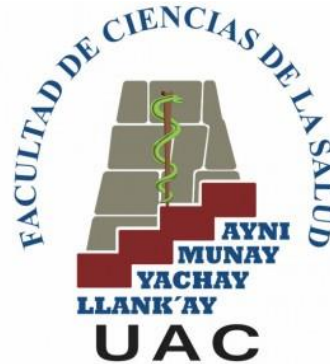




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**PREVALENCIA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA
PERSONALIDAD EN LOS USUARIOS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE
PSICOLOGIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
MICRORED BELEMPAMPA, DISTRITO DE SANTIAGO DE LA REGIÓN
CUSCO, 2014.**

**Tesis para optar al título profesional de:
Psicólogo.**

Bach. MORAN CASAS,
Franco Hugo

Asesor:
Dr. Guido Américo Torres Castillo

CUSCO – 2016



AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Dr. Ps. Guido Américo Torres Castillo, por sus consejos, por su paciencia en los asesoramientos, a los dictaminantes:Mgt. Ps. Juan Segismundo Durand Guzmán, a la Dra. Ps. Yanet Castro Vargas por su confianza y su apoyo,replicantes:Ps. Jesús Antonio Palma Pareja por sus compromiso y al Dr. Ps. Edgard Fernando Pacheco Luza por sus consejos y enseñanzas que me sirvieron de base para concluir con éxito esta investigación, y al Centro de Salud de Belepampa, al personal del Centro de salud que me dieron todas las facilidades para poder realizar la investigación, y a los usuarios del servicio de Psicología, por su colaboración.



DEDICATORIA

A mis padres *Eliza* y *Hugo* que me apoyaron siempre de manera incondicional y sus palabras de aliento. A mis amigos que estuvieron en todas las circunstancias.



INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que los seres humanos somos únicos, que nuestras características físicas, psicológicas y culturales nos van formando a lo largo de la existencia. Las experiencias hacen de nosotros lo que somos, y la forma como vemos el mundo a través de nuestros pensamientos, nuestras conductas, sensaciones y emociones, que estas se convierten en nuestra percepción de la vida. Si la personalidad es un potencial de conducta; la personalidad sana también es un potencial de bienestar y “bien-ser”, esta disposición adaptativa activa procura vivencias positivas y satisfactorias, promueven una experiencia de vida feliz que depende de uno mismo. (Fierro, 2004). Por otra parte las personalidades sean normales o patológicas son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen, las diferencias están en la capacidad de adaptación al medio, es así que los trastornos de personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados debido a las deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio. (Millon, 1998). Por ello la importancia de entender y comprender estos niveles de adaptación.

En la presente investigación se busca un aporte al estudio de las características clínicas de la personalidad en los establecimientos de salud de la Microred Belepampa, que nos permitirá tener una información epidemiológica de la población; para tal investigación se ha utilizado el inventario clínico multiaxial de Millon (II)



En el primer capítulo está ubicado el planteamiento del problema donde encontramos la caracterización y formulación del problema, objetivos de la investigación: generales y específicos y la justificación e importancia.

En el segundo capítulo se esboza el marco teórico relacionado claramente con el tema central, los aspectos conceptuales, bases teóricas, definición de variables, que nos permitirá afianzar los conocimientos y dar un sustento objetivo al proyecto.

En el tercer capítulo alude a la metodología, se identifica el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, el instrumento de recolección de datos, y el procesamiento de datos.

En el cuarto capítulo están los resultados de la investigación, en donde se exponen estos de manera general, en base a cada escala se presentan también los resultados según género y etapa de vida.

En el quinto capítulo está la discusión de resultados de la investigación, en donde se exponen estos de manera general, y en base a cada escala los resultados según género y etapa de vida.

Finalmente se presentan las conclusiones y las sugerencias del presente trabajo de investigación.



ÍNDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Objetivo de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del problema	4
1.4.1 Limitaciones de la Investigación	5

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	6
2.1.2 Antecedentes nacionales	9
2.1.3 Antecedentes locales.....	10
2.2 Antecedentes históricos del distrito de Santiago	12
2.2.1 Factores socioculturales de los trastornos de la personalidad.....	13
2.3 Bases teóricas.....	15
2.3.1 Breve historia de los trastornos mentales.....	15
2.3.2 Antecedentes históricos de los trastornos de la personalidad	17
2.4 Teorías de la personalidad	20
2.4.1 Teoría Psicodinámica.....	20
2.4.2 Teoría Fenomenológica	21
2.4.3 Teoría de los rasgos	23
2.4.4 Teoría Conductual.....	24



2.4.5 Teoría Cognitiva25

2.4.6 Teoría Integradora.....26

2.4.7 Teoría de Theodore Millon28

2.4.7.1 Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología28

2.4.7.2 Teoría y clasificación34

2.4.7.3 Bases evolutivas de la personalidad.....37

2.4.7.4 Bases de la personalidad desde el punto de vista del neurodesarrollo.....40

2.4.7.5 Evaluación e intervenciones terapéuticas45

2.4.7.6 Escalas básicas de personalidad en el Inventario ClínicoMultiaxial de Millon:
MCMII-II55

2.4.8 Conceptualización de los trastornos según el DSM-IV-TR, y el CIE-1063

2.5 Marco Conceptual66

2.5.1 Personalidad66

2.5.2 Trastornos de personalidad66

2.5.3 Características de la personalidad66

2.6 Variables e indicadores67

CAPITULO III
DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación68

3.2 Diseño de la investigación68

3.3 Población y muestra69

3.3.1 Descripción de la población69

3.3.2 Descripción de la muestra70

3.3.2.1 Muestra y muestreo70

3.3.2.2 Criterios para la determinación de la Muestra70

3.3.2.3 Criterios de inclusión70

3.4 Instrumento para recolección de datos71

3.4.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millon II71



3.4.3 Teoría de Millon72

3.4.4 Procedimiento de recolección de datos76

3.5 Técnicas de procesamiento de datos77

CAPITULO IV
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación de los resultados en tablas y gráficos78

4.2. Análisis y comentarios de tablas y gráficos de los resultados79

CAPITULO V
DISCUSIÓN

DISCUSIÓN92

CONCLUSIONES.....101

SUGERENCIAS.....103

BIBLIOGRAFIA.....104

ANEXOS.....108



RELACION DE TABLAS

Tabla 1 Nombres para los estilos de Personalidad de 1976 a la actualidad..... 33

Tabla 2 Los 8 patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades 35

Tabla 3 Representación de los trastornos de la personalidad respecto al modelo evolutivo de Millon 42

Tabla 4 Caracterización de los prototipos de Millon en término a las polaridades (adaptado de Choca, 1999). 43

Tabla 5 Agrupamiento actual de los prototipos de personalidad de Millon (adaptado de Millon & Davis, 1998)..... 44

Tabla 6 Criterios generales para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad..... 65

Tabla 7 Variables e indicadores 67

Tabla 8 Distribución de la población 70

Tabla 9 Distribución de la población de acuerdo al..... 70

Tabla 10 Distribución de la muestra según sexo..... 71

Tabla 11 Ficha técnica del inventario clínico Multiaxial de Millon II 72

Tabla 12 Estructura de la personalidad patológica 75

Tabla 13. Correlación de indicadores y escalas 77



RELACIÓN DE GRÁFICOS

Gráfico01. Modelo original para la descompensación de los prototipos de personalidad en personalidades más severas..... 31

Gráfico02. La personalidad como una totalidad formada por ámbitos que interactúan 37

Gráfico 03. Prevalencia de las características clínicas de la personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa..... 80

Gráfico 04. Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa..... 81

Gráfico05. Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 82

Gráfico06. Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad según etapa de vida en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 83

Gráfico07. Prevalencia de patología severa de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 84

Gráfico08. Prevalencia de patología severa de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa85

Gráfico 09. Prevalencia de patología severa de personalidad según edad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa..... 86

Gráfico 10 Prevalencia de síndromes clínicos de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa..... 87



- Gráfico 11 Prevalencia de síndromes clínicos de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 88
- Gráfico 12. Prevalencia de síndromes clínicos de personalidad según edad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 89
- Gráfico 13 Prevalencia de síndromes severos de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 90
- Gráfico 14 Prevalencia de síndromes severos de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 91
- Gráfico 15 Prevalencia de síndromes severos de personalidad según edad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa 92



RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir la prevalencia de las características clínicas de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa, distrito de Santiago, región Cusco durante el año 2014. La muestra estuvo conformada por 92 personas a quienes se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) Corresponde a un diseño de investigación descriptivo simple. Los resultados con mayor promedio reflejan que dentro de la primera escala, se encuentra, el patrón clínico de personalidad compulsivo; en la segunda escala, se encuentra la patología severa paranoide; en la tercera escala se encuentra el síndrome clínico somatomorfo; en la cuarta escala se encuentra el síndrome severo de desorden delusional. De las cuatro escalas de características clínicas de personalidad, prevalece los síndromes severos con los el promedio más alto, indicando un nivel moderado de patología.

Palabras clave: Prevalencia- características clínicas de la personalidad- pacientes.

ABSTRACT

This research aims to describe the prevalence of clinical personality characteristics of users who attended the service psychology health facility Belepampa district of Santiago, Cusco region during 2014. The sample consisted of 92 people who were administered the Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II) corresponds to a simple descriptive research design. The results show that with the highest average in the first leg, is the clinical pattern of compulsive personality; in the second leg, severe disease is paranoid; in the third leg is somatoform clinical syndrome; in the fourth leg is severe delusional disorder syndrome. Of the four scales clinics personality characteristics, prevailing severe syndromes with the highest average, indicating a moderate level of pathology.

Keywords: prevalence- clinics of personality characteristics-patients.



CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema:

Los problemas mentales en el Perú según la Ps. María Edith Baca, consultora OPS/OMS, en una radio local, dice que “4 de cada 10 peruanos padece de alguna enfermedad de salud mental; 11 millones de peruanos tendría a lo largo de su vida un problema de salud mental; la prevalencia del trastorno de ansiedad es más frecuente en el adulto mayor, mientras la depresión junto al suicidio tiene mayor prevalencia en la juventud y la adultez.” (Boletín de Investigación Epidemiológica del Ministerio de Salud, 2014).

Se afirma también que los problemas mentales en el Cusco han crecido en un 30% con relación al año 2012 después de haber realizado un examen psicológico a 145 mil 576 ciudadanos , resultando entre los más comunes los trastornos afectivos y adictivos dentro de los cuales destacan la ansiedad y la depresión como variables comunes . Para Martín Flores Encalada, psicólogo del Área de Salud Mental de la DIRESA indica que el Cusco tiene una sociedad depresiva y adicta, un 61% de los ciudadanos presenta depresión y el 29% ansiedad, los cuales son conocidos como trastornos afectivos. Un 13% de cusqueños es adicto al alcohol y drogas, el 2% ha intentado suicidarse y un 12% de evaluados dijo ser víctima de violencia en su familia. En menor medida se registran casos de esquizofrenia, de cada mil cusqueños uno la padece. (La República, 2013).

Desde esta perspectiva, elaborar un diagnóstico de los principales padecimientos psicológicos que afectan la población cusqueña es de singular importancia, más aun si consideramos actualmente una serie de cambios constantes en el ritmo de vida, hábitos y costumbres de los pobladores, quienes cada día se ven expuestos no sólo al crecimiento



globalizado , influencias culturales de diversos tipos, el crecimiento del turismo y las mayores facilidades de acceso en las diversas vías de comunicación , crecimiento poblacional , migración entre otros son factores socio culturales que influyen en la personalidad de la población. La existencia de estos factores y otros que influyen al desarrollo psicosocial, difícilmente se podrían atribuir a una o varias causas que determinen las características clínicas de la personalidad, por ello resulta importante conocer la prevalencia de las características clínicas de la personalidad presentes en nuestra sociedad cusqueña; se ha encontrado Investigaciones de Prevalencia de Características Clínicas en la población de otros Establecimientos de Salud no así en los Establecimientos de la Micro red Belepampa, del Distrito de Santiago - Cusco. Así que el objetivo del presente estudio se dirige a investigar las Características Clínicas de esta población para tal fin se llevó a cabo estudios en base a la Teoría de Theodore Millon además de usar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.

1.2 Formulación del problema:

Por todo lo expuesto formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de las características clínicas de la personalidad en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en los establecimientos de salud de la Microred Belepampa, Distrito de Santiago de la Región Cusco, 2014?



1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo general.

Describir la prevalencia de las características clínicas de la personalidad en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en los establecimientos de salud de la Microred Belepampa, Distrito de Santiago de la Región Cusco, 2014

1.3.2 Objetivos específicos

— Identificar la existencia de patrones clínicos de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.

— Identificar la existencia de patología severa de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.

— Identificar la existencia de síndromes clínicos de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.



– Identificar la existencia de síndromes severos de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.

1.4 Justificación del problema:

La presente Investigación sobre la Prevalencia de las características clínicas de la personalidad en los Establecimientos de Salud de la Microred Belepampa durante el año 2014 tiene como propósito determinar el promedio de casos que tengan diversos trastornos como patrones clínicos, patologías severas, síndromes clínicos y síndromes severos de la personalidad para los cuales se tomó en cuenta el sexo y la etapa de vida para encontrar promedios de importancia patológica, debido a que nuestra población cusqueña padece de diversos trastornos mentales que hacen de ella una ciudad depresiva y adicta, más aún en el distrito de Santiago que tiene un crecimiento urbanístico desordenado, es el más poblado y problemático en aspectos económicos, culturales y sociales que se agudizan con la proliferación de bares, discotecas, comercios que generan mayores índices de consumo de alcohol, delincuencia, y prostitución. Razones por las cuales se hace necesaria la presencia de psicólogos en el distrito de Santiago lejos de la realidad de la Microred de Belepampa formada por los establecimientos de salud de Independencia, Ccorca, Belepampa, Zarzuela Alta, Dignidad Nacional, y Occopata, que no cuentan con el servicio de psicológica exceptuando el Establecimiento de Salud Independencia que ha sido implementado desde el mes de marzo del 2013, con un atención mínima de casos y el Establecimiento de Salud de Belepampa cuyo funcionamiento de varios años permite tener una atención permanente del servicio de psicología, lugar donde son remitidas las



hojas HIS centralizándose esta información en este Establecimiento de Salud de Belepampa justificándose de esta manera el Título de esta Investigación.

La información obtenida a partir de esta Investigación permitirá servir como datos estadísticos epidemiológicos de información para el uso general de la población, universitarios, profesionales de la salud y trabajadores de los Establecimientos de salud de la Microred Belepampa, información que nos permitirá optimizar la atención en los programas de prevención e intervención psicológica existentes en los Establecimientos de Salud, Hospitales , que trabajan coordinadamente con el Ministerio de Salud .

1.4.1 Limitaciones de la Investigación

Una de las limitaciones de importancia fue la de saber que la Microred de Belepampa formada por los establecimientos de salud de Independencia, Ccorca, Belepampa , Zarzuela Alta, Dignidad Nacional, y Occopata, no contaban con el servicio de psicológica centrándose el trabajo de investigación en el Establecimiento de Salud de Belepampa.

Se debe considerar también como limitación que la veracidad de la investigación se vio afectada por la respuesta de los encuestados, confiando en que estos respondieron los cuestionarios con honestidad, se les explico la importancia de su colaboración y sinceridad



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Según el estudio de la OMS en el 2001 la prevalencia de las enfermedades mentales tanto en países desarrollados como países en desarrollo, han demostrado que más del 25 % de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. La mayor parte de los estudios señalan una mayor prevalencia general de trastornos mentales en la población femenina que en la masculina, pero ello se debe en gran medida a las diferencias en la distribución de trastornos. (Informe sobre la salud del mundo, 2001)

Las investigaciones de Jane Fisher, Meena Cabral de Mello, Vikram Patel y otros de la “Prevalencia y Determinantes de los Trastornos Mentales Perinatales Frecuentes en mujeres en países de ingresos bajos y Medios” concluyen que esta prevalencia se da más en mujeres más pobres con riesgos relacionados con el género o con antecedentes psiquiátricos (Boletín de la Organización Mundial de Salud 2012)

Los investigadores Giselle Vetere, Alicia Portela y Ricardo Rodríguez Biglieri en el 2007 realizaron un estudio sobre **“El perfil de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada en pobladores de nacionalidad argentina”**, tomando como principal instrumento el inventario clínico multiaxial de Millon II y cuyo objetivo fue identificar el perfil de personalidad de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). La muestra estuvo conformada por 2 grupos. Un grupo compuesto por



30 hombres y mujeres de entre 21 y 60 años (23 mujeres y 7 hombres; edad media = 38.7 años, D.E. = 7.5) que presentaron como diagnóstico principal TAG según criterios DSM-IV (APA, 1994). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las subescalas Protección, Afectividad y Concordancia, encontrándose los puntajes más altos en los pacientes con TAG. Se plantea el debate sobre si el TAG constituye un trastorno de personalidad, caracterizado no sólo por la tendencia crónica a la preocupación sino también por un estilo de relación de tipo dependiente, un modo afectivo de procesar la información y una predisposición a poner en primer lugar las necesidades de los demás. Las conclusiones de este estudio indican que la relación entre las diferencias observadas en los pacientes con TAG podrían presentar una mayor tendencia a anteponer las necesidades de los demás a las propias (protección) y a evaluar las situaciones conforme a sus propias reacciones afectivas más que a las intelectuales (afectividad). (Giselle Vetere, Portela 2007)

Los investigadores Francisco arias; Nestor Szerman; Pablo Vega; Beatriz Mesias; Ignacio Basurte; Consuelo Morant; Enriqueta Ochoa; Félix Poyo; Francisco Babín en el 2012 hacen una investigación: **Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente** el cual valora la prevalencia y características de los pacientes de patología dual (diagnóstico actual de un trastorno mental y de un trastorno por uso de sustancias (TUS)): en las redes asistenciales de Salud Mental y Drogodependencias de la Comunidad de Madrid; con una muestra de 837 sujetos (208 de la red de Salud Mental y 629 de la red de Drogodependencias). Se utilizó la entrevista MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) y el cuestionario PDQ4+ (Personality Disorder Questionnaire) para la valoración de los trastornos del eje I y II. Se hallaron 517 (61,8%) pacientes con



patología dual (un 36,1% en la red de salud mental y un 70,3% en la red de drogas). Al compararlos con el grupo de sujetos con TUS sin patología dual (n=194), había entre los duales menos varones y peor situación laboral, siendo las drogas más consumidas el alcohol y cannabis. Al compararlos con el grupo de trastornos mentales sin uso de sustancias (n=126), encontramos diferencias en todas las características sociodemográficas analizadas y los casos de patología dual son diagnosticados más frecuentemente como trastorno bipolar, agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, mayor riesgo de suicidio y distintos trastornos de personalidad. Por lo tanto, la presencia de patología dual es elevada en sujetos en tratamiento y presentan unas características diferenciales, tales como mayor riesgo de suicidio y situación laboral precaria que hacen pensar en un peor pronóstico, cuestión a considerar para el desarrollo de recursos asistenciales adecuados. (Arias,F, Szerman et al 2012)

Los investigadores Albanesi de Nasetta & Casar, en el 2011 realizaron la investigación sobre **“Estilos de personalidad prevalentes en mujeres estudiantes de psicología en una universidad privada de Argentina”**, se tomó una muestra de 352 mujeres de la mencionada carrera desde el año 2003 al 2010, perteneciente a diferentes años académicos- para evaluar los estilos de personalidad se aplicó el cuestionario exploratorio de personalidad (CEPER) de 150 ítems que evalúa 14 estilos de personalidad. Determinándose que los estilos de personalidad que prevalecen en la muestra son el obsesivo compulsivo (M = 2.21) y el histriónico (M=2.04). Otras características encontradas son el estilo de personalidad obsesivo – compulsivo, con una media de 2.13 y una desviación típica de 9.41, el rango va desde 0 hasta 53 puntos. En cuanto al estado civil de la muestra se pudo detectar una asociación significativa entre las mujeres solteras y el estilo



de personalidad histriónico y narcisista. Teniendo en cuenta los años en que se aplicó el cuestionario CEPER, se obtuvieron diferencias altamente significativas en los estilos de personalidad histriónica y narcisista. Este estudio realizado en mujeres estudiantes de las carrera de psicología de la universidad Nacional de San Luis, Argentina, destaca el estilo de personalidad obsesivo – compulsivo con puntuaciones ligeramente inferiores al estudio de otros autores. Se pudo detectar también una asociación de importancia entre las mujeres solteras de la muestra y los estilos de personalidad histriónica y narcisista. Se ha encontrado también que la prevalencia de los trastornos de personalidad histriónica y narcisista en la población estudiada se encuentra en menos de 3% de la población general así mismo se detectó estilo de personalidad histriónico y el obsesivo -compulsivo. Puede decirse que los estilos de personalidad aquí encontrados referentes a las estudiantes mujeres de psicología, podrían ser adecuados por el posterior ejercicio profesional. (Albanesi de Nasetta & Casar, 2011)

2.1.2 Antecedentes nacionales:

Rodas Descalzi Patricia, Santa Cruz Linares Gabriel, Vargas Murga Horacio realizaron una investigación sobre **“la frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la facultad de medicina de una universidad privada de Lima”**, para ello se aplicó la MINI con una ficha de recolección de datos, previo consentimiento informado y se accedió a los resultados de MILLON aplicado en el examen médico anual. Trabajo con una muestra de 103 alumnos entre varones y mujeres, encontrando una frecuencia de trastorno mental de 41,8%, sobresaliendo el Trastorno de Ansiedad Generalizada (27,84%). La frecuencia de probable trastorno de personalidad fue 80% destacando el Compulsivo (48,5%). Finalmente obtuvieron frecuencias elevadas de trastornos mentales, siendo el más



frecuente el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el probable Trastorno Compulsivo de personalidad. (Rodas et al., 2006)

Los investigadores Luis S. Espinoza Paul realizaron un estudio sobre **“Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana”**, en 82 participantes de ambos sexos, quienes asistieron a las sesiones de orientación y consejería en el Programa «Lugar de Escucha» de la institución CEDRO de Lima-Perú tuvo el objetivo principal de analizar, conocer y describir el perfil clínico de la personalidad promedio de una muestra de consumidores de drogas de ambos sexos (18% mujeres y 81% varones). El método de estudio es de tipo descriptivo y la recolección de los datos se realizó a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Los resultados encontrados respecto al grupo de consumidores se evidencian que los patrones clínicos de personalidad en las escalas Agresivo-Sádico (91,59), Antisocial (90,51) y Narcisista (87.10) presentan los indicadores más elevados a comparación del grupo de no consumidores de marihuana.(Luis S. Espinoza 2008)

2.1.3 Antecedentes locales:

El Dr. Ps. Guido Américo Torres Castillo, hace una investigación **“Describir y comparar los factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de salud de las ciudades de Cusco y Abancay”**, trabajó con 1,046 personas de la ciudad del Cusco y 424 personas pertenecen a la ciudad de Abancay con las mismas características . Encontró mayores porcentajes en todos los niveles de depresión en la muestra de sujetos de la ciudad del Cusco y menor porcentaje en los sujetos de Abancay, donde la depresión grave, es 21% en la muestra cusqueña frente al 10.5% de la muestra abanquina (Torres, C. G., 2012)



En el estudio del Diagnóstico local participativo del consumo de drogas en el Distrito del Cusco, indica los problemas sociales de relevancia: la delincuencia, consumo de drogas, violencia familiar, trabajo infantil, etc. Considera el problema de las consumo de drogas como eje central del desarrollo humano en el Cusco. (Pacheco Luza, E. F., 2006).

Existen estudios del perfil epidemiológico del Centro de Salud Mental Juan Pablo II, donde la patología más frecuentes es la de esquizofrenia, la epilepsia y el alcoholismo (Quiroz, V.R., Arias, H., 1996)

En la investigación de **Prevalencia de las características clínicas de la personalidad en Establecimientos de Salud de la Microred Cusco, 2014**, realizada por Astete, V. L. Julio y Valdez, en el año 2014, indican que la mayor prevalencia la presenta el patrón clínico de personalidad compulsivo, el síndrome de ansiedad con mayor prevalencia, junto al de dependencia de alcohol y drogas. (Astete, V. L. Julio y Valdez, 2014)

El Dr. Rodolfo Quiroz Valdivia, el Ps. Willy Chávez Gonzales, realizan una investigación: **“Determinar las características del síndrome esquizofrénico y determinar cuáles son las diferencias cualitativas del síndrome esquizofrénico del hombre andino procedente de la zona rural y urbana de la sub región Cusco”**, trabajaron con dos grupos de pacientes con trastorno esquizofrénico, de los cuales 24 son de la zona rural y 30 de la zona urbana del Cusco. La comparación de grupos con la escala breve de evaluación psiquiátrica, la escala de depresión de Hamilton y la escala de ansiedad de Hamilton demuestran que no existen diferencias, por ello la sintomatología esquizofrénica es parecida, y su estructura formal de esquizofrénicos campesinos y los residentes en ciudad tienen la misma organización, lo cual es apoyado por la literatura científica de psiquiatría transcultural. (Quiroz, V.R., Chávez, W., 1997)



2.2 Antecedentes históricos del distrito de Santiago.

El Distrito de Santiago se encuentra ubicado en la zona Nor Oeste de la Ciudad del Cusco. Integran los barrios de Almudena, Belén, Coripata y Huancaro. La creación del distrito de Santiago, se remonta a mediados del siglo pasado. (Plan de Gobierno Municipalidad Distrital de Santiago Provincia y Departamento de Cusco Periodo – 2011-2014)

Sirvió a la clase militar y la nobleza del Incario. En la época virreinal sirvió para la nobleza española y nativa en el corregimiento de Santiago Apóstol (Plan de Gobierno Municipalidad Distrital de Santiago Provincia y Departamento de Cusco Periodo – 2011-2014) el Dr. V. Angles V. En sus escritos resalta que Santiago, fuè un barrio preferido por la nobleza española, republicana por las condiciones climáticas y contar con mano de obra nativa agrupada en ayllus y parcialidades. Según Rossano Calvo C., Santiago posee un valioso centro histórico representado por sus iglesias levantadas con el Cusco español, la despoblación de los barrios de Santiago y Belén data de la época de la todavía recordada peste que diezmo la población, desde entonces las casas fueron abandonadas quedando reducido el barrio en ruinas, después del terremoto de 1950, estas áreas, como la de Belén, entonces más descampada, recepcionará la migración generadora de la ocupación barrial. Hacia 1932 entra en funcionamiento el actual Hospital Antonio Lorena durante la década del 60 – 70 Fueron ocupadas las áreas de Pukín y los cerros de la margen derecha del río Huancaro, configurando los nuevos barrios populares del nuevo Santiago, la recuperación vecinal después del referido terremoto, fue acentuado el nuevo movimiento barrial Distrital



(Plan de Gobierno Municipalidad Distrital de Santiago Provincia y Departamento de Cusco Periodo – 2011- 2014)

2.2 Factores Socioculturales de los trastornos de personalidad

Los procesos socioculturales proporcionan un marco de referencia a los humanos en el cual desarrollarse, y en el cual afrontar su malestar. Los diversos síntomas que se dan en las patologías de la personalidad también es el resultado de la relación del individuo con sus valores sociales y culturales.

Sin duda los trastornos de la personalidad son el resultado de la interacción de las fuerzas biológicas, de experiencias psicológicas y de influencias socioculturales. De este modo, los esfuerzos para rastrear el patrón de las influencias patogénicas deben plantear los conceptos y las complicaciones intrínsecos a cada una de estas disciplinas: los de bioquímica, psicología, sociología y antropología cultural. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta el papel de los moderadores del contexto, porque cualquier hallazgo puede tener diferentes significados (Cloninger, 1987)

Los estudios epidemiológicos indican que las personas casadas tienen una incidencia inferior de trastornos mentales que las personas solteras, especialmente hombres, que a su vez tienen tasas inferiores que los que están divorciados según Weissman en 1993, las explicaciones más comunes en torno a esto afirman:

- 1) Vivir con otra persona protege al individuo de sentimientos de soledad, y de malestar, y
- 2) Los individuos propensos a sufrir enfermedad mental o están poco dispuestos o son incapaces de establecer una relación estable con una pareja o bien causan dificultades en la



relación estable con una pareja o bien causan dificultades que provocan el fin de una relación existente.

La continuidad y estabilidad de los grupos culturales dependen en gran manera del éxito con el que los jóvenes se empapan de creencias y costumbres comunes. Para conservar lo que se ha forjado a través de la historia, cada grupo debe idear formas de moldear a sus niños para que “encajen”, es decir, aceptar y perpetuar el sistema de prohibiciones y sanciones que los primeros miembros del grupo han desarrollado para satisfacer las continuas tareas de la vida (Harris, 1999)

Esencialmente, se han propuesto tres interpretaciones para explicar la mayor prevalencia de la patología grave de la personalidad de las clases socioeconómicas bajas (Paris, 1996). Primero, algunos investigadores sugieren que el ambiente infantil de los niños de clases bajas tiene poco amor, protección y estabilidad; esta falta de crianza establece un sentimiento de rechazo de por vida, confirmado por la actitud negligente y hostil de la sociedad. A este sentido de rechazo global se le añade en la edad adulta el estrés continuo de los problemas económicos, la inseguridad laboral y la inestabilidad conyugal, condiciones generadas por historias personales de poca formación educativa y profesional, así como de costumbres y valores malsanos, que a menudo se encuentran en los grupos de las clases más bajas. (Paris, 1996).

En 1996, Paris dice que la tendencia de la clase alta a desarrollar trastornos caracterizados por ansiedad interpersonal, culpa y depresión (p. ej., trastornos de la personalidad depresiva, límite y compulsiva), así como por arrogancia (trastorno narcisista de la personalidad) y por teatralidad (trastorno histriónico de la personalidad), cuando se compara con los patrones de retirada, agresivos o antisociales característicos encontrados en



las clases bajas (trastorno esquizoide, esquizotípico, por evitación y paranoide de la personalidad), es considerada una función de diferencias de formación en estos grupos subculturales. Algunos teóricos sugieren que los jóvenes de clase media y alta están hipersocializados, es decir, aprenden a inhibir y a sentir culpa por conductas de exceso, agresivas y sexuales, y experimentan graves conflictos entre sus impulsos y deseos y los modelos de éxito exigidos por sus padres. Por contraste, los niños de clases bajas, enfrentados a la privación y al abandono, aprenden a retirarse y se vuelven indiferentes a lo que les rodea o bien se imponen y explotan a quienes poseen lo que ellos quieren, dado que están expuestos a modelos de conducta agresiva e irresponsable de su ambiente. (Paris, 1996).

2.3 Bases teóricas

2.4 Breve historia de los trastornos mentales:

Como en los tiempos antiguos también tenían un concepto de las enfermedades mentales, y empezaban a darles una explicación a estos fenómenos psíquicos, la psiquiatría fue la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal, y antiguamente las enfermedades mentales eran atribuidas a un origen diabólico y a la magia popular de la época. Luego se le dio un origen netamente social como en las ideas más recientes de la Antipsiquiatría. A continuación abordaremos el concepto de trastornos mentales de las siguientes culturas:

Edad antigua:

a. **Mesopotamia:** Los primeros médicos babilonios: Assipu, consideraban como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos (Breve Historia de Trastornos Mentales, 2014)



b. Egipto: Antes que los griegos, reconocieron al cerebro como "localización de las funciones mentales". Describieron el trastorno emocional, denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una mala posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original. (Breve Historia de Trastornos Mentales, 2014)

c. Israel-Persia: La fuente original de la filosofía persa decía que las enfermedades mentales eran causadas por demonios. De hecho, "venidad" significa "la ley contra los demonios".

d. India: La insistencia del budismo fue recurriendo a la meditación budista no sólo como una forma de psicoterapia para trastornos mentales sino también como ayuda para superar las dificultades de la vida diaria.

e. Grecia: Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. (Breve Historia de Trastornos Mentales, 2014)



2.3.2 Antecedentes históricos de los trastornos de la personalidad:

Hipócrates (siglo IV a.C.) que presuponía cuatro humores básicos en el cuerpo humano, las primeras referencias sobre los estilos de personalidad las podemos encontrar de la bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema; que a su vez identificaban a formas distintas de temperamento, los cuales son colérico, melancólico, sanguíneo y flemático dependiendo la predominancia de unos sobre otros. (Hernandez, 2012)

A finales del siglo XVIII, Franz Josef Gall, desde su concepción frenológica, intentó explicar la correlación existente entre las características de la personalidad y la estructura corporal, en concreto con las variaciones del contorno craneal. (Hernandez, 2012)

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX aparecen dos líneas de trabajo en cuanto a los intentos de clasificación de la personalidad; inicialmente aparece las proposiciones caracteriales con autores como Ribot, Heymans, Wiersma y Lazursky cuya idea en común era la identificación de criterios comunes para la evaluación del carácter, luego aparecen proposiciones temperamentales a las que contribuyen autores como Meuman y Kollarits que coincidieron en destacar las dimensiones placer vs displacer y actividad vs pasividad para identificar los elementos constitutivos del temperamento y determinar la forma en la que se combinan para conformar patrones distintivos. Hasta este momento las clasificaciones estaban enfocadas hacia la comprensión de la personalidad desde tipos y rasgos básicamente no patológicos. A partir de las formulaciones modernas vamos a encontrar enfoques diferentes, dirigidos hacia la comprensión de síntomas y síndromes fundamentalmente patológicos. Así nos encontramos diferentes enfoques como la



psiquiatría descriptiva, las concepciones constitucionales-temperamentales y el psicoanálisis. (Hernandez, 2012)

Desde la psiquiatría descriptiva el objetivo principal era la inclusión de personalidades mórbidas dentro de las enfermedades psicopatológicas. El autor más destacado es Kraepelin que describió dos tipos premórbidos, los sujetos con disposición ciclotímica que predisponía a la demencia maniaco-depresiva y el temperamento autista que predisponía a la demencia precoz. También describió a las personalidades mórbidas que tendían a la criminalidad. (Hernandez, 2012)

Kretschmer que propuso que las personas podrían agruparse en cuatro tipos físicos básicos dependiendo de su morfología ; pícnico, atlético, asténico y displástico) y Sheldon , discípulo del primero, que identificó tres dimensiones dependiendo igualmente de la morfología del individuo ; endomórfico, mesomórfico y ectomórfico. (Hernandez, 2012)

Dentro de las formulaciones modernas nos encontramos el psicoanálisis cuyo precursor y máximo exponente fue Sigmund Freud, si bien las aportaciones de otros autores como W. Reich, K. Abraham, C.G. Jung, A. Adler, K. Horney o E. Fromn fueron fundamentales para su consolidación. (Hernandez, 2012)

Una de las ideas básicas del psicoanálisis fue la importancia que diversos autores dieron a las experiencias en la infancia, donde estas pueden influenciar en la vida adulta de las personas mostrando conductas patológicas.

Dentro de las propuestas contemporáneas, todavía permanecen contribuciones psicodinámicas como la de los teóricos analíticos del Yo y los teóricos de la escuela británica de las relaciones objétales, si bien son las ciencias cognitivas las que mayor empuje han tenido en las últimas décadas. (Hernandez, 2012)



La propuesta básica de la teoría cognitiva es que los individuos reaccionan a su entorno dependiendo de la percepción que tengan de éste. Así la forma como perciben las personas la realidad es la que determina su conducta y estados emocionales. Los teóricos más sobresalientes de esta teoría son: A.T. Beck, A. Ellis, R. Forgas y B. Schulman.

La perspectiva interpersonal dice que existen secuencias causales desadaptativas entre las percepciones interpersonales, los hechos relacionados a la conducta y las reacciones psicosociales que pueden perpetuar formas de pensamientos, conducta y emociones patológicas.

Raimond Cattell, y H. Eysenck representan las teorías factorialistas. Que intentan explicar mediante el estudio de análisis factorial las relaciones existentes entre un amplio grupo de variables como rasgos, comportamientos y síntomas.

Otra de las corrientes que se están trabajando actualmente son las teorías de los temperamentos neurobiológicos que intentan comprender los trastornos de la personalidad como el estudio de los mecanismos y las disposiciones biológicas constitucionales así como la combinación de unos componentes con otros. (Hernandez, 2012)

Por último tenemos los modelos integradores siendo Theodore Millon, con el modelo evolutivo, el máximo exponente de éstos. Los postulados de los modelos psicobiológicos, cognitivos y evolutivo se expondrán de una manera más profunda en los apartados correspondientes. (Hernandez, 2012)



2.4 Teorías de la Personalidad

2.4.1 Teoría Psicodinámica:

Sigmund Freud, determina al hombre como un animal que busca placer; que es un deber buscar placer, y usa este término en la más amplia connotación psicológica de que lo que motiva a todo acto es el deseo de placer y, hasta cierto punto, de evitar el dolor. Entonces, llevar una existencia placentera es un principio fundamental para Freud; pero solo describe cómo actúa el hombre, y no necesariamente por qué actúa así. (Bischof, 1973). Freud describía la dinámica de la conducta humana de la siguiente manera:

El Ello:

Según Freud “El ello” solo conoce el principio del placer y no se interesa por nada más. Es una materia cruda, salvaje, indisciplinada, hedónica y fundamental que da energía al hombre durante toda su vida. Da al hombre voluntad para seguir adelante y pone en movimiento todos los otros sistemas de energía que pudieran imponérsele. (Bischof, 1973).

El Yo:

Es de suponerse que si se dejara al ello original a merced de sus propios recursos, se destruiría a sí mismo. El yo sigue el principio de la realidad. Es el gerente con poder de veto sobre todo lo que el ello intente hacer para dar energía en el logro de sus deseos. El yo es la parte organizada del ello. (Bischof, 1973).

El Superyo:

Coconstituye el brazo ético-moral de la personalidad. Es idealista, no realista. Más que el placer, busca la perfección. Decide si una actividad es buena o mala de acuerdo con los estándares de la sociedad que ha aceptado. (Bischof, 1973).



Freud también plantea que la personalidad del hombre se desarrolla en función de satisfacer sus deseos sexuales, que la persona está determinada por zonas erógenas.

- a. **Fase oral:** Al irse formando la personalidad del hombre, la primera secuencia en desarrollarse se relaciona con la zona erógena de la boca y, para ser más exactos, de los labios. A poco de nacido, el animal humano usa placer del pecho materno o de la mamila. (Bischof, 1973).
- b. **Fase anal:** Ya mayor, el ser humano aprende que ha de aplicarse el principio de la realidad y que no debe defecar cuando la presión es grande, sino aprender a controlar el proceso de eliminación. (Bischof, 1973).
- c. **Fase fálica:** Es probable que hasta los dos primeros años de vida, el niño haya pasado por las etapas oral y anal, para descubrir otras zonas erógenas. Como son los órganos genitales, pene y vagina, aunque también se manipulan las fosas nasales para obtener placer.
- d. **Fase genital:** La clave de la etapa genital es la reciprocidad. No se descubren ni emplean nuevas zonas erógenas. El principal objetivo físico de la etapa genital es el coito, ya sea para reproducir la especie o para el puro placer. (Bischof, 1973).

2.4.2 Teoría fenomenológica

La teoría fenomenológica de la personalidad, a diferencia del psicoanálisis, considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las



consecuencias que le sobrevienen. Dos de los teóricos importantes de esta comprensión de la personalidad son Carl Rogers y Gordon Allport. (Montaño et al., 2009)

Carl Rogers consideró que los seres humanos construyen su personalidad cuando se ponen al servicio de metas positivas, es decir, cuando sus acciones están dirigidas a alcanzar logros que tengan un componente benéfico. Para Rogers, la persona desde que nace viene con una serie de capacidades y potenciales los cuales tiene que seguir cultivando a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad se ha denominado tendencia a la realización; por el contrario, cuando el individuo descuida el potencial innato hay una tendencia a que se vuelva un ser rígido, defensivo, coartado y a menudo se siente amenazado y ansioso. (Montaño et al., 2009)

Por su parte, Allport en 1940, resaltó la importancia de los factores individuales en la determinación de la personalidad, señaló que debía existir una continuidad motivacional en la vida de la persona, estuvo de acuerdo con Freud en que la motivación estaba determinada por los instintos sexuales, pero difiere de él en que esta determinación se dé de manera indefinida pues según él, el predominio de los instintos sexuales no permanece durante toda la vida. También creía que la medida en que los motivos de una persona para actuar son autónomos, determina su nivel de madurez, señalando así la importancia del yo, concepto que defendió porque creía que era una de las características más importantes de la personalidad. Para que no se confundiera su orientación del yo con la dada por Freud, creó el concepto de *propium*, lo que contiene las raíces de la uniformidad que caracteriza las actitudes, objetivos y valores de la persona. Según lo anterior, el yo no se encuentra presente al momento de nacer sino que se desarrolla con el paso del tiempo. (Montaño et al., 2009)



2.4.3 Teoría de los rasgos:

La teoría de los rasgos se refieren a las características particulares de cada individuo como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que le permiten al individuo girar en torno a una característica en particular. En este sentido Raymond Cattel, uno de los personajes más significativos en esta teoría, agrupó los rasgos en cuatro formas que se anteponen; de esta manera su clasificación fue la siguiente:

- a) Comunes (propios de todas las personas) contra únicos (son característicos de individuo)
- b) Superficiales (fáciles de observar) contra fuentes (solo pueden ser descubiertos mediante análisis factorial)
- c) Constitucionales (dependen de la herencia) contra moldeados por el ambiente (dependen del entorno)
- d) Los dinámicos (motivan a la persona hacia la meta) contra habilidad (capacidad para alcanzar la meta) contra temperamento con aspectos emocionales de la actividad dirigida hacia la meta. (Montaño, Palacios, y Gantiva, 2009)

Posteriormente, Hans Eysenck (1970) definió la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente, estableciendo así la base de la personalidad compuesta por tres dimensiones: introversión-extroversión, neuroticismo (síntomas relacionados con la ansiedad) y psicoticismo (conducta desorganizada). Eysenck describe la personalidad como una jerarquía de respuestas específicas y respuestas habituales que no solo describen la conducta sino que busca comprender los factores causales de la misma. (Montaño et al., 2009)



Por otra Eysenck realizó una revisión acerca de las teorías del temperamento con la que logró dar explicación a los factores o dimensiones de la personalidad: introversión en contraposición con extroversión y emocionalidad en contraposición con estabilidad, siendo la primera dimensión la que determina que una persona sea sociable y participativa al relacionarse con otros sujetos. Extroversión-introversión es una dimensión continua que varía entre individuos, pues algunos tienden a ser más amistosos, impulsivos y extrovertidos mientras que otros se inclinan por ser más reservados, callados y tímidos. La dimensión de emocionalidad, en contraposición con estabilidad, se refiere a la capacidad de adaptación de un individuo al ambiente y a la estabilidad de esta conducta a través del tiempo. Eysenck y Rachman en 1965 sostiene que existen dos extremos de esta dimensión en los que fácilmente una persona puede encajar o no; en uno de los extremos las personas son emocionalmente más inestables, intensas y exaltantes con facilidad o por el contrario son malhumoras, ansiosas e intranquilas; en el otro, las personas son más estables a nivel emocional, calmadas, confiables y despreocupadas. La dimensión denominada psicoticismo se caracteriza por la pérdida o ausencia del principio de realidad connotado por la incapacidad para distinguir entre los acontecimientos reales o imaginados. (Montaño et al., 2009)

2.4.4 Teoría Conductual:

Según Davidoff en 1998 indica que Watson, padre del conductismo, manifestó su acuerdo con la teoría de Jhon Locke en el siglo XVII sobre la *tabula rasa*, teoría de la personalidad según la cual un recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta. De otra manera, Skinner, quien realizó experimentos sobre el



aprendizaje animal y humano, concluyó que lo que una persona aprende a hacer es semejante a como aprende otras cosas, por tal razón lo que implica motivación inconsciente, aspectos morales y rasgos emocionales no existe. Esta teoría conductual de la personalidad hace énfasis en los procesos situacionales, quitando importancia a lo interno. Por lo tanto, el concepto estructural de la personalidad, planteado por Hull en 1943 en el modelo E-R, sostiene que los estímulos llegan a conectarse a las respuestas para formar lazos E-R; a partir de esta asociación entre estímulo y respuesta se establecen los denominados hábitos; la estructura de la personalidad está en buena parte conformada por hábitos o lazos E-R. (Montaño et al., 2009)

2.4.5 Teoría cognitiva

En palabras de Bandura en 1977, la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento, teniendo en cuenta que las personas se ajustan a unos criterios o estándares de desempeño que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones. De acuerdo con el cumplimiento o no de las expectativas, se dice que las personas que alcanzan grandes niveles de desempeño interno desarrollan una actitud llamada autoeficacia, entendida como la capacidad de manejar las situaciones de manera adecuada para generar resultados deseados. Bandura consideró a los humanos como seres complejos, únicos, activos, destacando el pensamiento y la autorregulación, pues los individuos están en una continua resolución de problemas, partiendo de la experiencia y de la capacidad de



procesamiento de información, por tal razón, Bandura realizó sus estudios en humanos en el nivel contextual; por lo tanto, a través de la observación de modelos la persona puede transformar imágenes e ideas que se pueden combinar y modificar con el fin de elaborar patrones de conducta adecuados. Por último Bandura dice que el carácter, al definirse por dimensiones aprendidas y vinculadas a factores psicosociales, tiende a formarse de manera continua pero especialmente en los procesos de socialización más básicos. (Montaño et al., 2009)

Sin embargo, Kelly planteó como concepto estructural de la personalidad el *constructo*, como una manera de construir o interpretar el mundo; es un término utilizado por las personas para anticipar o experimentar sucesos, pues los interpreta, les da estructura y significado. Al observar dichos sucesos, el individuo da cuenta de que existen características que los diferencian de otros individuos. (Montaño et al., 2009)

2.4.6 Teoría integradora:

Aún no se ha podido crear una teoría de la personalidad que organice, estructure y dé cabida al gran número de enfoques. Teniendo en cuenta estas necesidades, surge la Teoría Integradora, que plantea objetivos como:

- a) Elaborar un modelo de personalidad amplio, que posibilite la integración de las principales teorías, que organice los principales logros de la investigación empírica incorporando la inteligencia.
- b) Definir la personalidad a partir de la identificación teórica de los factores o facetas de las grandes dimensiones.
- c) Fundamentar la comprensión de la personalidad desde un enfoque evolucionista



d) ofrecer un modelo de rasgos que incorpora los paradigmas actualmente activos, sobrepasando el concepto descriptivo de la estructura y permitiendo involucrarse con los procesos. (Montaño et al., 2009)

Según la teoría integradora, la personalidad no podrá limitarse a describir o explicar el temperamento, el carácter (el *self*) o la inteligencia, sino que deberá incluir los tres aspectos. Una teoría de la personalidad no puede limitarse solo al consciente o al inconsciente, como tampoco a las conductas observables o a las internas, debe tener los dos factores en cuenta. Una teoría de la personalidad no se debe limitar a las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres y, por supuesto, tampoco debe orientarse solo a la conducta normal; es evidente que tiene que tener en cuenta la psicopatología y por lo tanto aportar posibles estrategias de cambio. La propuesta de la Teoría Integradora para dar respuesta a las problemáticas planteadas se ha denominado “Cinco Grandes Rasgos de la Personalidad”, diseñados por Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini; se distinguen cinco factores o dimensiones: extroversión, agradabilidad, escrupulosidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia. El instrumento propuesto por los Cinco Grandes es el BFQ que, a partir de los cinco factores identificados en la teoría y de acuerdo con las características de cada uno, pretende dar cuenta de la personalidad del individuo (Montaño et al., 2009)

El apoyo inicial para el modelo de los Cinco Grandes proviene del análisis del lenguaje, de los términos que han sido usados para describir los rasgos de la personalidad. Otro aspecto de la Teoría Integradora es el modelo de los Siete Factores de Cloninger, que propone cuatro dimensiones temperamentales que reflejan disposiciones innatas de respuesta a estímulos persistentes a lo largo del tiempo y por otra parte propone tres



dimensiones caracterológicas que reflejan diferencias individuales y que se desarrollan en interacciones no lineales entre el temperamento y las experiencias vitales. Las dimensiones temperamentales planteadas en el modelo de Cloninger son: búsqueda de novedad, que se referiría a la activación conductual; evitación del daño, que se referiría a la inhibición conductual; dependencia de la recompensa, que se referiría a los procesos de extinción y habituación de respuestas conductuales aprendidas; y finalmente, una cuarta dimensión que inicialmente formaba parte de dependencia de la recompensa, que es la de persistencia. Para las tres primeras dimensiones, Cloninger plantea una hipótesis según la cual cada una de las tres primeras dimensiones del temperamento estaría asociada respectivamente con un determinado neuromodulador: que sería la dopamina para la “búsqueda de novedad”, la serotonina para la “evitación del daño” y la noradrenalina para la “dependencia de la recompensa”. En cuanto a las tres dimensiones del carácter, serían: la cooperación (empatía frente a hostilidad); la autotranscendencia (originalidad e imaginación frente a control); y la autodirección, que haría referencia a la capacidad para mantener una conducta en la dirección de un objetivo frente a la inseguridad, es decir, la capacidad de autorregular la conducta. Las cinco dimensiones que propone el modelo son: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. (Montaño et al., 2009).

2.4.7. Teoría de Theodore Millon

2.4.7.1 Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología:

Desde su obra seminal de 1976, *Psicopatología moderna: Un Enfoque Biosocial de los Aprendizajes Erróneos y de los Disfuncionalismos*, y por más de 30 años Theodore Millon ha desarrollado una ciencia compleja de la personalidad y su patología. En su modelo, el autor postula la existencia de tres polaridades básicas, placer-dolor, activo-pasivo



y yo otros, para explicar las diferencias entre los diferentes tipos de personalidad. El modelo original de aprendizaje biosocial fue reformulado en 1990 a la luz de los conceptos evolutivos. A lo largo de todo este tiempo, Millon junto a sus seguidores han establecido un paradigma para comprender la personalidad. Al mismo tiempo, ha argumentado reiteradamente que una ciencia clínica comprensiva de la personalidad necesita integrar cuatro componentes básicos: teoría o esquemas conceptuales explicativos, una nosología formal, herramientas de evaluación, e intervenciones terapéuticas adecuadas. A continuación se resumen los aspectos primordiales del Modelo de Millon en lo que hace a esos diferentes componentes. (Sánchez, 2003, p.163)

En 1968 la *American Psychiatric Association* publica la primera revisión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, el DSM-II, que continuaba a la versión original de 1952. Para entonces, la personalidad y su patología ocupaban un lugar periférico, lejos aún de disponer de un eje diagnóstico propio, situación que tendría lugar recién en la próxima revisión del Manual, el DSM-III, en 1980. En el DSM-II los trastornos de la personalidad aparecían en el capítulo V, *Trastornos de la personalidad y otros trastornos psíquicos no psicóticos* (junto con las desviaciones sexuales, el alcoholismo y las toxicomanías), y se incluían los trastornos paranoide, ciclotímico, esquizoide, explosivo, obsesivo compulsivo, histérico, asténico, antisocial, pasivo agresivo, inadecuado, y la categoría residual de otros tipos. (Sánchez, 2003, p.163)

Poco tiempo después de aparecido el DSM-II, Theodore Millon publica el primer movimiento de una vasta obra donde dejaría sentadas las bases del estudio de la personalidad y su patología en las décadas futuras. En *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los Aprendizajes Erróneos y de los disfuncionalismos* Millon propuso una



nueva clasificación para los trastornos psiquiátricos, presentando al mismo tiempo una rica y fecunda teoría de los trastornos de la personalidad. La influencia de su modelo fue decisiva para lo que luego sería el Eje II del *Manual Diagnostico Estadístico de los Trastornos Mentales*, a partir de su tercera versión de 1980. (Sánchez, 2003, p.163)

Millon postulo una diferenciación de la gravedad en tres niveles de intensidad: leve, moderada y grave. A medida que la severidad de la patología de la personalidad aumenta, el sabor distintivo de los diferentes estilos de personalidad se atenúa. Como resultado de este proceso el cuadro clínico de individuos con personalidades diferentes se vuelve menos diverso. El gráfico 1 muestra los prototipos básicos de personalidad de Millon, y el proceso al que se hacía referencia, en forma gráfica. Así, por ejemplo, las personalidades de tipo esquizoide y evitativo derivan en un estilo esquizotipico cuando alcanzan un grado mayor de gravedad. (Sánchez, 2003, p.164)

Como muestra el gráfico 1, el sistema original se conformó con ocho prototipos de personalidad tomados de la nosología psiquiátrica del momento. La innovación estuvo en la manera en que Millon describió y conceptualizo los ocho prototipos en su libro de 1976, apartándose en algunos aspectos de la propuesta del DSM-II.

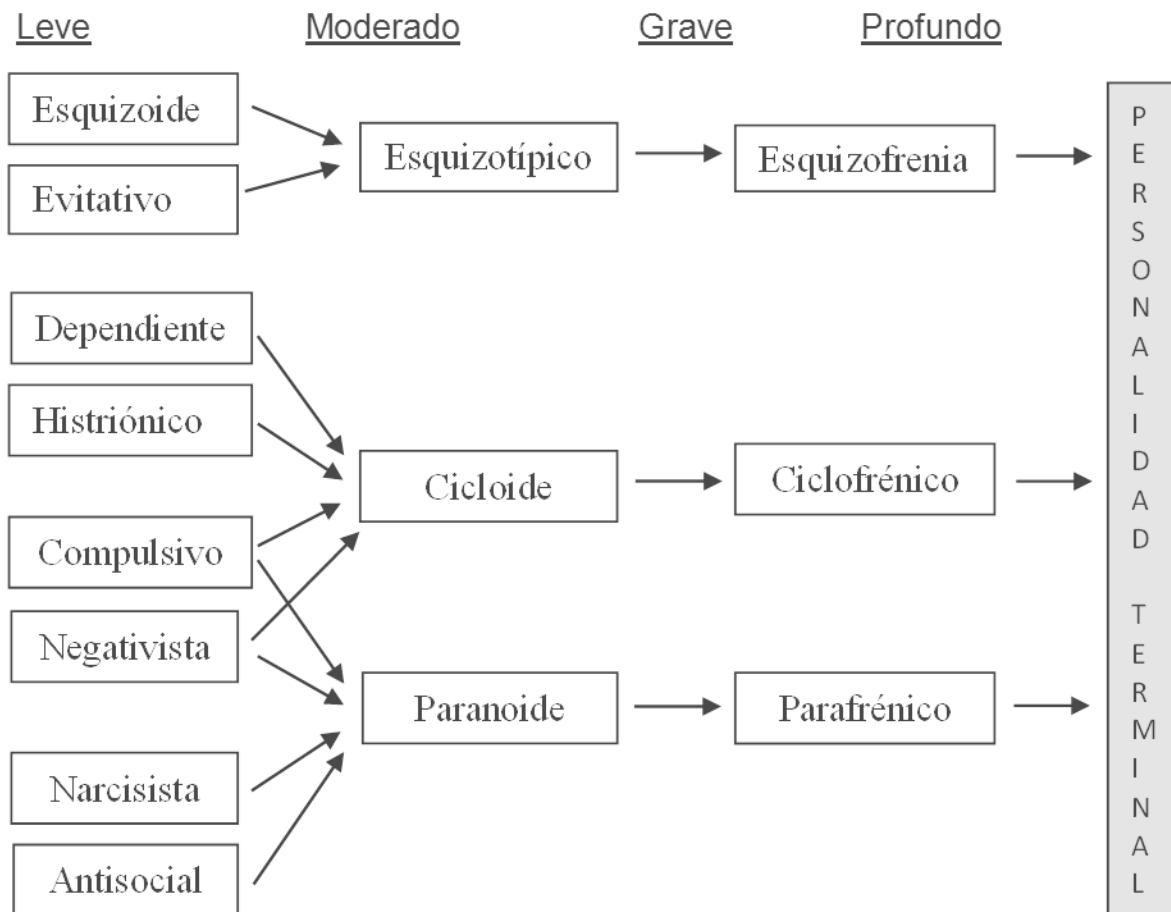


Gráfico 1: Modelo original para la descompensación de los prototipos de personalidad en personalidades más severas (Sánchez, 2003, p.164).

Los prototipos originales de Millon fueron la personalidad asocial luego llamada esquizoide (asténica), la evasiva (esquizoide), sumisa (inadecuada), gregaria luego llamada histriónica (histérica), narcisista (agregada por Millon, ausente en el DSM-II), agresiva (antisocial), resignada (obsesivo compulsivo), y negativista explosivo y pasivo. (Sánchez, 2003, p.165)

Las diferencias entre la propuesta de Millon de 1976 y la del DSM-II de 1968 son notorias. En primer lugar, describió versiones menos patológicas de los trastornos de personalidad del DSM-II, creando los patrones de personalidad de severidad leve, En segundo lugar, ajustó sus prototipos de personalidad en un esquema de clasificación lógica y



coherente. Este propósito establece un sistema de clasificación lógica y coherente, ha estado presente en toda la obra de Millon junto a otros aspectos considerados esenciales para entender la personalidad. Para organizar los ocho prototipos de personalidad, Millon enfocó sobre el tipo de relaciones interpersonales que el individuo establece típicamente y en el modo con que la persona logra su acomodación con el entorno. (Sánchez, 2003, p.165)

Los primeros ocho tipos de personalidades tanto en personalidades normales como en anormales, mientras que los segundos tres solo fueron propuestos para personalidades patológicas. Esa primera versión de la teoría estaba dirigida hacia la personalidad normal y la anormal, enlazadas en un continuo. (Sánchez, 2003, p.165)

Decía Millon: *“La normalidad y la patología son conceptos relativos; son cosas arbitrariamente establecidas dentro de un continuum o gradatoria. La psicopatología va modelándose de acuerdo con los mismos procesos y principios que intervienen en el desarrollo y aprendizaje normales. Sin embargo, debido a las diferencias de características específicas, cronología, intensidad o persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren hábitos y actitudes caracterizados por una deficiente capacidad de adaptación, mientras que otros no los adquieren.”* (Sánchez, 2003)

La diferencia principal es que los individuos normales muestran flexibilidad en respuesta a su ambiente, en cambio las personas con trastornos muestran conductas rígidas y desadaptativas. (Sánchez, 2003)

Posteriormente, el foco fue puesto en los trastornos de personalidad y los estilos de personalidad normal no fueron descritos en los textos subsiguientes. Los estilos de personalidad sin trastornos no fueron retomados hasta la publicación del *Inventario Millón de Personalidad para Adolescentes (MAPI)* y del *Inventario Millón de Conductas de Salud*

(MBHI), ambos de 1982. La propuesta actual de Millon engloba en un mismo marco teórico la personalidad normal y la patológica. El modelo de estilos y dimensiones de la personalidad normal surge del mismo modelo de la personalidad que diferencia y enlaza caracteres sanos y patológicos en un continuo. En la Tabla 2 se presentan los distintos nombres dados por el autor a los diferentes tipos de personalidad de 1976 a la actualidad. (Sánchez, 2003, p.165).

Tabla 1 Nombres para los estilos de personalidad de 1976 a la actualidad (adaptado de Strack, 1999)

Psicopatología moderna	MCMI-II ¹	MAPI –MBHI	MIPS ³
1976	1987	1982 ²	1994
Asocial (pasivo -retraído)	Esquizoide	Introverso	Retraimiento
<u>Evitarivo</u> (activo -retraído)	<u>Evitativo</u>	Inhibido	Vacilación
Sumiso (pasivo -dependiente)	Dependiente	Cooperador	Concordancia
Gregario (activo -dependiente)	Histriónico	Sociable	Comunicatividad
Narcisista (pasivo –independiente)	Narcisista	Seguro	Firmeza
Agresivo (activo -independiente)	Antisocial	Violento	Discrepancia
Conformista (pasivo -ambivalente)	Compulsivo	Respetuoso	Conformismo
<u>Negativista</u> (activo ambivalente)	<u>Negativista</u>	Sensitivo	Insatisfacción

En diferentes ocasiones, el autor ha argumentado que más que desarrollos independientes de funciones desconectadas, una ciencia madura de la personalidad debe englobar cuatro elementos que trabajan juntos íntegramente; teoría, nosología, evaluación y finalmente intervenciones clínicas. La mayoría de las escuelas de psicoterapia actuales comparten el fracaso al momento de coordinar estos cuatro. A continuación se revisan cada uno de estos tópicos de acuerdo a las propuestas de Millon. (Millon, T. & Everly, G., 1994).



2.4.7.2 Teoría y clasificación:

La teoría de Millon es uno de los aportes con más sustento, y de mayor desarrollo en la Psicología, sus ideas y su teoría adquiere importancia, en cuanto él ha sido un personaje influyente en el desarrollo de varias ediciones de la nomenclatura de los trastornos de la personalidad.

Millon y sus colaboradores fueron mejorando la teoría original, produciendo artículos, libros que refleja su dedicación para construir una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología.

La primera propuesta teórica de Millon estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial y la noción de refuerzo era el tema unificador del modelo. Al respecto, Millon sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿dónde procura encontrarlos?, y ¿cómo actúa para poder optar por ellos? El modelo resultante podía ser visualizado como el resultado de tres dimensiones polares que respondían a esas preguntas. Millon decía, entonces, que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor, que ese refuerzo podía ser buscado en *sí* mismo o en los otros, y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. De esta manera, las tres polaridades del modelo original fueron las siguientes: conducta instrumental (como), activo-pasivo; fuente del refuerzo (donde), *si* mismo (independiente) -otros (dependiente); naturaleza del refuerzo (que), placer-dolor. (Sánchez, 2003, p.166).

La teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva los ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor),

la fuente (*si mismo versus otros*), y las conductas instrumentales (activo contra pasivo). El modelo incluía, además, como se dijo, tres variantes de trastornos de personalidad más severos. Si bien es fácil imaginar ocho modelos de personalidad resultantes del cruce de tres polaridades (como una matriz de 2 x 2 x 2) esta no fue la metodología seguida por Millon.

Los ocho patrones que deriva son, en cambio, un desbalance o una mezcla desigual de las tres polaridades, lo que según Widiger constituye un error potencial del modelo. Cuatro patrones se derivan de la naturaleza y fuente de refuerzos: retraído (no busca refuerzos), dependiente (busca refuerzo en los demás), independiente (busca refuerzo en *sí mismo*), y ambivalente (inseguro respecto a donde buscar refuerzo). Estos cuatro patrones se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir ocho modelos de personalidad. Las dos variantes de conducta instrumental representan claramente la polaridad activo-pasiva, pero los modelos retraído, dependiente, independiente, y ambivalente no representan un cruce claro de las polaridades yo-otros y placer-dolor. (Sánchez, 2003, p.166).

Tabla 2 - *Los 8 patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades (adaptado de Widiger, 1999)*

Activo				Pasivo			
Yo	Otros		Otros	Yo	Otros		Otros
Dolor	Placer	Placer	Dolor	Dolor	Placer	Placer	Dolor
Activo – retraído (Evitativo)	Activo – Independiente (antisocial)	Activo – Dependiente (histriónico)		Pasivo – Retraído (esquizoide)	Pasivo independiente (narcisista)	Pasivo dependiente (dependiente)	
	Activo – ambivalente (pasivo agresivo)			Pasivo – ambivalente (Compulsivo)			

Durante la década que siguió la publicación de su libro, Millon influyó en el desarrollo de un nuevo sistema de clasificación psiquiátrico en lo que fueron las bases de la



tercera edición del *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*. Aunque había algunas diferencias entre las personalidades de Millon y las del DSM-III, las conceptualizaciones de los prototipos de personalidad en los dos sistemas eran compatibles. La creación de ejes múltiples para el DSM-III, con un eje diseñado para sostener la composición de la personalidad del individuo, era fiel a la división de Millon entre personalidad patológica y otros tipos de psicopatología. (Sánchez, 2003, pp.166-167).

Los esfuerzos continuados para mejorar la nosología psiquiátrica llevaron a una pronta revisión del DSM-III en 1987. En particular, se discutió la posibilidad de agregar dos trastornos de personalidad, el sádico y el masoquista. Estos trastornos fueron incluidos en el apéndice de categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores en el DSM-III-R (APA, 1988) aunque fueron excluidos luego en el DSM-IV. Sin embargo, estas nuevas categorías diagnósticas fueron incorporadas por Millon en la revisión que llevo a la segunda versión del *Inventario Clínico multiaxial de Millon [MCMI]* aparecida al mismo tiempo que el DSM-III-R. Millon quedó convencido de la utilidad de ambas y las mantuvo en su modelo hasta la actualidad. (Sánchez, 2003, p.167).

Para acomodar los nuevos trastornos Millon agregó un elemento discordante (que puede concebirse como una disposición orientada al dolor) a la naturaleza y fuente del refuerzo. Las personalidades discordantes utilizan las circunstancias para conseguir refuerzo positivo o evitar refuerzo negativo, o para sustituir el dolor por el placer. Como con los otros factores, el elemento discordante tiene una variante pasiva (la personalidad masoquista o auto agresivo) y una variante activa (la personalidad sádica o agresiva). Además de los nuevos prototipos, Millon revisó algunas de sus descripciones para aumentar la

compatibilidad entre sus tipos de personalidad y los del DSM-III-R y cambio el nombre de la personalidad cicloide a personalidad limite. (Sánchez, 2003, p.167).

2.4.7.3 Bases evolutivas de la personalidad

La evolución es la elección lógica para establecer las bases de una ciencia integrada sobre la persona. Así como la personalidad abarca el patrón total de variables que Forman la completa constelación de la persona, es el organismo completo el que sobrevive y se reproduce, y transmite sus potenciales adaptativos y desadaptativos a las generaciones siguientes. Asimismo, la salud psicológica depende de la correspondencia entre la completa configuración de características y potenciales de la persona y los del entorno en el que se desenvuelve en su actividad, como la familia, el trabajo, la escuela, la iglesia o el ocio. (Millon et al., 2006).

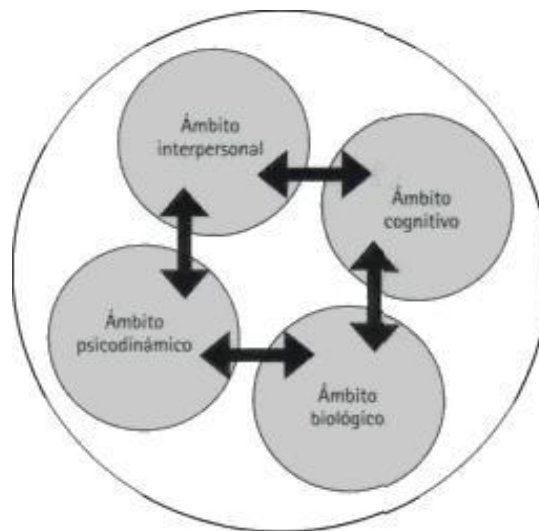


Gráfico 02. La personalidad como una totalidad formada por ámbitos que interactúan.



Supervivencia: preservar la vida y mejorar la calidad de vida (polaridad placer-dolor)

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, y no transmiten sus genes y características a las generaciones siguientes. Desde un virus hasta un ser humano, todos los organismos vivos deben protegerse frente a las amenazas depredadoras y las desventuras homeostáticas. Existen millones de maneras de morir. 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 forman 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 son incapaces de repetir las placenteras no duran mucho. (Millon et al., 2006).

Como hemos indicado, los mecanismos evolutivos asociados a esta etapa tienen que ver con los procesos de *mejoría de la calidad de vida y preservación de la vida*. Estos dos procesos de ordenación pueden denominarse *objetivos existenciales*. En el grado máximo de abstracción, estos mecanismos forman, desde el punto de vista fenomenológico o metafórico, lo que hemos denominado como polaridad placer-dolor. La mayoría de los seres humanos muestra ambos procesos, es decir, los orientados hacia la obtención de placer



y la evitación del dolor. Sin embargo, algunas personas parecen **tener** conflictos con los objetivos existenciales (p. ej., las personas sádicas)» mientras que otras tienen déficit en relación con estos objetivos, p. ej., las personas esquizoides. (Millon et al., 2006).

Adaptación; acomodación y modificación ecológicas (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 adecúe 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, o bien modificar el entorno para adaptarlo a uno mismo. Estas formas de adaptación se diferencian de la primera fase de la evolución, el ser, en que contemplan cómo se perdura. (Millon et al., 2006).

Reproducción: cuidados reproductivos y propagación reproductiva (polaridad sí mismo- otros):

La tercera tarea evolutiva que deba 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 “K”. 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 pocos 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 egotista, insensible, desconsiderada y descuidada; la segunda es afiliativa. íntima, protectora y solícita (Gilligan. 1981; Rushton, 1985; Wilson, 1978). Los organismos que invierten sus fondos reproductivos en muchos descendientes de manera que limitan sus recursos, o los que los invierten en prolongados períodos de gestación pero no cuidan a sus proles, son descartados y desaparecen. (Millon et al., 2006).

2.4.7.4 Bases de la personalidad desde el punto de vista del neurodesarrollo

Las tres etapas del desarrollo que describiremos en los apartados siguientes son análogas a las fases evolutivas descritas anteriormente. Cada fase evolutiva está relacionada con distintas fases ontogénicas de neurodesarrollo. (Millon et al., 2006).

Fase 1: 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 el orden referente a la distinción entre los objetos placenteros y los dolorosos. Este período también se ha denominado de vinculación, porque los lactantes no pueden sobrevivir por sí mismos y deben «ligarse» a otros que los protejan, cuiden y estimulen, es decir, que les proporcionen experiencias de placer y no de dolor. (Millon et al., 2006).

**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. El primer enfoque refleja una propensión a tomar la iniciativa para influir en el curso de los acontecimientos; el segundo, una disposición para estar reposado, plácido y no ser asertivo, para reaccionar más que actuar» para esperar a que ocurran las cosas y para aceptar lo que viene dado. (Millon et al., 2006).

Fase 3: Identidad intracortical /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, que constituirán la base preparatoria para que surjan las estrategias *r* y *K* fuertes impulsos sexuales y características adultas en la anatomía, la voz y el comportamiento. Estas estrategias se expresan psicológicamente, en el grado máximo de abstracción, en forma de una orientación hacia el sí mismo y una orientación hacia los demás. En este proceso, el prototipo masculino se puede describir como más dominante, autoritario y codicioso» y el femenino» como más cooperador» cuidador y respetuoso. (Millon et al., 2006).

Tabla 3. Representación de los trastornos de la personalidad respecto al modelo evolutivo de Millon. (Millon et al., 2006).

	Objetivo existencial		Estrategias de replicación		
	Mejoría de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva		Protección reproductiva
Polaridad	Placer – Dolor		Sí mismo – Otros		
Deficiencia, desequilibrio o conflicto	Placer (bajo) Dolor (bajo o alto)	Placer Dolor (inversión)	Sí mismo (bajo) Otros (alto)	Sí mismo (alto) Otros (bajo)	Sí mismo Otros (inversión)
Modo adaptativo	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DSM – IV- R				
Pasivo: Acomodación	Aislamiento Esquizoide Depresivo	Complacencia Masoquista	Aquiescencia Dependiente	Afirmación Narcisista	Conformismo Obsesivo-compulsivo
Activo: modificación	Duda Por evitación	Control Sádico	Huida-escape Histriónico	Disidencia Antisocial	Queja Negativista
Patología estructural	Esquizotípico	Límite, Paranoide	Límite	Paranoide	Límite, Paranoide

Los prototipos básicos de personalidad, coincidentes con los diferentes trastornos de personalidad que fueron apareciendo en las distintas versiones del DSM, fueron dando lugar a numerosas variaciones, resultantes de la investigación empírica y la experiencia clínica, que combinan aspectos de más de un trastorno básico. Así, por ejemplo, Millon concibió cuatro variaciones del trastorno evitativo de la personalidad que combinan, junto al patrón básico, rasgos pasivo-agresivos, paranoides, dependientes y depresivos, respectivamente. Choca & Van Denburg por su parte, ofrecen descripciones clínicas que combinan rasgos de tres patrones de personalidad diferentes. Por ejemplo, el perfil histriónico se combina con rasgos dependientes y negativistas, narcisistas y antisociales, narcisistas y negativistas, y antisociales y negativistas. (Sánchez, 2003, p.168).

Estas variaciones permiten al clínico una mayor discriminación entre pacientes diagnosticados (de acuerdo a los criterios del DSM) con un mismo trastorno.

Usando los tres juegos de polaridades, Millon pudo caracterizar cada uno de los prototipos de personalidad básicos, Un prototipo de personalidad puede ser fuerte, débil, o neutro en cualquier elemento particular de cualquiera de las polaridades. Ser fuerte en un elemento particular de una polaridad no implica un buen atributo, simplemente indica una tendencia hacia algún estilo de conducta. El resultado, para cada uno de los trastornos incluidos en la versión final del modelo (Millon & Davis, 1998) se grafica en la Tabla 4. La tabla que resulta bastante compleja, aunque Millon simplificó esa complejidad dando énfasis a la polaridad de mayor deficiencia y agrupando los prototipos de personalidad como se muestra en la tabla 6. (Sánchez, 2003, p.168).

Tabla 4 -Caracterización de los prototipos de Millon en término a las polaridades (adaptado de Choca, 1999). Nota: El cuadro muestra la debilidad con una flecha hacia abajo y la fuerza con una flecha hacia arriba. Los cuadros grises muestran un punto neutro en la polaridad.

<i>Polaridades</i>	<i>Objetivo de supervivencia</i>		<i>Modos de adaptación</i>		<i>Estrategias de replicación</i>	
	<i>Placer</i>	<i>Dolor</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Activo</i>	<i>Yo</i>	<i>Otros</i>
<i>Esquizoide</i>	V	V	A	V		V
<i>Evitativo</i>	V	A	V	A		
<i>Depresivo</i>	V	A	A			
<i>Dependiente</i>			A	V	V	A
<i>Histrionico</i>			V	A	V	A
<i>Narcista</i>			A	V	A	V
<i>Antisocial</i>		V	V	A		V
<i>Sadico</i>		V	V	A		V
<i>Compulsivo</i>	V		A	V	V	
<i>Negativista</i>	V			A		V
<i>Autoagresivo</i>	V	A	A		V	

Tabla 5. Agrupamiento actual de los prototipos de personalidad de Millon (adaptado de Millon & Davis, 1998)

Personalidades con dificultades para el placer	Esquizoide
	Evitativo
	Depresivo
Personalidades con problemas interpersonales	Dependiente
	Histriónico
	Narcisista
	Antisocial
Personalidades con conflictos intrapsíquicos	Sádico
	Compulsivo
	Negativista
	Masoquista
Personalidades con deficit estructurales	Esquizoide
	Limite
	Paranoide
	Descompensado

En defensa de su sistema de clasificación, Millon rechaza el agrupamiento del DSM-IV. Sostiene que agrupar los trastornos por características descriptivas ("*Los sujetos con estos trastornos suelen parecer...*", expresa el DSM-IV) no tiene ninguna significación pronóstica, ni significado etiológico, ni lógica alguna en términos de un modelo teórico. (Sánchez, 2003, p.169).

Estos han sido los principales aportes de Millon desde 1976 a la actualidad en lo que respecta a la teoría y a la clasificación de los trastornos de la personalidad. La teoría fue ganando en complejidad, lo que, al decir de Choca (1999) quizá sea el destino de cualquier teoría psicológica a medida que madura en su esfuerzo por reflejar las intrincadas complejidades de la naturaleza humana. Sin embargo, el modelo ha mantenido los lineamientos esbozados hace más de tres décadas, Otro tanto puede decirse de la clasificación, que se ha ido enriqueciendo a partir de las categorías básicas de 1976 con los distintos aportes surgidos de la investigación clínica y que fueran reflejados en algún



momento en algunas de las versiones del DSM. Estos dos aspectos, teoría y clasificación, continúan siendo los pilares básicos de la propuesta de Millon para el estudio de la personalidad y su patología. Los otros dos componentes, la evaluación y el tratamiento, se enlazan con los anteriores en un intento de brindar medidas operacionales de los constructos teóricos y pautas para las intervenciones terapéuticas de los trastornos de la personalidad. (Sánchez, 2003, p.169).

2.4.7.5 Evaluación e intervenciones terapéuticas

Una vez sentados los lineamientos de su modelo, Millon se dedicó a desarrollar diferentes instrumentos para operacionalizar sus constructos teóricos. En 1977 aparece la primera versión del primero de esos instrumentos: el *Inventario Clínico Multiaxial de millon (MCMI)*, diseñado para evaluar trastornos de la personalidad. Con posterioridad, Millon elaboro otros inventarios de personalidad y clínicos, siempre con el propósito de proporcionar medidas operacionales de su modelo teórico. Se han publicado numerosos estudios usando estos inventarios para proveer evidencia empírica acerca de la validez del modelo. La gama de inventarios es amplia e incluye diferentes pruebas orientadas, por ejemplo, a la personalidad patológica (MCMI), a los estilos de personalidad (*inventario Millon de Estilos de Personalidad-MIPS*), a los adolescentes, evaluando tanto personalidad normal (*Millon Adolescent Personality inventory, MAPI*) como patológica (*Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI*), o a la salud (*Millon Behavioral Health Inventory, MBHI*). (Sánchez, 2003, p.169).

El más tradicional y más difundido de los instrumentos de evaluación de Millon es el MCMI que cuenta a la actualidad con tres versiones. Las revisiones (en 1987 y en 1994) fueron realizadas para adaptar el instrumento tanto a los cambios sufridos por la teoría



cuanto a las modificaciones realizadas en la sección de trastornos de la personalidad en las distintas versiones del DSM. Según Widiger, el MCMI-III es quizás el instrumento más apropiado con el que evaluar empíricamente el modelo teórico de funcionamiento de la personalidad de Millon, como el instrumento que más directamente se relaciona con la evaluación del foco central de la teoría de los trastornos de la personalidad. También el MCMI-III podría ser el inventario de autoinforme favorito entre los clínicos para la evaluación de los trastornos de personalidad del DSM-N. El MCMI-II también resulta un fiel reflejo de la conceptualización teórica de Millon. Un instrumento diagnóstico resulta más útil cuando está relacionado con una teoría comprensiva, como es el caso de esta prueba. Según Piotrowski, una revisión de estudios sobre el tema indica que el MCMI ocupa un lugar preponderante entre los test más frecuentemente usados en la práctica clínica, siendo solo superado por el MMPI en el área de la evaluación objetiva de la personalidad. Otro tanto sucede en la investigación, donde el MCMI resulta el tercer test más usado; solo el MMPI-2 Y el Rorschach han producido más investigaciones. (Sánchez, 2003, p.169).

Existe una controversia en torno a la capacidad del MCMI-III para medir los constructos de la teoría. Esta controversia se basa en que la mayoría de sus ítems fueron reescritos para representar los criterios diagnósticos del DSM-N en lugar de los constructos teóricos yo-otros, placer-dolor, y activo-pasivo, propios de la teoría. En tal caso, podría sostenerse que esta mayor adecuación con los criterios diagnósticos de la nosología oficial se contrapone, en cierto punto, con la evaluación del modelo teórico ya que no existe una coincidencia total entre lo que propone la teoría y lo que propone el DSM-N. Así, es difícil determinar si cada escala del MCMI-III evalúa el modelo teórico o los criterios diagnósticos del DSM-N para el trastorno correspondiente. Sobre el MCMI-II, instrumento ampliamente



utilizado para evaluación clínica, no existe tal controversia, lo que, en principio, habilitaría a continuar con su utilización. Otra discusión presente en la literatura actual sobre el MCMI está dirigida a los resultados que brinda la prueba. Algunos autores sostienen que las escalas básicas, o algunas de ellas, son más bien medidas de estilos de personalidad antes que de trastornos. Así, desde la perspectiva de Choca y sus, las ocho escalas básicas de personalidad originales miden estilos más que trastornos de la personalidad. Estos autores consideran que las puntuaciones altas de esas escalas básicas deben considerarse como una medida de las asunciones básicas de la persona, de sus actitudes más destacadas y su forma característica de interactuar, sin dar por sentado que cualquier elevación es señal de patología. Millon difiere con esta interpretación de los resultados del MCMI y sigue sosteniendo que las puntuaciones elevadas deben considerarse como indicador de la existencia de trastornos de la personalidad. En el mismo sentido, Craig, señala que si bien el MCMI es principalmente un instrumento para la evaluación diagnóstica de los trastornos de la personalidad, existen tres escalas (la histriónica, la narcisista y la compulsiva) que merecen especial atención. Según este autor, la mayor parte de los datos existentes sugieren que las escalas histriónica y compulsiva son medidas de estilos de personalidad y no de trastornos, mientras que la escala narcisista puede medir estilo o trastorno de la personalidad. Craig no concuerda con la postura de Choca y Van Denburg según la cual todas las escalas básicas son medidas de estilo y no de trastornos de la personalidad, agregando que esta visión no es por lo general más aceptada. (Sánchez, 2003, p.170).

Más allá de las controversias citadas en los párrafos anteriores, el MCMI es un instrumento ampliamente usado tanto en investigación como en la práctica clínica. En sus tres versiones, ha generado más de 500 artículos y 6 libros, ha sido traducido a varios



idiomas y está siendo usado en investigaciones transculturales. Gracias a este cúmulo de evidencia empírica, se cuenta en la actualidad con un bagaje de conocimientos substancial para tomar decisiones clínicas basadas en los resultados de esta prueba. Si bien originalmente el instrumento fue diseñado para usar con población clínica, se han realizado algunas investigaciones con población no clínica. En nuestro contexto, se ha utilizado el MCMI-II para evaluar personalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares internados en unidad coronaria y en alumnos ingresantes a la carrera de Psicología en una Universidad Nacional. (Sánchez, 2003, p.170).

El MCMI en sus versiones II y III contiene cinco tipos de escalas: escalas de validez y de tendencia de respuesta, escalas de trastornos de personalidad de gravedad leve, escalas de trastornos de personalidad más patológica, escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada, y escalas de síndromes clínicos de gravedad acentuada. En total son 22 escalas clínicas (24 en el MCMI-III) y 4 escalas de validez y de tendencia de respuestas medidas a través de 175 ítems dicotómicos. Además del acercamiento a la personalidad patológica, Millon, como se dijo anteriormente, concibe el término personalidad para designar el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes. Concebida de este modo, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles; los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta. (Sánchez, 2003, p.170).



El instrumento para evaluar la personalidad normal es el *inventario Millon de Estilos de Personalidad [MIPS]*. Diseñado para utilizar con adultos normales, evalúa dimensiones de rasgos y estilos interpersonales característicos que existen en la población normal. La nueva perspectiva se desarrollo sin referencia a trastornos pero tomo prestados muchos conceptos del modelo original de personalidad. (Sánchez, 2003, p.170).

El MIPS presenta una serie de ventajas sobre otras pruebas de personalidad, compartidas en cierta medida con 10 que se destaca en el manual del MCMI II. En primer lugar, consta solo de 180 ítems de respuesta verdadera/falso (permiten evaluar 24 escalas diferentes), un numero lo suficientemente pequeño para que pueda usarse en diferentes contextos y no cansar demasiado a los sujetos, y 10 suficientemente grande para permitir la evaluación de una gama amplia de comportamientos clínicamente relevantes. En segundo lugar, el instrumento está vinculado a una teoría clínica importante que le sirve de sustento. Una teoría bien elaborada, sostiene Millon, aporta más sencillez y claridad que la información dispersa y no integrada. (Sánchez, 2003, p.170).

Para desarrollar el instrumento, Millon considero el universo de rasgos y estilos interpersonales que existen en la población normal

a. Metas motivacionales. Representan los tres ejes básicos en forma evolutiva y evalúan la orientación de la persona a obtener refuerzo del medio. La polaridad placer-dolor se llama apertura-preservación; activa-pasivo fue modificación-acomodación; yo-otros, individualismo-protección. (Sánchez, 2003, p.170).

b. Modos cognitivos. Implican la fuente individual primaria para obtener información y la manera en que esta es procesada. Las fuentes de información preferidas pueden ser uno mismo (introversión) a los otros (extroversión) y guiarse por la observación



(sensación) a par la abstracción (intuición). El procesamiento puede basarse esencialmente en el intelecto (reflexión) a en los sentimientos (afectividad). Finalmente, puede existir la tendencia a asimilar la información a los contenidos previos (sistematización) o a generar conocimiento nuevo (innovación). (Sánchez, 2003, p.171).

c. Conductas interpersonales. Describen diez estilos a conductas interpersonales; evalúan el estilo de relación con los demás. Ocho son esencialmente las mismas normales de 1976 y se relacionan con los trastornos de personalidad. Dos adicionales, sometimiento y control, hipotéticamente se relacionan con los trastornos agresivo y auto-agresivo. (Sánchez, 2003, p.171).

La evaluación de la personalidad, tanto cuando existe un trastorno como cuando no, resulta de utilidad para el trabajo clínico. Sin embargo, para que exista tal utilidad los instrumentos deben ser adecuados para los constructos que supuestamente miden. Los distintos inventarios de personalidad de Millon resultan buenas medidas operacionales de la teoría, aunque las investigaciones para dar cuenta de su validez deben continuarse. (Sánchez, 2003, p.171).

El Último aspecto que hace al planteamiento de Millon es el de las intervenciones psicoterapéuticas, Para Millon, la psicoterapia es la derivación lógica de una ciencia psicológica madura. La propuesta clínica del autor es la de una psicoterapia integradora, la cual resulta especialmente adecuada para el tratamiento de los trastornos de la personalidad. En los últimos años, Millon ha trabajado en este último paso de su teoría, y ahora el modelo permite extrapolar objetivos terapéuticos del tratamiento a partir de los postulados de la teoría, la clasificación y la evaluación. La psicoterapia integradora es concebida como una configuración de estrategias y tácticas de las cuales se selecciona cada técnica de



intervención no solo para su eficacia en la resolución de ciertos síntomas patológicos concretos, sino también para su contribución a la constelación global de procedimientos terapéuticos de los cuales no es más que una parte. (Sánchez, 2003, p.171).

A partir del modelo teórico se deducen las implicaciones terapéuticas apuntando a los desbalances que pueden presentar las diferentes polaridades. En los trastornos de la personalidad, las polaridades pueden estar desbalanceadas de diferentes maneras describiendo la patología característica de cada trastorno específico. El objetivo de cualquier tratamiento, entonces, es lograr cierto balance entre las polaridades. Por ejemplo, las personalidades con dificultad para el placer (esquizoide, evitativa y depresiva) se caracterizan por tener bajo el polo del placer en la polaridad placer-dolor (véase Tabla 4), así la estrategia general para estos pacientes sería que aumentarían su capacidad de experimentar placer en las experiencias de su vida. (Sánchez, 2003, p.171).

Los últimos trabajos de Millon pasan por el desarrollo de un nuevo modelo de terapia integrativa, la psicodinámica, que resume sus esfuerzos de más de 30 años. Cabe destacar que la integración que propone Millon no es inherente al tratamiento en SI, sino que la integración natural está en la persona. Las personas, dice Millon, son el único sistema orgánicamente integrado en el área psicológica, creado inherentemente desde el nacimiento como entidades naturales, en lugar de *gestalts* derivadas de la experiencia. Es el término que define la naturaleza única de la persona, la cual es en ocasiones fragmentada por razones pragmáticas, De esta manera, Millon recupera como sujeto principal del tratamiento psicológico a la persona más que a la patología. (Sánchez, 2003, p.171).

Con la consideración de las intervenciones terapéuticas se cierra el círculo de los cuatro componentes básicos que propone Millon para una ciencia clínica comprensiva de la



personalidad. Dichos componentes han sido sucintamente presentados hasta aquí en 10 que respecta a sus aspectos centrales tal como han sido desarrollados por Millon y sus colaboradores desde 1976 hasta la actualidad. (Sánchez, 2003, p.171).

Conclusiones.

En sus escritos, Millon suele recurrir a Kurt Lewin quien escribió que "no hay nada más práctico que una buena teoría". De esta manera, Millon está expresando que el desarrollo de una teoría es el requisito necesario para poder entender a la personalidad. partir de allí, se podrá postular un sistema clasificatorio, diseñar instrumentos de evaluación y proponer una línea de tratamiento terapéutico, Así, como; sostiene Millon (y como se ha mencionado reiteradamente en este trabajo), teoría, clasificación, evaluación e intervención, son los cuatro pilares que hacen a una ciencia clínica verdaderamente madura. Los esfuerzos de Millon, en todos estos años, han sido dirigidos en esa dirección y sus resultados han sido presentados aquí a modo introductorio. Cualquiera de los tópicos revisados amerita un mayor detenimiento y profundización para una cabal comprensión de los mismos. La teoría ha ganado en complejidad y alcance pero manteniendo los lineamientos iniciales de 1976. (Sánchez, 2003, p.172).

Estos cambios fueron provocados por la necesidad de adecuar el marco teórico a los nuevos hallazgos surgidos de la investigación y de la práctica clínica. Tanto el modelo original de aprendizaje biosocial de 1976, cuanto la revisión evolucionista de 1990, o los sucesivos ajustes realizados en estas más de tres décadas de trabajo, dan cuenta del esfuerzo realizado y de la complejidad del objeto de estudio. (Sánchez, 2003, p.172).

La clasificación se ha enriquecido incluyendo nuevos prototipos de personalidad, los cuales si bien estuvieron en algún momento dentro de la nosología oficial de la



.*American Psychiatric Association* (en las distintas versiones del DSM) posteriormente fueron abandonados o enviados al apartado de categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores. Millon se mostró más consecuente al respecto, adoptando las nuevas categorías e incluyéndolas en su modelo, lo que da por resultado una clasificación más fecunda y representativa de la problemática de la personalidad. Del mismo modo, esta inclusión enriquece el modelo teórico en un movimiento de realimentación continua entre teoría y clasificación. (Sánchez, 2003, p.172).

La evaluación es el punto de enlace entre los conceptos teóricos y la realidad. Esto es así ya que mediante los instrumentos diseñados para evaluar personalidad (tanto normal como patológica) debe poder llegarse a un diagnóstico certero de los sujetos evaluados. Si la teoría es correcta al momento de determinar los diferentes estilos y trastornos de la personalidad existentes en la población, los instrumentos diseñados a partir de ella deben ser capaces de determinar cuál es estilo o trastorno de cada sujeto evaluado. Los inventarios de evaluación de Millon, en especial los destinados a población adulta (el MCMI y el MIPS), son los instrumentos que, dentro del modelo, fueron desarrollados para tales fines. Entonces, en principio, tanto el MCMI como el MIPS resultan adecuados para establecer qué tipo de personalidad presenta toda persona que es diagnosticada con ellos. Sin embargo, tal adecuación no es algo dado de antemano sino que debe establecerse mediante pruebas empíricas. Hasta el momento, se ha visto que si bien tales instrumentos resultan de utilidad para evaluar los conceptos teóricos de Millon, queda margen para ciertas dudas. Es la investigación el único camino para despejar tales dudas. Los resultados de tales trabajos servirán no solo para poder optimizar los instrumentos de evaluación sino también para revisar aspectos teóricos, de clasificación y de intervención, dado el complejo entramado



que entre existe entre los mismos en el modelo de la personalidad de Millon. La psicodinamia, el modelo terapéutico que propone Millon, es el punto final de este recorrido. Así, el modelo no solamente abarca a la personalidad patológica, a su clasificación y evaluación, sino también a las técnicas apropiadas para su tratamiento. Y si la base del modelo son las tres polaridades básicas revisadas en este trabajo, y la personalidad patológica implica un desbalance en esas polaridades, el tratamiento, entonces, tendrá como objetivo reducir esa disparidad. Este es el punto, tal vez, donde las opciones posibles excedan al modelo. Esto es así ya que existen diversas escuelas de psicoterapia que postulan como tratar a una persona con un trastorno de la personalidad. Sin embargo, esta diversidad de enfoques psicoterapéuticos no va en contra de los lineamientos de Millon. Por el contrario, los aspectos teóricos, clasificatorios y de evaluación, pueden enriquecer la práctica clínica más allá de los distintos abordajes. El modelo de Millon se ha enriquecido enormemente en las últimas tres décadas lo que implica a su vez una mayor complejidad que atenta contra las explicaciones sencillas. Seguramente, tal complejidad se relaciona con la del objeto de estudio: la personalidad. Es la personalidad, en primera instancia, lo que debe estudiarse, lo que debe conocerse, como un paso previo necesario antes del conocimiento de su patología. Es la personalidad, ese constructo teórico que utilizamos para representar nuestra capacidad de percibir y enfrentar el mundo físico, psicológico y social, lo que se trata de entender. Y es a partir de propuestas teóricas fuertes, con amplio respaldo clínico y científico, por donde se encontrara el camino. En este trabajo se ha intentado mostrar una de esas propuestas, una que por su robustez y persistencia a lo largo del tiempo ha despertado el interés de clínicos e investigadores de diversas latitudes, y que mantiene su actualidad más de treinta años después de haber sido planteada. (Sánchez, 2003, p.172).



2.4.7.6 Escalas básicas de personalidad en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon: MCMI-II

Patrones clínicos de la personalidad

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas en las personas que influyen en todas sus facetas. Estos patrones derivan de la compleja secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos en los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas esferas y a perpetrarse dentro de círculos viciosos; imponen un modo de vida tan arraigado y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias.

- **Escala 1: Esquizoide:** (Patrón pasivo-retraído). Los sujetos que se ajustan al prototipo se caracterizan por su incapacidad para experimentar placer o entusiasmo, tienen necesidades mínimas en el plano interpersonal y experimentan muy pocos sentimientos; su pensamiento está empobrecido, su interés por el contacto con otros seres humanos es mínimo, exhiben deficientes habilidades de comunicación social, son apáticos y tienen una conciencia de sí mismos muy restringida. Se trata de personas que muestran deficiencias en ambos sistemas de polaridad.
- **Escala 2: Evitativo:**(fóbica) (Patrón activo-retraído). Bajo un esquema similar al anterior, estos sujetos muestran una capacidad disminuida de experimentar placer, pero tienen una sensibilidad extraordinaria ante las experiencias dolorosas. Los sujetos que se ajustan al prototipo se caracterizan por su disforia afectiva, provocada por sentimientos constantes de tensión y tristeza; vacilan entre el deseo de obtener afecto y el miedo al



contacto social. Constantemente suspicaces, sobreinterpretan, buscan amenazas potenciales y actúan para evitar el rechazo social, anticipándose a él. Su autoimagen está alienada, percibiéndose a sí mismos como rechazados. El sí mismo está devaluado, y se confronta frecuentemente con sentimientos de vacío y despersonalización.

- **Escala 3: Personalidad Dependiente** (Patrón pasivo-dependiente). Aquí, como ocurre en las siguientes personalidades, la polaridad Si mismo-Otros está claramente sesgada y connotada. Se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, y se obtiene exclusivamente a través de la relación. Dóciles, no competitivos, evitan los conflictos interpersonales. Necesitan de una figura fuerte y protectora cercana, ya que se perciben a sí mismos como débiles y poco competentes, Con escasas iniciativas, evitan la autonomía y no exhiben actitudes y conductas de autoafirmación.

- **Escala 4: Personalidad Histriónico** (Patrón activo-dependiente). También "vuelto hacia los otros" como estrategia interpersonal fundamental, mantienen sin embargo una polaridad activa. Son sujetos de afectividad inconstante, con tendencia a exhibir afectos dramáticos y superficiales. Muestran exhibicionismo infantil y conductas de seducción, manipulando -o intentando manipular- a los otros para obtener su atención y sus alabanzas, se autoperciben como sociables y encantadores. Se conducen irreflexivamente, en base a pensamientos ocasionales, sin tener en cuenta en el contexto o a los otros, erráticos y fugaces en sus emociones, actitudes y conductas.

- **Escala 5: Personalidad Narcisista** (Patrón pasivo-independiente). Prototipo del patrón de personalidad independiente, exhiben sin embargo incapacidad de oscilar en su estrategia de verificación a través del contacto con el entorno interpersonal. Han aprendido que logran



éxitos repetidos, máximo placer y mínimo dolor volviéndose sobre sí mismos y sus propios recursos. De autoimagen inflada, utilizan a los otros para engrandecerse a sí mismos y complacer sus deseos, sin asumir responsabilidades recíprocas. Abandonados a fantasías inmaduras, interpretan muy libremente los hechos para realimentar sus fantasías narcisistas y evitar el nuevo conocimiento que contraría sus expectativas. Aparentemente imperturbables, se burlan de las convenciones sociales y no suelen ser respetuosos con los derechos ajenos.

- **Escala 6A: Personalidad Antisocial** (Patrón activo-independiente). Sobre un patrón común con el narcisista, varía en que su orientación polar activa le lleva a procurarse por todos los medios satisfacción, ignorando a los demás y las normas sociales. Exhiben una pauta de conducta irresponsable y antisocial. Muestran incapacidad para mantener una conducta laboral consistente y fracasan en adaptarse a las normas sociales y en comportarse con respeto a las leyes. Irritables, agresivos y vengativos, suelen exhibir comportamientos hostiles, y no dejan de efectuar ataques físicos a los demás para lograr sus fines.
- **Escala 6B: Agresivo-Sádico** (Patrón activo-discordante). Detectado como individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Dependiendo de la clase social y de otros factores moderadores, pueden igualar los aspectos clínicos de lo que se conoce en la literatura como carácter sádico, o por otra parte, la exhibición de un estilo de carácter parecido al esfuerzo competitivo.
- **Escala 7: Personalidad Compulsivo** (Patrón pasivo-ambivalente), Prototipo de ajuste social, especialmente determinados por su ajuste a la disciplina y restricciones impuestas



por los padres, pueden sin embargo mostrar comportamientos disfuncionales fuera de los entornos normativos a los que están acostumbrados. Su afectividad está restringida y mantienen un estricto control de su expresión emocional. Valoran la autodisciplina, la prudencia y la lealtad, y prefieren el trabajo estructurado, metódico y meticuloso. Su inusual adherencia a sus propias convenciones y a las normas sociales esconde un conflicto entre su hostilidad latente hacia los otros y el miedo al rechazo y desaprobación social. La posibilidad de que surjan sentimientos de cólera y actitudes agresivas dependen de la eficacia de los controles de la orientación pasiva en la polaridad activo-pasivo.

- **Escala 8A: Personalidad Pasivo/Agresivo** (Patrón activo-ambivalente). Poseyendo tanto la orientación dependiente como la independiente, que no está sesgada ni hacia el Si mismo ni hacia los otros, puede tratarse tanto de sujetos normales que exhiben una confortable situación intermedia como de sujetos que experimentan un intenso y agudo conflicto entre ambas. En este caso los sujetos se vuelven malhumorados, discutidores o irritables cuando se les pide que hagan algo de lo que no están convencidos. Parecen trabajar de un modo deliberadamente lento o hacen mal las tareas que realmente no quieren hacer. Protestan sin justificación de que los demás le piden cosas irrazonables. Evitan obligaciones pretendiendo que las ha olvidado. Creen que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan y tienden a criticar o burlarse de manera irracional de las personas que detentan posiciones de autoridad.

- **Escala 8B: Autoderrotista** (Patrón pasivo -discordante). Corresponde al trastorno de personalidad Masoquista. Describe a una persona que se relaciona con los demás de una manera obsequiosa y auto sacrificadas, estas personas permiten y quizás fomentan que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Para integrar su dolor y su angustia, estados



que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

Patología severa de personalidad

Los tres patrones más graves de personalidad patológica son variantes disfuncionales de uno de los diez estilos básicos, que se desarrollan bajo la presión de una persistente adversidad. Al ser consonantes con un estilo básico de personalidad, son mejor entendidos como extensiones y distorsiones de éste.

a. Escala S: Personalidad esquizotípico. Representa un deterioro relacionado con uno de los patrones básicos, relacionados con la dimensión independencia: el esquizoide o el evitativo. Se caracteriza por preferir una vida aislada con los mínimos lazos personales y roles relacionales periféricos. Es excéntrico y percibido por los otros como extraño. Pensamiento autístico, ensimismado y perdido en sueños que en ocasiones confunde con la realidad. Hipersensible, desconfiado y aprensivo, su apariencia emocional es monótona, falta de activación y afecto. Experimenta sentimientos ansiosos de vacío y falta de significado, con períodos de despersonalización.

b. Escala C: Personalidad Borderline (Limite). Variante grave de los patrones básicos dependiente y ambivalente. Sufre intensos cambios de humor endógenos, periodos recurrentes de abatimiento y apatía se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia. Nivel de energía inconexo, ciclo sueño/vigilia irregular, describe períodos de tiempo en que su equilibrio afectivo está en constante peligro. Conciencia condenatoria,



pensamientos suicidas o automutilantes y de autodenigración. Reacciona intensamente a la separación, miedo obsesivo a la pérdida o el aislamiento. Ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas.

c. **Escala P: Personalidad Paranoide.** Se asocia más a menudo con los tipos de personalidad independiente (narcisista y antisocial) y en menor grado con los patrones compulsivo y pasivo-agresivo. Es suspicaz y defensivo ante la crítica y el rechazo que anticipa. Su comportamiento interpersonal es provocador, teme a la pérdida de independencia y se resiste a las fuentes de influencia externas. Distorsiona los acontecimientos dentro de una lógica muy personal e irracional, a veces para alimentar su imagen grandiosa, otras para confirmar sus ideas autorreferenciales.

Síndromes clínicos:

a. **Escala A: Ansiedad.** Informan de sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son tensos, indecisos e inquietos y tienen a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Muestran estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

b. **Escala H: Somatoformo (Histeriforme).** Dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y



abatimiento preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática de dolores en Regiones diferentes. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

c. **Escala N: Bipolar (Hipomanía).** Estos pacientes evidencian periodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad, distraibilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad; también muestran un entusiasmo no selectivo, excesiva planificación para metas poco realistas, una invasión, incluso tiranizando y demandando más claridad de las relaciones interpersonales, disminución de las necesidades de sueño, fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles de los estados de ánimo. Las puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo ilusiones y alucinaciones.

d. **Escala D: Distimia (neurosis depresiva).** Caracterizado por alegría superficial, elevada. Las puntuaciones altas implican aunque no parezcan en la vida cotidiana del paciente se ha visto afectado por un periodo de dos o mas años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés para actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

e. **Escala B: Dependencia de alcohol.** Las puntuaciones altas probablemente indican una historia de alcoholismo, con esfuerzo por superarlo pero con mínimo éxito y



como consecuencia experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

f. Escala T: Dependencia de drogas. Tienden a tener dificultad a reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

Síndromes severos:

Estos trastornos reflejan una severidad acentuada.

Escala SS: Desorden del pensamiento. Se clasifican como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando efectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estas aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento vigilante.

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



Escala PP: Desorden delusional (Trastorno delirante). Considerados paranoides agudos pueden llegar a experimentar delirios irracionales para interconectados, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados.

Conceptualización de los trastornos según el DSM-IV-TR, y el CIE-10

Las actuales nosologías diagnósticas (DSM-IV-TR, CIE-10) describen las Características de los trastornos de la personalidad (véase tabla 1), haciendo prevalecer una clasificación categorial frente a la recomendación dimensional propuesta por autores como Millon (aunque, como se verá más adelante, las últimas revisiones y propuestas diagnósticas avanzan hacia una concepción dimensional de estos trastornos). Según la definición propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002), y tal y como se recoge en el manual diagnóstico DSM-IV-TR, “un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (González G. L., 2011)

De modo similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) incluye los trastornos de la personalidad en su clasificación de enfermedades mentales (CIE-10) y los describe como “diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de



experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida. Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social”. (González G. L., 2011)

Tabla 6. Criterios generales para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad

DSM-IV-TR	CIE-10
<p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <p>(1) cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)</p> <p>(2) afectividad (p.ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)</p> <p>(3) actividad interpersonal.</p> <p>(4) control de los impulsos.</p> <p>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p>C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p>E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p>F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal)</p>	<p>A. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.</p> <p>B. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.</p> <p>C. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.</p> <p>D. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.</p> <p>E. El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.</p> <p>F. El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.</p>

Fuente: *Estudio Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal.* (González G. L., 2011)



2.5 Marco conceptual

2.5.1 Personalidad

La personalidad es un sistema de desarrollo (maneras de procesar la información) influido por variables biológicas y ambientales que condicionan, de forma individual, la manera en que la persona se enfrenta al entorno. También se define como un sistema adaptativo con ámbitos estructurales y funcionales; la estructura se articula en torno a metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales, constituidos por diferentes dimensiones bipolares (Millon, 1998).

2.5.2 Trastornos de personalidad

Son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el entorno habitual. Caracterizándose por afrontar las circunstancias y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y con conductas desadaptativas, tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes (Millon, 1990)

2.5.3 Características de la personalidad

Millon sostiene que son patrones psicológicos permanentes en el individuo, de estabilidad frágil, inflexibilidad, carencia de capacidad de adaptación. Las personas utilizan las mismas estrategias desadaptativas una y otra vez empeorando su situación. (Sánchez, 2003).

2.6 Variables e indicadores.

Tabla 7. Variables e indicadores.

Variable	Sub Variables	Indicadores
<p>Características clínicas de personalidad: Es un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad que presentan los usuarios que acudieron al establecimiento de Salud de la Microred Belepampa, el que será reflejado en los resultados luego de la aplicación del Inventario Multiaxial de Millon</p>	<p>Patrones clínicos de personalidad.</p>	Esquizoide, patrón pasiva-desapegado (retraída)
		Evitativo (Fóbica), patrón Activa- desapegado (retraída).
		Dependiente (sumisa), patrón pasivo-Dependiente.
		Histriónico: patrón activa-dependiente.
		Narcisista, patrón pasivo-independiente.
		Antisocial, patrón activa-independiente.
		Agresivo-sádico, patrón activo-discordante.
		Compulsivo, patrón pasiva-ambivalente.
		Pasivo-agresivo, patrón activa-desapegado.
		Autodestructiva (masoquista), patrón pasivo – discordante.
	<p>Patología severa de personalidad</p>	Esquizotípico
		Borderline (Límite).
		Paranoide
	<p>Síndromes clínicos</p>	Ansiedad
		Somatomorfo (Histeriforme)
		Distimia (Neurosis depresiva)
		Dependencia de alcohol
	<p>Síndromes severos</p>	Dependencia de drogas
		Desorden del pensamiento (Pensamiento sicótico)
		Depresión mayor
Desorden delusional (Trastorno delirante)		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es una investigación cualitativa porque determina la prevalencia de las características clínicas de la personalidad de la población. Así mismo hace una aproximación de los patrones clínicos de la personalidad, patologías severas de la personalidad, síndromes severos, síndromes clínicos de gran significado social a través del Inventario Clínico Multiaxial MCMI –II, y de tipo estructural e inductivo.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es descriptivo pues se trata de recolectar información relevante para describir las características clínicas de la personalidad en la muestra evaluada, mediante la observación, y evaluación con el Inventario clínico multiaxial de Millon: MCMI-II.

El esquema es el que se presenta a continuación:

M₁ → **O₁**

Dónde: **M₁**: Muestra de los usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de la Belepampa, distrito de Santiago, provincia de Cusco, Región Cusco 2014.

O₁: Información obtenida sobre características clínicas de la personalidad

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Descripción de la población

Tabla 8. *Distribución de la población*

Establecimiento de Salud	Cantidad de pacientes
Establecimiento de salud de Ccorca	20
Establecimiento de salud de Dignidad Nacional	33
Establecimiento de salud de Belepampa	999
Total	1052

Fuente: Elaboración propia basada de datos obtenidos del Establecimientos de Salud de Belepampa registrados durante el mes de junio-julio del 2013

Tabla 9. *Distribución de la población de acuerdo al diagnóstico.*

DIAGNÓSTICO	f	%
Psicosis	5	0.5
Problemas relacionados al alcohol	27.6	2.76
Consejería y orientación	100	10
Episodio depresivo leve	52.4	5.24
Violencia Familiar	814	81.4
Total	999	99.9

Fuente: Elaboración propia basada en datos obtenidos de las hojas HIS del Establecimiento de Salud de Belepampa.

La tabla 9 Indica que el porcentaje más alto de diagnóstico es de Violencia Familiar con un 81.4 % en el Establecimientos de Salud Belepampa .

3.3.2 Descripción de la muestra

3.3.2.1 Muestra y muestreo

Según la población total en los establecimientos de Salud de la Microred Belepampa de la Región Cusco son un total de 1052 personas de los cuales se tomó una muestra no aleatoria intencional de 92 personas, del Establecimiento de Salud de Belepampa tomando en cuenta los criterios para escoger la muestra (tabla 10).

Tabla 10. *Distribución de la muestra según sexo*

SEXO	CANTIDAD MUESTRA	
	f	%
Masculino	31	32.6
Femenino	61	67.3
Total	92	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en a los criterios de inclusión obtenidos del Establecimiento de Salud de Belepampa.

3.3.2.2 Criterios para la determinación de la Muestra

— Se tomó a partir de la población total y de la población con diagnóstico del Centro de Salud de Belepampa equivalente a 999, se tomó la muestra de 92 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión.

3.3.2.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son:

- Tener 18 años de edad o más.
- Ser usuario y haber sido atendido en el Establecimiento de Salud de la Belepampa.
- Tener acceso de los domicilios de los pacientes señalados por el Establecimientos de Salud de Belepampa

3.4 Instrumento para la recolección de datos.

Para la investigación se utilizó el MCMI-II, cuya ficha técnica se presenta a continuación.

Tabla 11: *Ficha técnica del inventario clínico Multiaxial de Millon II*

FICHA TECNICA DEL INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON II (MCMI –II)	
Autor	Theodore Millon
Número de Ítems	175
Tipo de Respuesta	Responder verdadero o falso
Escalas de Validez	Validez, Sinceridad, Deseabilidad, autodescalificación
Escalas de Personalidad	22 Escalas
Población	Sujetos de 18 años de edad a más (No aplicarse a sujetos no clínicos)
Aplicación	Individual o colectiva (grupos pequeños de 10 personas)
Tiempo	No hay tiempo límite, aproximadamente 30 o 45 minutos.
Materiales	Cuadernillo de Preguntas Hoja de respuestas Disquete de plantillas informáticas Hoja de corrección manual y perfil

Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de las escalas ha sido construida como medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.



3.4.2 Aspectos que orientaron el desarrollo de la teoría del MCMI-II:

a. La categoría debe diferenciarse según la gravedad. El MCMI-II diferencia 10 escalas básicas de trastornos de personalidad (Eje II, según el DSM III-R), que describen niveles de gravedad; 3 escalas de personalidad patológica más severa que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro; o escalas de síndromes clínicos (Eje I, según el DSM III-R) que identifican trastornos de gravedad moderada y 3 escalas que miden trastornos de marcada gravedad.

b. Las categorías deben organizarse para reflejar el hecho de que el cuadro clínico presentado se compone de varios rasgos y síntomas que se interrelacionan.

c. Todos los síndromes clínicos del eje I se muestran como desorganizaciones en los patrones básicos de personalidad de los pacientes (Eje II) que surgen bajo tensión.

Los síndromes no son concebidos como diagnósticos distintos sino como elementos integrales de un complejo mayor de aspectos clínicos.

3.5.1 Teoría de Millon.

La teoría está basada en las derivaciones de una combinación de variables o constructos. Postula 10 estilos básicos de funcionamiento de la personalidad que pueden formarse de una matriz de 5 X 2, de dos dimensiones básicas; la primera dimensión constituye la fuente primaria de la que los pacientes obtienen comodidad y satisfacción (refuerzos positivos) o intentan evitar angustia emocional y dolor (refuerzos negativos); así tenemos:

a. **Patrón Activo;** personas despiertas, atentas, participativas y manipuladoras de los sucesos de la vida para lograr gratificación y evitar muestras de malestar.



b. Patrón Pasivo; apático, reservado, rendido, resignados o aparentemente satisfechos, que permiten que los sucesos tomen su propio curso sin control o sin intervenir en ellos.

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

Activo y Pasivo Discordante

Activo y Pasivo Independiente

Activo y Pasivo Retraído

Activo y Pasivo Ambivalente

Activo y Pasivo Dependiente

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

Teoría basada en la estructura de la personalidad patológica.

Tabla 12: *Estructura de la personalidad patológica*

AMBITO DE LA PATOLOGÍA	DOLOR-PLACER		SI MISMO – OTROS		
Fuente de Reforzamiento	D ↔ P	D+/- P+	SM- O+	SM+ O-	SM ↔ O
Patrón Interpersonal					
Estilo de Afrontamiento Instrumental	Discordante	Retraída	Dependiente	Independiente	Ambivalente
Variable Activa	Fracasada (Masoquista)	Esquizoide	Dependiente	Narcisista	Compulsiva
Variable Activa	Agresiva (Sádica)	Evitativa	Histriónica	Antisocial	Pasivo-Agresiva
Variable Disfuncional	Limite Paranoide	o Esquizotípica	Limite	Paranoide	Limite o Paranoide

V: Validez; ítems de apariencia extraña o altamente improbables:

Puntaje: >1 RESULTADOS INVALIDOS. Detener la calificación

1 VALIDEZ CUESTIONABLE Puede continuar la calificación

0 VALIDOS Continuar la calificación

X: Sinceridad; si el paciente se inclina a ser franco y sincero o por el contrario

reticente y reservado:

“X” entre 145 y 590 Continuar con la Calificación

“X” >145 ó >590 Detener la Calificación



Y: Deseabilidad Social; identifica el grado con que los resultados pueden encontrarse afectados por la inclinación de los pacientes a mostrarse socialmente atractivos, moralmente virtuosos o emocionalmente ajustados.

>75 Tendencia del sujeto a presentarse de forma favorable o con personalidad atrayente

Mientras más alto. Sujeto trata de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades personales.

Z: Autodescalificación:

>75 Inclinaciones a despreciarse o desvalorizarse intentando mostrar mas trastornos emocionales y dificultades personales

Mientras más alto Un examen más cuidadoso “petición de ayuda o llamada de atención”

1. Se analizan las escalas teniendo como base, los siguientes indicadores:

Indicador Elevado	>85
Indicador Moderado	75 - 84
Indicador Sugestivo	60 - 74
Indicador Bajo	35 - 59
Indicador Nulo	0 – 34

Tabla 13. Correlación de indicadores y escalas

Escalas	Media	DT	Media	DT	Difer.	<i>t</i>	Sign.
1	22.46	7.53	22.75	7.75	-0.29	-0.473	0.635
2	32.04	11.21	32.56	12.63	-0.52	-0.541	0.588
3	29.01	7.81	27.48	7.65	1.53	2.473	0.013*
4	35.24	10.08	35.14	9.44	0.10	0.128	0.897
5	40.11	10.41	40.93	9.71	-0.83	-1.028	0.304
6A	42.72	11.48	44.69	10.68	-1.96	-2.216	0.027*
6B	38.78	10.88	40.51	9.76	-1.73	-2.097	0.036*
7	31.6	7.23	32.09	7.68	-0.48	-0.811	0.417
8A	39.07	12.63	40.15	13.11	-1.07	-1.042	0.297
8B	28.35	10.34	28.63	11.13	-0.29	-0.334	0.738
S	25.09	10.79	25.43	11.91	-0.34	-0.375	0.707
C	47.36	15.1	49.15	16.21	-1.79	-1.425	0.154
P	31.52	9.94	32.08	10.08	-0.57	-0.707	0.479
A	13.96	9.36	14.46	9.94	-0.50	-0.640	0.521
H	16.64	8.19	16.82	9.14	-0.19	-0.269	0.788
N	27.91	8.92	27.84	9.11	0.08	0.110	0.912
D	23.88	12.41	25.31	13.63	-1.44	-1.374	0.169
B	29.33	7.97	31.43	8.23	-2.11	-3.251	0.001*
T	48.64	11.7	50.82	10.98	-2.18	-2.405	0.016*
SS	18.64	8.21	19.64	9.39	-1.00	-1.413	0.158
CC	16.66	9.85	17.25	10.72	-0.59	-0.730	0.471
PP	14.56	5.78	14.96	6.05	-0.40	-0.850	0.395

3.4.4 Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se inicia con la solicitud enviada al Gerente del Establecimiento de Salud de Belepampa, distrito de Santiago, provincia de Cusco, solicitando autorización para obtener acceso a la información correspondiente de cada individuo a evaluar, aceptada esta solicitud se procedió a la aplicación del INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLÓN II, con su respectiva ficha de consentimiento informado. (Anexo 2).



3.5 Técnicas de procesamiento de datos

El procesamiento de la investigación se realizó con datos descriptivos como, promedio aritmético, la media aritmética, desviación estándar expresada en una base de datos en Excel, para finalmente procesar los datos.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal la descripción de la prevalencia de las características clínicas de la personalidad del establecimiento de salud de Belepampa. Para responder al objetivo general y objetivos específicos planteados en esta investigación presentamos los siguientes resultados.

4.1 Presentación de los resultados en tablas y gráficos

A continuación se presentan los resultados encontrados a través de gráficos, como consecuencia de la aplicación del instrumento de investigación. Comenzando con el resultado general en la muestra poblacional, de las características clínicas de la personalidad en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en el establecimiento de salud de Belepampa, se describe y aprecia, claramente, la prevalencia de características clínicas de personalidad en patrones clínicos, patología severa de personalidad, síndromes clínicos y en síndromes severos de personalidad, respondiendo al objetivo general. Luego se presentan los resultados de los usuarios que acudieron al servicio de psicología en el establecimiento de salud de Belepampa, respondiendo a los objetivos específicos.

En el gráfico 03, se observa que en cuanto a la prevalencia de características clínicas de personalidad en los usuarios que acudieron al establecimiento de salud de Belepampa podemos decir que el promedio más alto es el de síndromes severos con un 66.3, con un indicador sugestivo que expresa un nivel moderado. Seguidamente de los patrones clínicos con un 54.3 de promedio, de indicador moderado normal, en tanto que la patología severa tiene un indicador sugestivo, y un promedio de 51.1; es una población que tiende del nivel moderado a la normalidad y por último los síndromes clínicos con un promedio de 48.9, y un indicador bajo expresando la búsqueda de normalidad.

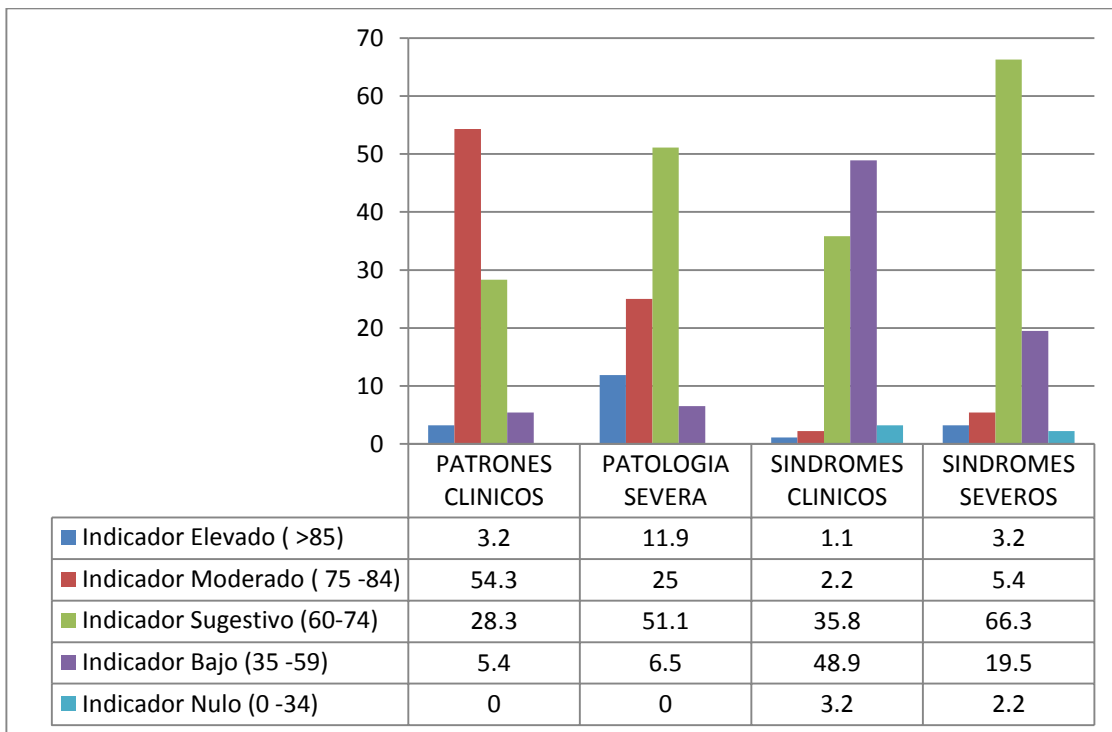


Gráfico 03. *Prevalencia de las características clínicas de la personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.*

El gráfico 04 indica un promedio de 88.0 en el patrón clínico Compulsivo como el más alto de la escala, seguidamente del Dependiente con un promedio de 79.9, y con el promedio más bajo de la escala se tiene al patrón clínico Antisocial con 67.3, los que representan esta escala en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en el establecimiento de Salud de la Belempampa.

Cabe aclarar que la suma de los promedios está en base al total de los sujetos que conforman la muestra de estudio.

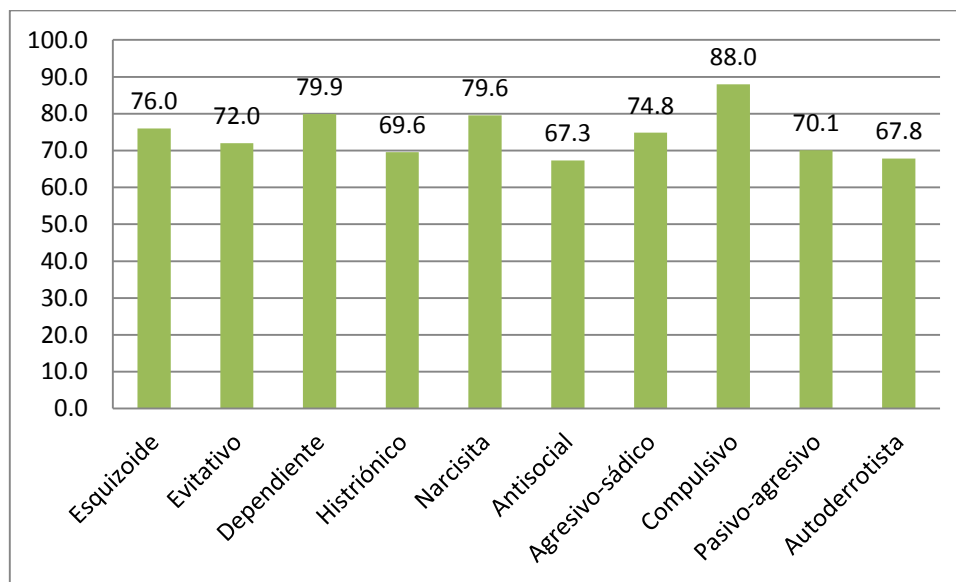


Gráfico 04. Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belempampa.

El gráfico 05, indica un promedio alto de 88.5 en el patrón clínico compulsivo en las mujeres, igualmente se encuentra un promedio similar en los varones. También se puede apreciar promedios casi iguales en el patrón clínico dependiente, en hombres y mujeres; se aprecia un promedio significativo de 83.2 en los varones, en el patrón clínico Narcisista mayor que en las mujeres. Todo lo anteriormente dicho en la muestra poblacional de los usuarios que acudieron al servicio de psicología en el establecimiento de salud de la Belempampa.

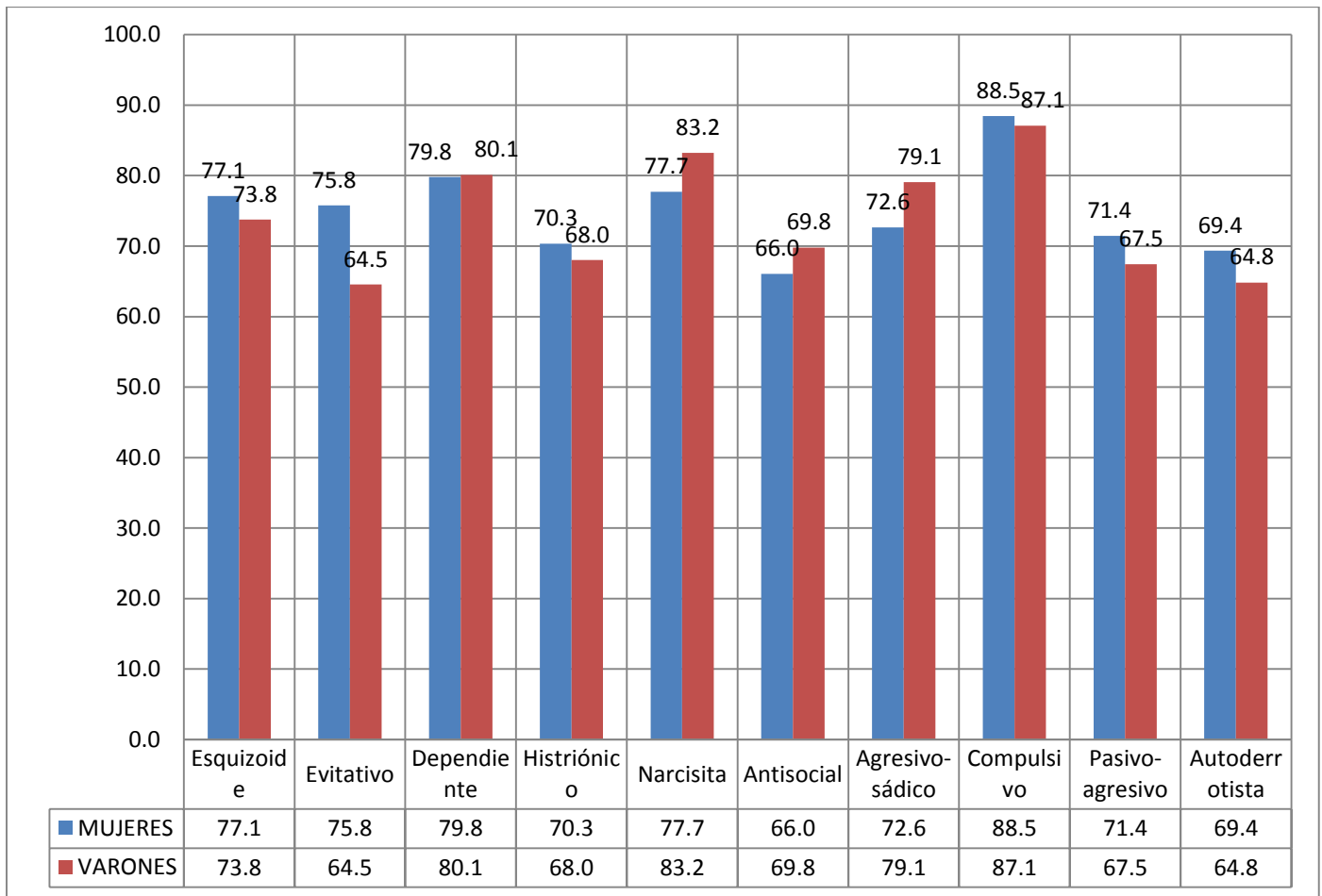


Gráfico 05. Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belempampa.

El gráfico 06, indica en primer lugar un promedio mayor de 95 en el patrón clínico Dependiente en el adulto mayor, seguidamente un promedio de un 93.8 en el compulsivo en los adultos, en tanto que el joven en la misma escala tiene un promedio de 82.8; se aprecia también un promedio alto en los jóvenes en el patrón Narcisita, con 80.5, en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en el establecimiento de salud Belempampa.

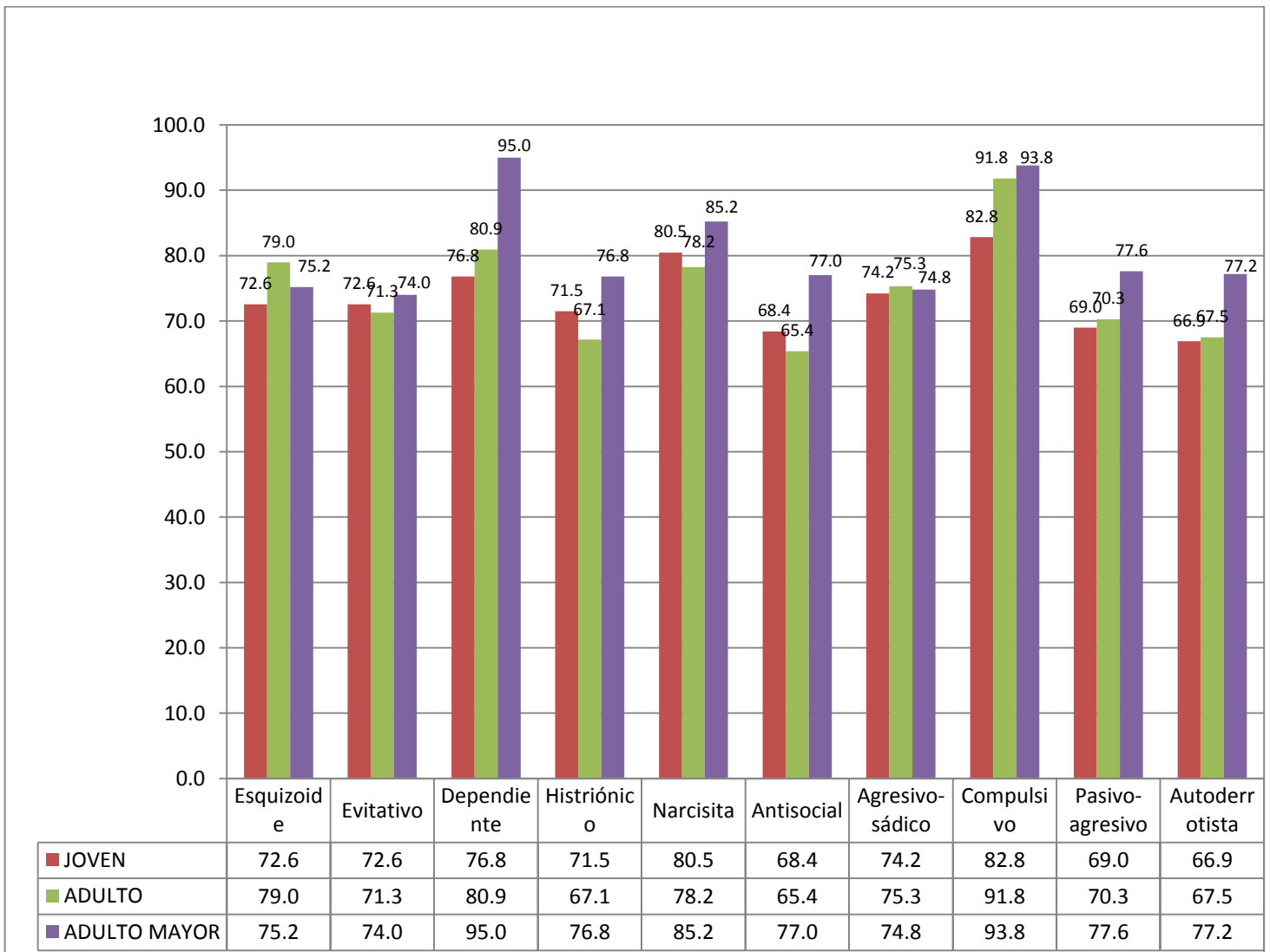


Gráfico 06. Prevalencia de los patrones clínicos de personalidad según etapa de vida en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belempampa.

El gráfico 07, se observa en primer lugar un promedio alto de 81.8 en la patología severa Paranoide, así como también un promedio de 70.6 en el patrón Esquizotípico, y en el nivel más bajo el Borderline con un promedio de 66.5 de los usuarios que acudieron al servicio de psicología en el establecimiento de salud de Belempampa.

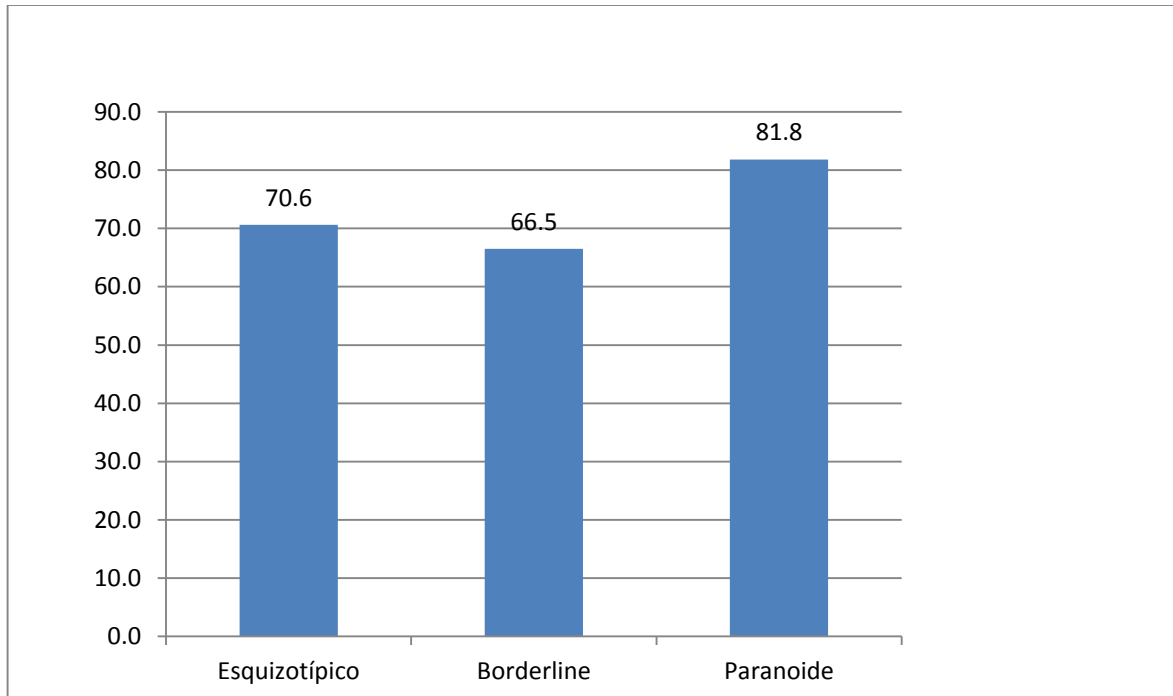


Gráfico 07. *Prevalencia de patología severa de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belempampa.*

El gráfico 08, indica un promedio alto de 83.0 en las mujeres de la patología severa Paranoide, de igual manera se puede apreciar promedios iguales en ambos sexos en la patología severa Esquizotípico con 70.6, donde en el Borderline sucede algo parecido en varones y en mujeres en los usuarios de psicología del establecimiento de salud de Belepampa ,

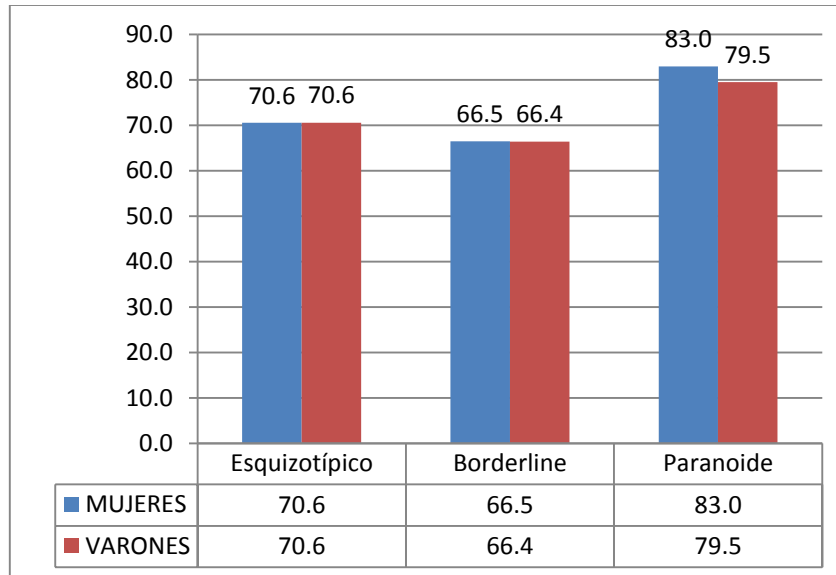


Gráfico 08. *Prevalencia de patología severa de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.*

El gráfico 09, indica que el adulto mayor tiene un promedio alto de 88.2 en la patología severa Paranoide, seguido en el mismo patrón del adulto. En la patología severa Borderline con un 83.2 de promedio, y en la patología severa Esquizotípico con 81.6, donde el adulto mayores vuelve a tener promedios significativos, más altos que el adulto y el joven. Muestra de usuarios atendidos en el establecimiento de salud de Belepampa.

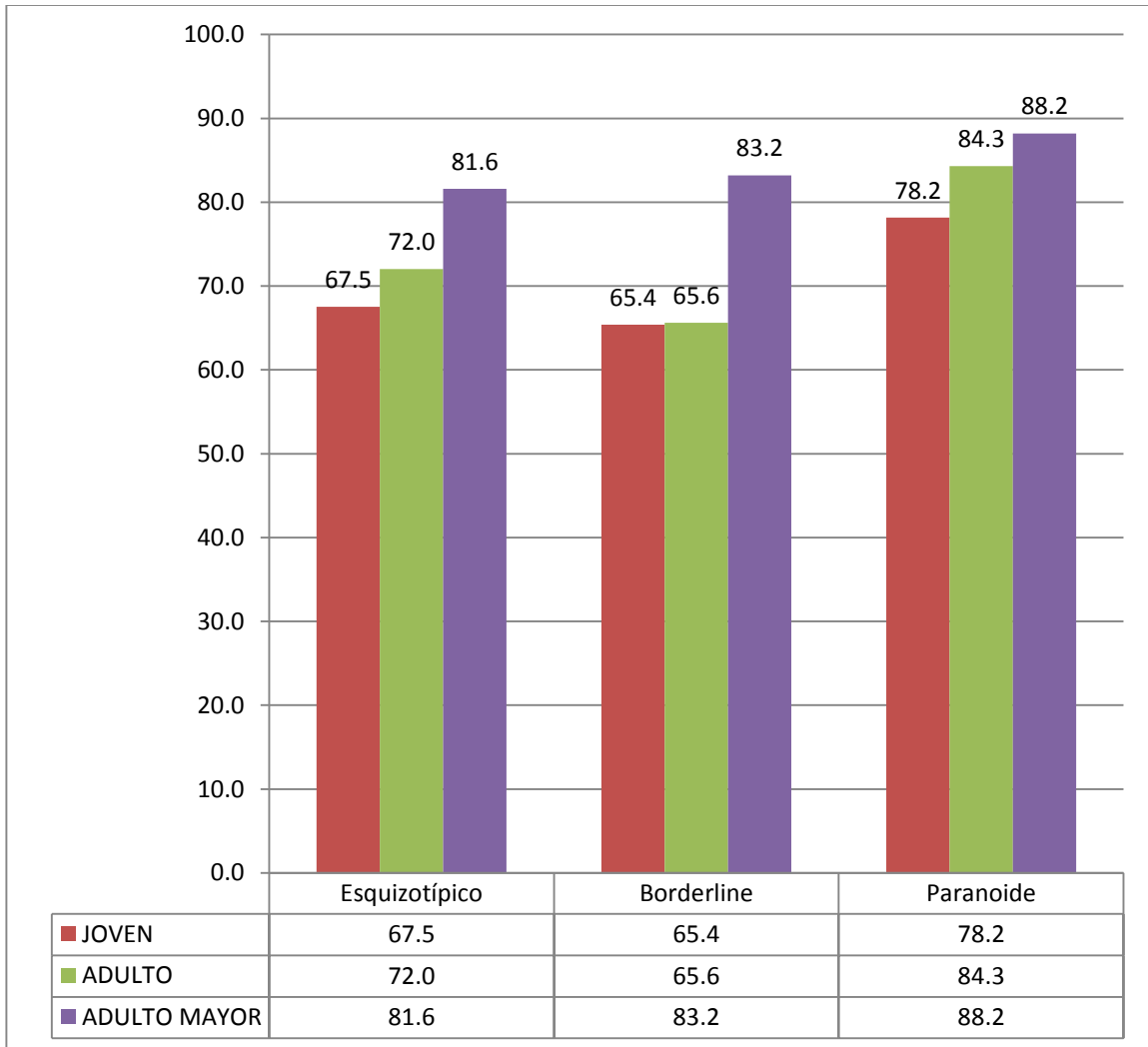


Gráfico 09. Prevalencia de patología severa de personalidad según edad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.

El gráfico 10, indica que el síndrome clínico de personalidad con mayor promedio es el somatomorfo con 69.5, seguido de la ansiedad con un promedio de 62.4, en tercer lugar la Dependencia de drogas con un promedio de 58.2, luego con 57.6 de promedio observamos al bipolar en usuarios atendidos en el establecimiento de salud de Belepampa,

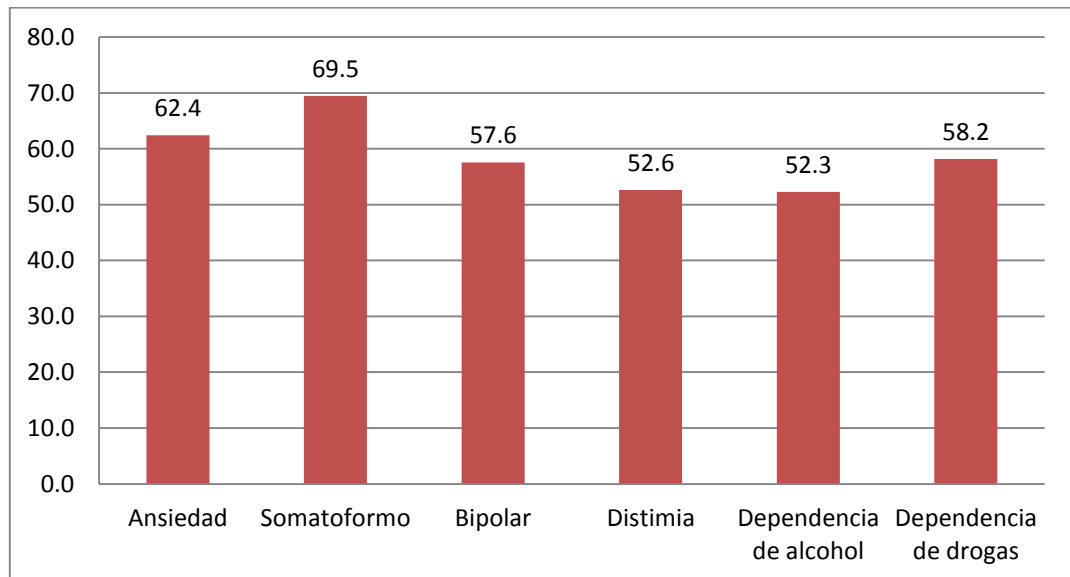


Gráfico 10. *Prevalencia de síndromes clínicos de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.*

El gráfico 11, indica un promedio alto de 69.9 en las mujeres, en el síndrome clínico somatomorfo, al igual que los varones con un promedio de 68.7 casi igual con el de las mujeres, en cuanto a la ansiedad que es donde los varones tienen un promedio de 64.2, como así en la dependencia de drogas y alcohol donde su prevalencia es mayor en los varones. También se puede apreciar que las mujeres obtienen un promedio más bajo pero significativo en la distimia con 53.2.

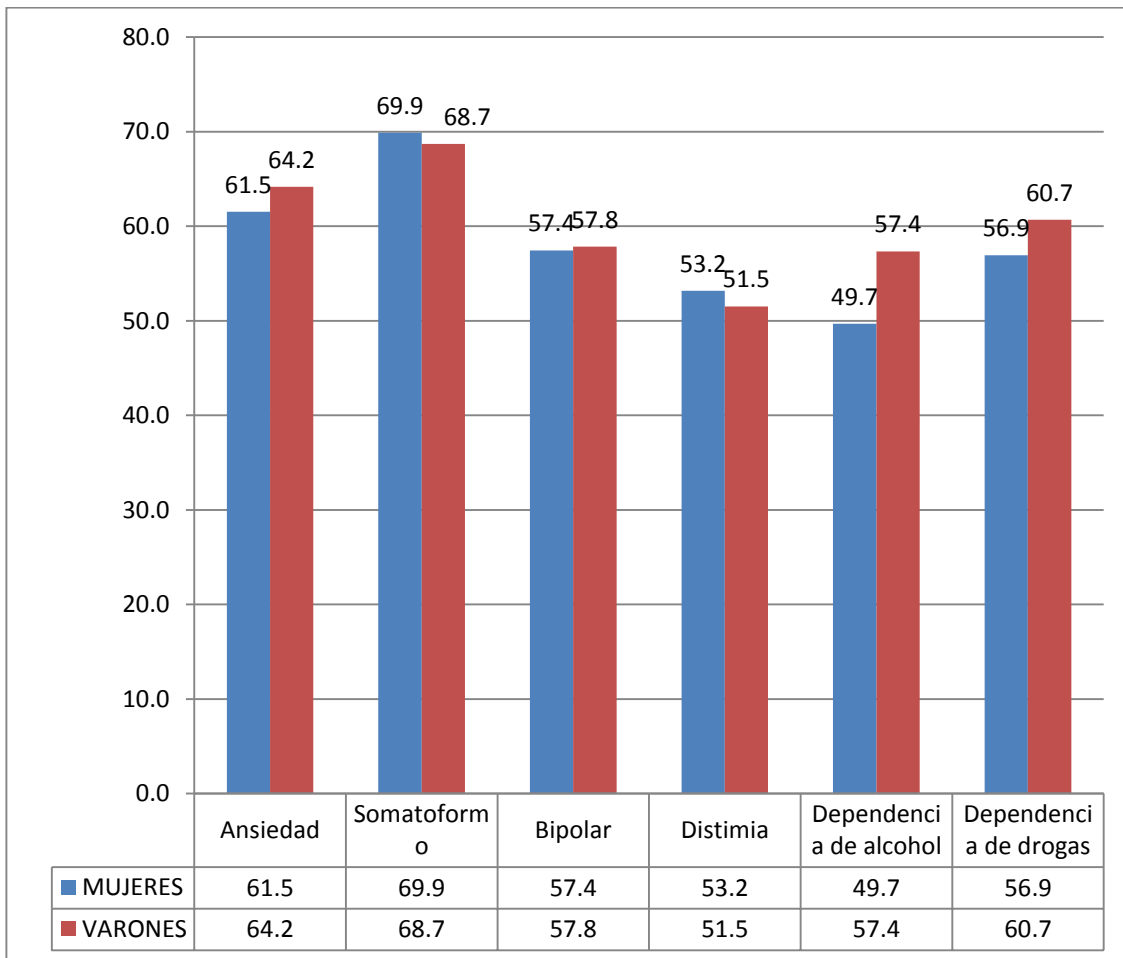


Gráfico 11. Prevalencia de síndromes clínicos de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.

El gráfico 12, Indica que el promedio mayor de prevalencia es el síndrome clínico somatomorfo con un 84.0 en los adultos mayores, se observa también un promedio de 72.2 en el adulto en el síndrome clínico somatomorfo. El adulto mayor obtiene un promedio alto en ansiedad con 78.6, seguidamente de un promedio de 66.8 en los adultos, en el síndrome clínico de ansiedad; los jóvenes tienen un promedio significativo de 67.2 en Dependencia de drogas, y en patrón bipolar con un 57.5 de promedio de la muestra del centro de salud de Belepampa.

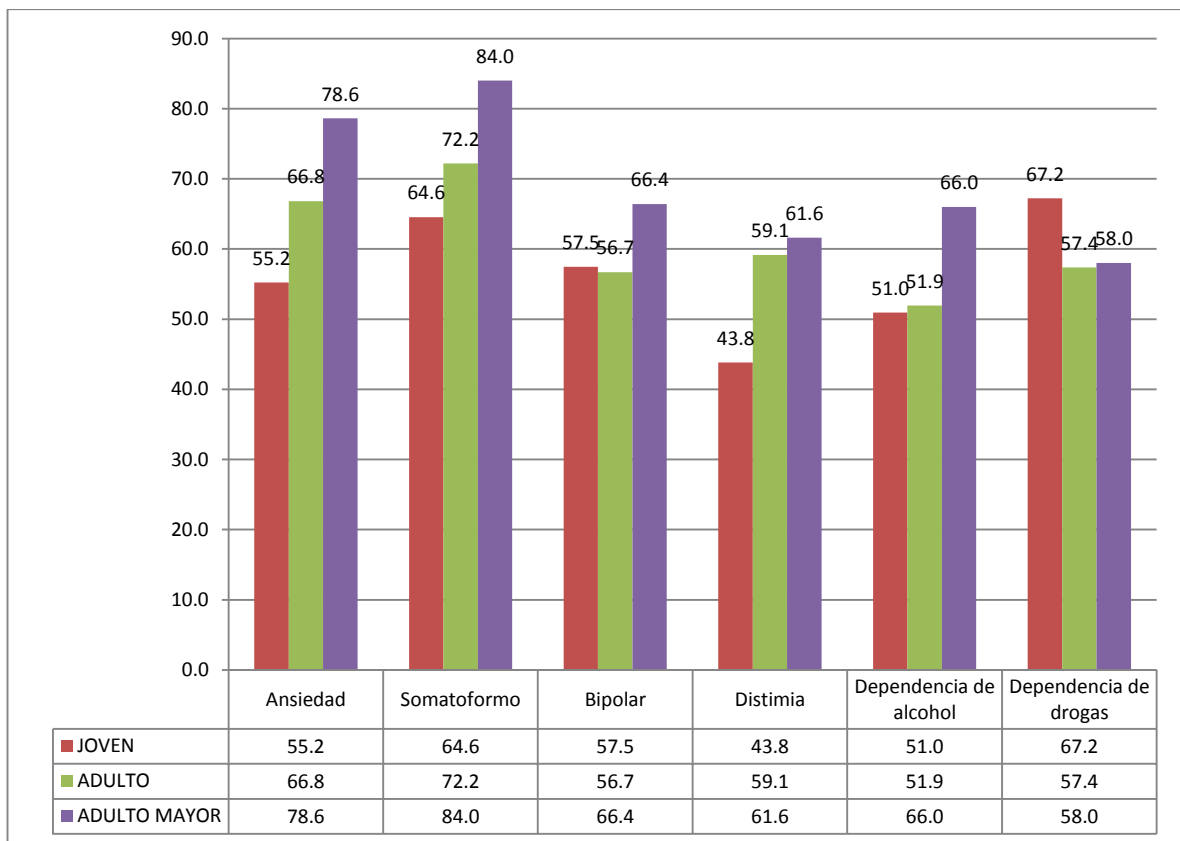


Gráfico 12. *Prevalencia de síndromes clínicos de personalidad según edad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.*

El gráfico 13, indica promedios altos en los síndromes severos de personalidad de Desorden delusional con un 72.0, seguida del síndrome severo desorden del pensamiento con un 64.7 y depresión mayor con 54.7 de promedio en los usuarios atendidos en el establecimiento de salud de Belepampa.

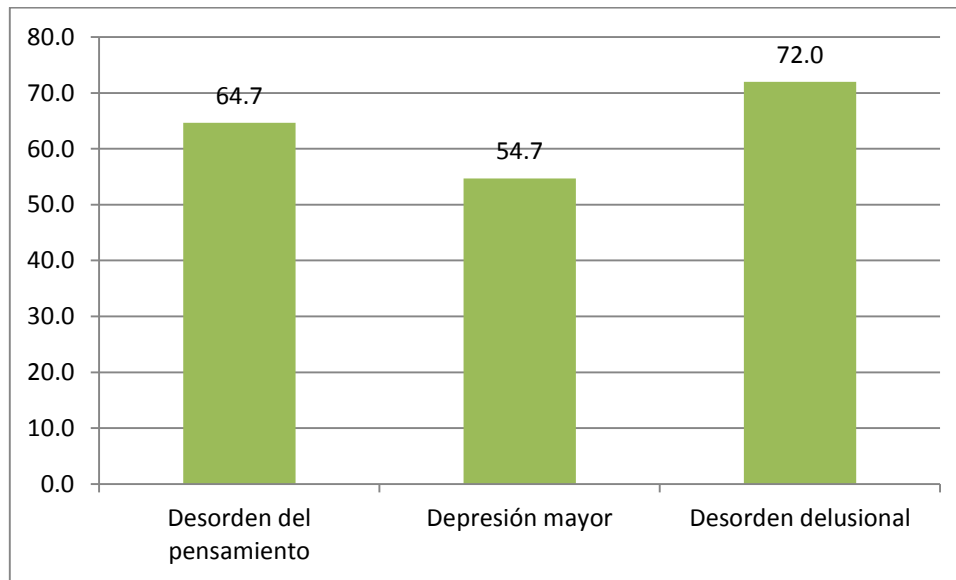


Gráfico 13. *Prevalencia de síndromes severos de personalidad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa.*

El gráfico 14, indica un promedio alto de síndromes severos de personalidad lo obtiene el desorden delusional con 72.7, en las mujeres, en seguida el síndrome severo de personalidad Desorden del pensamiento con un promedio de 65.5 en las mujeres igualmente, y en Depresión mayor, también son las mujeres que tienen promedio alto con un 56.5. En lo que respecta a los varones, son ellos que tienen promedios más bajos en cada patrón de personalidad.

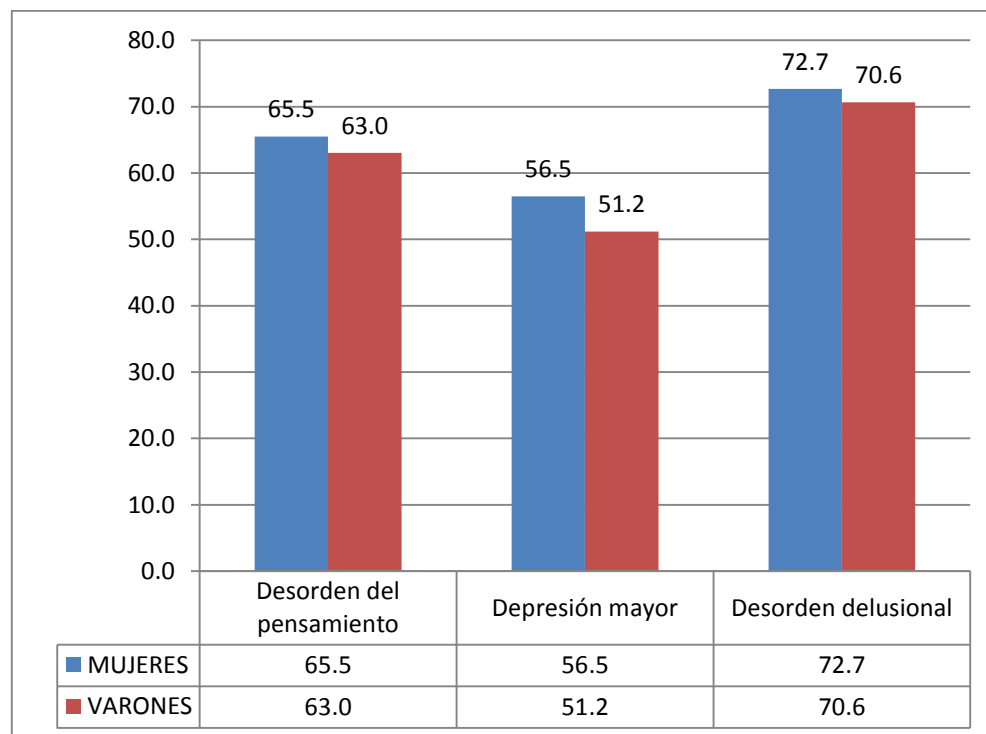


Gráfico 14. *Prevalencia de síndromes severos de personalidad según sexo en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belempampa.*

El gráfico 15, indica un promedio alto en Desorden delusional en el adulto mayor con 77.6, seguido del síndrome severo de personalidad Desorden del pensamiento con 77.0 de promedio en los adultos mayores; el joven obtiene un promedio de 62.0 en Desorden del pensamiento, y en los otros patrones donde sigue siendo bajo sus promedios. Cabe destacar de este gráfico que el adulto mayor es el que vuelve a tener puntajes altos en todos los síndromes severos de personalidad del establecimiento de salud de Belempampa.

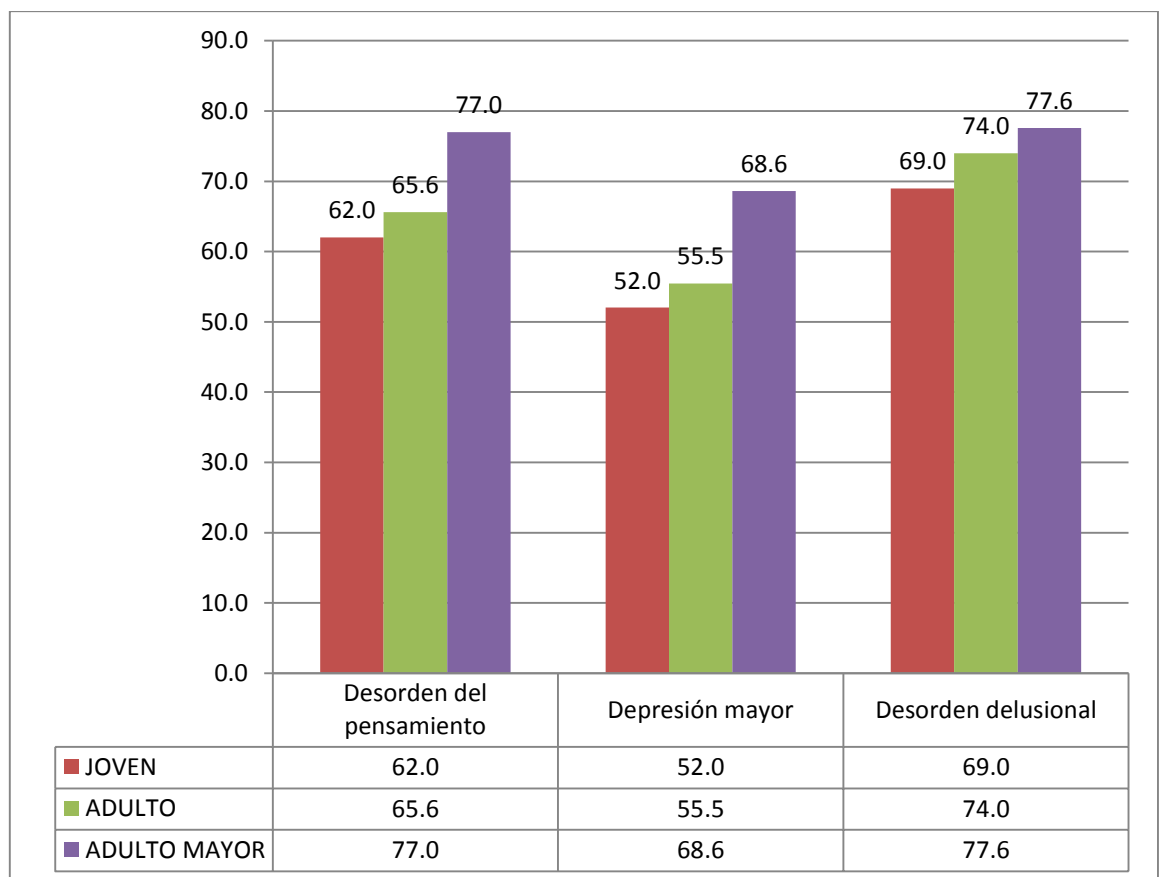


Grafico 15. Prevalencia de síndromes severos de personalidad según edad en usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belempampa.



CAPITULO V

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados de la investigación, se encontró y se describió, la prevalencia de características clínicas de personalidad según las escalas y los promedios diferenciados en los gráficos mencionados.

En los patrones clínicos de la personalidad se aprecia que, con mayor prevalencia, se encuentra ubicado el patrón clínico compulsivo en el más alto promedio, con un 88.0, de los usuarios que acudieron al establecimiento de salud de Belepampa. Este patrón compulsivo es una alteración emocional caracterizada por individuos de conducta prudente, controlada y perfeccionista que derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación. Resuelven esta ambivalencia suprimiendo el resentimiento, y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos. Sus disciplinadas autorrestricciones sirven para el intenso control, aunque oculto, de sentimientos opuestos, resultando en pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. (Millon, T. & Everly, G, 1994) Entonces así podemos explicar que los usuarios que acudieron al servicio de psicología del establecimiento de salud de Belepampa, no están totalmente de acuerdo con los hábitos y costumbres de su cultura, porque según Millon adoptan el mecanismo de defensa de “formación reactiva” de esta manera suprimen su resentimiento, y adoptan una actitud de aceptación inconsciente por temor a la desaprobación social. Estos resultados se parecen a los encontrados por Astete, V. L. Julio y Valdez (2014),



quienes en un estudio encontraron indicadores de patrón clínico compulsivo en un 28 % de la población cusqueña.

En segundo lugar se encontró el patrón clínico Dependiente dentro de la escala de patrones clínicos de la personalidad, con un promedio de 79.9 del total de la muestra, el cual posee una orientación pasivo – dependiente, que según Millon, los individuos con este patrón clínico de personalidad se caracterizan por ser personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros. Necesitan de una figura fuerte y cercana, ya que se perciben a sí mismos como débiles y poco competentes. (Millon, T. & Everly, G, 1994) Entonces con este sustento teórico podemos afirmar que los usuarios que acudieron al Servicio de Psicología del Establecimiento de Salud de Belepampa son personas que han vivido situación de sobreprotección parental desde la infancia, al igual que sus generaciones anteriores, esto sumado a situaciones de inseguridad social y violencia tales como asaltos. Corroborándose este problema social con los estudios del consumo de drogas del año 2006 donde los pobladores consideran que el pandillaje y la delincuencia es un problema de la población en un (85%) (Pacheco Luza, E. F, 2006).

En tercer lugar se encontró el patrón clínico de personalidad narcisista, con un promedio de 79.6 del total de la muestra, el cual tiene orientación pasivo – independiente, según Theodore Millon estos individuos poseen una autoimagen inflada, utilizan a los otros para engrandecerse a sí mismos y complacer sus deseos, sin asumir responsabilidades recíprocas. Aparentemente imperturbables, se burlan de las convenciones sociales y no suelen ser respetuosos con los derechos ajenos (Millon, T. & Everly, G, 1994) Entonces con este sustento teórico podemos afirmar que los usuarios que acudieron al Servicio de



Psicología del Establecimiento de Salud de Belempampa son personas que han aprendido a aprovecharse de los demás burlándose de las convenciones sociales generando una sociedad individualista y poco solidaria. Estos resultados se parecen a los encontrados por Astete, V. L. Julio y Valdez (2014), quienes en un estudio encontraron indicadores de patrón clínico narcisista en un 23 % en la población cusqueña.

Ahora pasaremos a analizar la primera escala de patrones clínicos de la personalidad según sexo, donde el patrón clínico con mayor promedio es el compulsivo, donde las mujeres tienen un 88.5 de promedio del total de la muestra, a diferencia de los varones con un 87.1 de promedio que no están muy lejos de la prevalencia de las mujeres, y así comparamos la investigación de Rodas Descalzi en una muestra de 103 personas entre varones y mujeres, donde encontró la frecuencia del trastorno de personalidad de 80% destacando el Compulsivo con un 48,5%.(Rodas D.P., Linares ,2006).Este patrón clínico compulsivo de predominio en las mujeres indicaría que han aprendido a aceptar las normas sociales pese a su descontento con la cultura patriarcal en la que viven que podría estar relacionado con los problemas sociales de violencia familiar de un 70%,que vive la población del Distrito de Santiago, como lo indica los estudios del consumos de drogas del año 2006 (Pacheco Luza, E. F, 2006).

Luego se encuentra un promedio alto en el patrón clínico de personalidad narcisista, donde son los varones quienes tienen un 83.2 de promedio general de la muestra. Según Millon esta alteración psicológica tiene una orientación pasivo – independiente, y se caracteriza por individuos que tienen una autoimagen inflada, utilizan a los otros para engrandecerse a sí mismos y complacer sus deseos, sin asumir responsabilidades reciprocas, Entonces con este sustento teórico podemos afirmar que los



usuarios que acudieron al Servicio de Psicología del Establecimiento de Salud de Belepampa son personas que han aprendido a aprovecharse de los demás sin asumir sus responsabilidades, esto podría estar relacionado con los problemas sociales de violencia familiar en la que vive esta población.

En tercer lugar encontramos en esta misma escala a los varones con el patrón clínico dependiente con un promedio de 80.1 de la muestra total. Según Theodore Millon esta alteración psicológica tiene una orientación pasivo- dependiente, se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, y se obtiene exclusivamente a través de la relación, evitan la autonomía y no exhiben actitudes y conductas de autoafirmación (Millon, T. & Everly, G, 1994) esto podría estar relacionado con la sobreprotección que generan los problemas de pandillaje y delincuencia que vive la población del Distrito de Santiago.

Pasaremos ahora a analizar la primera escala de patrones clínicos de personalidad según etapa de vida donde son los adultos mayores que tienen un promedio de 95 en el patrón clínico de personalidad dependiente, pues se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, y se obtiene exclusivamente a través de la relación, evitan la autonomía y no exhiben actitudes y conductas de autoafirmación (Millon, T. & Everly, G, 1994) Se observa también que el adulto mayor obtiene promedios altos en el patrón clínico de personalidad compulsivo con 93.8 estos resultados expresan el cuidado ,la aceptación a las normas sociales de forma rígida y la dependencia a sus familias durante el proceso de vejez de esta población.



Pasaremos, ahora, a dar inicio al análisis y discusión de los resultados de la segunda escala de la patología severa de la personalidad. Es fundamental explicar que estas características clínicas de patología severa de personalidad son distintos de los patrones clínicos anteriormente analizados, porque estas representan alteraciones más graves y disfuncionales.

Se muestran los resultados de patología severa de personalidad. Así, vemos un promedio general de 81.8 en patología severa paranoide caracterizada por individuos “suspiciouses y defensivos ante la crítica y el rechazo que anticipa. Su comportamiento interpersonal es provocador, teme a la pérdida de independencia. Distorsiona los acontecimientos dentro de una lógica muy personal e irracional”, utilizando también el mecanismo de defensa de proyección para disimular sus emociones y cualidades. (Millon, T. & Everly, G, 1994) por tanto puede expresarse que las incapacidades graves e inflexibles que tiene la población del Distrito de Santiago para adaptarse al medio en el que vive lo lleva a la suspicacia e irritabilidad. Estos resultados se parecen a los encontrados por Astete, V. L. Julio y Valdez (2014), quienes en un estudio encontraron indicadores de patología severa de personalidad paranoide con un 39 % en la población cusqueña.

También un promedio de 70.6 en la patología severa de personalidad esquizotípico del total de la muestra, caracterizada por individuos que prefieren una vida aislada con los mínimos lazos personales y roles relacionales periféricos. Es excéntrico y percibido con los otros como extraño, hipersensible, y desconfiado, de apariencia emocional monótona. (Millon, T. & Everly, G, 1994).



Esta patología severa de personalidad esquizotípico de la población de Santiago nos da a entender que ciertos pobladores tienen un comportamiento social aislado, retraído y sigiloso causando un comportamiento grave de desadaptación y pensamiento disfuncional sobre su independencia. Estos resultados se parecen a los encontrados por Astete, V. L. Julio y Valdez (2014), quienes en un estudio encontraron indicadores de patología severa de personalidad esquizotípica con un 31 % en la población cusqueña.

Ahora vemos la escala de patología severa de personalidad según sexo, y edad encontramos un promedio de 83 en la patología severa paranoide en mujeres y 88.2 de promedio en los adultos mayores caracterizada por individuos “suspiciouses y defensivos ante la crítica y el rechazo que anticipa, cuyo comportamiento interpersonal es provocador, teme a la pérdida de independencia. Distorsiona los acontecimientos dentro de una lógica muy personal e irracional”, utilizando también el mecanismo de defensa de proyección para disimular sus emociones y cualidades. (Millon, T. & Everly, G, 1994) donde son las mujeres las que tienen mayor promedio de esta patología severa de personalidad, que podría estar relacionado con problemas de violencia familiar cuyos niveles elevados de, 87.5%, y 80.8 % respectivamente en los años 2004 y 2005, son expresados en los estudios del año 2006 del Mgt. Ps Edgard Pacheco Luza, durante el año 2006. Otras patologías encontradas con un promedio de 70.6 en la patología severa de personalidad esquizotípica y la de Boderline tienen un promedio de 66 tanto en mujeres y hombres como más generalizado en los adultos mayores. Algunos resultados se parecen a los encontrados por Astete, V. L. Julio y Valdez (2014), quienes en un estudio encontraron indicadores de patología severa de personalidad borderline con un 39 % de la población cusqueña.



Continuando, pasaremos a analizar la tercera escala de síndromes clínicos de personalidad. No sin antes mencionar que esta tercera escala y cuarta escala, que más adelante se analizará, vienen a ser extensiones y distorsiones de los patrones básicos y patologías severas de personalidad ya antes descritas.

Analizamos ahora los síndromes clínicos de la personalidad, donde el síndrome clínico de personalidad con mayor promedio es el somatomorfo con 69.5, seguida con un promedio de ansiedad con 62.4, la dependencia de alcohol con un promedio de 52.3, dependencia de drogas con un promedio de 58.2, síndrome clínico de personalidad-ansiedad con un promedio de 62.4 y un 52.6 de Distimia en usuarios atendidos en el establecimiento de salud de Belepampa. El síndrome clínico de personalidad somatomorfo encontrado en mayor promedio en adultos mayores y mujeres se caracterizan por presentar dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, periodos persistentes de abatimiento y agotamiento y una preocupación por dolores en regiones diferentes del cuerpo irreales y la consecuente pérdida de salud que puede derivar en un patrón compulsivo. (Millon, T. & Everly, G, 1994) Otras investigaciones epidemiológicas de los trastornos mentales del centro de salud mental Juan Pablo II de la Sociedad Beneficiencia Publica del Cusco; indica que el Instituto de Salud Mental con apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) alcanza hasta un 32 % de prevalencia de vida global para trastornos, dando la prevalencia para la esquizofrenia/esquizofreniforme de 1%, trastornos afectivos 11.7%, trastornos de ansiedad/somatomorfos 24 % lo que es un referente para la presente investigación.(Quiroz, V.R., Arias, H., 1996).



Seguidamente el síndrome clínico de dependencia de drogas y el síndrome clínico de dependencia de alcohol su prevalencia es mayor en los varones atendidos en el Establecimiento de Salud de Belepampa tienen un promedio de 60.7 y 57.4 de promedio respectivamente. Estos resultados coinciden en que el mayor porcentaje la tienen los varones en los estudios de los “Perfiles Clínicos de Personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana”, realizadas en la institución CEDRO de Lima que indican un 81 % de varones como consumidores frente al 18 % de mujeres consumidoras (Espinoza, P., y Luis, S., 2008).

Según otras Investigaciones realizadas en el Cusco indican que en el Distrito de Santiago, puente de Belén es una de las 9 zonas de consumo de drogas así mismo se muestra como zonas de comercialización de drogas al mercado central y alrededores al distrito de Santiago como Nueva Alta, Plaza de Armas entre otros. Así mismo se manifiesta que existe una frecuencia del 100% en el consumo de alcohol y tabaco; y un 70 % en el consumo de marihuana, cocaína factores de relevancia que agudizan el consumo y dependencia de estas drogas (Pacheco Luza, E. F., 2006).

La dependencia de drogas en los jóvenes tiene un promedio mayor de 67.2 frente al resto. Los adultos mayores tienen un promedio de 66 de dependencia de alcohol frente a los jóvenes y al adulto. Estos resultados se parecen a los expresados en los estudios del Mgt. Ps Edgard Pacheco Luza, que indican que el grupo etario de mayor consumo es el de los adolescentes con un 87 %, y un 60.9 % en adultos. (Pacheco Luza, E. F., 2006).

Ahora pasaremos a analizar la escala de los síndromes severos de personalidad, donde indica un mayor promedio en síndromes severos de personalidad con un 72.0 en el trastorno delusional, seguida del síndrome severo del trastorno del pensamiento con un



64.7 y depresión mayor en los usuarios atendidos en el establecimiento de salud de Belepampa. El desorden delusional se manifiesta según Millon por ser individuos paranoicos agudos que experimentan delirios irracionales. Son vigilantes a una tensión persistente, sospechosa y alerta a la posibilidad de traición. En cuanto al desorden del pensamiento se caracteriza por individuos esquizofrenicos o por psicosis reactiva breve, Pueden mostrar un comportamiento incongruente , desorganizado o regresivo con sentimientos embotados y una sensación profunda de estar aislados. (Millon, T. & Everly, G, 1994).Existen otros estudios similares donde se indican un 39 % de desorden delusional y un 50 % en el desorden del pensamiento en los estudios de Astete de la población de la micro red Cusco (Astete, V. L. Julio y Valdez 2014).



CONCLUSIONES

Primera.- Se ha encontrado la prevalencia de los patrones clínicos de personalidad en un promedio de 88.0 en el patrón compulsivo. Siendo más afectada la población de mujeres y la población adulto mayor, al que le corresponde un promedio de 93.8 y un promedio de 95.0 de dependiente, en los usuarios que acudieron al servicio de Psicología del establecimiento de Salud de Belepampa.

Segunda.- Se ha encontrado la prevalencia de la patología severa de personalidad de tipo paranoide con un promedio de 81.8, siendo mayor este síndrome en la población de mujeres y en la población de adulto mayor.

Tercera.- Se ha encontrado la prevalencia de síndrome clínico de personalidad con mayor promedio en el somatomorfo con un 69.5, siendo mayor esta proporción en la población de mujeres y la población de adulto mayor, existiendo otros síndromes clínicos de importancia pero en promedio menor, como la ansiedad, dependencia de drogas, distimia, alcoholismo, ansiedad, en usuarios atendidos en el establecimiento de salud de Belepampa.

Cuarta.- En cuanto a la prevalencia de síndromes severos de personalidad, se ha encontrado con un mayor promedio igual al 72.0 en el desorden delusional, seguida del desorden del pensamiento con un promedio de 64.7, siendo esos síndromes mayores en la población de mujeres y en el del adulto mayor.

Quinta.- La prevalencia de las características clínicas de personalidad en los usuarios que acudieron al establecimiento e salud de Belepampa, podemos decir, podemos decir, en



cuanto a los síndromes severos,, tiene un nivel moderado, y en cuanto a los patrones clínicos de esta población, tiene un indicador moderado a normal, en tanto que la patología severa de indicador sugestivo, es una población que tiende de lo moderado a la normalidad. Los síndromes clínicos de esta población, tiene un indicador bajo que expresa la búsqueda de la normalidad, no encontrando niveles de gravedad de importancia.



SUGERENCIAS

Primera.- Se implementen medidas políticas y económicas que generen puestos de trabajo a psicólogos en Establecimientos de Salud donde no cuentan con estos profesionales.

Segunda.- Que todos los profesionales de Psicología utilicen el inventario clínico multi axial Millon: MCMI-II para la práctica clínica en los centros de salud, con el fin de profundizar el diagnóstico clínico de los pacientes.

Tercera.- Que las facultades de Psicología implementen en su malla curricular cursos relacionados con la teoría de Theodore Millon.

Cuarta.- Realizar investigaciones en la población adulta tomando en cuenta los demás instrumentos de evaluación de Theodore Millon, como: Inventario de estilos de personalidad, MIPS, MCMI.

Quinta.- Profundizar en estudios de las escalas de patología severa de personalidad y de la escala síndrome clínico de la personalidad en la población de mujeres, como también en los síndromes severos de la personalidad.

Sexto:- Profundizar en estudios de las escalas de síndrome severo de personalidad y de la escala síndrome clínico de la personalidad en la población adulto mayor en hombres y mujeres, por ser una población vulnerable.

**BIBLIOGRAFIA**

- Albanesi de Nasetta & Casar, (2011). *“Estilos de personalidad prevalentes en mujeres estudiantes de psicología en una universidad privada de Argentina”*. Revista Electrónica de Psicología Argentina. Obtenida el 10 de Diciembre de 2014, de <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile>
- Alma de Cid, Méndez, R., Sandoval, F. (2011). *Investigación fundamentos y métodos*. Pearson México.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., et al. (2012) *Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente*. Madrid- España.
- Astete, V. L. Julio y Valdez. (2014). *Prevalencia de las características clínicas de la personalidad en Establecimientos de Salud de la Microred Cusco, 2014*.
- Breve historia de los trastornos mentales. (s.f). Recuperado el 17 de Noviembre del 2014, de <http://www.oocities.org/bakuninn/enfermedades.htm>.
- Bischof, L. (1973). Interpretación de las teorías de la personalidad, enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva. Mexico: TRILLAS.
- Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios de salud (asis) / oficina de epidemiología / insn no 3 / ministerio de salud diciembre 2014 Breña - lima – Perú
- Cloninger CR: A Systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry 44:573-588, 1987.
- Davis, R. (1999). Millon: *Fundamentos de la ciencia, la teoría, la clasificación, evaluación y terapia*. Diario de Evaluación de la Personalidad, 72(3), 330-352. España
- Espinoza, P., y Luis, S. (2008). *Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana*. Revista Española de Drogodependencias, 33(2) 206-222. Obtenida el 11 de Diciembre de 2014, de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=630769> . Lima, Perú.



- Fierro, A. (2004) *Salud Mental, Personalidad sana, Madurez personal*. Ponencia en el Congreso Internacional de Psicología “¿Hacia dónde va la Psicología?”. Santo Domingo. Universidad de Málaga- España.
- González Guerrero L., (2011) *Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. (Universidad Computense de Madrid, 2011). Madrid- España.
- Grossman Seth, Millon Carrie, Meagher Sarah, Rowena Ramnath (2006). *Trastornos de personalidad en la vida moderna*. 2da edición. Barcelona – España
- Harris, JR: How to succeed in childhood, in *The Nature-Nurture Debate: The Essential Readings*. Edited by Cesi Sj, Williams WM. Oxford, England, Blackwell, 1999, pp 84-95.
- Hernández, F. C., Baptista, P (2006) *Metodología de la investigación*. Mc Granw-Hill Bogotá - Colombia.
- Hernandez, J. M. *Trastornos de la personalidad*. [En línea] 2012 [consulta: 18 Enero 2015]. de <<http://personalidadpatologica.blogspot.pe/2012/04/antecedentes-historicos-de-los.html>> .
- Kerlinguer. (2002) *Investigación del comportamiento*. McGranw-Hill México.
- La Republica (2013) *Problemas Mentales Crecen 30 % en Cusco desde 2012*. Edición Impresa del 15 de Octubre de 2013 de <http://larepublica.pe/15-10-2013/problemas-mentales-crecen-30-en-cusco-desde-2012>
- Millon, (1997) *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Madrid – España.
- Millon, T. & Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona- España.
- Millon, (1999) *Inventario clínico Multiaxial de Millon II*. España.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona – España.
- Millon & Everly (1994). *"La personalidad y sus trastornos"*. Barcelona – España.
- Millon, T; Grossman, S; Millon, C; Meagher, S; Ramnath, R.(2006).*Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Masson Barcelona – España.



- Morris C., Maisto A. (2005). *Introducción a la Psicología*. Editorial Pearson Educación. Duodécima Edición. Pág.379. México.
- Montaña, S. M., Palacios, C. J.L, Gantiva, C. (2009) *Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición* [Versión electrónica]. Psychologia Avances de la disciplina. Universidad de San Buenaventura. Bogotá- Colombia. Recuperado el 21 de Diciembre de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>
- Oldham, John M; Skodol, Andrew E; Bender, Donna S. *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Elsevier. Barcelona- España.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Meditor.
- Pacheco Luza, E. F., (2006). Diagnóstico local participativo del consumo de drogas en el Distrito del Cusco
- Paris J: *Social Factors in the Personality Disorders*. Cambridge, England, Cambridge University Press, 1996
- Plan de Gobierno Municipalidad Distrital de Santiago Provincia y Departamento de Cusco Periodo – 2011- 2014. Recuperado el 4 de Febrero de 2014 de: http://aplicaciones003.jne.gob.pe/hdverm2010/public/verplangobierno.aspx?id_ubigeo=070106&id_org_politica=21
- Pino Gotuzzo, R., (2007) *Metodología de la investigación*. San Marcos Lima-Perú.
- Quiroz, V. R., Chávez, G. W., y Holgado, C. M., (1997) *Estructura y contenido del síndrome esquizofrénico del hombre andino de la subregión Cusco (Perú)*. Cusco – Perú
- Quiroz, V.R., Arias, H., y Chávez, G. W., (1996) *Perfil epidemiológico de los trastornos mentales y estructura de la demanda de servicios en el Centro de Salud Mental Juan Pablo II, de la Sociedad de Beneficencia Pública del Cusco-Peru*.
- Rodas D.P., Linares G. S. C., Vargas M. H., (2006) *Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada*. Lima-Perú.
- Sánchez, R. O., (2003) *Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología*. [Versión electrónica] , *Psico-USF*, 8(2), 163-172. Recuperado el 10 de Junio de 2014 de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1995/vol2/arti3.htm>



- Toledo Blanquet S. M., Ensayo de Trastornos Psicológicos. [En línea]. 2013 [fecha de consulta: 15 Enero 2015]. (Pág. 3). Disponible en: <<https://es.scribd.com/doc/35604185/Historia-de-Las-Enfermedades-Mentales>>.
- Torres Castillo, G. A., (2012). *Factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco y Abancay*. Cusco – Perú.
- Vetere, G., Portela, A., y Rodríguez, B. R., (2007). *Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*. Argentina
- Weissman MM: *The epidemiology of personality disorders: a 1990 update*. J Personal Disord 7 (suppl): 44-62, 1993
- Widiger, T. (1999). Millon's Dimensional Polarities. Journal of Personality Assessment, 72(3), 365-389



ANEXOS



Anexo 1

Matriz de consistencia.

TITULO	FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE DE ESTUDIO Y SUB VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACIÓN	INSTRUMENTO EVALUADOR	ESTADÍSTICA
Prevalencia de las características clínicas de la personalidad en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en los Establecimientos de Salud de la Microrred Belepampa, Distrito de Santiago de la Región Cusco, 2014.	¿Cuál es la prevalencia de características clínicas de la personalidad en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en los Establecimientos de Salud de la Microrred Belepampa, Distrito de Santiago de la Región Cusco, 2014?	<p>1.3.1 Objetivo general.</p> <p>Describir la prevalencia de las características clínicas de la personalidad en los usuarios que acudieron al servicio de psicología en los establecimientos de salud de la Microrred Belepampa, Distrito de Santiago de la Región Cusco, 2014</p> <p>1.3.2 Objetivos específicos</p> <p>a. Identificar la existencia de patrones clínicos de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología de los establecimientos de salud de la Microrred Belepampa, de Santiago, Cusco en el año 2014</p> <p>b. Identificar la existencia de patología severa de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología de los establecimientos de salud de la Microrred Belepampa, de Santiago, Cusco en el año 2014</p> <p>c. Identificar la existencia de</p>	<p>Variable.</p> <p>Características clínicas de la personalidad.</p> <p>Sub variables.</p> <p>a. Patrones clínicos de personalidad</p> <p>b. Patología severa de personalidad</p> <p>c. Síndromes clínicos</p> <p>d. Síndromes severos</p>	<p>Tipo y nivel.</p> <p>El presente estudio es una investigación no experimental, transversal y de nivel descriptivo</p> <p>El diseño es descriptivo simple</p>	<p>La población está constituida por 1052 personas mayores de 18 años de edad, los cuales se encuentran registrados en las hojas HIS del servicio de psicología de los establecimientos de Salud de la Microrred Belepampa, distrito de Santiago de la Región Cusco en el año 2014.</p>	<p>Inventario Clínico Multiaxial de Millon II</p> <p>Para la investigación se utilizará el MCMI-II.</p> <p>Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de las escalas ha sido construida como medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.</p>	<p>El procesamiento de la investigación se realizara con métodos estadísticos descriptivos como porcentaje, promedio aritmético, la media aritmética, también se construirá una base de datos en Excel, para finalmente procesar los datos.</p>

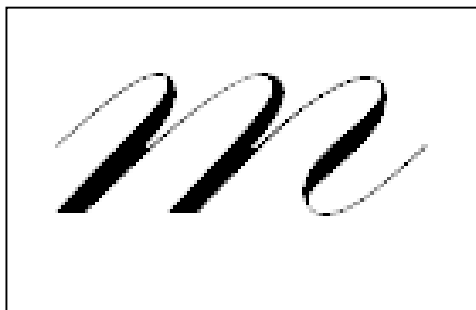


		<p>síndromes clínicos de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología de los establecimientos de salud de la Microred Belepampa, de Santiago, Cusco en el año 2014</p> <p>d. Identificar la existencia de síndromes severos de personalidad, en función de la orientación y el tipo de trastorno presente, respecto al sexo y etapa de vida en los usuarios que acudieron al servicio de psicología de los establecimientos de salud de la Microred Belepampa, de Santiago, Cusco en el año 2014</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2

Ficha de ética

Hoja de respuesta del test

INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON (II)

Edad y fecha de nacimiento: / /

Sexo: _____

Lugar de nacimiento:

Estado civil: _____

Ocupación: _____

INSTRUCCIONES

1. Para contestar en la hoja de respuesta utilice lápiz y goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
2. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
3. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas: están incluidas para describir los diferentes problemas que puedan tener la gente.
4. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar correctamente en cada frase. SI ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, ponga una V (de Verdad) al lado de la frase o si por lo contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser ponga una F (de Falso). Así:
 1. “Soy un ser humano” V
Como esta frase es verdadera para usted poner.
 2. “Mido más de tres metros” F
Como esta frase es falsa para usted poner.
5. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse debe poner F (Falso).
6. No hay límite de tiempo para contestar todas las frases. Pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO HABRÁ ESTE CUADERNILLO ESTA QUE SE LO INDIQUEN



	V o F
1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.	
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.	
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.	
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.	
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.	
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.	
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.	
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.	
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.	
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.	
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.	
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.	
13. Tengo poco interés en hacer amigos.	
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.	
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.	
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.	
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.	
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.	
19. Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.	
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.	
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.	
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.	



23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.	
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.	
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.	
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.	
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.	
28. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.	
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.	
30. Disfruto de situaciones de intensa competitividad.	
31. Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.	
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.	
33. Casi siempre me siento débil y cansado.	
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.	
35. A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.	
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.	
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.	
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.	
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.	
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.	
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.	
42. Soy una persona muy agradable y dócil.	
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi “mal carácter”.	
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.	
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.	



46.	Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.	
47.	Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.	
48.	Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.	
49.	Soy una persona tranquila y temerosa.	
50.	Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.	
51.	Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.	
52.	Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo	
53.	Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.	
54.	Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.	
55.	No soporto a las personas “sabihondas” que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.	
56.	He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.	
57.	Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.	
58.	Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.	
59.	Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.	
60.	Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.	
61.	Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.	
62.	El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.	
63.	Le gusto a muy poca gente.	
64.	Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.	
65.	Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.	
66.	Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.	
67.	Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.	
68.	Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.	



69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.	
70. Tomar las llamadas drogas “ilegales” puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.	
71. Me siento continuamente muy cansado.	
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.	
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.	
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.	
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.	
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.	
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.	
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.	
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.	
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.	
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.	
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.	
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.	
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.	
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.	
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.	
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.	
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.	
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.	
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.	
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.	



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



115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.	
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.	
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.	
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.	
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.	
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.	
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.	
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.	
123. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.	
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.	
125. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.	
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.	
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.	
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.	
129. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.	
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.	
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.	
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.	
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.	
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.	
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.	
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.	
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.	



138. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.	
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.	
140. El problema de usar drogas “ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.	
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.	
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.	
143. No me importa que la gente no se interese por mí.	
144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.	
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.	
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.	
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.	
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.	
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.	
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.	
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.	
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.	
153. Estoy de acuerdo con el refrán “Al que madruga Dios le ayuda”.	
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.	
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.	
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.	
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.	
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.	
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.	
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.	



161. Rara vez me emociono mucho con algo.	
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.	
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.	
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.	
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.	
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.	
167. Últimamente me siento completamente destrozado.	
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.	
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.	
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.	
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.	
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.	
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.	
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.	
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.	



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Estimado (a) Sr(a):

El presente documento es un consentimiento informado, para la realización de un estudio cuya finalidad es la de conocer la prevalencia de características clínicas de personalidad, este nos permitirá tener una comprensión más amplia acerca de este tan importante tema, por tal razón solicitamos su participación voluntaria respondiendo al instrumento de recolección de la información.

PREVALENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS USUARIOS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED BELEMPAMPA, DISTRITO DE SANTIAGO DE LA REGIÓN CUSCO EN EL AÑO 2014

Yo(nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con el bachiller en psicología Franco Hugo Morán Casas.

Comprendo que mi participación es voluntaria, asimismo la información que se arroje será confidencial y no será usado con otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas en la prueba serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimos.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1. Cuando quiera
- 2. Sin que esto repercuta en mis labores

Por esto, manifiesto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante: _____

Fecha: Cusco, ____ de _____ del 2015

Agradezco su participación.

Fanco Hugo Morán Casas.

