

Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín¹

Prevalence of Personality Disorders in College Students of Medellin

Alberto Ferrer Botero², Nora Helena Londoño Arredondo³, Gloria Estella Álvarez Montoya, Luz Mariela Arango Garcés, Harrison Nevardo Calle Londoño, Claudia María Cataño Berrío, Henry Alberto Jaramillo Vargas, Carlos Alberto Orrego Peralta, Lina Marcela Vallejo Grisales, Rocenny Villamizar Arenas⁴, Erika Yiseth Bustamante Durán, Mónica Lucía Bustamante Jaramillo, Omar de Jesús Mejía Posada, Natalia Trujillo Orrego, Isabel Cristina Peláez Martínez⁵

Recibido: 16- Febrero - 2015 • Revisado: 14-Abril- 2015 • Aprobado: 04- Mayo -2015

Resumen

El propósito del estudio fue establecer la prevalencia de los trastornos de personalidad en estudiantes universitarios de Medellín, Colombia. Se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon, 1987a) a 1907 estudiantes universitarios de seis universidades. La edad media fue 22 años, y el rango estuvo entre 16 y 63 años. Se construyó una base de datos con la siguiente información: variables sociodemográficas, puntuaciones directas y puntuaciones de tabla base de cada trastorno, y se estableció una nueva variable denominada “punto de corte”, que categorizó la “presencia” o “ausencia” de los trastornos. Se realizó un análisis descriptivo para determinar su prevalencia que, de mayor a menor, fue: límite, pasivo-agresivo, antisocial, narcisista, esquizotípico, paranoide, agresivo-sádico, evitativo, autodestructivo, histriónico, dependiente, obsesivo-compulsivo y esquizoide.

Palabras clave autores: Clínica, DSM- IV-TR, DSM-5, MCMI-II, Prevalencia, Trastornos de la personalidad.

Palabras clave descriptores: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Trastornos de la Personalidad, Prevalencia.

Abstract

The purpose of this study was to establish the prevalence of personality disorders in university students in Medellín, Colombia. The Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II) (Millon, 1987a) was applied to 1907 students from six universities. The mean age was 22 years old, and the age range was between 16 and 63 years old. A database was built containing the following information: socio-demographic variables, direct scores and standardized scores for each disorder, and a new variable, called “cut-off point”, was established, which categorized the “presence” or “absence” of the disorders. A descriptive analysis was carried out to determine the disorders’ prevalence and the outcome, going from the strongest to the weakest, was: Borderline Personality Disorder, Passive-Aggressive Personality Disorder, Antisocial Personality Disorder, Narcissist Personality Disorder, Schizotypal Personality Disorder, Paranoid Personality Disorder, Aggressive-Sadistic Personality Disorder, Avoidant Personality Disorder, Self-Destructive Personality Disorder, Histrionic Personality Disorder, Dependent Personality Disorder, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Schizoid Personality Disorder.

Keywords authors: DSM- IV-TR, DSM-5, MCMI-II, Prevalence, Personality Disorders.

Keywords plus: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Personality Disorders, Prevalence.

Para citar este artículo:

Ferrer Botero, A., Londoño Arredondo, N. H., Álvarez Montoya, G. E., Arango Garcés, L. M., Calle Londoño, H. N., Cataño Berrío C. M.,... y Peláez Martínez, I. C. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp 73-96.

1. La presente investigación se realizó como un trabajo conjunto entre el Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva (Universidad de Antioquia) y el Grupo de Investigación de Estudios Clínicos y Sociales en Psicología (Universidad de San Buenaventura de Medellín). El proyecto de investigación fue inscrito en el Sistema de Investigación Universitaria (SIU) de la Universidad de Antioquia, por intermedio del Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH), acta de inicio número: 120 del 10 de Agosto de 2003.
2. Profesor titular del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia– Medellín, Colombia. Calle 67 N° 53-108. Bloque 9, oficina 445. Integrante del grupo de investigación en Psicología Cognitiva. Correo electrónico: aferrer@une.net.co

Introducción

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (American Psychiatric Association, 2013a, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), presenta dos tipos de clasificación para los Trastornos de la Personalidad. El primero de ellos, incluido en la sección II, presenta la clasificación categorial de los trastornos, aspecto que es tradicional en los DSM; y el segundo de ellos, incluido en la sección III, presenta una nueva clasificación basada en criterios dimensionales. La presente investigación sigue los lineamientos de la clasificación tradicional de los DSM, es decir, la categorial presentada en la Sección II del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Esta clasificación es prácticamente la misma que las dos versiones anteriores (American Psychiatric Association, 1994 y 2002) con algunas pequeñas modificaciones.

Trastorno Paranoide de la Personalidad: la sintomatología esencial consiste en “un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Alberga rencores y no olvida los insultos, se preocupa por la fidelidad de sus amigos, socios y pareja, y es reacio a intimar con los demás. Lo más frecuente es que el trastorno perdure a lo largo de la vida del sujeto, siendo en algunas ocasiones un preludio de cuadros esquizofrénicos. Cuando esto es así, debe demostrarse que el trastorno existía antes

de la esquizofrenia y se añade al diagnóstico la palabra “previo”.

Los estudios de validez y confiabilidad del diagnóstico de “Trastorno Paranoide de la Personalidad” muestran que este diagnóstico es muy poco usado, y que existe muy poca evidencia empírica para su validez y confiabilidad, recomendando quitar esta categoría diagnóstica como independiente y hacer el diagnóstico empleando el rasgo de paranoia en una aproximación dimensional (Triebwasser, Chemerinski, Roussos y Siever, 2013). Así ocurrió en la sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), quedando incluido en la categoría genérica: “Trastorno de la Personalidad-Especificado por Rasgos (TP-ER)”.

Trastorno Esquizoide de la Personalidad: el trastorno consiste en “un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Son sujetos que no desean ni disfrutan con las relaciones íntimas, son personas solitarias que casi nunca experimentan emociones fuertes como ira o alegría. Prefieren emplear el tiempo en sí mismos más que estar con otras personas, parecen ser indiferentes a las aprobaciones de los demás, mostrándose fríos y distantes, sin motivación de conseguir pareja afectiva. Como el trastorno anterior, puede ser comórbido con la esquizofrenia, cuando esto sucede, para hacer el diagnóstico del trastorno de la personalidad, debe demostrarse que existió previamente a la esquizofrenia, agregándose la palabra “previo”.

3. Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura (Medellín). Directora del Doctorado en Psicología y del Grupo de Investigación de Estudios Clínicos y Sociales en Psicología (U.S.B.). Correo electrónico: nora.londono@usbmed.edu.co
4. Psicólogos. Universidad de Antioquia.
5. Psicólogos. Universidad de San Buenaventura (Medellín).

Los estudios de este diagnóstico muestran que no existe mucha claridad en él, por ejemplo no son suficientemente claras sus relaciones con la esquizofrenia o con el trastorno de Asperger, esto lleva a algunos autores a proponer que en los estudios futuros se incorporen marcadores genéticos y un estudio profundo de historia familiar (Mittal, Kalus, Bernstein y Siever, 2007). Esta razón llevó al Grupo de Estudio de los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) a excluirlo como diagnóstico específico en la sección III, quedando incluido en la categoría genérica: “Trastorno de la Personalidad-Especificado por Rasgos (TP-ER)”.

Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: estas personas se caracterizan por “un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Pueden ser supersticiosos y estar preocupados por fenómenos paranormales; creen tener poder sobre los demás; son recelosos; interactúan con los demás de manera inapropiada e inflexible y no atienden a convenciones sociales. Con este trastorno se hace la misma observación respecto a la esquizofrenia que en los dos trastornos anteriores.

Los estudios de este diagnóstico han resultado ser de más validez y confiabilidad que los dos anteriores. Este ha llevado a algunos autores a proponer un instrumento específico para la evaluación de este trastorno (Raine y Benishay, 1995), y a otros autores a buscar marcadores genéticos en este trastorno: modulación de la respuesta de activación (Cadenhead, Swerdlow, Shafer, Diaz y Braff, 2000), y diferencias en la

onda P50 en Potenciales de Eventos Relacionados (Cadenhead, Light, Geyer y Braff, 2000). La alta especificidad de este trastorno hizo que el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) lo incluyera como uno de los 6 trastorno específicos de la personalidad en el modelo alternativo presentado en la sección III.

Trastorno Antisocial de la Personalidad: es un “patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Estos sujetos suelen incumplir las normas sociales relacionadas con los comportamientos legales, engañar y mentir, ser impulsivos e irritables, desatender su seguridad o la de los demás, ser irresponsables laboral y económicamente, y tener una ausencia de remordimiento sobre sus acciones. En este trastorno es necesario tener evidencia de que la persona que lo sufre tuvo un Trastorno de Conducta antes de los 15 años.

Este diagnóstico ha demostrado ser el más confiable de todos los Trastornos de la Personalidad. Aunque muchos profesionales consideran que es intratable, existe evidencia empírica que muestra que ciertos casos pueden ser tratables (Meloy y Yakeley, 2014). De este trastorno se ha establecido claramente su prevalencia, correlatos, incapacidades, relación con el alcoholismo y condiciones asociadas (Grant et al., 2004). La relación entre el Trastorno Antisocial de la Personalidad, el alcoholismo y los trastornos psicopatológicos en los cuales hay desinhibición, ha sido bien establecida (Sher y Trull, 1994), al igual que su relación con la Psicopatía (Hare, Hart y Harpur, 1991). En cuanto a factores relacionados o que pudieran tener alguna influencia causal sobre este trastorno, algunas investigaciones apuntan al abuso y a la negligencia en la

infancia (Luntz y Widom, 1994), mientras que otras apuntan a la reducción de la materia gris prefrontal y de la actividad autonómica (Raine, Lencz, Bihrlé, LaCasse y Colleti, 2000). Por ser un trastorno tan investigado y bien definido, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) lo incluyó como uno de los 6 trastorno específicos de la personalidad en el modelo alternativo presentado en la sección III.

Trastorno Límite de la Personalidad: las personas con este trastorno tienen “un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismos y de los afectos, con una impulsividad marcada” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Son personas que hacen esfuerzos desesperados por evitar el abandono (real o imaginario). Debido a eso, sus relaciones interpersonales son inestables e intensas, porque las evaluaciones que hacen de los otros oscilan entre la idealización y la devaluación. Son personas con una alteración de la identidad y del sentido del yo. Suelen ser impulsivas, irritables y haber tenido comportamientos y actitudes suicidas o conductas autolesivas. Tienen una sensación crónica de vacío e ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés, que pueden acompañarse de síntomas disociativos graves.

Aunque este trastorno es probablemente el más investigado, muchos autores están de acuerdo en que las causas son en parte desconocidas. Se ha planteado múltiples factores causales que van desde los genéticos y eventos adversos en la infancia, en especial abuso sexual (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004), hasta anomalías en las redes de trabajo fronto-límbica (Leichsenring, Leibning, Kruse, New y Leweke, 2011). Tampoco hay mucho acuerdo respecto al tipo de tratamiento más efectivo,

mientras que autores como Leichsenring et al. (2011) plantean que no hay ninguna evidencia de que una forma de psicoterapia sea superior a otra. Otros autores (Paris, 2005) plantean que existe evidencia de que la combinación de psicoterapia y psicofarmacología puede ser efectiva en estos casos, especialmente en el manejo de la tendencia suicida crónica. En cuanto al tipo de psicoterapia más efectiva también hay desacuerdo: Linehan (Linehan y Kehrer, 1993) plantea la superioridad de la Terapia Dialéctico Conductual, Freeman (Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990) plantea la superioridad de la Terapia Cognitivo Conductual, y Bateman (Bateman y Fonagy, 1999) plantea la superioridad de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada.

A pesar de todos los desacuerdos anteriores, existe un acuerdo en la delimitación del cuadro, el trastorno está muy bien definido siendo esta la razón por la cual el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) lo incluyó como uno de los 6 trastorno específicos de la personalidad en el modelo alternativo presentado en la sección III.

Trastorno Histriónico de la Personalidad: las personas con este trastorno tienen “un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesiva” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). El no ser el centro de atención les produce enfado, en la interacción con los demás utilizan un comportamiento sexualmente seductor o provocativo, presenta cambios rápidos en las emociones y expresión plana de ellas (“la bella indiferencia”), habla de una forma impresionista y carente de detalles, muestra una excesiva teatralidad y expresión exagerada de las emociones, es muy sugestionables y considera que sus relaciones sociales son más estrechas de lo que en realidad son.

“El no ser el centro de atención les produce enfado, en la interacción con los demás utilizan un comportamiento sexualmente seductor o provocativo, presenta cambios rápidos en las emociones y expresión plana de ellas...”

Aunque en general muchos investigadores están de acuerdo en que el trastorno ha tenido una historia confusa y una incertidumbre conceptual, lo que probablemente ha llevado a muchos de ellos a no querer investigarlo, algunos han hecho un esfuerzo para clarificar teórica y empíricamente la naturaleza de este trastorno (Blagov, Fowler y Lilienfeld, 2007), llegando incluso a realizar un estudio de prevalencia de él (Nestadt et al., 1990). Otros investigadores han trabajado sobre una idea que ha hecho carrera y es que el Trastorno Histriónico de la Personalidad representa un tipo femenino de variante psicopática: Cale y Lilienfeld (2002) no encontraron evidencia de esto, como tampoco encontraron evidencia de que el Trastorno Antisocial de la Personalidad representara un tipo masculino de variante psicopática.

A pesar de estudios como los anteriores, el Grupo de Estudio de los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) no encontró suficiente evidencia de la especificidad de los rasgos en este trastorno, por lo que lo excluyó como diagnóstico específico en la sección III, quedando incluido en la cate-

goría genérica: “Trastorno de la Personalidad-Especificado por Rasgos (TP-ER)”.

Trastorno Narcisista de la Personalidad: estas personas tienen un “patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Son personas con sentimientos de grandeza y prepotencia, están absortos en fantasías de éxito y poder ilimitado, creen ser especiales y únicos y por lo tanto creen que solo pueden relacionarse o ser comprendido por personas de su mismo estatus, tienen una necesidad exagerada de admiración, muestran sentimientos de privilegio, son explotadores en las relaciones interpersonales, carecen de empatía, envidian a la gente o creen que la gente los envidian a ellos y tienen actitudes arrogantes y de superioridad.

Los investigadores que han estudiado este trastorno siempre se han encontrado con lo mismo: que el concepto de Trastorno Narcisista de Personalidad es altamente controversial y que su validez es incierta, son embargo han procurado proporcionar lo mejor de la evidencia empírica para clarificar los aspectos relacionados a la etiología, evaluación, diagnóstico, curso y tratamiento (Levy, Reynoso, Wasserman y Clarkin, 2007). Autores como Pincus y Lukowitsky (2010) se encontraron con un problema similar y plantean que una forma de solucionarlo es incluir una diferenciación entre el narcisismo normal y el narcisismo patológico: la grandiosidad narcisista y la vulnerabilidad narcisista. Esta misma distinción entre dos subtipos de narcisismo es realizada por Russ, Shadler, Bradley y Western (2008).

Posiblemente estudios como los anteriores, que refinaron el concepto de Narcisismo y que además fueron realizados con instrumentos que evaluaban rasgos, fueron definitivos para que el Grupo de Trabajo de los Trastornos de Persona-

lidad del DSM-5 hubiera incluido este trastorno como uno de los seis específicos en el Modelo alternativo de la Sección III.

Trastorno de la Personalidad por Evitación: las personas con este trastorno presentan “un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Son personas que evitan las actividades laborales, que implican contacto interpersonal importante, por miedo a la crítica y a la desaprobación; se muestran poco dispuestos a establecer relaciones con los demás porque anticipan desaprobación; son retraídos en las relaciones estrechas porque temen ser avergonzados o ridiculizados; les preocupa ser criticado o rechazado en las situaciones sociales; son inhibidos en nuevas situaciones interpersonales por su sentimiento de falta de adaptación; se ven a sí mismo como socialmente ineptos, con poco atractivo personal e inferiores a los demás; son reacios a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque les puede resultar embarazoso.

Las investigaciones en este trastorno están dirigidas a tratar de entender su relación con la Fobia Social, especialmente el subtipo generalizado. Brown, Heimberg y Juster (1995) estudiaron los efectos en la severidad de la fobia social, el empeoramiento y el resultado de un tratamiento Cognitivo Conductual en pacientes con los dos subtipos de fobia social: no generalizada y generalizada. También estudiaron las relaciones de estos dos subtipos con el Trastorno de la Personalidad por Evitación. Estos investigadores encontraron que los sujetos que tenían fobia social desde muy jóvenes, tenían altos puntajes en depresión, ansiedad social y evitación y miedo a la evaluación negativa.

“A estas personas les cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y aprobación de otras personas; necesitan a los otros para asumir responsabilidades en los aspectos importantes de su vida...”

Estos sujetos con Fobia Social Generalizada, que además tenían un Trastorno de la Personalidad por Evitación, tuvieron más recaídas después del tratamiento. En una línea similar Herbert, Hope y Bellack (1992), validaron la distinción entre la Fobia Social Generalizada y el Trastorno de la Personalidad por Evitación, planteando que ellos representan variables cuantitativamente diferentes del mismo espectro psicopatológico.

Esta alta especificidad en el trastorno llevó al Grupo de Trabajo de los Trastornos de Personalidad del DSM-5 a incluir el Trastorno de la Personalidad Evitativa como uno de los seis específicos en el Modelo alternativo de la Sección III.

Trastorno de la Personalidad por Dependencia: la personas que tienen este trastorno tienen “un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). A estas personas les cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y aprobación de otras personas; necesitan a los otros para asumir responsabilidades en los aspectos importantes de su vida; tienen dificultad para ser asertivos con los otros, pues piensan que serán desaprobados; no tiene iniciativa por su falta de confianza; hacen cosas

que les desagradan con el fin de obtener la aprobación; se sienten incómodos o indefensos cuando están solos por miedo de no saber cuidarse a sí mismos; si terminan una relación, buscan con urgencia otra relación para que los cuiden y apoyen; se sienten preocupados por el miedo a que los abandonen y que tengan que cuidar de sí.

Uno de los aspectos que se ha investigado en este trastorno son las dimensiones de apego y las conductas dependientes. Autores como Livesley, Schroeder y Jackson (1990) plantean que estas son entidades completamente diferentes, y que en este trastorno de la personalidad pueden ser sistemáticamente definidas, pudiendo desarrollarse escalas de evaluación, con criterios psicométricos satisfactorios, para cada dimensión, pues plantean que estas dimensiones son ortogonales. Otras investigaciones en este trastorno muestran su relación con otras psicopatologías, en particular con la evitación fóbica en pacientes con trastornos de pánico (Reich, Noyes Jr. y Troughton, 1987).

A pesar de las investigaciones anteriores, el Grupo de Estudio de los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) no encontró suficiente evidencia de la especificidad de los rasgos en este trastorno, por lo que lo excluyó como diagnóstico específico en la sección III, quedando incluido en la categoría genérica: “Trastorno de la Personalidad-Especificado por Rasgos (TP-ER)”.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad: la personas con este trastorno tienen “un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645). Son

personas que se preocupan por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización y la programación, al punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad; muestran un perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas; se dedican excesivamente al trabajo y a la productividad, al punto que excluyen actividades de ocio y de diversión; son demasiado rígidas en temas de moral, ética o valores; son incapaces de deshacerse de objetos deteriorados o dañados, incluso cuando no tienen un valor sentimental; no están dispuestas a delegar tareas o trabajos a no ser que los demás se sometan exactamente a su forma de hacer las cosas; son avaras, consideran que el dinero es algo que tienen que guardar para catástrofes futuras y son rígidas y obstinadas.

En cuanto a investigaciones en este trastorno, una línea está dirigida a evaluar el deterioro funcional en los pacientes con este trastorno de personalidad y comparar la estabilidad de este deterioro funcional con otros trastornos de la personalidad (Esquizotípico, Límite y Evitativo) (Skodol et al., 2002; Skodol et al., 2005). En estos pacientes se encontró que ellos podían diferir unos de otros dependiendo del grado de deterioro funcional, y que los pacientes con trastornos de personalidad más severos (Esquizotípico y Límite) tenían mayor deterioro en el funcionamiento que los pacientes menos severos (Evitativo y Obsesivo-Compulsivo). Otras investigaciones han mostrado la relación entre el perfeccionismo, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en los trastornos de alimentación (Halmi et al., 2005). En esta investigación se encontró que el perfeccionismo agregado al Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la personalidad, podría ser la característica conductual más importante que estuviera en la

base de la vulnerabilidad de los trastornos de la alimentación.

Este trastorno cuenta con una alta especificidad, lo que llevó al Grupo de Trabajo de los Trastornos de Personalidad del DSM-5 a incluirlo como uno de los seis trastornos de la personalidad específicos en el Modelo alternativo de la Sección III.

Desde que los trastornos de personalidad comenzaron a formar parte del sistema oficial de diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana y de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1993), los distintos autores que han enfrentado este tema han intentado refinar las técnicas de evaluación de estos trastornos y definir su prevalencia en la población. Este último punto está contenido tanto en el texto de la American Psychiatric Association (1994) como en el de la World Health Organization (1993). Estos aspectos son igualmente preocupaciones centrales en las teorías de los estudiosos de la personalidad tales como Millon (1981, 1983, 1985, 1986a, 1986b, 1987b, 1999b), Millon y Everly, Jr. (1994) y Millon, Millon y Davis (1994). El tema de la prevalencia de los trastornos de personalidad no ha sido investigado a fondo en nuestro medio. Realizar una investigación de este tipo implica el establecimiento del predominio de estos trastornos en poblaciones específicas. A modo de ejemplo y siendo el caso de la presente investigación, en la población universitaria. Se elige esta población debido a que los trastornos de personalidad son más estudiados en poblaciones clínicas, lo cual podría limitar estrategias de intervención a los centros hospitalarios. El conocimiento de la prevalencia de trastornos en la población sana, y más en una población de la cual se espera que ingrese al mundo laboral calificado, permitiría establecer la existencia y distribución de los

trastornos de la personalidad en la población no clínica para, luego, planificar estrategias de intervención o de prevención pertinentes.

Por lo anterior, se formulan las siguientes preguntas, a las cuales se pretende dar respuesta:

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de personalidad en los estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín?

¿Qué resultados arroja la prueba MCMI II (Millon, 1999a) en la muestra de estudiantes universitarios a partir de los resultados de las escalas básicas de trastorno de personalidad (1 a 8) y escalas severas de trastornos patológicos de la personalidad (escalas S, C y P)?

Se estableció como objetivo general establecer la prevalencia de los trastornos de personalidad en la ciudad de Medellín, y como objetivos específicos los siguientes:

Determinar la posible presencia de trastornos de personalidad a partir de los resultados de las escalas básicas de los trastornos de personalidad (escalas 1 a 8 del MCMI-II) y de las escalas severas de los trastornos de personalidad (escalas S, C, y P del MCMI-II).

Identificar qué trastornos de la personalidad son más predominantes en esta muestra.

1. Método

1.1 Diseño de investigación

El método de investigación es descriptivo. Los estudios de tipo descriptivo ofrecen la posibilidad de conocer cuál es la distribución y frecuencia de la enfermedad y sus factores determinantes, de acuerdo con variables de tiempo, lugar y persona.

1.2 Población y muestra

Todos los estudiantes universitarios, de universidades públicas y privadas, de la ciudad de Medellín. Para determinar la muestra se realizó un listado de todas las universidades privadas y públicas de la ciudad. A partir de este listado se seleccionó al azar el 25,0% de las universidades privadas y el 25,0% de las universidades públicas. Fueron seleccionadas las siguientes universidades:

Universidades privadas: Universidad Adventista, Universidad Autónoma, Fundación Universitaria Luis Amigó Ferrer, Universidad de Medellín y Universidad de San Buenaventura.

Universidades públicas: Universidad de Antioquia.

De cada una de estas universidades se realizó un muestreo probabilístico simple donde se extrajo una muestra sin ajustar, siguiendo la fórmula

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

Posteriormente, la muestra de cada universidad fue ajustada siguiendo la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

Donde:

n' = tamaño de la muestra sin ajustar

n = Tamaño de la muestra ajustado.

N = tamaño población.

y = valor promedio variable.

Se = error estándar 0.015.

V^2 = varianza de la población o cuadro del error estándar.

S^2 = varianza de la muestra expresada como la probabilidad de ocurrencia de y .

A partir de la fórmula anterior se seleccionó el número total de estudiantes de cada universidad que conformó la muestra definitiva (Tabla 1).

Tabla 1. Población, programas y número de estudiantes estimado por universidad

Universidad	Población total	Número de programas elegidos	Número de alumnos seleccionados	Número de alumnos por programa
Adventista	1063	2	290	145
Antioquia	24683	19	393	21
Autónoma	1820	2	328	164
Luis Amigó	4759	3	369	123
Medellín	24296	4	393	98
S Buenaventura	2069	3	336	112
Total	58690	33	2109	663

Habiendo seleccionado ya las universidades y sus números de programas académicos, además tras haber calculado el número ideal de estudiantes, se contactó a los rectores de ellas y a los decanos de los programas seleccionados para acceder a los estudiantes. A cada grupo de estudiantes se les leyó el consentimiento informado y se les pidió su decisión de participar o no en la investigación. Aquellos que aceptaron voluntariamente contestaron el instrumento MCMI-II, con sus datos sociodemográficos, firmando finalmente el consentimiento informado. El número ideal de la muestra de estudiantes seleccionado fue 2109. Sin embargo, debido a que algunas personas decidieron no participar en la investigación y en otras las pruebas salieron nulas, se logró reunir una muestra de 1907 participantes, 774 (40,5%) hombres y 1133 (59,4%) mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 22,28 años (D.E. 4,97; rango de edad: 16 - 63).

1.3 Instrumento

Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory II; MCMI-II): este instrumento psicodiagnóstico está diseñado para la evaluación clínica y de los trastornos

de la personalidad en población adulta (Millon, 1987a; 1999a).

1.4 Procedimiento

Una vez seleccionadas las universidades, el número de programas de cada una de ellas, y calculado el número ideal de estudiantes, se hizo contacto con los rectores de las universidades y decanos de los programas seleccionados para acceder a los estudiantes. A cada uno de los grupos de estudiantes se les leyó el consentimiento informado y se les solicitó su participación o no en la investigación.

Se construyó una base de datos que, para cada individuo, incluía las variables sociodemográficas, las puntuaciones directas de cada una de las variables, y la tabla base (TB) correspondiente a cada puntaje directo de cada una de las variables.

Se obtuvieron dos distribuciones por cada variable en cada uno de los participantes: una distribución de los puntajes directos que corresponde a la distribución de sujetos sanos y otra que remite a su correspondiente TB a sujetos enfermos.

Después de este procedimiento se graficaron en el programa Statgraphics-plus-5.1 las dos

distribuciones y se superpusieron, identificando sujetos sanos sin correspondencia en la población enferma, enfermos sin correspondencia en la población sana, y sanos y enfermos con correspondencia mutua. Se determinaron las medias de los sujetos sanos y de los sujetos enfermos para cada una de las variables de análisis, y se sacó un promedio de esas medias. Este promedio fue llamado “punto de corte”, y a partir de él se creó una nueva variable para cada una de las variables de análisis, que consistió en categorizar “presencia” (puntaje directo de la variables mayor o igual a su respectivo punto de corte - y se le asignó el valor de 1-), o “ausencia” (puntaje directo de la variable menor a su respectivo punto de corte - se le asignó el valor de 0-).

Se realizó un análisis descriptivo para determinar la prevalencia de cada una de las variables en la muestra estudiada. Tomando esta nueva

variable de punto de corte, se pudo también estimar el número de trastornos presentes en cada sujeto y se identificó este número en cada una de las categorías de análisis: trastornos básicos de la personalidad y trastornos patológicos de la personalidad. Se realizó un análisis diferencial de la presencia y ausencia de estos trastornos de acuerdo al sexo, estado civil, rango de edad y universidad. Por último, se realizó la tabla de percentiles de cada una de las variables, tanto de los puntajes directos como de los TB.

2. Resultados

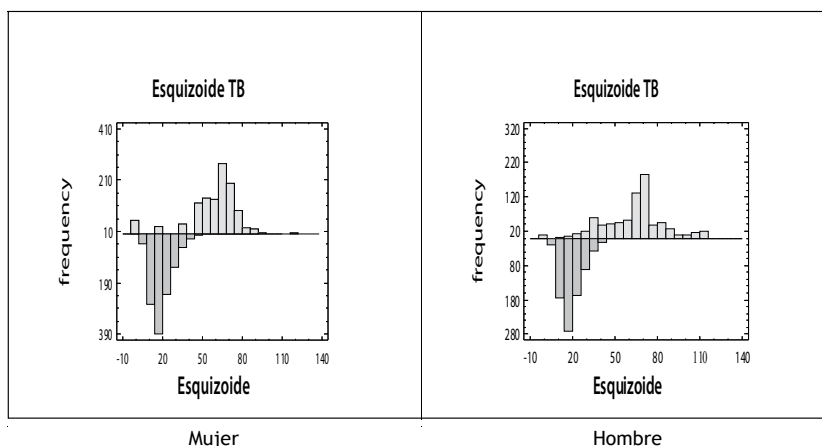
La presente investigación arrojó datos significativos con relación a la prevalencia de los trastornos de la personalidad. En la Tabla 2 se presentan las medias, tanto de los puntajes directos como de los puntajes de Tasa Base (TB) para cada uno de los trastornos de la personalidad.

Tabla 2. Media de las puntuaciones directas, puntuaciones de Tasa Base (TB) y punto de corte, de acuerdo con el sexo

Trastorno	Media puntuación directa		Media puntuación tasa base (tb)		Punto de corte	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Esquizoide	19,6	19,9	59,7	63,2	40	42
Fóbica	18,0	17,9	61,1	58,1	40	38
Dependiente	28,8	28,7	60,9	63,0	45	46
Histriónica	31,6	32,0	72,8	63,5	52	48
Narcisista	36,7	37,3	70,8	71,5	54	55
Antisocial	27,3	29,3	64,3	69,2	46	49
Agresivo Sádica	34,4	34,1	72,3	76,2	53	55
Compulsiva	38,7	39,4	70,4	70,4	55	55
Pasivo Agresiva	29,1	25,6	63,2	60,3	46	43
Autodestructiva	17,8	16,4	58,6	59,5	38	38
Esquizotípica	15,9	16,4	50,7	57,4	33	37
Límite	27,6	23,1	55,0	53,0	41	38
Paranoide	28,6	29,8	66,7	64,0	48	47

Se graficó la distribución de las puntuaciones directas y la de sus correspondientes puntuaciones TB, en cada una de las variables de análisis de acuerdo al sexo, como se muestra en el ejemplo de la figura 1.

Figura 1. Distribución de las puntuaciones directas y distribuciones de Tasa Base (TB) de la Escala Esquizoide en mujeres y hombres



Como puede verse en la tabla 3, el trastorno básico de la personalidad de mayor porcentaje fue el pasivo/agresivo (12,3%), seguido por el antisocial (6,4%), el narcisista (6,0%), el agresivo sádico (5,5%), el fóbico (5,3%) y el autodestructivo (4,9%); mientras los demás trastornos (dependiente, compulsivo y esquizoide) presentan un porcentaje de 2,0% o inferior. El porcentaje más elevado encontrado en las mujeres fue el pasivo agresivo (8,1%), seguido del agresivo sádico (3,9%), el narcisista (3,8%) y el antisocial (3,5%). En los hombres el porcentaje más elevado se encontró en el pasivo agresivo (4,2%), seguido por el antisocial y el histriónico, cada uno con (2,8%).

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos básicos de personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín

Trastornos de Personalidad	Mujeres		Hombres		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N	%
Esquizoide	14	0,7	5	0,3	19	1,0
Fóbica	56	2,9	45	2,4	101	5,3
Dependiente	25	1,3	13	0,7	38	2,0
Histriónica	28	1,5	54	2,8	82	4,3
Narcisista	72	3,8	42	2,2	114	6,0
Antisocial	67	3,5	54	2,8	121	6,4
Agresivo Sádica	75	3,9	30	1,6	105	5,5
Compulsiva	20	1,1	11	0,6	31	1,6
Pasivo Agresiva	154	8,1	80	4,2	234	12,3
Autodestructiva	62	3,3	31	1,6	93	4,9

La Tabla 4 presenta los resultados de la prevalencia de los trastornos patológicos de la personalidad. El trastorno límite alcanzó el mayor porcentaje (18,9%), seguido del esquizotípico (5,9%) y del paranoide (5,7%). El porcentaje más elevado en las mujeres fue el límite (12,5%), luego el esquizotípico (3,4%) y el paranoide (2,7%). El porcentaje más elevado en hombres fue el límite (6,4%), seguido del paranoide (3,0%) y del esquizotípico (2,0%).

Tabla 4. Prevalencia de los trastornos patológicos de personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín

Trastornos de Personalidad	Mujeres		Hombres		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N	%
Esquizotípico	75	3,9	38	2,0	113	5,9
Límite	238	12,5	122	6,4	360	18,9
Paranoide	51	2,7	57	3,0	108	5,7

En la Tabla 5 se observan los trastornos de la personalidad en la muestra total de las mujeres (*n*= 1133). El predominio más alto se encontró en el trastorno límite (21,0%), luego en el pasivo-agresivo (13,6%), y los demás trastornos tienen un porcentaje inferior al 10,0%. En esa misma tabla se puede observar que de los trastornos de la personalidad en la muestra total de los hombres (*n*= 774), la prevalencia más alta fue el trastorno límite (15,8%), pasivo-agresivo (10,30%), y los demás trastornos inferior a 10,0%.

Tabla 5. Prevalencia de los trastornos de personalidad en mujeres y hombres

Categoría del trastorno	Trastornos de personalidad	Mujeres		Hombres	
		%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
Trastornos Básicos de la personalidad	Esquizoide	1,2	14	0,6	5
	Fóbica	4,9	56	5,8	45
	Dependiente	2,2	25	1,7	13
	Histriónica	2,5	28	7,0	54
	Narcisista	6,4	72	5,4	42
	Antisocial	5,9	67	7,0	54
	Agresivo Sádica	6,6	75	3,9	30
	Compulsiva	1,8	20	1,4	11
	Pasivo Agresiva	13,6	154	10,3	80
	Autodestructiva	5,5	62	4,0	31
Trastornos patológicos de la personalidad	Esquizotípica	6,6	75	4,9	38
	Límite	21,0	238	15,8	122
	Paranoide	4,5	51	7,4	57

En la Tabla 6, se describe la predominancia de los trastornos de personalidad por edades. Se agruparon las edades en cuatro rangos: 16-17 años, que fueron considerados menores de edad; 18-22 años, 23-27, y 28-32 años. En el grupo de los menores de edad (16-17 años) se observa que los dos trastornos de mayor presencia fueron el límite (26,7%) y el trastorno pasivo agresivo (17,8%). En el grupo de 18-22 años, el trastorno de mayor prevalencia fue el límite (20,8%), seguido del pasivo agresivo (14,3%). En el grupo de 23-27 años, el trastorno de mayor presencia fue el esquizoide (50,0%), luego el trastorno límite (15,8%) y después el pasivo agresivo (10,5%). Por último, en el grupo de 28-32 años el trastorno de mayor porcentaje fue el límite (19,3%) seguido por el pasivo agresivo (10,1%).

En la Tabla 7 se describe el predominio de los trastornos de personalidad por estado civil. En el grupo de los solteros el trastorno de mayor prevalencia fue el límite (19,6%), seguido por

el pasivo agresivo (12,9%). En el grupo de los casados el trastorno de mayor porcentaje fue el límite (11,7%).

La Tabla 8 presenta la comparación entre las medianas de las muestras españolas (Millon, 1999a) y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en todas las escalas.

3. Comentarios

A través de esta investigación se vio una tendencia en la prevalencia de los trastornos de la personalidad. El que más sobresalió fue el límite (18,9%). “Este trastorno de la personalidad se identifica por intolerancia al abandono, por inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de la afectividad y por intensas acciones impulsivas” (Gradillas, 2002, p. 67). Según el DSM-5 (Asociación Americana

Tabla 6. Prevalencia de los trastornos de personalidad, según rangos de edad

Categoría del trastorno	Trastornos de personalidad	16-17 años %	18-22 años %	23-27 años %	28-32 años %
Trastornos Básicos de la personalidad	Esquizoide	1,1	1,2	50,0	0,0
	Fóbica	5,6	5,8	4,0	7,6
	Dependiente	1,1	2,0	2,3	0,8
	Histriónica	3,3	5,3	3,5	1,7
	Narcisista	7,8	7,0	4,4	4,2
	Antisocial	11,1	7,2	5,3	5,0
	Agresivo Sádica	8,9	5,8	4,9	6,7
	Compulsiva	0,0	1,3	2,1	3,4
	Pasivo Agresiva	17,8	14,0	10,5	10,1
	Autodestructiva	6,7	5,1	3,7	3,7
Trastornos patológicos de la personalidad	Esquizotípica	8,9	6,3	4,2	9,2
	Límite	26,7	20,8	15,8	19,3
	Paranoide	7,8	6,0	4,0	9,2

Tabla 7. Prevalencia de los trastornos de personalidad y clínicos según estado civil

Categoría del trastorno	Trastornos de personalidad	Solteros	Casados
		%	%
Trastornos Básicos de la personalidad	Esquizoide	1,1	0,0
	Fóbica	5,6	2,9
	Dependiente	2,0	1,5
	Histriónica	4,5	2,2
	Narcisista	6,4	2,9
	Antisocial	6,8	2,9
	Agresivo Sádica	5,9	2,2
	Compulsiva	1,5	2,2
	Pasivo Agresiva	12,9	5,8
	Autodestructiva	5,1	2,9
Trastornos patológicos de la personalidad	Esquizotípica	6,3	3,6
	Límite	19,6	11,7
	Paranoide	5,8	4,4

Tabla 8. Comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas

Trastorno	Mediana Muestras españolas		Mediana Muestras universitarias de la Ciudad de Medellín	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Esquizoide	17	19	18	19
Fóbica	18	18	15	16
Dependiente	29	29	29	29
Histriónica	30	34	32	32
Narcisista	36	37	36	37
Antisocial	28	32	26	28
Agresivo Sádica	33	33	33	33
Compulsiva	36	35	39	40
Pasivo Agresiva	32	31	28	25
Autodestructiva	18	18	16	14
Esquizotípica	14	15	13	14
Límite	28	27	25	20
Paranoide	27	30	28	30

de Psiquiatría, 2014), la prevalencia de este trastorno es de 1.6%, “pero podría ser tan elevada con un 5.9%. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6%, del 10% entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 665). El trastorno límite dentro de los trastornos de la personalidad oscila entre el 30,0% y 60,0%. La preponderancia de mujeres alcanza las tres cuartas partes (Gradillas, 2002). En la presente investigación el porcentaje de mujeres corresponde a los dos terceras partes de los individuos que presentan el trastorno. También se encontró que la población más afectada, tomando como referencia el rango de edad, está situada entre los 16 y los 17 años (26,7%), seguida del grupo de edad entre los 18 y los 22 años (20,8%). Al comparar entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala Límite, los valores más altos en hombre y en mujeres se observan en la muestra española. Aspecto que estaría mostrando que a pesar de ser elevadas las puntuaciones en estudiantes universitarios, si se toman como punto de referencia una población normal, no lo son tanto al compararlos con una población clínica como la reportada en el DSM-5.

Aclarando que el trastorno pasivo agresivo no forma parte de los trastornos actuales de la personalidad clasificados por la APA, en un estudio de Whitman, Trosman y Koenig (1954, citado por Beck y Freeman, 1995), donde examinaron 400 pacientes externos, encontraron que el 19,0% satisfacía los criterios diagnósticos del trastorno pasivo agresivo: “la característica esencial de este trastorno es una pauta generalizada de resistencia a cumplir los requerimientos

de la vida social, laboral o familiar” (Gradillas, 2002, p. 131). En esta investigación el predominio encontrado fue del 12,3%, encontrándose dos veces más en mujeres (8,1%), que en hombres (4,2%), lo cual es opuesto a la investigación anteriormente citada, en la cual los autores observaron dos veces más preponderancia en hombre que en mujeres. Al igual que la escala límite, se encontró una mayor prevalencia en el rango de edad de 16 - 17 años (17,8%), con una tendencia a disminuir en la medida que aumenta el rango de edad. Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala pasivo-agresiva, los valores más altos en hombres y en mujeres se observan en la muestra española.

El tercer trastorno en orden de prevalencia es el antisocial, “la existencia de individuos con rasgos disociales está marcada por los problemas que ocasionan en la comunidad, debido a la desconsideración y violación de los derechos de los demás” (Gradillas, 2002, p. 49). En la investigación tuvo un porcentaje del 6,4% (3,5% para mujeres y 2,8% para hombres). Este predominio es aproximadamente el doble de la reportada para la población general por el DSM-5 (0.2 al 3.3%). La comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de Medellín, en puntuaciones directas en la escala Antisocial, evidencia que los valores más altos para ambos sexos están en la muestra española. Se encontró una mayor presencia en el rango de edad de 16 - 17 años (11,1%), con una tendencia a disminuir en la medida que aumenta el rango de edad. Sin embargo, en la muestra española se presenta una puntuación más elevada en los hombres, mientras que en la muestra de estudiantes universitarios de Medellín se presenta el puntaje un poco más elevado en las mujeres.

El trastorno de la personalidad narcisista que “se caracteriza por sentirse importante y necesitado de admiración” (Gradillas, 2002, p. 91), obtuvo una cuarta posición con 6,0% (3,8% para mujeres, 2,2% para hombres). La prevalencia de este trastorno está muy poco definida en el DSM-5, ya que los porcentajes oscilan entre el 0% y el 6.2%, en la población general. Algunos autores como Gradillas (2002), estiman su predominio entre el 1,0% y el 3,0% de los enfermos psiquiátricos, con mayor valor en hombres. Se encontró una mayor presencia en el rango de edad de 16 - 17 años (7,8%), con una tendencia a disminuir en la medida que aumenta el rango de edad. Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala Narcisista, los valores son idénticos.

El trastorno esquizotípico de la personalidad, “caracterizado por la excéntricas alteraciones cognitivas, perceptivas, del comportamiento y del lenguaje” (Gradillas, 2002, p. 41), se ubicó en una quinta posición, con una porcentaje del 5,9% (3,9% en mujeres, 2,0% en hombres). La prevalencia es casi la doble a la reportada en la población general en el DSM-5 (3,9%). Se encontró una mayor cantidad en el rango de edad de 28 a 32 años (9,2%), seguido del rango de edad de 16 a 17 años (8,9%), con una tendencia a disminuir entre los sujetos entre 18 y 27 años. Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala Esquizotípica, los valores son muy similares.

El trastorno paranoide de la personalidad, en el cual el individuo “desconfía de un modo excesivo e inmotivado de quienes lo rodean,

“El trastorno de la personalidad narcisista que ‘se caracteriza por sentirse importante y necesitado de admiración’, obtuvo una cuarta posición con 6,0% (3,8% para mujeres, 2,2% para hombres)”

interpretando malévolamente las acciones de éstos” (Gradilla, 2002, p. 19), se presentó en un sexto lugar con un 5,7% (2,7% para mujeres, 3,0% para hombres). Esta prevalencia es más elevada que la reportada en el DSM-5 que señala un 4.4% de personas con un Trastorno Paranoide de la Personalidad. Se corroboró la tendencia por distribución por sexos, la cual se reporta más frecuente en hombres que en mujeres. Se encontró un mayor predominio en el rango de edad de 28 a 32 años (9,2%), seguido por el que está entre 16 y 17 años (7,8%), con una tendencia a disminuir en los individuos entre 18 y 27 años. Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala Paranoide, los valores son muy parecidos.

El trastorno de la personalidad agresivo-sádico, definido por el empleo de la violencia para conseguir el control en las relaciones interpersonales (Gradillas, 2002, p. 143), ocupó el séptimo lugar con un 5,5% (3,9% para mujeres y 1,6% para hombres). Este tipo de personalidad se encuentra con mayor frecuencia en los medios forenses y penitenciarios. En los estudios citados por Gradillas (2002), la prevalencia oscila entre el 2,5% y el 5,0% en los casos estudiados por psi-

quiabras forenses, con predominio netamente en los varones (APA, 2000). Se encontró un mayor porcentaje en el rango de edad de 16 - 17 años (8,9%), seguido del grupo de edad de 28 a 32 años (6,7%), con una tendencia a disminuir entre los rangos de edad de 18 a 27 años. Al comparar entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala agresivo-sádico, los valores son idénticos.

El trastorno fóbico de la personalidad, denominado también trastorno de la personalidad por evitación o personalidad evasiva, identificado “por sentimientos de extrema susceptibilidad al posible desaire, que lleva a la inhibición social, pese al deseo de ser aceptado” (Gradillas, 2002, p. 99), se presentó en el octavo nivel de prevalencia, con 5,3% (2,9% en mujeres y 2,4% en hombres). La prevalencia del Trastorno de la Personalidad Evitativa es de alrededor de 2.4% (Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Se encontró un mayor porcentaje en los sujetos entre 28 y 32 años (7,6%), seguido del rango de 18 - 22 años (5,8%). Al comparar entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala Fóbica, los valores son superiores en la muestra española.

El trastorno autodestructivo, al cual le es propio una baja responsabilidad (por ejemplo, no cumplir las obligaciones aun cuando se sea capaz de hacerlo, o elegir situaciones en las cuales siempre se está abocado al fracaso) y una baja agradabilidad (incitar en los otros respuestas de ira, rechazo de las personas de las cuales recibe buen trato y rechazo de la ayuda de los demás) (Millon, 1999b, p. 606), ocupó el noveno lugar con un 4,9% (3,3% en mujeres y 1,6% en hombres). No hay cifras muy claras sobre la pre-

valencia de este trastorno, dado que el DSM-IV lo incluye en el apéndice, por considerar que es un trastorno nuevo, y que por lo tanto requiere de más estudios clínicos y empíricos. Sin embargo, Gradillas (2002) plantea que este trastorno tiene un predominio femenino, en una proporción de 3/2 a 2/1. En la presente investigación se reportó una proporción aproximada a la planteada por Gradillas. También se encontró que el rango de edad en el cual el trastorno era más frecuente, estaba entre los 16-17 años (6,7%), seguido del rango 18-22 años (5,1%), encontrándose un porcentaje estable en los dos grupos siguientes: 23-27 años y 28-32 años (ambos con el 3,7%). Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala autodestructiva, los valores son superiores en la muestra española tanto en hombres como en mujeres.

El trastorno histriónico, que se identifica “básicamente por la búsqueda de atención, el dramatismo expresivo, las emociones lábiles y la sugestionabilidad” (Gradillas, 2002, p. 77), ocupó el décimo lugar con un 4,3% (1,5% en mujeres y 2,8% en hombres). Este predominio se encuentra por encima de la reportada por el DSM-5, que indican una prevalencia del trastorno del 1.84%. La presencia en centros de salud mental, tanto hospitalarios como ambulatorios, está calculada entre 10,0-15,0%. En la literatura se reporta que este trastorno ha sido diagnosticado más frecuentemente en mujeres; sin embargo, en la actual investigación se encontró un mayor porcentaje en los hombres. También se halló que el grupo de edad en el cual se presenta una mayor prevalencia estaba entre los 23-27 años (3,5%), seguido del grupo de los 18-22 años. Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universita-

rias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala histriónica, se encuentra que los valores para mujeres son superiores en la muestra de Medellín, pero inferiores en la muestra de hombres.

El trastorno dependiente, que se define por buscar “apoyo para las actividades comunes de la vida y tiende a transferir sus responsabilidades” (Gradillas, 2002, p. 107), ocupó el undécimo lugar con un 2,0% (1,3% para mujeres y 0,7% para hombres). En el DSM-5, “los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions 2001-2002* indican una prevalencia del 0.49%, y la estimación de la prevalencia de la personalidad dependiente obtenida de una muestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replications* es del 0.6%” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 677). Gradillas (2002) afirma que el trastorno se diagnostica tres veces más en mujeres que en hombres; empero, aclara que los datos de algunos estudios no aportan tales diferencias. En la actual investigación se encontró un predominio más frecuente en mujeres, pero no tres veces más como afirma el DSM-IV-TR, sino dos veces más. Tampoco fue un trastorno de personalidad muy frecuente. En la investigación se encontró que el grupo de edad en el cual es más común el trastorno dependiente es el de 23-27 años (2,3%), seguido del grupo de 18-22 años (2,0%). Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala dependiente, se encuentra que son totalmente idénticas.

El trastorno de personalidad compulsivo, llamado en el DSM-5 obsesivo compulsivo y el CIE 10 personalidad anancásticas, comprende “un

“El trastorno dependiente, que se define por buscar ‘apoyo para las actividades comunes de la vida y tiende a transferir sus responsabilidades’, ocupó el undécimo lugar con un 2,0% (1,3% para mujeres y 0,7% para hombres)”

patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 645), ocupó el décimosegundo lugar con 1,6% (1,1% en mujeres y 0,6% en hombres). Según el DSM-5, “el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es uno de los trastornos de la personalidad más prevalentes en la población general, con una estimación de la prevalencia entre un 2.1 a un 7.9%” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 681). Gradillas (2002) afirma que este trastorno tiene una frecuencia mayor en aquellas “profesiones que requieren perseverancia, atención metódica al detalle y concentración en hechos y cifras” (Gradillas, 2002, p. 126). También afirma que el trastorno se encuentra dos veces más en varones que en mujeres. También se halló que el porcentaje más alto estuvo en el rango de edad de 28 - 32 años (3,4%), seguido del rango de edad de 23 - 27 años (2,1%), con tendencia a aumentar con la edad. Al realizar la comparación entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala compulsiva, se encuentra que las medianas de la muestra de Medellín son más altas que las medianas españolas tanto para hombres como para mujeres.

El trastorno de personalidad esquizoide, que caracteriza a los individuos asociales y con escasa sensibilidad afectiva, ocupó el último lugar (décimotercero) con 1,0% (0,7% para mujeres y 0,3% para hombres). Según el DSM-5 este trastorno “es poco frecuente en los entornos clínicos. Una estimación de la prevalencia de la personalidad esquizoide basado en una submuestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replication* sugiere una tasa del 4.9%. Los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* del 2001-2002 indican un 3.1%” Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 654). Gradillas (2002), no tiene un valor exacto, y afirma que este trastorno es “más frecuente en los familiares de los esquizofrénicos y de los esquizotípicos” (Gradillas, 2002, p. 35). También señala que el porcentaje de los esquizoides masculinos supera a los femeninos. En la presente investigación se corroboró lo afirmado por el DSM-5, en el sentido de ser un trastorno poco frecuente. Si es poco frecuente en el entorno clínico, también puede pensarse que lo es en la población general. No se corroboró el mayor predominio para hombres: en la presente investigación se encontró no solamente que las mujeres superan a los hombres sino que prácticamente duplican su prevalencia. El mayor porcentaje por grupos de edades se encontró entre los 23-27 años (50,0%), seguido del grupo de 18-22 años (1,2%). Al comparar entre las medianas de las muestras españolas y muestras universitarias de la ciudad de Medellín, en puntuaciones directas en la escala esquizoide, se encontró que las medianas de los hombres eran idénticas, pero la mediana de mujeres en la muestra universitaria de Medellín es un poco superior a la mediana de mujeres españolas.

Analizando todos estos resultados, es sorprendente constatar que prácticamente todos los

trastornos presentan prevalencias mucho más elevadas que las reportadas internacionalmente. Si se realiza un análisis, tomando una medida de tendencia central como es la mediana, se puede apreciar, sin embargo, que las diferencias con otra muestra (como es la española), no son significativas. Los altos porcentajes encontrados tienen, probablemente, dos explicaciones: en primer lugar, la prueba empleada (MCMI II) puede tener un nivel de sensibilidad alto para la población general, y por lo tanto, tener una tendencia a identificar “falsos positivos”; en segundo lugar, en nuestra población, al estar más expuesta a situaciones de violencia y desastres naturales, se eleva el riesgo de padecer trastornos mentales en general.

También es importante enfatizar en las diferencias dependientes de la cultura, la edad y el sexo. Como el DSM-IV-TR lo resalta en cada una de las categorías diagnósticas, “algunos comportamientos que están influidos por los contextos socioculturales o por determinadas circunstancias de la vida pueden ser calificados equívocamente como... e incluso pueden ser reforzados por el proceso de evaluación clínica” (American Psychiatric Association, 2002, p. 773).

El trastorno de mayor predominio fue un trastorno patológico de la personalidad: el límite. Lo cual hace pensar en lo conflictivo que es para nuestro medio las relaciones afectivas e interpersonales, la tendencia a la desvalorización y una cultura que propicia la impulsividad en diversos contextos. Es frecuente que este tipo de trastorno se relacione con otros trastornos de la personalidad y trastornos clínicos.

El segundo trastorno de mayor dominio fue el trastorno de personalidad básico pasivo-agresivo. La alta prevalencia de este trastorno puede relacionarse con el conflicto, presentado

“El trastorno de mayor predominio fue un trastorno patológico de la personalidad: el límite. Lo cual hace pensar en lo conflictivo que es para nuestro medio las relaciones afectivas e interpersonales, la tendencia a la desvalorización y una cultura que propicia la impulsividad en diversos contextos”

en nuestro medio, con el estilo autoritario y agresivo en las familias y en las relaciones académicas, laborales e interpersonales.

También llama la atención que en el orden de porcentajes de los trastornos de la personalidad en hombres y en mujeres, los dos primeros son iguales: trastorno límite de la personalidad y trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. Este perfil clínico probablemente está haciendo referencia a un factor socio-cultural de vulnerabilidad para estos trastornos, que afectaría por igual a hombres y mujeres.

En cuanto al predominio dependiendo del estado civil de los participantes, el grupo de solteros se presentó como un grupo de mayor riesgo para los trastornos de la personalidad. Esto hace pensar que el estado civil casado se constituye como un factor protector, dado el apoyo social y afectivo recibido por parte de la pareja y de la red social de esta. Igual podría plantearse con relación al rango de edad, donde los grupos más cercanos a la adolescencia son más vulnerables a trastornos. El tener mayor edad se relaciona con el cambio de rol social, lo cual amplía las estrategias de

afrentamiento a diferentes circunstancias, disminuyendo el riesgo de trastornos.

Para finalizar, se considera que las limitaciones del estudio hacen referencia a que no se aplicó conjuntamente una entrevista estructurada de trastornos de personalidad, como el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE. *International Personality Disorder Examination*) (Organización Mundial de la Salud, 1996), que confirme o descarte la existencia de estos trastornos en las personas que tuvieron un alto puntaje en las escalas del MCMI II.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013a). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013b). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. IV. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto Revisado. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Blagov, P.S., Fowler, K.A. y Lilienfeld, S.O. (2007). Histrionic Personality Disorder. En O'Donohue,

- W. (Ed); Fowler, K. A. (Ed) y Lilienfeld, S. O. (Ed) (2007). *Personality Disorders: Toward the DSM-V*. (pp. 203-232). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Brown, E., Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (1995). Social Phobia Subtype and Avoidant Personality Disorder: Effect on Severity of Social Phobia Impairment, And Outcome of Cognitive Behavioral Treatment. *Behavior Therapy*, 26(3), 467-486.
- Cadenhead, K.S., Light, G.A., Geyer, M.A. y Braff, D.L. (2000). Sensory Gating Deficits Assessed by the P50 Event-Related Potential in Subjects with Schizotypal Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 55-59.
- Cadenhead, K.S., Swerdlow, N.R., Shafer, K.M., Diaz, M. y Braff, D.L. (2000). Modulation of the Startle Response and Startle Laterality in Relatives of Schizophrenic Patients and in Subjects with Schizotypal Personality Disorder: Evidence of Inhibitory Deficits. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1660-1668.
- Cale, E.M y Lilienfeld, S.O. (2002). Histrionic Personality Disorder and the Antisocial Personality Disorder: Sex-Differentiated Manifestations of Psychopathy? *Journal of Personality Disorders*, 16(1), 52-72.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K.M. (1990). Borderline Personality Disorder. En A. Freeman, J. Pretzer, B. Fleming y K.M. Simon (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy* (pp. 181-202). New York: Springer-Verlag US.
- Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona: Masson.
- Grant B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Frederick, S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. y Pickering, R.P. (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United State: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Halimi, K.A., Tozzi, F., Thornton, L.M., Crow, S., Fichter, M.M., Kaplan, A.S., Keel, P., Klump, K.L., Lilienfeld, L.R., Mitchell, J.E., Plotnicov, K.H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D.B., Berrettini, W.H., Kaye, W. y Bulik, C. (2005). The Relation among Perfectionism, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 371-374.
- Hare, R.D., Hart, S.D. y Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV Criteria for Antisocial Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391-398.
- Herbert, J.D., Hope, D.A. y Bellack, A.S. (1992). Validity of the Distinction between Generalized Phobia and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 332-339.
- Leichsenring, F., Leibnig, E., Kruse, J., New, A.S. y Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Levy, K.N., Reynoso, J.S., Wasserman, R.H. y Clarkin, J.F. (2007). Narcissistic Personality Disorder. En W. O'Donohue (Ed), K.A. Fowler (Ed) y S.O. Lilienfeld (Ed). *Personality Disorders: Toward the DSM-V*. (pp. 233-277). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. y Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 36(9432), 453-461.
- Linehan, M. y Kehrner, C.A. (1993). Borderline Personality Disorder. En D.H. Barlow (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual (2nd ed)* (pp. 396-441). New York, NY, US: Guilford Press.
- Livesley, W.J., Schroeder, M.L. y Jackson, D.N. (1990). Dependent Personality Disorder and Attachment Problems. *Journal of Personality Disorders*, 4(2), 131-140.
- Luntz, B.K. y Widom, C.S. (1994). Antisocial Personality Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 151(3), 670-674.
- Meloy, J.R. y Yakeley, J. (2014). *Antisocial Personality Disorder*. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, Fifth Edition. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. (3rd. Ed) Minneapolis: National Computer Systems.

- Millon, T. (1985). The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: The MCMI -II Will Prove even Better. *Journal of Personality Assessment*, 49, 379-391.
- Millon, T. (1986a). A Theoretical Derivation of Pathological Personalities. En T. Millon y G.L. Klerman (Eds). *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 639-670). New York: Guilford.
- Millon T. (1986b). Personality Prototypes and their Diagnostic Criteria. En T. Millon y G.L. Klerman (Eds). *Contemporary Directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 671-672) New York: Guilford.
- Millon, T. (1987a). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987b). On The Nature of Taxonomy in Psychopathology. En: C., Last and M. Hersen (Eds). *Issues in Diagnostic Research* (pp. 3- 85). New York: Plenum Pres.
- Millon, T. (1999a). *MCMI II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II*. Madrid: Tea Ediciones.
- Millon, T. (1999b). *Trastornos de la Personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La Personalidad y sus Trastornos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R.D. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory -III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mittal, V.A., Kalus, O., Bernstein, D.P. y Siever, L.J. (2007). Schizoid Personality Disorder. En O´Donohue, W. (Ed); Fowler, K. A. (Ed); Lillienfeld, S. O. (Ed) (2007). *Personality Disorders: Toward the DSM-V* (pp. 63-79). Thousand Oaks, CA. US: Sage Publications.
- Nestadt, G., Romanoski, A.J., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M.F., Gruenberg, E.M. y McHugh, P.R. (1990). An Epidemiological Study of Histrionic Personality Disorder. *Psychological Medicine*, 20(2), 413-422.
- Organización Mundial de la Salud (1996). IPDE. *International Personality Disorder Examination*. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Módulo D.S.M. IV. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Paris, J. (2005). Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583.
- Pincus, A.L. y Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Reich, J., Noyes Jr., R. y Troughton, E. (1987). Dependent Personality Disorder Associated with Phobic Avoidance in Patients with Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 323-326.
- Raine, A. y Benishay, D. (1995). The SPQ-B; A Brief Screening Instrument for Schizotypal Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9(4), 346-355.
- Raine, A., Lencz, T., Bihrlé, S., LaCasse, L. y Colletti, P. (2000). Reduced Prefrontal Gray Matter Volumen and Reduced Autonomic Activity in Antisocial Personality Disorder. *Arch. Gen Psychiatry*, 57(2), 119-127.
- Russ, E., Shadler, J., Bradley, R. y Western, D. (2008). Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473-1481.
- Sher, K.J. y Trull, T.J. (1994). Personality and Disinhibitory Psychopathology: Alcoholism and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 92-102.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dick, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S., Grilo, C.M., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Morey, L.C., Sanislow, C.A. y Oldham, J.M. (2002). Functional Impairment in Patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S., Shea, M.T., Gunderson, J.G., Yen, S., Stout, R., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Zanarini, M.C. y McGlashan, T.H. (2005). Stability of Functional Impairment in Patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant or Obsessive-Compulsive Personality Disorders Over Two Years. *Psychological Medicine*, 3, 443-451.

Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P. y Siever, L.J. (2013). Paranoid Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 795-805.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.