

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad las universidades estatales aglutinan dentro de sus aulas a un contingente de jóvenes que de acuerdo a su inclinación eligen una carrera universitaria como una labor hacia un futuro profesional idóneo y ético, es así que muchos de estos jóvenes universitarios se orientan hacia carreras humanísticas como lo es la carrera de psicología, muchos de ellos por vocación, pero otros buscan esta carrera como una forma de autoayuda que les permita resolver sus conflictos. La presencia de trastornos mentales en los estudiantes universitarios es conocida por diferentes investigaciones, como ser la de Palomo (2007) y Pérez (2003), que dieron como resultado un gran porcentaje estudiantes que lo padecían.

Por otra parte, los trastornos de personalidad se definen como un deterioro en el funcionamiento psicológico que se desvía de un concepto normativo, asociado a una enfermedad y que limita sus interrelaciones, es también un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.

Desde otra perspectiva surge como principal objetivo determinar si en los alumnos de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, existen trastornos de personalidad, esto en base al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.), se pretende ver cuál es su frecuencia, cuáles son estos y la comparación por cada género. Para ello, se planteó un tipo de investigación descriptivo transversal, para explicar las características encontradas en los sujetos en un período único de tiempo.

Los trastornos de la personalidad son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren con la capacidad de la persona para desempeñarse en las

relaciones interpersonales, el trabajo y otros contextos y limitan enormemente el equilibrio emocional de quienes lo padecen.

La causa exacta de los trastornos de personalidad no se conoce, sin embargo, se han planteado varias teorías que intentan explicarla, los teóricos de la biología creen que la causa de los trastornos de la personalidad son los trastornos cromosómicos o del sistema nervioso. Los teóricos de las ciencias sociales creen que los trastornos de la personalidad se originan en los comportamientos adquiridos y los teóricos psicodinámicos encuentran explicación de las causas en las deficiencias en el desarrollo del ego.

Cualquiera sea el caso el punto de importancia es que estos trastornos de la personalidad conllevan un considerable malestar personal que por lo general se acompaña de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

A continuación, se describe cada uno de los capítulos que implica la estructuración de este proyecto de tesis.

En el **Capítulo I** se plantea la problemática y la justificación de la investigación, donde se explica la relevancia de la misma y también se encuentran algunos antecedentes sobre otras investigaciones que se relacionan con esta temática.

En el **Capítulo II** se presenta el diseño teórico, donde se formula el problema de la investigación, se describe el objetivo general como así también los objetivos específicos, la hipótesis correspondiente a cada objetivo específico y la operacionalización de variables.

En el **Capítulo III** está formada por el marco teórico, donde está toda la información teórica relevante para poder abordar sobre esta temática

En el **Capítulo IV** se presenta el diseño metodológico, donde se describe la metodología que se empleada, la población global junto con la muestra poblacional y los instrumentos que serán utilizados para esta investigación.

En el **Capítulo V** corresponde a todo el análisis e interpretación de los resultados, en base a los datos obtenidos en el trabajo, a partir de los instrumentos aplicados, con el fin de dar respuesta a planteamiento del problema, objetivos y las hipótesis.

En el **Capítulo VI** se dan a conocer las conclusiones y las recomendaciones a las que se llegan al finalizar la investigación.

Por último, se presenta la bibliografía, webgrafía y los anexos de todo el trabajo de investigación.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud mental es un estado de bienestar en el cual uno se da cuenta de sus propias aptitudes, además puede: afrontar las presiones normales de la vida, trabajar provechosa y productivamente, hacer una contribución a nuestro entorno. En el mundo actual existe como modelo una sociedad elitista, que avanza rápidamente. El itinerario diario, nos hace vivir frenéticamente, centrándonos en el logro de objetivos laborales y económicos, que nos hacen olvidar la importancia de conectarnos con nuestras sensaciones, emociones, pensamientos, y como la vida que llevamos nos impacta. Este olvido hace que nuestro equilibrio bio-psicosocial se desajuste, provocando enfermedades a distintos niveles, siendo una necesidad de primer orden la salud mental.

La mayoría de las personas cuando sienten algún malestar a nivel psicológico y/o emocional no acuden al psicólogo, ya sea por miedo, desconocimiento, o simplemente porque piensan que los psicólogos son solo para los “locos”. En cambio, si sienten algún malestar físico, lo hacen, y van al cardiólogo o traumatólogo o a cualquier otro especialista del área de la salud. Sin embargo, nuestras heridas internas, tales como tristeza, desesperanza, angustia, pesimismo, miedo o un posible trastorno mental no tienen tanta relevancia. Los profesionales en psicología no están exentos en tener estos problemas psicológicos.

Existen algunos estudios relacionados a esta temática, por ejemplo, en el país vecino del Perú se hizo la siguiente investigación, denominada Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de la universidad privada de Lima – 2006, a cargo de Patricia Rodas Descalzi, Gabriel Santa Cruz Linares y Horacio Vargas Murga. Para esta investigación se usó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), versión peruana adaptada por Galli E. Saavedra y Luego se accedió al Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI - III). En los resultados se obtuvieron frecuencias elevadas de trastornos mentales,

siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad generalizada y el probable trastorno compulsivo de personalidad; los mismos que debieron ser confirmados con entrevistas psiquiátricas posteriores.

En Guatemala se realizó la investigación: Vulnerabilidad a trastornos de personalidad en estudiantes de primer año de psicología clínica. Los resultados muestran que los estudiantes de primer año de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar, presentaron una mayor vulnerabilidad al trastorno de personalidad Límite, aunque no es posible asegurar que se presentará en algún momento de sus vidas. Las escalas cualitativas más altas para la muestra de mujeres fueron el factor neurótico y el agresivo, mientras que para los hombres fue el factor consciente, que refleja el grado de organización, persistencia, control, afecto positivo y motivación de la conducta.

Asimismo, Cambiaso (2005) se interesó en identificar los trastornos psicopatológicos en 71 estudiantes de los 5 años de la carrera de psicología de una universidad privada de Lima, Perú, para lo cual aplicó la adaptación de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) junto a una ficha de recolección de datos. Los resultados confirman una prevalencia alta de psicopatología en el primer año de estudios, la misma que va disminuyendo a medida que se avanza en la carrera. Específicamente los trastornos prevalentes en la muestra fueron los de ansiedad y los depresivos, debido a la inadecuación de las respuestas ante situaciones de estrés.

Con los antecedentes mencionados nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los Trastornos de la Personalidad que presentan los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija, de acuerdo al al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La psicología es uno de los ámbitos más importantes que busca conocer, entender e interpretar las manifestaciones conductuales y del comportamiento del ser humano.

Los profesionales psicólogos deben profundizar sus estudios justamente en estos aspectos mencionados, y para poder ejercer su profesión deben poseer una buena salud mental.

Los jóvenes universitarios ingresan a la universidad cumpliendo varios requisitos como ser, presentar el título de bachiller, hacer los cursos preuniversitarios/vestibulares o aprobar el examen directo para luego matricularse. Sin embargo, se observa sobre todo en la carrera de psicología que no se toma en cuenta una evaluación psicológica para su ingreso que permita detectar posibles patologías, esto es un requisito muy importante y primordial que otras universidades del país y del exterior tienen para que el estudiante de psicología en el futuro pueda desenvolverse de forma idónea y ética.

Si bien es cierto que las capacidades mentales son herramientas importantes para lograr el éxito académico, también lo es la personalidad de cada ser humano que influye en la forma en que se desenvuelve personal y profesionalmente, esto tiene mayor importancia en las carreras de orientación humanista, como la psicología, las cuales implican un trato estrecho y constante con otras personas. es por ello que se considera prioritario determinar la posible existencia de trastornos de la personalidad en quienes se interesan en ser profesionales de la salud mental, para que obtengan una visión clara y objetiva sobre aspectos de sí mismos que, en su momento, pueden entorpecer su futura labor profesional.

Se considera que los resultados del estudio serán beneficiosos para diversos grupos de personas; primero para la sociedad en general debido a que valora la existencia o no

de trastornos de la personalidad, ya que esto impediría que los futuros profesionales de la salud mental puedan ejercer la profesión de manera ética, madura y responsable, de forma que la comunidad se vea beneficiada por la estabilidad emocional entre sus miembros.

En lo que se refiere a los participantes, el estudio permite obtener un acercamiento a sus características generales de personalidad y a aquellas que deben ser desarrolladas o modificadas para poder posteriormente ejercer satisfactoriamente como psicólogos.

Existe un aporte metodológico pues se elaboró una encuesta, la cual resultó ser de gran utilidad para conocer un conjunto de datos acerca de la historia clínica de la muestra de estudiantes con un objetivo diagnóstico y posible tratamiento terapéutico recomendado al final de la presente investigación. Por otro lado, la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho es beneficiaria de la información obtenida, lo que le permitirá tomar en cuenta para diseñar y poner en práctica estrategias educativas que apoyen a tales estudiantes en la consecución del perfil de egreso propuesto para dicha carrera.

Por último, el estudio es de utilidad para aquellos profesionales, estudiantes y público en general que deseen obtener información con respecto a este tema específico.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los Trastornos de la Personalidad que presentan los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija, de acuerdo al al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)?

2.2. OBJETIVOS.

2.2.1. Objetivo General.

Determinar los Trastornos de la Personalidad, de acuerdo al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE) en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos.

- Identificar la presencia de trastornos raros o excéntricos de la personalidad, de acuerdo al MCMI-II y el IPDE en los estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija.
- Identificar la presencia de trastornos dramáticos, emocionales o erráticos de la personalidad, de acuerdo al MCMI-II y el IPDE en los estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija.
- Identificar la presencia de trastornos ansiosos o temerosos de la personalidad, de acuerdo al MCMI-II y el IPDE en los estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija.
- Diferenciar los resultados obtenidos según sexo, para establecer comparaciones entre los mismos.

- Identificar según los resultados obtenidos las convergencias y divergencias existentes entre los dos instrumentos utilizados para medir los trastornos de personalidad.

2.3. HIPÓTESIS.

- El trastorno de personalidad paranoide, de acuerdo al MCMI-II y el IPDE es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo A.
- El trastorno de personalidad límite, de acuerdo al MCMI-II y el IPDE es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo B.
- El trastorno de personalidad evitativo, de acuerdo al MCMI-II y el IPDE es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo C.
- Las estudiantes de sexo femenino, de acuerdo al MCMI-II y el IPDE presentan mayor índice de trastornos de la personalidad dentro de la carrera de psicología
- Existe un mayor índice de convergencia que de divergencia entre los dos instrumentos utilizados para medir los trastornos de personalidad.

2.4. OPERALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala
Personalidad	Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo (Millon).	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de relacionamiento con su entorno de manera flexible y adaptativa. • Auto percepción constructiva de sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide • Esquizoide • Esquizotípico • Antisocial • Límite • Histriónico • Narcisista • Evitativo • Dependiente • Obsesivo-compulsivo <p>(MCMII-II) (IPDE)</p>
		Anormal	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidades y relaciones cotidianas inflexibles y conductas desadaptativas. • Percepciones de sí mismo auto frustrantes. 	
Trastorno según el DSM IV	Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.	GRUPO A	Trastornos raros o excéntricos	
		GRUPO B	Trastornos dramáticos, emocionales o erráticos	
		GRUPO C	Trastornos ansiosos o temerosos	

MARCO TEÓRICO

3. 1. Breve Historia de la Psicología de la Personalidad.

¿Quiénes y cómo somos? ¿por qué somos así? Han sido muchos los teóricos que a través del tiempo, han tratado de dar respuesta a estas interrogantes, planteando definiciones y teorías variadas acerca de la llamada Personalidad.

En primer lugar, el término proviene del latín *personam*, que significa “máscara”, haciendo alusión a la máscara que utilizaban los actores en las representaciones dramáticas griegas (Alva, 2005). En este sentido, ya en la Grecia clásica las descripciones físicas de los personajes teatrales se complementaban con sus rasgos de personalidad, conductas, pensamientos y sentimientos en el género literario mejor conocido como “*etopeya*”, el cual tuvo su máxima expresión en la obra “*Caracteres*” del filósofo Teofrasto, en el siglo IV a. de C., quien desde el prólogo se preguntaba por las diferencias individuales: “He admirado muchas veces, y confieso que no comprendo aún por más que reflexiono, por qué hay tanta variedad en las costumbres de los griegos, siendo la Grecia tan limitada y sus habitantes alimentados y criados todos de idéntica manera”.

Por otro lado, fue también un médico griego, Hipócrates, quien sugirió la idea de que la personalidad era producto de procesos biológicos, la cual sirvió de base para que Galeno, médico romano, estableciera en el año 170 a. de C. que la personalidad humana era determinada por las cantidades de cuatro líquidos presentes en el cuerpo; así, una abundancia de flema causaba que la persona fuera calmada, pasiva y reflexiva (“*flemática*”); demasiada sangre hacía que fuera feliz, sociable y animada (“*sanguínea*”); mayor cantidad de bilis amarilla provocaba que el individuo fuera inestable, agresivo y excitable (“*colérico*”), mientras que mucha bilis negra lo volvía infeliz, pesimista y sombrío (“*melancólico*”). Durante siglos esta teoría de los fluidos corporales fue bastante aceptada, influyendo tanto a filósofos, entre los que destaca

Immanuel Kant, como a los primeros psicólogos, por ejemplo, Wilhelm Wundt (Larsen y Buss, 2005).

Otra tradición, la morfológica, defiende la existencia de una relación entre el aspecto físico y la personalidad. Ya en el siglo IV a. de C., Aristóteles planteaba una supuesta conexión entre las expresiones faciales y la manera de ser de las personas (fisiognomía o fisiognómica). Luego, a finales del siglo XVIII, Franz Gall desarrolló la llamada Frenología, proponiendo que la medida de las protuberancias craneales de las personas ofrecía información sobre su manera de ser y actuar (Belmonte, 2007). Esta corriente tuvo un notable impacto en la psicología de la personalidad, dando lugar a tres líneas de pensamiento:

- a.** Se relaciona al hallazgo de las diferentes funciones cerebrales realizadas por cada hemisferio, encontrando una razón biológica para explicar fenómenos contrapuestos observados en clínica.
- b.** Se refiere al hecho probado de que los individuos que han sufrido lesiones en ciertas zonas cerebrales modifican de forma súbita sus estilos habituales de comportamiento.
- c.** Se trata de la Teoría de los Estratos de Personalidad, surgida en Alemania en los años 30, cuya tesis fundamental era que los diferentes estratos psicológicos que emergen a lo largo del desarrollo de las personas están estrechamente relacionados con la maduración de los estratos neurofisiológicos de las mismas. Fue el neurólogo británico Jackson, quien hizo importantes aportes a esta disciplina, los cuales influyeron las formulaciones de Freud, Lewin y Allport.

Aunque fue a partir de los años 30 que el concepto de personalidad asumió un relieve especial en la Psicología, surgiendo la Psicología de la Personalidad como disciplina científica independiente, ya antes de iniciar la I Guerra Mundial se contaba con inventarios de inteligencia y personalidad para clasificar a los reclutas, surgiendo en

1919 el primer inventario colectivo y estandarizado para detectar a quienes padecían problemas emocionales conocido como Hoja de Datos Personales de Woodworth.

3. 1.2. Concepto de Personalidad.

Para empezar, debe hacerse una distinción entre carácter, temperamento y personalidad, términos que a veces se han utilizado como sinónimos, pero que no lo son:

El *carácter* (término derivado de una palabra griega que significa grabado) está constituido por los hábitos de comportamiento que se adquieren durante la vida. Según Millon, “el carácter puede ser considerado como la adherencia de la persona a los valores y a las costumbres de la sociedad en que vive” (Gross, 2013).

El *temperamento*, hace referencia a “...los estilos consistentes del comportamiento y a las reacciones emocionales que se presentan desde la infancia, presumiblemente debido a las influencias biológicas...” (Cloninger, 2003).

Por último, *la personalidad* es la reunión de los dos aspectos anteriores en una sola estructura, representando un patrón de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales profundamente incorporados, por lo que persisten a través del tiempo y son relativamente resistentes a la extinción (Gross, 2013).

Sin embargo, precisar un concepto único sobre este término es tarea difícil debido a la variedad de autores que se han dedicado a investigarla, cada uno de los cuales ha propuesto su propia definición. Así, se tienen por ejemplo las siguientes:

Freud consideraba que la personalidad era el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presentaba una persona, el cual persistía a lo largo de toda su vida y se manifestaba a través de diferentes situaciones.

Allport estableció que “La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”

Para Cattell la personalidad era aquello que permitía predecir lo que un individuo haría en una situación determinada (Cloninger, 2003).

Eysenk define la personalidad como “Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente”.

Según Millon, la personalidad está compuesta por una serie de atributos estructurales, los cuales se pueden definir como “...patrones fuertemente incrustados de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos, y esquemas, que guían la experiencia y transforman la naturaleza de los acontecimientos”.

Según del DSM-IV un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Zazzali (2009): “...estilo distintivo, peculiar, con el que una persona expresa habitualmente su comportamiento”. Sin embargo, más importante que el concepto se considera que son los objetivos del estudio de la personalidad los cuales, según Levy se refieren a describir y explicar cómo la persona ha llegado a desarrollar las características que la definen, determinando su estabilidad en el tiempo para poder predecir su comportamiento futuro.

3.2. Teorías de la Personalidad.

A través del tiempo se han planteado diversas teorías que tratan de explicar la forma en que la personalidad se desarrolla, cada una de las cuales se basa en diferentes premisas y enfoques; sin embargo, parece razonable que el estudio de este constructo pueda abordarse desde diferentes perspectivas si se toma en cuenta la complejidad que abarca la naturaleza humana (Feldman, 2010). Entre las principales pueden mencionarse las siguientes: teorías conductistas, teoría psicodinámica, teorías sociales, teorías humanistas, teoría de los constructos personales, teoría cognoscitiva del aprendizaje social, etc. Debido a que el instrumento a utilizar en el presente estudio se basa en el enfoque de la teoría de la personalidad de Millon, se hace necesario explicarlo este con mayor detenimiento.

3.2.1. Teoría de la Personalidad de Millon.

Su teoría (desarrollada entre 1969 y 1983 y enunciada en Psicopatología Moderna en 1983), está pensada para aplicarse al estudio de los estilos patológicos de la personalidad, aunque también puede usarse para definir los estilos normales.

Según Millon, la personalidad se concibe como “...un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en todas las áreas de funcionamiento del individuo...”; por tanto, los estilos de personalidad están determinados por las organizaciones estables de los rasgos de cada persona a la hora de pensar, sentir, percibir el mundo y relacionarse con él. Su enfoque es biopsicosocial, pues considera que los factores biológicos interaccionan de forma bidireccional con el ambiente en el desarrollo de la personalidad de un individuo; así, ciertas predisposiciones genéticas pueden delimitar la naturaleza de los aprendizajes de una persona, mientras que el ambiente también puede influir en su desarrollo

neurológico, constituyendo esta interacción la etiología de la personalidad, tanto normal como anormal (Toro, 2007).

Por otro lado, el modelo evolutivo biosocial de Millon, redefinido en 1990, identifica tres premisas básicas para entender los tipos de personalidad normal y anormal:

a. Dimensión actividad/pasividad: se refiere a la fuerza o debilidad del sistema nervioso antes de realizar una conducta: la persona activa tiene iniciativa, energía y está alerta, provocando cambios en las situaciones para satisfacer sus necesidades personales; la pasiva, en cambio, se deja dominar por las situaciones en una actitud resignada. El equilibrio entre estas dos maneras de enfrentarse al medio tiene como resultado, según Millon, la salud psíquica.

b. Dimensión placer/dolor: el estilo de personalidad se desarrollará dependiendo de la forma en que cada persona busque las experiencias afectivas, encontrando un equilibrio entre la búsqueda del placer y la recompensa y la evitación del dolor y la amenaza.

c. Dimensión sujeto/objeto: se establece según el lugar de dónde provenga el refuerzo social de cada uno; aquí encontramos a las personas independientes (seguras, buscan su realización personal a través de sí mismas), las dependientes (encuentran su gratificación en los demás), las ambivalentes (no han localizado su fuente de refuerzo) y las distantes (con poca capacidad para sentir placer o dolor).

Partiendo de las anteriores, Millon describió patrones de personalidad correspondientes a cada uno de los trastornos de personalidad del DSM-IV, en función del tipo de refuerzo que las personas buscan o evitan (placer/dolor), en dónde intentan encontrarlo (en sí mismos o en otros), y cómo se comportan para hacerlo (actividad/pasividad). Más específicamente definió:

- Personalidades a las que se les dificulta reconocer el refuerzo positivo o negativo: trastorno esquizoide de la personalidad y trastorno de la personalidad por evitación.

- Personalidades con problemas de relación interpersonal: trastorno de personalidad por dependencia, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad.
- Personalidades con dificultades para descubrir la fuente del refuerzo: trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno negativista de la personalidad.

También describió tres indicadores clínicos para definir operacionalmente un trastorno de personalidad:

- Poca estabilidad en situaciones de estrés
- Inflexibilidad adaptativa
- Tendencia a promover círculos viciosos.

3.3. Inventario Multiaxial Clínico de Millon-II.

Este inventario fue creado por Theodore Millon, un psicólogo estadounidense pionero en la investigación de la personalidad, este instrumento identifica posibles trastornos de personalidad y valora los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos, también evalúa estilos y trastornos de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según criterios DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon.

Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad clínicos (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, pasivo-agresivo y autodestructiva), tres que evalúan trastornos graves de la personalidad (esquizotípico, paranoide y límite), además tiene índices que ajustan las puntuaciones de las subescalas o determinan la extensión de su validez.

3.3.1. Escalas básicas de personalidad en el MCMI II.

Escala 1: Esquizoide.

- La orientación pasiva- retraída es semejante al trastorno de personalidad esquizoide.
- Estos sujetos se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor.
- Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales.
- Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas.

Escala 2: Fóbica (Evitativa).

- Estos sujetos experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás.
- Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros.
- Sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Escala 3: Dependiente (Sumisa).

- Estos individuos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja.
- Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo.
- La carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental.
- Como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer qué atenciones y apoyos pueden encontrar y sometándose de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: Histriónica.

- Parecen ser superficialmente bastante distintos a sus contrapuestos pasivos.
- Esta diferencia procede de la superficial y emprendedora manipulación de sucesos en los activodependientes, mediante la cual aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben, así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás.
- Frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada.
- Sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación.
- Elogios y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y contexto social.

Escala 5: Narcisista.

- Estos individuos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos.
- Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas.
- Presumen de que reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante y explotan a los demás a su antojo.
- Aunque los elogios de otros sean tanto de ánimo como de bienvenida, su presuntuosa superioridad exige poca confirmación para el logro de la aprobación social de cada pensamiento sincero.

Escala 6A: Antisocial.

- Estos individuos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de ellos.
- Su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado.
- Son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas, al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

Escala 6B: Agresivo-sádica.

- Son individuos que no son juzgados como antisociales, pero sus acciones significan satisfacción y placer en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos.
- Dependiendo de la clase social y otros factores, pueden igualar los aspectos clínicos lo que se conoce como carácter sádico.
- Son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales.
- Aunque muchos cubran sus tendencias más dominadoras mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Escala 7: Compulsiva.

- Estos individuos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás.
- Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social.
- Resuelven esta ambivalencia suprimiendo el resentimiento y sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás.
- Sus disciplinadas autorrestricciones sirven para el intenso control, aunque oculto, de sentimientos opuestos, resultando en una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes.
- Detrás de este frente de decoro y restricción, aparecen el enojo intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8A: Pasivo-agresiva.

- Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos.
- Esta representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del compulsivo; sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden su vida cotidiana.
- Estos sujetos se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo.
- Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista).

- Son personas que se relacionan con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos.
- Centrándonos en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados.
- Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos.
- Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

Personalidades patológicas.

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

Escala S: Esquizotípico.

- El trastorno de personalidad esquizotípico representa un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal.
- Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales.
- Incluidos a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos.
- Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes.
- Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien una cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

Escala C: Límite (Bordeline).

- Con frecuencia subyacen contenidos de las pautas dependiente, discordante, independiente y ambivalente.

- Cada una tienen fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos de abatimiento y apatía, entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia.
- Lo que los distingue de los otros dos patrones graves, el esquizotípico y el paranoide es la disrregulación de sus afectos en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo.
- Dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide.

- Estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas.
- Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás.
- Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y a las influencias externas, mientras que los otros dos patrones graves se caracterizan bien por la inestabilidad de sus afectos (Límite) o por la disrregulación de sus pensamientos (Esquizotípico).
- Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

Escala A: Ansiedad.

- Estos pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e

inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas.

- Una revisión de los ítems específicos ayudará a determinar si el paciente es fóbico y, más específicamente, de una variedad "simple" o "social".
- La mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente.
- Los trastornos somáticos son también característicos.
- También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Escala H: Histeriforme (tipo Somatoforme).

- Aquí encontramos dificultades expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo.
- Algunos muestran evidencia de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa o exagerada.
- Otros tienen una historia que puede ser mejor considerada como hipocondríaca, ya que interpretan las sensaciones o malestares físicos menores como si se tratase de un achaque serio.
- Si están presentes de forma objetiva verdaderas enfermedades, tienden a magnificarse a pesar de los informes médicos. Las quejas pretenden llamar la atención.

Escala N: Hipomanía.

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

Escala D: Neurosis depresiva (Distimia).

Las puntuaciones altas implican que se ha visto afectado por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos.

- Durante los períodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.
- El examen detallado de los ítems específicos que comprenden las puntuaciones altas debería permitir discernir los aspectos particulares del estado de ánimo depresivo.

Escala B: Abuso del alcohol.

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

Escala T: Abuso de las drogas.

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

Escala SS: Pensamiento psicótico.

- Estos pacientes se clasifican de forma habitual como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema.
- Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y

desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos.

- El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprensidos por los demás.
- Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante.

Escala CC: Depresión mayor.

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

Escala PP: Trastorno delirante.

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

3.4. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad I.P.D.E.

El IPDE ha sido desarrollado para la OMS por el Dr. Armand W. Loranger, en colaboración con los varios colegas de la comunidad psiquiátrica internacional, entre ellos el Dr. Antonio Andreoli (Ginebra), Peter Berger (Viena) y Lawrence B. Jacobsberg (Nueva York).

Este instrumento ha sido probado en un importante trabajo de campo realizado en 14 centros de 11 países de Norteamérica, Europa, África y Asia. Los resultados de los trabajos de campo mostraron buena aceptación del instrumento, alta fiabilidad entre entrevistadores y una estabilidad satisfactoria a lo largo del tiempo, de los criterios y diagnósticos evaluados con el instrumento.

Hasta ahora el IPDE ha sido traducido a 12 idiomas y usado en diversos estudios sobre los trastornos de la personalidad en varios países del mundo. La traducción española aumentó el interés de los psiquiatras y psicólogos hispanoparlantes en la investigación sobre trastornos de la personalidad y que también facilite su uso en la práctica clínica.

El IPDE patrocinado por la OMS ofrece su versión del CIE-10 como así también la versión del DSM-IV, para la valoración de los trastornos de la personalidad que puede contribuir a mejorar el diagnóstico clínico de estos trastornos y aumentar la investigación sobre el tema.

3.4.1. Traducciones del IPDE.

Investigadores de diversos centros implicados en el estudio de campo, han traducido el instrumento a los siguientes idiomas: holandés, francés, alemán, hindi, japonés, canaco, noruego, swahili y tamil. También se han realizado traducciones a otras lenguas, incluyendo el danés, estonio, griego, italiano, ruso y español. Están en proyecto traducciones adicionales. Las traducciones fueron retraducidas al inglés por un psiquiatra o psicólogo que no conocía la versión inglesa original. Los problemas y variaciones en la retraducción fueron entonces revisados junto con los autores de la traducción original, y se hicieron las correcciones pertinentes.

3.4.2. Propósito del IPDE.

El IPDE no ha sido diseñado para explorar todos los aspectos de la personalidad, su propósito es identificar aquellos rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad según los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV.

Dado que los trastornos de personalidad reflejan con frecuencia la presencia exagerada de rasgos que están distribuidos de manera uniforme en la población general, las puntuaciones dimensionales son muy útiles para los clínicos, sino y proporciona al investigador mayor fiabilidad y más versatilidad en el análisis de datos.

3.4.3. Descripción del IPDE.

Este instrumento tiene 85 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso, y se puede aplicar y corregir mediante un programa informático bajo entorno Windows. El IPDE no se ha diseñado para sujetos menores de 18 años, aunque, con ligeras modificaciones, algunos investigadores han demostrado su utilidad en jóvenes a partir de los 15 años.

3.4.4. Fiabilidad y validez del IPDE.

La concordancia y estabilidad temporal del IPDE han sido estudiadas en 14 centros clínicos de 11 países de América del Norte, Europa, África y Asia. En el estudio de campo participaron 58 psiquiatras y psicólogos clínicos como entrevistadores y observadores de 716 pacientes. La fiabilidad y estabilidad del IPDE fueron similares a las descritas para otros instrumentos utilizados para el diagnóstico de psicosis, trastornos del humor, trastornos por ansiedad y por abuso de sustancias.

3.4.5. Puntuación del cuestionario de evaluación IPDE.

Si en el total cinco o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, entre las respuestas positivas y las respuestas negativas, el sujeto ha dado positivo a la evaluación para este trastorno. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencias mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y la importancia relativa que tengan para ellos.

TRASTORNO	RESPUESTAS POSITIVAS							RESPUESTAS NEGATIVAS				TOTAL	
Paranoide	39	41	64	73	79				2	14			
Esquizoide	12	33	50						1	21	63	84	
Esquizotípico	25	31	57	71	74	77			2	78	84		
Histriónico	5	10	17	27	29	48	49		38				

Antisocial	20	30	51	62	81				11	18			
Narcisista	9	15	23	40	61	67	72	75	7				
Limite	4	8	13	43	47	59	66	82	26				
Obsesivo-C.	19	24	34	45	53	60	65		3				
Dependiente	6	35	46	54	55	69	80		76				
Evitativo	16	28	36	41	42	56	70	83					
Pasivo-	22	32	37	44	52	58	68		85				

3.5. Trastornos de Personalidad.

3.5.1. Conceptos.

Según Morris, la personalidad de un individuo hace referencia a un patrón propio de pensamientos, sentimientos y conductas, el cual es permanente y consistente en el tiempo. Sin embargo, ciertos sujetos adquieren formas inflexibles de pensar y actuar que les impiden ajustar su comportamiento a las exigencias de la situación, lo que les provoca conflictos, ansiedad y sufrimiento. Tales individuos padecen los llamados “trastornos de personalidad” y para varios autores como Turkat y Alpher, por lo menos la mitad de quienes acuden a una consulta psicológica muestran señales de padecer alguno de ellos (Morris, 1992). Es más, según estudios recientes, es probable que una de cada dos personas sufra de algún trastorno psicológico en algún momento de su vida (Feldman, 2010).

Para Lo Bianco y Merle (2010), los trastornos de personalidad se presentan cuando el modo habitual en el que una persona se comporta afecta sistemática y negativamente a los demás o a sí misma, con el consiguiente malestar que esto provoca. Señalan, además, que en situaciones reales los rasgos problemáticos no suelen presentarse en forma pura, sino como una combinación de varios de ellos.

Al respecto, Kolb (1983) señala que esta conducta problema es el producto lógico de varios factores que se conjugan entre sí, como la dotación genética particular de cada individuo, la influencia moldeadora del hogar, las experiencias vividas, el estrés y cualquier afección corporal que altere la eficiencia o integridad del organismo biológico de la persona, entre otras.

Según Millon, la personalidad se concibe como “...un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en todas las áreas de funcionamiento del individuo...”.

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2005), define el trastorno de personalidad como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto...”.

Sin embargo, Feldman (2005) señala que es bastante frecuente que quienes padecen trastornos de personalidad experimenten poca angustia personal en relación con su inadaptación psicológica; llevan, de hecho, una vida aparentemente normal, aunque en su interior se halle un conjunto de rasgos inflexibles y desadaptados que no permiten su adecuado funcionamiento social.

3.6. Clasificación de los Trastornos de Personalidad, según el DSM-IV.

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.

Los trastornos de personalidad se incluyen como trastornos mentales del Eje II en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, y en la sección de trastornos mentales y del comportamiento en el manual CIE de la Organización Mundial de la Salud. Personalidad, que se define psicológicamente, como rasgos mentales y de comportamiento permanentes que distinguen a los seres humanos. Un trastorno de personalidad se define como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Las personas diagnosticadas con un trastorno de la personalidad pueden tener alteraciones en la cognición, emotividad, funcionamiento interpersonal o en el control de impulsos. En general, los trastornos de personalidad se diagnostican al 40-60 % por ciento de los pacientes psiquiátricos, y representa el diagnóstico psiquiátrico más frecuente.

Estos patrones de conducta son típicamente asociados con alteraciones sustanciales en algunas tendencias de comportamiento de un individuo, por lo general involucran varias áreas de la personalidad, y casi siempre se asocia con perturbaciones significativas en la esfera personal y social. Además, un trastorno de personalidad es inflexible y se extiende a muchas situaciones, debido en gran parte al hecho de que tales comportamientos anormales son egosintónicos, en el que los elementos de la conducta, pensamientos, impulsos, mecanismos y actitudes de una persona están de acuerdo con el Yo y con la totalidad de su personalidad; por tanto, se percibe como adecuados por el afectado. Este comportamiento puede suponer estilos de afrontamiento desadaptativos, que pueden conducir a problemas personales y otros trastornos comórbidos, tales como desórdenes de ansiedad muy severos, trastornos depresivos y, aunque con menor frecuencia, trastornos bipolares. Los trastornos límites y mixtos de la personalidad comparten características muy parecidas a este último trastorno, estando en ocasiones asociados. La aparición de estos patrones de comportamiento por lo general se remonta al principio de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta y, en algunos casos, a la infancia.

3.6.1. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad.

Los criterios generales del DSM IV para los trastornos de la personalidad son:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

(1) Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)

(2) Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

(3) Actividad interpersonal.

(4) Control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

3.6.2. Clasificación.

Los dos principales sistemas de clasificación, el CIE y el DSM, deliberadamente han fusionado sus diagnósticos hasta cierto punto, pero aún sigue habiendo diferencias. Por ejemplo, el CIE-10 no incluyen el trastorno narcisista de la personalidad como una categoría distinta, mientras que el DSM-IV no incluye la transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica o tras enfermedad psiquiátrica. El CIE-10 clasifica el trastorno esquizotípico de la personalidad del DSM-IV como una forma de esquizofrenia y no como un trastorno de la personalidad. El DSM-IV sitúa los trastornos de personalidad como entidades separadas de los trastornos mentales (Ejes), mientras que el CIE no utiliza un sistema multiaxial.

El DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) menciona diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan en tres:

Grupo A (trastornos raros o excéntricos).

- Trastorno paranoide de la personalidad, personalidad paranoide.
- Trastorno esquizoide de la personalidad, personalidad esquizoide.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad, personalidad esquizotípico.

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos).

- Trastorno antisocial de la personalidad, personalidad antisocial.

- Trastorno límite de la personalidad, personalidad límite o borderline.
- Trastorno histriónico de la personalidad, personalidad histriónica.
- Trastorno narcisista de la personalidad, personalidad narcisista.

Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

- Trastorno de la personalidad por evitación, personalidad fóbica o evitativa.
- Trastorno de la personalidad por dependencia, personalidad dependiente.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad o personalidad obsesiva-compulsiva.

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

3.6.3. Características de los Diez trastornos de la personalidad del DSM-IV.

1. Trastorno paranoide de la personalidad.

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, aparecen en diversos contextos. Generalmente desde los 18 años en adelante.

Deben cumplirse cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- (1) Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
- (2) Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
- (3) Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
- (4) En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
- (5) Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
- (6) Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
- (7) Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

2. Trastorno esquizoide de la personalidad.

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante.

Deben cumplirse cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- (1) Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.

- (2) Escoge casi siempre actividades solitarias.
- (3) Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
- (4) Disfruta con pocas o ninguna actividad.
- (5) No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
- (6) Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
- (7) Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

3. Trastorno esquizotípico de la personalidad.

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante.

Deben cumplirse cinco (o más) de los siguientes puntos:

- (1) Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
- (2) Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
- (3) Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.

- (4) Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado).
- (5) Susplicacia o ideación paranoide.
- (6) Afectividad inapropiada o restringida.
- (7) Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
- (8) Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
- (9) Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

4. Trastorno antisocial de la personalidad.

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante, aunque hay casos que se presentan desde los 15 años.

Deben cumplirse tres (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
- (2) Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- (3) Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- (4) Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- (5) Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- (6) Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

(7) Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

5. Trastorno límite de la personalidad.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante

Deben cumplirse cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

(2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

(3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

(4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

(5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

(6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

(7) Sentimientos crónicos de vacío.

(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

6. Trastorno histriónico de la personalidad.

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante.

Deben cumplirse cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.

(2) La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.

(3) Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.

(4) Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.

(5) Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.

(6) Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.

(7) Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.

(8) Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

7. Trastorno narcisista de la personalidad.

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante.

Deben cumplirse cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
- (2) Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
- (3) Cree que es especial y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
- (4) Exige una admiración excesiva.
- (5) Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
- (6) Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
- (7) Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- (8) Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
- (9) Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

8. Trastorno de la personalidad por evitación.

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante.

Deben cumplirse cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
- (2) Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
- (3) Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
- (4) Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
- (5) Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
- (6) Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
- (7) Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

9. Trastorno de la personalidad por dependencia.

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante

Deben cumplirse cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
- (2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

(3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.

(4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).

(5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

(6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

(7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

(8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

10. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Generalmente se presenta desde los 18 años en adelante.

Deben cumplirse cuatro (o más) de los siguientes ítems:

(1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad

(2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).

- (3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
- (4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
- (5) Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- (6) Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- (7) Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
- (8) Muestra rigidez y obstinación.

Trastorno de la personalidad no especificado.

Esta categoría se reserva para los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad. Un ejemplo es la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno de la personalidad (personalidad mixta), pero que, en conjunto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes de la actividad del individuo (p. ej., social o laboral). Esta categoría también puede utilizarse cuando el clínico considera que un trastorno específico de la personalidad que no está incluido en la clasificación es apropiado. Los ejemplos incluyen el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

3.7. Vulnerabilidad a trastornos de personalidad.

Según Zazzali (2009), la vida mental puede desorganizarse o desajustarse por diferentes motivos, habiendo relación entre la naturaleza del ente perturbador y la

naturaleza del disturbo generado. Este autor identifica tres tipos de factores causantes de perturbaciones:

a. Agentes dañinos materiales exógenos: sustancias como el alcohol y las drogas pueden enturbiar la conciencia, provocar delirios o, a la larga, producir un deterioro orgánico con consecuencias psíquicas. Así mismo, traumatismos craneales, degeneración de neuronas o enfermedades como la rubéola padecida por la madre en el primer trimestre de embarazo, pueden dar lugar a déficits intelectuales permanentes. Cuando cualquiera de estos agentes externos origina la aparición de manifestaciones cualitativamente anormales (alucinaciones, delirio, dismnesia, entre otros), surge un cuadro denominado “psicosis de base orgánica” el cual, si se vuelve crónico, se manifiesta en un deterioro global de la personalidad del individuo.

b. Agentes nocivos inmateriales exógenos: se refieren a las experiencias favorables o adversas que generan reacciones afectivas en la persona que las vive. A la vivencia desagradable que origina una expresión emocional intensa y duradera en el sujeto menoscabando su rendimiento cotidiano se le conoce como “desarrollo reactivo vivencial anormal” o “neurosis”.

c. Agentes nocivos endógenos: hacen referencia a agentes dañinos de naturaleza desconocida que causan las llamadas psicosis primitivas, clásicamente divididas en: psicosis esquizofrénica y trastorno bipolar (antes llamado psicosis maníaco depresiva). En estos cuadros, episódicos, el individuo se comporta de manera enajenada, es decir, presentando disturbios psíquicos cualitativos sobre la base de una conciencia vigil clara.

Como puede notarse, los trastornos de personalidad no son enfermedades que deban ser entendidas en el sentido clásico, es decir, no empiezan, evolucionan y terminan al recibir el tratamiento adecuado, sino son problemas estructurales y de afrontamiento específicos de un individuo, los cuales dificultan su adaptación a las circunstancias que vive, produciéndole sufrimiento a sí mismo o a los demás. Por otro lado, debe asentarse que hay estilos de personalidad que, aunque no llegan a ser un trastorno,

afectan el funcionamiento diario y predisponen al sujeto a padecer ciertos problemas como depresión, ansiedad, dificultades sociales, etcétera, los cuales, si no son tratados, sí pueden convertirse en uno.

En este sentido, han sido varios los autores que, en base a sus investigaciones, han planteado que existe un “continuum” o relación entre los tipos de personalidad y sus trastornos. Widiger y Costa (Toro, 2007), por ejemplo, encontraron relación entre los trastornos de personalidad y los rasgos normales de este constructo; así, los describieron como “variaciones desadaptativas” de rasgos normales, verbigracia una persona con niveles muy bajos de confianza y muy altos de hostilidad puede estar predispuesta a un trastorno de personalidad paranoide, mientras que alguien muy poco sociable y muy ansioso, al de personalidad evitativa (Larsen y Buss, 2005). Vallejo, por su parte, afirma que la personalidad es un factor que condiciona el origen, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Toro, 2007), mientras Tous, Pont y Muiños (2006), señalan la importancia de tomar en cuenta la personalidad previa de una persona para determinar los posibles trastornos que le puedan afectar. Lo anterior es apoyado tanto por Pelechano como por Costa y McCrae (De Miguel, 2000), que han mostrado que tales trastornos pueden ser estudiados desde un enfoque dimensional, encontrando patrones de relación entre los mismos y los rasgos que proponen para estudiar el funcionamiento psicológico.

En base a lo anterior, se concluye que puede existir una base de características de funcionamiento previas de una persona que podría propiciar su vulnerabilidad a algún trastorno específico de personalidad, pero es imposible asegurar que lo padecerá en algún momento de su vida.

3.8. Terapia Psicológica para los trastornos de Personalidad.

Como señalan Lo Bianco y Merle (2010), las psicoterapias de los trastornos de personalidad usualmente son de larga duración, debido a que “...es la organización

central de la persona la que se encuentra afectada...”, por lo que no se trata de una conducta o síntoma particular. Sin embargo, debe hacerse notar que el objetivo del tratamiento no es tratar de cambiar la identidad del paciente, sino ampliar el repertorio de sus posibilidades de respuesta en la interacción con el ambiente, de forma de lograr una adaptación más madura y eficaz. A este respecto, Pipes y Davenport (2004) aportan: “...La relación terapéutica le ofrece,..., al cliente la oportunidad de desarrollar o restaurar un sentido apropiadamente positivo del Yo, así como también para generar las habilidades personales necesarias para negociar el ambiente...”. En este sentido, Bolaños (2013) señala: “...no podemos cambiar ni a las personas, y muchas veces tampoco las circunstancias, los únicos que podemos cambiar somos nosotros mismos. Y un solo individuo puede comenzar a cambiar su entorno”.

En cuanto a los enfoques más propicios para el tratamiento de los trastornos de personalidad en clínica, Lo Bianco y Merle señalan que son los que recurren al análisis de los factores psicodinámicos, los cognitivo-integrativos y algunos humanistas, dejando de lado los que se centran en la solución de síntomas clínicos o cambios conductuales; señalan, así mismo, el papel determinante que juegan la experiencia y la habilidad profesional del terapeuta en el manejo satisfactorio de los fenómenos transferenciales que son característicos de este proceso.

Un modelo funcional para establecer el tipo de psicoterapia a emplear con cada paciente es el propuesto por Larry Beutler (2010), denominado “Psicoterapia Ecléctica Sistemática” y basado en investigaciones sobre éxito terapéutico. El modelo propone las siguientes alternativas:

- Para pacientes que se resisten a ser influenciados y que son internalizadores se sugiere una psicoterapia no directiva centrada en el problema (psicoanalítica o rogeriana).

- Para quienes también se resisten a ser influenciados, pero son externalizadores, psicoterapia no directiva centrada en el síntoma (sistémica o estratégica).
- En pacientes que no se resisten a ser influenciados y son internalizadores, psicoterapia directiva centrada en el conflicto (gestáltica o experiencial).
- En aquellos que tampoco se resisten a ser influenciados, pero son externalizadores, psicoterapia directiva centrada en el síntoma (cognitivo-comportamental).
- Otro autor que define un camino a emplear en psicoterapia en base a las necesidades específicas de cada paciente es Eysenck quien, partiendo de su modelo factorial de la personalidad, opina que:
 - Los sujetos introvertidos con alto grado de neuroticismo (propensos a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, así como a la personalidad evitativa, obsesiva o dependiente), deberían ser tratados con técnicas de desensibilización sistemática o procedimientos cognitivos clásicos.
 - Los extravertidos con alto grado de neuroticismo (que tienden a los trastornos de tipo histérico-conversivo y personalidades histriónicas, narcisistas, antisociales y límites), con terapias de orientación psicodinámica, humanista o sistémica.
 - Quienes presentan alto psicoticismo, introvertidos o extravertidos, requieren también de tratamiento farmacológico.

Millon, por su parte, lo que propone es un tratamiento que integre las perspectivas psicodinámicas, biológicas, fenomenológicas y comportamentales, que le permitan a una persona trabajar las restricciones que moldean su comportamiento y asumir una mayor variedad de estados adaptativos al ambiente:

“Nuestra tarea como terapeutas no es ver cómo podemos combinar modelos discordantes de técnicas terapéuticas, sino unir el patrón integracionista que

caracteriza a cada paciente y entonces seleccionar los objetivos y las tácticas de tratamiento que representan óptimamente este patrón” Millon y Davis (2007).

3.9. Psicología.

3.9.1. Concepto.

(Bolaños, 2013). La psicología o sicología (literalmente estudio o tratado del alma; del griego clásico ψυχή, transliterado psykhé, psique, alma, actividad mental, y λογία, logía, «tratado» o estudio) es una profesión y una disciplina académica que se define como la ciencia social que estudia la conducta y los procesos mentales de los individuos, cuyo campo de estudio abarca todos los aspectos de la experiencia humana. Existen diversas perspectivas psicológicas, cada una con sus propias teorías y metodologías, y en comparativa pueden coincidir, influirse, solaparse o incluso ser contradictorias e incompatibles; esta variedad da pie a múltiples acepciones y abordajes. Algunos enfoques como en el humanismo consideran que el método científico no es adecuado para investigar la conducta; otros tales como el conductismo lo emplean para comportamientos observables que pueden ser objetivamente medidos.

Por medio de sus diversos enfoques, la psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, el pensamiento, la personalidad, las relaciones personales, la conciencia y la inconsciencia. La psicología emplea métodos empíricos cuantitativos y cualitativos de investigación para analizar el comportamiento. También se pueden encontrar, especialmente en el ámbito clínico o de consultoría, otro tipo de métodos cualitativos y mixtos. Mientras que el conocimiento psicológico es empleado frecuentemente en la evaluación o tratamiento de las psicopatologías, en las últimas décadas los psicólogos también están siendo empleados en los departamentos de recursos humanos de las organizaciones, en áreas relacionadas con el desarrollo

infantil y del envejecimiento, los deportes, los medios de comunicación, el mundo del derecho y las ciencias forenses. Aunque la mayor parte de los psicólogos están involucrados profesionalmente en actividades terapéuticas (clínica, consultoría, educación), una parte también se dedica a la investigación, desde las universidades, sobre un amplio rango de temas relacionados con el comportamiento y el pensamiento humano.

3.9.2. Requerimientos profesionales.

La práctica de la psicología como profesión exige ciertos requerimientos, superando la idea de que "...las personas que eligen la psicología como carrera, lo hacen porque tienen problemas emocionales y esperan encontrar en este campo el camino para resolverlos" (Harrsch, 1994). Si bien es cierto que cualquier persona puede padecer problemas emocionales de algún tipo y que el estudiante de psicología durante su formación puede ser confrontado con sus propios problemas, también lo es el hecho de que esto le sirve para lograr una introspección individual que le permite no sólo conocerse a sí mismo, sino principalmente desarrollar una comprensión general de la experiencia humana.

Los diversos estudios realizados para establecer las características de los psicólogos concluyen, a nivel general, que poseen un nivel alto de productividad verbal, mostrando un mayor interés en las relaciones interpersonales y la conciencia social (Harrsh, 1994).

Ya específicamente en lo que se refiere al Perfil Ideal del Psicólogo, puede decirse que:

- a.** Debe poseer calidad profesional y compromiso social.
- b.** Manejar rigor científico en la intervención, así como actitud de servicio y apertura,
- c.** Presentar una actitud que permita el trabajo interdisciplinario y el diálogo,

- d. Mostrar interés en conocer la naturaleza humana y la cultura general, más allá de lo que le exija su disciplina,
- e. Respetar tanto a las personas, como los planteamientos teóricos y el trabajo de sus colegas.

Esta autora también señala que: “Ser psicólogo implica ser una persona en proceso de adquirir una serie de conocimientos teóricos sobre la conducta humana y experiencias estrictamente académicas, que se integra paso a paso, etapa por etapa, en un proceso de crecimiento, ligado con las características individuales, de su propia personalidad, con el fin trascendental de ponerlo al servicio de la comunidad en que vive”.

3.9.3. Perfil del Estudiante de Psicología en la U.A.J.M.S.

Se habla de perfil del estudiante, para referirse a qué características y competencias debe poseer el alumno, para que a futuro tenga un mejor desempeño dentro de su formación y futura práctica en la vida profesional.

La carrera de Psicología dentro de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho menciona que el estudiante de psicología debe tener las siguientes cualidades:

- Reflexivo, analítico, crítico, propositivo, proactivo, creativo.
- Sociable, empático, colaborador, independiente, estable emocionalmente.
- Comprensión lectora, redacción propia, pensamiento abstracto y lógico matemático, capacidad para desenvolverse en los diversos temas de historia y literatura nacional y universal.
- Capacidad para interactuar con otros: sus pares, niños, ancianos y toda otra persona en situaciones sociales o laborales.

Es de esperar, que el estudiante posea los siguientes conocimientos y habilidades necesarios para desenvolverse en las diferentes materias del plan de estudio.

Conocimientos en las áreas de:

- Psicología, ciencias sociales, filosofía, lenguaje y oratoria

Habilidades para:

- El análisis crítico y constructivo
- El manejo adecuado del lenguaje oral y escrito
- La organización en el trabajo académico – profesional
- La adaptación al trabajo grupal
- La realización de investigación de campo.

Actitudes positivas para:

- Establecer relaciones interpersonales adecuadas
- Involucrarse en los procesos de la conducta humana
- Buscar la solución de problemas de la conducta humana

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Por las características que conlleva, la presente investigación corresponde al Área de la Psicología Clínica, definida como la “Rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a las situaciones únicas y exclusivas del paciente para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar de una forma eficaz y con mayor sentido” (Goldenberg A. (1973).

Se trata de “una investigación científica de diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad, de acuerdo al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.) en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija”, en la que se identifica los trastornos de personalidad que existen y se elaboran diagnósticos, pues se trata de un tema que está inserto en los individuos de la sociedad mundial y por ende tarijeña y no puede ser desvinculado de ella, por la gran influencia que tiene, tanto ética, como moral, más aun tomando en cuenta que son futuros profesionales de la salud mental.

Por las características y el objetivo que conlleva, se tipifica como una investigación de carácter:

- Exploratorio, “Los estudios exploratorios, se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se han abordado antes” (Hernández R. y otros, 2006). Sirvió para buscar información acerca de posibles trastornos de personalidad y valoran los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos que pudiesen presentar los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija, ya que no existe una investigación de esta índole en nuestra sociedad respecto a este problema en específico.

- Descriptivo transversal, “...busca desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. El objetivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (Hernández R. y otros, 2010), y transversal porque se realiza en un periodo único y corto de tiempo.

Además, como dice Tamayo M. (2004) “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos. Trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta”.

Esta investigación de tipo descriptiva busca detallar, nombrar las características, propiedades y diferentes diagnósticos acerca de los posibles trastornos de personalidad en los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.2.1. Población.

La población definida como el “conjunto o universo de personas que van a ser investigadas y que se ubican en el tiempo y el espacio de una manera precisa, ejemplo, los integrantes de una organización, institución, cofradía, clubes, etc. que al ser objeto de estudio, se les aplica las diversas técnicas de recopilación de datos” (Vargas J., 2014).

La población está conformada por los 894 estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho matriculados en la gestión 2016.

4.2.2. Muestra.

Para la selección de la muestra, se decidió utilizar la técnica del Muestreo aleatorio simple estratificado:

Consiste, básicamente, en dividir a la población en diferentes segmentos denominados estratos, formados por elementos lo más homogéneamente posibles entre sí. Los estratos se forman atendiendo a diferentes variables, como pueden ser: sexo, edad, nivel académico, etc.

“Lo que se pretende con este tipo de muestreo es asegurarse de que todos los estratos de interés estarán representados adecuadamente en la muestra. Cada estrato funciona independientemente, pudiendo aplicarse dentro de ellos el muestreo aleatorio simple o el estratificado para elegir los elementos concretos que formarán parte de la muestra” (Scheaffer, 2007).

Por esta razón y por medio de la utilización de esta técnica, y para alcanzar una mayor representatividad en los resultados, de la población estudiantil de la carrera de psicología la muestra estuvo conformada por el 10% de la población universo, considerando que la cantidad de la muestra, es una cantidad representativa de la población origen, y a los cuales se les aplicó los instrumentos seleccionados, que responden a los objetivos de la presente investigación y que fueron escogidos mediante la técnica antes referida.

Después de haber obtenido el resultado por medio de la conversión, se estableció el trabajo con 90 estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija, 45 mujeres y 45 hombres de los 5 años de estudio; este 10%, permitió alcanzar resultados más confiables y reales con un margen de error mínimo que es permitido por la metodología científica.

Debido al sistema semestral de la (UAJMS), se trabajó con el periodo 1, lo que significa que se tomó en cuenta a los semestres impares. También es importante notar que el número de estudiantes varía según el año de estudio, estos disminuyen cada siguiente año, es por esta razón que la muestra de cada semestre es distinta para ser más representativa a la población.

Año de estudio	Semestre en curso	Femenino	Masculino	Total ambos sexos	%
1.º	1er semestre	4	4	8	9%
2.º	3er semestre	6	6	12	13%
3.º	5to semestre	8	8	16	18%
4.º	7mo semestre	10	10	20	22%
5.º	9no semestre	17	17	34	38%
TOTAL=>		45	45	90	100%

4.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO.

4.3.1. Método.

Los métodos empleados en la realización de la presente investigación fueron el teórico, empírico, estadístico, clínico y deductivo.

- Método teórico. Este método lleva a explicar las características del objeto de estudio a través del análisis de documentos, revisión teórica y bibliográfica, participando en todo el desarrollo del trabajo, desde el diseño hasta la interpretación y análisis de la información (M. Vivanco, 2005).

Se trabajó con el respaldo del marco teórico y la interpretación de los datos para realizar un análisis y síntesis de la investigación. Así este método permitió la interpretación conceptual de los datos obtenidos empíricamente mediante el análisis, síntesis, deducción e inducción.

- Método empírico. Explica y revela la relación del objeto de investigación a través de sus variables, las que representan un nivel en el proceso de investigación, cuyo contenido procede de la experiencia, utiliza técnicas como las de los cuestionarios (Marín, G. 2007).

Este método se empleó en la recogida de los datos que permiten la intervención, registro, medición, análisis e interpretación de la realidad en el proceso de investigación.

- Métodos estadísticos. La información recogida en las escalas numéricas fue procesada y tabulada, en base a la cual se calcularon los datos, estableciéndose cuadros para cada elemento de las características psicológicas, estableciendo una representación gráfica de los mismos.

- El método clínico es el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el método científico aplicado a la práctica clínica; es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. (Marín, G. 2007).

- Método deductivo, el pensamiento va de lo general a lo particular, exposición de conceptos y definiciones para extraer conclusiones y consecuencias

4.3.2. Técnica.

La técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación, fue el inventario, entendido como el proceso “recogida de información por medio de preguntas o enunciados escritos organizados en un cuestionario impreso y que además se emplea para investigar hechos o fenómenos de forma general y no particular.....utilizando información de una muestra representativa para explorar, describir o explicar las

propiedades de la población origen” (Vivanco, M. 2005), recurriéndose a la utilización de Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II).

También se utilizó un cuestionario, siendo esta una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito. Ese listado se denomina cuestionario, recurriéndose a la utilización del Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE).

Por último también se utilizó una encuesta para enriquecer los datos de los instrumentos que miden los trastornos de personalidad, (MCMI-II) y el (IPDE), Varios autores llaman cuestionario a la técnica misma. Según Tamayo M. (2008), la encuesta “es aquella que permite dar respuesta a problemas en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida sistemática de información según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida”.

Estas técnicas fueron administradas a la muestra de estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la Ciudad de Tarija.

4.3.3. Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación fueron:

Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI).

Al respecto, el creador de este inventario fue Theodore Millon, un psicólogo estadounidense pionero en la investigación sobre la personalidad (Millon, T., 2000). Este inventario cuenta con 175 ítems y es aplicable en adultos.

Objetivos del inventario:

- Identifica posibles trastornos de personalidad y valora los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos.
- Evalúa estilos y trastornos de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según criterios DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon.

Descripción:

- Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad clínicos (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Pasivo-Agresivo y Autodestructivo)
- Tres que evalúan trastornos graves de la personalidad (Esquizotípica, Paranoide y Límite).
- Además, tiene índices que ajustan las puntuaciones de las subescalas o determinan la extensión de su validez.

Aplicación:

- Tiempo de aplicación: 20 a 30 min
- Normas de aplicación: la persona evaluada debe ir respondiendo verdadero o falso a distintos ítems.

Corrección e interpretación:

- Se obtienen 24 puntuaciones. Mediante una tabla de transformaciones se convierten en puntuaciones transformadas (diferencias según el género), y pueden interpretarse individualmente o estableciendo un perfil.

Puntuaciones:

- Entre 75 y 84 indican la presencia de rasgos
- mayores de 84, la presencia de un trastorno.

La presencia de rasgos de personalidad, son características definitorias de cada ser humano que son persistentes y determina al sujeto como ser diferente al resto de los individuos.

La presencia de un trastorno de personalidad son un conjunto de alteraciones patológicas en grandes dimensiones que perturban al sujeto en sus ámbitos emocionales. Motivacionales y de relación social.

El inventario de Millon se puede corregir con la ayuda de un programa de ordenador que es facilitado con la prueba, existen igualmente correcciones en red o por correo.

Examen Internacional de los trastornos de la personalidad I.P.D.E.

El IPDE ha sido desarrollado para la OMS por el Dr. Armand W. Loranger, en colaboración con los otros colegas de la comunidad psiquiátrica internacional. El IPDE patrocinado por la OMS es un buen instrumento para la valoración de los trastornos de la personalidad que puede contribuir a mejorar el diagnóstico clínico de estos trastornos y a aumentar la investigación sobre el tema.

Objetivo del IPDE:

- Su propósito es identificar aquéllos rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad según los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV.

Descripción del IPDE:

- El IPDE tiene 85 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso, y se puede aplicar y corregir mediante un programa informático bajo entorno Windows.

Aplicación:

- Tiempo de aplicación: 15 a 25 min
- Normas de aplicación: la persona evaluada debe ir respondiendo verdadero o falso a distintos ítems.

Puntuación del cuestionario de evaluación IPDE:

- Si cinco o más ítems de un trastorno han sido señalados, el sujeto ha dado positivo la evaluación para este trastorno. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y la importancia relativa que tengan para ellos.

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 ejes, con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento, el eje II es el correspondiente a los trastornos de personalidad.

Eje II: Trastornos de la personalidad

- **A (Raros o excéntricos):** paranoide, esquizoide, esquizotípico.
- **B (Dramáticos, emocionales o erráticos):** antisocial, límite, histriónico, narcisista.

- **C (Ansiosos o temerosos):** evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo.

Encuesta

Adicional a la aplicación de los instrumento elegidos como el MCMI-II y el IPDE, se decidió elaborar una pequeña encuesta con 9 preguntas cerradas que permite ampliar los resultados obtenidos a través del mismo, debido a que se consideró que el hecho de que un estudiante que elige carrera universitaria se incline por psicología no implica que cuente con las características de personalidad necesarias para desarrollar una futura labor que resulte eficaz, ética y responsable, ni tampoco que conoce a cabalidad lo que este ejercicio profesional requiere.

4.4. PROCEDIMIENTO.

El procedimiento de investigación pasó por las siguientes fases, para la presentación de un trabajo organizado, claro y concreto.

ETAPA 1. Revisión Bibliográfica.

En esta primera etapa se llevó a efecto la búsqueda de información en bibliotecas e internet de todo el material disponible, para desarrollar el trabajo de investigación sobre los Trastornos de la Personalidad, de acuerdo al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.) en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija.

ETAPA 2. Selección de instrumentos.

En esta etapa, se seleccionaron los instrumentos a ser empleados en la investigación, el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI), el Examen internacional de los

Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.) y una encuesta para saber la situación actual respecto a la salud mental de los sujetos), esto con la ayuda del material bibliográfico.

ETAPA 3. Aplicación y Recolección de información

En esta etapa se aplicaron los instrumentos seleccionados, a los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija seleccionados en la muestra. El instrumento fue aplicado a los 90 estudiantes. Luego de todo este proceso se realizó la colocación de los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos.

ETAPA 4. Análisis e interpretación de los datos

Luego de la aplicación de los instrumentos seleccionados en la presente investigación, y de la recolección de los resultados del Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II), el Examen internacional de los trastornos de personalidad (I.P.D.E.) y la encuesta, se realizó el análisis e interpretación de los resultados, para responder a los objetivos y confirmar o descartar la hipótesis planteada en el diseño teórico.

ETAPA 5. Redacción y presentación del informe final

En esta última etapa y al finalizar el proceso de investigación, se realizó la redacción del informe final, el cual estará constituido por los distintos capítulos requeridos en un informe final de tesis. Luego de la redacción del documento final, se dará lugar a la presentación del mencionado documento, en el cual se encuentran las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó, por los resultados obtenidos.

RESULTADOS.

A continuación, presentamos toda la información recogida durante todo el proceso de la investigación en cuatro partes.

Primeramente, se muestran los resultados obtenidos en el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI), y se consignan cuadros y gráficas del Grupo A (trastornos raros o excéntricos), Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos) y Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos), y así mismo se muestran los resultados por cada sexo.

Posteriormente se muestran los resultados obtenidos en el Examen internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE), se consignan cuadros y gráficas del Grupo A (trastornos raros o excéntricos), Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos) y Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos), y así mismo se muestran los resultados por cada sexo.

Seguidamente, se publican los resultados de la encuesta aplicada a la muestra de la investigación y se consignan cuadros y gráficas por cada pregunta para su mejor comprensión.

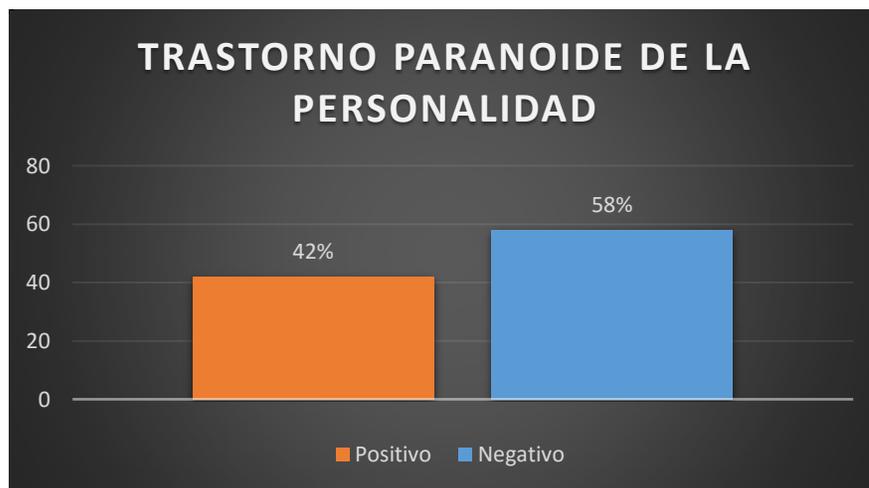
Por último, se analiza los resultados obtenidos en función de las hipótesis y objetivos planteados en el diseño teórico.

**-CUADRO N° 1-
GRUPO: A
“PARANOIDE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
38	42%	52	58%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 1-
“PARANOIDE”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

Según los resultados obtenidos el 42% de los estudiantes dieron positivo al trastorno paranoide de la personalidad, esto significa que estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas, así mismo hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás, también frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a

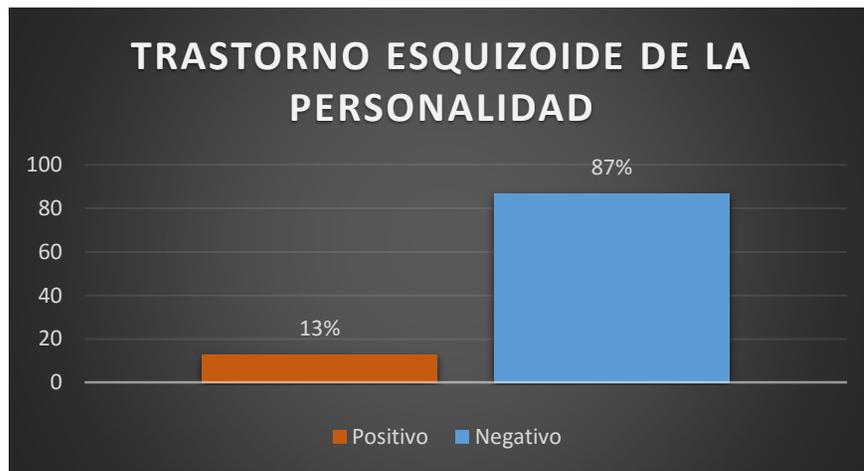
estos pacientes a resistirse al control y a las influencias externas. Por último, los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

**-CUADRO N° 2-
“ESQUIZOIDE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
12	13%	78	87%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 2-
“ESQUIZOIDE”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

El 13% de los estudiantes dieron positivo al trastorno esquizoide de la personalidad, estas personas se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor, también tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos

emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, como también a sus demandas.

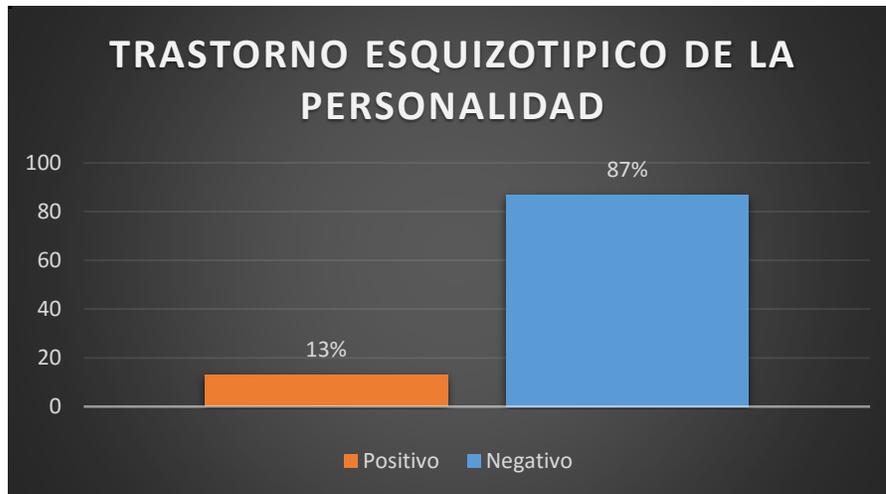
**-CUADRO N° 3-
“ESQUIZOTIPICO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
12	13%	78	87%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 3-
“ESQUIZOTIPICO”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

El 13% de los estudiantes dieron positivo al trastorno esquizotípico de la personalidad, estos sujetos representan un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal, prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales, están inclinados a ser casi autistas o cognitivamente confusos,

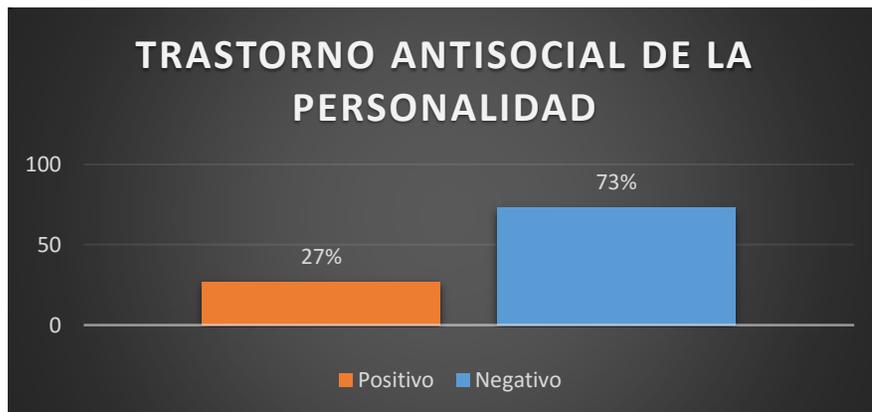
piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes. Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien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

-CUADRO N° 4-
GRUPO: B
“ANTISOCIAL”

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
24	27%	66	73%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
 Elaboración: Propia

-GRÁFICA N° 4-
“ANTISOCIAL”



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
 Elaboración: Propia

El 27% de los estudiantes dieron positivo al trastorno antisocial de la personalidad, estos individuos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de

otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de ellos, su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado, también son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas, al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

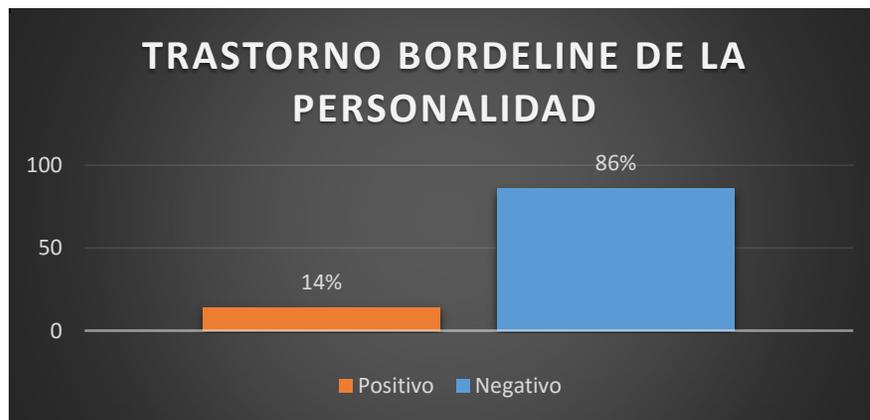
**-CUADRO N° 5-
“BORDELINE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
13	14%	77	86%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 5-
“BORDELINE”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

El 14% de los estudiantes dieron positivo al trastorno límite de la personalidad, estas personas presentan disregulación de sus afectos en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo y también dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

**-CUADRO N° 6-
“HISTRIÓNICO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
25	28%	65	72%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 6-
“HISTRIÓNICO”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

El 28% de los estudiantes dieron positivo al trastorno histriónico de la personalidad, estos sujetos tienen una superficial y emprendedora manipulación de sucesos en los activodependientes, mediante la cual aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás, frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada, así mismo sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación. Por último, los elogios y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y contexto social.

**-CUADRO N° 7-
“NARCISISTA”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
32	36%	58	64%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 7-
“NARCISISTA”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

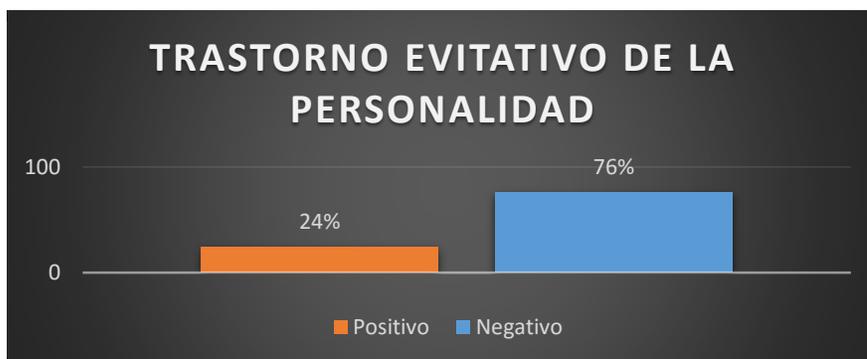
El 36% de los estudiantes dieron positivo al trastorno narcisista de la personalidad, estos individuos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas, también resumen de que reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante y explotan a los demás a su antojo. Aunque los elogios de otros sean tanto de ánimo como de bienvenida, su presuntuosa superioridad exige poca confirmación para el logro de la aprobación social de cada pensamiento sincero.

**-CUADRO N° 8-
GRUPO: C
“EVITATIVO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
22	24%	68	76%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 8-
“EVITATIVO”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

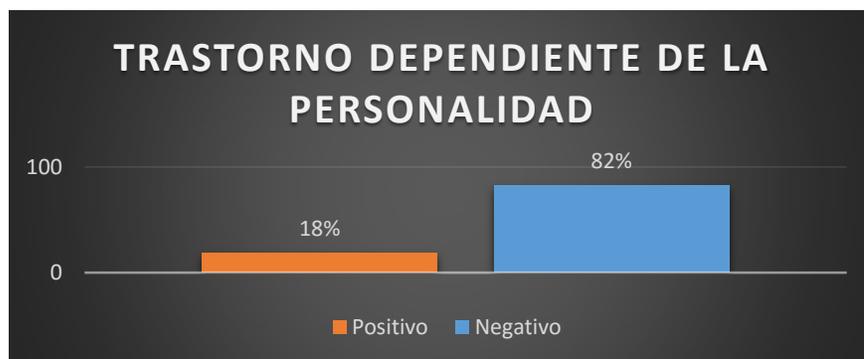
El 24% de los estudiantes dieron positivo al trastorno evitativo de la personalidad, estos sujetos experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás, también mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. Y por último sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. Han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

**-CUADRO N° 9-
“DEPENDIENTE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
16	18%	74	82%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 9-
“DEPENDIENTE”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

El 18% de los estudiantes dieron positivo al trastorno dependiente de la personalidad, estos individuos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo, así mismo la carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental, y por último como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer qué atenciones y apoyos pueden encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

**-CUADRO N° 10-
“COMPULSIVO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
28	31%	90	69%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 10-
“COMPULSIVO”**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

El 31% de los estudiantes dieron positivo al trastorno obsesivo – compulsivo de la personalidad, estos individuos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social, así mismo resuelven esta ambivalencia suprimiendo el resentimiento y sobre aceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás, también sus disciplinas y autorrestricciones sirven para el intenso control, aunque oculto, de sentimientos opuestos, resultando en una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes y por último detrás de este frente de decoro y restricción, aparecen el enojo intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

-CUADRO N° 11-

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO FEMENINO

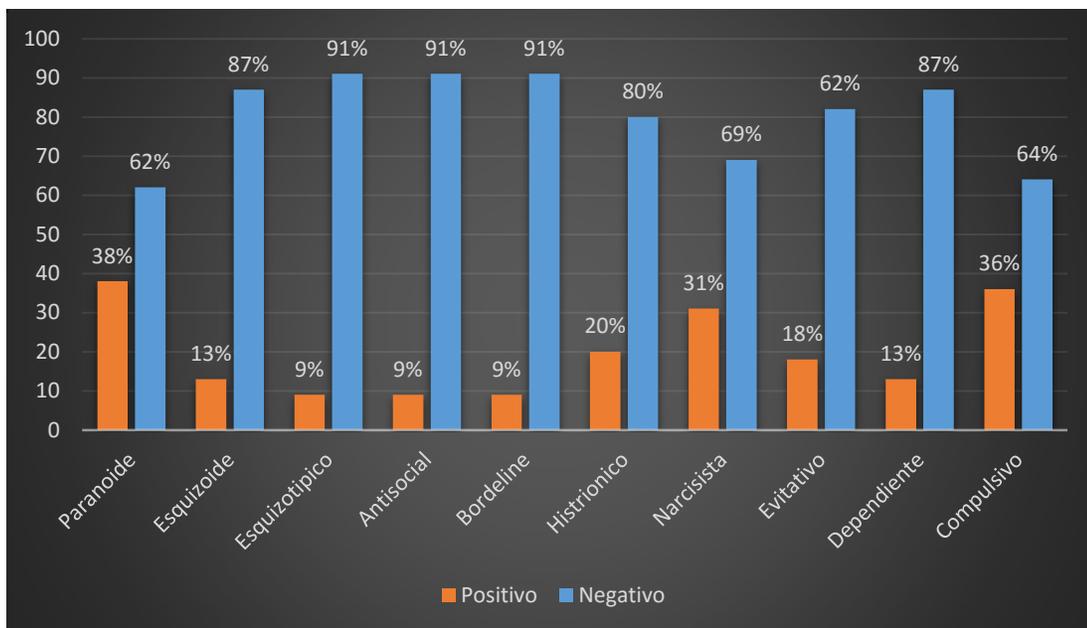
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL		
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
GRUPO A	Paranoide	17	38%	28	62%	45	100%
	Esquizoide	6	13%	39	87%	45	100%
	Esquizotípico	4	9%	41	91%	45	100%
GRUPO B	Antisocial	4	9%	41	91%	45	100%
	Bordeline	4	9%	41	91%	45	100%
	Histriónico	9	20%	36	80%	45	100%
	Narcisista	14	31%	31	69%	45	100%
GRUPO C	Evitativo	8	18%	37	82%	45	100%
	Dependiente	6	13%	39	87%	45	100%
	Compulsivo	16	36%	29	64%	45	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

En la tabla se presentan los resultados obtenidos de los trastornos de personalidad, de acuerdo al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II), a partir de la tabulación de las respuestas proporcionadas por los sujetos evaluados del sexo femenino, 45 en total.

**-GRÁFICA N° 11-
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO FEMENINO**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)
Elaboración: Propia

Los resultados de la gráfica muestran que los trastornos de personalidad que alcanzaron mayores índices en el sexo femenino son el paranoide con el 38%, el compulsivo con el 36% y el narcisista con el 31%.

También se pueden observar algunos trastornos que tuvieron una presencia moderada, como ser el caso del trastorno histriónico con el 20%, el evitativo con el 18%, el esquizoide con el 13% y el dependiente con el 13%.

Por último, se observan menos significativos o como rasgos bajos a los trastornos esquizotípico con el 9%, así mismo el antisocial con el 9% y borderline también con el 9%.

**-CUADRO N° 12-
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO MASCULINO**

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL		
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
GRUPO A	Paranoide	21	47%	24	53%	45	100%
	Esquizoide	6	13%	39	87%	45	100%
	Esquizotípico	8	18%	37	82%	45	100%
GRUPO B	Antisocial	20	44%	25	56%	45	100%
	Bordeline	9	20%	36	80%	45	100%
	Histriónico	16	36%	29	64%	45	100%
	Narcisista	18	40%	27	60%	45	100%
GRUPO C	Evitativo	14	31%	31	69%	45	100%
	Dependiente	10	22%	35	78%	45	100%
	Compulsivo	12	27%	33	73%	45	100%

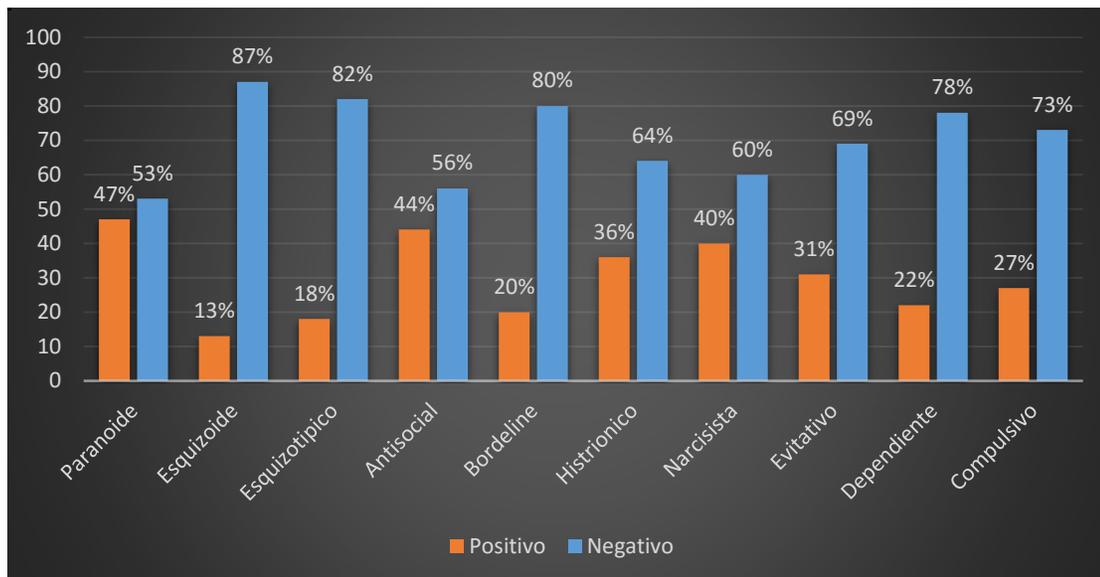
Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

En la tabla se presentan los resultados de los trastornos de personalidad, de acuerdo al Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II), a partir de la tabulación de las respuestas proporcionadas por los sujetos evaluados del sexo masculino, 45 en total.

-GRÁFICA N° 12-

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO MASCULINO



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

Los resultados de la gráfica muestran que los trastornos de personalidad que alcanzaron mayores índices en los estudiantes de sexo masculino son el paranoide con el 47%, el antisocial con el 44%, y el narcisista con el 40%.

También se pueden observar algunos trastornos que tuvieron una presencia a considerar, como ser el caso del trastorno histriónico con el 36%, el evitativo con el 31%, el compulsivo con el 27% y el dependiente con el 22%.

Por último, se observan menos significativos o como rasgos bajos a los trastornos borderline con el 20%, esquizotípico con el 18% y el esquizoide con el 13%.

-CUADRO N° 13-

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: AMBOS SEXOS

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD		POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
GRUPO A	Paranoide	38	42%	52	58%	90	100%
	Esquizoide	12	13%	78	87%	90	100%
	Esquizotípico	12	13%	78	87%	90	100%
GRUPO B	Antisocial	24	27%	66	73%	90	100%
	Bordeline	13	14%	77	86%	90	100%
	Histriónico	25	28%	65	72%	90	100%
	Narcisista	32	36%	58	64%	90	100%
GRUPO C	Evitativo	22	24%	68	76%	90	100%
	Dependiente	16	18%	74	82%	90	100%
	Compulsivo	28	31%	62	69%	90	100%

Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

En la tabla se presentan todos los resultados obtenidos del Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) a partir de la tabulación de las respuestas proporcionadas por los sujetos evaluados, todos ellos alumnos de psicología de los diferentes años de estudio, la muestra total es de 90 personas, 45 del sexo femenino y 45 del sexo masculino.

El DSM-IV-TR menciona diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan en tres:

Grupo A (trastornos raros o excéntricos)

Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizoide de la personalidad, Trastorno esquizotípico de la personalidad, personalidad esquizotípica.

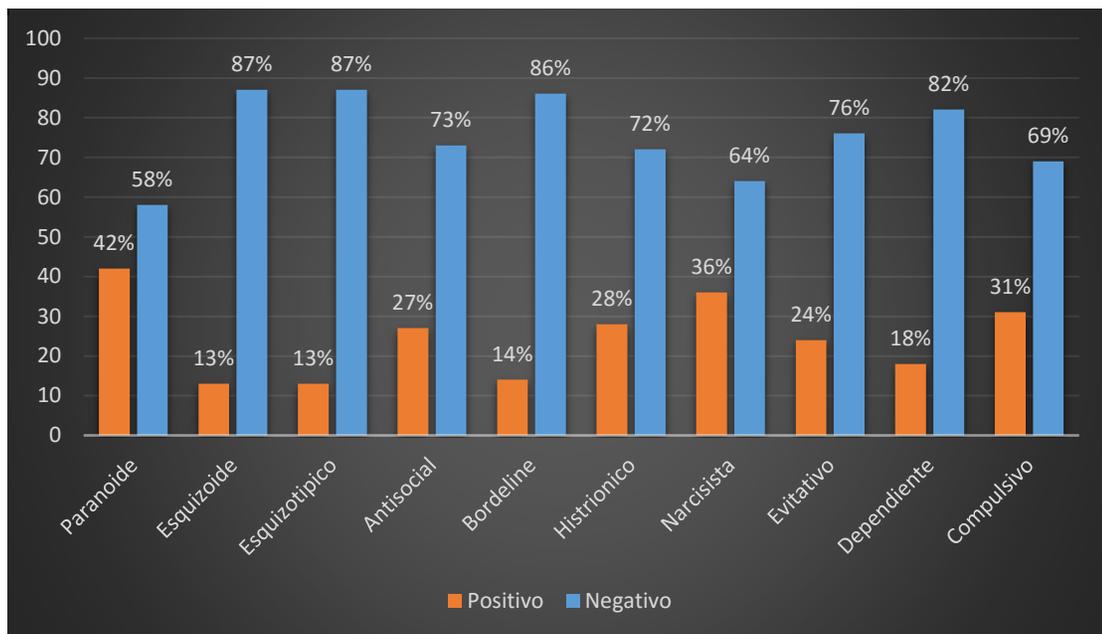
Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

Trastorno antisocial de la personalidad, Trastorno límite de la personalidad, o borderline. Trastorno histriónico de la personalidad, Trastorno narcisista de la personalidad,

Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

Trastorno de la personalidad evitativa, Trastorno de la personalidad dependiente, Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

**-GRÁFICA N° 13-
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: AMBOS SEXOS**



Fuente: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

Elaboración: Propia

En este gráfico se puede observar que hay una presencia marcada de los trastornos de personalidad paranoide con el 42%, el narcisista con el 36% y el compulsivo con el 31%.

También se pueden observar algunos trastornos que tuvieron una presencia a considerar, como ser el caso del trastorno histriónico con el 28%, el antisocial con el 27% y el Evitativo con el 24%.

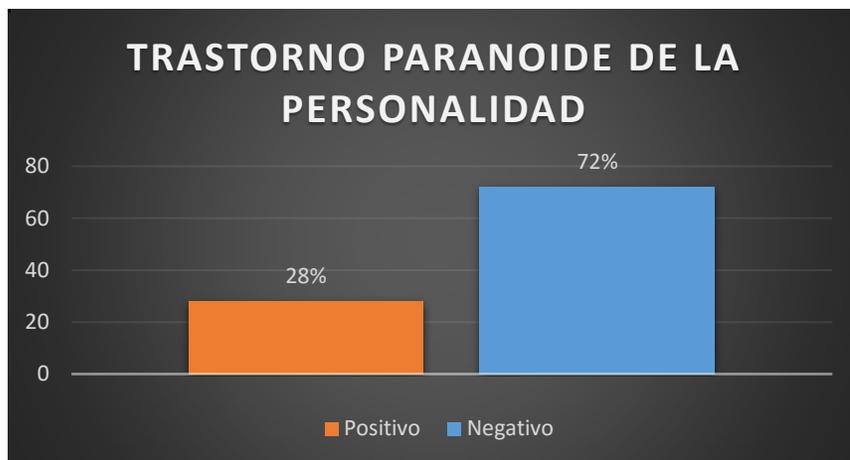
Por último, se observan cómo menos significativos o como rasgos bajos a los trastornos dependiente con el 18%, el borderline o límite con el 14%, el esquizoide con el 13% y el esquizotípico también con el 13%.

**- CUADRO N° 14-
GRUPO: A
“PARANOIDE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
25	28%	65	72%	90	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 14-
“PARANOIDE”**



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

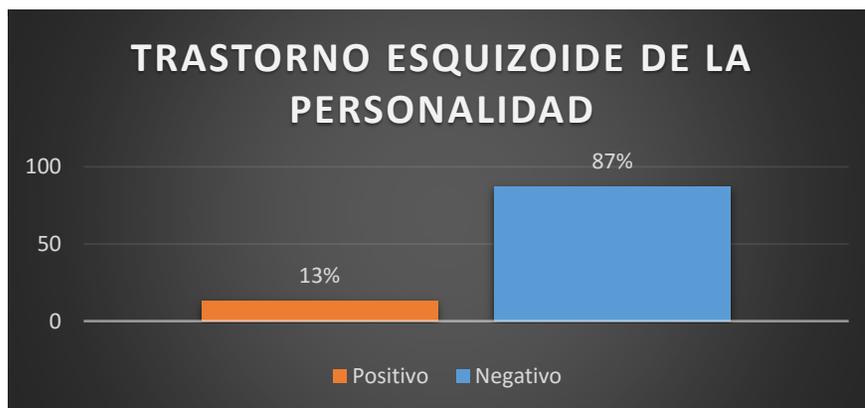
Según los resultados obtenidos el 28% de los estudiantes dieron positivo al trastorno paranoide de la personalidad, esto significa que estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas, así mismo hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás, también Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y a las influencias externas. Por último, los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

**-CUADRO N° 15-
“ESQUIZOIDE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
12	13%	78	87%	90	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 15-
“ESQUIZOIDE”**



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

El 13% de los estudiantes dieron positivo al trastorno esquizoide de la personalidad, estas personas se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor, también tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas.

**-CUADRO N° 16-
“ESQUIZOTIPICO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
22	24%	68	76%	90	100%

**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

**-GRÁFICA N° 16-
“ESQUIZOTIPICO”**



**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

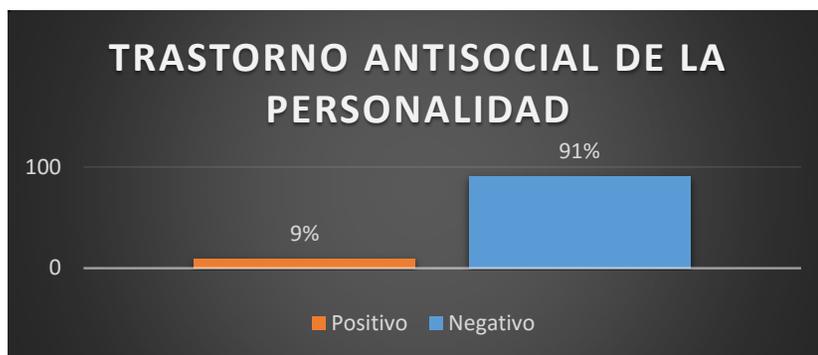
El 24% de los estudiantes dieron positivo al trastorno esquizotípico de la personalidad, estos sujetos representan un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal, prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales, están inclinados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes. Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien una cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

**-CUADRO N° 17-
GRUPO: B
“ANTISOCIAL”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
8	9%	82	91%	90	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 17-
“ANTISOCIAL”**



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

El 9% de los estudiantes dieron positivo al trastorno antisocial de la personalidad, estos individuos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de ellos, su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado, también son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas, al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

**- CUADRO N° 18-
“LÍMITE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
36	40%	54	60%	90	100%

**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

**-GRÁFICA N° 18-
“LÍMITE”**



**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

El 40% de los estudiantes dieron positivo al trastorno límite de la personalidad, estas personas presentan disregulación de sus afectos en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo y también dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

**-CUADRO N° 19-
“HISTRIÓNICO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
16	18%	74	82%	90	100%

**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

**-GRÁFICA N° 19-
“HISTRIÓNICO”**



**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

El 18% de los estudiantes dieron positivo al trastorno histriónico de la personalidad, estos sujetos tienen una superficial y emprendedora manipulación de sucesos en los activodependientes, mediante la cual aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás, frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada, así mismo sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación. Por último, los elogios y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y contexto social.

-CUADRO N° 20-
“NARCISISTA”

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
28	31%	62	69%	90	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

-GRÁFICA N° 20-
“NARCISISTA”



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

El 31% de los estudiantes dieron positivo al trastorno narcisista de la personalidad, estos individuos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas, también resumen de que reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante y explotan a los demás a su antojo. Aunque los elogios de otros sean tanto de ánimo como de bienvenida, su presuntuosa superioridad exige poca confirmación para el logro de la aprobación social de cada pensamiento sincero.

**-CUADRO N° 21-
GRUPO: C
“EVITATIVO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
35	39%	55	61%	90	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 21-
“EVITATIVO”**



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

El 39% de los estudiantes dieron positivo al trastorno evitativo de la personalidad, estos individuos experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás, también mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. Y por último sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

**-CUADRO N° 22-
“DEPENDIENTE”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
8	9%	82	91%	90	100%

**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

**-GRÁFICA N° 22-
“DEPENDIENTE”**



**Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia**

El 9% de los estudiantes dieron positivo al trastorno dependiente de la personalidad, estos individuos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo, así mismo la carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental, y por último como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer qué atenciones y apoyos pueden encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

**-CUADRO N° 23-
“OBSESIVO – COMPULSIVO”**

POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18	20%	72	80%	90	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

**-GRÁFICA N° 23-
“OBSESIVO – COMPULSIVO”**



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

El 20% de los estudiantes dieron positivo al trastorno obsesivo – compulsivo de la personalidad, estos individuos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social, así mismo resuelven esta ambivalencia suprimiendo el resentimiento y sobreceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás, también sus disciplinadas autorrestricciones sirven para el intenso control, aunque oculto, de sentimientos opuestos, resultando en una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes y por último detrás de este frente de decoro y restricción, aparecen el enojo intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

- CUADRO N° 24-

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO FEMENINO

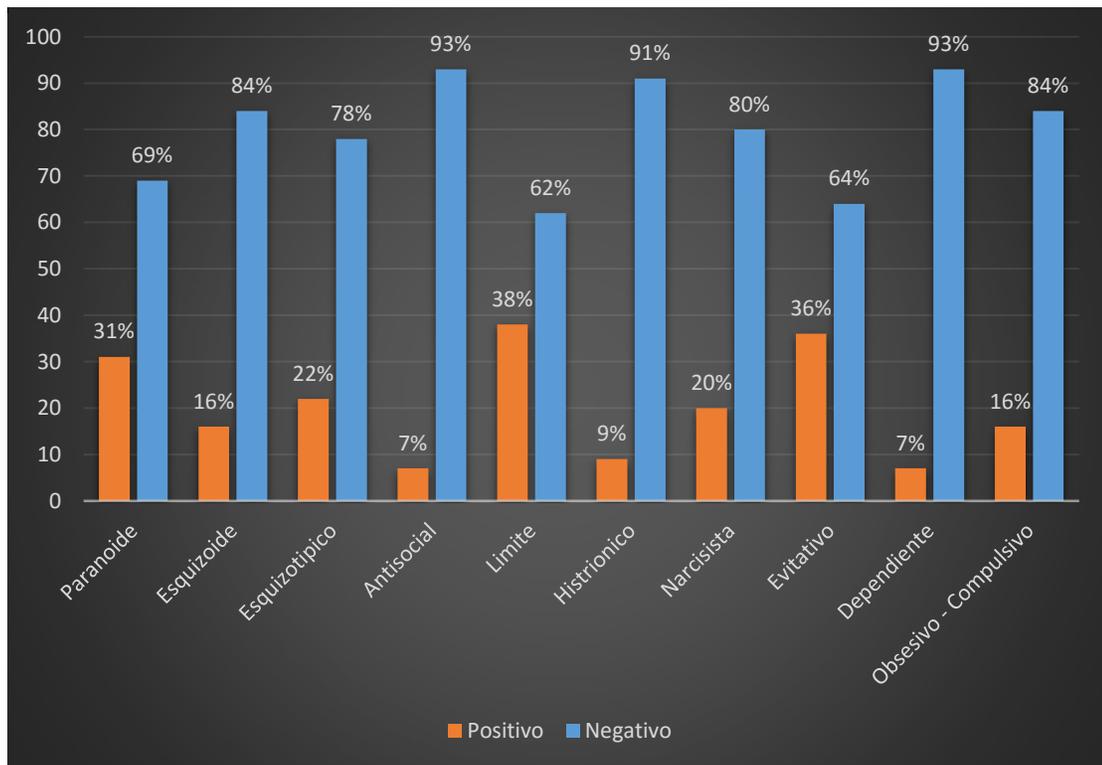
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD		POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
GRUPO A	Paranoide	14	31%	31	69%	45	100%
	Esquizoide	7	16%	38	84%	45	100%
	Esquizotípico	10	22%	35	78%	45	100%
GRUPO B	Antisocial	3	7%	42	93%	45	100%
	Limite	17	38%	28	62%	45	100%
	Histriónico	4	9%	41	91%	45	100%
	Narcisista	9	20%	36	80%	45	100%
GRUPO C	Evitativo	16	36%	29	64%	45	100%
	Dependiente	3	7%	42	93%	45	100%
	Obsesivo-Compulsivo	7	16%	38	84%	45	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)

Elaboración: Propia

En la tabla se presentan todos los resultados obtenidos del Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.) a partir de la tabulación de las respuestas proporcionadas por los sujetos evaluados del sexo femenino, 45 en total.

-GRÁFICA N° 24-
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO FEMENINO



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

Los resultados de la gráfica muestran que los trastornos de personalidad que alcanzaron mayores índices en el sexo femenino son el límite con el 38%, el evitativo con el 36% y Paranoide con el 31%.

También se pueden observar algunos trastornos que tuvieron una presencia moderada, como ser el caso del trastorno esquizotípico con el 22%, el narcisista con el 20%, esquizoide con el 16% y obsesivo compulsivo también con el 16%.

Por último, se observan menos significativos o como rasgos bajos a los trastornos histriónico con el 9%, antisocial con el 7% y dependiente también con el 7%.

-CUADRO N° 25-

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO MASCULINO

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD		POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
		Frec.	%	Frec	%	Frec	%
GRUPO A	Paranoide	11	24%	34	76%	45	100%
	Esquizoide	5	11%	40	89%	45	100%
	Esquizotipico	12	27%	33	73%	45	100%
GRUPO B	Antisocial	5	11%	40	89%	45	100%
	Limite	20	44%	25	56%	45	100%
	Histriónico	12	27%	33	73%	45	100%
	Narcisista	19	42%	26	58%	45	100%
GRUPO C	Evitativo	19	42%	26	58%	45	100%
	Dependiente	5	11%	40	89%	45	100%
	Obsesivo-Compulsivo	11	24%	34	76%	45	100%

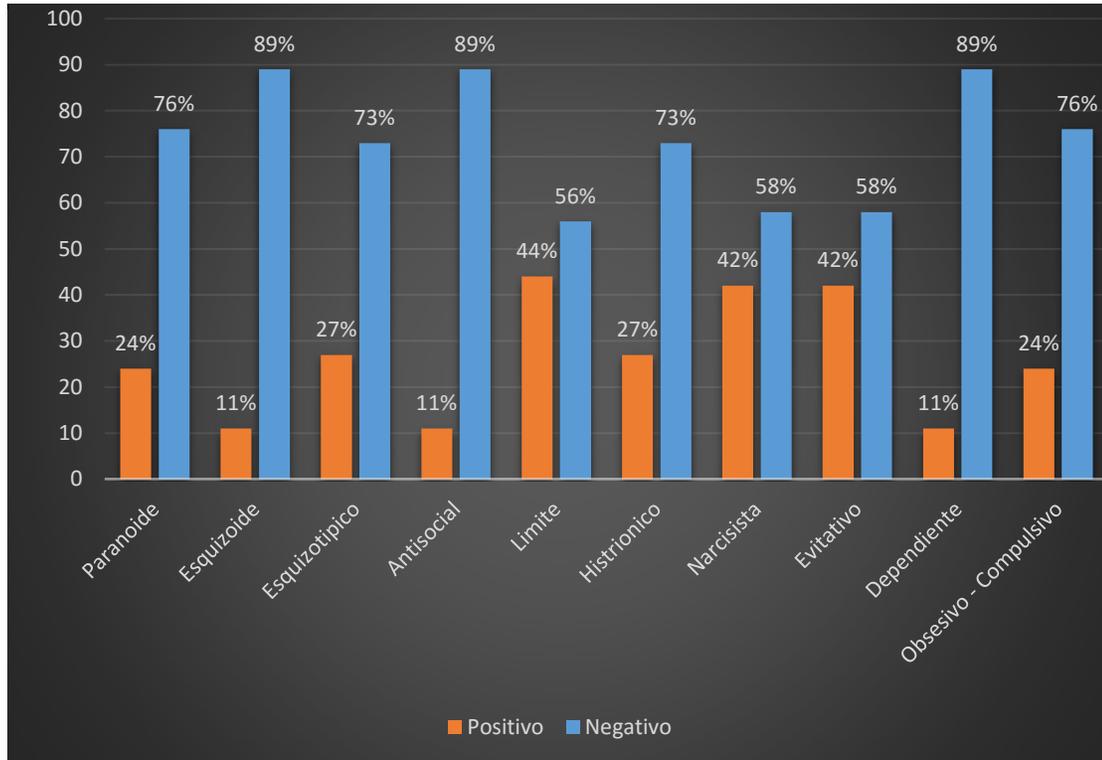
Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)

Elaboración: Propia

En la tabla se presentan los resultados obtenidos de los trastornos de personalidad, de acuerdo al Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.), a partir de la tabulación de las respuestas proporcionadas por los sujetos evaluados del sexo masculino, 45 en total.

-GRÁFICA N° 25-

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: SEXO MASCULINO



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)

Elaboración: Propia

Los resultados de la gráfica muestran que los trastornos de personalidad que alcanzaron mayores índices en los estudiantes de sexo masculino son el límite con el 44%, el narcisista con el 42% y evitativo también con el 42%.

También se pueden observar algunos trastornos que tuvieron una presencia a considerar, como ser el caso del trastorno esquizotípico con el 27%, el histriónico también con el 27%, el paranoide con el 24% y obsesivo compulsivo también con el 24%.

Por último, se observan menos significativos o como rasgos bajos a los trastornos esquizoide con el 11%, antisocial también con 11% y el dependiente que también obtuvo un 11% de casos positivos.

**-CUADRO N° 26-
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: AMBOS SEXOS**

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD		POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
GRUPO A	Paranoide	25	28%	65	72%	90	100%
	Esquizoide	12	13%	78	87%	90	100%
	Esquizotípico	22	24%	68	76%	90	100%
GRUPO B	Antisocial	8	9%	82	91%	90	100%
	Limite	36	40%	54	60%	90	100%
	Histriónico	16	18%	74	82%	90	100%
	Narcisista	28	31%	62	69%	90	100%
GRUPO C	Evitativo	35	39%	55	61%	90	100%
	Dependiente	8	9%	82	91%	90	100%
	Obsesivo-Compulsivo	18	20%	72	80%	90	100%

Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)
Elaboración: Propia

En la tabla se presentan todos los resultados obtenidos del Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.) a partir de la tabulación de las respuestas proporcionadas por los sujetos evaluados, todos ellos alumnos de psicología de los diferentes años de estudio, la muestra total es de 90 personas, 45 del sexo femenino y 45 del sexo masculino.

El DSM-IV-TR menciona diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan en tres:

Grupo A (trastornos raros o excéntricos)

Trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad, personalidad esquizotípica.

Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

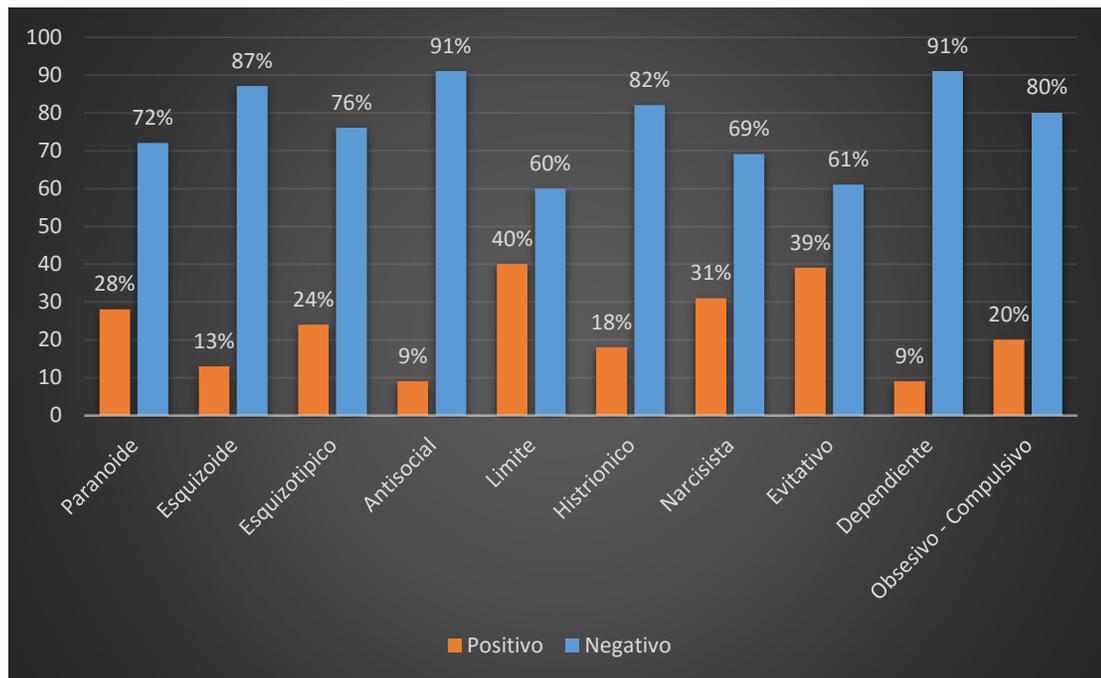
Trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, o borderline, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad.

Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

Trastorno de la personalidad evitativa, trastorno de la personalidad dependiente, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

-GRÁFICA N° 26-

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: AMBOS SEXOS



Fuente: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)

Elaboración: Propia

En este gráfico se puede observar que hay una presencia marcada de los trastornos de personalidad: Límite con el 40% de casos positivos, evitativo con el 39% y narcisista con el 31%.

También se pueden observar algunos trastornos que tuvieron una presencia moderada, como ser el caso del trastorno: paranoide con el 28%, esquizotípico con el 24%, obsesivo compulsivo con el 20% e histriónico con el 18%.

Por último, se observan cómo menos significativos o como rasgos bajos a los trastornos: esquizoide con el 13%, antisocial con el 9% y dependiente también con el 9%.

-CUADRO N° 27-

Encuesta

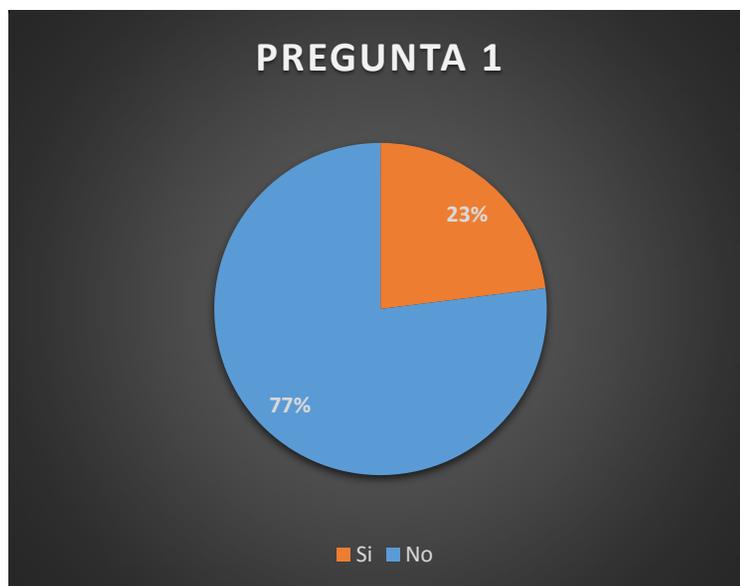
PREGUNTA 1

1. ¿Ha llevado con anterioridad algún tipo de proceso terapéutico?

OPCIONES	Frec.	%
Si	21	23%
No	69	77%
TOTALES:	90	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 27



Fuente: Elaboración propia

Según los resultados de la encuesta, el 23% de los estudiantes tuvieron alguna vez un proceso terapéutico, mientras que el 77% nunca tuvo ningún proceso terapéutico.

Los instrumentos utilizados en esta investigación, como ser el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI) y el Examen internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.) arrojan altos porcentajes positivos de trastornos de la personalidad, se puede inferir que la gran mayoría de los sujetos de la muestra necesitan algún tipo de terapia psicológica.

-CUADRO N° 28-

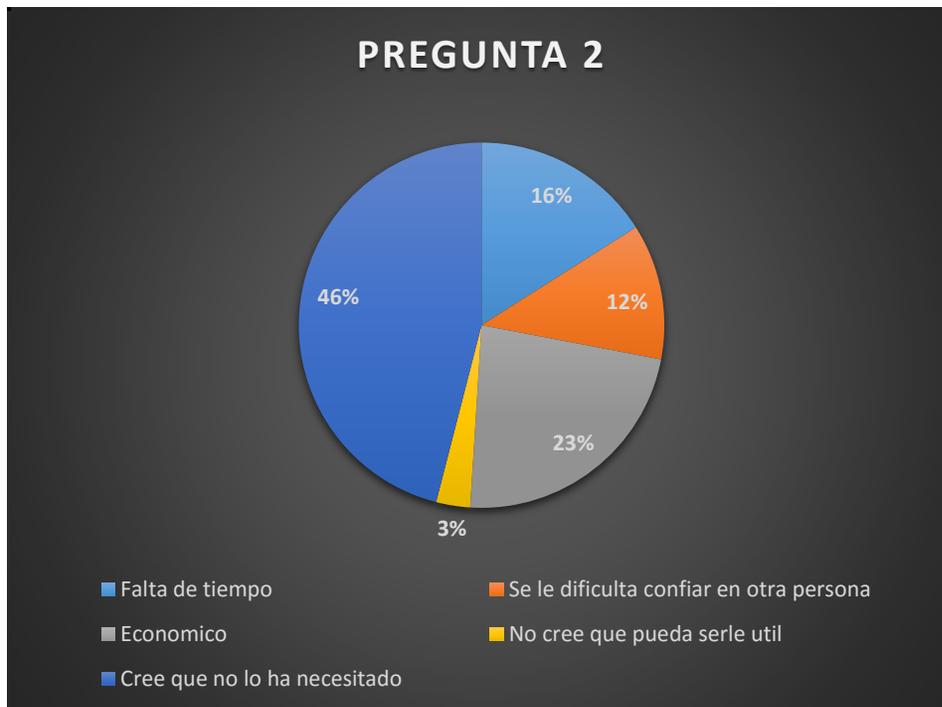
PREGUNTA 2

2. ¿Cuál considera usted que ha sido el factor más importante por el cual no ha participado de un proceso psicoterapéutico?

OPCIONES	Frec.	%
Falta de tiempo	11	16%
Se le dificulta confiar en otra persona	8	12%
Económico	16	23%
No cree que pueda serle útil	2	3%
Cree que no lo ha necesitado	32	46%
TOTALES:	69	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 28-



Fuente: Elaboración propia

De los 69 estudiantes que dijeron no haber llevado nunca ningún proceso terapéutico, el 46% dice que fue porque no lo ha necesitado, el 23% por un tema económico, el 16% por falta de tiempo, el 12% se le dificulta confiar en otra persona y el 3% no cree que pueda serle útil.

Pese a los altos porcentajes de trastornos de la personalidad, la mayoría de los estudiantes que no fueron a terapia consideran que no lo han necesitado, y otra gran parte que no acudió por falta de recursos económicos. Cabe notar que los honorarios de un psicólogo son relativamente altos, aunque también hay instituciones públicas como INTRAID que ofrecen alternativas más económicas de tratamiento.

**-CUADRO N° 29-
PREGUNTA 3**

3. ¿Considera necesario que, como futuro profesional de la salud mental, lleve a cabo su propio proceso terapéutico?

OPCIONES	Frec.	%
Totalmente de acuerdo	54	60%
Un poco de acuerdo	13	14%
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	11%
Un poco en desacuerdo	2	2%
En total desacuerdo	11	12%
TOTALES:	90	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 29-



Fuente: Elaboración propia

El 60% de los estudiantes está totalmente de acuerdo en que el futuro profesional de la salud mental lleve a cabo su propio proceso terapéutico, mientras que el 14% está un poco de acuerdo, el 12% está en total desacuerdo, el 11% se encuentra ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 2% está un poco desacuerdo.

Se puede constatar que existe consciencia sobre la importancia del proceso terapéutico en los estudiantes de la investigación, ya que la mayoría de ellos consideran que como futuros psicólogos deben llevar a cabo su propio proceso terapéutico, muy pocos estudiantes manifestaron no estar de acuerdo con esta idea.

-CUADRO N° 30-

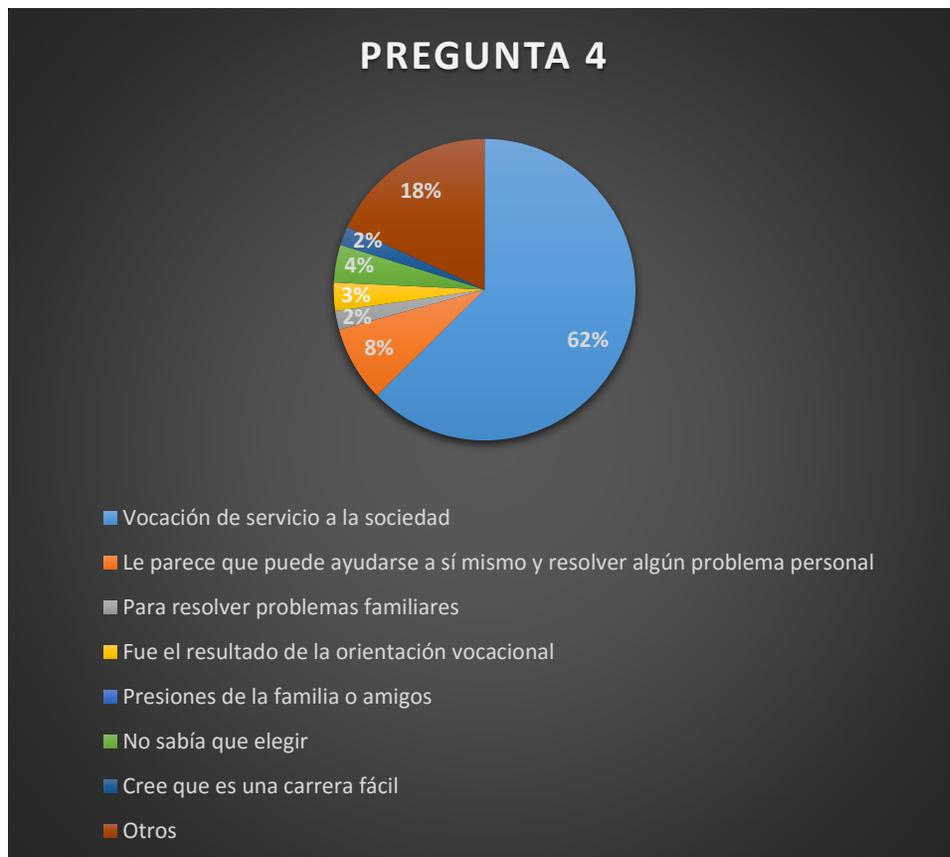
PREGUNTA 4

4. ¿Cuál es el verdadero motivo y el más importante que tuvo para estudiar la carrera de Psicología?

OPCIONES	Frec.	%
Vocación de servicio a la comunidad	56	62%
Le parece que puede ayudarse a sí mismo y resolver algún problema	7	8%
Para resolver problemas familiares	2	2%
Fue el resultado de la orientación vocacional	3	3%
Presiones de la familia o amigos	0	0%
No sabía que elegir	4	4%
Cree que es una carrera fácil	2	2%
Otros	16	18%
TOTALES:	90	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 30-



Fuente: Elaboración propia

El 60% de los estudiantes manifiestan que estudian psicología por vocación de servicio a la sociedad, el 18% por otros factores, al 8% le parece que puede ayudarse a sí mismo y resolver algún problema personal, el 4% no sabía que elegir, del 3% fue el resultado de la orientación vocacional, el 2% para resolver problemas personales, el 2% cree que es una carrera fácil y nadie manifestó que fue por las presiones de la familia o amigos.

Es importante hacer mención que la mayoría de los estudiantes ingreso a la carrera de psicología por vocación de servicio a la sociedad, esto implica ayudar a los demás y adoptar una actitud permanente de colaboración, así mismo algunos estudiantes consideran que al ingresar a la universidad a estudiar psicología pueden ayudarse a sí mismo y resolver algún problema personal, esto puede estar relacionado con los altos índices de trastornos de personalidad encontrados en esta investigación.

-CUADRO N° 31-

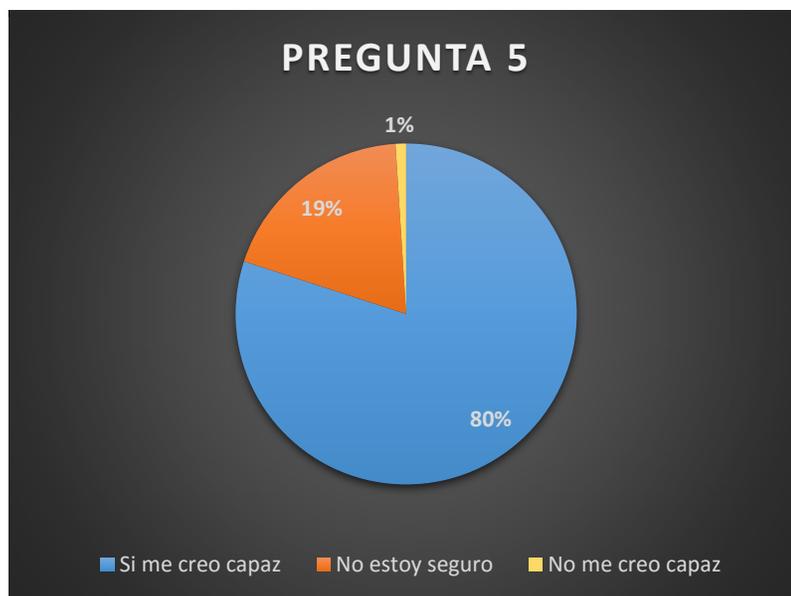
PREGUNTA 5

5. ¿Cree que en el futuro sea capaz de lidiar con los problemas de los demás?

OPCIONES	Frec.	%
Si me creo capaz	72	80%
No estoy seguro	17	19%
No me creo capaz	1	1%
TOTALES:	90	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 31-



Fuente: Elaboración propia

El 80% de los estudiantes cree que en el futuro podrá lidiar con los problemas de los demás, el 19% no está seguro y el 1% no se cree capaz.

Se constata que la gran mayoría de los estudiantes se muestran muy confiados en su capacidad profesional y manifiestan con optimismo que en un futuro serán capaces de lidiar con los problemas de las personas. Considerando los elevados porcentajes de trastornos de personalidad, de acuerdo al Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI) y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.), podría haber influencia negativa de los trastornos de personalidad ligados a la práctica profesional.

-CUADRO N° 32-

PREGUNTA 6

6. ¿Usted conoce el perfil que debería tener un estudiante de psicología?

OPCIONES	Frec.	%
Conozco mucho	26	29%
Conozco regularmente	53	59%
Conozco poco	7	8%
Desconozco	4	4%
TOTALES:	90	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 32-



Fuente: Elaboración propia

El 59% de los estudiantes manifestaron que conocen regularmente sobre el perfil que debería tener un estudiante de psicología, el 29% tienen mucho conocimiento, el 8% conocen poco y el restante 4% lo desconocen.

Se puede constatar que la mayoría de los estudiantes de la investigación tiene conocimiento del perfil que debería tener el estudiante de psicología, esto se refiere a las características y competitividades que debe poseer el alumno, para que a futuro tenga un mejor desempeño dentro de su formación y futura práctica en la vida

profesional. Pocos alumnos declararon no tener mucho conocimiento o desconocer este perfil.

**-CUADRO N° 33-
PREGUNTA 7**

7. ¿Considera usted que tiene las aptitudes y habilidades necesarias para estudiar la carrera de psicología?

OPCIONES	Frec.	%
Tengo todas	28	31%
Tengo algunas	54	69%
Tengo pocas	8	1%
No tengo	0	0%
TOTALES:	90	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 33-



Fuente: Elaboración propia

El 69% de los estudiantes dijeron tener algunas de las aptitudes y habilidades necesarias para estudiar la carrera de psicología, el 31% dijeron tener todas, el 9% dijeron tener pocas y ningún estudiante manifestó no tener estas aptitudes y habilidades. La mayoría de los estudiantes que participaron en esta investigación consideran que tienen algunas de las aptitudes y habilidades necesarias para estudiar la carrera de psicología, cabe notar que algunos de los trastornos de personalidad podrían influenciar de manera negativa algunas de estas.

-CUADRO N° 34-

PREGUNTA 8

8. ¿tiene conocimiento acerca de lo que son los trastornos de personalidad?

OPCIONES	Frec.	%
Si	80	89%
No	10	11%
TOTALES:	90	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 34-



Fuente: Elaboración propia

El 89% de los estudiantes tienen conocimiento sobre lo que son los trastornos de personalidad, mientras que el restante 11% no tiene conocimiento.

La gran mayoría de los estudiantes de la investigación tienen conocimiento de lo que son los trastornos de la personalidad, se puede inferir que este alto nivel de conocimiento es debido a que el término es utilizado dentro de algunas materias correspondientes al plan académico de la carrera de psicología. Aun así, existe un pequeño porcentaje el cual no está familiarizado con este término.

-CUADRO N° 35-

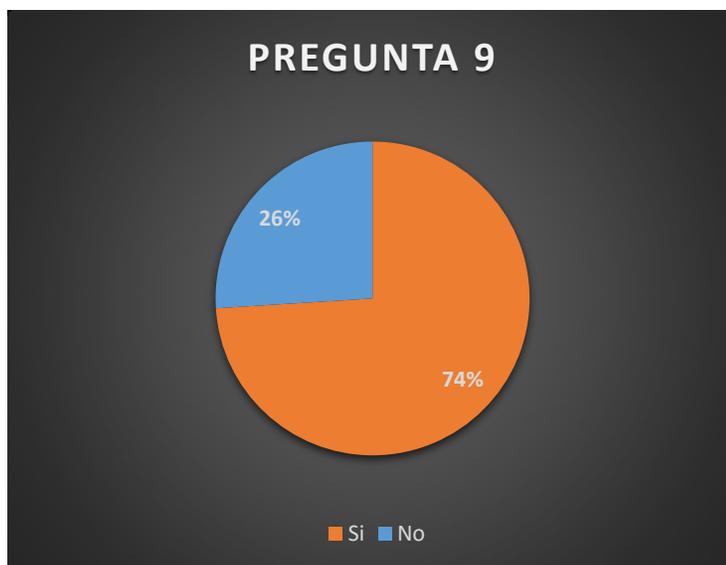
PREGUNTA 9

9. ¿Considera que tener algún trastorno de personalidad es perjudicial para estudiar la carrera de Psicología, y que esto pueda influir a no desenvolverse de forma idónea y ética en la práctica profesional?

OPCIONES	Frec.	%
Si	59	74%
No	21	26%
TOTALES:	80	100%

Fuente: Elaboración propia

-GRÁFICA N° 35-



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los estudiantes que manifestaron conocer el término de trastornos de la personalidad, el 74% considera que tener algún trastorno de personalidad es perjudicial para estudiar la carrera de Psicología, y que esto pueda influir en no desenvolverse de forma idónea y ética en la práctica profesional, y el 26% cree que esto no es perjudicial para estudiar la carrera de psicología.

Según los resultados de la encuesta, y pese al alto índice de trastornos de la personalidad dentro de esta población, de acuerdo al inventario (MCMI-II) y el (IPDE), la gran mayoría de los estudiantes que conocen el concepto de los trastornos de personalidad están conscientes de que tener un trastorno de la personalidad es perjudicial para estudiar la carrera de psicología y solo un pequeño porcentaje considera que no es perjudicial para estudiar esta carrera como futura profesión.

Análisis de Hipótesis
Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)

- *El trastorno de personalidad paranoide, de acuerdo al MCMI-II es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo A.*

Esta hipótesis se confirma, debido a que el trastorno de personalidad paranoide es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo.

- *El trastorno de personalidad límite, de acuerdo al MCMI-II es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo B.*

Esta hipótesis se rechaza, debido a que el trastorno de personalidad límite no es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo B.

- *El trastorno de personalidad evitativo, de acuerdo al MCMI-II es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo C.*

Esta hipótesis se rechaza, debido a que el trastorno de personalidad evitativo no es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo C.

- *Las estudiantes de sexo femenino presentan mayor índice de trastornos de la personalidad dentro de la carrera de psicología.*

Esta hipótesis se rechaza, debido a que el sexo femenino no es el que presenta mayor índice de trastornos de la personalidad dentro de la carrera de psicología, se ha demostrado en la investigación que el sexo masculino es el que tiene mayor presencia de trastornos de personalidad.

Análisis de Hipótesis

Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E.)

- *El trastorno de personalidad paranoide, de acuerdo al IPDE. es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo A.*

Esta hipótesis se confirma, debido a que el trastorno de personalidad paranoide es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo A.

- *El trastorno de personalidad limite, de acuerdo al IPDE es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo B.*

Esta hipótesis se confirma, debido a que el trastorno de personalidad límite es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo B.

- *El trastorno de personalidad evitativo, de acuerdo al IPDE es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo C.*

Esta hipótesis se confirma, debido a que el trastorno de personalidad evitativo es el que tiene mayor presencia en los estudiantes de la carrera de psicología, dentro del grupo C.

- *Las estudiantes de sexo femenino presentan mayor índice de trastornos de la personalidad dentro de la carrera de psicología.*

Esta hipótesis se rechaza, debido a que el sexo femenino no es el que presenta mayor índice de trastornos de la personalidad dentro de la carrera de psicología, se ha demostrado en la investigación que el sexo masculino es el que tiene mayor presencia de trastornos de la personalidad.

- *Existe un mayor índice de convergencia que de divergencia entre los dos instrumentos utilizados para medir los trastornos de personalidad.*

Esta hipótesis se rechaza, debido a que no existe mayor índice de convergencia que de divergencia entre los instrumentos utilizados para medir los trastornos de personalidad.

Según los resultados obtenidos del MCMI-II y el IPDE, solo los trastornos esquizoide, histriónico, narcisista y dependiente, coinciden o se asemejan en porcentajes, los demás trastornos como el paranoide, esquizotípico, antisocial, borderline/limite, evitativo y compulsivo no, por ende, existe mayor índice de divergencia.

CONCLUSIONES.

- Los trastornos que constataron tener mayor presencia en el MCMI-II fueron el paranoide, compulsivo y narcisista, y en el IPDE fueron el paranoide, límite y evitativo.
- Los trastornos con mayor frecuencia en el sexo masculino según el MCMI-II fueron el paranoide, antisocial y narcisista, y en el IPDE fueron el límite, narcisista y evitativo.
- El sexo masculino en ambos instrumentos MCMI-II e IPDE demostró tener mayores índices de trastornos de la personalidad que las mujeres, sin embargo, la diferencia es mínima y las mujeres están muy cerca en porcentaje.
- El 70% de los estudiantes manifestó nunca haber llevado ningún tipo de terapia psicológica, la mayoría a causa de no creer haberla necesitado y también por no contar con recursos económicos.
- La mayoría de los estudiantes afirman que para los futuros profesionales de la salud mental es necesario llevar algún proceso terapéutico.
- El 74% de los estudiantes que participaron en esta investigación mencionan que el tener algún trastorno de la personalidad es perjudicial para estudiar la carrera de psicología y podría influir en no desenvolverse de forma idónea ni ética en la práctica profesional.

RECOMENDACIONES.

Para la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho:

- Implementar en un futuro un gabinete psicológico para aquellos estudiantes que necesiten llevar algún tipo de terapia puedan asistir, cabe notar que la mayoría de los estudiantes mencionan que el factor económico es una de las razones más importantes por la que no acudieron a ningún proceso terapéutico.
- Implementar un proceso de orientación vocacional que facilite a los estudiantes la adecuada elección de carrera, esto en vista que muchos estudiantes no estudian la carrera de psicología por vocación de servicio a la sociedad, sino que tiene otros motivos.
- Mostrar a la población estudiantil el perfil que se espera de los egresados de dicha carrera.

Para los alumnos de la carrera de Psicología:

- Interesarse en iniciar su proceso psicoterapéutico personal para trabajar en aquellos aspectos de su personalidad que en su momento podrían complicar su adecuado desempeño profesional.
- Tomar en consideración los resultados del presente estudio, para tomar las medidas que les ayuden a mejorar posibles aspectos negativos de su personalidad.

Para los Docentes:

- Estimular en los estudiantes de Psicología el perfil requerido en cuanto a las habilidades y aptitudes para desempeñarse de una manera idónea en el futuro.
- Motivar a los alumnos para que lleven su propio proceso psicoterapéutico.

Para futuros estudios:

- Aplicar nuevamente los instrumentos de la presente investigación, el MCMI-II y el IPDE con el fin de determinar si ha habido cambios en comparación con los resultados actuales.