



**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS
CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD EN SUJETOS
DROGODEPENDIENTES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Autor (es):

Bach. Falen Morales, Diana Carolina

Bach. Carrasco Tello, Mischell del Carmen

Asesor:

Dr. Abanto Vélez Walter Iván

Línea de Investigación:

Psicología y Desarrollo de Habilidades

Pimentel – Perú

2017

**CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS
DROGODEPENDIENTES**

Aprobación de la Tesis

Dr. Walter Iván Abanto Vélez

Asesor metodólogo

Ps. Roberto Dante Olazábal Boggio

Presidente del jurado de tesis

Ps. Milagritos del Rocío Torres Curo

Secretario del jurado de tesis

Ps. Doris del Milagro Cerna Díaz

Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

A nuestras familias, quienes fueron un pilar importante para culminar este trabajo, y a Dios, quien nos brindó la fortaleza necesaria para continuar nuestro camino y así llegar a la meta trazada.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a mi asesor metodológico y docentes que nos brindaron su apoyo incondicional y guía durante el proceso de investigación del estudio.

También, agradezco a mi jurado evaluador,

Y, un agradecimiento a las autoridades de cada institución que desinteresadamente nos brindaron su apoyo frente a los requerimientos que solicitábamos.

RESUMEN

La investigación trazó como objetivo estudiar la relación entre la calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes de un centro de rehabilitación para sujetos drogodependientes de la ciudad de Chiclayo en el presente año. La investigación de corte cuantitativo y diseño no experimental transversal correlacional contó con una muestra finita, con muestreo de tipo conveniencia y por cuotas constituida por 35 varones drogodependientes de 18 años en adelante, a quienes se les administró la adaptación del «Cuestionario de Calidad de Vida de Olson & Barnes y el «Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III» de Theodoro Millon. Los resultados indican que existe relación entre la calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes $p < 0,05$. Cabe resaltar que en la población se encontró la existencia de 9 indicadores de los trastornos de personalidad, denotándose que existe relación estadísticamente significativa entre los patrones clínicos: evitativo, antisocial, agresivo – sádico y autodestructivo de la personalidad; la patología severa de la personalidad paranoide, el síndrome clínico de ansiedad, de dependencia del alcohol y dependencia de sustancias; y el síndrome severo de trastornos del pensamiento de la personalidad y los factores de calidad de vida. Estos resultados indican que las variables estudiadas se relacionan con un 99% de confianza, indican que a mayor presencia de un trastorno de personalidad disminuye el nivel de calidad de vida en un sujeto drogodependiente.

Palabras clave: trastorno de personalidad, calidad de vida, drogodependiente.

ABSTRACT

The objective of the research was to study the relationship between quality of life and personality disorders in drug-dependent subjects of a rehabilitation center for drug-dependent subjects in the city of Chiclayo this year. The research of quantitative cut and non-experimental cross-correlative design had a finite sample, with convenience sampling and quotas constituted by 35 drug-dependent males aged 18 and over, who were administered the adaptation of the "Quality of Life Questionnaire" of Olson & Barnes and the «Multiaxial Clinical Inventory of Millon - III» by Theodoro Millon. The results indicate that there is a relationship between quality of life and personality disorders in drug-dependent subjects $p < 0.05$. It should be noted that in the population there were 9 indicators of personality disorders, denoting that there is a statistically significant relationship between clinical patterns: avoidant, antisocial, aggressive - sadistic and self-destructive personality; the severe pathology of the paranoid personality, the clinical syndrome of anxiety, alcohol dependence and substance dependence; and the severe syndrome of disorders of the thought of the personality and the factors of quality of life. These results indicate that the variables studied are related to 99% confidence, indicating that the greater the presence of a personality disorder, the level of quality of life decreases in a drug-dependent subject.

Key words: personality disorder, quality of life, drug addiction.

INDICE

RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	VIII
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	XX
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	XX
CAPITULO III. RESULTADOS	XX
CAPITULO IV. DISCUSIÓN	XX
CAPITULO V. CONCLUSIONES	XX
REFERENCIAS	
ANEXOS	

Tablas

TABLA 1	42
RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS DROGODEPENDIENTES	42
Error! Marcador no definido.	
TABLA 2	43
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	43
TABLA 3	44
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO EVITATIVO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	44
TABLA 4	45
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	45
TABLA 5	46
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	46
TABLA 6	47
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	47
TABLA 7	48
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	48
TABLA 8	49

RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA_____	49
TABLA 9 _____	50
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO AGRESIVO - SÁDICO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA_____	50
TABLA 10 _____	51
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA_____	51
TABLA 11 _____	52
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO NEGATIVISTA (PASIVO – AGRESIVO) DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA _____	52
TABLA 12 _____	53
RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN CLÍNICO AUTODESTRUCTIVO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA_____	53
TABLA 13 _____	54
RELACIÓN ENTRE LA PATOLOGÍA SEVERA DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA _____	54
TABLA 14 _____	55
RELACIÓN ENTRE LA PATOLOGÍA SEVERA DE LA PERSONALIDAD LÍMITE Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA _____	55
TABLA 15 _____	56
RELACIÓN ENTRE LA PATOLOGÍA SEVERA DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA _____	56
TABLA 16 _____	57
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME CLÍNICO DE ANSIEDAD DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA_____	57
TABLA 17 _____	58

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME CLÍNICO SOMATOMORFO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	58
TABLA 18	59
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME CLÍNICO BIPOLAR DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	59
TABLA 19	60
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME CLÍNICO DISTÍMICO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	60
TABLA 20	61
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME CLÍNICO DEPENDENCIA DEL ALCOHOL DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	61
TABLA 21	62
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME CLÍNICO DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	62
TABLA 22	63
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME CLÍNICO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	63
TABLA 23	64
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME SEVERO DEL TRASTORNO DEL PENSAMIENTO DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	64
TABLA 24	65
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME SEVERO DE DEPRESION MAYOR DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	65
TABLA 25	66
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME SEVERO DE TRASTORNO DELIRANTE DE LA PERSONALIDAD Y LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA	66

ANEXOS

<i>ANEXO I</i> _____	75
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL – MILLON III _____	75
<i>ANEXO II</i> _____	88
ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON & BARNES _____	88
<i>ANEXO III</i> _____	91
CONSENTIMIENTO INFORMADO _____	91
<i>ANEXO IV</i> _____	92
PRUEBA NOMINAL _____	92

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en los centros hospitalarios, en todas las unidades de salud mental ha incrementado el número de personas con trastornos de personalidad que requieren atención de carácter urgente, en muchos casos ingresos por autolesiones, suicidio y abuso de sustancias psicoactivas, por lo cual el estado de estos pacientes genera un caos en su vida cotidiana haciendo que se sientan incomprendidos, solos, confusos y abandonados volviéndolos personas volubles.

Haciendo una observación al curso histórico temporal, Camacho (2015) refiere que la edad promedio en la que un ciudadano mexicano inicia con el consumo de sustancias psicoactivas es entre los 12 y 17 años de edad, ya que durante esta etapa el adolescente es fácil de persuadir por el entorno en el que se relaciona. Dicha problemática trae como consecuencia en ocasiones, el origen de un trastorno de la personalidad.

Por otro lado Martínez, Graña y Trujillo (2010) en su estudio de calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol y con trastorno de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y craving tuvieron como finalidad conocer la calidad de vida autopercibida de 65 pacientes y cómo influyen algunas variables como el trastorno de personalidad, el ajuste psicológico y el craving, sus resultados mostraron que los pacientes que presentan trastorno de la personalidad perciben una baja calidad de vida, sobre todo en áreas del estado de salud, ánimo y las relaciones sociales, además su autopercepción es influenciada por el ajuste psicológico y las creencias sobre el craving.

La incidencia de los trastornos de personalidad es un problema notable de salud, debido a que los tratamientos sumados a la poca preocupación del estado por generar nuevas propuestas de intervención incrementarían la dificultad de un diagnóstico temprano de la condición del paciente, lo cual empeoraría si este es influenciado por el consumo de sustancias psicoactivas.

En los casos de más gravedad, las personas con trastorno de personalidad generan un elevado nivel de sufrimiento propio y familiar, así como una altísima carga asistencial que no tiene una repercusión proporcional en su calidad de vida. Asimismo, los profesionales manifiestan necesidades de formación para proporcionar una atención adecuada, eficaz e integral.

Los trastornos de personalidad adquieren una gran trascendencia social, siendo necesario una intervención terapéutica de eficacia, convirtiéndose ello en una posibilidad

para mejorar la calidad de vida en las personas con trastornos de personalidad y sus relaciones interpersonales

Por ende, el problema se enfoca en la relación entre los trastornos de personalidad y la calidad de vida en drogodependientes en la provincia de Chiclayo.

Ante la problemática antes mencionada nos formulamos la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre la calidad de vida y los trastornos de personalidad en un sujeto drogodependiente?

Este trabajo se justificó de manera teórica ya que, según Millon (1960), en su teoría del Aprendizaje Biosocial, estipula que la personalidad y la psicopatología de esta, es el resultado del nivel de interacción que exista entre los factores biológicos y sociales (experiencias que el sujeto posee desde su concepción). Refiere que dicha interacción posee características claves, por un lado, se pone de manifiesto que la predisposición al aprendizaje de ciertas conductas, deriva de la disposición biológica que la persona posea en un proceso de maduración. Por otro lado, explica que la reacción que el sujeto tiene desde pequeño ante ciertas situaciones, no solo condiciona su comportamiento, sino que también predispone a las reacciones que pueda tener su entorno, acentuando de esta manera la conducta del sujeto.

Se justificó metodológicamente puesto que, para llevar a cabo la investigación planteada, se realizó la estandarización de la escala de calidad de vida de Olson & Barnes, y la adaptación del Inventario Multiaxial Clínico de Millon - III. Dichas adaptaciones se ejecutaron mediante un proceso estructurado que nos llevó a alcanzar el objetivo planteado.

Será un gran aporte para la región Lambayeque, ya que actualmente son escasas las investigaciones enfocadas a la relación entre la calidad de vida y trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes. Mediante la realización de esta investigación se proporcionaron resultados que podrán servir como fundamento teórico para futuras investigaciones a incursionar en este ámbito.

Cabe referir, que en este trabajo de investigación se planteó el objetivo de determinar si existe relación entre calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes.

Asimismo, se determinaron los siguientes objetivos específicos: Establecer la relación entre el Patrón Clínico Esquizoide de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Evitativo de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Depresivo de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Dependiente de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Histriónico de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Narcisista clínico de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Antisocial de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Agresivo (Sádico) de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Compulsivo de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Negativista (Pasivo – Agresivo) de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Patrón Clínico Autodestructivo de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre la Patología Severa de la Personalidad Esquizotípica y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre la Patología Severa de la Personalidad Límite y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre la Patología Severa de la Personalidad Paranoide y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Clínico de Ansiedad de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Clínico Somatomorfo de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Clínico Bipolar en la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Clínico Distímico de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Clínico de Dependencia del Alcohol en la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Clínico de Dependencia de Sustancias de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Clínico de Estrés Post – Traumático de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Severo de Trastorno del Pensamiento de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre Síndrome Severo de Depresión Mayor de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida. Establecer la relación entre el Síndrome Severo de Trastorno Delirante de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

Entre las diversas pesquisas ejecutadas, se pudo hallar información, la cual nos permite visualizar hasta qué punto se han investigado las variables de estudio en cuestión, por lo tanto, a nivel internacional tenemos a Pérez y José (2009) quienes tuvieron como objetivo conocer la estructura dimensional profunda de la personalidad en el MCMI – II mediante el análisis factorial, para ello tuvo como población a 749 sujetos de edades comprendidas entre 17 y 67 años, quienes solicitaron tratamiento por abuso y/o dependencia a sustancias psicoactivas. Fueron evaluados a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Millon Clinical Multiaxial Inventory – II, MCMI – II; Millon, 1999), llegando a la conclusión que una considerable proporción de la varianza en el MCMI – II se explica por cambios recientes más que por rasgos estables y sus combinaciones extremas. Debido a que dichos resultados fueron provenientes de personas dependientes a sustancias psicoactivas, se infiere que gran parte de lo que el MCMI – II mide puede referirse a los cambios de la personalidad debido a respuestas inadecuadas ante factores estresantes o efectos de las propias sustancias. López, Ana, Iglesias y Elisardo (2006), tuvieron como objetivo en su investigación conocer las prevalencias de los patrones y trastornos de personalidad y su relación con variables sociodemográficas y características de consumo, utilizando el diseño correlacional, para ello, tuvieron como población a 102 personas con dependencia a la cocaína, aplicándoles el test psicológico MCMI – II. A través de ello llegaron a la conclusión de que las escalas más prevalentes son: pasivo – agresivo, antisocial, narcisista e histriónico. Castillo, Gómez, Mata, Ramírez y López (2016) en la investigación que realizaron, tuvieron como objetivo analizar la tasa de prevalencia de trastornos de personalidad de sujetos en prisión (consumidores de sustancias psicoactivas y maltratadores), empleando el diseño correlacional, utilizando como población a 45 hombres de un centro penitenciario (15 consumidores de sustancias psicoactivas, 15 maltratadores y 15 pertenecientes al grupo control). Para la evaluación, se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, obteniendo como resultado que, en el grupo de sujetos consumidores de droga, puntúa en un nivel alto trastornos de personalidad: histriónico, antisocial, límite y agresivo – sádico, mientras que en el grupo de maltratadores puntúa en un nivel alto el trastorno de personalidad dependiente. Montalvo, López, Javier, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela (2004), en su investigación realizada, se propuso como objetivo analizar la relación entre la presencia de trastornos de personalidad y los abandonos del tratamiento, usando el diseño correlacional. Para ello, se trabaja con una población de 42 pacientes, a los cuales se les evalúa con el MCMI – II, de

lo cual, los resultados evidencian que el 76.2% de los pacientes tiene, al menos, un trastorno de personalidad, ubicándolos así desde el nivel más alto al más bajo: Trastorno antisocial, pasivo – agresivo y trastorno narcisista. Además, se concluye que dicha presencia del trastorno de vincula con la probabilidad de abandono de tratamiento. Iñaki, Fernández, López & Landa (2008), elaboran un estudio con el objetivo de identificar la asociación de los trastornos de personalidad con la adicción a la cocaína. Para ello contaron con una muestra de 60 sujetos adictos a la cocaína, a los cuales se les evaluó mediante el MCMI – II. Como resultado de ello, se determinó que el trastorno con mayor prevalencia en sujetos adictos a la cocaína fueron el trastorno pasivo – agresivo de la personalidad y el trastorno dependiente. Además, en un segundo nivel, se halló el trastorno obsesivo – compulsivo y el histriónico. Burgos (2004) realizó un estudio cuyo objetivo era medir la percepción de los estudiantes en correlación a su calidad de vida y la transición en su estado de salud, para el cual utilizaron una muestra de 131 alumnos del tercer y cuarto año de una carrera universitaria en Chile, se les aplicó dos instrumentos, el primero fue el cuestionario SF-36 de OPS y el segundo Instrumento el Monitor E 2.0, los resultados obtenidos fueron que alrededor del 25% de los estudiantes universitarios sufren de estrés el cual está afectando su estado físico y afecta de manera directa su calidad de vida. Demet (2008) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación de la calidad de vida con los niveles de ansiedad en estudiantes de la universidad Turca de Erciyes. Consideraron una muestra de 276 estudiantes, los instrumentos que utilizaron fueron la escala de calidad de vida CV-100 y el inventario de ansiedad estado – rasgo. Se obtuvo como resultado que existen correlaciones negativas en cuanto al estado de ansiedad con la salud física, bienestar psicológico y el nivel de independencia, sin embargo, se obtuvo correlaciones positivas en cuanto a la relación del estado de ansiedad con las relaciones sociales, medio ambiente y la percepción general de salud. Albanesi de Nasetta, Garelli & Casari (2009) Tuvieron como objetivo en su investigación detectar una relación entre los estilos de personalidad y la calidad de vida en estudiantes de Psicología de Argentina, teniendo como muestra a 62 estudiantes a los cuales se les aplico los cuestionarios de estilos de personalidad y calidad de vida, dando como resultado que no es posible detectar una asociación positiva entre las variables pero si una negativa entre la escala de bienestar social con los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico, borderline (Limite) por evitación. Sin embargo, los ítems de mayor importancia en calidad de vida fueron Apoyo Social y Bienestar Psicológico. Por otro Cramer, Torgersen y Kringlen

(2005), realizaron su estudio fundamentándola en el objetivo de determinar la relación entre los trastornos de personalidad y la calidad de vida. Utilizaron un diseño correlacional. Tuvieron como población a 2053 sujetos entre 18 y 65 años de edad, empleando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta. Obtuvieron como resultado que las personas con trastorno de personalidad, evitativo, antisocial y paranoide denotan una mala calidad de vida, mientras que las personas con trastorno de personalidad histriónica y narcisista, evidencia una tendencia a la buena calidad de vida. Encontramos también a Martínez, Graña y Trujillo (2010), quienes realizaron una pesquisa teniendo como objetivo determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con dependencia al alcohol con trastorno de personalidad. Emplearon un diseño correlacional, tuvieron como población a 65 pacientes con dependencia al alcohol. Para ello utilizaron el cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer, cuestionario general de la salud y el examen internacional de los trastornos de personalidad. Obtuvieron como resultado las personas con un trastorno de personalidad perciben una peor calidad de vida en áreas como el estado de salud, el estado de ánimo y las relaciones sociales.

Así también a nivel nacional, encontramos a Brilmann (2006), quien ejecutó una investigación la cual tuvo como objetivo establecer la vinculación entre el consumo activo de bebidas alcohólicas y la calidad de vida, utilizando un diseño correlacional. Para ello emplearon como población a 89 sujetos consumidores de alcohol. Al evaluarlos usaron el Short – Form Alcohol Dependence Data (SADD), y el SF – 36 (The Medical Out comes Study), que evalúa la calidad de vida. Obtuvieron como resultado que se debía evaluar de manera frecuente el estado de la calidad de vida para un mejor manejo de su tratamiento. Anicama (2001), en su estudio estipuló como objetivo determinar la calidad de vida y los rasgos de sujetos reincidentes en consumo de drogas. Utilizó un diseño descriptivo – comparativo. Estableció como población a 67 sujetos consumidores de sustancias psicoactivas. Para el procedimiento de evaluación, usó la escala de vida de Olson y Howard, además del cuestionario de recaídas para adictos de Marlatt. Como conclusión, determinaron que el sujeto que recae en consumo de sustancias psicoactivas, genera una consecuencia negativa a su calidad de vida. Torres (2009) en su investigación tuvo como objetivo conocer la relación entre la calidad de vida y el rendimiento académico de un grupo de estudiantes universitarios, la muestra estuvo conformada por 122 estudiantes, se aplicó el instrumento “Quality of life enjoyment satisfaction questionnaire, Q-LES-Q” de

Jean Edicott y para medir su rendimiento se utilizó sus notas académicas del primer año. Se obtuvo como resultados que, sí existe relación significativa entre la calidad de vida y el rendimiento académico, por lo que se dedujo que para un adecuado rendimiento académico se debe optimizar una buena calidad de vida y así cumplir eficientemente sus actividades.

De igual forma a nivel local, Morales (2012), en su estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre los tipos de personalidad y las dimensiones de la calidad de vida; así mismo tuvo como objetivo específico establecer los niveles de calidad de vida total y sus factores, su población total estuvo conformada por 394 estudiantes de ambos sexos y su muestra fue de 161 estudiantes. Los instrumentos a utilizar fueron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II de Theodore Millon y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes Adaptado por Grimaldo. Teniendo como resultado el nivel predominante en cuanto a la calidad de vida es buena siendo representada por el 45.3%, se podría decir que el 11.9% de la población de estudiantes tiene una calidad de vida óptima. El 29.8% con tendencia a una baja calidad de vida y por último 13.0% baja calidad de vida. García (2011) Tuvo como objetivo en su investigación establecer la relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Su población estuvo conformada por 210 alumnos de la universidad, solo considerando una muestra de 124. Utilizó como instrumentos la escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes adaptado por Grimaldo (2003) y la escala de afrontamiento para adolescentes. La investigación tuvo como resultado que no existe ninguna relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento.

Entre los fundamentos teóricos que respaldan esta investigación se consideró en primer lugar definir calidad de vida, donde el Manual de Psicología clínica y de la salud de España (2014), define a la calidad de vida como la percepción integral de bienestar que cada individuo denota en su vida cotidiana. Asimismo, la vincula con otras variables que se relacionan con sus necesidades personales e interpersonales. Salinas y Rojas (2005) contemplan a la calidad de vida como una relación entre: el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, su funcionalidad ante la sociedad y satisfacción vital; en el cual se utilizan los indicadores más objetivos y subjetivos de sus funciones físicas, sociales y emocionales de los individuos. Oblitas (2006), refiere que es la manera en cómo el individuo responde de forma individual o social frente a distintas situaciones de la vida cotidiana. Alsinet (2000) tiene como concepto que la calidad de vida

es una forma de contribución a los estudios de bienestar de las personas, abarcando el factor físico y psicológico, haciendo una relación entre las necesidades materiales y las socioafectivas que requiera cada persona. Schalock y Verdugo (2007), refiere que la calidad de vida es un conjunto de diversas áreas, que conforman a una persona. A la vez, menciona la influencia que puede recibir por factores externos, ya sean ambientales, personales o del entorno que rodea. Olson & Barnes (1962), en su escala de calidad de vida, proponen diversas áreas a medir en el sujeto: Vida familiar, amigos, Familia extensa, Salud, Hogar, Educación, Ocio, Religión, Medios de comunicación, Bienestar económico, Vecindario y comunidad. Diener (1984, citado en Olson & Barnes p.01) definió por primera vez a la calidad de vida como un bienestar personal por lo cual, llega a ser una composición del bienestar físico, social y mental, dependiendo de cómo el individuo perciba la información de su entorno. Velarde (2009), su concepto de calidad de vida lo explica como un estilo de vida. Siendo así que esta se basa en un sistema de valores estándar que brindan una sensación de bienestar que varían de sujeto a sujeto. Yataco (2008) explica que la calidad de vida a lo largo del tiempo ha sido conceptualizada como la forma en que las personas perciben su satisfacción y condiciones de vida ligadas a una escala de aspiraciones, valores inculcados y las expectativas personales

Por otro lado, en cuanto a la personalidad, Eysenck (1970), acota a que se halla conformada por la perpetuidad del carácter, temperamento, intelecto y aspecto físico de la persona. Este conjunto de factores, permite al individuo adaptarse a su medio en el cual vive. Semerari & Dimaggio (2008), mencionan que existe una serie de conductas concatenadas que dan como resultado el concepto de personalidad. Entre dichas conductas se menciona el autoconcepto del sujeto y las interacciones con su entorno.

Por último, en cuanto a los trastornos de personalidad, la Asociación de Psicólogos Americanos (1994), en el DSM – IV, define al trastorno de personalidad como un comportamiento que se aparta de las perspectivas que tiene la sociedad. Puede iniciarse en la etapa de la adolescencia, o en la adultez. Genera malestar hacia su persona y a su entorno. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión revisada (APA, 2000), especifica que un trastorno de personalidad se encuentra caracterizado por aquellos patrones persistentes en la conducta de la persona que genera un deterioro significativo, dando como resultado relaciones sociales inadecuadas. CIE – 10, precisa que un trastorno de personalidad es una desviación de la conducta del sujeto, puede dar inicio

desde la infancia y persistir hasta la vida adulta, provocando así dificultades significativas en sus relaciones interpersonales. Fernández (2002), menciona que un trastorno de personalidad se caracteriza por presentar patrones constantes, generando así desorientaciones en el comportamiento de la persona, dificultando que presente un adecuado desarrollo. Expresa además que puede coexistir con otras patologías. Organización Mundial de la Salud (2002), indica que los trastornos de personalidad denotan una anomalía significativa en la conducta del sujeto, la cual se percibe mediante su modo de pensar, sentir y actuar frente a los demás. Millon y Everlyn (2005), refieren que los factores biológicos, un ambiente con componentes estresantes y un aprendizaje desadaptativo generan un trastorno de personalidad. Millon (2006), expresa que existen un conjunto de características que pueden presentar los sujetos con trastornos de personalidad, dichos caracteres son: menosprecio a las leyes, incapacidad de sentir culpabilidad, deserción frente a las normas sociales y discapacidad para entablar relaciones adecuadas con su entorno social.

Según la teoría de Millon, clasifica los trastornos de personalidad en 6 grupos. Empezando por los patrones clínicos de personalidad, en este grupo incluye al trastorno de personalidad esquizoide, el cual según el DSM – IV (1998), dicho patrón se caracteriza por la desconexión hacia las relaciones sociales y la inadecuada expresión emocional. Utgés y Casas (2005), confieren que el desdén hacia las relaciones sociales y la afectividad limitada, son características primordiales del trastorno de personalidad esquizoide. Además, refieren que los sujetos portadores de este trastorno dan la impresión de ser personas frías sin capacidad de experimentar emociones fuertes. Millon (2006), denota que una persona con trastorno de personalidad esquizoide, refleja poseer un estado emocional inactivo. No solo demuestra indiferencia hacia sus emociones o sentimientos, sino también hacia los de su entorno. En cuanto al trastorno de personalidad evitativo, Utgés & Casas (2005), manifiestan que dicho trastorno se encontraría bajo la denominación de timidez patológica, expresada en un temor extremo hacia el concepto negativo de los demás hacia su persona. Evade situaciones que implique una interacción social, por el temor a la crítica o exclusión. Millon (2006), establece que la persona que posee dicho trastorno, presenta características como impaciencia, inquietud, y a la vez genera un distanciamiento ante las actividades que fomenten el interrelacionarse, ya que manifiestan temor hacia el rechazo y la humillación. DSM – IV (1998), define al trastorno de personalidad por evitación, como un patrón caracterizado por la inhibición social. Encontramos también el trastorno de

personalidad depresivo, en el cual Millon, refiere que estos individuos presentan indicadores significativos de tristeza, pesimismo, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor, mientras que el DSM – IV – TR, manifiesta que las personas con trastorno de personalidad depresivo, denotan un estado de ánimo apático, melancólico. Anexo a ello, su autoestima es baja ya que tienden a sentirse insuficientes y llenos de remordimiento. Acerca del trastorno de personalidad dependiente, el DSM – III (1987), señala que este trastorno anteriormente era identificado porque el sujeto presenta una baja autoestima, concatenándose así con una fácil subordinación frente a los demás, mientras que el DSM – IV (1998), confiere que dicho trastorno se describe por que el sujeto posee un comportamiento sumiso y pegajoso, expresando así, una excesiva necesidad de ser cuidado y protegido. Asimismo, Millon (2006) aduce a que este tipo de personas evade sus obligaciones o responsabilidades, con el fin de estar bajo cuidados de terceros. Posee una autoestima baja sometándose con frecuencia a deseos que manifiesten los demás

Según la clasificación de Millon, define diversos trastornos de personalidad. Comenzamos definiendo el Trastorno de Personalidad Histriónico, el cual según el DSM – IV (1998), señala que este patrón se caracteriza por una emotividad excesiva y demanda constante de su entorno social hacia su persona. Mientras que Fernández (2002), alega a que las características principales de este trastorno es aquella preocupación extrema por la apariencia física, además del deseo excesivo de llamar la atención de los demás. Por otro lado, frecuentemente presentan cuadros depresivos, y poseen numerosas decepciones en lo que respecta sus relaciones sentimentales. Asimismo, Millon (2006), establece que la persona que padece este trastorno manifiesta conductas provocativas, a la vez expresa su necesidad por ser elogiada constantemente. Sus relaciones interpersonales presentan conductas de seducción, inmadurez y manipulación.

Encontramos también el Trastorno de Personalidad Narcisista, el cual según el DSM – IV (1998), define a este trastorno como un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración, y escasa capacidad empática. Siguiendo la línea, Kernberg (2004), señala que los rasgos primordiales de la personalidad narcisista, es la actitud excesiva de superioridad, temeridad y ambición. Además, presentan una alta valoración hacia el aspecto físico, el gran poder que otros pueden poseer. Dejando de lado las virtudes que una persona puede tener. Destacan también Utgés & Casas (2005), quienes alegan que estas personas expresan un alto nivel de auto importancia, considerándose superiores a los demás, y que, por ende,

deberían recibir un trato especial. Son intolerantes hacia las críticas que puedan recibir. Dichas características, juegan como factores, para que la persona sea propensa a estados depresivos, ya que ante la actitud soberbia que presenta, sufre el rechazo de su entorno social. Por último, Millon (2006); manifiesta que estas personas presentan comportamientos arrogantes, desdeñosos, poca disposición a retribuir a los demás, ya que su pensamiento está basado en que es merecedor de los favores que crea conveniente, sin necesidad de ser recíproco en el futuro. Por estas características significativas que presentan, son calificadas como personas carentes de humildad, con un egocentrismo excesivamente alto.

En cuanto al Trastorno Antisocial de la Personalidad, Prichard (1937), acota a que este trastorno se caracteriza por la persistencia de conductas delictivas, mientras tanto, Utgés & Casas (2005), refiere que el trastorno antisocial de la personalidad, presenta sus rasgos significativos desde la etapa infantil perpetuándose hasta la etapa adulta. Entre las características principales que muestra está la constante mentira, hurtos, conflictos frecuentes en los cuales está presenta la rebeldía, deserción escolar y pandillaje. Aduce a que dicho trastorno se halla vinculado frecuentemente con actos delictivos, además del consumo frecuente de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas. No presentan preocupación por su integridad física ni por la de los demás, llevándolos así a realizar situaciones riesgosas. Asimismo, Millon (2006), manifiesta que este sujeto es incapaz de asumir responsabilidades que conlleven un periodo largo, presenta además un desdén hacia las normas sociales. Por otro lado, son incapaces de demostrar sentimientos de culpabilidad o remordimiento ante situaciones en las cuales hayan producido daño alguno a su entorno.

Enfocándonos ahora en el Trastorno de la Personalidad Agresivo (Sádico), Millon (2006), define que las personas perezcos de este trastorno, se caracterizan por presentar una conducta hostil, dominante, persecutoria. Sumado a ello, se evidencia su agrado o placer por las consecuencias que tienen sus actos destructivos.

Acerca del Trastorno Compulsivo de la Personalidad, Millon (2006) confiere que este sujeto mantiene su vida bajo un régimen muy estructurado, ante lo cual, de presentarse una variable extraña que altere dicha estructura, se muestran sobresaltados, ya que ello no le resulta familiar. Suelen presentar un comportamiento impulsivo, además de considerar el aspecto emocional como un carácter de inmadurez e irresponsabilidad.

En el Trastorno de Personalidad Negativista (Pasivo – Agresivo), encontramos la definición de Millon (2006), quien manifiesta que entre los diferentes rasgos que presente el sujeto, los más significativos es que posee un constante cambio de humor, además de ser intolerantes a la frustración. Sobre el Trastorno de Personalidad Autodestructiva, Millon (2006), define al sujeto que posee el trastorno de personalidad autodestructiva, como una persona que se sitúa en una posición despreciable, es decir, expresa en reiteradas ocasiones, actitudes contrarias a sus deseos. Constantemente se muestra afligido y/o abandonado, con el fin de originar malestar y sentimientos de culpabilidad en su entorno. Por otro lado, permite que las personas que lo rodean, saquen el provecho que les sea necesario.

Por otro lado, encontramos el segundo grupo de la clasificación de trastornos de personalidad, que se denomina, Patología Severa de la Personalidad, dentro del cual en primer lugar encontramos el Trastorno de Personalidad Esquizotípico, el cual según Utgés & Casas (2005), manifiestan que estas personas suelen creer de manera firme en supersticiones. Además, lo relativamente significativo en ellos, es su pensamiento y comunicación, los cuales se encuentra alterados. Presentan un nivel de ansiedad social excesivamente alto, expresan su afecto a los demás de forma inapropiada, y existe carencia de amigos íntimos. Y, Millon (2006), señala que estos sujetos se caracterizan por presentar poco contacto social, debido a que prefieren aislarse. Causa de ello es también su afecto deficiente, ya que dicha afectividad varía de apatía a insensibilidad.

En segundo lugar, hallamos el Trastorno de Personalidad Límite, considerando a Ryle (1997), confiere que dicho trastorno está caracterizado por una disociación de roles recíprocos y el aspecto mental, ello es causado por sucesos traumáticos (Maltrato, abuso). Al mismo tiempo, Millon (2006), señala que este trastorno causa en la persona escaso control de impulsos, ligado a una constante necesidad de atención de los demás. Por otro lado, es manipulador y sus percepciones o pensamientos tienden a cambiar repentinamente de un extremo a otro.

En tercer lugar, se ubica el Trastorno de Personalidad Paranoide, referente a ello, Cameron (1986), menciona que este trastorno tiene como causas un nivel de desconfianza crónica, lo cual es consecuencia de un maltrato familiar. Así pues, la Asociación Psiquiátrica Americana (1995), confiere que dicho trastorno se reconoce por poseer un patrón de desconfianza extrema hacia los demás, de modo que las intenciones que su

entorno presente hacia su persona, son tomados como maliciosos. Frente a ello, Bernstein, Uceda y Siever (1995), refieren que estas personas denotan constantemente conductas suspicaces provocando así una gran dificultad para entablar relaciones interpersonales adecuadas. Ante fracasos o equivocaciones que presenten, tienden a culpar a los demás, denominándose así inocentes de ello. Finalmente, Millon (2006), señala que este sujeto se mantiene en constante alerta, puesto que tiene el pensamiento de que con ello podrá prevenir las malas intenciones que su entorno tenga hacia él. Aquella desconfianza es generada en él sin razón alguna. Suelen conseguir que su entorno se irrite y exaspere con facilidad.

En cuanto al grupo de Síndromes Clínicos, encontramos el Trastorno de Ansiedad de la Personalidad, en el cual Millon (2006), aduce que estos pacientes suelen demostrar ciertas fobias o momentos de tensión, inquietud ante algunas situaciones. Asimismo, expresan diversidad de malestares físicos, entre ellos podemos hallar la sudoración excesiva o los trastornos estomacales.

Encontramos también el Trastorno Somatomorfo, ante el cual Millon (2006), indica que en estos sujetos la característica relevante es la expresividad a nivel excesivo de malestares somáticos, los cuales, refieren, se presentan de manera constante. Estas personas que padecen del trastorno somatomorfo, suelen declarar una gran preocupación por su pérdida de salud o por los constantes malestares que sienten en su día a día.

Por otro lado, está el Trastorno Bipolar, sobre el cual Millon (2006), aduce que este trastorno se caracteriza por una inconstancia en el aspecto emocional, ya que se presenta una desnivelación en el humor. Dichos cambios pueden darse de un día para otro, o tras cierto periodo de tiempo. Por otro lado, también presenta dificultades para conciliar de manera adecuada su proceso de sueño.

Acerca del Trastorno Distímico, Millon (2006), establece que estas personas tienen como antecedentes haber presentado durante dos o más semanas, sentimientos de desánimo, tristeza, culpabilidad, además de un bajo nivel de autoestima. Ello se expresa mediante llanto frecuente, pensamientos suicidas, un inadecuado auto concepto, aislamiento, además de incapacidad para realizar sus actividades de la vida cotidiana.

Dirigiéndonos ahora a la Dependencia del Alcohol, Millon (2006), refiere que dicho consumo constante de bebidas alcohólicas se encuentra relacionado con un intento fallido

por superar aquella dificultad. Además, dicha dependencia, afecta no solo al sujeto, sino también en primera instancia, a su entorno familiar, y en un segundo lugar, trae consecuencias significativas en el aspecto laboral.

Por otro parte, acerca de la Dependencia de Sustancias, Millon (2006), señala que estos sujetos reúnen un conjunto de características, las cuales son que haya habido un abuso constante de sustancias psicoactivas, además que a ello le pudo anteceder un consumo constante de bebidas alcohólicas. Menciona que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, presentan un escaso control de impulsos, lo cual genera en ellos la incapacidad de direccionar las consecuencias de comportamientos derivados del consumo de drogas.

Por último, encontramos el Trastorno de estrés – post traumático, del cual, Millon, refiere que estas personas han pasado por un suceso que ha implicado un riesgo en su vida, reaccionando con miedo intenso o no encontrando una defensa adecuada a ello. Al encontrarse frente a imágenes y emociones asociadas al trauma, tienden a revivir el suceso traumático vivenciado anteriormente.

Como último grupo de los trastornos de personalidad, encontramos el de Síndromes clínicos graves, el cual se encuentra conformado por el Trastorno del Pensamiento, sobre dicho trastorno, Millon (2006), determina que estos individuos presentan una diversidad de características, entre las cuales cabe mencionar, un pensamiento y afecto desorganizado e inapropiado, comportamientos incongruentes ante la situación vivenciada. Sienten que las personas de su entorno no los comprenden. Acota, además, que estas personas presentan alucinaciones y delirios.

Además, encontramos también el trastorno de Depresión Mayor., del cual Millon (2006), refiere que estas personas no pueden desarrollarse con normalidad en su entorno debido a que presentan estados graves de depresión, además de un gran temor a las cosas venideras del futuro. También se percibe en ellos ideas recurrentes de suicidio. Dichos signos se manifiestan además en conductas somáticas, tales como el agotamiento, la disminución de apetito o la dificultad para conciliar con normalidad el sueño. Finalmente, está el Trastorno delirante, sobre el cual, Millon (2006), manifiesta que estos sujetos pueden recibir la denominación de ser paranoides agudos, dicha calificación se debe a la vigilancia y alerta que denotan ante la posible traición, por otro lado, presenta además

delirios irracionales concatenados con causas celotípicas, persecutorias o de grandeza. Estas personas suelen manifestar que están siendo maltratadas.

Abocándonos ahora a la temática de las Drogas, encontramos la definición de Campos (2010), quien refiere que estas sustancias tienen dos tipos de orígenes, siendo este, natural o químico, las cuales son ingeridas mediante diversos modos, ya sea esnifadas, inhaladas, vía oral o a través de inyecciones. Estas sustancias, ocasionan distorsiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), del sujeto consumidor. A medida que este consumo va incrementando, va generando en el individuo una dependencia. Asimismo, Varela (1987), considera que la clasificación de las drogas se debe a diversas características que posee. Dentro de ellas encontramos por su origen, la estructura química que contenga, por la acción farmacológica que posea, por el medio sociocultural, es decir si dicha sustancia psicoactiva es legal o ilegal. Mientras que, Schuckit (1989), confiere a que el abuso de una sustancia psicoactiva, ya sea ingerida por cualquier vía de administración, genera una alteración del humor, un inadecuado nivel de percepción, y asimismo genera una disfuncionalidad cerebral.

Por último, Stallings (1992), expresa que, en el grupo diverso existente de sustancias psicoactivas, destacan el cannabis, los opiáceos y la cocaína. Asimismo, señala que se debe considerar también el abuso de sustancias psicoactivas legales en forma de medicamentos, así como también, las drogas legales más comunes, como, por ejemplo, el tabaco, el café y el alcohol.

De igual manera, se encuentra aquí una clasificación de sustancias psicoactivas, empezaremos definiendo los Estimulantes. Encontramos a Campos (2010) quien las define como sustancias que tienden a generar alteraciones en el Sistema Nervioso Central, entendiéndose por ello el proceso de la aceleración y estimulación.

Acerca de la Cocaína, Pascual, Cavestany, Moncada, Salvador, Melero, Pérez (2003), aducen a que esta sustancia proviene de un arbusto denominado Erytroxilon coca. Su modo de consumo se basa en esnifar, dicho proceso se da a través de la aspiración nasal del polvo, el cual se coloca en un billete enrollado. Su uso es básicamente que ocasione que el sujeto pueda estar sin dormir varias noches.

En cuanto a la Pasta Básica de Cocaína (PBC), Campos (2010), señala que su origen proviene del alcaloide impuro, el cual es originado de la elaboración de las hojas de coca.

Dicho proceso es netamente químico. Esta sustancia se dirige de modo directo a los pulmones, por medio de las bocananas de humo. El sujeto que inicia un consumo de Pasta Básica de Cocaína (PBC), en su mayoría, genera una dependencia, que lo puede llevar hasta la muerte. Dicha sustancia es una de las más perjudiciales y a la vez es la que mayor consumo tiene.

Por otro lado, sobre las Anfetaminas, Pascual, Cavestany, Moncada, Salvador, Melero & Pérez (2003), manifiestan que, al consumirse esta sustancia a través de la inhalación, trae consecuencias como el daño sobre la mucosa nasal, entre otras deficiencias. Entre las más comunes de esta sustancia, hallamos el sulfato de amfetamina, conocido mayormente como speed.

En cuanto al Tabaco, Campos (2010), acota a que este tipo de sustancia psicoactiva, se ha convertido en una droga social, ya que es consumida por diversas maneras como lo son los cigarrillos, puros, pipas, entre otros.

Existen también drogas depresoras, de las cuales, Campos (2010) expresa que es una sustancia la cual tiene origen natural o sintético, modificando y enlenteciendo el funcionamiento y la química de SNC.

Acerca del alcohol, Campos (2010) lo describe como un depresor tranquilizante de mediana acción y tiene algunas características, como: calorías vacías, las cuales les hace falta vitaminas, minerales y proteínas. En el país es aceptado por la gran mayoría de la población, haciendo que el Perú ocupe uno de los primeros lugares donde se debe más a comparación con el mundo y por lo tanto el tema de alcoholismo está ligado al círculo social. La población joven puede caer en el consumo por diferentes razones, puede ser la falta de empleo y algunos estudios exponen que pueden relacionar ciertas marcas con el éxito gracias a los diferentes medios de comunicación existentes.

En cuanto a la Marihuana (Cannabis Sativa), Pascual, Cavestany, Moncada, Salvador, Melero & Pérez (2003) refieren que tiene origen botánico como las demás drogas existentes, siendo existente desde tiempos pasados, teniendo un uso ceremonial, religioso o médico también fue utilizado en textiles. Una de las formas más comunes de consumo es fumando, siendo absorbidos por los pulmones por lo que llega fácilmente al cerebro y en pocos minutos empiezan sus efectos, que pueden durar de una a tres horas. Mientras que, Camí 1988, manifiesta que es una planta, la cual puede llegar fumarse. Por

otro lado, manifiesta que de esta planta puede llegar a fumarse su resina, conocida como el “hachís”, siendo este más potente que las hojas de marihuana.

Hallamos también la Heroína, sobre la cual Campos (2010) refiere que es un extracto procesado a partir de la morfina la cual se extrae de la amapola o adormidera asiática. Se le considera una de las drogas más adictivas siendo distribuida en forma de polvo marrón o blanco, pudiendo ser consumida fumándola, inyectándola o inhalándola debido a que con este método se obtiene mayor pureza.

Mientras tanto, sobre el Éxtasis, Grob (2000), define a esta sustancia como un alucinógeno y estimulante, empleando en su mayoría en fiestas de adultos jóvenes.

En cuanto a los Inhalantes, Caballero (2006) refiere que son un grupo heterogéneo de sustancias de las cuales pueden ser volátiles, gases y nitratos que son consumidos por inhalación a través de la nariz o boca obteniendo efectos parecidos al del alcohol. Tiene como características que si es consumida por las vías respiratorias llegan a producir alteraciones, adicciones y malos funcionamientos mentales.

Enfocándonos ahora a la Vía de administración, Becoña, refiere que existen 6 modalidades para ingerir una sustancia psicoactiva: Oral, pulmonar, inhalada y/o fumada, nasal (a este proceso se le conoce como esnifar), intravenosa, intramuscular o subcutánea y rectal.

Sobre el Uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que un abuso del consumo de sustancias psicoactivas se caracteriza por un uso excesivo de ellas, ya sea de manera temporal o frecuente. Mientras que el CIE 10 (1992), refiere que la dependencia a una droga, trae como consecuencia dificultades en el ámbito fisiológico, comportamental y cognoscitivo del sujeto. Además, se caracteriza por un deseo irremediable de ingerir una sustancia psicoactiva, trayendo consigo, además, un aumento de la dosis a la que se consumía anteriormente.

Por otro lado, se consideró pertinente, definir los términos básicos de la investigación realizada.

Comenzando por la variable de Calidad de Vida, Según Olson & Barnes (1982), relacionan la calidad de vida con el ajuste que tiene el individuo consigo mismo y con su

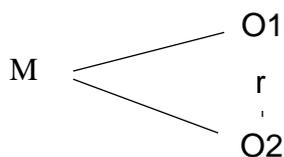
medio. Por ello, se denota que la calidad de vida es la percepción que el sujeto puede tener acerca de las probabilidades que su entorno le ofrece con la finalidad de alcanzar la satisfacción plena en los diversos ámbitos que abarcan la calidad de vida.

En segundo lugar, sobre la variable de Trastornos de Personalidad, Millon (2006), expresa que existen un conjunto de características que pueden presentar los sujetos con trastornos de personalidad, dichos caracteres son: menosprecio a las leyes, incapacidad de sentir culpabilidad, deserción frente a las normas sociales y discapacidad para entablar relaciones adecuadas con su entorno social

II. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación, por su **Finalidad** es aplicada, debido a que las variables a emplear se encuentran fundadas en teorías las cuales originaran una solución a la problemática planteada. Por su **Naturaleza** es cuantitativa ya que la investigación a realizar obtendrá resultados que se podrán medir y expresar en valores numéricos. Finalmente, Por su **Alcance Temporal** es de tipo transversal puesto que su aplicación se realizará solo una vez.

La investigación a realizar se caracteriza por presenta un diseño **No experimental – Descriptivo Correlacional**, puesto que las variables a investigar son independientes.



M: 35 Internos.

O1: Calidad de vida.

O2: Trastornos de personalidad.

r : relación

La población estará conformada por 50 internos del Centro de Rehabilitación, quienes se encuentran reclusos por haber presentado abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y/o bebidas alcohólicas.

Mientras que la muestra está constituida por 35 internos pertenecientes al Centro de Rehabilitación.

El muestreo a emplear es **No Probabilístico**, debido a que dichos elementos no son elegidos al azar. Asimismo, dicha muestra es **Por Criterio**, ya que se deben cumplir ciertos aspectos para efectuar lo estipulado y proceder a la aplicación. Posee criterios de inclusión que se basan en que las pruebas psicológicas serán aplicadas a sujetos drogodependientes de 18 años de edad en adelante y que tengan nivel básico de educación, es decir, que sepan leer y escribir. Por otro lado, existe criterios de exclusión los cuales son que, no se podrá aplicar las pruebas psicológicas a sujetos menores de 18 años de edad, que posean alguna enfermedad psiquiátrica, o que sean iletrados.

La investigación está bajo la denominación de “Calidad de Vida y Trastornos de Personalidad en sujetos drogodependientes”, en la cual sus variables se distribuyen de la siguiente manera: Calidad de Vida Según su naturaleza es Cuantitativa ya que los datos que se obtengan de ello se expresan en valores numéricos. Según su causalidad es Indiferenciada puesto que es una variable independiente. Por su extensión temática es Genérica, ya que posee la característica de ser multidimensional. Por su extensión poblacional es Estándar, puesto que su tema central puede hallarse en cualquier población.

En cuanto a los Trastornos de Personalidad, según su naturaleza es cuantitativa ya que los datos que se obtengan de ello se expresan en valores numéricos. Según su causalidad es Indiferenciada puesto que es una variable independiente. Por su extensión temática es Genérica, ya que es multidimensional y posee un extenso marco teórico. Por su extensión poblacional es Delimitada, ya que se deben cumplir ciertos criterios en lo que concierne la edad.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.
			1	
		Condiciones de vivienda.	2	
		Satisfacción de las necesidades básicas.	3	
			4	
			5	
	BIENESTAR ECONÓMICO	Lujos.	6	
		Dinero para gastar.	7	
			8	
			9	
		Amigos		
		Relación con entorno social	10	
CALIDAD DE VIDA.		Tiempo que comparte con los amigos	11	
	AMIGOS	Amigos del trabajo	12	ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON & BARNES.
		Cantidad de amigos	13	
			14	
			15	
			16	
		Facilidad para realizar compras	17	
	VECINDARIO Y COMUNIDAD	Seguridad del lugar donde reside	18	
		Servicios que le	19	
			20	
			21	

	brinda su lugar de residencia	22
		23
	Vida afectiva con su entorno familiar	24 25
	Responsabilidades domésticas	26 27
VIDA FAMILIAR Y HOGAR	Tiempo que pasa con su familia	28 29
	Apoyo afectivo que recibe por parte de su familia	30 31 32
	Relación afectiva con la pareja	33 34
	Tiempo que pasa con su pareja	35 36
	Actividades que comparten en pareja	37 38
PAREJA	Apoyo emocional que recibe por su pareja	
	Apoyo emocional que brinda a su pareja	
	Intimidad sexual con su pareja	
	Cantidad de tiempo libre	39 40
OCIO	Actividades deportivas	41 42
	Actividades	43

	recreativas	44
	Tiempo para descansar	
	Actividades creativas	
	Contenido de programas televisivos	45
	Contenido de programas de radio	46
	Cantidad de tiempo que escucha radio	47
	Cantidad de tiempo que revisa páginas no educativas	48
	Cantidad de tiempo que revisa páginas educativas	49
	Calidad de películas nacionales	50
	Calidad de películas extranjeras	51
	Asistencia al cine	52
	Calidad de obras de teatro	53
	Contenido de periódicos	54
	Contenido de revistas científicas	55
	Vida religiosa en familia	58
		63

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

	Asistencia a misa	64
RELIGIÓN	Relación con Dios	65
	Tiempo que brinda a Dios	66 67
	Actividades que organiza su iglesia	68
	Vida religiosa en comunidad	
	Salud física	69
	Salud psicológica	70
SALUD	Salud física de su familia	71 72
	Salud psicológica de su familia	

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD.	Esquizoide	4, 10, 27, 32, 38, 46, 48, 57, 92, 101, 105, 142, 148, 156, 165 y 167.	INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON – III
		Evitativo	18, 40, 47, 48, 57, 69, 80, 84, 99, 127, 141, 146, 148, 151, 158, 174	
		Depresivo	20, 24, 25, 43, 47, 83, 86, 112, 123, 133, 142, 145, 148, 151, 154	
		Dependiente	16, 35, 45, 47, 56, 73, 82, 84, 94, 108, 120, 133, 135, 141, 151, 169	
		Histriónico	10, 12, 21, 24, 27, 32, 48, 51, 57, 69, 80, 88, 92, 99, 123, 127, 174	
		Narcisista	5, 21, 26, 31, 35, 38, 40, 47, 57, 67, 69, 80, 84, 85, 86, 88, 93, 94, 99, 116, 141, 144, 159, 169	
			7, 13, 14, 17, 21, 38, 41, 52, 53, 93,	

PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	Antisocial	101, 113, 122, 136, 139, 166, 172
	Agresivo – Sádico	7, 9, 13, 14, 17, 28, 33, 36, 39, 41, 49, 53, 64, 79, 87, 93, 95, 96, 116, 166
	Compulsivo	2, 7, 14, 22, 29, 41, 53, 59, 72, 82, 97, 101, 114, 137, 139, 166, 172
	Negativista (Pasivo – Agresivo)	6, 7, 15, 22, 36, 42, 50, 60, 79, 83, 98, 115, 122, 126, 133, 166
	Autodestructivo	18, 19, 29, 25, 35, 40, 43, 70, 90, 98, 104, 122, 148, 161, 169.
	Esquizotípico	8, 48, 69, 71, 76, 99, 102, 117, 134, 138, 141, 148, 151, 156, 158, 162
	Límite	7, 22, 30, 41, 72, 83, 98, 120, 122, 134, 135, 142, 154, 161, 166, 171
	Paranoide	6, 8, 33, 42, 48, 49, 60, 63, 89, 103, 115, 138, 146, 158, 159, 167, 175
	Ansiedad	40, 58, 61, 75, 76, 108, 109, 124, 135, 145, 147, 149, 164, 170
	Somatomorfo	1, 4, 11, 37, 55, 74, 75, 107, 111, 130, 145, 148

SÍNDROMES CLÍNICOS	Bipolar	3, 22, 41, 51, 54, 83, 96, 106, 117, 125, 134, 166, 170
	Distímico	15, 24, 25, 55, 56, 62, 83, 86, 104, 111, 130, 141, 142, 148
	Dependencia del Alcohol	14, 23, 51, 52, 64, 77, 93, 100, 101, 113, 122, 131, 139, 152, 166
	Dependencia de Sustancias	7, 13, 21, 38, 39, 41, 53, 66, 91, 101, 113, 118, 136, 139
	Estrés post – traumático	62, 76, 83, 109, 123, 129, 133, 142, 147, 148, 149, 151, 157, 160, 164, 173
	Trastorno del pensamiento	22, 34, 56, 61, 68, 72, 76, 78, 83, 102, 117, 134, 142, 148, 151, 162, 168
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	Depresión Mayor	1, 4, 34, 44, 55, 74, 104, 107, 111, 128, 130, 142, 148, 149, 150, 154, 171
	Trastornos Delirantes	5, 38, 49, 63, 67, 89, 103, 119, 138, 140, 153, 159, 175

La investigación presente se caracteriza por ser deductiva, puesto que a partir de los resultados generales podrán derivar las conclusiones de ello. Asimismo, el estudio se identifica como analítica, ya que se estipulará una comparación de dos variables, para poder certificar si existe relación entre la calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes.

La técnica a emplear en el estudio, será la encuesta, es decir, a través de cuestionarios que medirán cada variable propuesta en nuestra investigación. Para medir la variable de calidad de vida se empleará una escala que medirá el nivel de calidad de vida en un sujeto drogodependiente. Dicho cuestionario recibe la denominación de Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. En cuanto a la variable de trastornos de personalidad será medida a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III.

En cuanto al instrumento de Calidad de Vida, fue adaptada en la ciudad de Lima en un grupo de profesionales de la salud. A raíz de dicho procedimiento, se logró de que la prueba pudiese ser aplicada en sujetos de 18 años a más. Por lo tanto, actualmente dicha prueba consta de 72 ítems. Conteniendo 9 dimensiones a evaluar que constituyen la calidad de vida de una persona.

Acerca de la prueba para evaluar la existencia de un trastorno de personalidad, el inventario se denomina por su nombre original MCMI – III Millon Clinical Multiaxial Inventory. Su aplicación se puede realizar de manera individual y colectiva, abarcando a sujetos de 18 años en adelante. Dentro de su duración de la prueba corresponde a un tiempo de 20 a 30 minutos aproximadamente. Emplea como materiales un manual, cuadernillo, hoja de respuestas y un PIN de corrección. Se construyó dicho inventario con la finalidad de evaluar 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

III. RESULTADOS

Tabla 01:

Relación entre la calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes.

Trastornos de personalidad		Calidad de Vida			Total
		Mala	Mala	Buena	
Evitativo	Recuento	0	3	0	3
	% del total	0,0%	8,6%	0,0%	8,6%
Antisocial	Recuento	11	5	0	16
	% del total	31,4%	14,3%	0,0%	45,7%
Agresivo Sádico	Recuento	2	2	0	4
	% del total	5,7%	5,7%	0,0%	11,4%
Autodestructivo	Recuento	1	1	0	2
	% del total	2,9%	2,9%	0,0%	5,7%
Paranoide	Recuento	0	0	1	1
	% del total	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%
Ansiedad	Recuento	1	1	2	4
	% del total	2,9%	2,9%	5,7%	11,4%
Dependencia del Alcohol	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	2,9%	0,0%	2,9%
Dependencia de Sustancias	Recuento	0	3	0	3
	% del total	0,0%	8,6%	0,0%	8,6%
Trastornos delirantes	Recuento	1	0	0	1
	% del total	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%
Total	Recuento	16	16	3	35
	% del total	45,7%	45,7%	8,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	33,451	16	,006
Razón de verosimilitud	28,327	16	,029
Asociación lineal por lineal	2,150	1	,143
N de casos válidos	35		

Nota: Existe relación significativa $p < 0.05$

La relación que existe entre las dos variables es inversamente proporcional.

En la tabla 01; se observa que, el valor de la prueba Chi cuadrado es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes. Por otro lado, el 31.4% de los sujetos que presentan el trastorno de personalidad antisocial presentan un nivel de mala calidad de vida.

Tabla 2

Relación entre el Patrón Clínico Esquizoide de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Factores de Calidad de Vida	Esquizoide
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,022
		Sig. (bilateral)	,901
	F2	Coeficiente de correlación	-,085
		Sig. (bilateral)	,626
	F3	Coeficiente de correlación	-,035
		Sig. (bilateral)	,840
	F4	Coeficiente de correlación	-,153
		Sig. (bilateral)	,381
	F5	Coeficiente de correlación	-,118
		Sig. (bilateral)	,498

F6	Coeficiente de correlación	-,019
	Sig. (bilateral)	,914
F7	Coeficiente de correlación	-,043
	Sig. (bilateral)	,807
F8	Coeficiente de correlación	-,167
	Sig. (bilateral)	,339
F9	Coeficiente de correlación	-,005
	Sig. (bilateral)	,979
	N	35

Nota: No existe entre el patrón clínico esquizoide de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 02; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Esquizoide de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 03

Relación entre el Patrón Clínico Evitativo de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Evitativo	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,588**
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,542**
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,654**
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,623**
		Sig. (bilateral)	,000
	F5	Coeficiente de correlación	-,587**

		Sig. (bilateral)	,000
	F6	Coeficiente de correlación	-,588**
		Sig. (bilateral)	,000
	F7	Coeficiente de correlación	-,607**
		Sig. (bilateral)	,000
	F8	Coeficiente de correlación	-,591**
		Sig. (bilateral)	,000
	F9	Coeficiente de correlación	-,515**
		Sig. (bilateral)	,000
	N		35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico evitativo de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 03; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Evitativo de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 04

Relación entre el Patrón Clínico Depresivo de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Depresivo	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,054
		Sig. (bilateral)	,760
	F2	Coeficiente de correlación	-,245
		Sig. (bilateral)	,155
	F3	Coeficiente de correlación	-,058
		Sig. (bilateral)	,741
	F4	Coeficiente de correlación	-,125
		Sig. (bilateral)	,475
	F5	Coeficiente de correlación	-,092

		Sig. (bilateral)	,599
	F6	Coefficiente de correlación	-,135
		Sig. (bilateral)	,439
	F7	Coefficiente de correlación	-,113
		Sig. (bilateral)	,518
	F8	Coefficiente de correlación	-,091
		Sig. (bilateral)	,604
	F9	Coefficiente de correlación	-,182
		Sig. (bilateral)	,296
		N	35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Depresivo de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 04; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Depresivo de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 05

Relación entre el Patrón Clínico Dependiente de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Dependiente	
Rho de Spearman	F1	Coefficiente de correlación	-,021
		Sig. (bilateral)	,905
	F2	Coefficiente de correlación	-,255
		Sig. (bilateral)	,139
	F3	Coefficiente de correlación	-,072
		Sig. (bilateral)	,679
	F4	Coefficiente de correlación	-,017
		Sig. (bilateral)	,923
	F5	Coefficiente de correlación	-,122

		Sig. (bilateral)	,484
F6		Coefficiente de correlación	-,111
		Sig. (bilateral)	,524
F7		Coefficiente de correlación	-,004
		Sig. (bilateral)	,982
F8		Coefficiente de correlación	-,107
		Sig. (bilateral)	,542
F9		Coefficiente de correlación	-,151
		Sig. (bilateral)	,385
		N	35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Dependiente de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 05; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Dependiente de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 06

Relación entre el Patrón Clínico Histriónico de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Histriónico	
Rho de Spearman	F1	Coefficiente de correlación	-,044
		Sig. (bilateral)	,801
	F2	Coefficiente de correlación	-,220
		Sig. (bilateral)	,203
	F3	Coefficiente de correlación	-,046
		Sig. (bilateral)	,792
	F4	Coefficiente de correlación	-,006
		Sig. (bilateral)	,973

F5	Coeficiente de correlación	-,015
	Sig. (bilateral)	,933
F6	Coeficiente de correlación	-,034
	Sig. (bilateral)	-,847
F7	Coeficiente de correlación	,154
	Sig. (bilateral)	-,376
F8	Coeficiente de correlación	,075
	Sig. (bilateral)	-,667
F9	Coeficiente de correlación	,142
	Sig. (bilateral)	,417
N		35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Histriónico de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 06; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Histriónico de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 07

Relación entre el Patrón Clínico Narcisista de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Narcisista	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,056
		Sig. (bilateral)	,751
	F2	Coeficiente de correlación	-,142
		Sig. (bilateral)	,414
	F3	Coeficiente de correlación	-,088
		Sig. (bilateral)	,614
	F4	Coeficiente de correlación	-,211
		Sig. (bilateral)	,225

F5	Coeficiente de correlación	-,039
	Sig. (bilateral)	,825
F6	Coeficiente de correlación	-,021
	Sig. (bilateral)	,904
F7	Coeficiente de correlación	-,054
	Sig. (bilateral)	,759
F8	Coeficiente de correlación	-,091
	Sig. (bilateral)	,605
F9	Coeficiente de correlación	-,071
	Sig. (bilateral)	,685
N		35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Narcisista de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 07; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Narcisista de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 8

Relación entre el Patrón Clínico Antisocial de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Antisocial	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,557**
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,536**
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,599**
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,672**
		Sig. (bilateral)	,000

F5	Coeficiente de correlación	-,649**
	Sig. (bilateral)	,000
F6	Coeficiente de correlación	-,572**
	Sig. (bilateral)	,000
F7	Coeficiente de correlación	-,584**
	Sig. (bilateral)	,000
F8	Coeficiente de correlación	-,549**
	Sig. (bilateral)	,000
F9	Coeficiente de correlación	-,624**
	Sig. (bilateral)	,000
N		35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico Antisocial de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 08; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Antisocial de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 09

Relación entre el Patrón Clínico Agresivo (Sádico) de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Agresivo Sádico	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,696**
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,583**
		Sig. (bilateral)	,000

F3	Coeficiente de correlación	-,544**
	Sig. (bilateral)	,000
F4	Coeficiente de correlación	-,557**
	Sig. (bilateral)	,000
F5	Coeficiente de correlación	-,551**
	Sig. (bilateral)	,000
F6	Coeficiente de correlación	-,642**
	Sig. (bilateral)	,000
F7	Coeficiente de correlación	-,500**
	Sig. (bilateral)	,000
F8	Coeficiente de correlación	-,603**
	Sig. (bilateral)	,000
F9	Coeficiente de correlación	-,506**
	Sig. (bilateral)	,000
N		35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico Agresivo Sádico de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 09; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Agresivo (Sádico) de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 10

Relación entre el Patrón Clínico Compulsivo de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Compulsivo	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,346*
		Sig. (bilateral)	,041
	F2	Coeficiente de correlación	-,041
		Sig. (bilateral)	,816
	F3	Coeficiente de correlación	-,007
		Sig. (bilateral)	,968
	F4	Coeficiente de correlación	-,096
		Sig. (bilateral)	,584
	F5	Coeficiente de correlación	-,060
		Sig. (bilateral)	,732
	F6	Coeficiente de correlación	,201
		Sig. (bilateral)	,248
	F7	Coeficiente de correlación	-,032
		Sig. (bilateral)	,857
	F8	Coeficiente de correlación	,202
		Sig. (bilateral)	,245
	F9	Coeficiente de correlación	-,229
		Sig. (bilateral)	,186
N		35	

Nota: No existe relación entre el patrón clínico compulsivo de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 10; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Compulsivo de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 11

Relación entre el Patrón Clínico Negativista (Pasivo – Agresivo) de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Negativista	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,101
		Sig. (bilateral)	,563
	F2	Coeficiente de correlación	-,228
		Sig. (bilateral)	,188
	F3	Coeficiente de correlación	-,028
		Sig. (bilateral)	,875
	F4	Coeficiente de correlación	-,102
		Sig. (bilateral)	,560
	F5	Coeficiente de correlación	-,172
		Sig. (bilateral)	,324
	F6	Coeficiente de correlación	-,005
		Sig. (bilateral)	,977
	F7	Coeficiente de correlación	-,135
		Sig. (bilateral)	,440
	F8	Coeficiente de correlación	-,057
		Sig. (bilateral)	,746
	F9	Coeficiente de correlación	-,055
		Sig. (bilateral)	,754
		N	35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Negativista de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 11; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Negativista (Pasivo –

Agresivo) de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 12

Relación entre el Patrón Clínico Autodestructivo de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Autodestructivo	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,543 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,553 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,506 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,669 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F5	Coeficiente de correlación	-,505 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F6	Coeficiente de correlación	-,540 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F7	Coeficiente de correlación	-,502 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F8	Coeficiente de correlación	-,674 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
	F9	Coeficiente de correlación	-,657 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000
N			35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico Autodestructivo de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 12; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Autodestructivo de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 13

Relación entre la Patología Severa de la Personalidad Esquizotípica de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Esquizotípico	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,064
		Sig. (bilateral)	,716
	F2	Coeficiente de correlación	-,125
		Sig. (bilateral)	,474
	F3	Coeficiente de correlación	-,031
		Sig. (bilateral)	,861
	F4	Coeficiente de correlación	-,172
		Sig. (bilateral)	,324
	F5	Coeficiente de correlación	-,206
		Sig. (bilateral)	,236
	F6	Coeficiente de correlación	-,020
		Sig. (bilateral)	,908
	F7	Coeficiente de correlación	-,071
		Sig. (bilateral)	,685
	F8	Coeficiente de correlación	-,174
		Sig. (bilateral)	,318
	F9	Coeficiente de correlación	-,019
		Sig. (bilateral)	,912
		N	35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Esquizotípico de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 13; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Esquizotípica de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 14

Relación entre la Patología Severa de la Personalidad Límite y los factores de Calidad de Vida.

		Límite	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,062
		Sig. (bilateral)	,724
	F2	Coeficiente de correlación	-,168
		Sig. (bilateral)	,334
	F3	Coeficiente de correlación	-,014
		Sig. (bilateral)	,934
	F4	Coeficiente de correlación	-,036
		Sig. (bilateral)	,838
	F5	Coeficiente de correlación	-,140
		Sig. (bilateral)	,422
	F6	Coeficiente de correlación	-,009
		Sig. (bilateral)	,959
	F7	Coeficiente de correlación	-,077
		Sig. (bilateral)	,661
	F8	Coeficiente de correlación	-,059
		Sig. (bilateral)	,735
	F9	Coeficiente de correlación	-,018
		Sig. (bilateral)	,916
N			35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Límite de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 14; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Límite de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependiente

Tabla 15

Relación entre la Patología Severa de la Personalidad Paranoide y los factores de Calidad de Vida.

		Paranoide	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,505**
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,618**
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,680**
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,561**
		Sig. (bilateral)	,000
	F5	Coeficiente de correlación	-,506**
		Sig. (bilateral)	,000
	F6	Coeficiente de correlación	-,500**
		Sig. (bilateral)	,000
	F7	Coeficiente de correlación	-,545**
		Sig. (bilateral)	,000
	F8	Coeficiente de correlación	-,563**
		Sig. (bilateral)	,000
	F9	Coeficiente de correlación	-,507**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico Paranoide de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 15; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Paranoide de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 16

Relación entre el Síndrome Clínico de Ansiedad de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Ansiedad	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,640**
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,512***
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,549**
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,594**
		Sig. (bilateral)	,000
	F5	Coeficiente de correlación	-,622**
		Sig. (bilateral)	,000
	F6	Coeficiente de correlación	-,584**
		Sig. (bilateral)	,000
	F7	Coeficiente de correlación	-,556**
		Sig. (bilateral)	,000
	F8	Coeficiente de correlación	-,634**
		Sig. (bilateral)	,000
	F9	Coeficiente de correlación	-,531**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico Ansiedad de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 16; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Ansiedad de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 17

Relación entre el Síndrome Clínico Somatomorfo de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Somatomorfo	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,064
		Sig. (bilateral)	,715
	F2	Coeficiente de correlación	-,219
		Sig. (bilateral)	,207
	F3	Coeficiente de correlación	-,059
		Sig. (bilateral)	,736
	F4	Coeficiente de correlación	-,044
		Sig. (bilateral)	,800
	F5	Coeficiente de correlación	-,161
		Sig. (bilateral)	,354
	F6	Coeficiente de correlación	-,060
		Sig. (bilateral)	,731
	F7	Coeficiente de correlación	-,060
		Sig. (bilateral)	,731
	F8	Coeficiente de correlación	-,292
		Sig. (bilateral)	,088
	F9	Coeficiente de correlación	-,108
		Sig. (bilateral)	,536
		N	35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico somatomorfo de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 17; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Somatomorfo de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 18

Relación entre el Síndrome Clínico Bipolar en la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Bipolar	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,069
		Sig. (bilateral)	,694
	F2	Coeficiente de correlación	-,143
		Sig. (bilateral)	,412
	F3	Coeficiente de correlación	-,191
		Sig. (bilateral)	,272
	F4	Coeficiente de correlación	-,164
		Sig. (bilateral)	,347
	F5	Coeficiente de correlación	-,092
		Sig. (bilateral)	,599
	F6	Coeficiente de correlación	-,075
		Sig. (bilateral)	,670
	F7	Coeficiente de correlación	-,003
		Sig. (bilateral)	,985
	F8	Coeficiente de correlación	-,020
		Sig. (bilateral)	,907
	F9	Coeficiente de correlación	-,069
		Sig. (bilateral)	,692

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Bipolar de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 18; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Bipolar de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 19

Relación entre el Síndrome Clínico Distímico de la Personalidad y los factores de Calidad de Vida.

		Distímico	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,056
		Sig. (bilateral)	,747
	F2	Coeficiente de correlación	-,146
		Sig. (bilateral)	,404
	F3	Coeficiente de correlación	-,045
		Sig. (bilateral)	,799
	F4	Coeficiente de correlación	-,107
		Sig. (bilateral)	,541
	F5	Coeficiente de correlación	-,073
		Sig. (bilateral)	,675
	F6	Coeficiente de correlación	-,023
		Sig. (bilateral)	,895
	F7	Coeficiente de correlación	-,109
		Sig. (bilateral)	,535
	F8	Coeficiente de correlación	-,171
		Sig. (bilateral)	,326
	F9	Coeficiente de correlación	-,006
		Sig. (bilateral)	,974

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Distímico de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 19; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Distímico de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 20

Relación entre el Síndrome Clínico de Dependencia del Alcohol en la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Dependencia Alcohol	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,335*
		Sig. (bilateral)	,049
	F2	Coeficiente de correlación	-,569**
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,566**
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,621**
		Sig. (bilateral)	,000
	F5	Coeficiente de correlación	-,546**
		Sig. (bilateral)	,000
	F6	Coeficiente de correlación	-,556**
		Sig. (bilateral)	,000
	F7	Coeficiente de correlación	-,618**
		Sig. (bilateral)	,000
	F8	Coeficiente de correlación	-,611**
		Sig. (bilateral)	,000
	F9	Coeficiente de correlación	-,353*

	Sig. (bilateral)	,038
	N	35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico dependencia al alcohol de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 20; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Dependencia del Alcohol de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 21

Relación entre el Síndrome Clínico de Dependencia de Sustancias de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

			Dependencia _Sustancias
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,579**
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,582**
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,613**
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,613**
		Sig. (bilateral)	,000
	F5	Coeficiente de correlación	-,592**
		Sig. (bilateral)	,000
	F6	Coeficiente de correlación	-,591**
		Sig. (bilateral)	,000
	F7	Coeficiente de correlación	-,602**
		Sig. (bilateral)	,000
	F8	Coeficiente de correlación	-,541**
		Sig. (bilateral)	,600

F9	Coefficiente de correlación	-,600**
	Sig. (bilateral)	,000
N		35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico dependencia a sustancias de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 21; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Dependencia de Sustancias de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes

Tabla 22

Relación entre el Síndrome Clínico de Estrés Post – Traumático de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Estrés	
Rho de Spearman	F1	Coefficiente de correlación	-,027
		Sig. (bilateral)	,879
	F2	Coefficiente de correlación	-,324
		Sig. (bilateral)	,057
	F3	Coefficiente de correlación	-,138
		Sig. (bilateral)	,431
	F4	Coefficiente de correlación	-,163
		Sig. (bilateral)	,350
	F5	Coefficiente de correlación	-,213
		Sig. (bilateral)	,219
	F6	Coefficiente de correlación	-,098
		Sig. (bilateral)	,574
	F7	Coefficiente de correlación	-,033
		Sig. (bilateral)	,851
	F8	Coefficiente de correlación	-,203
		Sig. (bilateral)	,241

F9	Coeficiente de correlación	-,079
	Sig. (bilateral)	,650
N		35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Estrés de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$.

En la tabla 22; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Estrés de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 23

Relación entre el Síndrome Severo de Trastorno del Pensamiento de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Trastorno Pensamiento	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,061
		Sig. (bilateral)	,726
	F2	Coeficiente de correlación	-,246
		Sig. (bilateral)	,155
	F3	Coeficiente de correlación	-,100
		Sig. (bilateral)	,568
	F4	Coeficiente de correlación	-,064
		Sig. (bilateral)	,713
	F5	Coeficiente de correlación	-,181
		Sig. (bilateral)	,297
	F6	Coeficiente de correlación	-,093
		Sig. (bilateral)	,594
	F7	Coeficiente de correlación	-,022
		Sig. (bilateral)	,901
	F8	Coeficiente de correlación	-,048

		Sig. (bilateral)	,783
	F9	Coeficiente de correlación	-,123
		Sig. (bilateral)	,483
		N	35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico trastorno del pensamiento de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 23; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Trastorno del Pensamiento de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 24

Relación entre Síndrome Severo de Depresión Mayor de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Depresión Mayor	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,076
		Sig. (bilateral)	,666
	F2	Coeficiente de correlación	-,205
		Sig. (bilateral)	,238
	F3	Coeficiente de correlación	-,047
		Sig. (bilateral)	,789
	F4	Coeficiente de correlación	-,046
		Sig. (bilateral)	,792
	F5	Coeficiente de correlación	-,145
		Sig. (bilateral)	,406
	F6	Coeficiente de correlación	-,064
		Sig. (bilateral)	,716

F7	Coeficiente de correlación	-,114
	Sig. (bilateral)	,516
F8	Coeficiente de correlación	-,290
	Sig. (bilateral)	,091
F9	Coeficiente de correlación	-,001
	Sig. (bilateral)	,994
N		35

Nota: No existe relación entre el patrón clínico Depresión mayor de la personalidad y la calidad de vida $p > 0.05$

En la tabla 24; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman no es significativa ($p > 0.05$). Esto indica, que no existe relación significativa entre el Patrón Clínico Depresión Mayor de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

Tabla 25

Relación entre el Síndrome Severo de Trastorno Delirante de la Personalidad y los Factores de Calidad de Vida.

		Trastornos Delirantes	
Rho de Spearman	F1	Coeficiente de correlación	-,604**
		Sig. (bilateral)	,000
	F2	Coeficiente de correlación	-,533**
		Sig. (bilateral)	,000
	F3	Coeficiente de correlación	-,597**
		Sig. (bilateral)	,000
	F4	Coeficiente de correlación	-,635*
		Sig. (bilateral)	,049
	F5	Coeficiente de correlación	-,601**
		Sig. (bilateral)	,000
	F6	Coeficiente de correlación	-,545**

	Sig. (bilateral)	,000
F7	Coefficiente de correlación	-,625**
	Sig. (bilateral)	,000
F8	Coefficiente de correlación	-,580**
	Sig. (bilateral)	,000
F9	Coefficiente de correlación	-,542**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	35

Nota: Existe relación entre el patrón clínico trastorno delirantes de la personalidad y la calidad de vida $p < 0.05$

En la tabla 25; se observa que, el valor de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman es significativa ($p < 0.05$). Esto indica, que existe relación significativa entre el Patrón Clínico Trastorno Delirante de la personalidad y los Factores de Calidad de Vida en sujetos drogodependientes.

IV. DISCUSIÓN

Frente el objetivo general propuesto que tiene como finalidad comprobar la relación entre los trastornos de personalidad y los factores de calidad de vida en una población de sujetos drogodependientes en la ciudad de Chiclayo se pudo encontrar que el valor ($p = ,006$) < ($p = 0,05$), obtenido a través de la prueba de Chi – cuadrado, refleja que existe relación entre las variables propuestas lo cual significa que, ante la existencia de algún trastorno de la personalidad puede existir una mala calidad de vida en un sujeto drogodependiente en la ciudad de Chiclayo, generando así dificultades en su vida cotidiana, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación donde se refiere que existe relación entre los trastornos de personalidad y los factores de calidad de vida en una población de sujetos drogodependientes en la ciudad de Chiclayo. Dichos resultados se reafirman con la investigación de Martínez, Graña y Trujillo (2010) quienes obtuvieron como resultados que los pacientes que presenta un trastorno de personalidad perciben una baja calidad de vida en distintas áreas afectando su autopercepción de ella. Ante lo expuesto, se determina que, ante la existencia de un trastorno de personalidad en un sujeto drogodependiente, se desencadena una mala calidad de vida, ya que los rasgos derivados por cada trastorno, influye en los diferentes ámbitos que posee la calidad de vida, trayendo así dificultades para el desarrollo de las mismas, dichas dificultades se reflejan en la incapacidad para entablar un adecuado nivel de relaciones de un sujeto drogodependiente con su entorno social.

Ante los objetivos específicos propuestos, se optó por agrupar los trastornos de personalidad que tienen relación con los factores de calidad de vida, entre los cuales se pudo encontrar que los trastornos de personalidad: Evitativo, Antisocial, Agresivo Sádico, Autodestructivo, Paranoide, Ansiedad, Dependencia del Alcohol, Dependencia de sustancias y trastornos delirantes existe una relación significativa ya que mediante la prueba del coeficiente de correlación de Spearman se obtuvo que $p < 0,05$. Evidenciándose así que ante los rasgos que se presentan en dichos trastornos de la personalidad, trae como consecuencia una mala calidad de vida. Por ende, se rechaza las hipótesis nulas, y se admiten las hipótesis de investigación, en las cuales se aduce que existe relación entre los factores de calidad de vida y los trastornos de personalidad anteriormente mencionados en sujetos drogodependientes. Ello se constata en el estudio de Cramer, Torgersen y Kringlen (2006), quienes aducen que en los

trastornos de personalidad evitativo, antisocial y paranoide existe una mala calidad de vida. En tal sentido, frente a lo manifestado anteriormente, se determina que la presencia de los trastornos antes mencionados, genera una mala calidad de vida en un sujeto drogodependiente, puesto que impide en el sujeto desarrollarse con normalidad frente a su entorno y por ende genera dificultades para satisfacer sus necesidades, se entiende por ello que el sujeto presenta conflictos para entablar relaciones con su entorno social, así como para demostrar de manera adecuada su afectividad.

Por otro lado, se agruparon los trastornos de personalidad que no tienen relación con los factores de calidad de vida, encontrándose aquí los trastornos de personalidad esquizoide, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, compulsivo, negativista, esquizotípico, limite, somatomorfo, bipolar, distímico, estrés post- traumático, trastorno de pensamiento y depresión mayor se determinó que no existe una relación significativa, ya que mediante la prueba del coeficiente de correlación de spearman se obtuvo que $p > 0,05$. Frente a ello, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, la cual estipula que no existe relación entre los factores de calidad de vida y los trastornos de personalidad anteriormente mencionados en un sujeto drogodependiente. Encontramos que en el estudio de Cramer, Torgersen y Kringlen (2006), determinan que las personas que presentan un trastorno de personalidad histriónico y narcisista, evidencian una tendencia a la buena calidad de vida; mientras que los sujetos que presentan trastornos de la personalidad obsesivo – compulsivo muestran una discreta reducción de la calidad de vida. Frente a lo referido, se estima que, ante los trastornos de personalidad antes mencionados, no perjudica de manera significativa los diversos ámbitos de calidad de vida, entendiéndose por ello, que dichos trastornos no generan una mala calidad de vida. Frente a ello, se refleja que la presencia de dichos trastornos no perjudica el nivel de relación con su entorno social que presente.

CONCLUSIONES

Ante los resultados obtenidos se concluye que existe relación entre los factores de calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes, lo cual se evidencia en el resultado que se obtuvo que $(p = ,006) < (p = 0,05)$, determinándose así la relación que existe entre ambas variables.

Respectos a los objetivos específicos, se agruparon en función a los trastornos de personalidad que guardan relación con los factores de calidad de vida, que son-:

Se concluye que existe relación entre los factores de calidad de vida y los trastornos de personalidad: Evitativo, Antisocial, Agresivo Sádico, Autodestructivo, Paranoide, Ansiedad, Dependencia del Alcohol, Dependencia de sustancias y trastornos delirantes en sujetos drogodependientes. Ello se denota en el resultado obtenido mediante la prueba del coeficiente de correlación de spearman, en la cual se obtuvo que $p < 0,05$, significando así la relación que existe entre los factores de calidad de vida y los trastornos de personalidad anteriormente mencionados.

En tercer lugar, en cuanto a la agrupación de los trastornos de personalidad que no tienen relación con los factores de calidad de vida en un sujeto drogodependiente, se concluye que no existe relación entre los factores de calidad de vida y los trastornos de personalidad: Esquizoide, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Compulsivo, Negativista, Esquizotípico, Limite, Somatomorfo, Bipolar, Distímico, Estrés post- traumático, Trastorno de pensamiento y Depresión mayor en sujetos drogodependientes. Ello se evidencia en el resultado obtenido mediante la prueba del coeficiente de correlación de spearman se obtuvo que $p > 0,05$, en lo cual se estima que, ante la presencia de los trastornos de personalidad anteriormente mencionados, no afecta de manera significativa en el nivel de calidad de vida que un sujeto drogodependiente pueda presentar.

V. REFERENCIAS

Albanesi de Nasetta, S., Garalli, V., & Casari L. (2009). “Estilos de personalidad y calidad de vida en estudiantes de psicología”. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3177963&orden=0

Anicama, J. Mayorga, E. & Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de lima metropolitana. Revista virtual Psicoactiva 19: 7-27, 2001. Extraído de http://www.cedro.org.pe/ebooks/psicoactiva19p7_28.pdf.

Burga y Arámbulo (2011) “Estilos parentales y su relación con trastornos de personalidad en residentes de comunidades terapéuticas” - Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología.

Burgos, M. (2004) Calidad de vida de los estudiantes de la escuela de enfermería, Chile <http://cibertesis.uach.cl/sdx/uach/notice.xsp?id=uach.2004.fmb957c-principal&qid=pcd>.

Butcher, Mineka , Hooley (2007) Psicología Clínica – 12° edición.

Casas, F., Rosich, M. & Alsinet, C. (2000). El bienestar psicológico de los preadolescentes. Anuario de Psicología, 31(2), 73-86.

Cramer, Torgersen & Kringlen (2006) Trastornos de la personalidad y calidad de vida. – Comprehensive Psychiatry - 3° edición.

Demet, A. (2008) “*calidad de vida y su relación a los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios*”. Universidad Turca de Erciyes.

Diener (1984, citado por Rodriguez, 1995). Manual técnico de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes. USMP - Escuela Profesional de Psicología, Instituto de Investigacion, Ed. Grafica Arsam S.R.L Lima – Perú.

Halgin, Krauss (2004) Psicología de la Anormalidad – Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos – 4° edición

Martínez, Graña y Trujillo (2010) Calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad – Centro Provincial de Drogodependencias de Granada

Morales & Ramirez (2012) Trastornos de personalidad y calidad de vida en estudiantes universitarios de la escuela de enfermería. Tesis para optar el título de licenciatura de psicología, Facultad de Humanidades, Chiclayo, Perú.

Oblitas, L., (2006) Psicología de salud y calidad de vida 2da edición.

Olson D. & Barnes, H. (1982). Calidad de vida. Manuscrito no publicado.

Ramos y Belloch (1995) . *Manual de Psicopatología* - Volumen I – Mc Graw – Hill Interamericana.

Roca Bennasar, Baca Baldomero, Vallejo Ruiloba, Leal Cercós, Cervera Enguix, Ginner Ubago (2010) Trastornos de Personalidad 2 ° Edición.

Shalock, R. L. & Verdugo, M.A (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos a personas con discapacidad intelectual. Revista Siglo Cero vol. 38: 21-37.

Torres. (2009) “Calidad de vida y rendimiento académico en los estudiantes de la facultad de educación de la universidad Alas Peruanas”. Tesis para optar el título de doctorado en educación, Facultad de Educación, Lima, Perú.

Valverde, D. (2009). Relación entre rasgos de personalidad y calidad de vida en adultos mayores del Hospital de Belén de Trujillo. Tesis para optar el grado de Bachiller. Universidad Cesar Vallejos. Trujillo, Perú

Yataco (2008). Estados de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú

ANEXO 1

FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON – III

Nombre : MCM – III, Inventario Clínico Mutiaxial de Millon – III

Nombre original : MCM – III Clinical Multiaxial Inventory – III

Autores : Th. Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon

Procedencia : NCS Pearson (1997)

Adaptación Española : V. Cardenal y M.P Sánchez (2007)

Aplicación : Individual y colectiva

Ámbito de aplicación : Adultos

Duración : Variable, entre 20 y 30 minutos

Finalidad : Evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

Material : Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y PIN de corrección

CONFIABILIDAD:

Por confiabilidad se entiende que es el nivel de consistencia que existe entre las medidas de una misma variable.

Tabla 26.

El coeficiente de fiabilidad del Inventario Clínico Multiaxial – Millon III, fue obtenido mediante la KR – 20

Estadísticas de fiabilidad	
KR – 20	N de elementos
,961	175

VALIDEZ

La validez es la eficacia que posee un instrumento cuando mide lo que pretende medir.

TABLA 27.

ANOVA					
	Suma de		Media		
	cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig
Inter sujetos	797,123	136	5,861		
Intra sujetos					
Entre elementos	558,865	174	3,212	13,969	,000
Residuo	5441,169	23664	,230		
Total	6000,034	23838	,252		
Total	6797,157	23974	,284		

Validez de contenido.

La validez de contenido se ejecuta mediante el juicio de expertos, la cual fue determinada por 7 jurados, evidenciándose los siguientes resultados:

Tabla 28

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en coherencia de los ítems del Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III

Ítem	V	Sig.(p)	IA
I1	1	.001**	1.00
I2	1	.001**	1.00
I3	1	.001**	1.00
I4	1	.001**	1.00
I5	1	.001**	1.00
I6	1	.001**	1.00
I7	1	.001**	1.00
I8	1	.001**	1.00
I9	1	.001**	1.00
I10	0.86	.001**	0.86
I11	1	.001**	1.00
I12	1	.001**	1.00
I13	1	.001**	1.00
I14	0.86	.001**	0.86
I15	1	.001**	1.00
I16	1	.001**	1.00
I17	0.86	.001**	0.86
I18	1	.001**	1.00
I19	1	.001**	1.00
I20	1	.001**	1.00

I21	1	.001**	1.00
I22	1	.001**	1.00
I23	1	.001**	1.00
I24	1	.001**	1.00
I25	1	.001**	1.00
I26	1	.001**	1.00
I27	1	.001**	1.00
I28	1	.001**	1.00
I29	1	.001**	1.00
I30	1	.001**	1.00
I31	1	.001**	1.00
I32	1	.001**	1.00
I33	1	.001**	1.00
I34	0.86	.001**	0.86
I35	1	.001**	1.00
I36	1	.001**	1.00
I37	1	.001**	1.00
I38	1	.001**	1.00
I39	1	.001**	1.00
I40	1	.001**	1.00
I41	0.86	.001**	0.86
I42	1	.001**	1.00
I43	1	.001**	1.00
I45	1	.001**	1.00
I46	1	.001**	1.00
I47	1	.001**	1.00
I48	1	.001**	1.00
I49	1	.001**	1.00
I50	1	.001**	1.00
I51	0.86	.001**	0.86

I52	1	.001**	1.00
I53	1	.001**	1.00
I54	1	.001**	1.00
I55	1	.001**	1.00
I56	1	.001**	1.00
I57	1	.001**	1.00
I58	1	.001**	1.00
I59	0.86	.001**	0.86
I60	0.86	.001**	0.86
I61	1	.001**	1.00
I62	1	.001**	1.00
I63	1	.001**	1.00
I64	0.86	.001**	0.86
I65	1	.001**	1.00
I66	1	.001**	1.00
I67	1	.001**	1.00
I68	1	.001**	1.00
I69	1	.001**	1.00
I70	1	.001**	1.00
I71	1	.001**	1.00
I72	1	.001**	1.00
I73	1	.001**	1.00
I74	1	.001**	1.00
I75	1	.001**	1.00
I76	1	.001**	1.00
I77	1	.001**	1.00
I78	1	.001**	1.00
I79	1	.001**	1.00
I80	1	.001**	1.00
I81	1	.001**	1.00

I82	1	.001**	1.00
I83	1	.001**	1.00
I84	1	.001**	1.00
I85	1	.001**	1.00
I86	1	.001**	1.00
I87	1	.001**	1.00
I88	1	.001**	1.00
I89	1	.001**	1.00
I90	1	.001**	1.00
I91	1	.001**	1.00
I92	1	.001**	1.00
I93	0.86	.001**	0.86
I94	1	.001**	1.00
I95	1	.001**	1.00
I96	1	.001**	1.00
I97	0.86	.001**	0.86
I98	1	.001**	1.00
I99	1	.001**	1.00
I100	1	.001**	1.00
I101	0.86	.001**	0.86
I102	1	.001**	1.00
I103	1	.001**	1.00
I104	1	.001**	1.00
I105	1	.001**	1.00
I106	1	.001**	1.00
I107	1	.001**	1.00
I108	1	.001**	1.00
I109	1	.001**	1.00
I110	1	.001**	1.00
I111	1	.001**	1.00

I112	1	.001**	1.00
I113	1	.001**	1.00
I114	1	.001**	1.00
I115	1	.001**	1.00
I116	1	.001**	1.00
I117	0.86	.001**	0.86
I118	1	.001**	1.00
I119	1	.001**	1.00
I120	1	.001**	1.00
I121	1	.001**	1.00
I122	1	.001**	1.00
I123	1	.001**	1.00
I124	1	.001**	1.00
I125	1	.001**	1.00
I126	1	.001**	1.00
I127	1	.001**	1.00
I128	1	.001**	1.00
I129	1	.001**	1.00
I130	1	.001**	1.00
I131	1	.001**	1.00
I132	1	.001**	1.00
I133	1	.001**	1.00
I134	1	.001**	1.00
I135	1	.001**	1.00
I136	1	.001**	1.00
I137	1	.001**	1.00
I138	1	.001**	1.00
I139	1	.001**	1.00
I140	1	.001**	1.00
I141	1	.001**	1.00

I142	1	.001**	1.00
I143	1	.001**	1.00
I144	1	.001**	1.00
I145	1	.001**	1.00
I146	1	.001**	1.00
I147	1	.001**	1.00
I148	1	.001**	1.00
I149	1	.001**	1.00
I150	1	.001**	1.00
I151	1	.001**	1.00
I152	1	.001**	1.00
I153	1	.001**	1.00
I154	1	.001**	1.00
I155	1	.001**	1.00
I156	1	.001**	1.00
I157	1	.001**	1.00
I158	1	.001**	1.00
I159	1	.001**	1.00
I160	1	.001**	1.00
I161	1	.001**	1.00
I162	1	.001**	1.00
I163	1	.001**	1.00
I164	1	.001**	1.00
I165	1	.001**	1.00
I166	1	.001**	1.00
I167	1	.001**	1.00
I168	1	.001**	1.00
I170	1	.001**	1.00
I171	1	.001**	1.00
I172	1	.001**	1.00

I173	1	.001**	1.00
I174	1	.001**	1.00
I175	1	.001**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p): Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

**p<.05: Valido

IA : Índice de acuerdo

Validez de contenido en claridad

Por otro lado, en cuanto a la claridad se denota un acuerdo al 100% entre los siete jurados, determinando así que los 175 ítems son válidos para ser incluidos en el Inventario Clínico Multiaxial Millon III

Tabla 29

Coeficiente de Aiken para la validez de contenido en claridad de los ítems del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Ítem	V	Sig.(p)	IA
I1	1	0.001**	1.00
I2	1	0.001**	1.00
I3	1	0.001**	1.00
I4	1	0.001**	1.00
I5	1	0.001**	1.00
I6	1	0.001**	1.00
I7	1	0.001**	1.00
I8	1	0.001**	1.00
I9	1	0.001**	1.00

I10	1	0.001**	1.00
I11	1	0.001**	1.00
I12	1	0.001**	1.00
I13	1	0.001**	1.00
I14	1	0.001**	1.00
I15	1	0.001**	1.00
I16	1	0.001**	1.00
I17	1	0.001**	1.00
I18	1	0.001**	1.00
I19	1	0.001**	1.00
I20	1	0.001**	1.00
I21	1	0.001**	1.00
I22	1	0.001**	1.00
I23	1	0.001**	1.00
I24	1	0.001**	1.00
I25	1	0.001**	1.00
I26	1	0.001**	1.00
I27	1	0.001**	1.00
I28	1	0.001**	1.00
I29	1	0.001**	1.00
I30	1	0.001**	1.00
I31	1	0.001**	1.00
I32	1	0.001**	1.00
I33	1	0.001**	1.00
I34	1	0.001**	1.00
I35	1	0.001**	1.00
I36	1	0.001**	1.00
I37	1	0.001**	1.00
I38	1	0.001**	1.00
I39	1	0.001**	1.00

I40	1	0.001**	1.00
I41	1	0.001**	1.00
I42	1	0.001**	1.00
I43	1	0.001**	1.00
I45	1	0.001**	1.00
I46	1	0.001**	1.00
I47	1	0.001**	1.00
I48	1	0.001**	1.00
I49	1	0.001**	1.00
I50	1	0.001**	1.00
I51	1	0.001**	1.00
I52	1	0.001**	1.00
I53	1	0.001**	1.00
I54	1	0.001**	1.00
I55	1	0.001**	1.00
I56	1	0.001**	1.00
I57	1	0.001**	1.00
I58	1	0.001**	1.00
I59	1	0.001**	1.00
I60	1	0.001**	1.00
I61	1	0.001**	1.00
I62	1	0.001**	1.00
I63	1	0.001**	1.00
I64	1	0.001**	1.00
I65	1	0.001**	1.00
I66	1	0.001**	1.00
I67	1	0.001**	1.00
I68	1	0.001**	1.00
I69	1	0.001**	1.00
I70	1	0.001**	1.00

I71	1	0.001**	1.00
I72	1	0.001**	1.00
I73	1	0.001**	1.00
I74	1	0.001**	1.00
I75	1	0.001**	1.00
I76	1	0.001**	1.00
I77	1	0.001**	1.00
I78	1	0.001**	1.00
I79	1	0.001**	1.00
I80	1	0.001**	1.00
I81	1	0.001**	1.00
I82	1	0.001**	1.00
I83	1	0.001**	1.00
I84	1	0.001**	1.00
I85	1	0.001**	1.00
I86	1	0.001**	1.00
I87	1	0.001**	1.00
I88	1	0.001**	1.00
I89	1	0.001**	1.00
I90	1	0.001**	1.00
I91	1	0.001**	1.00
I92	1	0.001**	1.00
I93	1	0.001**	1.00
I94	1	0.001**	1.00
I95	1	0.001**	1.00
I96	1	0.001**	1.00
I97	1	0.001**	1.00
I98	1	0.001**	1.00
I99	1	0.001**	1.00
I100	1	0.001**	1.00

I101	1	0.001**	1.00
I102	1	0.001**	1.00
I103	1	0.001**	1.00
I104	1	0.001**	1.00
I105	1	0.001**	1.00
I106	1	0.001**	1.00
I107	1	0.001**	1.00
I108	1	0.001**	1.00
I109	1	0.001**	1.00
I110	1	0.001**	1.00
I111	1	0.001**	1.00
I112	1	0.001**	1.00
I113	1	0.001**	1.00
I114	1	0.001**	1.00
I115	1	0.001**	1.00
I116	1	0.001**	1.00
I117	1	0.001**	1.00
I118	1	0.001**	1.00
I119	1	0.001**	1.00
I120	1	0.001**	1.00
I121	1	0.001**	1.00
I122	1	0.001**	1.00
I123	1	0.001**	1.00
I124	1	0.001**	1.00
I125	1	0.001**	1.00
I126	1	0.001**	1.00
I127	1	0.001**	1.00
I128	1	0.001**	1.00
I129	1	0.001**	1.00
I130	1	0.001**	1.00

I131	1	0.001**	1.00
I132	1	0.001**	1.00
I133	1	0.001**	1.00
I134	1	0.001**	1.00
I135	1	0.001**	1.00
I136	1	0.001**	1.00
I137	1	0.001**	1.00
I138	1	0.001**	1.00
I139	1	0.001**	1.00
I140	1	0.001**	1.00
I141	1	0.001**	1.00
I142	1	0.001**	1.00
I143	1	0.001**	1.00
I144	1	0.001**	1.00
I145	1	0.001**	1.00
I146	1	0.001**	1.00
I147	1	0.001**	1.00
I148	1	0.001**	1.00
I149	1	0.001**	1.00
I150	1	0.001**	1.00
I151	1	0.001**	1.00
I152	1	0.001**	1.00
I153	1	0.001**	1.00
I154	1	0.001**	1.00
I155	1	0.001**	1.00
I156	1	0.001**	1.00
I157	1	0.001**	1.00
I158	1	0.001**	1.00
I159	1	0.001**	1.00
I160	1	0.001**	1.00

I161	1	0.001**	1.00
I162	1	0.001**	1.00
I163	1	0.001**	1.00
I164	1	0.001**	1.00
I165	1	0.001**	1.00
I166	1	0.001**	1.00
I167	1	0.001**	1.00
I168	1	0.001**	1.00
I170	1	0.001**	1.00
I171	1	0.001**	1.00
I172	1	0.001**	1.00
I173	1	0.001**	1.00
I174	1	0.001**	1.00
I175	1	0.001**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

**p<.05: Valido

Validez de contenido en relevancia

En lo que respecta a la relevancia, en los ciento setenta y cinco ítems que forman parte del Inventario Clínico Multiaxial Millon - III, hubo total concordancia en la apreciación de los siete jueces (concordancia al 100%); criterio según el cual todos los ítems son importantes y deben ser incluidos en el Inventario.

Tabla 30

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en relevancia de los ítems del Inventario Clínico Multiaxial Millon III

Ítem	V	Sig.(p)	IA
I1	1	0.001**	1.00
I2	1	0.001**	1.00
I3	1	0.001**	1.00
I4	1	0.001**	1.00
I5	1	0.001**	1.00
I6	1	0.001**	1.00
I7	1	0.001**	1.00
I8	1	0.001**	1.00
I9	1	0.001**	1.00
I10	1	0.001**	1.00
I11	1	0.001**	1.00
I12	1	0.001**	1.00
I13	1	0.001**	1.00
I14	1	0.001**	1.00
I15	1	0.001**	1.00
I16	1	0.001**	1.00
I17	1	0.001**	1.00
I18	1	0.001**	1.00
I19	1	0.001**	1.00
I20	1	0.001**	1.00
I21	1	0.001**	1.00

I22	1	0.001**	1.00
I23	1	0.001**	1.00
I24	1	0.001**	1.00
I25	1	0.001**	1.00
I26	1	0.001**	1.00
I27	1	0.001**	1.00
I28	1	0.001**	1.00
I29	1	0.001**	1.00
I30	1	0.001**	1.00
I31	1	0.001**	1.00
I32	1	0.001**	1.00
I33	1	0.001**	1.00
I34	1	0.001**	1.00
I35	1	0.001**	1.00
I36	1	0.001**	1.00
I37	1	0.001**	1.00
I38	1	0.001**	1.00
I39	1	0.001**	1.00
I40	1	0.001**	1.00
I41	1	0.001**	1.00
I42	1	0.001**	1.00
I43	1	0.001**	1.00
I45	1	0.001**	1.00
I46	1	0.001**	1.00
I47	1	0.001**	1.00
I48	1	0.001**	1.00
I49	1	0.001**	1.00
I50	1	0.001**	1.00
I51	1	0.001**	1.00
I52	1	0.001**	1.00

I53	1	0.001**	1.00
I54	1	0.001**	1.00
I55	1	0.001**	1.00
I56	1	0.001**	1.00
I57	1	0.001**	1.00
I58	1	0.001**	1.00
I59	1	0.001**	1.00
I60	1	0.001**	1.00
I61	1	0.001**	1.00
I62	1	0.001**	1.00
I63	1	0.001**	1.00
I64	1	0.001**	1.00
I65	1	0.001**	1.00
I66	1	0.001**	1.00
I67	1	0.001**	1.00
I68	1	0.001**	1.00
I69	1	0.001**	1.00
I70	1	0.001**	1.00
I71	1	0.001**	1.00
I72	1	0.001**	1.00
I73	1	0.001**	1.00
I74	1	0.001**	1.00
I75	1	0.001**	1.00
I76	1	0.001**	1.00
I77	1	0.001**	1.00
I78	1	0.001**	1.00
I79	1	0.001**	1.00
I80	1	0.001**	1.00
I81	1	0.001**	1.00
I82	1	0.001**	1.00

I83	1	0.001**	1.00
I84	1	0.001**	1.00
I85	1	0.001**	1.00
I86	1	0.001**	1.00
I87	1	0.001**	1.00
I88	1	0.001**	1.00
I89	1	0.001**	1.00
I90	1	0.001**	1.00
I91	1	0.001**	1.00
I92	1	0.001**	1.00
I93	1	0.001**	1.00
I94	1	0.001**	1.00
I95	1	0.001**	1.00
I96	1	0.001**	1.00
I97	1	0.001**	1.00
I98	1	0.001**	1.00
I99	1	0.001**	1.00
I100	1	0.001**	1.00
I101	1	0.001**	1.00
I102	1	0.001**	1.00
I103	1	0.001**	1.00
I104	1	0.001**	1.00
I105	1	0.001**	1.00
I106	1	0.001**	1.00
I107	1	0.001**	1.00
I108	1	0.001**	1.00
I109	1	0.001**	1.00
I110	1	0.001**	1.00
I111	1	0.001**	1.00
I112	1	0.001**	1.00

I113	1	0.001**	1.00
I114	1	0.001**	1.00
I115	1	0.001**	1.00
I116	1	0.001**	1.00
I117	1	0.001**	1.00
I118	1	0.001**	1.00
I119	1	0.001**	1.00
I120	1	0.001**	1.00
I121	1	0.001**	1.00
I122	1	0.001**	1.00
I123	1	0.001**	1.00
I124	1	0.001**	1.00
I125	1	0.001**	1.00
I126	1	0.001**	1.00
I127	1	0.001**	1.00
I128	1	0.001**	1.00
I129	1	0.001**	1.00
I130	1	0.001**	1.00
I131	1	0.001**	1.00
I132	1	0.001**	1.00
I133	1	0.001**	1.00
I134	1	0.001**	1.00
I135	1	0.001**	1.00
I136	1	0.001**	1.00
I137	1	0.001**	1.00
I138	1	0.001**	1.00
I139	1	0.001**	1.00
I140	1	0.001**	1.00
I141	1	0.001**	1.00
I142	1	0.001**	1.00

I143	1	0.001**	1.00
I144	1	0.001**	1.00
I145	1	0.001**	1.00
I146	1	0.001**	1.00
I147	1	0.001**	1.00
I148	1	0.001**	1.00
I149	1	0.001**	1.00
I150	1	0.001**	1.00
I151	1	0.001**	1.00
I152	1	0.001**	1.00
I153	1	0.001**	1.00
I154	1	0.001**	1.00
I155	1	0.001**	1.00
I156	1	0.001**	1.00
I157	1	0.001**	1.00
I158	1	0.001**	1.00
I159	1	0.001**	1.00
I160	1	0.001**	1.00
I161	1	0.001**	1.00
I162	1	0.001**	1.00
I163	1	0.001**	1.00
I164	1	0.001**	1.00
I165	1	0.001**	1.00
I166	1	0.001**	1.00
I167	1	0.001**	1.00
I168	1	0.001**	1.00
I170	1	0.001**	1.00
I171	1	0.001**	1.00
I172	1	0.001**	1.00
I173	1	0.001**	1.00

I174	1	0.001**	1.00
I175	1	0.001**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

**p<.05: Valido

ANEXO 2

FICHA TÉCNICA DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON & BARNES

Nombre	: Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes
Autores	: David Olson & Howard Barnes
Año de procedencia	: 1982
Adaptación Peruana	: Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo (2010)
Aplicación	: Individual y colectiva
Ámbito de aplicación	: Adultos
Duración	: Variable, entre 20 y 30 minutos
Finalidad	: Evaluar 9 dimensiones de calidad de vida en el sujeto.
Material	: Manual y hoja de respuestas.

CONFIABILIDAD:

La confiabilidad se determina cuando se comprueba la consistencia de medida de una misma variable. Se determinó mediante el alfa de Cronbach

Tabla 31.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,943	72

VALIDEZ

Se determina la validez cuando el instrumento mide lo que pretende medir.

		Correlación	
		total de elementos	Alfa de Cronbach
Ítem 1		,528**	,942
Ítem 2		,405**	,942
Ítem 3		,458**	,942
Ítem 4		,520**	,942
Ítem 5	F1	,488**	,942
Ítem 6		,545**	,942
Ítem 7		,471**	,942
Ítem 8		,558**	,942
Ítem 9		,539**	,942
Ítem 10		,402**	,942
Ítem 11		,473**	,942
Ítem 12		,429**	,942
Ítem 13	F2	,409**	,942
Ítem 14		,427**	,942
Ítem 15		,315**	,943

Ítem 16		,427**	,942
Ítem 17		,442**	,942
Ítem 18		,402**	,942
Ítem 19	F3	,467**	,942
Ítem 20		,455**	,942
Ítem 21		,457**	,942
Ítem 22		,351**	,942
Ítem 23		,365**	,943
Ítem 24		,281**	,943
Ítem 25		,419**	,942
Ítem 26		,500**	,942
Ítem 27	F4	,539**	,942
Ítem 28		,565**	,941
Ítem 29		,545**	,942
Ítem 30		,525**	,942
Ítem 31		,361**	,942
Ítem 32		,382**	,942
Ítem 33		,191**	,943
Ítem 34	F5	,316**	,943
Ítem 35		,307**	,943
Ítem 36		,325**	,943
Ítem 37		,290**	,943
Ítem 38		,372**	,942
Ítem 39		,536**	,942
Ítem 40		,525**	,942
Ítem 41	F6	,305**	,943
Ítem 42		,583**	,941
Ítem 43		,558**	,941
Ítem 44		,474**	,942
Ítem 45	F7	,468**	,942

Item 46		,460**	,942
Item 47		,422**	,942
Item 48		,376**	,942
Item 49		,461**	,942
Item 50		,501**	,942
Item 51		,560**	,941
Item 52		,437**	,942
Item 53		,473**	,942
Item 54		,477**	,942
Item 55		,467**	,942
Item 56		,391**	,942
Item 57		,494**	,942
Item 58		,344**	,942
Item 59		,515**	,942
Item 60		,419**	,942
Item 61		,358**	,942
Item 62		,276**	,943
Item 63		,218**	,943
Item 64		,352**	,942
Item 65	F8	,302**	,943
Item 66		,346**	,942
Item 67		,392**	,942
Item 68		,400**	,942
Item 69		,450**	,942
Item 70		,285**	,943
Item 71	F9	,446**	,942
Item 72		,490**	,942

TABLA 32.**ANOVA**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Inter sujetos	4710,248	152	30,988		
Intra sujetos					
Entre elementos	2710,389	71	38,174	21,552	,000
Residuo	19115,333	10792	1,771		
Total	21825,722	10863	2,009		
Total	26535,971	11015	2,409		

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es dar a conocer a los participantes sobre esta investigación brindando una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Falen Morales Diana Carolina y Carrasco Tello Mischell del Carmen, de la Universidad Señor de Sipán. La meta de este estudio es investigar si existe relación entre la calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en dos encuestas. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Las respuestas brindadas por Ud. Serán estrictamente confidenciales.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por las estudiantes de psicología: Falen Morales Diana Carolina y Carrasco Tello Mischell del Carmen, He sido informado (a) de que la meta de este estudio es investigar la relación que existe entre la calidad de vida y los trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi

consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

ANEXO 4

TABLA 33

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
F1	,141	35	,077	,960	35	,225
F2	,135	35	,107	,952	35	,130
F3	,093	35	,200	,984	35	,871
F4	,142	35	,070	,967	35	,359
F5	,193	35	,002	,835	35	,000
F6	,106	35	,200	,983	35	,840
F7	,119	35	,200	,917	35	,012
F8	,106	35	,200	,979	35	,715
F9	,133	35	,119	,966	35	,353
Esquizoide	,099	35	,200	,920	35	,014
Evitativo	,129	35	,147	,945	35	,080
Depresivo	,124	35	,189	,920	35	,014
Dependiente	,228	35	,000	,863	35	,000
Histriónico	,134	35	,111	,962	35	,259
Narcisista	,104	35	,200	,944	35	,074
Antisocial	,130	35	,145	,932	35	,032
Agresivo Sádico	,164	35	,018	,956	35	,167
Compulsivo	,109	35	,200	,974	35	,555
Negativista	,110	35	,200	,969	35	,405
Autodestructivo	,177	35	,007	,901	35	,004
Esquizotípico	,144	35	,063	,932	35	,031
Límite	,148	35	,049	,937	35	,044
Paranoide	,137	35	,094	,948	35	,098
Ansiedad	,167	35	,015	,935	35	,040

Somatomorfo	,257	35	,000	,736	35	,000
Bipolar	,141	35	,078	,950	35	,114
Distímico	,223	35	,000	,813	35	,000
Dependencia de Alcohol	,114	35	,200	,971	35	,481
Dependencia de Sustancias	,131	35	,137	,916	35	,011
Estrés	,135	35	,104	,891	35	,002
Trastorno Pensamiento	,114	35	,200	,915	35	,011
Depresión Mayor	,280	35	,000	,727	35	,000