



Universidad Andina Del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



Trastornos clínicos de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018

Tesis presentada por:

Bach. Kathya Milena Wilson Pineda

**Para optar el título profesional de
psicóloga**

Asesor

Mg. Luis Fernando Gamio González

Cusco – 2018



Agradecimientos

A mi asesor, Mgt. Luis Fernando. Gamio González docente de la Escuela Profesional de Psicología, por su apoyo, conocimientos y colaboración en todo momento, sin los cuales no se hubiese realizado la presente investigación.

A los docentes de la Escuela Profesional de Psicología y la Universidad Andina del Cusco.



Dedicatoria

Con todo cariño a mi esposo Pabel por ayudarme a forjar nuestro futuro, por creer en mi capacidad, siempre brindándome su amor y por ser fuente de motivación a mi preciosa hija Roussne que daba cada día las fuerzas y la sonrisa para seguir adelante para cumplir mis ideales y así superarme, son parte de mi ser y forman parte de mi espíritu de lucha.

A mis padres, por demostrarme siempre su cariño, paciencia, apoyo incondicional y por toda la motivación y respaldo económico durante todos estos años que estuvieron a mi lado apoyándome en el desarrollo de mi carrera profesional y el desarrollo de este trabajo.

A mis hermanos por sus consejos y motivación para seguir adelante y nunca rendirme, enseñándome que la vida está plagada de retos.



Resumen

El objetivo principal del presente estudio fue describir los trastornos clínicos de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018. La investigación utilizó la metodología descriptiva simple, no experimental, transversal cuyo propósito fue observar y describir el fenómeno de los trastornos clínicos de la personalidad en reclusos por el delito de violación sexual. Para la obtención de los resultados se utilizó como instrumento de medición el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCM-II) que comprende 175 ítems que se responden de forma dicotómica, donde los resultados dieron que los niveles de intensidad de la presencia de los trastornos clínicos de personalidad fue de síndromes severos. Además se pudo conocer que el trastorno clínico de personalidad de mayor promedio fue el de patrones clínicos, seguidamente patologías severas, síndromes severos y por último el promedio de síndromes clínicos.

Palabras Clave: Trastornos clínicos de personalidad, internos por el delito de violación sexual

Abstract

The main objective of the present study was to describe the clinical personality disorders in inmates for the crime of rape in the prison state of Quillabamba, 2018. The research used the simple, non-experimental, cross-sectional descriptive methodology whose purpose was to observe and describe the phenomenon of clinical personality disorders in inmates for the crime of rape. To obtain the results, the Millon Multiaxial Clinical Inventory (MCM-II) was used as a measuring instrument. It comprises 175 items that are answered in a dichotomous manner, where the results gave intensity levels of the presence of clinical disorders of personality was severe syndromes. It was also possible to know that the clinical personality disorder with the highest average was that of clinical patterns, followed by severe pathologies, severe syndromes and finally the average of clinical síndromes.

Keywords: Clinical personality disorders, inmates for the crime of rape



ÍNDICE

Capítulo I

Introducción

1.1.	Planteamiento del problema	1
1.2.	Formulación del problema	4
1.2.1	Problema general	4
1.2.2	Problemas específicos.....	5
1.3.	Justificación e importancia	5
1.3.1.	Conveniencia	6
1.3.2.	Relevancia social	6
1.3.3.	Implicancias prácticas.....	6
1.3.4.	Valor teórico	6
1.3.5.	Utilidad metodológica	6
1.4.	Objetivos de la investigación.....	7
1.4.1	Objetivo general.....	7
1.4.2	Objetivos específicos	7
1.5.	Delimitación del estudio	7
1.5.1.	Delimitación espacial	7
1.5.2.	Delimitación temporal	7
1.6.	Viabilidad	7
1.7.	Aspectos éticos	8

Capítulo II

Marco teórico

2.1	Antecedentes de estudio	9
2.1.1	Antecedentes internacionales.....	9
2.1.2	Antecedentes nacionales.....	11
2.1.3.	Antecedentes locales.....	13
2.2	Bases teóricas.....	14
2.2.1	Breve historia de los trastornos mentales.	14
2.2.2	Antecedentes históricos de los trastornos de la personalidad	15
2.2.3	Teoría psicodinámica.....	17



2.2.4 Teoría fenomenológica 19

2.2.5 Teoría de los rasgos 20

2.2.6 Teoría conductual 21

2.2.7 Teoría cognitiva..... 22

2.2.8 Teoría integradora..... 24

2.2.9 Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología..... 26

2.3. Marco conceptual. 49

2.3.1 Personalidad 49

2.3.2 Trastornos clínicos de la personalidad 49

2.3.3 Patrones clínicos de personalidad 50

2.4. Variables 50

2.4.1. Identificación de la variable 50

2.4.2 Operacionalización de variables 51

Capítulo III

Diseño metodológico

3.1. Tipo de investigación..... 52

3.2. Diseño de investigación 52

3.3. Población 53

3.4. Técnicas de recolección de datos 53

3.5. Validez y confiabilidad de instrumentos 57

3.6. Técnica de procesamiento de datos 58

Capítulo IV

Resultados de la investigación

4.1. Resultados respecto a los objetivos específicos..... 60

4.2. Resultados respecto al objetivo general..... 64



Capítulo V

Discusión

5.1	Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	65
5.2	Limitaciones del estudio	66
5.3	Comparación crítica de la literatura existente	67
5.4	Implicancias del estudio	68
Conclusiones.....		69
Recomendaciones.....		70
Bibliografía.....		71
Apéndice		74
Hoja de respuesta del test		75



Índice de tablas

Tabla 1. Los ocho patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades	32
Tabla 2. Operacionalización de las variables	51
Tabla 3. Distribución de la población diagnosticada con alguna alteración o trastornos psicológicos.	53
Tabla 4. Teoría basada en la estructura de la personalidad patológica.....	43
Tabla 5. Evaluación del Instrumento	56
Tabla 6. Confiabilidad del Instrumento usando Alpha de Cronbach	58



Índice de figuras

Figura 1. Prototipos de personalidad en diferenciación por niveles de intensidad 29

Figura 2. Patrones clínicos de personalidad, en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018..... 60

Figura 3. Patologías severas de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018. 61

Figura 4. Síndromes clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018. 62

Figura 5. Síndromes severos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018. 63

Figura 6. Niveles de presencia de los trastornos clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018. 64



Capítulo I

Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

Cuando se abordó de manera específica dentro de la psicología lo referente al significado de “salud mental”, se han generado diversas controversias, desde que la (Organización Mundial de la Salud OMS, 1978) en la conferencia de Alma – Ata, la definiera como: “Estado de completo bienestar físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición hace referencia clara a los problemas psicológicos, tal es así que actualmente, el término ha sido modificado incorporando el bienestar como eje central, además de la incorporación de los elementos psicosociales y culturales en la determinación tanto de la salud, como de la enfermedad. Hoy en día se sabe que la salud y la enfermedad son procesos interrelacionados que suelen manifestarse preferentemente en un área multidimensional (cuerpo-mente-relación con la sociedad).

Desde esta perspectiva, elaborar un diagnóstico de los principales padecimientos psicológicos que afectan la población es de singular importancia, más aún si se considera 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 sino a influencias culturales de diversos tipos, el crecimiento del turismo y las mayores facilidades de acceso en las diversas vías de comunicación. Por ser un polo de desarrollo turístico y estar geográficamente encallado en una cuenca de gran influencia a zonas accesorias del sur oriente, representa una gran masa poblacional de la que poco o nada se sabe de los trastornos clínicos de la personalidad que la población padece. En el diario la República, en un reportaje fechado el 15 de octubre del 2013, se afirma que los problemas mentales en el Cusco han crecido en un 30% con relación al año 2012, 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 (2013), el panorama es desalentador. “Cusco tiene una sociedad depresiva y adicta”, concluye. Respalda su



posición en la evaluación de su representada. Allí se detalla que el (61%) de los ciudadanos presenta algunos niveles de depresión y el (29%) niveles ansiedad, los cuales son conocidos como trastornos afectivos. Un 13% de cusqueños es adicto al alcohol y drogas (trastornos adictivos) y el 2% ha intentado suicidarse. En tanto, el 12% de evaluados dijo ser víctima de violencia en su familia. En menor medida se registran casos de esquizofrenia, de cada mil cusqueños uno la padece.

La población del Establecimiento Penitenciario de Quillabamba cuenta con distintas variedades de problemas, este análisis se realizó con observación y entrevistas al grupo de tratamiento penitenciario, se encontró mayores dificultades: masificación de prisioneros, desajuste entre la realidad de los proyectos, imprecisión de los indicadores con los que se trabajó como está la predicción de peligrosidad de conducta, imposibilidad de dedicar suficiente tiempo a tareas terapéuticas, dificultades en el mantenimiento del secreto profesional, traslado de los internos, perfil de los presos: drogadicción, falta de formación, carencias educativas, laborales, problemas de salud, respuestas agresivas, una serie de variables intrapsíquicas, como la personalidad, los síntomas asociados al estado de ánimo general como es la depresión, ansiedad, estrés, también las habilidades interpersonales, diversos factores pueden incidir en el deterioro de estas dimensiones psicológicas de la persona. Por otro lado, el de ser encarcelado reviste el carácter de un evento traumático para la vida de una persona, especialmente si es el primer contacto con la prisión; se encontró en las primeras semanas de encarcelamiento mayores niveles de ansiedad, estrés y mayor riesgo de suicidio (Clemente & Núñez, 1997).

Actualmente se encuentran cuatro internos que están siendo atendidos en el Área de Salud con ideación de autolesión, tendencia al aislamiento, con diagnóstico depresivo y trastorno psicótico. El plan estratégico que se está usando en el tratamiento penitenciario de salud es el de medicación con antidepresivos, sedación en caso de agitación psicomotriz, evaluación constante por psicología y manejo derivado a psiquiatría, por lo que se llegó a la conclusión que uno de los asuntos más complejos en el campo del tratamiento, es la equiparación entre la modalidad del tratamiento y las condiciones del individuo, su variabilidad individual con el fin de incrementar la efectividad de la intervención, puede inferirse que las intervenciones psicológicas constituyen el núcleo central y crítico de los tratamientos de los trastornos adictivos, esas concepciones orientan el comportamiento de las personas, imprimiéndole sentido y dirección, como también fue de importancia realizar terapias grupales con los técnicos responsables en el área de seguridad ya que ellos continuamente están cercanos a los internos del penal y por último



al aprender al cómo reaccionar ante cualquier circunstancia y contexto en el cual utilice ampliamente con el conocimiento sobre psicología comunitaria, psicología jurídica y psicología clínica, dando como resultado respuestas satisfactorias ante el tratamiento psicológico de una variedad internos del penal, es clara la observación del cambio de los internos.

Conocer la realidad de los trastornos clínicos de personalidad presentes en la sociedad es prioridad para establecer de manera efectiva las diversas intervenciones requeridas para buscar el desarrollo y crecimiento sano de la población. Por esta razón para el presente estudio se considera a la variable con la denominación de trastornos clínicos de la personalidad a aquellos que parten del estudio de los estilos de personalidad que son los que reflejan características permanentes del funcionamiento de las personas. 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 (Clemente & Núñez, 1997).

Es una realidad la presencia de los trastornos clínicos de personalidad en el Establecimiento Penitenciario de Quillabamba donde permitió conocer de manera más precisa los problemas más frecuentes y comunes, además de las carencias y realidad en la cual se pueden fundamentar en el futuro mecanismo de intervención mucho más efectiva acorde con la realidad de los pobladores de esta zona del país.

Por lo expuesto anteriormente podemos decir que debido a la ingente cantidad de factores que ocurren durante el desarrollo psicosocial, resulta difícil atribuir una o varias causas para determinar los trastornos clínicos de personalidad, y sus consecuencias. Dentro de Cusco, la provincia de La Convención constituye una de las trece provincias del Departamento del Cusco, con ocho distritos: Santa Ana, Echarate, Huayopata, Quimbiri, Maranura, Ocobamba, Pichari, Quellouno, Santa Teresa y Vilcabamba; provincia que no se aleja de la realidad en cuanto a la salud mental, ya que según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del MINSA, los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y depresión, y estas podrían desencadenar trastorno de personalidad, las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con



incidencia en Lima, Junín, Cusco, Arequipa y Huánuco. Por ello fue de gran importancia la investigación en la provincia, en una población en la que no se suele investigar.

Afirmando que, en cuanto al Derecho Penal Sexual es una rama Jurídica que ha sido maltratada por decirlo menos en los últimos años, y sobre todo en la última década debido a su sobre penalización, es decir se agravaron las penas desmesuradamente (Clemente & Núñez, 1997).

El delito de violación sexual es un delito execrable y reprochable desde todo punto de vista por lo que el interno debe de recibir una sanción ejemplar, sin embargo, esta sanción no debe afectar los fines de la pena los cuales son la rehabilitación, reeducación y reincorporación del penado a la sociedad.

Alarmantes cifras de violaciones en el país, cerca de 15 mujeres, niñas y niños son violadas sexualmente a diario, en el periodo de Enero – Marzo, se observó que las regiones con mayor incidencia de violación sexual son Lima con 749, Junín 156, Cusco 144, Arequipa 137, Huánuco 104 y otros 1033.

Los casos de violación sexual contra mujeres, niñas y niños según la edad en el periodo de Enero – Marzo fueron, de 0 a 7 años 1618, de 18 a 59 años 683 y 60 a más 22 casos

Los recientes debates sobre la pena de muerte para este tipo de delincuentes han causado que se genere diversas opiniones sobre la real condición médica y social de este tipo de agresores, se ha dicho que son monstruos, enfermos mentales incurables, sin embargo, hay quienes dicen que son personas comunes y corrientes con ciertas alteraciones de conducta, pero teniendo en cuenta que podrían ser recuperables para la sociedad. En consecuencia, es precisamente este trabajo el que va a ayudar a tener una perspectiva sobre su personalidad, y que si bien es cierto puede discernir entre lo bueno y lo malo estaría trastornado y requeriría un tratamiento psico-sexual urgente. Conductas pues que aparte de requerir una penalidad severa debe estar presente el tratamiento multidisciplinario de tipo sobre todo psíquico. Clemente & Núñez, 1997

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los niveles de los trastornos clínicos de la personalidad en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018?



1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es el patrón clínico de personalidad más prevalente en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018?

¿Cuál es la patología severa de la personalidad más prevalente en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018?

¿Cuáles son los síndromes clínicos más prevalentes que afectan a la personalidad de los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018?

¿Cuáles son los síndromes severos de la personalidad más prevalentes en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018?

1.3. Justificación e importancia

Todo el mundo está influenciado por una personalidad atractiva. Y sin influir en los demás no se puede conseguir el éxito en el mundo competitivo de hoy. Por tanto, la importancia del desarrollo de la personalidad ha aumentado mucho. Hoy en día la población en general es cuidadosa con el desarrollo de la personalidad de su entorno primario. Sin embargo, en esta última década se observa el incremento de trastornos (Carrillo, 2011)

Teniendo en cuenta que los trastornos de personalidad se relacionan con una variedad de problemas que comprometen la calidad de vida, siendo una población que está expuesta a desarrollar trastornos psicológicos o de personalidad, por diversos factores que influyen en su vida diaria, como sus hábitos de vida, estilos de crianza, costumbres que vivencian, etc.

El presente trabajo es importante porque así se pudo brindar mayor información que permita a las personas que trabajan en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, tener un mayor conocimiento para el tratamiento específico en la población de dicha localidad; siendo sin duda un aporte al conocimiento de la psicología de la provincia de la Convención, que a partir de ello se podrá promover estrategias de intervención psicológica; ya sea creando programas de intervención o mediante talleres grupales.



1.3.1. Conveniencia

La presente investigación sirvió para conocer los trastornos clínicos de la personalidad en los internos que son procesados y sentenciados por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, de tal manera es conveniente saber los resultados para formular diferentes sugerencias sobre el tratamiento para los pacientes con patologías psicológicas de personalidad.

1.3.2. Relevancia social

El presente trabajo de investigación es socialmente relevante puesto que sirvió para ampliar los conocimientos psicológicos de personalidad, servirá de información para los profesionales inmersos en el tema y profesionales en psicología clínica, no presenta riesgos sociales porque la información se maneja de manera confidencial y privada protegiendo a los internos evaluados por el delito de violación sexual.

1.3.3. Implicancias prácticas

El presente trabajo de investigación ayudo a los profesionales de psicología jurídica y clínica tener idea de la magnitud de trastornos clínicos de personalidad en centros penitenciarios en el delito de violación sexual, para ello se realizaron las solicitudes correspondientes hacia los responsables del establecimiento penitenciario y la unidad de estudio.

1.3.4. Valor teórico

Con la presente investigación se tuvo un mayor conocimiento en trastornos clínicos de la personalidad y delito de violación sexual desde el punto de la psicología clínica.

1.3.5. Utilidad metodológica

Se utilizó el test de Millon II, instrumento que específicamente fue prevalidado, donde se determinó confiable, para conocer las prevalencias de trastornos clínicos de personalidad en el delito de violación sexual, para luego la información recopilada ser procesada con herramientas estadísticas, esta investigación da cabida para realizar investigaciones en otros delitos como es de tráfico ilícito de drogas en el cual hay muchos internos varones como mujeres en el establecimiento penitenciario de Quillabamba.



1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Identificar los niveles de los trastornos clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018

1.4.2 Objetivos específicos

Conocer los patrones clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018

Conocer las patologías severas de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

Conocer los síndromes clínicos de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

Conocer los síndromes severos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

1.5. Delimitación del Estudio

1.5.1. Delimitación espacial

El presente estudio se realizó para conocer los trastornos clínicos de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el Establecimiento Penitenciario de Quillabamba, la que está ubicada en av. Nicanor la Rea en la provincia de la Convención, Región del Cusco.

1.5.2. Delimitación temporal

La presente investigación tuvo una duración aproximada de 6 meses del presente año 2018, se observó a la población de estudio y se evaluó con el test de MILLON II.

1.6. Viabilidad

El presente trabajo de investigación fue viable puesto que se disponía de los recursos materiales como hojas, laptop, libros físicos y virtuales, el presupuesto para los gastos de transporte y alimentación, para desarrollar la investigación; asimismo se disponían de los permisos necesarios realizados al responsable del establecimiento penitenciario para poder realizar la recolección de los datos de la unidad de estudio



mediante el test de Millon y por último la bibliografía utilizada para las teorías se disipan en libros virtuales y físicos.

1.7. Aspectos éticos

La participación en dicha investigación empezó con el consentimiento informado a los internos que fueron sentenciados y procesados del Establecimiento Penitenciario de Quillabamba, en primer se solicitó el permiso al director del penal, luego se informó a la psicóloga encargada, se llamó en grupos de 10 internos para solicitar e informar su participación de la investigación respetando el anonimato de los participantes en la ficha de resultado y por último se desarrolló el cuestionario.



Capítulo II

Marco teórico

2.1 Antecedentes de Estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

Vetere & Rodríguez, 2016, en su estudio titulado “ El perfil de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada en pobladores de nacionalidad argentina” realizado en el año 2016, cuyo objetivo fue identificar el perfil de personalidad de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), concluyen que 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 sub escalas 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 podría 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).

Campos & Beraún, 2006, en su estudio titulado “Detección de trastornos de personalidad en los Estudiantes de la Escuela Académico Profesional De Psicología De La Unheval en el año 2006 cuyo objetivo fue detectar los trastornos de personalidad, de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Psicología, llegaron a la conclusión siguiente: para su realización se evaluó a 104 estudiantes que fueron atendidos en el Consultorio de Psicología, a quienes se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial



de Personalidad de Millon II. El método fue el descriptivo, lo que nos ha permitido realizar el diagnóstico con los estudiantes de la muestra lo que nos permitió describir detalladamente los tipos de trastornos de personalidad existentes. Las conclusiones a las que llegaron son las siguientes: El 72% de estudiantes de la muestra en la investigación presentan patología posible en los patrones clínicos de personalidad, el 23% presentan indicadores moderados y sólo un 5% tiene indicadores sugestivos. Los tipos de patrones clínicos de personalidad con indicadores elevados son compulsivos en un 48%, seguido por el tipo narcisista en un 26% e histriónico en un 24% de estudiantes; en cuanto a patología severa de personalidad solo se ha encontrado a nivel elevado un estudiante esquizotípico, tres borderline y dos estudiantes con tipo paranoide. Concluyendo que existen diferencias en los patrones clínicos de personalidad entre estudiantes varones y mujeres de la Escuela Académico Profesional.

Cobos & Ortiz-Tallo, 2006 en su tesis titulada “Juego patológico, patrones de Personalidad y Síndromes Clínicos” en el año 2006, cuyo objetivo fue el de evaluar la presencia de patrones de personalidad patológicos y explorar su relación con los síndromes clínicos, llegando las siguientes a las conclusiones: en una muestra de 212 varones jugadores patológicos pertenecientes a un centro de rehabilitación. Asimismo, explorar la posible existencia de perfiles patológicos, comunes en los jugadores, en los que puedan coexistir distintos trastornos de personalidad y síndromes clínicos. Se ha utilizado el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-II). Los resultados muestran cuatro patrones de personalidad clínicos de mayor frecuencia: dependiente, obsesivo-compulsivo, narcisista y antisocial. Los síndromes clínicos más frecuentes son el abuso de alcohol y el abuso de drogas. Se analiza la relación existente entre cada uno de los patrones de personalidad y los síndromes clínicos. Posteriormente se realiza un análisis de Cluster y se identifican dos perfiles de personalidad diferenciados, con rasgos pertenecientes a distintas escalas, que se han denominado “perfil antisocial” y “perfil obsesivo compulsivo”, cada uno de ellos se relaciona de manera muy diferente con los síndromes clínicos. Mostrando el grupo antisocial, de forma estadísticamente significativa, puntuaciones más altas en todos los síndromes clínicos, siendo cercanas a la puntuación clínica en abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico y trastorno delirante. Referente a los síndromes clínicos, los resultados señalan, que sólo un estudiante presenta ansiedad, a nivel elevado, cuatro estudiantes presentan el síndrome bipolar y dos estudiantes presentan distimia. Sobre los resultados de los síndromes



severos de personalidad sólo se ha detectado un caso con desorden en el pensamiento a nivel elevado.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Rojas & Espinoza, 2011 en su tesis titulada “Perfiles Clínicos de la Personalidad en Consumidores de Sustancias Psicoactivas (SPA)” en el año 2011 con el objetivo de Analizar, conocer y describir el perfil clínico de la personalidad de consumidores de drogas. Llegando a las conclusiones: promedio de una muestra de consumidores de drogas de ambos sexos (18% mujeres y 81% hombres) de diversas sustancias psicoactivas (N = 40) participantes en las sesiones de consejería y sesiones motivacionales del Programa «Lugar de Escucha» de la institución CEDRO de Lima-Perú. La recolección de los datos se realizó a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCM-II) y la Ficha de Atención (FdA). Luego del procesamiento de los resultados entre los datos más relevantes se encontró un alto número de escalas con indicadores significativos; se logra evidenciar que los patrones clínicos de personalidad Agresivo-Sádico (93,3), Antisocial (91,5) y Pasivo Agresivo (91,3) presentan los indicadores más elevados dentro de la muestra de consumidores de SPA. Por otro lado, la Escala de Dependencia de Drogas a demostrado ser eficaz en el diagnóstico, encontrándose indicadores significativos en relación con una muestra de consumidores de sustancias psicoactivas.

Descalzi, Cruz, & Murga, 2006 en su tesis titulada “La frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la facultad de medicina de una universidad privada de Lima” en el año 2006 con el objetivo de Analizar, conocer y describir el perfil clínico de la personalidad de consumidores de drogas. Llegando a las conclusiones siguientes: 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. La ansiedad generalizada fue el trastorno más frecuente en nuestro estudio y se encontró con más frecuencia en mujeres. Este hallazgo es similar al encontrado en otros estudios nacionales y extranjeros, que además lo encuentran sobre todo en los primeros años de estudio (4,22).



En los estudiantes con ansiedad generalizada, el trastorno de personalidad más frecuente fue el compulsivo. Podría tratarse de un fenómeno asociado; sin embargo, no se pudo determinar con pruebas estadísticas porque no se contó con la totalidad de los resultados de la prueba MILLON. Sería recomendable realizar futuros estudios para determinar si existe una asociación real.

Espinoza, 2008 en su tesis titulada “Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana en el año 2008, con el objetivo de conocer los perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana, llegando a las siguientes conclusiones: en el grupo de consumidores más de la mitad son solteros/as (80,49%), una cuarta parte casados/as (14,63%), seguidos por un 4,88% de convivientes. En el grupo de no consumidores un 53,66% eran casados/as (3,42%), más de la cuarta parte (26,83%) son solteros/as, seguidos por un 12,20% de convivientes y un mínimo de los participantes eran divorciados o separados. En lo que se refiere a la distribución según nivel educativo (Tabla 1), el grupo de consumidores de marihuana poco más de la mitad (56,10%) tiene secundaria completa, una cuarta parte (14,63%) técnica completa, un 12,20% superior universitaria incompleta seguidos por un 7,32% y 9,76% con educación técnica incompleta y universitaria completa respectivamente. En cuanto a los no consumidores el 41,46% poseen un nivel de instrucción de estudios universitarios incompletos, un 36,59% superior universitaria completa, seguidos por un 12,20% y 9,76% de educación secundaria completa y técnica completa respectivamente. En conclusión, las características de la presente investigación generan que se presenten algunas limitaciones debido a que se utilizó una muestra pequeña y no probabilística, falta de un grupo de contraste de consumidores de otras sustancias psicoactivas y el uso para la evaluación de trastornos de personalidad utilizando una prueba de auto informe (MCMI-II), por estas razones los resultados no pueden ser generalizables a poblaciones con características semejantes. Sin embargo, los resultados encontrados sugieren que existen diferencias marcadas entre los patrones de personalidad desadaptativa de la teoría de Millon entre los consumidores y no consumidores de marihuana. Por otro lado, los resultados de este estudio corroboran encontrado por otros investigadores que reconocen que la existencia de trastornos de personalidad, sean estos previos o comorbidos con otros trastornos implican un riesgo claro de agravamiento psicopatológico, un peor pronóstico, evolución más deficiente,



dificultades en la respuesta y complicaciones al momento de implementar programas terapéuticos.

2.1.3. Antecedentes locales

Moran, 2014 en su tesis titulada “Prevalencia de 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.” Con el objetivo de 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, llegando a las siguientes conclusiones: 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. 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. 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. 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.

Carpio & Ramírez, 2015 en su tesis titulada “Prevalencia de las características clínicas de la personalidad de los internos en el establecimiento penitenciario de varones en la ciudad del Cusco, llegando a las siguientes conclusiones: demuestra la prevalencia de las características clínicas de la personalidad, en los internos que cometieron delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, así como contra la libertad, el patrimonio y la seguridad pública. La investigación se realiza con 655 internos, a quienes se aplicó el instrumento de Millón que mide las características clínicas de la personalidad. En la parte descriptiva, la prevalencia de estas características fue identificada y analizada. Así se



descubrió que la prevalencia más significativa se halla en la patología severa, con un puntaje promedio de 76.2, luego, en los síndromes clínicos, con un porcentaje promedio de 65.6 y en los síndromes clínicos severos, con un puntaje promedio de 61.1. Estos síndromes están presentes en los internos que cometieron delitos contra la seguridad pública. En contraste, los patrones clínicos tienen mayor prevalencia, en los internos que cometieron delitos contra el patrimonio, al tener un puntaje promedio de 77.7.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Breve historia de los trastornos mentales.

La psiquiatría ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. A lo largo de la historia las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, pero en mayor medida que éstas, han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la mucho más reciente anti psiquiátrica. (Calzadilla, 1998)

Edad antigua.

a. **Mesopotamia.** Los primeros médicos babilonios: Assipu, consideraban como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

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.

c. **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 recurrido 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, (Calzadilla, 1998).

2.2.2 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.

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.

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 cuyo foco común era la identificación de criterios comunes para la evaluación del carácter, posteriormente 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 realizadas por los teóricos del carácter y del temperamento 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.

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 pres mórbidos, 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.

Es, igualmente, importante resaltar a autores como Bleuler y Schenneider, si bien ambos coinciden básicamente con las concepciones de Kraepelin, Schenneider difiere de éste en que su objetivo fue esclarecer las experiencias internas del paciente más que objetivar los trastornos mentales.

Desde las concepciones constitucionales-temperamentales intentaron justificar las relaciones existentes entre la constitución corporal y los distintos tipos de comportamientos, patológicos o no, siendo los autores más destacados 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.

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. Fromm fueron fundamentales para su consolidación.

Uno de los pilares básicos del psicoanálisis ha sido la importancia que los autores le han dado a las experiencias tempranas en la infancia que pueden predisponer a patrones de comportamiento patológico, y estilos defensivos que permanecen a lo largo de la vida del individuo. Igualmente es fundamental la idea de conflicto psíquico, entendido como una “lucha” entre los deseos y sus prohibiciones.

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 objetales, si bien son las ciencias cognitivas las que mayor empuje han tenido en las últimas décadas.

La premisa básica de los teóricos cognitivos es que los individuos reaccionan ante su entorno dependiendo de la percepción singular que tengan de éste, así la manera que tengan de interpretar los acontecimientos es la que determina el comportamiento de la persona, de esta forma los estados patológicos, comportamientos y sentimientos



desadaptativos del individuo son producto de las creencias distorsionadas que este tenga respecto de sí mismo y del entorno. Los representantes más sobresalientes de las teorías cognitivas son A.T. Beck, A. Ellis, R. Forgas y B. Schulman.

Desde la perspectiva interpersonal, se comparte la visión de que existen secuencias causales desadaptativas entre las percepciones interpersonales, los hechos comportamentales y las reacciones psicosociales que pueden perpetuar estilos de pensamientos, comportamientos y sentimientos patológicos. H.S. Sullivan, T. Leary y L.S. Benjamín son los autores más representativos.

R. 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. Autores como L. Siever y C.R. Cloniger defienden esta tesis.

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, (Hernández, 2012).

2.2.3 Teoría psicodinámica

De acuerdo con el teórico más importante de este paradigma de la psicología (Sigmund Freud, 1856-1939), la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que por lo general se dan fuera de la conciencia, (Morris & Maisto, 2005)

El concepto de conducta desde esta orientación es de vital importancia porque permite entender la personalidad; es por eso que Pervin & John (1998) plantean que el punto de vista estructural de Freud es una buena manera de abordar este tema.

Según la idea antes expuesta, la persona posee tres estructuras que aparecen durante el desarrollo de la vida; la primera de ellas corresponde a lo que se ha denominado ello, la única estructura que se encuentra presente en el nacimiento y es totalmente



inconsciente, se interesa en satisfacer los deseos del niño con el fin de evitar el dolor. En esta parte del desarrollo el niño solo tiene dos maneras de obtener placer, las acciones reflejas y la fantasía, (Brinsky, 1998)

La segunda estructura planteada por Freud, 1967 es el yo, el que se encuentra entre lo consciente y lo preconscious que busca satisfacer los deseos del ello en el mundo externo; se diferencia de éste en que, en lugar de actuar de acuerdo con el principio del placer (satisfacción inmediata), actúa bajo el principio de realidad. Por medio del razonamiento inteligente el yo busca demorar la satisfacción de los deseos del ello hasta que se pueda garantizar la gratificación de la manera más segura posible. Cuando la persona llega a la edad adulta no solo busca la satisfacción de deseos sino que empieza a entrar en juego el componente moral, lo cual se ha denominado súper yo, este cumple las veces de guardián moral, entonces tiene la función de vigilar al yo para conducirlo hacia las acciones morales socialmente aceptadas, (Pervin & John, 1998)

Teniendo en cuenta lo anterior, Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, que la personalidad está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales Morris & Maisto (2005). Las etapas psicosexuales son cinco y las vivencias en cada una de ellas dan cuenta de un posible perfil de personalidad. A continuación, se presenta cada una de estas etapas.

a. Etapa oral: este periodo comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses se caracteriza básicamente, según Davidoff (1998), porque el niño obtiene placer a través de succionar el pecho de la madre y masticar los alimentos meses más tarde. Según Pervin & John, 1998, los niños que obtienen buena gratificación durante esta etapa tienden a ser adultos optimistas, crédulos y confiables, mientras que los que no son satisfactoriamente gratificados tienden a ser pesimistas, sarcásticos, discutidores y hostiles.

b. Etapa anal: comprende de los 18 meses a los 3 años aproximadamente, en esta etapa el placer del niño está concentrado en el ano y lo experimenta a partir de la expulsión y retención de heces fecales. Se cree que los hijos de padres estrictos en el entrenamiento de control de esfínteres tienden a ser autodestructivos, obstinados, mezquinos y excesivamente ordenados durante la edad adulta (Freud, 1967)

c. Etapa fálica: comprende de los 3 a 6 años, es una etapa muy importante porque es este el momento en que los niños empiezan a descubrir sus genitales, entonces se



apegan mucho más al progenitor del sexo contrario mientras que experimentan sentimientos de rivalidad con el progenitor del mismo sexo. De no darse una adecuada identificación con los progenitores se forma lo que en los niños se conoce como complejo de Edipo y en las niñas complejo de Electra Papalia & Wendkos (1997). Las personas que no reciben suficiente gratificación durante esta etapa tienden a mostrarse como egoístas, vanidosos, con baja autoestima, tímidos y con sentimientos de minusvalía durante la edad adulta, (Morris & Maisto, 2005)

d. Etapa de latencia: Va de los 6 hasta los 12 o 13 años; Freud creía que en esta etapa el interés por el sexo disminuye y los niños pueden jugar con los otros niños del mismo sexo sin experimentar ninguna dificultad, (Papalia & Wendkos, 1997)

e. Etapa genital: La última etapa que va de los 13 años en adelante; Freud la describe como momento en el cual se despiertan los impulsos sexuales permitiendo que el adolescente satisfaga todos los deseos reprimidos durante la niñez, las personas que logran abordar satisfactoriamente esta etapa, desarrollan un muy buen sentido de responsabilidad y preocupación por los demás (Davidoff, 1998)

2.2.4 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.

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 Morris & Maisto (2005). 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.



Allport (1970), 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 (Mischel, 1988)

2.2.5 Teoría de los rasgos

La teoría de los rasgos se refiere 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 Engel, 1996 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 (aspectos emocionales de la actividad dirigida hacia la meta) (Aiken, 2003)

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, definición originada a partir del orden de las fuerzas biológicas, la tipología histórica y la teoría del aprendizaje, estableciendo así la base de la personalidad compuesta por tres dimensiones: introversión-extroversión, neuroticismo (síntomas relacionados con la ansiedad) y psicoticismo (conducta desorganizada) Davidoff, 1998. 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 (Engel, 1996)

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. (Eysenck, 1970)

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. Algunas personas son más estables emocionalmente de una manera integral mientras que otras suelen ser más impredecibles desde el punto de vista emocional. Eysenck (1970) 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 (Eysenck, 1970).

2.2.6 Teoría conductual

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 Davidoff (1998) 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 (Papalia & Wendkos, 1997)



El enfoque conductual de la personalidad hace énfasis en la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas Pervin & John (1998) Finalmente, la visión de Skinner concibe la conducta como un producto el citado como reforzador que incrementa la incidencia conductual.

Por lo tanto, el concepto estructural de la personalidad, planteado por Hull 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.

Otro concepto estructural que utilizó Hull fue el impulso definido como un estímulo capaz de activar la conducta; por lo tanto, son los impulsos los que hacen responder a un individuo. Estos pueden ser primarios (innatos), secundarios (aprendidos); los primarios hacen referencia a condiciones fisiológicas en el interior del organismo (hambre, sed), mientras que los secundarios son aquellos que se han adquirido con base en asociaciones de impulsos primarios (ansiedad o miedo).

2.2.7 Teoría cognitiva

Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; sin embargo, no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación. En palabras de Bandura (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 Bandura, A.; Locke, E., (2003) entendida como la capacidad de manejar las situaciones de manera adecuada para generar resultados deseados. Mientras que para Rotter esto puede ser utilizado como una habilidad cognitiva que influye en las personas de acuerdo con el manejo de sus expectativas, como lo plantea Bandura la conducta de



las personas está orientada a metas, pues los individuos se pueden regular a sí mismos; además tienen un grado de libertad y capacidad de cambiar durante toda la vida.

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.

Siguiendo con Bandura, 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. Entre los modelos centrados en dimensiones del carácter se destacan los que se centran en el concepto de “esquema”. Los esquemas son sistemas estructurados y entrelazados, responsables del procesamiento de un estímulo percibido y su respuesta conductual asociada (Beck, y otros, 1995)

Por su parte, Mischel (1988) se interesó por estudiar las variables personales del aprendizaje social cognoscitivo, variables que generaron otras maneras de percibir las diferencias conductuales; a partir, de estos estudios se pudo especificar cómo las cualidades de una persona influyen en el ambiente y las situaciones, así como también que el individuo emite patrones de conducta complejos y distintos en cada una de sus interacciones cotidianas. Por tal razón, es necesario identificar las aptitudes de un individuo para construir diversas conductas bajo ciertas condiciones; de la misma manera que es pertinente considerar la codificación y clasificación que hace un individuo de la situación, al igual que demanda un gran interés por conocer sus expectativas respecto a los resultados esperados, los valores de esos resultados y los sistemas auto regulatorios de esa persona en particular.

Sin embargo, Pervin & John (1998) planteó como concepto estructural de la personalidad el constructor, 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.



2.2.8 Teoría integradora

Actualmente la comunidad científica aún no ha podido establecer una teoría de la personalidad amplia y consensuada, que organice, estructure y dé cabida a la gran pluralidad existente de investigaciones y 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 (Lluís, 2002)

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”(Big Five), 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 (Gómez & Zabuido, 1996)



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 (Svrakic, Draganic, & Hill, 2002)

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 auto trascendencia (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 (Farabaugh, Fava, Mischoulon, Sklarsky, & Petersen, 2005)

La propuesta que mayor grado de integración alcanza y que mayor difusión tiene en la actualidad es el “modelo evolutivo” de Millon que, además de incluir aspectos cognitivos, conductuales y biológicos, incluye algunos derivados de perspectivas interpersonales. Esta visión parte del modelo de “aprendizaje biosocial” Millon, (1976) en la que Millon ya atribuía posibles efectos en la personalidad a las variables biológicas como lo hacía con las variables psicosociales, combinando esta propuesta teórica con la “naturaleza del refuerzo” (positiva, negativa o ninguna) y la “fuente del refuerzo” (yo, otros, ambivalente o alineada) con la “conducta instrumental” (activa o pasiva).



El modelo actual de Millon extrae, de las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, diferentes ámbitos de manifestación de la personalidad, que serían: mecanismos de defensa, representaciones objétales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (Gómez & Zabuido, 1996)

Efectivamente, la integración es una de las características básicas del modelo de Millon, pues le interesa conocer la estructura básica de la persona como también su dinámica y cambio; para él ambas cosas son imprescindibles para entender el funcionamiento de la personalidad.

De la misma forma que es necesaria la integración entre la perspectiva nomotética (que se centra en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos, los rasgos, los esquemas, las defensas, etc; es decir, se interesa por la generalización) y la perspectiva ideográfica (que centra su atención en las diferencias individuales, se enfatiza que la personalidad de un individuo es el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales) (Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007)

2.2.9 Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología

Desde su obra seminal de 1976, *Psicopatología moderna: U11 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. (Millon, 1976)



En 1968 la American Psychiatric Association publica la primera revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-II APA, 1968, 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. 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.

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 (1976) 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 Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, a partir de su tercera versión de 1980. Decía en 1976 en la introducción de su obra:

Lo más representativo del cuerpo central de la psicopatología son los problemas no dramáticos mundanos de la Vida, las ansiedades calladas pero persistentes, las frustraciones repetidas, conflictos inmovilizantes que obstaculizan a millones de americanos día a día. Estos trastornos leves suelen ser considerados como algo que nos "viene dado" como parte del "destino" del hombre o de su "naturaleza". (Millon, 1976)

En este párrafo introductorio Millon deja sentado un principio que marcaría indeleblemente el estudio de la psicopatología de ahí en más: no solo los trastornos sintomáticos, más floridos y evidentes, deben formar parte de la nosología sino también los patrones de personalidad patológica, a menudo más larvados y ocultos, de los cuales emergen los trastornos sintomáticos, Así definía el autor esos patrones: (Millon, 1976)

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (...) 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. (Millon, 1976)

Otra de las ideas fuertes presentada por el autor en su obra seminal fue que la personalidad patológica puede adquirir diferentes niveles de gravedad. 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, La figura 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 esquizotípico cuando alcanzan un grado mayor de gravedad. (Millon, 1976)

Como muestra la figura 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.

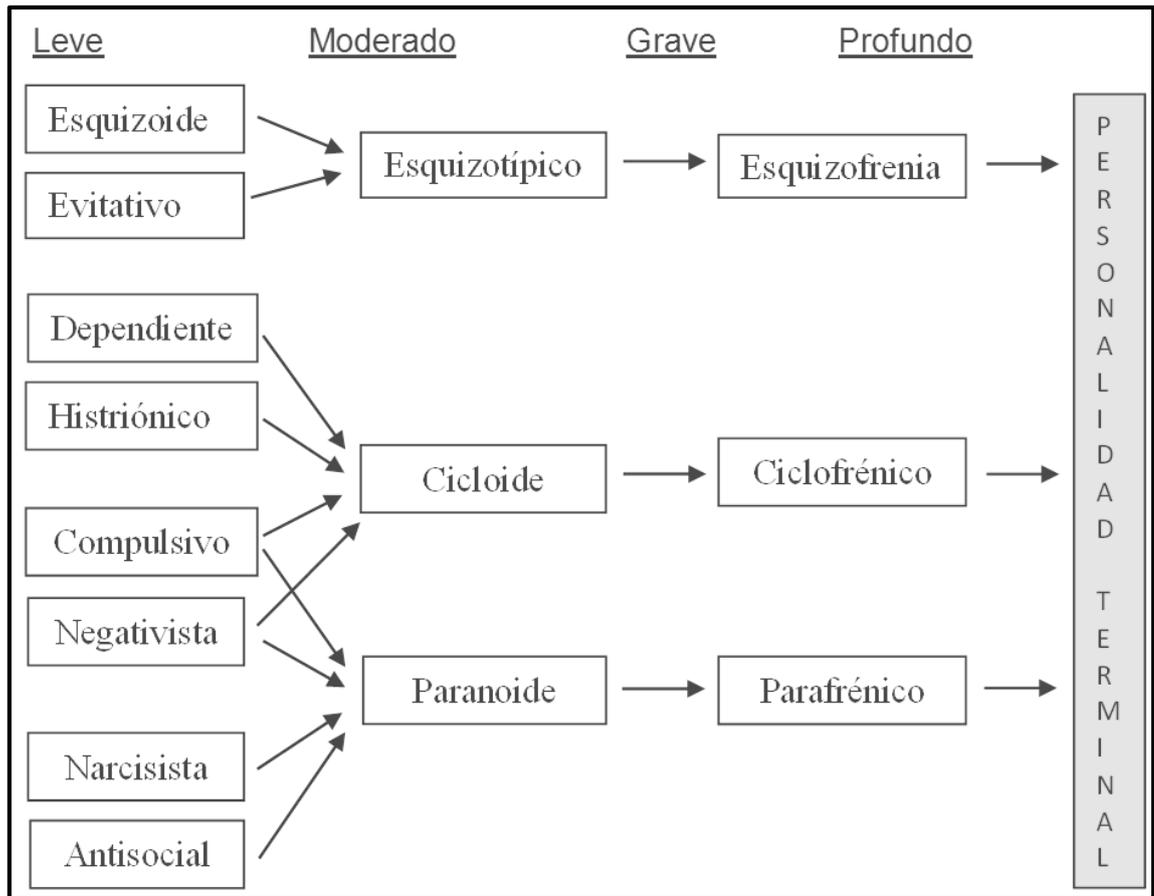


Figura 1. Prototipos de personalidad en diferenciación por niveles de intensidad

Fuente: (Millon, 1976)

Nota: la personalidad esquizoide se llamó asocial en el trabajo original y la personalidad esquizotípico fue llamada esquizoide; estos nombres se cambiaron a los actuales para evitar confusión.

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).

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 (Millon, 1976)

Los primeros ocho tipos de personalidad se pensaron 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. Decía Millon:

“La normalidad y la patología son conceptos relativos; son cosas arbitrariamente establecidas dentro de un continuo agravatoria. La psicopatología va moldeándose 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.”

La diferencia principal, entonces, es que los individuos normales muestran flexibilidad adaptativa en respuesta a su ambiente, mientras que las personas con trastornos de la personalidad exhiben conductas rígidas y desadaptativas. La tendencia a crear círculos viciosos que perpetúan las dificultades y la escasa estabilidad en condiciones de estrés son las otras dos diferencias fundamentales entre las personalidades patológicas y las normales.

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, Strack (1999). 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 (Millon, 1976)

Una de las críticas más comunes hacia la clasificación de los trastornos de la personalidad que aparece en el DSM-IV es la ausencia de un modelo teórico unificado (Widiger, 1999). La propuesta de Millon constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir esa falencia. Su perspectiva teórica adquiere singular



importancia en cuanto el autor ha sido un participante influyente en el desarrollo de varias ediciones de la nomenclatura de los trastornos de personalidad. (Millon, 1976)

Durante más de tres décadas, Millon y sus colaboradores desarrollaron y ampliaron la teoría original, produciendo una amplia serie de libros, capítulos de libros y de artículos que reflejan su esfuerzo para construir una ciencia unificada de la personalidad y la psicopatología. Parte de este esfuerzo estuvo dirigido a integrar componentes previamente dispersos dentro de una ciencia clínica integrada (Millon, 1976)

La primera propuesta teórica de Millon estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial Millon, (1976) Millon & Everly, (1994) 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. (Millon, 1976)

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). (Millon, 1976)

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, (1999) constituye un error potencial del modelo. (Millon, 1976)



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 La Tabla 3 indica como los ocho modelos de personalidad se relacionan con las tres polaridades.

Tabla 1

Los ocho patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades

Activo			Pasivo		
Yo			Yo		otros
otros					
Dolor	Placer	Placer	Dolor	Placer	Placer
Dolor			Dolor		
Activo	–	Activo	–	Pasivo	–
retraído		activo –		Retraído	
(Evitativo)		Independiente		(esquizoid	
		Dependiente		e)	
		(antisocial)			
		(histriónico)			
		Activo	–	Pasivo	–
		ambivalente		ambivalente	
		(pasivo agresivo)		(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 (Millon, 1976)

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 APA, 1995. Sin embargo, estas nuevas categorías diagnosticas fueron incorporadas por Millon en la revisión que llevo a la segunda versión del Inventario Clínico multiaxial de Millon [MCMI] Millon, 1999 aparecida al mismo tiempo que el DSM-III-R. Millon quedo convencido de la utilidad de ambas y las mantuvo en su modelo hasta la actualidad.

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 conseguir refuerzo positivo o evitar refuerzo negativo, o para sustituir el dolor por el placer Millon, (1999b). 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 reviso 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.

Para la preparación de la próxima revisión del DSM que llevo a la cuarta edición APA, 1995, el grupo de trabajo para los trastornos de la personalidad evaluó la posibilidad de agregar un desorden depresivo de personalidad. Aunque el prototipo se descartó y aparece en el apéndice del DSM-IV como una entidad que necesita de estudios futuros, Millon tomo este concepto y agrego el prototipo a su lista en la tercera versión del MCMI aparecida en 1994 (Millon, 1976), la edición del DSM-V aporta novedades con respecto a la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, que tienen amplios efectos sobre muchas especialidades.

Otro notable hito en su desarrollo teórico ocurrió cuando Millon reformuló su teoría de la personalidad y sus trastornos para tener en cuenta los conceptos de la evolución mediante una teoría más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano Millon, 1990. Postula que la evolución es estimulada cuando la continuidad se interrumpe y los



ambientes originales cambian significativamente. Normalmente los ambientes sufren alteraciones graduales; los cambios radicales pueden devenir de la extinción de especies. Los seres humanos contemporáneos son únicos en que los ambientes psicobiológicos son alterados en forma impredecible. Según Murray, 1938 la vida es una procesión constante de exploraciones, aprendizajes y reaprendizajes. Los potenciales adaptativos tempranos pueden no cristalizar por inconsistencia del medio, que generan estilos inmaduros e inestables, sin coherencia y afectividad. Esto es considerado por ejemplo al explicar la personalidad borderline de las dos últimas décadas. La industrialización, la tecnología, los medios masivos suponen una reformulación de valores, costumbres, formas, bajo las cuales es difícil construir estabilidad y esto podría ser un factor de desajuste más que estimular el desarrollo. (Millon, 1976)

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

Existencia: La transformación de estados aleatorios o menos organizados.

Adaptación: Procesos homeostáticos empleados para sostener la supervivencia en ecosistemas abiertos.

Replicación: Estilos reproductivos que maximizan la diversificación y selección de atributos ecológicamente afectivos.

Abstracción: Emergencia de competencias que fomentan el planteamiento anticipatorio y la toma de decisiones reforzadas. (Millon, 1976)

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, 1976)



2.2.9.1 Trastornos de la personalidad del DSM V

Trastorno general de la personalidad

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la repuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Indicadores

Trastornos de la personalidad: Grupo A

▪ Trastorno de la personalidad paranoide

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.



2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
3. Poca disposición a confiar en el demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

▪ **Trastorno de la personalidad esquizoide**

A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

▪ **Trastorno de la personalidad esquizotípico**

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como



por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, súper elaborado o estereotipado).
5. Susplicacia o ideas paranoides.
6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Trastornos de la personalidad: Grupo B

▪ Trastorno de la personalidad antisocial

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
3. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
4. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.



5. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
6. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
 - B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
 - C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
 - D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar. Asociación Americana de Psiquiatría, 2013

▪ **Trastorno de la personalidad límite**

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).



9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

- **Trastorno de la personalidad histriónica**

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra auto dramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

- **Trastorno de la personalidad narcisista**

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado
3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).



6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Trastornos de la personalidad: Grupo C

▪ Trastorno de la personalidad evasiva

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
7. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
8. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

▪ Trastorno de la personalidad dependiente

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:



1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo.)
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

▪ **Trastorno de la personalidad obsesivo – compulsiva**

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.



6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

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.

Escalas de valoración según 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:

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

Patrón pasivo; apático, reservado, rendido, 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 Retraído
- Activo y Pasivo Dependiente
- Activo y Pasivo Independiente
- Activo y Pasivo Ambivalente

Los estilos de personalidad reflejan características permanentes del funcionamiento del interno. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas ya que los internos o reclusos 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 reclusos 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.

Tabla 2
Teoría basada en la 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 o Paranoide	Esquizotípica	Limite	Paranoide	Limite o Paranoide

a. 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. (Millon, 1976)

b. Escala 2: Evitativo:(fóbica) (Patrón activo-retraído). Bajo un esquema similar al anterior, estos sujetos muestran una capacidad disminuida de experiencias al 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 mismo está devaluado, y se confronta frecuentemente con sentimientos de vacío y despersonalización. (Millon, 1976)

c. 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, (Millon, 1976)

d. 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. (Millon, 1976)

e. 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. (Millon, 1976)

f. 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.

g. 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. (Millon, 1976)

h. 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. (Millon, 1976)



i. Escala 8A: Personalidad Pasivo/Agresivo (Patrón activo-ambivalente). Poseyendo tanto la orientación dependiente como la independiente, que no está sesgada ni hacia el sí 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. (Millon, 1976)

j. Escala 8B: Auto derrotista (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. (Millon, 1976)

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. (Millon, 1976)

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 auto denigración. Reacciona intensamente a la separación, miedo obsesivo a la pérdida o el aislamiento. Ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas. (Millon, 1976)

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. (Millon, 1976)

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. (Millon, 1976)

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. (Millon, 1976)



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. (Millon, 1976)

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 más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios auto desvalorativos. 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 por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida. (Millon, 1976)

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. (Millon, 1976)

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. (Millon, 1976)

Síndromes severos.

Estos trastornos reflejan una severidad acentuada.

a. **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 (Millon, 1976)

b. 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. (Millon, 1976)

c. 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. (Millon, 1976)

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 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, 1976)

2.3.2 Trastornos clínicos de la personalidad

Es un patrón de carácter psicológico permanente en el individuo, el cual describe su comportamiento sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad (Valencia, 2007)



2.3.3 Patrones clínicos de personalidad

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (...) 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 (Millon, 1976)

2.3.4 Trastorno clínico de la personalidad

Es un patrón de carácter psicológico permanente en el individuo, el cual describe su comportamiento sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. (Valencia, 2007)

2.3.5 Patrones clínicos de personalidad

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (...) 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. (Millon, 1976)

2.4 Variables

2.4.1 Identificación de la variable

- Trastornos clínicos de la personalidad



2.4.2 Operacionalización de Variables

Tabla 3

Operacionalización de las variables

Variable	Sub Variables	Indicadores
El Trastorno clínico de la 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 pobladores del Establecimiento Penitenciario de Quillabamba, el que será reflejado en los resultados luego de la aplicación del Inventario Multiaxial de Millon	Patrones clínicos de personalidad.	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.
	Patología severa de personalidad	Esquizotípico
		Borderline (Límite).
	Síndromes clínicos	Paranoide
		Ansiedad
Somatomorfo (Histeriforme)		
Distimia (Neurosis depresiva)		
Dependencia de alcohol		
Síndromes severos	Dependencia de drogas	
	Desorden del pensamiento (Pensamiento sicótico)	
	Depresión mayor	
		Desorden delusional (Trastorno delirante)



Capítulo III

Diseño metodológico

3.1. Tipo de investigación

El tipo es descriptivo simple Sánchez y Reyes (2005) pues se trata de recolectar información relevante en la muestra, se realizó una descripción del fenómeno tal como se observa, para al fin dar con los datos sobre los trastornos clínicos de la personalidad en los internos del Establecimiento Penitenciario de Quillabamba por el delito de violación sexual.

El esquema es el que se presenta a continuación:

M - O

Dónde:

O: Información obtenida sobre trastornos clínicos de personalidad.

M: Internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

3.2. Diseño de investigación

El presente estudio es una investigación de diseño no experimental, transversal Hernández, Fernández y Baptista (2016) de análisis descriptiva cuyo propósito es observar y describir el fenómeno de los trastornos clínicos de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el Establecimiento Penitenciario de Quillabamba, 2018.

3.3. Población

La población está constituida por 49 internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Quillabamba, dichas personas fueron diagnosticadas con algún tipo de alteración o trastorno psicológico durante los meses de marzo y abril del año 2018. (Tabla 4).

Tabla 4

Distribución de la población diagnosticada con alguna alteración o trastornos psicológicos.

Trastornos clínicos de personalidad	f	%
Trastorno paranoico	20	44.44
Dependencia al Alcohol	14	22.23
Trastorno mixto ansiedad- depresión	5	11.11
Trastorno somatomorfo	10	22.22
Total	49	100

La población total de internos por el delito de violación sexual hace un total de 49 personas, que cumplen los criterios de inclusión y los cuales tienen alguna alteración o trastorno psicológico.

Hayán sido sentenciados y procesados en el delito, siendo internos en el centro penitenciario de Quillabamba.

3.4. Técnicas de recolección de datos

Para la investigación se identificó el problema en la población de estudio de los procesados y sentenciados mediante la observación y entrevista, continuando con la recopilación de bibliografía generando recursos para la investigación, seguidamente se continuo con el trabajo de campo, gestionando los permisos del director, alcaide y psicóloga encargada en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, se aplicó la evaluación el inventario clínico multiaxial Millon II, recurriendo luego a la consolidación de los datos, análisis y elaboración de resultados.

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon II**

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

*Ficha técnica del inventario clínico Multiaxial de Millon II*

FICHA TECNICA DEL INVENTARIO CLINICO MULTIAxIAL DE MILLON II (MCMII –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 45 o 60 minutos.
Materiales	Cuadernillo de Preguntas Hoja de respuestas 25 planillas de corrección manual 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.

Indicaciones para la calificación e interpretación

1. Después de calificación manual o con el programa computarizado se obtiene la hoja de resultados.
2. Se analizan las Escalas de validez:

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

Evaluación multiaxial en DSM- V

El DSM– V sigue evaluando las mismas áreas de funcionamiento que DSM- IV y CIE-10 pero en formato NO axial. Es decir no tiene ejes.

A pesar de su amplio uso del sistema multiaxial del DSM- IV, este no era necesario para el diagnóstico de ningún trastorno mental. Se incluía también un sistema de evaluación no axial que simplemente enumeraba los trastornos y afecciones apropiados de los ejes I, II y III sin designaciones axiales (DSM-V, 2014)

El DSM – V ha evolucionado hacia la documentación no axial de los diagnósticos (antes eje I, II y III) con notaciones separadas para los importantes factores contextuales psicosociales (ante eje IV) y la discapacidad (ante eje V). El que los diagnósticos estén separados de los factores contextuales y psicosociales es también coherente con la guías



de la CIE de la OMS ya consolidadas, que consideran el estado funcional del individuo aparte de su diagnósticos o de su situación sintomatológica.

Tabla 5.

Evaluación del Instrumento

EVALUACION MULTIAXIAL COMPARATIVA.			
DSM-IV; CIE-10 y DSM-5			
EJES	DSM-IV	CIE-10	DSM-5 (2013) Evaluación NO AXIAL
Eje 1	Trastornos clínicos	Trastornos somáticos Trastornos psiquiátricos Trastornos personalidad (incluiría eje 1,2 y 3 de DSM-IV)	El diagnóstico principal se cita en primer lugar, y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento
Eje 2	Trastornos de la personalidad, Retraso Mental, Mecanismos de defensa, Rasgos des adaptivos de personalidad	Eje discapacitación (similar al eje 5)	Trastornos psiquiátricos Trastornos de personalidad Retraso mental Trastornos orgánicos
Eje 3	Enfermedades médicas	Factores ambientales y de estilo de vida (similar al eje 4)	Factores contextuales y psicosociales (Códigos Z de la CIE-10)
Eje 4	Problemas psicosociales y ambientales	No tiene	
Eje 5	EEAG(0-100)	No tiene	Se sustituye por la (WRODAS 2.0)

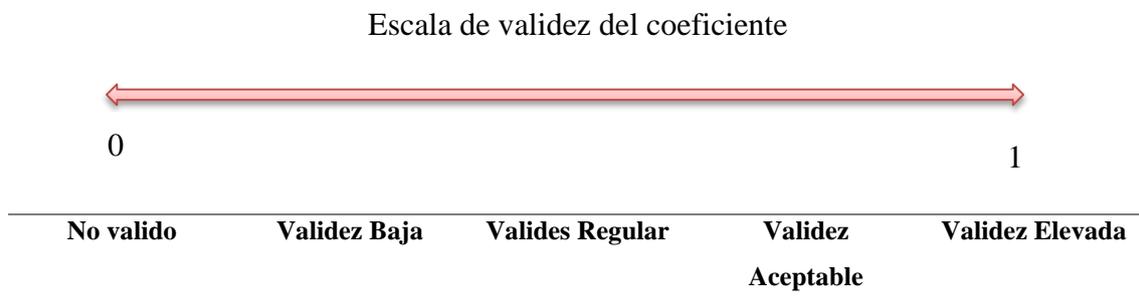
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento

3.5.1. Validez

El inventario Clínico Multiaxial de Millon II en su versión en español cuenta con 3 tipos de validez:

- a) Validez de contenido: que es el examen sistemático del contenido de la prueba para determinar si cubre una muestra representativa del área de conducta que debe medirse. El objetivo es evaluar si los ítems representan adecuadamente un universo o dominio de desempeño.
- b) Validez de criterio: el objetivo principal es evaluar si los puntajes en una prueba pueden ser usados para predecir otra variable (criterio) que, usualmente, no ha sido medida con una prueba.
- c) Validez de construcción por análisis factorial: que es el grado en que la prueba evalúa una característica psicológica, demostrando las construcciones teóricas que explican en cierta medida el resultado encontrado.

Según a la siguiente escala se verifico su validez y confiabilidad del instrumento



Fuente: (Sampieri, 2014)



3.5.2. Confiabilidad

Tabla 6.

Confiabilidad del Instrumento usando Alpha de Cronbach

Escala	Numero de Ítems	Alpha de Conbach
Escala 1: Esquizoide	25	0.72
Escala 2: Evitativo	34	0.84
Escala 3: Dependiente	24	0.71
Escala 4: Histriónica	19	0.63
Escala 5: Narcisista	29	0.78
Escala 6: Antisocial	34	0.84
Escala 6b: Agresivo	36	0.88
Escala 7: Compulsivo	28	0.77
Escala 8: Pasivo Agresivo	18	0.56
Escala 8b: Autoderrotista	35	0.87
Escala S: Esquizotípica	38	0.91
Escala C: Borderline	27	0.76
Escala P: Paranoide	23	0.70
Escala A: Ansiedad	22	0.69
Escala H: Histeriforme	31	0.81
Escala N: Hipomanía	29	0.79
Escala D: Distimia	35	0.87
Escala B: Dependencia de Alcohol	21	0.68
Escala T: Abuso de Drogas	21	0.68
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	20	0.67
Escala Cc: Depresión Mayor	21	0.68
Escala Pp: Trastorno Delirante	17	0.55
Escala Y: Deseabilidad Social	18	0.71
Escala Z: Autodescalificación	36	0.89
Escala V: Validez	19	0.56

N=49

Para medir la confiabilidad se utilizó el índice de Alpha de Cronbach. En la Tabla 8 puede observarse que los puntajes utilizando este método son elevados y oscilan entre 0.55 y 0.91, siendo la escala más alta la Escala S: Esquizotípica (0.91) y la más baja la Escala Pp: Trastorno Delirante (0.55). Los índices de confiabilidad más altos fueron obtenidos por la Escala S: Esquizotípica (0.91) y Escala Z: Autodescalificación (0.89).

3.6. Técnica de procesamiento de datos

Una vez recabado los datos, estos fueron procesados utilizando el SPSS Statistics, los resultados se sistematizaron y presentaron utilizando gráficos para ser descritos y analizados, se consideró el marco teórico con juicio crítico.



Aplicado el instrumento se construyó una base de datos. Para el procesamiento estadístico se utilizó la estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes, con sus respectivos gráficos.

Capítulo IV

Resultados de la Investigación

4.1. Resultados respecto a los objetivos específicos

Patrones clínicos de personalidad

En la figura 2 se muestran los resultados de la evaluación aplicados a los internos sentenciados y procesados por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Quillabamba, donde el índice predominante es de personalidad evitativa, este índice refiere que un 90.47% de los internos son constantemente suspicaces, sobreinterpretan, buscan amenazas potenciales y actúan para evitar el rechazo social, anticipándose a él, su autoimagen esta alienada, percibiéndose a sí mismo como rechazados; mientras el menor índice es de personalidad histriónico obteniendo un resultado de 64.87% este refiere que son sujetos de afectividad inconstante, con tendencia a exhibir afectos dramáticos y superficiales.

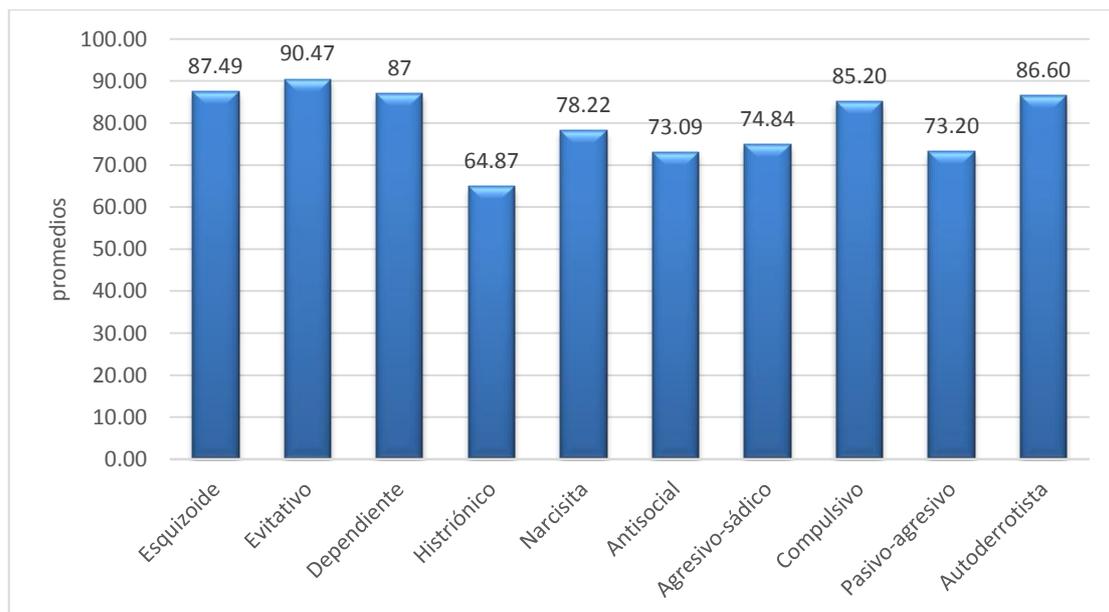


Figura 2. Patrones clínicos de personalidad, en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

Patología severa de personalidad

La figura 3 muestra las funciones y orientaciones según al tipo de trastorno presente que desarrolla el interno penitenciario de Quillabamba por el delito de violación sexual, dando como resultados el mayor índice con 84.07% en el factor de personalidad esquizotípico, este refiere que se caracteriza por preferir una vida aislada con los mínimos lazos personales y roles relacionales periféricos; el menor índice cumple con la personalidad borderline con un 70.91%, este refiere que sufren de intensos cambios de humor, periodos recurrentes de abatimiento y apatía se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia.

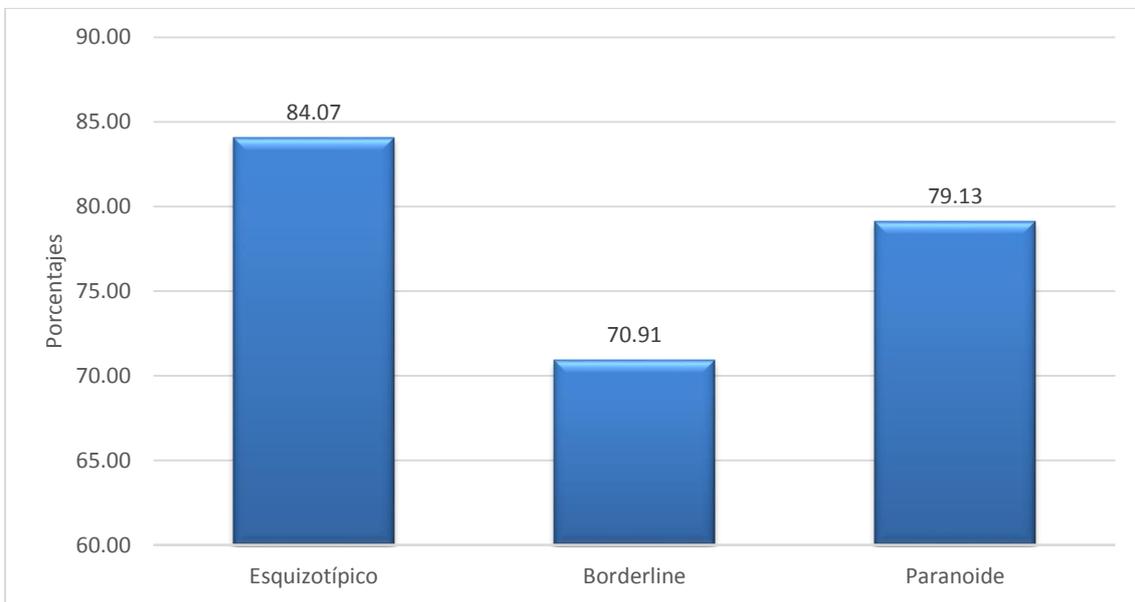


Figura 3. Patologías severas de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

Síndromes clínicos

En la figura 4 se muestran los síndromes clínicos de personalidad en los internos sentenciados y procesados por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Quillabamba, dando como resultados con el mayor índice en personalidad distimia representado por el 75.38% de los internos, este resultado refiere que tienen sentimientos de desánimo o culpabilidad, con carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad, comentarios auto desvalorativos; el menor índice es de personalidad bipolar con un 57.91% , este resultado refiere que evidencian periodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad, distraibilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad.

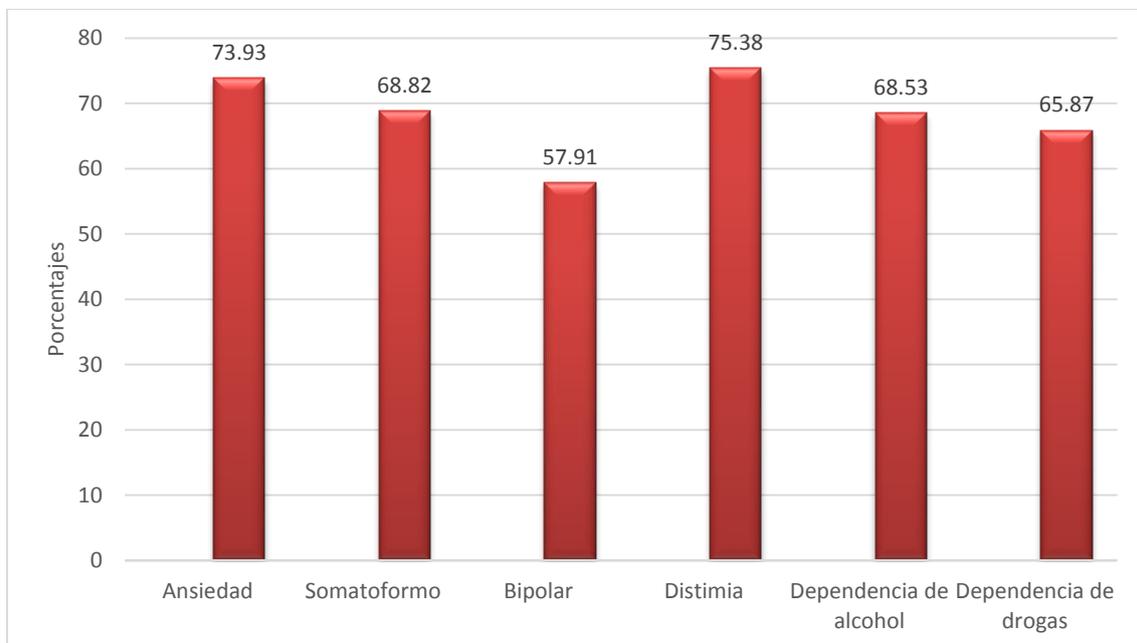


Figura 4. Síndromes clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

Síndromes severos

En la figura 5 se muestra los síndromes severos de personalidad en los internos sentenciados y procesados por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Quillabamba, la cual nos muestra el proceso de datos como resultado a la evaluación, el mayor índice es desorden delusional que está representada por el 77.16% refiriendo que son considerados paranoides agudos, pueden llegar a experimentar delirios irracionales para interconectados, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza; en menor índice se obtuvo un 62.29% que los evaluados desarrollan depresión mayor, este trastorno refiere que habitualmente son incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación.

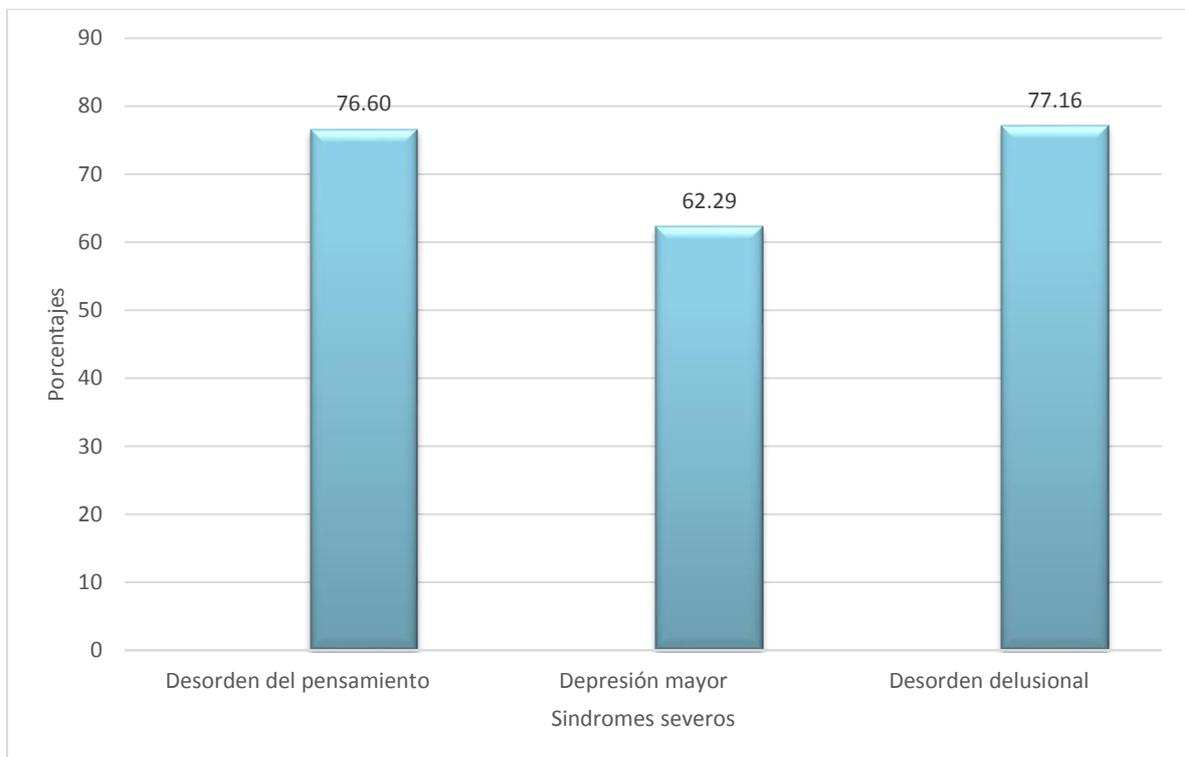


Figura 5. Síndromes severos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.

4.2. Resultados respecto al objetivo general

De los datos obtenidos en la presente investigación se observa que en la figura 6 las características clínicas de la personalidad respecto a sus patrones clínicos en los internos por delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de la ciudad de Quillabamba prevalece como máximo índice el moderado con 45.45% de los internos y el menor índice en nulo con el 0% de los internos, con respecto a la patología severa de personalidad el indicador mayor es prevalentemente sugestivo con 45.45% de los internos y el menor índice en nulo con el 0% de los internos, en los síndromes clínicos el mayor índice que se prevalece es sugestivo con 47.27% de los internos y el menor índice en nulo con el 0% de los internos, y en los síndromes severos se aprecia el mayor índice sugestivo con un 49.09% de los internos y el menor índice en nulo con el 0% de los internos del establecimiento penitenciario de la ciudad de Quillabamba.

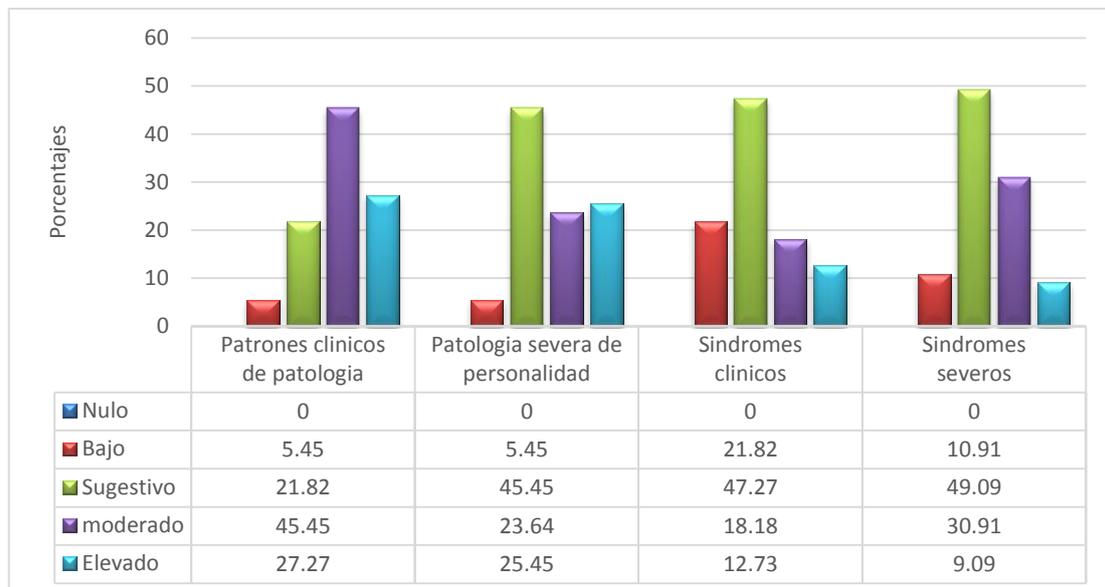


Figura 6. Niveles de presencia de los trastornos clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, 2018.



Capítulo V

Discusión

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

En la presente investigación se realizó la evaluación a 49 internos que son procesados y sentenciados por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba sobre los trastornos clínicos de la personalidad. A partir de estos resultados se muestra los principales hallazgos de este estudio se observa que las características clínicas de la personalidad respecto a sus Patrones Clínicos en los internos por delito de violación sexual prevalece como máximo índice el moderado con 45.45% de los internos, con respecto a la Patología Severa de personalidad el indicador mayor es prevalentemente sugestivo con 45.45% de los internos, en los Síndromes Clínicos el mayor índice que se prevalece es sugestivo con 47.27% de los internos y en los Síndromes Severos se aprecia el mayor índice sugestivo con un 49.09% de los internos del establecimiento penitenciario de la ciudad de Quillabamba.

Por otro lado, en el primer objetivo específico plantea conocer la presencia de los patrones clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba. Se muestra los resultados donde el factor o índice predominante en el proceso de datos aplicado a los internos del penal, dando como resultado en el ámbito Evitativo con un índice de 90.47%, siendo así el índice predominante en la evaluación del test de Millon, mientras el menor índice está identificado en el factor o nivel de Histriónico obteniendo un resultado de 64.87% de la encuesta, siendo así el menor índice del proceso de datos en la encuesta.

Para el segundo objetivo específico plantea conocer la presencia de las patologías severas de la personalidad en internos por el delito de violación sexual, muestra las funciones y orientaciones según al tipo de trastorno presente que desarrolla el interno penitenciario de Quillabamba, dando como resultados el mayor índice con 84.07% en el



factor de Esquizotípico y el menor índice que experimento o cumple con el factor de Bordeline con un 70.91% de los encuestados siendo así el menor índice de los internos.

Para el tercer objetivo específico plantea conocer la presencia de los síndromes clínicos de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba. se muestra los síndromes clínicos de personalidad el tipo de trastorno presente en los internos del establecimiento penitenciario de la ciudad de Quillabamba, las cuales dio como resultados con el mayor de los índices en Distimia representado por el 75.38% de los internos en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, donde se observó también en el menor índice con un 57.91% del trastorno Bipolar en los internos del penal de la ciudad de Quillabamba.

Por último, el cuarto objetivo plantea conocer la presencia de los síndromes severos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba. Se muestra los síndromes severos de personalidad de los internos del establecimiento penitenciario de Quillabamba, la cual nos muestra el proceso de datos como resultado el mayor índice es Desorden Delusional que está representada por el 77.16% de los internos y en el menor índice se obtuvo un 62.29% de los encuestados en el factor de Depresión Mayor.

5.2 Limitaciones del Estudio

El Perú tienen una alarmante cifra de violaciones sexuales tales cuales los internos que están siendo procesados y sentenciados en el establecimiento penitenciario de Quillabamba tienen diferentes grados de estudio concluidos y no concluidos los cuales hicieron un proceso amplio de la evaluación del instrumento Millon II, que fueron explicadas cada ítem por grupos de 10 internos previa a la aplicación del instrumento. Los resultados obtenidos en la presente investigación son generalizables específicamente para la población que se tomó como unidad de análisis en la investigación es decir en los internos acusados por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, ya que se tomó la muestra total del delito.

Para la validez externa se puede generalizar siempre y cuando el ámbito o el establecimiento sea similar, en el presente estudio se realizó en el establecimiento penitenciario a los internos de violación sexual, para poder realizar una validez externa óptima es necesario un análisis hacia demás grupos de estudio ajenos a la investigación, de tal manera la recolección de datos mediante el test de Millon cumpla con su objetivo.



5.3 Comparación crítica de la literatura existente

Según a los datos obtenidos en la presente investigación se observó que el patrón clínico de personalidad más prevalente en los internos acusados por el delito de violación sexual en un establecimiento penitenciario de Quillabamba fue la de evitativo con un índice de 90.47%. En comparación de los datos observados en el trabajo de campo de Cornejo y Beraún Quiñones, titulado “Detección de trastornos de personalidad en los Estudiantes de la Escuela Académico Profesional De Psicología De La Unheval en el año 2006”, se identificó que el 72% de estudiantes de la muestra de la investigación presentan patología la cual es posible en los patrones clínicos de personalidad; según a los datos obtenidos en la presente investigación se observó que la patología severa más prevalente de la personalidad por el delito de violación sexual en un establecimiento penitenciario de Quillabamba, donde se observó el mayor índice con 84.07% en el factor de esquizotípico. En comparación de los datos observados en el trabajo de Campos Cornejo y Beraún Quiñones, se identificó que la patología severa de personalidad solo se ha encontrado a nivel elevado un estudiante esquizotípico, tres borderline y dos estudiantes con tipo paranoide. Esto demuestra que el índice de patrones clínicos y patología severa es mucho más elevado en personas privadas de libertad por el delito de violación a diferencia de los estudiantes que están en libertad, también se podría hacer diferencia en el grado académico que presentan los estudiantes y la desigualdad que tienen los internos del penal por la falta de estudio.

Según a los datos obtenidos en la presente investigación se observó que los síndromes clínicos afectan a la personalidad de los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, se determinó que la Distimia (neurosis depresiva) representa el 75.38%, en comparación de los datos observados en el trabajo de Cobos, Cancino y Ortiz-Tallo, intitulado “Juego patológico, patrones de Personalidad y Síndromes Clínicos” en el año 2006, se identificó que los síndromes clínicos más frecuentes son el abuso de alcohol y el abuso de drogas; es donde podríamos decir que las adicciones son menores en los reclusos que cometieron el delito de violación sexual pero también es latente.

En la investigación de Carpio y Ramírez quienes en su tesis titulada “Prevalencia de las características clínicas de la personalidad de los internos en el establecimiento penitenciario de varones en la ciudad del cusco, que cometieron delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, así como contra la libertad, el patrimonio y la seguridad pública. Se



halla en la patología severa, con un puntaje promedio de 76.2, luego, en los síndromes clínicos, con un porcentaje promedio de 65.6 y en los síndromes clínicos severos, con un puntaje promedio de 61.1, los patrones clínicos al tener un puntaje promedio de 77.7. a diferencia del presente estudio el cual se realizó a internos por el delito de violación sexual que altera la libertad sexual recluidos en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, los patrones clínicos, patología severa, síndromes clínicos y síndromes severos fueron de resultados mayores a diferencia de la investigación de Carpio y Ramírez, por lo tanto se encuentra que existen diferencias en la evaluación anteriormente nombrada y la presente, debiendo considerarse el mayor nivel de gravedad dentro de los trastornos clínicos de la personalidad para los reclusos del centro penitenciario de Quillabamba.

5.4 Implicancias del estudio

La presente investigación ha permitido:

Realizar en el estudio una revisión bibliográfica en la cual se tuvo que integrar la problemática la cual es generar conciencia y conocimiento a los profesionales de psicología para dar prevalencia de trastornos clínicos de personalidad en centros penitenciarios

Se tuvo que analizar la población de internos procesados y sentenciados que cometieron el delito de violación sexual y explicar la falta de conocimiento de las palabras que fueron usados en el instrumento de evaluación, la presencia de trastornos clínicos que fueron encontrados en la recolección de datos y al final en los resultados de la investigación serán de mayor importancia para la intervención futura de los internos con dicho delito, para llegar hacer posible la rehabilitación y la intención de medir el conocimiento que tienen sobre este tema en específico.

Los resultados y las conclusiones de dicho estudio permiten elaborar controles periódicos y programas de concientización con el objetivo de informar y tener estudiantes más responsables en los temas de trastornos clínicos.

Este estudio tuvo aplicación en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, tendrá impacto y orientara a futuros trabajos venideros.



Conclusiones

Primera.- Los niveles de los trastornos clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, respecto a sus sub variables en patrones clínicos es de nivel moderado, en patología severa, síndromes clínicos y síndromes severos son de nivel sugestivo.

Segunda.- Los patrones clínicos de personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, son la personalidad evitativa con un mayor porcentaje, seguidamente fueron esquizoide, dependiente, autoderrotista, compulsivo, narcisista, agresivo-sádico, pasivo-agresivo, antisocial y el de menor porcentaje es histriónico.

Tercera.- Las patologías severas de la personalidad en internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, son la personalidad esquizotípica que tiene un mayor porcentaje, seguidamente fueron paranoide y el de menor porcentaje fue personalidad borderline.

Cuarta.- Los síndromes clínicos de la personalidad en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, son la personalidad de distimia que tiene un mayor porcentaje, seguidamente es ansiedad, somatomorfo, dependencia de alcohol, dependencia de drogas y el de menor porcentaje es la personalidad bipolar.

Quinta.- Los síndromes severos de personalidad en los internos por el delito de violación sexual en el establecimiento penitenciario de Quillabamba, son desorden delusional que es de mayor porcentaje, seguidamente son desorden de pensamiento y el de menor porcentaje es depresión mayor.



Recomendaciones

Primera.- A los centros penitenciarios, se recomienda evaluar el test psicológico MILLON- II a los internos por diferentes delitos, para poder determinar que trastorno clínico de la personalidad presenta, y poder realizar de manera eficiente la intervención psicológica o médica, esta detección precoz suele facilitar la intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito para la rehabilitación.

Segunda.- La investigación realizada debería ser repetida con el delito de tráfico ilícito de drogas ya que este cuenta con mayor número de internos tanto varones como mujeres principalmente en el establecimiento penitenciario de Quillabamba. Por lo que se sugiere realizar dichos estudios en otros establecimientos penitenciarios para identificar los principales factores que llevan a realizar dichos delitos, para realizar una prevención en la sociedad.

Tercera.- Se recomienda emplear distintas modalidades psicoterapéuticas, tales como entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, exposición gradual en el contacto con la sociedad, terapias de grupo de tal manera reducir los pensamientos suicidas y disminuir los sentimientos de inutilidad, de tal manera se logre una inserción en la sociedad.

Cuarta.- Fomentar y apoyar la socialización en el sentido de trabajo organizado en áreas de tratamiento con los técnicos de seguridad, para contrarrestar prejuicios de inferioridad o superioridad y trabajar con éxito el tratamiento multidisciplinario.



Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Estados Unidos .
- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. Mexico: Pearson Educación.
- Allport, G. (1970). *La personalidad*. Barcelona: Herder.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A.; Locke, E. (2003). *Negative Self-efficacy and goal effect revisited*.
- Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., & Ottaviani, R. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona:: Paidós.
- Brainsky, S. (1998). *Manual de psicología y sicopatología dinámica*. Bogotá.
- Calzadilla, F. L. (1998). *Apuntes para la Historia de la Psiquiatría en Cuba*. Cuba.
- Campos, C., & Beraún, Q. (2006). *Detección de trastornos de personalidad en los Estudiantes de la Escuela Académico Profesional De Psicología De La Unheval*. Unheval: Escuela Académico Profesional De Psicología De La Unheval.
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*.
- Carpio, & Ramírez. (2015). *Prevalencia de las características clínicas de la personalidad de los internos en el establecimiento penitenciario de varones en la ciudad del cusco*. Cusco.
- Carrillo. (2011). *Trastornos de la persinalidad*. Colombia.
- Clemente, M., & Núñez, J. (1997). *Psicología Jurídica Penitenciaria*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cobos, C., & Ortiz-Tallo. (2006). *Juego patológico, patrones de Personalidad y Síndromes Clínicos*. UCR.
- Davidoff, L. (1998). *Introducción a la psicología*. México: LIBEMEX.



- Descalzi, R., Cruz, S., & Murga, V. (2006). *La frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la facultad de medicina de una universidad privada de Lima*. Lima.
- Engel, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Espinoza. (2008). *Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana en el año 2008*. Lima.
- Eysenck, H. (1970). *The structure of human Personality*. (3a. ed.). New York:.
- Farabaugh, A., Fava, M., Mischoulon, D., Sklarsky, K., & Petersen, T. (2005). *Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders*.
- Freud, S. (1967). *Obras completas*. España: Biblioteca Nueva.
- Gómez, D., & Zabuido, X. (1996). *Salud y prevención nuevas aportaciones de la evaluación psicológica*. España.
- Hernández, J. M. (12 de Abril de 2012). *mensalud.es*. Obtenido de <http://www.mensalud.es>
- Lluís, J. (2002). *Personalidad: esbozo de una teoría integradora*. Psicothema:.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Mischel, W. (1988). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Moran, C. (2014). *Prevalencia de 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*. Cusco.
- Morris, G., & Maisto, A. (2005). *Psicología*. México: Prentice Hall. México: Prentice Hall.
- OMS. (1978). *Organizacion Mundial de la Salud*.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (1997). *Teorías y evaluación de la personalidad*. Mexico: Mc graw hill.



- Pervin, L., & John, O. (1998). *Personalidad: teoría e investigación*. México:: manual moderno.
- Rojas, & Espinoza, Q. (2011). *Perfiles Clínicos de la Personalidad en Consumidores de Sustancias Psicoactivas (SPA)*. Lima: UCv.
- Svrakic, D., Draganic, S., & Hill, K. (2002). *Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic and treatment issues.* .
- Valencia, C. (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental*.
- Vetere, P., & Rodríguez, B. (2016). *El perfil de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada en pobladores de nacionalidad argentina*. Argentina: Univerdiad de Argentina.



Apéndice

Hoja de respuesta del test

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)

**MCMII - II**

Sexo: _____ Edad y fecha de nacimiento: / / TH. Millon

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.

3. 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).

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 dónde empezar.	
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.	
13. Tengo poco interés en hacer amigos.	
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.	
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.	
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.	
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.	
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.	
19. Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.	
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.	
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.	
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.	
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.	
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.	
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.	



26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.	
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.	
28. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.	
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.	
30. Disfruto 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 espionando 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. 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.	



1.1 Consentimiento por escrito

Estimado (a) Sr(a):

Vengo ejecutando un trabajo de investigación que es socialmente relevante puesto que servirá para ampliar los conocimientos, así como este servirá de información para los profesionales inmersos en el tema y profesionales en psicología, con la finalidad de poder **conocer los Trastornos clínicos de la personalidad en internos por el delito de violación sexual**, lo cual nos permitirá tener una comprensión más amplia acerca de este tan importante tema, por tal razón solicitamos su participación respondiendo a los instrumentos (encuestas).

Título de la investigación:

Trastornos Clínicos de la Personalidad en Internos por el Delito de Violación Sexual en el Establecimiento Penitenciario de Quillabamba, 2018

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..... (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1. Cuando quiera**
- 2. Sin tener que dar explicaciones**
- 3. Sin que esto repercuta en mis labores**

Por esto, manifiesto libremente mi conformidad para participar en el ensayo

Fecha:

Firma del participante:

**Regiones con mayor incidencia de violación sexual.**

Enero – Marzo “2018”	
Lima	749
Junín	156
Cusco	144
Arequipa	137
Huánuco	104
Otros	1,033
Total	2,323

Fuente: (MINSA, 2018)

Casos de violación sexual contra mujeres, niñas y niños

Enero – Marzo “2018”	
0 a 7 años	1,618
18 a 59 años	683
60 a más	22
Total	2,323

Fuente: (MINSA, 2018)