



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

“Evaluación de los Trastornos de la Personalidad en la Población General de la Ciudad de Necochea”.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

N° CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
	DELIBERACION
	N° INVENTARIO:
	1017

T-197

Alumnas:

Pompozzi, Valeria. Matr. 4634/98. DNI: 27.707.667

Martínez, Silvana. Matr. 4619. DNI: 28.041.663

Supervisor:

Sánchez Roberto.

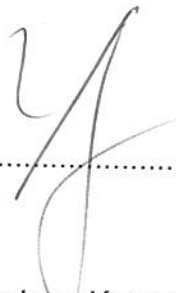
Cátedra o Seminario de radicación:

Psicología Cognitiva.

Fecha entrega: Octubre – 2005.

“ Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Pompozzi, Valeria y Martínez, Silvana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.

“ El que suscribe manifiesta que el siguiente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Pompozzi, Valeria, matrícula n° 4634; Martínez, Silvana, matrícula n° 4619, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 05 días del mes de Septiembre del año 2005”.



.....

Firma, aclaración y sello del Supervisor.

Lic. Roberto O. Sánchez
PSICÓLOGO
M.P. 45 984

Informe de Evaluación del Supervisor.

Mar del Plata, 5 de octubre de 2005

Secretaría de Investigación y Postgrado

Lic. Belloc, María Cristina

_____ S/D _____

En mi calidad de Supervisor del trabajo de investigación denominado *“Evaluación de los trastornos de personalidad en población general de la ciudad de Necochea”* perteneciente a las alumnas Martínez, Silvana (mat. 4619/98) y Pompozzi, Valeria (mat. 4634/98) dejo constancia que el mismo ha alcanzado un nivel muy satisfactorio.

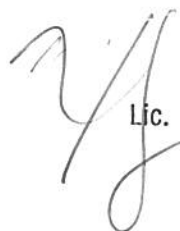
El presente trabajo de pregrado se enmarca dentro de mi línea de investigación (Doctorado en Psicología, Universidad Nacional de San Luis) y en el mismo se estudia la incidencia de trastornos de la personalidad en población general de la ciudad de Necochea, utilizando para ello dos instrumentos de evaluación psicológica: el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y el del Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE). El primero de dichos instrumentos tiene un amplio reconocimiento dentro de la psicopatología actual por sus méritos para evaluar la presencia de trastornos de la personalidad; el otro, es un instrumento que cuenta con el aval de la Organización Mundial de la Salud y fue diseñado para los mismos fines. Las alumnas realizaron un interesante trabajo que impacta en el estudio de los trastornos de la personalidad de acuerdo a la teoría de Theodore Millon. Los resultados obtenidos

permiten avanzar en los aspectos que hacen a la personalidad, sus trastornos, y su diagnóstico mediante instrumentos de evaluación.

La aprobación del informe final surge al considerar los siguientes requisitos contemplados en el artículo 20 del reglamento del trabajo de investigación:

- El informe final cumple con los objetivos especificados en el plan de trabajo.
- No se presentaron dificultades que incidieran en el proceso de elaboración del informe final. Las alumnas han efectuado consultas pertinentes y realizaron las mejoras necesarias a lo largo del proceso de elaboración de la tesis de pregrado.
- Existe un alto grado de coherencia entre las actividades planificadas y las llevadas a cabo durante el transcurso del proyecto, si bien se excedieron los tiempos oportunamente previstos.
- El trabajo de investigación es de tipo descriptivo y correlacional, y aporta resultados de interés sobre la incidencia de trastornos de la personalidad en población general y sobre la validez de la teoría de la personalidad de Millon y sobre la confiabilidad de su instrumento de medición.
- También, a partir del trabajo de estas alumnas, se abren nuevos interrogantes y futuras líneas de investigación sobre el tema.
- Existe coherencia en la articulación y la consistencia interna del informe final.

Lic. Roberto Oscar Sanchez
Facultad de Psicología (UNMDP)


Lic. Roberto O. Sánchez
PSICÓLOGO
M.P. 45284

Informe de la comisión asesora.

“ Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Pompozzi, Valeria, matrícula n° 4634 y Martínez, Silvana, matrícula n° 4619”.

Firma y aclaración del especialista interviniente

Firma y aclaración del Supervisor

Firma y aclaración de los miembros del Area de investigación

Fecha de aprobación:

no queda claro si y como p... en el estudio en sí mismo.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PAUTAS PARA LA PRESENTACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN
DE LA INVESTIGACIÓN DE PREGRADO*
Requisito curricular del Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)

- Apellido y Nombre del/los alumno/s: *Poinpozzi, Valeria, Martinez Silvana*
- Matrícula y Año: *4634/98, 4619/98*
- Cátedra o Seminario de radicación: *Psicología Cognitiva*
- Supervisor: *Roberto Sánchez*
- Co-supervisor: *—*

⊗ Título del proyecto *Evaluación de los trastornos de personalidad en la población normal de la ciudad de Neuquén**

- Descripción resumida (no mas de 150 palabras)
- Palabras clave (hasta cinco)
- Descripción detallada (no mas de cuatro hojas):
 - Motivo y antecedentes
 - Objetivos generales y particulares
 - Hipótesis (si correspondiera)
 - Métodos y técnicas
 - Lugar de realización del trabajo
 - Cronograma de actividades
 - Bibliografía básica de referencia (la bibliografía deberá ser referenciada siguiendo las pautas establecidas en el Manual de Publicaciones de la APA)

Aprobado e/observaciones
Roberto

Roberto Sánchez
Firma del Supervisor

Firma del Co-supervisor

Firma del/los alumnos

P/Área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha:

* El Plan de Trabajo deberá ser presentado por duplicado a máquina o, preferentemente, en computadora, en hojas tamaño A-4, con márgenes iguales, a un espacio y medio de interlineado, con fuente tamaño 12. Ambos ejemplares deberán estar debidamente firmados por el Supervisor (y por el Co-supervisor si lo hubiera).

ANTEPROYECTO TESIS DE GRADO

“Evaluación de los trastornos de personalidad en población general de la ciudad de Necochea”

Alumnas: Pompozzi, Valeria (4634/98)

Martínez, Silvana (4619/98)

Cátedra o Seminario de radicación: Psicología Cognitiva.

Supervisor: Roberto Sánchez.

Palabras clave: Trastornos de la personalidad, Millon, MCMI II, IPDE.

Descripción resumida.

Millon concibe los trastornos de personalidad como diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a desequilibrios o conflictos en la capacidad de un individuo para relacionarse con su ambiente. El DSM IV concibe a los trastornos de la personalidad como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. El trabajo de investigación tendrá como finalidad la evaluación de los trastornos de personalidad en población normal de la ciudad de Necochea. Se plantea como objetivo verificar la adecuación del inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI II) y del Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE) para evaluar trastornos de la personalidad. Las hipótesis a comprobar se refieren a una alta correlación entre ambos instrumentos y a una prevalencia de trastornos de la personalidad similar a la encontrada en otros estudios.

personalidad
test de personalidad
trastornos de la personalidad
personalidad
(evaluación)

DESCRIPCIÓN DETALLADA

Motivos y antecedentes.

Los trastornos de personalidad son considerados como emergiendo los patrones de personalidad normal, como el resultado de interacciones complejas de disposiciones biológicas, aprendizaje desadaptativo y especialmente cambios ambientales estresantes (Millon, 1969.)

Los trastornos de personalidad se manifiestan en todos los niveles de la práctica clínica . Cuando se expone la etiología, el diagnóstico, la evaluación de cualquier trastorno psicológico, siempre es necesario considerar la influencia que tiene la personalidad del paciente. La razón es que cualquier paciente que presenta una enfermedad mental, sea cual sea la naturaleza, tiene su propia personalidad y la influencia de ésta puede ser clave para el diagnóstico y el tratamiento.

La teoría de la personalidad de Theodore Millon.

En 1969 Theodore Millon (Millon, 1969) presentó su teoría sobre la personalidad y sus trastornos. Desde entonces, junto a un grupo de colaboradores, ha venido trabajando enriqueciendo la misma al mismo tiempo que profundizaba también los aspectos de clasificación de los trastornos, su evaluación y su tratamiento (Millon & Everly, 1985; Millon y Davis, 1998). Estos dos últimos componentes se enlazan en un intento de brindar medidas operacionales de los constructos teóricos y pautas para las intervenciones terapéuticas de los trastornos de personalidad. Al día de hoy se cuenta con un amplio bagaje de conocimientos en estos aspectos que hacen de la teoría de Millon un referente obligado en el tema de la personalidad.

Millon concibe el término personalidad para designar el estilo más o menos distintivo del funcionamiento adaptativo que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes (Sanchez, 2003). Concebida de este modo, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie, que son eficaces en ambientes previsibles; los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta (Millon, 1998).

El autor define los patrones de personalidad patológica como características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (Sanchez, 2003). Estos patrones derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de

círculos viciosos, imponen un modo de vida tan arraigado y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias.

La personalidad patológica puede adquirir diferentes tipos de gravedad. Millon postuló una diferenciación de la gravedad en tres niveles de intensidad: leve, moderada y grave. En 1969 propuso una nueva clasificación para los trastornos psiquiátricos presentando una rica y fecunda teoría de los trastornos de la personalidad basada en el modelo de aprendizaje biosocial (Millon, 1969; Millon y Everly, 1985). A partir de tres dimensiones polares (activo-pasivo, placer-dolor y sí mismo-otros) se derivaron ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor), la fuente (sí mismo versus otros), y las conductas instrumentales (activo contra pasivo) (Millon, 1969; Millon y Davis, 1998). El modelo incluía además, tres variantes de trastornos de personalidad más severos. Los primeros ocho tipos (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, compulsivo y pasivo-agresivo) se pensaron como estando presente tanto en personalidades normales como en anormales, mientras que los segundos tres (esquizotípico, límite y paranoide) sólo fueron propuestos para personalidades patológicas.

La influencia del modelo de Millon fue decisiva para lo que luego sería el Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), a partir de su tercera versión de 1980. Una de las críticas más comunes de la clasificación de trastornos de personalidad que aparece en el DSM-IV (APA 1995) es la ausencia de un modelo teórico unificado (Widiger, 1999). La propuesta de Millon constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir esa falencia. Su perspectiva teórica adquiere singular importancia en cuanto el autor ha sido un participante influyente en el desarrollo de varias ediciones de la nomenclatura de los trastornos de personalidad.

En los 90, Millon reformuló su modelo de la personalidad y sus trastornos mediante una teoría más evolutiva y filogenética del desarrollo humano (Millon y Davis, 1998).

Millon argumenta que, más que desarrollos independientes de funciones desconectadas, una ciencia madura de la personalidad debe englobar cuatro elementos que trabajan juntos integradamente: a) teoría, b) nosología c) evaluación y d) intervenciones clínicas (Davis, 1999; Millon, 1999; Millon, 2002).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV DSM-IV (APA, 1995) concibe a los rasgos de personalidad como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo, un malestar subjetivo. La característica

principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

El IPDE (Modulo DSM-IV) es un instrumento diagnóstico, basado en una entrevista clínica semiestructurada, que además es compatible con los criterios de valoración del CIE-10 y del DSM-IV. Sus resultados permiten además medir otras categorías mayores de desórdenes de personalidad que hasta ahora se habían omitido, ofreciendo un diagnóstico fiable y uniforme que además pueda ser internacionalmente aceptado. Existe una versión española a cargo de Lopez-Ibor, Pérez Urdaniz y Rubio Larrosa (1996).

El MCMI (en su segunda versión), es el instrumento diseñado por Millon (1999) para evaluar los diferentes aspectos de su teoría. Se trata de una técnica psicométrica de evaluación en psicología clínica y psicopatología, construida en función de la formulación teórica de los patrones de personalidad de Millon, sobre la idea de la personalidad como un continuo entre normalidad y anormalidad.

En este trabajo se indagará respecto a los Trastornos de la Personalidad en población general de la ciudad de Necochea, estudiando su incidencia y validando aspectos teóricos e instrumentales de la teoría de Millon. Al tales efectos, se administrará a una muestra de dicha población el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) (Millon, 1999) y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) Módulo DSM-IV (Lopez Ibor y otros, 1996).

OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES

Objetivo general:

- Estudiar la incidencia de trastornos de la personalidad en población normal de la ciudad de Necochea.

Objetivos particulares:

- Relevancia la prevalencia de trastornos de personalidad en la ciudad de Necochea.

- Indagar acerca de la validez concurrente del MCMI con otro instrumento diagnóstico (IPDE).
- Indagar acerca de la validez del MCMI para evaluar los conceptos teóricos del Millon.

Hipótesis:

- 1) La prevalencia de trastornos de la personalidad en población general de la ciudad de Necochea es similar a la reportada en la literatura para otras poblaciones.
- 2) Existe alta correlación entre el los resultados del MCMI II y el IPDE para evaluar trastornos de la personalidad.

Métodos y Técnicas:

Técnicas:

Se utilizarán los siguientes instrumentos diagnósticos:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II
- Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE). Módulo DSM-IV

Método:

- Análisis de frecuencias
- Análisis de correlaciones

Lugar de realización del trabajo:

Las técnicas serán aplicadas a la población normal de la ciudad de Necochea. El trabajo será realizado bajo la supervisión del Grupo de Psicología Cognitiva y Educacional, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma de actividades:

- 1) Relevamiento del material bibliográfico a utilizar en el proyecto.
- 2) Confeción del marco teórico
- 3) Selección de la muestra y administración de instrumentos de evaluación
- 4) Construcción de la base de datos
- 5) Análisis estadístico de los datos
- 6) Elaboración de las conclusiones
- 7) Redacción del informe final
- 8) Reporte de resultados.

Actividad	Mes					
	1	2	3	4	5	6
1	x	x				
2		x	x	x		
3		x	x	x		
4				x		
5					x	
6					x	
7					x	x
8						x

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- DAVIS, R. (1999). Millon: Essentials of his Science, Theory, Classification, Assessment, and Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3):330-352.
- LOPEZ IBOR, J. (1996). Examen Internacional de los Trastornos de la personalidad. Módulo DSM-IV, Programa IPDE 100. O.M.S. Madrid: Meditor.
- MILLON, T. (2002). Assessment Is Not Enough: The SPA Should Participate in Constructing a Comprehensive Clinical Science of Personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2):209-218.
- MILLON, T (1999). Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II [MCMII-II]. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- MILLON, T. (1969). Psicopatología Moderna: Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Barcelona: Salvat.
- MILLON, T. & DAVIS, R. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- MILLON, T. y EVERLY, G. (1994) La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca.
- SÁNCHEZ, R. (2003) Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Revista Psico-USF*. Vol 8, N° 2: 163-174.
- WIDIGER, T. (1999). Millon's Dimensional Polarities. *Journal of Personality Assessment*, 72(3): 365-389.

Indice general

Presentación	Pág. I
Uso del trabajo de investigación.....	Pág. II
Aprobación del Supervisor y/o Co-supervisor.....	Pág. III
Informe de Evaluación del Supervisor y/o Co-supervisor.....	Pág. IV
Informe de la Comisión Asesora.....	Pág. V
Plan de Trabajo.....	Pág. VI
I. CAPITULO 1. Introducción	
I.I. La personalidad y sus trastornos.	Pág.1
I.II. Evaluación de la personalidad.....	Pág.8
I.III. El modelo de personalidad de Theodore Millon.....	Pág.11
II. CAPITULO 2. Clasificación y evaluación de los Trastornos de la Personalidad.	
II.I. Los Trastornos de la Personalidad en el DSM.....	Pág.17
II.II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon, (MCMI).....	Pág.21
II.III. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad, (IPDE).Pág.	29
III. CAPITULO 3. Investigación.	
III.I. Planteamiento del problema.....	Pág.32
III.II. Metodología.....	Pág.33
III.II.1 MCMI-II.....	Pág.33

III.II.2 IPDE. Módulo DSM- IV.....	Pág. 35
III.III Muestra.	Pág.37
III.IV Resultados	Pág.38
IV. CAPITULO 4. Discusión y conclusiones.....	Pág.53
Referencias bibliográficas.....	Pág.58

I. CAPITULO 1. Introducción.

I.I. La personalidad y sus trastornos.

Se puede considerar a la personalidad como el centro de estudio de la psicología porque es la unidad a la que quedan referidas todas sus manifestaciones: conducta, motivación, etc.

Aunque la conducta nos permite el estudio de la personalidad, ésta es algo más que sus manifestaciones. La personalidad no es un todo que resulta del agregado de cientos de conductas, sino que, inversamente, la estructura de la personalidad es la que se manifiesta en cada uno de estos cientos de conductas. Es una totalidad con una organización de relativa estabilidad, unidad e integración. Es cambiante, es dinámica, no es homogénea. La personalidad está dada por el conjunto organizado de la totalidad de las conductas.

La personalidad como tal no existe, no existe como sustancia. Lo que existe es una estructura con componentes como redes de relaciones. La personalidad es un referente conceptual que alude a componentes psíquicos o mentales, corporales y vinculares y a las redes de relaciones que los ligan. Se halla estructurada y el carácter estructural depende de los factores que intervienen en su configuración. Es un fenómeno profundo donde alguno de sus procesos psicológicos podrán ser observables a través de la conducta manifiesta y otros quedarán ocultos. Tiene un aspecto consciente y otro inconsciente (Bleger, 1992).

La personalidad representa entonces, un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos períodos de tiempo. Estos rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial (Millon y Everly, 1994). Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad: (a) como interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente, y (b) como se relaciona el individuo consigo mismo.

Millon (Millon y Davis, 2000) define la personalidad 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 casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Belloch y Fernández Alvarez (2002), por su parte, la definen como un amplio y variado conjunto de características (intrapsíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales) que se ponen de manifiesto en una variada gama de situaciones y contextos con los cuales interaccionan, y que hacen que un individuo sea él mismo y no otro, sean cuales sean las circunstancias de la vida en que se encuentre.

La personalidad (Millon y Everky, 1994), es un concepto amplio que está compuesto por temperamento y carácter. El componente biológico de la personalidad recibe el nombre de *temperamento* a partir del cuál se formará dicha personalidad. Este es hereditario y representa aproximadamente el 40% de la misma e incluye variables estudiadas tales como la introversión patológica,

extroversión patológica, impulsividad patológica, labilidad afectiva patológica y ansiedad patológica (Pérez Urdániz y otros, 2001).

El componente psicosocial recibe el nombre de *carácter* y representa el otro 60% de la personalidad. Este será considerado como un subgrupo de la misma, más amplio que temperamento, pero más reducido que personalidad y definido según las costumbres sociales. El carácter tiene bases psicológicas, sociales y culturales. Las bases psicológicas de la personalidad han sido bien estudiadas por las diversas escuelas psicoanalíticas.

Las variables del temperamento antes mencionadas condicionan el desarrollo de trastornos de personalidad y pueden ser modificadas a través de un abordaje farmacológico, ya que pudieran ser formas menores de la patología psiquiátrica. El tratamiento farmacológico del temperamento permite realizar una labor psicoterapéutica con el carácter, que sin ellos sería mucho más difícil, cuando no imposible, de realizar.

La relación entre temperamento y carácter es dinámica a la vez que compleja. El temperamento pone límites a la influencia del entorno y del aprendizaje, condicionando el tipo de experiencia que el individuo puede asimilar. Así un introvertido nunca puede ser extrovertido y viceversa, pero el grado de introversión o extroversión sí que está abierto a la influencia ambiental, por lo que ya forma parte del carácter.

Probablemente la genética determina a que trastorno de personalidad es vulnerable cada individuo. Sobre este sustrato los factores psicosociales

determinan el umbral en el que aparece la psicopatología, ese dintel en el que los rasgos se convierten en trastornos. Por lo tanto los factores psicosociales jugarían un papel precipitante y no etiológico (Pérez Urdániz y otros, 2001).

Los trastornos de personalidad son considerados como emergiendo de los patrones de personalidad normal, como el resultado de interacciones complejas de disposiciones biológicas, aprendizaje desadaptativo y especialmente cambios ambientales estresantes. Se caracterizan también por inflexibilidad adaptativa, tendencia a fomentar círculos viciosos y su estabilidad lábil, lo cuál inhibe un afrontamiento efectivo (Millon y Everly, 1994). Para la *American Psychiatric Association* (APA, 1995) la personalidad implica patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

Los trastornos de personalidad se manifiestan en todos los niveles de la práctica clínica. Cuando se expone la etiología, el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento y la evolución de cualquier trastorno psicológico, siempre es necesario considerar la influencia que tiene la personalidad del paciente. La razón es que cualquier paciente que presenta una enfermedad mental, sea cual

sea la naturaleza, tiene su propia personalidad y la influencia de ésta puede ser clave para el diagnóstico y el tratamiento (Tyrer y Simonsen, 2003).

Los trastornos de la personalidad parecen estar en aumento en las últimas décadas. Muchos sociólogos e historiadores piensan que desde el final de la segunda guerra mundial ha habido grandes cambios culturales, sociales y económicos que podrían indicar que se ha entrado en una nueva edad: La edad posmoderna (Pérez Urdániz y otros, 2001). Se especula sobre la posibilidad de que las características de la sociedad posmoderna puedan contribuir al aumento de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en general, y de algunos en particular. Como dice Hirschfeld (citado por Pérez Urdániz y otros, 2001), los trastornos de la personalidad no gozan del completo reconocimiento oficial que disfrutan el resto de las enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, su importancia clínica y social, amén de su elevada prevalencia entre la población adulta hace que sean objetos crecientes de estudio.

Se podría así especular sobre si los dramáticos cambios socioeconómicos que hemos vivido en el siglo XX tienen relación con el aparente aumento de la patología psiquiátrica o no, especialmente sobre la leve, de menos carga genética, ya que el enfermar psiquiátrico grave ha sido probablemente similar a lo largo de la historia. Probablemente la genética determina a qué trastorno de personalidad es vulnerable cada individuo.

Citamos en extenso a Pérez Urdániz y otros (2001) para aclarar ciertos vectores que pueden tener un mayor impacto a la hora de analizar la génesis psicocultural de los trastornos de la personalidad:

1. Aumento de la velocidad y la movilidad en todos los ámbitos, incluido el de las relaciones personales. Esto de algún modo favorece a una especie de relación humana basada en el desarraigo y en la superficialidad del contacto con el otro. Mas aún, este fenómeno genera mas desajustes y una mayor carga de estrés, frente a lo cuál conductas excéntricas, evitativas u obsesivas pueden ser un medio de hacer frente a la mayor demanda psicológica. La dimensión de ansiedad patológica encuentra un caldo de cultivo adecuado bajo estas circunstancias.

2. El fenómeno inaudito del avance tecnológico ha llegado a constituirse en un mito de progreso y ciencia. Los rasgos ansiosos o esquizoides pueden manifestarse para tratar de adaptarse a las demandas de la sociedad o la mecanización creciente que nos es impuesta por la tecnología. No se tiene constancia de estudios que analicen esta variable con relación a los trastornos de la personalidad, pero es innegable que debe jugar un papel importante.

3. En una relación muy directa con el avance tecnológico, está la situación de cambio permanente, la cuál afecta múltiples facetas de la vida personal. Esto, unido a la anomia de la vida moderna, difumina identidades y roles, lo que contribuye al desarrollo del trastorno límite de la personalidad con pérdida de

identidad, sentimientos de vacío, subjetivismo, posturas ansiosas y dependientes en gentes temerosas de la libertad propia o ajena.

4. La reducción de la vida humana a ejes economistas con el primado de la máxima eficiencia posible, genera un marco de muy alta competitividad (alto estrés) donde, afloran fácilmente sentimientos de victimismo y conductas dependientes o anancásticas como estrategia de supervivencia. La realidad de la competitividad en la sociedad posmoderna, predispone a la ansiedad, la agresividad, las posturas esquizoides, antisociales e incluso paranoicas. La pérdida de status podría provocar problemas de identidad y la competitividad marginación de los más débiles. Es sabido el papel que dicha pérdida de status juega en los sentimientos de insuficiencia, fracaso, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, y otras patologías psiquiátricas.

5. En cualquier caso la sociedad posmoderna atraviesa un momento donde los roles de ambos sexos se están redefiniendo. Esta fisura en la familia tiene múltiples consecuencias en la amplificación de los trastornos de la personalidad.

Según Joel París (Pérez Urdániz y otros, 2001), todo el mundo tiene rasgos patológicos de personalidad, pero que en épocas de estrés personal o social, los rasgos pasan a trastornos por un mecanismo inespecífico. La epidemiología de los trastornos de personalidad puede variar de una sociedad a otra, incluso en el mismo grupo humano puede cambiar a lo largo del tiempo.

París también propone la hipótesis de que las estructuras sociales estables amortiguan la mayor parte de formas de trastornos de la personalidad, mientras que las sociedades modernas han producido una ruptura, contribuyendo a una sociedad menos estable que favorece el desarrollo de trastornos de personalidad y de patología en general.

Hemos visto hasta acá que la personalidad representa un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos períodos de tiempo y que los trastornos de personalidad son considerados como emergiendo de los patrones de personalidad normal, como el resultado de interacciones complejas de disposiciones biológicas, aprendizaje desadaptativo y en especial cambios ambientales estresantes.

I.II. Evaluación de la personalidad.

Hasta cierta medida los modelos o teorías acerca de la naturaleza esencial de la personalidad han ejercido una influencia decisiva sobre la aproximación racional al estudio de la misma. Algunos teóricos consideran que la personalidad es un conjunto organizado de rasgos, otros suponen la existencia de diferentes relaciones dinámicas entre fuerzas intrapsíquicas, y también hay quienes señalan esa consistencia al nivel de los patrones o secuencias recurrentes en el comportamiento. Tanta amplitud y diversidad se traduce necesariamente en que lo clínicos e investigadores de la personalidad

tienen una gran libertad para evaluarla en infinidad de formas y maneras, por lo general en aquellas que correspondan a su propio modelo teórico sobre la psicología y la conducta humana (Ávila Espada, Rodríguez-Sutil, Herrero Sánchez, 1997).

Para evaluar la personalidad se han desarrollado diversos tipos de instrumentos y estrategias de evaluación. Las características psicométricas relacionadas con cada una de las modalidades de evaluación sustentan su calidad científica y, por ende, la validez de las inferencias que se hagan a partir de los datos obtenidos.

Existen varias características psicométricas que definen la calidad científica de los instrumentos de evaluación psicológica, entre ellas se encuentran las *normas o baremos*, son estadísticos que sirven como punto de referencia para interpretar el desempeño de un sujeto en un instrumento de evaluación y se obtienen a partir de grupos de personas representativos de la población a la que va dirigida el instrumento. Otra cuestión a considerar respecto a las normas es su precisión. Dado que los valores normativos siempre son calculados a partir de medidas obtenidas en muestras de personas, no sobre la población total, es importante asegurar que las normas representan con precisión las diferencias en características de personalidad de la población a la que va dirigida el instrumento. Manteniendo constante otros factores, a mayor tamaño muestral, más precisa serán las normas.

Otra característica psicométrica es la *fiabilidad*, se refiere al grado en que las puntuaciones de un instrumento son consistentes o repetibles bajo condiciones constantes, esto es, al grado en que están libres de errores de medición. Si una medida no es constante, entonces no está claro si cualquier cambio en las puntuaciones es debido a los cambios en las características de personalidad del cliente o, por el contrario, sólo indica una fluctuación debida a la variabilidad y poca fiabilidad del instrumento. Esta pregunta es muy importante en el área de la personalidad puesto que se supone que los constructos más genuinos de la personalidad representan características relativamente estables y/o consistentes de la persona.

La *validez* es otra característica psicométrica, hace referencia al grado en que los datos empíricos respaldan las inferencias que se hacen a partir de las puntuaciones de un test, esto es, al grado en que un instrumento mide aquello que pretende medir y no otra cosa.

El valor práctico de un instrumento depende de muchos factores y, de hecho, cada tipo de estrategia de evaluación requiere de distintas cantidades de tiempo, personal preparado, material, administración, puntuación y análisis que determinan su utilidad, adecuación, aceptabilidad y factibilidad.

Todas las teorías de la personalidad suponen la existencia de diferencias individuales y establecen la posibilidad de medir estas diferencias. Otra cosa es la elección de lo que realmente quieren medir (qué medir), la cuál dependerá de su forma particular de concebir la personalidad. En cualquier caso, una vez

obtenidos los datos, seguirá la interpretación y esta interpretación, lo mismo que la elección de lo que quería medir y la técnica a utilizar, dependerá de los supuestos e hipótesis de cada teoría.

I.III. El modelo de la personalidad de Theodore Millon.

Según Millon (1969), de la misma forma que nuestro cuerpo es un conjunto de estructuras organizadas y funciones que forman un sistema abierto y con una estabilidad relativa, la personalidad se constituye como un sistema psíquico de estructuras estables y funciones coordinadas. La noción de esquema de la psicoterapia cognitiva de Beck (Beck y Freeman, 1995), podría conciliarse con esta concepción. Lo que define a la personalidad, esas estructuras permanentes o, mejor, semipermanentes, son estructuras de comportamiento cuyo nivel privilegiado de lectura se halla en la relación interpersonal.

En 1969 Theodore Millon presentó su teoría sobre la personalidad y sus trastornos. Desde entonces, junto a un grupo de colaboradores, ha venido trabajando enriqueciendo la misma al mismo tiempo que profundizaba también los aspectos de clasificación de los trastornos, su evaluación y su tratamiento (Millon & Everly, 1985; Millon & Davis, 1998). Estos dos últimos componentes se enlazan en un intento de brindar medidas operacionales de los constructos teóricos y pautas para las intervenciones terapéuticas de los trastornos de la personalidad. Al día de hoy se cuenta con un amplio bagaje de conocimientos en

estos aspectos que hacen de la teoría de Millon un referente obligado en el tema de la personalidad.

Millon concibe el término personalidad para designar el estilo más o menos distintivo del funcionamiento adaptativo que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes (Sánchez, 2003). Concebida de este modo, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie, que son eficaces en ambientes previsibles; los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta (Millon y Davis, 1998).

El autor define los patrones de personalidad patológica como características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (Sánchez, 2003). Estos patrones derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas facetas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos, imponen un modo de vida tan arraigado y automático que la persona a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias.

La personalidad patológica puede adquirir diferentes tipos de gravedad. Millon postuló una diferenciación de la gravedad en tres niveles de intensidad: leve, moderada y grave. En 1969 propuso una nueva clasificación para los

trastornos psiquiátricos presentando una rica y fecunda teoría de los trastornos de la personalidad basada en el modelo de aprendizaje biosocial (Millon, 1969; Millon y Everly, 1994).

Central al modelo teórico de Millon son las tres dimensiones polares de las que se dice se derivan los trastornos de personalidad (Millon y Davis, 1998). Freud (1915/1953) propuso que nuestra vida mental está gobernada en conjunto por tres polaridades, a saber, las antítesis siguientes: yo-objeto (mundo externo), placer-dolor, activo-pasivo. Unos años más tarde Millon (1969) utilizó estas mismas polaridades (yo-objeto, placer-dolor, activo-pasivo) construyendo una serie de ocho modelos de personalidad que se derivan del cruce de las tres polaridades, del yo contra el otro, del placer contra el dolor, y de activo contra pasivo. Ocho modelos de afrontamiento básico se derivaron combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor), la fuente (sí mismo versus otros, y las conductas instrumentales (activo contra pasivo). El modelo incluía además, tres variantes de trastornos de personalidad más severos. Los primeros ocho tipos (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, compulsivo y pasivo-agresivo) se pensaron como estando presentes tanto en personalidades normales como anormales, mientras que los segundos tres (esquizotípico, límite y paranoide) sólo fueron propuestos para personalidades patológicas.

En la tabla siguiente se pueden visualizar mejor los distintos trastornos de personalidad según Millon.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de personalidad de Millon

	Personalidades Retraídas	Personalidades Dependientes	Personalidades Independientes	Personalidades Ambivalentes
Pasivo	Esquizoide	Dependiente	Narcisista	Compulsivo
Activo	Evitativo	Histriónico	Antisocial	Negativista

En 1990 Millon reformuló su modelo de la personalidad y sus trastornos mediante una teoría más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano. El modelo evolutivo postula cuatro polaridades fundamentales de desarrollo: (a) objetivos de existencia (perfeccionamiento de vida y preservación), (b) modos de adaptación (acomodación y modificación ecológica), (c) las estrategias de replicación (individualismo y protección), y (d) procesos de abstracción. El cambio fue de una teoría principalmente ontogénica de las etapas neuropsicológicas a una teoría más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano e incluso del desarrollo de las especies biológicas. Cada fase evolutiva se relaciona a una etapa diferente del desarrollo ontogénico (Millon, 1990). Por ejemplo la preservación de la vida corresponde a la fase del vínculo sensorio de desarrollo que representa un período en el cual el niño aprende a diferenciar entre esas experiencias que lo refuerzan y aquellas que lo amenazan (Millon y Davis, 1998). La mayor gratificación en esta investigación exploratoria fue la correspondencia íntima entre la teoría de aprendizaje biosocial de 1969 y los elementos claves del modelo evolutivo. Las tres polaridades de placer-dolor,

activo-pasivo, y yo-otro, corresponden a las tres fases evolutivas de existencia, adaptación, y replicación, respectivamente.

La propuesta de Millon engloba en un mismo marco teórico la personalidad normal y la personalidad patológica. El modelo de estilos y dimensiones de la personalidad normal surge del mismo modelo evolucionario de la personalidad que diferencia y enlaza caracteres sanos y patológicos en un continuo (Millon, 1997; Millon & Davis, 1994; Strack, 1999).

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

La influencia del modelo original de Millon fue decisiva para lo que luego sería el eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M.), a partir de su tercera versión de 1980. Una de las críticas más comunes de la clasificación de trastornos de personalidad en el DSM-IV (APA, 1995) es la ausencia de un modelo teórico unificado (Widiger, 1999). La propuesta de Millon constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir esa falencia. Su perspectiva teórica adquiere singular importancia en cuanto el autor ha sido un participante influyente en el desarrollo de varias ediciones de la nomenclatura de los trastornos de personalidad.

Theodore Millon realizó aportes significativos en lo referente a la personalidad y sus trastornos. Las reformulaciones en su teoría estuvieron dirigidas a la finalidad de ampliar y enriquecer la misma, dándole así mayor sostén empírico. Parte de este esfuerzo estuvo dirigido a integrar componentes previamente dispersos dentro de una ciencia clínica integrada.

II. CAPITULO 2. Clasificación y evaluación de los trastornos de la personalidad.

II.1. Los trastornos de la personalidad en el DSM-IV.

En el DSM-III, de 1980, la *American Psychiatric Association* dio el importante paso de ofrecer un eje troncal separado (Eje II) relativo a los trastornos de la personalidad. Así se introdujo el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en el quehacer psiquiátrico, lo que fue estimulado posteriormente por la adopción de criterios operativos para el diagnóstico de cada trastorno concreto de la personalidad.

El DSM-IV (APA, 1995) incluye criterios generales para definir los trastornos de la personalidad, enfatizando la aparición temprana, la naturaleza multisituacional y durable de la patología y la presencia de distrés y deterioro en el funcionamiento social u ocupacional. Aunque este esfuerzo por especificar los componentes genéricos de todos los trastornos de personalidad ha sido útil, la definición es relativamente inespecífica (Oldham y Skodol, 2000).

Para el DSM-IV (A.P.A., 1995) la característica principal de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o de control de los impulsos (criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la

actividad del individuo (criterio C). El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (criterio D) . El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (criterio F).

El eje II entonces, recoge en su versión más patológica y de forma aproximada, los diferentes tipos de personalidad patológica existentes. Partimos del supuesto de que entre la personalidad normal y la patológica la diferencia es de grado y se muestra, sobre todo, por el nivel de ansiedad que el sujeto muestra en su comportamiento y por la más fácil aparición de las conductas defensivas típicas. Consideramos que el diagnóstico de la personalidad es imprescindible en todo trabajo clínico psicológico: la personalidad es lo que queda cuando eliminamos todos los síntomas (Rodríguez Sutil, 1995).

El DSM-IV (A.P.A., 1995), considera que 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 prejuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos son:

1. El *trastorno paranoide de la personalidad* es un patrón de desconfianza y suspicacia que hacen que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

2. El *trastorno esquizoide de la personalidad* es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la experiencia emocional.

3. El *trastorno esquizotípico de la personalidad* es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

4. El *trastorno antisocial de la personalidad* es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

5. El *trastorno límite de la personalidad* es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

6. El *trastorno histriónico de la personalidad* es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

7. El *trastorno narcisista de la personalidad* es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

8. El *trastorno de la personalidad por evitación* es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a evaluación negativa.

9. El *trastorno de la personalidad por dependencia* es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

10. El *trastorno obsesivo – compulsivo de la personalidad* es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

11. El *trastorno de la personalidad no especificado* es una categoría disponible para dos casos: (a) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; o (b) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación. En el apéndice de trastornos que necesitan de estudios posteriores se incluyen el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad están incluidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen ser raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo – compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Hay que señalar que este sistema de agrupamiento, si bien es útil a efectos de investigación o docencia, tiene importantes limitaciones y no ha sido

validado de forma consistente. Además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos, lo que dificulta el diagnóstico.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios.

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

Millon, una vez sentados los lineamientos de su modelo se dedicó a desarrollar diferentes instrumentos para operacionalizar sus constructos teóricos. En 1977 aparece la primera versión del primero de esos instrumentos: el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) (Sánchez, 2003), diseñado para evaluar trastornos de la personalidad.

El MCMI-II (Millon, 1999) resulta un fiel reflejo de la conceptualización teórica de Millon (Choca y otros, 1996). Un instrumento diagnóstico resulta más útil cuando está relacionado con una teoría comprensiva, como es el caso de esta prueba. Según Piotrowski (1997), una revisión de estudios recientes indica que el MCMI ocupa un lugar preponderante entre los test más frecuentes usados

en la práctica clínica, siendo solo superado por el MMPI en el área de la evaluación objetiva de la personalidad. Otro tanto sucede en la investigación, donde el MCMI resulta el tercer test más usado. El MCMI es un instrumento ampliamente usado tanto en investigaciones como en la práctica clínica.

El MCMI es un test psicológico de tipo autoinforme que se diseñó para medir rasgos de personalidad y trastornos. Una de las utilidades del MCMI entonces, se da en el contexto de la toma de decisiones clínicas o en la identificación de individuos que manifiesten, o no, un determinado trastorno psicológico (Choca y Van Denburg, 1998).

Una de las mayores ventajas que ofrece el MCMI frente a su principal competidor, el MMPI, es el hecho de que está especialmente diseñado para medir rasgos de personalidad (eje II del DSM-IV). Además, el MCMI tiene una teoría que lo sostiene, es mucho más breve que el MMPI y es tan válido y fiable como éste. Comparado con otros instrumentos que miden rasgos de personalidad, el MCMI es un inventario clínico, es decir, que conceptualiza la personalidad tal como lo hacen los clínicos, en términos de prototipos que han formado parte de la literatura clínica desde hace mucho tiempo.

En general, el MCMI se usa sólo, como instrumento de sondeo, o se pasa como parte de una batería de test, en cuyo caso hay que tener en cuenta la historia clínica del paciente y el motivo de su derivación para determinar qué otros test sería útil emplear.

Millon (1987) observó que, ante un inventario de tipo autoinforme, algunos sujetos tienden a responder de forma tal que su perfil clínico real no queda bien reflejado. Algunos conscientemente o no, tienden a mostrar sólo lo mejor de sí mismos y a negar cualquier característica socialmente indeseable; otros, en cambio, se retratan a sí mismos mucho más disfuncionales de lo que en realidad son. Se diseñaron entonces índices para evaluar estos tipos de respuestas y detectar a individuos que no desean, o no pueden, leer, entender o completar el inventario. Millon los llamó "índices de modificación" porque se utilizan para corregir las puntuaciones ponderadas de algunas escalas.

1. El primer índice de modificación, el de *sinceridad* (escala X), no es una escala propiamente dicha sino un compuesto de puntuaciones sacado de las escalas básicas de personalidad. Se considera este índice como medida de franqueza con la que el sujeto responde al inventario.

2. El índice de *deseabilidad* (escala Y), mide la tendencia del sujeto a dar una buena imagen de sí.

3. El índice de *alteración* (escala Z), por el contrario, intenta detectar la tendencia del sujeto a dar una imagen negativa de sí, contestando mayoritariamente a ítem que hablan de sentimientos de vacío emocional y físico, de baja autoestima y de hipersensibilidad o susceptibilidad.

En cuanto a las escalas de trastornos de personalidad del MCMI son las siguientes:

1. La primera escala de los estilos de personalidad es la *esquizoide*, asocial, introvertida o diferente-pasiva (escala 1). En el MCMI-II, con esta escala se pretendía medir principalmente el factor de aislamiento social, y, en menor medida, un aspecto de pasividad y falta de energía.

2. La segunda escala, de personalidad *evitativa*, inhibida o indiferente-activa (escala 2), a diferencia del estilo esquizoide, conlleva un conflicto de acercamiento-evitación. En efecto, estos individuos quisieran relacionarse con los demás pero experimentan tal malestar en contextos sociales que evitan cualquier interacción interpersonal para disminuir su ansiedad.

3. Escala de personalidad *dependiente*, sumisa, cooperativa o dependiente-pasiva (escala 3), necesidad de establecer fuertes relaciones para sentir seguridad y apoyo.

4. Escala de personalidad *histriónica*, sociable, gregaria, teatral, o dependiente-activa (escala 4), también corresponde a estilos de personalidad caracterizados por la necesidad de establecer fuertes relaciones para sentir seguridad y apoyo.

5. Escala de personalidad *narcisista*, segura, independiente-pasiva (escala 5), destacan la extroversión, la sensación de ser único y especial.

6. Escala de personalidad *antisocial*, ruda, competitiva e independiente-activa (escala 6a), y que según el sistema Millon, se caracteriza por una visión del mundo como un lugar competitivo

7. Escala de personalidad *compulsiva*, respetuosa, conformista, disciplinada y ambivalente-pasiva (escala 7) del MCMI_II, entre los factores que incluye están los de responsabilidad, constrictión, estabilidad afectiva, ambivalencia interpersonal, cierre a la experiencia, intolerancia irritable y un sentido de virtuosismo.

8. Escala de personalidad *negativista*, pasivo-agresiva/explosiva, sensible, impulsiva o ambivalente-activa (escala 8a), indica un estilo marcado por un profundo rechazo a ser controlado y un fuerte resentimiento contra la autoridad. Los factores que se encontraron en esta escala incluían cambios de humor frecuentes, antagonismo e impulsividad emocional.

Dos escalas de personalidad se añadieron en el MCMI-II (agresiva, 6b, y autodestructiva, 8b) y la personalidad depresiva (2b), añadida luego en el MCMI-III, con otras tres escalas que miden patrones de personalidad patológica. Se puede considerar que las ocho escalas descritas anteriormente no se refieren necesariamente a trastornos de personalidad, sino a “estilos”, y éstos pueden constituir, o no, un trastorno de personalidad (Choca y Van Denburg, 1998). En cambio, a continuación se describen seis escalas que sí están asociadas a un funcionamiento patológico.

1. La escala de personalidad *depresiva* (2B), en términos generales, indica una tendencia a ver la vida con pesimismo. Los individuos que puntúan alto en ella suelen estar invadidos por la melancolía, no disfrutan mucho de la vida, se sienten perdidos y tienen una opinión bastante pobres de sí mismos.

2. La escala *agresiva o sádica* (6B), probablemente indique una variante más patológica del estilo antisocial de personalidad. Fue diseñada para medir la tendencia del sujeto a ser agresivo, o incluso hóstil, en sus interacciones con los demás. Puntuaciones elevadas en esta escala describen individuos que ponen mucho énfasis en su capacidad de ser independientes, rechazan hacer lo que los demás les dicen y que, siendo competitivos por naturaleza, pueden llegar a comportarse cruelmente para conseguir pasar por encima de los demás. Suelen fiarse poco de los otros, cuestionando mucho los motivos que éstos tienen para la acción, y piensan que uno siempre debe estar en guardia para protegerse de cualquier peligro.

3. Por su parte, la escala de personalidad *autodestructiva* (escala 8B), es indicativa de una variante patológica del estilo de personalidad negativista. Los individuos que puntúan alto en ella son personas que necesitan mucho de la ayuda del otro para salir adelante. Tiene un autoconcepto tan bajo que incluso se sienten incómodos cuando se les trata bien y parecen buscar más bien situaciones en que se les hiera o rechace, como queriendo encontrar la confirmación de su expectativa aprendida de sentirse maltratados. De hecho suelen llevar acumulado tanto resentimiento que ha menudo provocan ellos mismos situaciones interpersonales negativas.

4. Considerada probablemente como una variante patológica de los estilos de personalidad esquizoide y evitativo, la escala de personalidad *esquizotípica* (escala 5), se diseñó para medir el miedo al contacto humano, la

susplicacia y desconfianza en los demás, y la preferencia por una vida de aislamiento pasivo, con pocas relaciones interpersonales. Muchos de los ítems de esta escala exploran la tendencia a desarrollar conductas algo excéntricas y hábitos que los demás pueden considerar un poco extraños. Otros ítems muestran que los sujetos con una alta puntuación en esta escala pueden tener una gran imaginación y, en sus conversaciones, llegan a confundir sus propias fantasías con la realidad. Son individuos que se pueden mostrar ansiosos y aprehensivos, o con poca capacidad de dar o recibir afecto y además, suelen tener sentimientos de despersonalización y vacío, así como ideas de autoreferencia.

5. Escala *límite* (escala C) originalmente llamada escala cicloide o ciclotímica, fue diseñada para medir un patrón dominante de inestabilidad tanto en los estados de ánimo, como en las relaciones interpersonales y en la autoimagen. Una puntuación elevada en esta escala es indicativa de una forma impulsiva y muy emotiva de actuar en general, con respuestas afectivas muy lábiles que pasan de la insensibilidad y apatía más absolutas, al exceso de intensidad y implicación. De hecho, detrás de sus respuestas emocionales se suelen dar fuertes sentimientos de tristeza y desesperación, y una gran falta de objetivos vitales.

6. Escala *paranoide* que mide principalmente actitudes de desconfianza y susplicacia, así como conocimientos de superioridad. La escala detecta también el rechazo a la autoridad y a la crítica, la insensibilidad hacia los demás y los

sentimientos de desconexión física y emocional. Los sujetos que puntúan alto en ella suelen mostrar además un gran miedo a perder su autonomía, mucha resistencia a los intentos de los demás de controlar sus vidas. Por último son personas que tienden a ser perfeccionistas, bien organizadas y moralistas, y que, en general tiene poca paciencia, son irascibles y adoptan una actitud competitiva. Paranoia, irritabilidad resentida y brusquedad hostil son los tres factores que parecen componer esta escala en el MCMI-II.

El MCMI, en sus tres versiones, ha generado más de 500 artículos y 6 libros, ha sido traducido a varios idiomas y está siendo usado en investigaciones transculturales (Craig, 1999). Por lo tanto, en la actualidad se cuenta con un bagaje de conocimientos substancial para tomar decisiones clínicas basadas en los resultados de esta prueba.

De acuerdo a lo desarrollado hasta aquí puede sostenerse que el MCMI, es un fiel reflejo de la conceptualización teórica de Millon, diseñado para evaluar rasgos de la personalidad y trastornos psicopatológicos. Es un instrumento breve, válido y fiable. Se trata de una técnica psicométrica de evaluación en psicología clínica y psicopatología construida en función de la formulación teórica de los patrones de personalidad de Millon sobre la idea de la personalidad como un continuo entre normalidad y anormalidad. Esta entonces, especialmente diseñado para medir rasgos de personalidad (eje II del DSM-IV), como así también permite evaluar síndromes clínicos del eje I (hipomanía, distimia, ansiedad, etc.)

II.III. Exámen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)

El Inventario Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE), es un instrumento patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, diseñado para evaluar trastornos de la personalidad de acuerdo a los criterios del DSM-IV y de la CIE-10.

El IPDE (modulo DSM -IV) es un instrumento diagnóstico, basado en una entrevista clínica semiestructurada, que además es compatible con los criterios de valoración del DSM-IV. Sus resultados permiten además medir otras categorías mayores de trastornos de personalidad que hasta ahora se habían omitido, ofreciendo un diagnóstico fiable y uniforme que además pueda ser internacionalmente aceptado. Existe una versión española a cargo de Lopez-Ibor, Pérez Urdaniz y Rubio Larrosa (1996)

El IPDE es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10. Las versiones para DSM-IV y CIE-10 no son exactamente idénticas, aunque la estructura es común en ambas, de modo que los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a seis áreas de respuestas conductuales y de personalidad: Trabajo, Yo, Relaciones interpersonales, Afectos, Prueba de realidad y Control de impulsos.

La puntuación del IPDE se basa en el consenso de que un rasgo o conducta puede ser 0 (ausente o normalidad), 1 (exagerado o acentuado) y 2 (patológico o criterio positivo).

Para puntuar un rasgo como patológico es necesario que las respuestas iniciales a las preguntas que lo evalúan sean complementadas por descripciones y ejemplos convincentes. Además, el criterio debe estar presente como mínimo durante 5 años, y debe ser evidente a los 25 años de edad. Si hubiese comenzado después es necesario indicarlo en la columna de inicio tardío (> 24 años).

La información en la que el entrevistador ha de basar su puntuación puede ser obtenida también de un informante (familiar o amigo), si bien es necesario señalar este hecho.

El IPDE cuenta con un breve Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado, de cribado, en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero-falso) el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este breve cuestionario de detección proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué trastorno/s de la personalidad es probable que esté/n presente/s. Esta versión fue la utilizada en esta investigación.



El IPDE permite realizar dos tipos de valoraciones:

1. Diagnóstico de cada uno de los distintos trastornos de la personalidad:

– Definido.

– Probable (se cumple un criterio menos del mínimo requerido).

– Ausente.

2. Puntuación dimensional de cada uno de los diagnósticos positivos.

El instrumento ha sido testeado en diversos países. Los resultados de los trabajos de campo indican buena aceptabilidad, alta confiabilidad inter-jueces y una estabilidad satisfactoria para los criterios diagnósticos cubiertos por el instrumento.

El IPDE ha sido traducido a once idiomas.

III. CAPITULO 3. Investigación.

III.I Planteamiento del problema.

El MCMI es un instrumento diseñado para evaluar los trastornos de la personalidad en función de la formulación teórica de los patrones de personalidad de Millon. En la actualidad se cuenta con un bagaje de conocimientos substancial para tomar decisiones clínicas basadas en los resultados de esta prueba (Craig, 1999).

Sin embargo, existen ciertas críticas de los resultados que brinda el MCMI. Por un lado, algunos autores sostienen que las escalas básicas, o alguna de ellas, son más bien medidas de estilos de personalidad antes que trastornos. Así, desde la perspectiva de Choca y sus colaboradores (Choca y Van Denburg, 1998; Choca, 1992), las ocho escalas básicas de personalidad originales miden estilos más que trastornos de la personalidad. Estos autores consideran que las puntuaciones altas de esas escalas básicas deben considerarse como una medida de las asunciones básicas de la persona, de sus actitudes más destacadas y su forma característica de interactuar, sin dar por sentado que cualquier elevación es señal de patología. Millon difiere con esta interpretación de los resultados del MCMI y sigue sosteniendo que las puntuaciones elevadas deben considerarse como indicador de la existencia de trastornos de la personalidad.

Se plantea por otro lado (además de la cuestión de qué es lo que evalúa el MCMI) el tema de que si éste instrumento es sintónico con los lineamientos

de la teoría que lo avala. Resulta de interés en esta investigación evaluar la capacidad del MCMI-II de representar una operacionalización de los conceptos de Millon. Para ello se prevé explorar las correlaciones entre los resultados del MCMI-II y los del IPDE para evaluar los trastornos de personalidad. Vale decir que lo que se espera encontrar es que las escalas del MCMI-II tengan una alta asociación con las escalas del IPDE, ya que ambas miden trastornos de personalidad.

Se parte del supuesto de que los resultados del MCMI-II resultan adecuados a los fines para los que fue diseñada la prueba: la evaluación de los trastornos de la personalidad.

III.II. Metodología.

A continuación se mencionarán los instrumentos diagnósticos empleados para llevar a cabo esta investigación.

III.II.1. MCMI-II.

El inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI) es un test psicológico de tipo autoinforme pensado para ser aplicado a pacientes psiquiátricos, que consta de 175 ítems con respuestas “verdadero-falso”. Actualmente está considerado uno de los instrumentos clínicos más populares y ha sido traducido a diferentes idiomas para su utilización en distintos países.

Al responder a la nosología psiquiátrica actual, el MCMI es un instrumento de tipo categórico, aunque sólo parcialmente: tiene diferentes

escalas que miden prototipos de personalidad determinados los cuáles son conceptualmente distintos los unos de los otros. Sin embargo ofrece algunas ventajas en relación con un sistema de categorías tradicional, ya que cada uno de esos prototipos se conceptualiza como un continuo cuyas diferentes puntuaciones indican diferente intensidad. Es decir que, por un lado, las escalas y sus puntos de corte permiten decir si el sujeto que responde al test tiene o no un atributo determinado, y por otro lado, se puede determinar la intensidad con la que se manifiesta cada atributo.

El MCMI II contiene 22 escalas clínicas las cuáles se han dividido en cuatro grupos distintos: escalas básicas de personalidad, patrones de personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada y síndromes clínicos graves. El MCMI se diseñó para medir rasgos de personalidad y trastornos psicopatológicos. Todas las versiones del inventario tienen además un factor corrector y una escala de validez.

Se trata de un cuestionario de tipo autoinforme. Para que la administración de este test adquiera pleno sentido, se deben cumplir unos requisitos mínimos: el sujeto que responde al test debe tener una edad adecuada para las normas del baremo del test y sus facultades intelectuales y emocionales deben ser al menos suficiente para que pueda entender los ítems sin dificultad.

III.II.2. IPDE Módulo DSM-IV.

El Inventario Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10. El instrumento cuenta con un breve Cuestionario de Evaluación autoaplicado, de cribado, en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero-falso) el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este breve cuestionario de detección proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué trastorno/s de la personalidad es probable que esté/n presente/s.

El IPDE, es un instrumento patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, diseñado para evaluar trastornos de la personalidad de acuerdo a los criterios del DSM-IV y de la CIE-10.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV, APA, 1995), es una clasificación categorial que divide a los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y

cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial (APA, 1995).

El DSM IV (APA, 1995), es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para el uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica.

El propósito del DSM-IV, es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Los trastornos mentales de adultos en el DSM-IV están agrupados en 16 clases diagnósticas principales y una sección adicional denominada "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".

Según el Manual (APA, 1995), la característica principal de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o de control de los impulsos (criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C). El patrón es estable y de larga duración y se

puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (criterio F).

Partimos del supuesto de que entre la personalidad normal y la patológica la diferencia es de grado y se muestra, sobre todo, por el nivel de ansiedad que el sujeto muestra en su comportamiento y por la más fácil aparición de las conductas defensivas típicas. Consideramos que el diagnóstico de la personalidad es imprescindible en todo trabajo clínico psicológico: la personalidad es lo que queda cuando eliminamos todos los síntomas (Rodríguez Sutil, 1995).

III.III. Muestra.

Para verificar la relación existente entre dos medidas para evaluar trastornos de la personalidad, una de acuerdo al modelo de Millon y la otra de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995), se evaluaron 50 personas de población general de la ciudad de Necochea, Provincia de Buenos Aires, Argentina (31 mujeres y 19 hombres), dentro del rango de edad de 25 a 60 años (edad media = 36,6 años, ds = 11,8 años). La muestra excluye a sujetos sometidos a tratamientos psiquiátricos o que estén atravesando alguna

situación traumática. Los participantes completaron ambos cuestionarios, el MCMI-II y el IPDE, de manera autoadministrada.

III.IV Resultados.

Para estudiar la relación entre los resultados obtenidos en ambos instrumentos, se llevaron a cabo dos tipos de análisis.

Uno de dichos análisis se realizó evaluando a cada participante con un puntaje de bajo, medio o alto en cada escala de cada instrumento, de acuerdo a los criterios siguientes:

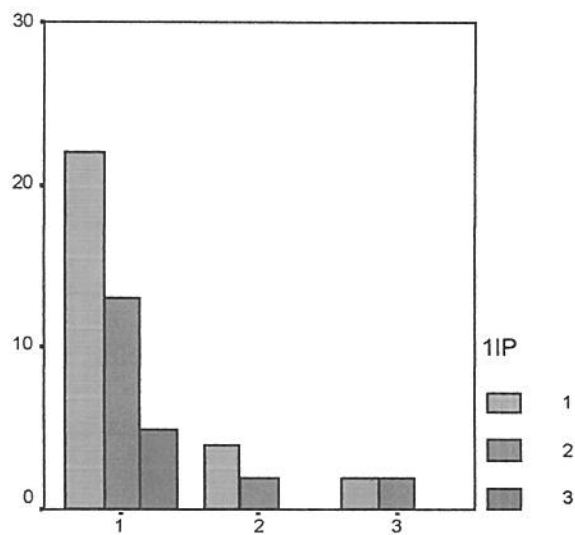
- IPDE: Se consideró que el IPDE incluye un ítem por cada criterio diagnóstico de cada trastorno de la personalidad del DSM-IV (APA, 1995). Si el participante obtenía la mitad o más de los ítems en sentido positivo del trastorno se calificaba como "alto" (de manera coincidente con los criterios diagnósticos del DSM-IV); si obtenía uno o dos criterios menos de la mitad se calificaba como medio, y se obtenía menos, como bajo.
- MCMI-II: Se compararon los resultados con los promedios obtenidos de la aplicación del instrumento a población clínica (N = 250). Si el participante obtenía un puntaje mayor a un desvío por encima de la media se calificaba como "alto"; si el puntaje obtenido se ubicaba entre la media y un desvío por encima, se calificaba como "medio", y si el puntaje era menor a la media, se calificaba como "bajo".

Los resultados, para cada trastorno de la personalidad, se presentan a continuación.

Tabla 1. Trastorno Esquizoide de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMÍ	Bajo	22	13	5	40
	Medio	4	2	0	6
	Alto	2	2	0	4
Total		28	17	5	50

Figura 1. Trastorno Esquizoide de la personalidad.

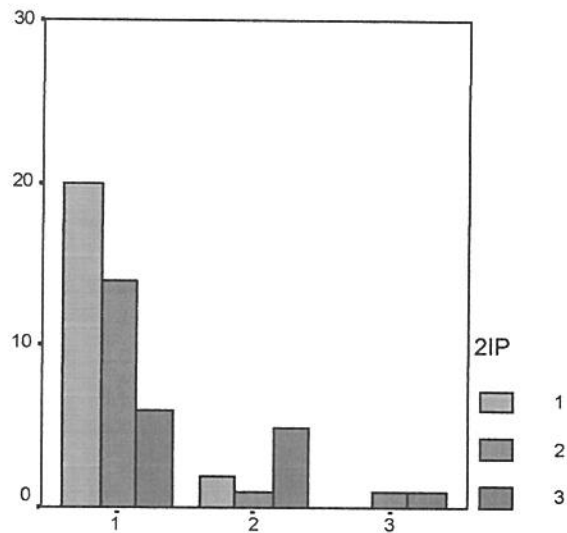


En la tabla anterior se observa que si bien la mayoría de los participantes (22) obtuvieron un puntaje bajo en la escala del trastorno esquizoide de la personalidad de ambos instrumentos, algunos sujetos (5) con puntaje bajo en el MCMI-II serían diagnosticados con el trastorno según el IPDE y que y otros (2) con bajo puntaje en el IPDE merecerían el diagnóstico del trastorno según el MCMI-II. 4 participantes serían diagnosticados con el trastorno de acuerdo a los resultados del MCMI-II y 5 según el IPDE, sin embargo, ninguno de esos sujetos obtuvo un puntaje alto en ambos inventarios.

Tabla 2. Trastorno Evitativo de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMI	Bajo	20	14	6	40
	Medio	2	1	5	8
	Alto	0	1	1	2
Total		22	16	12	50

Figura 2. Trastorno Evitativo de la personalidad.

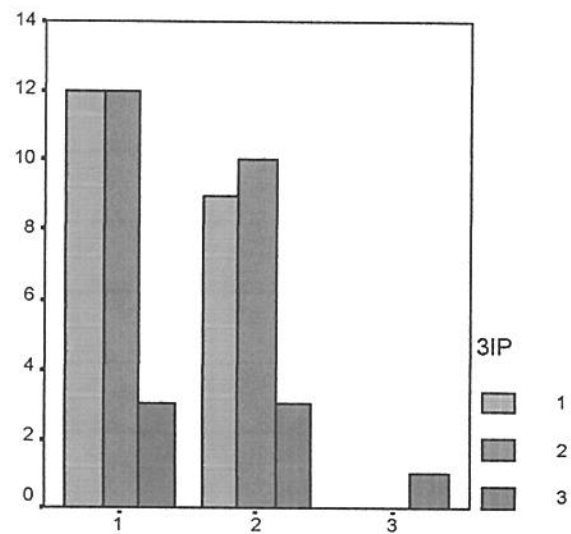


En la tabla anterior se observa que 40 participantes obtuvieron un puntaje bajo en la escala del trastorno evitativo de la personalidad según la evaluación del MCMI-II. Sin embargo, sólo 20 de esos participantes obtuvieron un puntaje bajo en el IPDE, mientras que 14 obtuvieron un puntaje medio y 6 un puntaje alto. Es decir, que estos últimos hubieran sido diagnosticados con el trastorno según el IPDE habiendo obtenido un puntaje bajo en el MCMI-II. Por otro lado, 12 de los participantes obtuvieron un puntaje alto en la escala del IPDE, de los cuales sólo uno también obtuvo un puntaje alto en la escala correspondiente del MCMI-II.

Tabla 3. Trastorno Dependiente de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMII	Bajo	12	12	3	27
	Medio	9	10	3	22
	Alto	0	0	1	1
Total		21	22	7	50

Figura 3. Trastorno Dependiente de la personalidad.



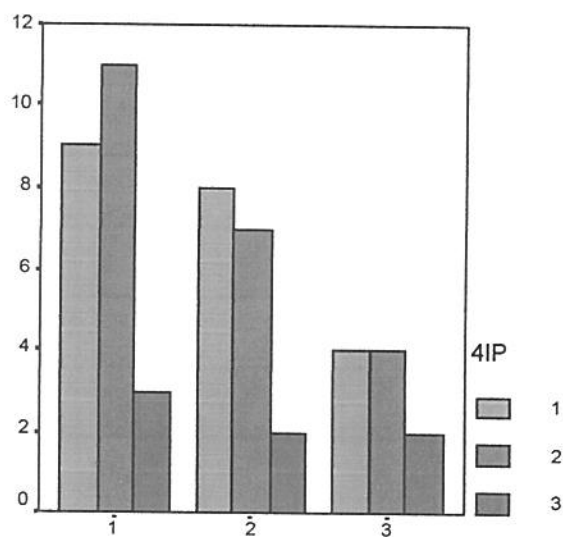
En la tabla anterior se observa que si bien 27 participantes obtuvieron un puntaje bajo en el MCMII-II, sólo 12 de los mismos obtuvieron un puntaje bajo en el IPDE. Por otra parte se observa que 7 participantes obtuvieron un puntaje

alto en el IPDE, de los cuáles sólo uno de esos participantes obtuvo puntaje alto en el MCMII-II.

Tabla 4. Trastorno Histriónico de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMII	Bajo	9	11	3	23
	Medio	8	7	2	17
	Alto	4	4	2	10
Total		21	22	7	50

Figura 4. Trastorno Histriónico de la personalidad

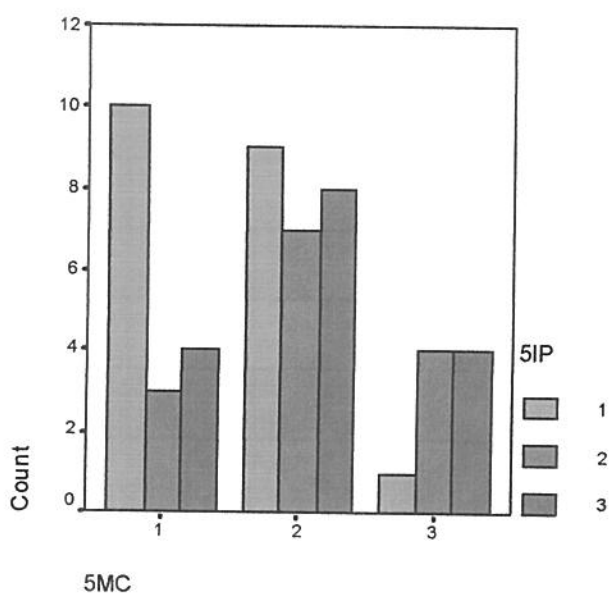


En la tabla anterior se observa que 23 participantes obtuvieron un puntaje bajo en el MCMI-II, y sólo 9 participantes obtuvieron puntaje bajo en el IPDE. Por otro lado, 21 participantes obtuvieron puntaje bajo en el IPDE, mientras que sólo 9 de esos participantes obtuvo un puntaje bajo en el MCMI-II. Se observa también que 7 participantes obtuvieron un puntaje alto en el IPDE y sólo 2 de los mismos obtuvieron un puntaje alto en el MCMI-II.

Tabla 5. Trastorno Narcisista de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMI	Bajo	10	3	4	17
	Medio	9	7	8	24
	Alto	1	4	4	9
Total		20	14	16	50

Figura 5. Trastorno Narcisista de la personalidad.

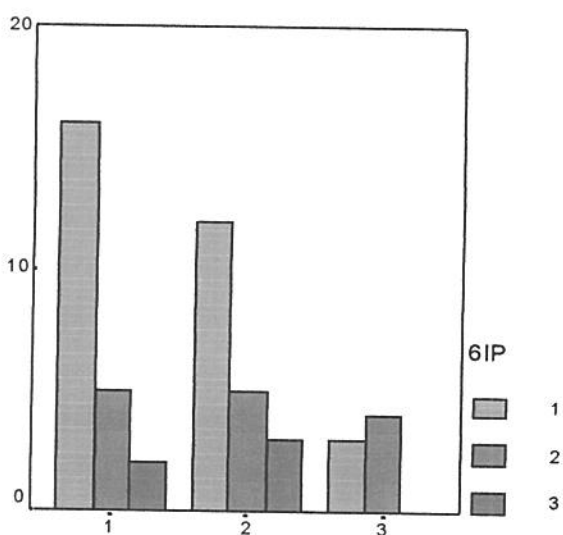


En la tabla anterior se observa que si bien 20 participantes obtuvieron un puntaje bajo en la escala del trastorno narcisista de la personalidad, en el IPDE, sólo 10 de esos participantes obtuvo un puntaje bajo en el MCMI-II. También se puede observar que algunos sujetos (4) con puntaje bajo en el MCMI-II serían diagnosticados con el trastorno según el IPDE y que otro (1) con puntaje bajo en el IPDE merecerían el diagnóstico del trastorno según el MCMI-II.

Tabla 6. Trastorno Antisocial de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMI	Bajo	16	5	2	23
	Medio	12	5	3	20
	Alto	3	4	0	7
Total		31	14	5	50

Figura 6. Trastorno Antisocial de la personalidad.

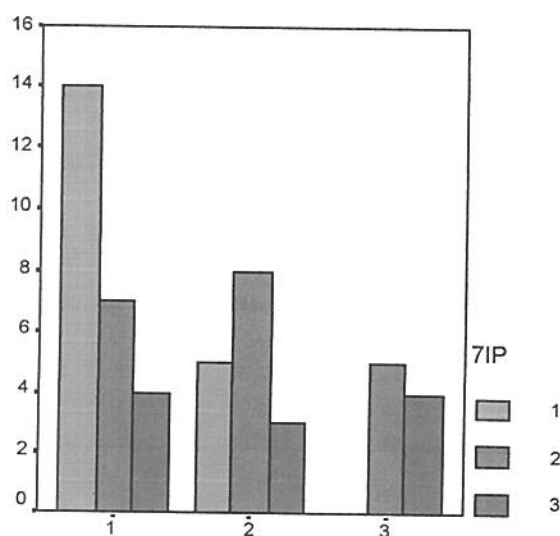


En la tabla anterior se puede observar que si bien 7 participantes obtuvieron un puntaje alto en el MCMI-II, ninguno de éstos participantes obtuvo un puntaje alto en el IPDE. Por otro lado se observa que de 31 participantes que obtuvieron un puntaje bajo en el IPDE, sólo 16 de éstos obtuvieron un puntaje bajo para el MCMI-II.

Tabla 7. Trastorno Obsesivo compulsivo de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMI	Bajo	14	7	4	25
	Medio	5	8	3	16
	Alto	0	5	4	9
Total		19	20	11	50

Figura 7. Trastorno Obsesivo compulsivo de la personalidad.

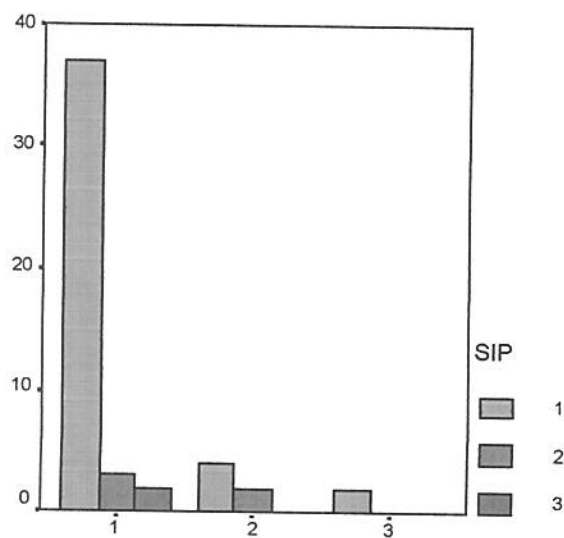


En la tabla anterior se puede observar que 9 de los participantes que obtuvieron un puntaje alto en el MCMI-II, sólo 4 de los mismos obtuvieron un puntaje alto según la escala diagnóstica del IPDE.

Tabla 8. Trastorno Esquizotípico de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMI	Bajo	37	3	2	42
	Medio	4	2	0	6
	Alto	2	0	0	2
Total		43	5	2	50

Figura 8. Trastorno Esquizotípico de la personalidad.

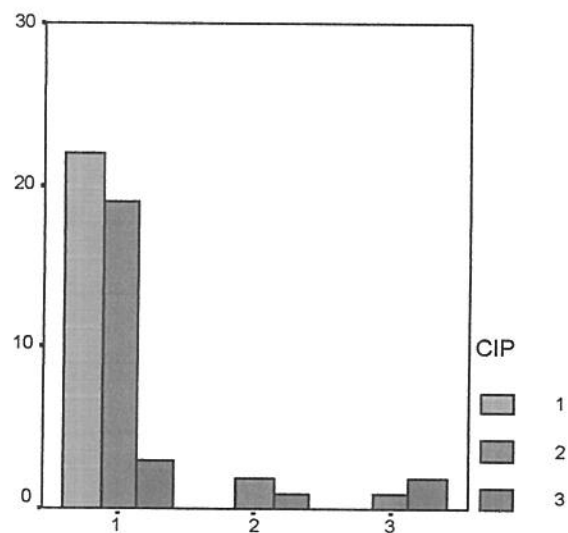


En la tabla anterior se puede observar que si bien la mayoría de los participantes(37) obtuvieron un puntaje bajo en la escala del trastorno esquizotípico de la personalidad de ambos instrumentos, algunos sujetos (2) con un puntaje bajo en el MCMI-II, serían diagnosticados con el trastorno por el IPDE.

Tabla 9. Trastorno Límite de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMI	Bajo	22	19	3	44
	Medio	0	2	1	3
	Alto	0	1	2	3
Total		22	22	6	50

Figura 9. Trastorno Límite de la personalidad.

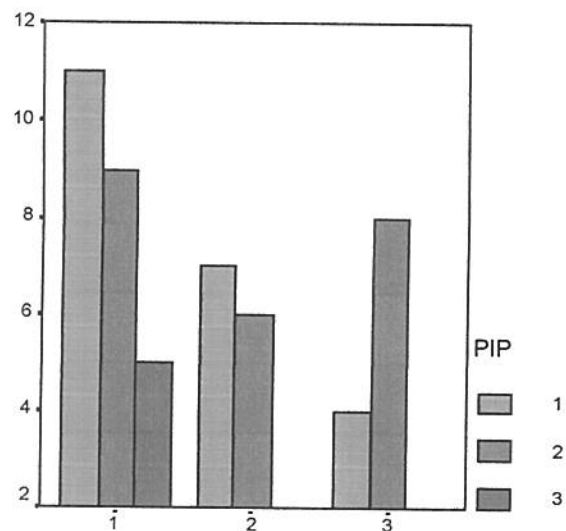


En la tabla anterior se puede observar que de los 44 participantes que obtuvieron un puntaje bajo en el MCMI-II, sólo 22 de éstos participantes obtuvieron un puntaje bajo para el IPDE, mientras que 3 de los mismos obtuvieron un puntaje alto por lo que hubieran sido diagnosticados con el trastorno.

Tabla 10. Trastorno Paranoide de la personalidad.

		IPDE			Total
		Bajo	Medio	Alto	
MCMI	Bajo	11	9	5	25
	Medio	7	6	0	13
	Alto	4	8	0	12
Total		22	23	5	50

Figura 10. Trastorno Paranoide de la personalidad.



En la tabla anterior se observa que de 12 participantes que obtuvieron un puntaje alto en la escala del trastorno paranoide de la personalidad según el MCMI-II, ninguno de éstos participantes serían diagnosticados con dicho trastorno por el IPDE. Por otro lado se puede observar también que 25 participantes obtuvieron un puntaje bajo en el MCMI-II, de los cuáles sólo 11 obtuvieron un puntaje bajo en el IPDE.

A través de este análisis se puede concluir que algunos participantes hubieran sido diagnosticados con un trastorno de personalidad según el IPDE, no siendo diagnosticados con dicho trastorno para el MCMI-II, mostrando de esta manera una baja correlación entre ambos instrumentos.

El otro análisis fue llevado a cabo a través de una correlación entre las diferentes escalas. Se correlacionaron los resultados de las correspondientes escalas de trastornos de la personalidad de ambos instrumentos mediante el coeficiente de correlación Spearman (asumiendo un nivel de medición ordinal). Se esperaba encontrar altas correlaciones para las diez escalas (una para cada trastorno oficial del DSM-IV). Esto es así, ya que ambos instrumentos evalúan un mismo constructo teórico, trastornos de la personalidad, por lo que, en principio, es dable esperar que los resultados que se obtengan con los dos instrumentos sean equivalentes. En la tabla 11 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 11. Coeficientes de correlación de Serman MCCI-II/IPDE (N = 50)

Escala	Correlación	Significatividad
Esquizoide	.095	
Evitativo	.525	**
Dependiente	.214	
Histriónico	.055	
Narcisista	.333	**
Antisocial	.121	
Obsesivo Compulsivo	.409	**
Esquizotípico	.220	
Límite	.471	**
Paranoide	.103	

** p < 0,01

Los resultados anteriores muestran que todas las correlaciones halladas fueron positivas. Se encontraron correlaciones bajas y no significativas para la mayoría de las escalas (esquizoide, dependiente, histriónico, antisocial, esquizotípico y paranoide) y correlaciones medias, aunque estadísticamente significativas, para el resto (evitativo, narcisista, compulsivo y límite). No se registraron correlaciones altas (mayores a 0,75).

En el capítulo siguiente se discuten estos resultados en función de los interrogantes planteados para este trabajo.

IV. CAPITULO 4. Discusión y conclusiones.

Decíamos anteriormente que algunos autores no consideran que el MCMI (o algunas de sus escalas) evalúe trastornos de la personalidad (Choca y Van Denburg, 1998; Craig, 1999). Dichos autores sostienen que al menos algunas escalas de este instrumento son una medida del estilo de personalidad (normal). Haber encontrado una fuerte relación entre los resultados del MCMI y los de otra prueba diseñada a los mismos efectos hubiera sido una prueba en sentido contrario a esos señalamientos. Sin embargo, no fue esa la situación que se dio en esta investigación. Los resultados obtenidos (si bien, este análisis debe profundizarse) abonan la controversia respecto a que es lo que realmente evalúa el MCMI (en su segunda versión, en este caso).

Los coeficientes de correlación muestran una relativa independencia entre escalas que supuestamente evalúan los mismos constructos teóricos; este es el caso, en particular, de las escalas que evalúan los trastornos de la personalidad esquizoide, histriónico, antisocial y paranoide. Sólo cuatro de los diez trastornos obtuvieron coeficientes de correlación estadísticamente significativos para las escalas correspondientes de ambos instrumentos, aunque de todas maneras la asociación en ningún caso supera los valores medios. Las escalas que evalúan el trastorno evitativo de la personalidad obtuvieron la correlación más alta, 0,525, sin que tampoco pueda decirse en este caso que se observa una fuerte relación entre ambas mediciones. En las

otras escalas en las que se halló correlaciones estadísticamente significativas (correspondientes a los trastornos narcisista, obsesivo compulsivo y límite), los coeficientes de correlación fueron menores. Debe considerarse que no se puede aseverar con seguridad que el IPDE evalúe trastornos de la personalidad y que las bajas correlaciones halladas se deban a inconsistencias en el MCMI-II (ni tampoco lo contrario). Sin embargo, estos resultados arrojan una sombra de duda respecto a la validez del MCMI-II, ya que no pudo confirmarse que los resultados obtenidos con esta prueba tienen una alta correlación con los de otra prueba equivalente. En resumen, puede decirse que contrariamente a lo esperado no se encontró una fuerte relación entre los resultados del MCMI-II y los del IPDE cuando, en principio, ambas pruebas fueron diseñadas para evaluar los mismos trastornos de la personalidad.

En el párrafo anterior se arriba a una conclusión desfavorable para el MCMI-II como instrumento para evaluar los trastornos de la personalidad. No obstante, los análisis estadísticos deben afinarse a los efectos de arribar a conclusiones más certeras.

Lo que sí puede asegurarse de acuerdo a estos resultados, es que al menos algunos de los participantes recibirían diferentes diagnósticos de personalidad ya sea que fueran evaluados con el IPDE o con el MCMI-II (Sánchez, 2005). En otras palabras, una misma persona puede ser diagnosticada o no con un determinado trastorno de la personalidad, dependiendo del instrumento con el que se la evalúe.



Por ejemplo, 5 participantes hubieran sido diagnosticados con un trastorno esquizoide de la personalidad al evaluarlos con el MCMI-II mientras que para el IPDE dicho trastorno no estaba presente. De la misma manera, de 12 participantes que obtuvieron un puntaje alto en la escala del trastorno paranoide de la personalidad según el MCMI-II, ninguno de éstos participantes serían diagnosticados con dicho trastorno por el IPDE. Una situación similar se observa para todas las escalas

Esto tiene evidentes implicaciones tanto para la investigación cuanto para la práctica clínica. A la luz de estas conclusiones, resulta aconsejable tomar con precaución los resultados obtenidos con el MCMI-II que, a diferencia del IPDE, es un instrumento ampliamente difundido en nuestro medio tanto en la práctica clínica cuanto en la investigación. Asumir sin más que cualquier elevación en las escalas del MCMI-II determina la existencia de un trastorno de la personalidad puede llevar a diagnósticos equivocados. Sin embargo, como se dijo anteriormente, debe continuarse con estos análisis a los fines de arribar a conclusiones más certeras.

Otro de los análisis que deben ser profundizados son los relativos a la incidencia de trastornos de la personalidad en la población estudiada. La prevalencia de estos trastornos en población general oscila entre el 5% y el 15% según la fuente consultada; en esta investigación cerca del 60% de los participantes podrían presentar un trastorno de la personalidad de acuerdo a la evaluación del IPDE y cerca del 40% según la evaluación del MCMI-II. Si bien

estos datos serán analizados en otro trabajo, puede adelantarse aquí que abonan las críticas que sostienen que el MCMI es más una medida de estilos antes que de trastornos de personalidad. Del mismo modo, los resultados cuestionan la adecuación del IPDE para evaluar la presencia de trastornos de la personalidad.

Puede concluirse diciendo que el tema de los trastornos de la personalidad y su evaluación diagnóstica es de una complejidad tal que amerita continuar con investigaciones de este tenor. Más aún, considerando que el conocimiento empíricamente validado acumulado hasta la actualidad es escaso y sus resultados son contradictorios.

Si bien los resultados de este trabajo no confirman la hipótesis que el MCMI es un instrumento adecuado para evaluar los trastornos de la personalidad, es necesario tener en cuenta que ciertas variables intervinientes pueden haber influido en dichos resultados, como por ejemplo el hecho de que los test fueron autoadministrados, con lo cuál pueden no haber sido resueltos en las condiciones óptimas y con la dedicación y seriedad que los mismos merecen por parte la población estudiada. Otro factor que puede haber intervenido es el hecho de que, al ser dichos participantes allegados a las investigadoras, los mismos pueden no haber respondido los cuestionarios con total sinceridad y honestidad debido a diversas razones. Para finalizar podemos mencionar también que, al no haber una devolución de nuestra parte al trabajo

realizado por dichos participantes, esto puede haber influido en el compromiso y motivación de los mismos.

Para finalizar, cabe recordar que, teniendo en cuenta que la personalidad es un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos, es de importancia entonces el diagnóstico de un trastorno de la personalidad al momento de realizar una intervención clínica., ya que éstos se manifiestan en todos los niveles de dicha práctica.

En relación a lo mencionado anteriormente se puede decir entonces que son de importancia los instrumentos que avalúan los trastornos de la personalidad. No obstante, a partir del trabajo de investigación llevado a cabo podemos arribar a la conclusión de que una misma persona puede ser diagnosticada o no con un determinado trastorno de la personalidad, dependiendo del instrumento con el que se la evalúe (IPDE- MCMI-II), lo que hace pensar que la evaluación diagnóstica de la personalidad y sus trastornos es un tema de gran relevancia que necesita ser investigado y desarrollado para su perfeccionamiento.

Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Avila Espada, A. y otros (1997). *Evaluación de la personalidad patológica: nuevas perspectivas*. Madrid: Tea ediciones.
- Beck, A.; Freeman, A. y otros (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós: Barcelona. (Original publicado en 1992).
- Bleger, J. *Psicología de la conducta* (1973). Buenos Aires: Paidós.
- Choca, J; Retzlaff, P; Strack, S; Mouton, A; et al.(1996). *Factorial elements in Millon's personality theory*. *Journal of Personality Disorders*, 10(4):377-383.
- Choca, J; y Van Denburg, (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Craig, R. (1999). *Testimony Based on the Millon Clínica Multiaxial Inventory*. *Journal of Personality Assessment*, 72(3): 390-406.
- Fernández, R, Ballesteros(2000). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Salamanca: Ediciones Pirámide.
- Loranger, A.W; Sartorius, N. y otros(1994). *The International Personality Disorder Examination (IPDE)*. *Archives of General Psychiatry*. 51:215-224.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology*. Philadelphia:Saunders.
- Millon, T. Y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca. Original editado en 1985.

- Millon, T (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. y Davis, R (1998). *Trastornos de la personalidad. Mas allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. Y Davis, R. (2000).
- Oldham, J.; Skodol, A. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 14(1): 17-29.
- Pérez Urdaniz y otros (2001). *Aspectos socioculturales en la génesis de los Trastornos de Personalidad*. *Actas Esp. Psiquiatr*; (1): 47-57.
- Piotrowski, C. (1997). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in clinical practice. *Perceptual and Motor Skills*, 84(3), 1185-1186.
- Rodríguez Sutil, (1995). *Clasificación y diagnóstico de la Personalidad*. *Clínica y Salud*. Vol-6, n2, pag. 161-173.
- Sánchez,R. (2003). Theodores Millon, una teoría de la Personalidad y su patología, *Psico-USF*, V8,n2,p. 163-173.
- Strack, S. (1999). Millon's normal Personality Styles and Dimensions. *Journal of Personality. Assessment* 72(3): 426-436.
- Tyrer, P., Simonsen, E. (2003). *Trastornos de la Personalidad en la práctica psiquiátrica*. *Word Psiquiatry*; 2: 41-44.
- Widiger, T. (1996). *Journal of Personality Assessment*. Jun 1999, Vol 72 Issue 3, pag 365,25p.

