensibilización hacia la tristeza varían mucho. Algunos individuos se inclinan hacia el pesimismo y el desánimo. De forma similar, la experiencia puede condicionar una orientación desesperanzada hacia una pérdida significativa. Una familia desconsolada, un ambiente estéril y una perspectiva sin esperanzas pueden moldear el estilo de carácter depresivo.



- **Dependiente (escala 3):** Los individuos dependientes han aprendido no solo a reunir a los demás para obtener cuidados y seguridad, sino también a esperar pasivamente que otros tomen el mando y se lo proporcionen. Se caracteriza por una búsqueda de relaciones en las que puedan apoyarse en otros para conseguir afecto, seguridad y consejos. Su falta de iniciativa y autonomía es a menudo una consecuencia de la sobreprotección paternal. En función de estas experiencias, simplemente han aprendido que es más cómodo asumir un rol pasivo en las relaciones interpersonales, aceptando la bondad y el apoyo que puedan encontrar, y se someten de buen grado a los deseos de los demás con tal de mantener su afecto.

- **Histriónico (escala 4):** Aunque los individuos histriónicos recurren a los demás de igual medida que los dependientes, a primera vista parecen ser bastante diferentes de sus equivalentes más pasivos. Esta diferencia en su estilo observable surge desde su manipulación fácil y emprendedora de los hechos, mediante la cual maximizan la atención y los favores que reciben, evitan la indiferencia y la desaprobación de los demás. Estos individuos a menudo muestran una insaciable, e incluso indiscriminada, búsqueda de estimulación y afecto. Su inteligencia (y a menudo ingenioso) comportamiento social de la apariencia subyace el miedo a la autonomía genuina y una reiterada necesidad de señales de aceptación y aprobación. El aprecio y el afecto deben ser constantemente alimentados y se buscan en cada fuente interpersonal y en todos los contextos sociales.

- **Narcisista (escala 5):** Los individuos narcisistas destacan por su forma egoísta de dedicarse a sí mismos, experimentando placer primario simplemente siendo pasivos o centrándose en sí mismos. Sus experiencias tempranas les han enseñado a sobrevalorarse, su seguridad y superioridad puede estar fundada sobre premisas falsas; es decir, puede que no se apoyen en logros reales o maduros. Sin embargo, los narcisistas asumen alegremente que los demás reconocerán su cualidad de ser especiales. Por tanto, mantienen un aire



arrogante de seguridad en sí mismo y, sin pensarlo ni pretenderlo conscientemente, explotan a los demás en beneficio propio. Aunque las atenciones de los demás son bienvenidas y alentadas, su aire de esnobismo y superioridad pretenciosa requiere poca confirmación de logros reales o de aprobación social. Su confianza sublime en que las cosas van a salir bien les motiva poco para implicarse en el “toma y saca” de la vida social.

- **Antisocial (Escala 6a):** Los individuos antisociales actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y la posible agresión a manos de otros, al implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio. Su orientación engrandecida refleja su escepticismo hacia los motivos de los demás, su deseo de autonomía y el anhelo de venganza y recompensa por lo que ellos consideran que fueron injusticias pasadas. Son irresponsables e impulsivos, cualidades que justifican porque consideran poco fiables y desleales a los demás. Su insensibilidad y crueldad son sus únicos miedos para evitar el abuso y convertirse en víctimas.

- **Agresivo - Sádico (Escala 6b):** Denominadas como personalidades agresivas en la teoría de Millon, generalmente son hostiles y globalmente combativos, y parecen indiferentes o incluso complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque algunos encubren sus tendencias más maliciosas y orientadas al poder desempeñando roles y vocaciones que reciben la aprobación pública, se delatan por sus acciones dominantes, antagónicas y a menudo persecutorias.

- **Compulsivo (Escala 7):** Los individuos compulsivos han sido intimidados y coaccionados para aceptar las demandas y juicios impuestos por los demás. Sus formas de actuar prudentes, controladas y perfeccionistas derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia suprimiendo su resentimiento y manifestando un conformismo excesivo y exigiéndose



mucho a sí mismos y a los demás. Su disciplinado dominio de sí mismos les ayuda a controlar unos sentimientos de rebeldía, intensos, aunque ocultos, dando lugar a una pasividad abierta y una aparente conformidad pública, sin embargo, tras esta máscara de decencia y dominio hay sentimientos de ira y rebeldía que ocasionalmente desbordan sus controles.

- **Negativista (Pasivo – Agresivo) (Escala 8b):** Los individuos negativistas sienten una pugna entre seguir las recompensas ofrecidas por otros y a aquellas que ellos mismo desean. Esta lucha representa una incapacidad para resolver conflictos similares a la que padecen los obsesivos compulsivos. Sin embargo, los conflictos de los individuos negativistas se mantienen cercanos a la conciencia e irrumpen a la vida diaria. Estos individuos experimentan continuas discusiones y desengaños cuando vacilan entre la deferencia y el desafío, la obediencia y la oposición agresiva. Su comportamiento se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva o tozudez entre mezclado con periodos de culpa y vergüenza.

- **Autodestructivo (Escala 8b):** Las personas masoquistas se relacionan con otros de forma servil y autosacrificada, permiten y quizá incluso alientan a los demás a explotarles o aprovecharse de ellos. Si se manifiestan sus peores rasgos, muchos mantienen que merecen ser avergonzados y humillados. Para agravar su dolor y angustia, que pueden experimentar como reconfortantes, las personas con personalidad autodestructiva rememoran sus desgracias pasadas, activa y reiteradamente y esperan resultados problemáticos de circunstancias que se considerarían afortunadas. Actúan típicamente de un modo modesto y humilde. A menudo intensifican sus déficits y se colocan en una posición inferior y despreciable.

- **Esquizotípico (Escala S):** Los individuos esquizotípico prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas. Se inclinan a comportarse de



forma autista o cognitivamente confusa, piensan tangencialmente y a menudo parecen estar absortos de sí mismos y pensativos. Sus excentricidades son notables y a menudo los demás los perciben como extraños o diferentes. Dependiendo de si su patrón básico es pasivo o activo, muestran cautela ansiosa e hipersensibilidad aplanamiento emocional y deficiencia de afecto.

- Límite (Escala C): Cada variante límite tiene defectos estructurales y experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de depresión y apatía, a menudo salpicados con rachas de ira, ansiedad o euforia. Lo que los distingue claramente de otros patrones graves (esquizotípico y paranoide) es la falta de regulación del afecto, que se ve más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, muchos tienen pensamientos recurrentes de automutilación y suicidio, parecen demasiados preocupados en asegurarse cariño, tiene dificultades en mantener un sentido claro de identidad y exhiben una ambivalencia cognitivo – afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia los demás.

- Paranoide (Escala P): La personalidad paranoide muestra una vigilante desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva tensa ante la anticipación de las críticas y los engaños. Presentan una irritabilidad abrasiva y tienden a provocar la exasperación y el enfado de otros. Los individuos paranoides a menudo presentan miedo a perder la independencia, lo que les lleva a resistirse vigorosamente a las influencias y al control externo, mientras los otros dos factores graves se identifican ya sea por la inestabilidad de sus afectos (límites) ya por la falta de regulación de su cognición (esquizotípico). Los sujetos paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento.

Criterios de Evaluación: ¿A qué dominios deberían adscribirse (y por tanto evaluarse) los trastornos de personalidad? La personalidad puede considerarse exclusivamente



psicodinámica o exclusivamente biológica, pero los autores consideran ambas posiciones limitadas y restrictivas. La perspectiva integradora defendida aquí considera la personalidad como un constructo multideterminado y multireferencial que puede ser estudiado y evaluado adecuadamente mediante una gran variedad de áreas de contenido. El término multireferencial es importante para los propósitos de la evaluación. Una forma de hacer frente al pluralismo conceptual y teórico que tiene lugar hoy en día en la personalidad es sencillamente evaluarla de acuerdo con un único modelo, eliminando efectivamente el eclecticismo de perspectivas divergentes con un dogmatismo radical. Por el contrario, una evaluación realmente comprensiva, que sea concordante de forma lógica con la naturaleza integradora de la personalidad como constructo, requiere que la personalidad se evalúe sistemáticamente mediante múltiples esferas psicológicas si dicha evaluación pretende tener validez en contenido. Sin embargo, pueden existir restricciones en el funcionamiento del sistema en cualquiera de estas esferas.

Se han empleado varios criterios para seleccionar y desarrollar los ámbitos clínicos enumerados aquí: (a) Que fuesen variados en las características que representan, es decir no limitados únicamente al comportamiento o la cognición, sino que incluyeran un rasgo muy amplio de características clínicamente significativas; (b) Que se correspondieran con muchas de las modalidades terapéuticas actuales en nuestra profesión (por ejemplo, técnicas fenomenológicas auto-orientadas para alterar la cognición disfuncional, procedimientos de tratamiento grupal para modificar la conducta interpersonal, etc.); y (c) Que se coordinasen no solo en el esquema oficial del DSM de prototipos de trastornos de personalidad, sino que también los trastornos se caracterizasen por un rasgo distintivo dentro de cada hábito clínico. Como se indican en la tabla 4, estos criterios diagnósticos se distinguen en función del nivel de datos que representen: Comportamental, fenomenológico, Intrapsíquico y biofísico (Millon, T.; Millon C. y Davis, 2007).

Tabla 3*Prototipos de Personalidad*

Ámbitos Funcionales	Ámbitos Estructurales
<u>Nivel Comportamental</u>	
Comportamiento Observable Comportamiento Interpersonal	
<u>Nivel Fenomenológico</u>	
Estilo Cognitivo	Autoimagen Representaciones Objetales
<u>Nivel Intrapsíquico</u>	
Mecanismos de Defensa	Organización Morfológica
<u>Nivel Biofísico</u>	
	Estado de Animo / Temperamento

Fuente: Millon, T. (2006). Trastorno de la Personalidad en la Vida Moderna. Barcelona, España: Masson.

Esta diferenciación refleja los cuatro enfoques históricos que caracterizan el estudio de la psicopatología. Estos ámbitos pueden organizarse sistemáticamente de forma similar a como se realizan las distinciones en el ámbito biológico, es decir, dividiéndolas en atributos estructurales y funcionales. La ciencia de la anatomía investiga las estructuras fijas y esencialmente permanentes que sirven, por ejemplo, como sustrato del humor y la memoria. Su homólogo funcional, la fisiología, se ocupa de los procesos que regulan las dinámicas internas y las transacciones externas.

Estas estructuras y funciones unen al organismo en una entidad coherente. Dividir las características del mundo psicológico en ámbitos estructurales y funcionales no es, por supuesto, algo nuevo. La teoría del psicoanálisis desde sus comienzos a tratado con constructos topográficos tales como el consciente, el preconscious y el inconsciente, y más tarde con conceptos estructurales como el id, el ego y el superego. Igualmente, se ha



estudiado muchos procesos funcionales cuasiestacionarios, como el así denominado aparato del ego (Millon, T.; Millon C. y Davis 2007).

Al llevar a cabo una evaluación orientada a los ámbitos, los clínicos deberían evitar ver cada uno de ellos como una entidad independiente, cayendo por tanto en un operacionalismo concreto e ingenuo. Cada ámbito es una parte legítima, pero muy contextualizada, de un único todo integrado, el cual es absolutamente necesario para que se mantengan la integridad funcional – estructural del organismo. Sin embargo, los individuos difieren con respecto a los ámbitos que representan más frecuentemente. Los pacientes reales varían no solo en el grado en el que se aproximan a cada prototipo de personalidad, sino también en el grado en el que las restricciones en cada ámbito moldean su comportamiento general.

Al conceptualizar la personalidad como un sistema se puede decir que las restricciones de los estados que el sistema puede asumir están presentes en diversas partes de ese sistema para diferentes individuos, incluso cuando estos individuos comparten un diagnóstico. Solo aquellos aspectos del sistema que están suficientemente cristalizados poseen el carácter duradero y global que asociamos a la personalidad. En este sentido, el objetivo de una evaluación es iluminar las restricciones que perpetúan el funcionamiento rígido del sistema y su consiguiente inflexibilidad adaptativa. Una vez identificado esto, el propósito de la terapia debe ser relajar estas restricciones, permitiendo al sistema asumir una mayor variedad de estados o de comportamientos adaptativos en diferentes situaciones.

Ámbitos Funcionales: Las características funcionales representan procesos dinámicos que ocurren en el mundo Intrapsíquico entre el individuo y su entorno psicosocial. Los procesos transaccionales tienen lugar por medio de los ámbitos funcionales. Como definición, se podría decir que los ámbitos funcionales representan modos expresivos de acción regulatoria, es decir, procesos de comportamiento, de conducta



social y cognitivos, y mecanismos inconscientes que manejan, ajustan, transforman, coordinan, equilibran, descargan y controlan “toma y saca” de la vida interna y externa. Se describirán brevemente cuatro ámbitos funcionales relevantes para los trastornos de personalidad.

- Comportamiento Observable: estos atributos se refieren a eventos observables en el nivel comportamental y en general se registran anotando cómo se comporta el paciente. Mediante la inferencia, las observaciones del comportamiento permiten deducir lo que el paciente revela involuntariamente sobre sí mismo o, a menudo al contrario, lo que el paciente quiere lo que los demás piensen de él. El rango y las características de las acciones expresivas son amplias y diversas y proporcionan información clínica distintiva y valiosa, desde la comunicación de un sentido de incompetencia personal a la exhibición de una defensividad general o la demostración de un disciplinado autodomínio, y así sucesivamente. Este ámbito de datos clínicos será especialmente productivo para diferenciar a los pacientes de la polaridad pasivo – activo del modelo teórico de Millon.

- Comportamiento Interpersonal: el modo que tiene un paciente de relacionarse con los demás también se ve esencialmente en los datos del nivel comportamental y puede captarse de muchas formas, tales como la manera en que sus acciones afectan a otros, intencionadamente o no, las actitudes que subyacen, incitan y moldean estas acciones, los métodos por los que el paciente implica a los demás para que satisfagan sus necesidades y su forma de afrontar las tensiones y los conflictos sociales. Extrapolando estas observaciones el clínico puede construir una imagen de cómo funciona el paciente en relación con los demás: de forma antagonista, respetuosa, aversiva, secreta, etc.

- Estilo Cognitivo: los datos del nivel fenomenológico están representados por como el paciente centra y distribuye la atención, codifica y procesa la información, organiza los pensamientos, hace atribuciones y comunica reacciones e ideas a otros. Estas características



están entre los indicios más útiles de la particular forma de funcionar del paciente. Sintetizando estos signos y síntomas es posible identificar las indicaciones de un estilo empobrecido, pensamiento distraído o caprichoso, pensamiento constreñido, etc.

- Mecanismos de Defensa: aunque los mecanismos de autoprotección, gratificación de necesidades y solución de conflictos a veces se reconoce de forma consciente, representan los datos derivados principalmente del nivel Intrapsíquico. Debido a que los mecanismos de defensa son procesos internos son más difícil de discernir y de describir que los procesos anclados en el mundo observable como tales, no es posible evaluarlos directamente por medio de autoevaluación en su forma pura, sino solo como derivaciones potencialmente separados por muchos niveles de sus conflictos centrales y de su regulación dinámica.

Por definición, estos mecanismos regulatorios dinámicos se apropian de las realidades externas e internas y las transforman antes de que puedan entrar en la conciencia de una forma clara y sin alterar. Cuando se emplean de forma crónica a menudo perpetúan una secuencia de eventos que intensifican los mismos problemas que pretendían evitar. A pesar de los problemas metodológicos que presentan, la tarea de identificar qué mecanismos son elegidos (por ejemplo, racionalización, desplazamiento, formación reactiva) y hasta qué punto se emplean es extremadamente útil en una evaluación de la personalidad comprensiva.

Ámbitos Estructurales: En contraste con las características funcionales, los atributos estructurales representan una plantilla profundamente arraigada y relativamente duradera de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos y demás elementos que dirigen la experiencia y transforman la naturaleza de los sucesos vitales actuales. Las estructuras psíquicas tienen un efecto orientativo y preventivo al alterar el carácter de la acción y el impacto de las experiencias subsecuentes en línea con las inclinaciones y expectativas ya



formadas. L reducir selectivamente los umbrales de transacciones para que sean congruentes con las proclividades constitucionales o el aprendizaje temprano, el individuo a menudo experimenta sucesos presentes como variaciones del pasado. Por supuesto, los residuos del pasado hacen algo más que contribuir pasivamente al presente. Aunque solo sea por precedencia temporal, guían, moldean y distorsionan el carácter de sucesos actuales y realidades objetivas.

Para los propósitos de la definición, los ámbitos estructurales pueden verse como sustratos y disposiciones de acción de una naturaleza cuasi-permanente. Con una red de vías interconectadas, estas estructuras contienen los residuos internalizados del pasado en forma de recuerdos y afectos que se asocian intrapsíquicamente con las concepciones del sí mismo y de los demás. Las estructuras sirven para cerrar el organizamos a nuevas interpretaciones del mundo y limitan las posibilidades de expresión de aquellos que ya se han vuelto predominantes. Su carácter preventivo y canalizador juega un papel muy importante en la perpetuación del comportamiento desadaptativo y los círculos visiones de la patología de la personalidad. A continuación, se describen cuatro ámbitos estructurales relevantes para la personalidad.

- Autoimagen: a medida que el mundo interno de símbolos se domina a lo largo del desarrollo, el tornado de sucesos que golpean al hilo pequeño deja paso a un sentido creciente de orden y continuidad. Emergía una configuración principal para imponer una medida de igualdad en un entorno por lo demás fluido: la percepción del sí mismo como un objeto, como algo diferente, un siempre presente e identificable yo o mí. La identidad parte en gran medida de concepciones formadas en este nivel fenomenológico de análisis. Es especialmente significativo el hecho de que actúe de pauta y proporcione una continuidad a la experiencia cambiante. La mayoría de los individuos tienen un sentido implícito de quienes son, pero difieren en gran medida en la claridad, precisión y complejidad de su



introspección (Millon, 1998). Pocos pueden articular los elementos psíquicos que crean esta imagen (por ejemplo, que están primordialmente alienados, son ineptos, auto-satisfechos, concienzudos, etc.).

- Representaciones Objetales: como se señaló antes, las experiencias significativas del pasado dejan una impronta interna, un residuo estructural compuesto de recuerdos, actitudes y afectos que actúan como sustrato de disposiciones para percibir reaccionar ante los sucesos vitales. De forma análoga a varios sistemas orgánicos en el cuerpo, tanto el carácter como la sustancia de estas representaciones internalizadas de figuras y relaciones significativas del pasado pueden diferenciarse y analizarse para fines clínicos. Las variaciones en la naturaleza y el contenido de este mundo interno pueden asociarse con las diferentes personalidades y llevarnos a emplear términos descriptivos para representarlas, tales como superficial, irritante, indiferenciado, oculto e irreconciliable.

- Organización Morfológica: la arquitectura global que sirve de marco para el interior psíquico de un individuo puede mostrar debilidad en su cohesión estructural, coordinación deficiente entre sus componentes y pocos mecanismos para mantener el equilibrio y la armonía, regar los conflictos internos o mediar las presiones externas. El concepto de organización morfológica se refiere a la fuerza estructural, la congruencia interior y la eficacia funcional del sistema de personalidad. La organización de la mente es un concepto derivado casi exclusivamente de inferencias realizadas al nivel intrapsíquico de análisis, similar a las nociones psicoanalíticas actuales y empleado en conjunción con ellas, tales como niveles límite y psicótico. Sin embargo, ese empleo tiende a ser limitado, relacionándose esencialmente con grados cuantitativos de patología integradora y no con variaciones cualitativas, ya sea en la estructura integradora, ya sea en la configuración. Los variantes estilísticos de este atributo estructural pueden emplearse para caracterizar a cada



uno de los prototipos de personalidad; sus atributos organizacionales distintivos se presentan con descriptores tales como inmaduro, desligado y compartimentado.

- Estado de Ánimo / Temperamento: pocos elementos observables son más relevantes clínicamente desde el análisis de datos del nivel biofísico que la predominancia del afecto de un individuo y la intensidad y frecuencia con la que lo expresa. Es fácil decodificar el significado de las emociones extremas. No ocurre lo mismo con los estados de ánimo o sentimientos más sutiles, los cuales se infiltran de forma insidiosa y reiterada en las relaciones y experiencias del paciente. No solo en los autoinformes se advierten rasgos expresivos del estado de ánimo y los impulsos con términos como aturdido, lábil o caprichoso, sino que también se revelan, aunque de forma indirecta, en el nivel de actividad del paciente, su calidad de discurso y su apariencia física. Claramente, el aspecto más sutil de este atributo e relación con la teoría es sutilidad para evaluar los rasgos que son relevantes para las polaridades activo – pasivo y placer – dolor.

Síndromes Clínicos del Eje I: Los síndromes clínicos del Eje I se entienden, mejor como trastornos enraizados en el contexto de los estilos del Eje II. De acuerdo con esto, a menudo se tratan en casos clínicos reales como extensiones o distorsiones del patrón básico de personalidad del paciente. Estos síndromes tienden a ser estados relativamente claros o transitorios, aumentando o disminuyendo en el tiempo en función del impacto de situaciones estresantes. En tiempos de malestar, caricaturizan o acentúan el estilo básico de personalidad. Prescindiendo de los diferentes que estos estados parezcan, sin embargo, adquieren significado y sentido solo en el contexto de la personalidad del paciente y deberían ser evaluados en referencia a ese patrón. A pesar de la observación de que ciertos trastornos surgen más frecuentemente en conjunción con ciertos estilos de personalidad, cada uno de estos estados de síntomas aparecerá en varios patrones. Por ejemplo, la depresión neurótica o distimia ocurre más frecuentemente en personalidades evitativas, dependientes y



autodestructivas y la dependencia del alcohol es más común en patrones histriónicos y antisociales.

Dado que son posibles varias covariaciones entre los síndromes del Eje I y los estilos de personalidad del Eje II, es esencial construir un modelo donde se especifiquen estas interrelaciones. La mayoría de los síndromes clínicos descritos en esta sección son de tipo reactivo y, por tanto, su duración es sustancialmente más corta que la de los trastornos de personalidad. Habitualmente representan estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta con claridad, a menudo precipitados por sucesos externos. Típicamente, aparecen en formas llamativas o dramáticas, a menudo acentuando o intensificando los rasgos más prosaicos del estilo pre mórbido o básico de personalidad.

Síndromes Clínicos

- Trastorno de Ansiedad (Escala A): Un paciente ansioso a menudo informa tanto de sentimientos vagamente aprensivos como específicamente fóbicos, está típicamente tenso, indeciso e inquieto, tiende a quejarse de varios tipos de molestias físicas, como una sensación de tensión, excesiva transpiración, dolores musculares poco definidos y náuseas. La revisión de las respuestas del paciente puede ayudar a determinar si es principalmente fóbico y, más específicamente, si la fobia es de tipo simple o social. Sin embargo, la mayoría de los pacientes ansiosos presentan un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, movimientos nerviosos y la tendencia a reaccionar y a sobresaltarse fácilmente. También es característico el malestar somático, como por ejemplo, las manos frías y húmedas o molestias estomacales. También son notables la preocupación y la sensación aprensiva de que los problemas son inminentes, una hipervigilancia del propio ambiente, nerviosismo y una susceptibilidad generalizada.

- Trastorno Somatomorfo (escala H): Los pacientes con puntuaciones altas en la escala somatomorfo expresan sus dificultades psicológicas mediante los canales somáticos,



periodos persistentes de cansancio, debilidad y preocupación por su falta de salud y una variedad de dolores dramáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo. Algunos pacientes tienen un trastorno primario de somatización que se caracteriza por quejas somáticas recurrentes y múltiples, presentadas a menudo de una forma dramática, vaga o exagerada. Otros tienen una historia que puede interpretarse como “hipocondriaca”: interpretan molestias o sensaciones físicas menores como señales de una dolencia grave. Si, de hecho, existen enfermedades, tienden a sobrevalorarlas a pesar de los intentos por parte de los médicos de tranquilizarles. Normalmente, las quejas somáticas se emplean para llamar la atención.

- Trastorno bipolar (escala N): Los pacientes bipolares presentan periodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad e irritabilidad. También son evidentes un entusiasmo poco selectivo, planificación excesiva para objetivos poco realistas, una cualidad intrusiva, cuando no dominante y exigente, en sus relaciones interpersonales, una necesidad reducida de sueño y fuga de ideas, así como cambios de humor, rápidos y lábiles. Puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo delirios y alucinaciones.

- Trastorno Distímico (escala D): Los pacientes con puntuaciones altas en la escala de distimia siguen involucrados en la vida diaria, pero han estado preocupados durante años con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos. Durante los periodos de depresión puede haber muchos momentos de llanto, ideación suicida, una perspectiva pesimista del futuro, distanciamiento social, reducción o exceso del apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras, así como una efectividad reducida en las tareas



cotidianas. A menos que la puntuación en la escala CC (Depresión mayor) también sea muy elevada, es poco probable que se evidencien rasgos psicóticos depresivos. Un examen exhaustivo de las respuestas específicas a los ítems que contribuyen a la alta puntuación del paciente en la escala D debería permitir al clínico discernir los rasgos particulares del ánimo distímico (por ejemplo, baja autoestima o desesperanza).

- Dependencia del Alcohol (escala B): Un paciente con una puntuación alta en la escala de Dependencia del alcohol probablemente tiene una historia de alcoholismo, ha tratado de superar el problema con poco éxito y, como consecuencia, experimenta considerable malestar en la familia y en el trabajo. Lo que tiene de valor en esta escala y en la siguiente (Dependencia de sustancias) es la oportunidad de considerar el problema en el contexto del estilo global de funcionamiento y afrontamiento del paciente.

- Dependencia de Sustancias (escala T): Una puntuación alta en Dependencia de sustancias indica que el paciente probablemente tiene una historia recurrente o reciente de abuso de drogas, habitualmente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales y es incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento. Al igual que la escala de Dependencia del alcohol, esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles y puede ser útil para identificar a los individuos que no están muy dispuestos a admitir sus problemas de drogas.

- Trastorno de Estrés Postraumático (Escala R): Los pacientes con puntuaciones altas en esta escala han experimentado un suceso que implicaba una amenaza para su vida y reaccionaron ante ello con miedo intenso o sentimientos de indefensión. Las persistentes imágenes y emociones asociadas con el trauma llevan a recuerdos y pesadillas que reactivan los sentimientos generados por el suceso original. Los síntomas de activación ansiosa (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto e hipervigilancia) persisten y los pacientes se esfuerzan en evitar las circunstancias asociadas con el trauma.

*Síndromes Severos*

- Trastorno del Pensamiento (escala SS): Dependiendo de la duración y el transcurso del problema, los pacientes con puntuaciones elevadas en esta escala normalmente se clasifican como “esquizofrénicos”, “esquizofreniformes” o como padeciendo una “breve psicosis reactiva”. Periódicamente pueden mostrar conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas, a menudo parecen confusos y desorientados y ocasionalmente exhiben afecto inapropiado, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño. Los sentimientos pueden estar embotados y puede haber un penetrante sentido de ser incomprendido y aislado por los demás. También son notables las conductas retraídas, solitarias y secretas.

- Depresión Mayor (escala CC): Los pacientes con altas puntuaciones en esta escala normalmente son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperanzado. Algunos exhiben un marcado retardo motor, mientras que otros se muestran muy agitados, deambulando incesantemente y lamentándose de su triste estado. Durante estos periodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos, tales como falta notable de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz. Los problemas de concentración son comunes, así como los sentimientos de poca valía y de culpa. Los miedos repetitivos y las cavilaciones se observan con frecuencia. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y solitario caracterizado por inmovilidad torpe o un tono irritable, quejoso y lastimero.

- Trastorno delirante (escala PP): Los pacientes con trastorno delirante frecuentemente se consideran paranoides agudos y pueden volverse periódicamente beligerantes, expresando delirios irracionales, pero interconectados, de una naturaleza



celosa, persecutoria o grandiosa. Dependiendo de la constelación de otros síndromes concurrentes, puede haber claros signos de trastorno de pensamiento e ideas de referencia. Los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados. Factores concomitantes son un tenso trasfondo de suspicacia, vigilancia y alerta ante una posible traición (Millon, T.; Millon C. y Davis, 2007).

2.2.2 Estrés de Holmes y Rahe

Antecedentes. Estrés se entiende como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés), en vez de como respuesta. Es decir, en contraste con las teorías centradas en la respuesta, el estrés se explica aludiendo a los estímulos ambientales externos al sujeto o “estresores” y se interpreta que estos perturban o alteran el funcionamiento del organismo (Macías, 2007). Los trabajos más importantes en base a esta perspectiva fueron los de Holmes y Rahe (1967), con su “enfoque psicosocial del estrés” o “enfoque de los sucesos vitales”. Por lo que estas teorías basadas en el estímulo se sitúan dentro de la perspectiva conocida en psicopatología con el nombre de “Enfoque Psicosocial” o de los sucesos vitales y ha tenido gran influencia en las últimas décadas (Belloch, Sandin y Ramos, 1994).

Estas teorías localizan al estrés fuera del individuo, entendiendo al estrés en términos de características asociadas a estímulos del ambiente, interpretando que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo, siendo el strain (efecto producido por el estrés) el aspecto correspondiente a aquellas que ven al estrés como respuesta. Este modelo es tomado de la ley de elasticidad de Hook, quien se refiere al strain como la deformación o distorsión de un organismo a causa del estrés. En los seres humanos, el strain es producido a consecuencia de un estrés crónico que sobrepasa ciertos límites, produciendo alteraciones fisiológicas y psicológicas (Macías, 2007).



El estrés ha sido estudiado como el estímulo o la situación que provoca un proceso de adaptación en la persona, siendo los principales exponentes de esta línea Holmes y Rahe (1967), centrados fundamentalmente en los sucesos vitales, concebidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con modificar las actividades usuales de la persona. En este sentido elaboraron una primera escala para cuantificar al estrés psicosocial SRE (“Schedule of Recent Experience”). El potencial estresante de un suceso vital estaría relacionado con la cantidad de cambio que implica. (Sandin, 2002)

Everly (1978), distingue dos tipos principales de estresores:

- Psicosociales: son situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresores a través de la interpretación cognitiva o del significado que la persona le asigna.

- Biológicos; son estímulos que se convierten en estresores por su capacidad para producir cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo, que facilitan por si mismos la respuesta de estrés, por ejemplo, exponerse a ruido intenso, encontrarse inmerso en un tiroteo, tomar una taza de café, etc (Macías, 2007).

En el año 1936, en la Universidad Mc Gill de Montreal, el médico austrocanadiense Hans Selye, a partir de la experimentación con animales, define por primera vez al estrés como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico. (Herrera, 2011).

Para Selye viene a ser la respuesta inespecífica del organismo frente cualquier exigencia (Selye, 1983). Cannon insistió en especial sobre la estimulación del Sistema Nervioso y en la descarga de Adrenalina por las Glándulas médulo-suprarrenales que se produce cuando hay agresiones, ya que este proceso autónomo provoca a su vez modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para la defensa. Son éstas quizás



las referencias más importantes en las cuales se basa Selye para sus experiencias y la evolución de sus estudios con respecto al Síndrome General de Adaptación y su enorme repercusión en los diferentes órganos de los seres humanos, como así también de los animales (Slipak, 1991).

Quizá la contribución más significativa de Selye haya sido la publicación de vasta obra del Stress. En ella modificó su definición de estrés, para denotarse una condición interna del organismo, que se traduce en una respuesta. Propuso inclusive un nombre para dichos agentes: estresores, sentando así las bases de gran parte de la terminología actual de este campo. En 1989, y tras controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era el estímulo o la respuesta del organismo, los autores Paterson y Neufeld comienzan a considerar el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado” (Herrera, 2011)

Definición. Todo cambio induce en la persona una ruptura o disonancia entre las experiencias pasadas del individuo y las exigencias del nuevo ambiente, siendo esta discontinuidad sociocultural un fenómeno que puede contribuir al desarrollo de estrés, trastornos psicológicos y somáticos en la población (Hong y Holmes, 1973).

Una breve definición, puede ser la respuesta espontánea a toda demanda que se le haga, dicho con mucha simpleza esto implicaría la interacción del organismo con el medio ambiente ya sea éste otro organismo o el medio en que nos desenvolvemos, lo que nos podría llevar a definir el estrés según el estímulo (a), la respuesta (b) o el concepto estímulo-respuesta (c).

(a) Según el estímulo: Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.

(b) Según la respuesta: Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.



(c) Según el concepto estímulo – respuesta: Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo (Slipak, 1991).

Podemos ampliar esa breve definición de estrés mencionada anteriormente diciendo que cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada. Esta respuesta lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y por las modificaciones que estas secreciones hormonales provocan sobre nuestro organismo, responsables de nuestras reacciones ante el estrés, ya sean funcionales u orgánicas. (Slipak, 1991)

Aunque comúnmente se considera al estrés como algo perjudicial, la vida sin estrés sería monótona y aburrida, pues le está faltando a la persona humana, la fuerza creadora que puede ser fuente de motivación y paso previo a la concreción de metas. El estrés no siempre es malo, de hecho la falta de estrés puede resultar en un estado de depresión, por eso podemos afirmar que existen dos tipos o formas de estrés; uno de estos es positivo (Eustrés) y el otro es negativo (Distrés) (Merizalde, 2007).

Teoría en el enfoque Biosocial de la Salud. Los trabajos del grupo de Holmes son importantes por la innovación teórica que ha supuesto, así como por su enorme influencia sobre la generación de hipótesis e instrumentos de evaluación del estrés. En términos generales, la aportación del grupo de Holmes representa tal vez la primera contribución consistente al modelo biosocial de la salud, anticipándose en el tiempo a la formulación de dicho modelo, llevada a cabo por Engel en 1977. La aportación del enfoque de los sucesos vitales como revolución en las ciencias de la salud se ha justificado porque dicho enfoque: (1) permite estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva, (2) posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectivas, y (3) supone una orientación social de la salud diferente a la antigua concepción médica basada en la relación germen-enfermedad (Sandin, 2002).



Uno de los aspectos centrales de la orientación del estrés social basada en los sucesos vitales es la de cambio vital. El cambio vital puede referirse a situaciones estresantes extremas, tales como las catástrofes naturales (inundaciones, terremotos, etc.) o ciertas situaciones especialmente traumáticas (situaciones bélicas, etc.). A veces, ciertas situaciones extremas pueden convertirse en condiciones más o menos crónicas; por ejemplo, el estrés prolongado en algunos veteranos del Vietnam ha llevado a perturbaciones graves, tales como el trastorno de estrés postraumático; éste es un fenómeno muy documentado en la literatura científica sobre los efectos traumáticos del estrés y es similar a algunas reacciones patológicas asociadas a situaciones estresantes extremas más cotidianas (violaciones, maltrato, etc.). No obstante, el concepto de cambio vital es un término más central en sucesos menos traumáticos y más normativos, es decir, en los denominados sucesos vitales en su sentido más estricto indicado por Holmes y Rahe en 1967. Son ejemplos de sucesos vitales situaciones sociales tan dispares como el matrimonio, la pérdida de un hijo, la separación matrimonial, el divorcio, la compra de casa, el despido laboral, el cambio de residencia, el encarcelamiento, el embarazo, etc. La investigación basada en los sucesos vitales no se centra en un suceso concreto (por ejemplo, una situación bélica), sino en la acumulación de varios sucesos ocurridos durante los últimos años (habitualmente durante los dos o tres últimos años), fenómeno que se conoce habitualmente como estrés reciente (Sandin, 2002).

El empleo de este enfoque de investigación del estrés, seguido tanto por el grupo de Holmes como por muchos otros autores (rápidamente se empleó el SRE por otros investigadores y se desarrollaron otros cuestionarios semejantes para diferentes tipos de población), suponía estudiar la relación entre el estrés y la salud analizando el efecto simultáneo de múltiples sucesos vitales experimentados por el individuo (conjuntos de sucesos vitales). Se asumía, por otra parte, que la vulnerabilidad atribuida a los sucesos



vitales actuaba de forma no específica sobre cualquier tipo de enfermedad o trastorno tanto físicos como mentales (Sandin, 2002).

El Estrés en el Marco Social de la Salud. Una de las razones por las que el estudio del estrés posee un enorme interés desde este marco es que diversas condiciones sociales pueden actuar como agentes estresantes y modificar el estatus de la salud de los individuos. Uno de los innovadores más significativos en el estudio de los factores sociales del estrés fue Thomas H. Holmes, el cual se basó inicialmente en los trabajos de Harold G. Wolf y Adolf Meyer. Holmes, influenciado por las ideas y aportaciones de estos dos autores, se interesó no sólo por quién enferma sino también por cuándo (contexto social) uno enferma, lo cual le llevó a desarrollar un nuevo marco para investigar las relaciones entre los fenómenos sociales y la enfermedad. Su trabajo más influyente sobre este tema lo llevó a cabo en la University of Washington School of Medicine entre 1957 y 1981 (Sandin, 2002). En realidad, el hecho de que existan notables diferencias individuales en la adaptación al estrés sugiere que éste se produce principalmente por una interacción entre el individuo y la sociedad, y no únicamente por las características naturales de los estresores. El significado de una crisis no reside en la situación sino en la interacción entre la situación y la capacidad de la persona para superarla. Las personas tienen diferentes habilidades y capacidades en las situaciones sociales a la hora de afrontar los problemas. No todas las personas tienen la misma capacidad para controlar sus respuestas emocionales, ni la misma motivación y compromiso personal ante una determinada situación (Sandin, 2002).

Sucesos Vitales en el estrés. Los sucesos vitales, pues, se entienden como experiencias objetivas que causan un reajuste sustancial (es decir, un cierto nivel de cambio) en la conducta de dicho individuo. Como se ha sugerido en diversas publicaciones, el cambio es la principal propiedad aceptada más universalmente como definitoria de los sucesos



vitales; éstos son acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales de los individuos que los experimentan (el potencial estresante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambio que conlleva) (McQuiad, Roberts, Monroe y Kupfer, 2000).

Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero generalmente son eventos habituales y más o menos normativos, tales como el matrimonio, la separación, el divorcio, la pérdida de trabajo, la pérdida de un amigo o las pequeñas violaciones de la ley. Dicha orientación suponía asumir de forma explícita desde un sector de la propia Medicina, incluso en aquella época (finales de los años cincuenta y comienzos de los sesenta), que la enfermedad era el resultado de múltiples factores, tanto biológicos como sociales y psicológicos; es decir, suponía establecer un cambio copernicano respecto al enfoque etiológico de la enfermedad, ya que la concepción de Holmes supuso una auténtica revolución al desestimar que la enfermedad era únicamente un fenómeno unifactorial y mecánico, como por ejemplo el producto de algún agente patógeno (Sandin, 2002).

Los factores predisponentes están generalmente constituidos por sucesos ocurridos durante la infancia (maltrato infantil, pérdida de algún padre, etc.). Los factores precipitantes son más bien cambios vitales recientes, normalmente ocurridos durante los dos últimos años (por ejemplo, separación matrimonial, pérdida del empleo, despido laboral, etc.). La historia de sucesos traumáticos infantiles puede incrementar, así mismo, la vulnerabilidad individual a los sucesos vitales recientes. La orientación basada en el concepto de cambio vital (y por tanto en el de unidades de cambio vital) ha sufrido algunas críticas, tanto de tipo teórico como metodológico. Como han sugerido algunos autores desde la perspectiva de la sociología (Sandin, 2002), aunque todo cambio es potencialmente dañino porque requiere algún grado de reajuste, los psicólogos sociales y/o sociólogos no



deberían aceptar esta noción sin ciertas reservas, ya que el cambio es una característica normal e inexorable para cada nivel de vida social y de edad (Sandin, 2002).

Siguiendo esta orientación, si bien se han utilizado en ciertos estudios diseños longitudinales, han predominado los diseños de tipo retrospectivo, como los diseños de caso-control (por ejemplo, comparar el cambio vital ocurrido en pacientes antes de la hospitalización con el experimentado por un grupo de control). De este modo, se trataba de hipotetizar un efecto causal de los sucesos vitales sobre el trastorno o enfermedad en cuestión (por ejemplo, efecto sobre el inicio del trastorno). Mediante estudios longitudinales era factible estudiar también el curso del trastorno/enfermedad (por ejemplo, el curso de una depresión o la evolución de una enfermedad crónica como la enfermedad coronaria). En relación con el inicio del trastorno, los sucesos vitales pueden ser entendidos como factores predisponentes o precipitantes (Sandin, 2002).

Tipos de Estrés

Estrés Positivo (Eustrés): Si estos cambios que se producen en la persona ante la demanda externa se hace en armonía, es decir si las respuestas son adecuadas al estímulo o para explicarlo de otra manera, si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, se habla de Eustrés o buen estrés, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio (Slipak, 1991).

El Eustrés, representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa. La persona se manifiesta con placer, alegría, bienestar y equilibrio. La persona con estrés positivo se caracteriza por ser creativo, con ganas de satisfacer ante el estresor. Es así que la persona puede manifestar y expresar su talento especial como así también su imaginación e iniciativa. En resumen, el eustrés es un estado en el cual se potencia el mejoramiento del nivel de conocimiento, de las ejecuciones



cognitivas que provee la motivación. El eustrés es indispensable para nuestro funcionamiento y para nuestro desarrollo (Lucero, Machado y Manzano, 2014).

Estrés Negativo (Distrés): Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al Distress o mal estrés. Cada factor de estrés tendrá por supuesto, una respuesta específica de acuerdo al agente causal, pero estará siempre acompañado por "una respuesta complementaria biológica y común a todos esos factores y por lo tanto no específica, es decir, independiente del tipo de factor causante y que se traduce por un conjunto de cambios y de reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general.

No podemos dejar de citar que para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción" (Slipak, 1991). Es "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar" (Lazarus, 1966, p. 29).

Estrés reciente: Dicho en otros términos, se enfatizaba la susceptibilidad general del organismo para desarrollar cualquier trastorno o enfermedad. En estos estudios el periodo de evaluación no solía sobrepasar los doce meses, este tipo de estrés social se ha venido denominando estrés reciente, con frecuencia se ha evaluado basándose en los sucesos vitales experimentados durante los últimos seis o doce meses (Sandin, 2002).

Clasificación de las Causas del estrés.

Fisiológicas: Podemos mencionar las causas genéticas, es decir heredadas, las causas congénitas, las enfermedades y lesiones previas como por ejemplo la disminución de la resistencia. Es decir, todas aquellas causas individuales de la persona.

Psicológicas y Psicosociales: Es aquí donde podemos mencionar la predisposición de la persona, su vulnerabilidad emocional y cognitiva, como asimismo la crisis vitales por



edad como por ejemplo la adultez, la tercera edad, también son causas en esta clasificación las relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes

Ambientales Societarias: Los cambios sociales y tecnológicos que sufre la persona, en la cual la denominan "Shock del futuro", también pueden ser causas enmarcadas en esta tipología las situaciones económico-políticas como ser la incertidumbre, la inflación, el riesgo de guerra, etc.

Ambientales Físicas: Son causas del estrés, como ejemplo en esta clasificación las temperaturas extremas, la polución, el smog, el ruido, las temperaturas extremas, etc. (Slipak, 1991).

Efectos del Estrés. Según, Slipak (1991), considerando como variable el tiempo, el estrés produce efectos en las personas. Estos pueden ser:

Efectos Inmediatos: Aquellos efectos que producen en la persona en un corto período de tiempo, normalmente lo podemos expresar en cambios en la conducta del individuo.

Efectos Mediatos: Aquellos efectos que producen en la persona en un período de tiempo, a causa de los efectos inmediatos y que perduran en el tiempo, normalmente lo podemos expresar en enfermedades físicas, afecciones, adicciones, disminución en su rendimiento habitual.

Efectos A Largo Plazo: Aquellos efectos que impactan a un nivel macro-social, económico y político, como por ejemplo disminución de la actividad y rendimiento de la organización con su consecuente costo para las empresas, ausentismo, etc. (Slipak, 1991).

Fases de la Respuesta de Estrés. Se describen tres fases sucesivas de adaptación del organismo:

Fase de Reacción de Alarma: Ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar de estímulo estresante. Se genera una activación del sistema nervioso con las



típicas manifestaciones de sequedad de boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, aumento de la tensión arterial, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina.

Se genera también una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.

Fase de Resistencia: Aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

Fase de Agotamiento: Como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia, y el organismo entra en una fase de agotamiento, con aparición de alteraciones psicosomáticas (Malasch y Jackson, 1986).

La Respuesta Individual al Estrés: Depende de su composición genética, cultura, creencias familiares y el uso del papel de la enfermedad, educación y experiencias. El comportamiento de una persona puede contribuir al estrés en sí mismo y en otros. Antonovsky ha descrito un "sentido de coherencia" o significado en la visión de una persona del mundo como un determinante principal de la resistencia al estrés, la experiencia de vida, la familia y las actitudes culturales contribuyen a esto. La cultura también puede ayudar a definir la respuesta al estrés. Por ejemplo, la úlcera estomacal y el cáncer son muy frecuentes en Japón.

Mientras que las enfermedades del corazón son más comunes en América del Norte. Es de interés que el estómago se considere el alma o el locus de la emoción para el japonés, mientras que los términos como "roto-hearted", en el "corazón de las cosas", frío y caliente-reflejan el énfasis de nuestra cultura en el corazón y su vulnerabilidad. Los traumatismos tempranos, parecen predisponer al desamparo / desesperanza. La percepción del individuo



que distingue un estresor de un estímulo. Los significados de estrés o una enfermedad en gran medida en medicina, es un factor importante en la determinación de la respuesta (Seely, 1983).

Escala de Reajuste Social, Holmes Y Rahe. Una de las principales aportaciones de este autor fue la construcción de cuestionarios para evaluar el estrés. Su primera idea a este respecto la plasmó en colaboración con el sociólogo Norman Hawkins y consistió en transformar la historia personal (life chart) en una prueba auto administrada en forma de cuestionario, dando lugar a la Schedule of Recent Experience (SRE) (Inventario de Experiencia Reciente). Mediante esta primera versión de la SRE, que se llevó a cabo alrededor de 1956, Holmes pretendía reflejar la carga social a que están sometidos los individuos (en particular los que padecen alguna enfermedad) y que, en último término, afectan negativamente a la salud. La SRE fue elaborada mediante ítem de sucesos vitales que no fueron seleccionados de forma arbitraria; únicamente se seleccionaron aquellos sucesos que, de forma repetida, habían resultado ser suficientemente significativos en las historias personales (life charts) y que parecían asociarse al desarrollo (inicio) de las enfermedades. Los sucesos vitales, al ser definidos como eventos sociales que requerían algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo, implicaban que podían evocar primariamente reacciones psicofisiológicas. De este modo, los sucesos vitales podrían definirse igualmente como cambios vitales. A mayor cambio (por ejemplo, por la suma de varios sucesos vitales) mayor probabilidad de enfermar. Así pues, los conceptos de suceso vital y cambio vital surgen para representar un mismo fenómeno social. El grupo de Holmes, sobre todo a partir de publicar, basándose en el SRE, el primer método escalado para cuantificar el estrés social (Holmes y Rahe, 1967), universalizó toda una línea de investigación sobre el estrés y la salud que, de algún modo, sigue aún vigente en el momento actual (Sandin, 2002).



En 1967, los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe examinaron los registros médicos de más de 5.000 pacientes como una forma de determinar si los eventos estresantes pueden provocar enfermedades. A los pacientes se les pidió que rellenasen una lista de 43 acontecimientos estresantes de la vida sobre la base de una puntuación relativa, encontrándose que existe una correlación positiva de 0,118 entre los eventos de sus vidas y sus enfermedades. Aunque el valor de correlación es bastante bajo, el número de pacientes tratados (5.000) hace que sea significativo y sirva, por tanto, como punto de partida en la búsqueda de traumas emocionales asociados a la dolencia. (Holmes y Rahe, 1967).

La escala de Holmes y Rahe se desarrolló preguntando a 394 personas para calificar la cantidad de reajuste social necesarios para una serie de 43 acontecimientos comunes.

Un cálculo numérico arbitrario valor de 500 (más tarde cambiado a 50), fue asignado al matrimonio. Si un evento representado más intenso y más largo, reajuste que el matrimonio, un número fue elegido. Muerte de un cónyuge fue calificado universalmente como el más estresante. Esta escala ha sido clasificada por diferentes culturas y grupos de edad y la lista sigue siendo coherente.

El estrés acumulado presenta más probabilidades de ser seguido por la enfermedad. Por ejemplo, en individuos con puntaje de 200-299 en dos años, 51% reportaron cambios significativos en su salud; en Aquellos con un puntaje superior a 300, el 79% tenía tales cambios (Atri, et al, 1994).

Sus resultados fueron publicados en la Escala de Reajuste Social (SRR) más conocido como Escala de Estrés Holmes y Rahe. Validaciones posteriores ha apoyado los vínculos entre el estrés y la enfermedad. Factores externos de estrés, en los que se engloban todas aquellas variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo. Los



acontecimientos vitales son un elemento típico de este grupo, tal como se objetivan, por ejemplo, con la escala de Holmes y Rahe (González, Morera y Monterrey 1991).

Dos grandes avances allanaron el camino a una nueva perspectiva sobre enfermedad y práctica:

1. Holmes y Rahe desarrollaron un cuestionario simple, fácil de usar y rápida aplicación, esta escala fue una evaluación subjetiva de la vida estresante eventos y condujo a numerosos retrospectivos y estudios prospectivos de casi cada enfermedad común, proporcionando evidencia de que la incidencia de las enfermedades graves y menores aumentan después del estrés.
2. Hay una nueva manera de pensar sobre la enfermedad en su entorno y contexto familiar, que reafirma lo que todos saben pero niegan en su práctica; mente y cuerpo debe definirse En un ambiente psicosocial, interaccional, sistemas, o pensamiento del modelo biopsicosocial
3. El vínculo entre el estrés y la enfermedad han sido forjados por los investigadores Holmes y Rahe cuya Revisión Social ayuda a los médicos de familia a que puedan utilizar la escala para evaluar el estrés de sus pacientes (Selye, 1983).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Estilos de Personalidad:** Son aquellos modos internos y permanentes de funcionar del desarrollo y experiencias individuales que caracterizan sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente.
- **Personalidad:** Conjunto de características de un individuo; un patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas.



- **Estrés:** Es un estímulo que provoca un proceso de adaptación en la persona, que se convierte en estresor a través de la interpretación cognitiva o en los cambios producidos en el organismo.

- **Familiar Cuidador:** Es la persona que ayuda a otra de su entorno familiar que presenta una situación de dependencia en lo que respecta a las actividades de la vida diaria. y puede adoptar varias formas, atención, cuidados, ayuda en educación y vida social, gestiones administrativas, coordinación, vigilancia permanente, apoyo psicológico, comunicación, actividades domésticas, etc.

- **Trastornos Psiquiátricos:** Alteraciones de los procesos de pensamiento y razonamiento que son reflejados en la conducta; estas afectan las emociones y la capacidad para controlar comportamientos complejos.

- **Familia:** Grupo de personas que están unidas por vínculos consanguíneos, afectivos, también por un vínculo legal como el matrimonio y la adopción; que comparten un proyecto vital en común.

- **Salud Mental:** Es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social; por tanto el individuo es consciente de sus propias capacidades.

- **Estimulo:** Algo externo que genera una respuesta en el organismo.

- **Esquizoide:** se caracteriza por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso, tienden a ser apáticos, desganados, distantes y asociales.

- **Agresividad:** Forma de conducta destructiva y de ataque, actitudes encubiertas de hostilidad por un intento por obtener dominio.

- **Sadismo:** Perversión sexual por el cual el sujeto siente satisfacción al maltratar a otros individuos.

- **Pasividad:** Se trata de acomodarse a un determinado entorno dejando que los demás hagan las cosas que al mismo le corresponden o afectan.



- **Hipomanía:** Es un estado afectivo caracterizado por una forma leve o moderada de excitación maniaca (euforia).
- **Psicosis:** Deterioro en la capacidad de pensar, respuesta emocional, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse.
- **Delirio:** Creencia falsa mantenida firmemente a pesar de la evidencia.
- **Evitativa:** Permanecen alerta y siempre en guardia, preparados para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida, refleja su miedo y desconfianza a los demás.
- **Dependiente:** Reúne a los demás para tener cuidados y seguridad, espera pasivamente que otros tomen el mando y se los proporcionen y se apoya en otros para conseguir afecto, seguridad y consejos.
- **Histriónico:** Maximiza la atención y favores que recibe, evita la indiferencia y la desaprobación de los demás, se encuentra en la búsqueda de estimulación y afecto y tiene miedo a la autonomía genuina.
- **Narcisista:** Destacan por su forma egoísta de dedicarse a sí mismos y sobrevalorarse, su seguridad y superioridad puede estar fundada sobre premisas falsas y explotan a los demás en beneficio propio.
- **Antisocial:** Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y la posible agresión al implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio.
- **Compulsivo:** Son prudentes, controlados y perfeccionistas, son ambivalentes suprimiendo su resentimiento y manifestando un conformismo excesivo y exigiéndose mucho a sí mismo y a los demás.



- **Esquizotípica:** Prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas, su comportamiento es de forma autista y piensan tangencialmente, muestran aplanamiento emocional y deficiencia de afecto.
- **Límite:** Periodo recurrente de depresión y apatía, falta de regulación del afecto y labilidad de su estado de ánimo.
- **Paranoide:** Desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva tensa ante la anticipación de críticas y engaños.
- **Ansiedad:** Esta típicamente tenso, indeciso e inquieto, presenta excesiva transpiración, dolores musculares poco definidos y náuseas, también susceptibilidad generalizada.
- **Histeriforme:** Periodos persistentes de cansancio y debilidad, normalmente las quejas somáticas se emplean para llamar la atención.
- **Trastorno Bipolar:** Presenta periodos de euforia superficial, elevada autoestima, exceso de actividad nerviosa, facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad, irritabilidad, cambios de humor rápidos y lábiles.
- **Distímica:** Preocupación por años con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima, pérdida de interés en actividades placenteras.
- **Dependencia del Alcohol:** Trata de superar el problema con poco éxito y como consecuencia experimentan considerable malestar en la familia y en el trabajo.
- **Dependencia de Sustancias:** Historia recurrente o reciente de abuso de drogas, le cuesta mucho reprimir sus impulsos y es incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento.



2.4. Hipótesis de Trabajo

2.4.1. Hipótesis Alterna

Existe relación entre los estilos de personalidad y niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el hospital de salud mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017.

2.4.2. Hipótesis Nula

No existe relación entre los estilos de personalidad y niveles de estrés en familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el hospital de salud mental “San Juan Pablo II”, Cusco – 2017.

2.5. VARIABLES E INDICADORES

- Estilos de personalidad
- Niveles de estrés

**Tabla 4***Operacionalización de la variable Personalidad.*

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITÉM DE CADA INDICADOR	RANGO DE INTERPRETACIÓN	
ESTILOS DE PERSONALIDAD	Patrones Clínicos de Personalidad	1 Esquizoide	34, 75, 118, 123, 144, 160,	Indicador elevado	
		2 Evitativa	49, 106, 135, 141, 162,		
		3 Dependiente	1, 2, 10, 56, 133, 145, 173,		>=85
		4 Histriónica	14, 19, 30, 86, 93, 137, 170		
		5 Narcisista	6, 15, 60, 89, 111, 125, 131, 159,	Indicador moderado	
		6a Antisocial	3, 7, 13, 83, 92, 94, 103, 104, 150, 172	75-84	
		6b Agresivo/Sádica	12, 22, 40, 101,107, 121,143,		
		7 Compulsiva	44, 55, 66, 73, 95, 126, 130, 134, 153, 163,		
		8a Pasivo/Agresiva	21, 41, 42, 64, 65, 78, 136,146,149,		
		8b Autodestructiva	9, 25, 43,54,57, 63,77, 82, 97,108,110,115, 120,147,154	Indicador sugestivo	
	Patología Severa de Personalidad	S Esquizotípica	12, 23, 28, 82, 129, 168,	60-74	
		C Limite	23, 28, 37, 48, 50, 58, 79, 138, 148, 156	Indicador bajo	
		P Paranoide	24, 38, 62, 69, 80, 102, 139, 171		
		A Ansiedad	8,11, 29, 51, 61, 67, 109, 114, 117,158		
	Síndromes Clínicos	H Histeriforme	31, 32, 39, 46, 169	35-59	
		N Hipomanía	20, 68, 88, 98, 128,	Indicador nulo	
		D Distimia	5, 26, 45, 47, 96, 99, 113, 132, 151,155,161		
		B Abuso De Alcohol	17, 52, 87,119, 122, 157, 175		
T Abuso De Las Drogas	35, 70, 105, 140,				
Síndromes Severos	SS Pensamiento Psicótico	17, 84, 85, 91, 112,116, 152, 165	0-34		
	CC Depresión Mayor	18, 27, 33, 36, 53, 59, 71, 72, 76,174,166,167			

Tabla 5

Operacionalización de la variable Estrés

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITÉM DE CADA INDICADOR	RANGO DE INTERPRETACIÓN	
NIVELES DE ESTRÉS	Dimensión Familia	Duelo	1 - 3		
		Separación	2		
		Enfermedad de familiar	15		
		Discusiones	22		
	Problemas Legales	Problemas judiciales		12	
	Dimensión Economía	Estado financiero		6 - 21	
			Deudas	14	
	Aspectos Personales		Asalto	7	
			Abandono por la pareja	10	
			Reconciliación marital	17	
			Embarazo	18	
			Nacimiento	19	
			Inseguridad	20	
			Conflictos	23	• Estrés en Grado Máximo
			Muertes de un amigo	26	
			Logro personal	28	
			Domicilio urbano	29	
			Mudanzas	35	• Predisposición al Estrés
			Conducir auto	36	
			Cambio de hábitos	37	
			Cambios laborales	25	• Menor Riesgo de Estrés
				33	
			Ocio		Sedentarismo
	Viajes	38			
	Cambio de estudios	39			
	Vacaciones				
	Salud		Enfermedad	5	
			Problemas sexuales	9	
			Menopausia	13	
			Trastornos del sueño	24	
	Trabajo		Perdida de trabajo	4	
Descenso laboral			8		
Jubilación			11		
Trabajo nocturno			16		
Exceso de trabajo			30		
Inicio o fin de trabajo			31		
Problemas con el jefe			32		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

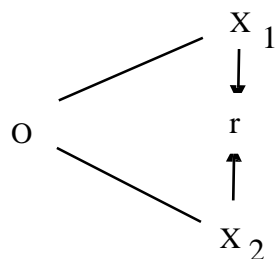
3.1. Diseño de Investigación

Corresponde al denominado DISEÑO NO EXPERIMENTAL, este diseño se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de un estudio donde no se varía en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, lo que se hace es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2. Tipo de la Investigación

Específicamente corresponde a un diseño descriptivo - correlacional, este diseño describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado; su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En este caso se trata de relacionar las variables: Estilos de Personalidad y Niveles de estrés. Esquemáticamente encontramos:



O : Población
X1 : Estilos de Personalidad
X2 : Niveles de Estrés
r : Relación

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Descripción de la Población

La población está constituida por familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos que son atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de la ciudad del Cusco. Este estudio toma en cuenta a familiares a partir de los 18 años que se encarguen del cuidado de pacientes que presenten trastornos psiquiátricos; considerando un familiar cuidador por paciente atendido. Considerando que el número de pacientes atendidos por mes son 600, de los cuales cada paciente lleva un tratamiento entre psicología y psiquiatría, asistiendo una vez por semana durante dos meses; siendo 150 personas en consulta de enero a febrero y otras 150 de marzo a abril, por lo que la población resulta ser un total de 300 personas.

3.3.2. Muestra y Método de Muestreo

Muestreo de tipo probabilístico, debido a que se pretende hacer estimaciones de variables en la población, las cuales se miden y se analizan, todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos; los datos pueden llegar a ser generalizados a la población con una estimación precisa del error que pudiera cometerse. Con método de muestreo aleatorio simple obtenido por Excel.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tabla 6

Muestra y método de muestra.

Tamaño de la Población	N	300
Error alfa	α	0.05
Nivel de confianza	$1 - \alpha$	0.95
Z de $(1 - \alpha)$	Z de $(1 - \alpha)$	1.96
Prevalencia de la enfermedad	p	0.50
Complemento de p	q	0.50

Precisión	d	0.05
Tamaño de la muestra	n	168.70

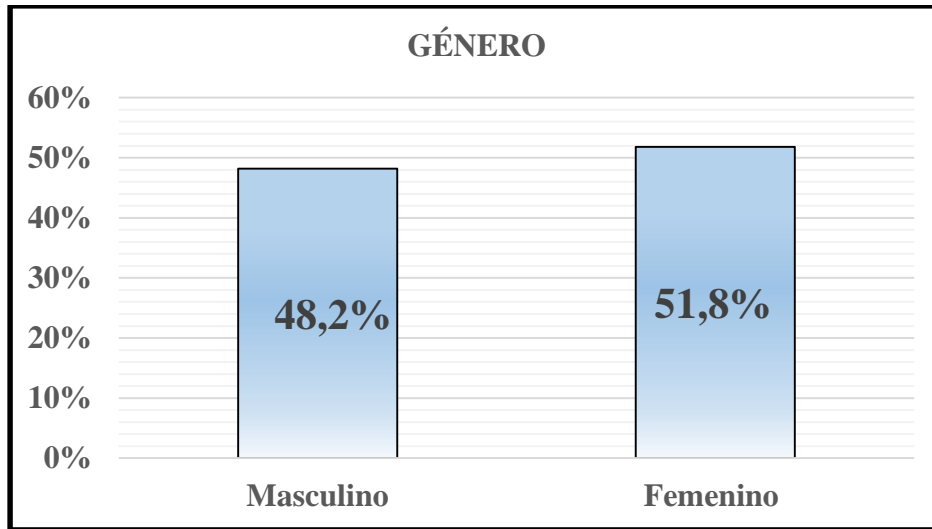


Figura 1. Distribución de la muestra según género.

Fuente: Elaboración propia

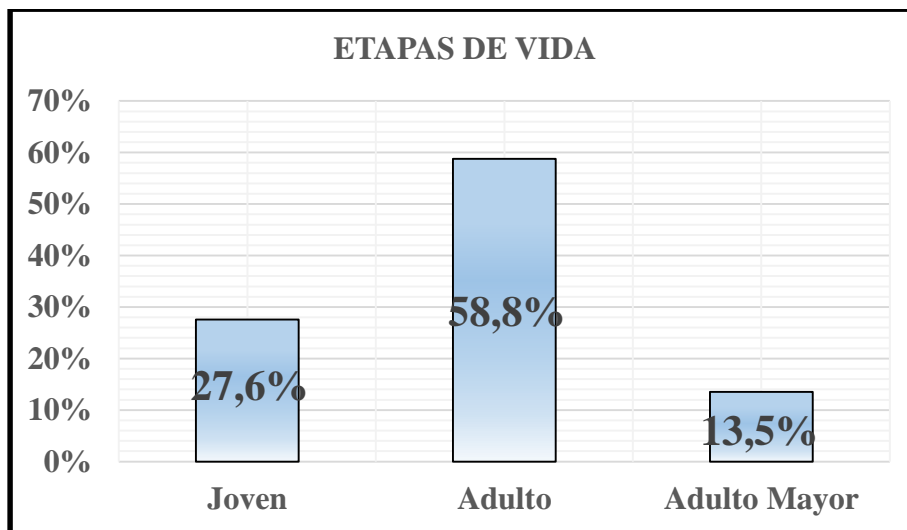


Figura 2. Distribución de la muestra según etapas de vida.

Fuente: Elaboración propia

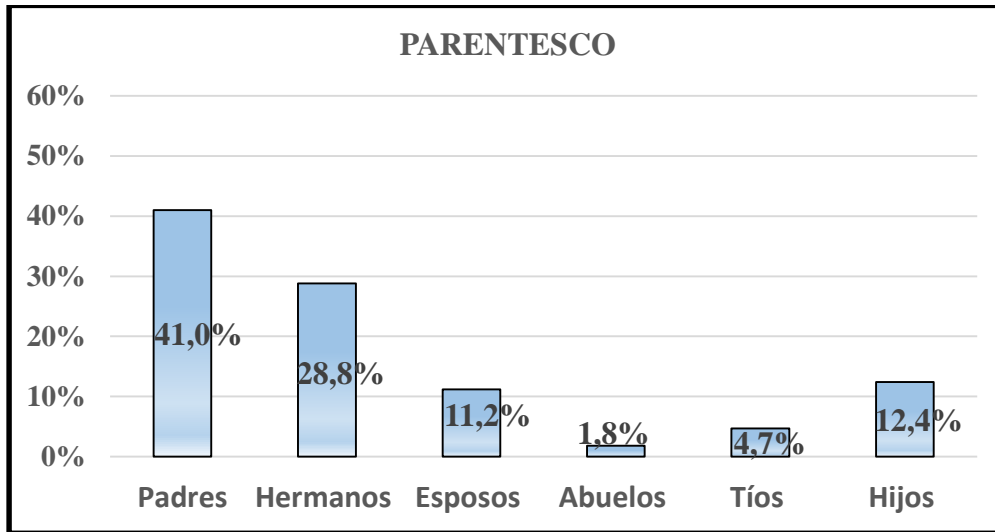


Figura 3. Distribución de la muestra según parentesco.

Fuente: Elaboración propia

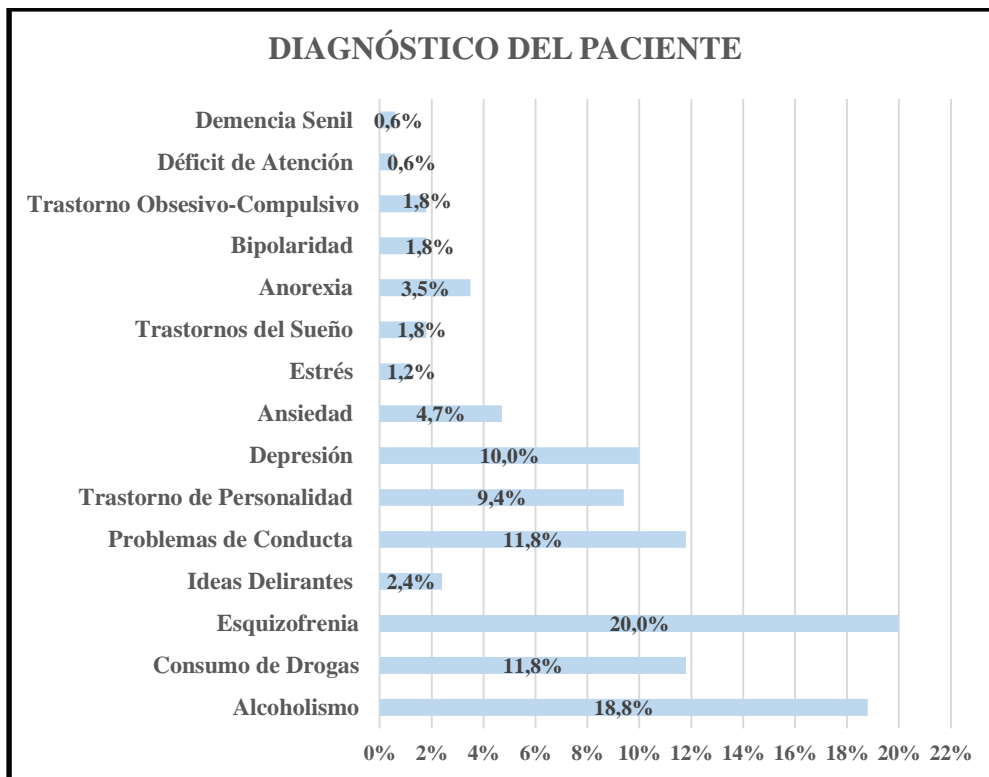


Figura 4. Distribución de la muestra según diagnóstico del familiar paciente.

Fuente: Elaboración propia



3.3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Para el estudio se incluyó a los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos que son atendidos en el Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” de la ciudad del Cusco; sin embargo, se excluyó de la población a los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos que no son atendidos en dicha institución, como también a familiares menores de dieciocho años de edad.

3.4. Técnicas de Recolección de Datos

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo correspondiente a través de un oficio dirigido al Director del hospital de Salud mental “San Juan Pablo II”, a fin de obtener la autorización y facilidades para realizar el estudio. Luego se coordinó con la jefa encargada del servicio de psicología a fin de establecer el cronograma de recolección de datos. Para la aplicación de los instrumentos, se les pidió a los presentes el consentimiento informado asegurándonos que se encontraban dentro de los criterios de inclusión, luego se procedió a aplicar el cuestionario en los respectivos familiares de los pacientes, el cual duró 45 minutos aproximadamente por entrevista. La recolección se realizó durante los meses de enero, febrero, marzo y abril; los días sábados en los talleres familiares ya establecidos de 8:00 am a 10:30 am, previa invitación durante la semana.

3.4.1. Entrevista

Se recabó información personal en forma verbal y escrita de los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos.

3.4.2. Observación

Se observó el comportamiento de cada uno de los componentes de la muestra y las diferentes reacciones frente a las preguntas de los test aplicados.



3.4.3. Análisis de contenido

Al finalizar tanto el cuestionario de los estilos de personalidad de Millon como la Escala de Estrés de Holmes y Rahe, se procedió a analizar e interpretar los datos obtenidos, el cual nos dio como resultado los estilos de personalidad y los niveles de estrés de los familiares cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos.

3.4.4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI –II)

- Nombre: Inventario Multiaxial Clínico de Millon – III (MCMI-III)
- Nombre original: Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)
- Autores: Millon, Davis y Millon
- Versiones: El MCMI original fue reformulado para adecuarse mejor a las categorías del DSM-III. El MCMI-II (Millon, T., 2000).

- Tipo de instrumento: cuestionario.
- Objetivos: Identificación de posibles trastornos de personalidad y valoración de los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos. Evalúa estilos y trastornos de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según criterios DSM-IV y la teoría de la personalidad.

- Población: Adultos
- Numero de ítems: 175
- Tiempo de administración: 20-30 minutos
- Normas de aplicación: la persona evaluada debe ir respondiendo verdadero o falso a los distintos ítems.

- Descripción: Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad clínicos (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Pasivo, Agresivo y Autodestructiva), y tres que evalúan trastornos graves de



la personalidad (Esquizotípica, Paranoide y Límite). Además tiene índices que ajustan las puntuaciones de las subescalas o determinan la extensión de su validez.

- **Fiabilidad:** Consistencia interna mediante el Coeficiente Alfa de 0.66-0.89; fiabilidad test-retest para el diagnóstico dimensional entre 0,85 y 0,93 (0,60-0,89 en MCMI-II). El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de kappa $<0,45$ para todos los trastornos de personalidad, índice muy bajo.

- **Validez:** Los estudios de correlaciones entre las puntuaciones dimensionales del MCMI con distintos cuestionarios han arrojado resultados moderados, por ejemplo con el Cuestionario de 90 síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) la mayoría de las correlaciones de las escalas por encima de 0.50 pero no llegan a valores más elevados. Los coeficientes son todavía menores cuando se correlacionan las puntuaciones categoriales con entrevistas de diagnóstico estructuradas o semi-estructuradas que, sin embargo, mantienen mejores índices de acuerdo entre ellas. La sensibilidad del MCMI-III varía mucho entre escalas: 0.44-0.92 (media=0.60); igual que su poder predictivo: 0.30-0.81 (media=0.69). Como todos los cuestionarios que evalúan trastornos de personalidad tiende a cometer más errores de falsos positivos que otros instrumentos, lo que le hace ser considerado una buena prueba de detección siempre y cuando exista una medida posterior más exigente (estudios de dos pasos).

- **Corrección e interpretación:** Se obtienen 24 puntuaciones. Mediante una tabla de transformaciones se convierten a puntuaciones transformadas (diferenciadas según el género), que van de 0 a 115, y que pueden interpretarse individualmente o estableciendo un perfil. Puntuaciones entre 75 y 84 indican la presencia de rasgos, y mayores de 84, la presencia de un trastorno. Se puede corregir con la ayuda de un programa de ordenador que es facilitado con la prueba, existen, igualmente, correcciones en red o por correo.



3.4.5. Escala de Estrés de Holmes y Rahe

- Autor: Holmes y Rahe
- Numero de ítems: 40
- Tipo de respuesta: Responder si o no
- Escalas de validez escalas de personalidad: Validez / Fiabilidad
- Escalas: 3 escalas de niveles de estrés
- Población: Sujetos de 18 a 60 años
- Aplicación: Individual – colectivo
- Tiempo: Alrededor de 10 a 15 minutos
- Materiales: Cuadernillo de preguntas y respuestas
- Descripción: Es una escala que mide los acontecimientos vitales más frecuentes

y los valora según el grado de estrés que puede causar a las personas. La escala de estrés está orientada a medir los acontecimientos vitales del último año e intentar valorar el riesgo de enfermedad debido al estrés. En este caso nos referimos a enfermedades psicosomáticas, desde una gastritis hasta un colon irritable. Para ello mide el estrés en unidades de estrés subjetivas que van de 100 a 0.

• Calificación: Si sumando los resultados de la escala de estrés en el último año tu puntuación es:

- Menor de 150: Existe un riesgo muy pequeño de padecer alguna enfermedad psicosomática.
- Entre 150 y 250: El riesgo a padecer una enfermedad psicosomática es moderado.
- Más de 250: Existe un riesgo elevado de poder padecer alguna enfermedad psicosomática.