



LOS LIBERTADORES
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

**IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN HOMBRES
Y MUJERES TRANS HABITANTES DE CALLE DE UN HOGAR DE PASO DE LA
CIUDAD DE BOGOTÁ**

Trabajo de grado para optar al título de

PSICÓLOGA

Wendy Carolina Lastra Beltrán

Bajo la dirección de

Jose Luis Posada Abril (Mg. Psicología)

Programa de Psicología
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Fundación Universitaria Los Libertadores

Bogotá, 2019

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| 1. Introducción..... | 8 |
| 1.1. Habitante de calle..... | 8 |
| 1.2. Personalidad..... | 10 |
| 1.3. Trastornos de personalidad..... | 11 |
| 2. Planteamiento del problema..... | 12 |
| 2.1 Formulación de la pregunta de investigación..... | 13 |
| 2.2 Objetivo general..... | 13 |
| 2.3 Objetivos específicos | 13 |
| 3. Hipótesis | 14 |
| 3.1 Hipótesis de investigación | 14 |
| 3.2 Hipótesis nula..... | 14 |
| 4. Justificación..... | 14 |
| 5. Marco teórico..... | 17 |
| 5.1. Introducción..... | 17 |
| 5.2. Personalidad..... | 17 |
| 5.3. Estructura de la personalidad..... | 21 |
| 5.3.1 Temperamento..... | 21 |
| 5.3.2 Carácter..... | 23 |

| | |
|--|----|
| 5.4. Teoría de los Rasgos..... | 24 |
| 5.5. Modelo factorial de personalidad..... | 26 |
| 5.6. Trastornos de personalidad..... | 27 |
| 5.7. Trastorno de la personalidad paranoide..... | 30 |
| 5.8. Trastorno de la personalidad esquizoide..... | 32 |
| 5.9. Trastorno de la personalidad esquizotípica..... | 34 |
| 5.10. Trastorno de la personalidad antisocial..... | 35 |
| 5.11. Trastorno de la personalidad límite..... | 39 |
| 5.12. Trastorno de la personalidad histriónica..... | 41 |
| 5.13. Trastorno de la personalidad narcisista..... | 42 |
| 5.14. Trastorno de la personalidad evasiva..... | 44 |
| 5.15. Trastorno de la personalidad dependiente..... | 46 |
| 5.16. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva..... | 47 |
| 5.17. Pruebas para medir trastornos de personalidad..... | 50 |
| 5.17.1. Examen internacional para los trastornos de personalidad (IPDE)..... | 51 |
| 5.17.2. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)-III..... | 52 |
| 5.17.3. MMPI (Inventario Multifacético de la Personalidad)..... | 53 |

| | |
|---|----|
| 5.17.4. Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)..... | 54 |
| 5.17.5. PID-5 (El Inventario de la Personalidad para el DSM-5)..... | 55 |
| 5.18. Habitante de Calle..... | 56 |
| 5.19. Estudios..... | 60 |
| 6. Metodología..... | 66 |
| 6.1. Participantes..... | 66 |
| 6.2. Instrumento..... | 69 |
| 6.3. Procedimiento..... | 70 |
| 6.4. Diseño de investigación..... | 71 |
| 7. Resultados | 71 |
| 8. Conclusiones..... | 81 |
| 9. Discusiones..... | 84 |
| 10. Recomendaciones..... | 86 |
| 11. Referencias..... | 89 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|------|
| 1. Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de género..... | 66 |
| 2. Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de estado civil..... | 67 |
| 3. Tabla 3. Frecuencia y porcentaje por lugar de Nacimiento..... | 68 |
| 4. Tabla 4. Frecuencia y porcentaje del nivel educativo..... | 69 |
| 5. Tabla 5. Estadística descriptiva de trastornos de la personalidad..... | 72 |
| 6. Tabla 6. Diferencias de trastorno de acuerdo con la identidad de género..... | 73 |
| 7. Tabla 7. Prueba T de muestra independiente..... | 79 |
| 8. Tabla 8. Correlación de Pearson del puntaje de los trastornos con el tiempo de habitabilidad en calle..... | 80 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|------|
| 1. Figura 1. Diagrama lineal de los puntajes de los trastornos de la personalidad de la prueba IPDE..... | 72 |
| 2. Figura 2. Trastorno de la personalidad paranoide de acuerdo con el género..... | 74 |
| 3. Figura 3. Trastorno de la personalidad esquizoide de acuerdo con el género..... | 74 |
| 4. Figura 4. Trastorno de la personalidad esquizotípica de acuerdo con el género..... | 75 |
| 5. Figura 5. Trastorno de la personalidad Histriónica de acuerdo con el género..... | 75 |
| 6. Figura 6. Trastorno de la personalidad antisocial de acuerdo con el género..... | 76 |
| 7. Figura 7. Trastorno de la personalidad narcisista de acuerdo con el género..... | 76 |
| 8. Figura 8. Trastorno de la personalidad límite de acuerdo con el género..... | 77 |
| 9. Figura 9. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva de acuerdo con el género.... | 77 |

| | |
|--|----|
| 10. Figura 10. Trastorno de la personalidad dependiente de acuerdo con el género..... | 78 |
| 11. Figura 11. Trastorno de la personalidad evasiva de acuerdo con el género..... | 78 |
| 12. Figura 12. Diagrama de dispersión del trastorno antisocial de la habitabilidad en calle..... | 81 |

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar toda mi gratitud a mi maravillosa familia por su incesante amor, comprensión y apoyo incondicional, sobre todo en aquellos momentos en los que poco veía la luz en este largo camino. En especial a mis increíbles padres Miguel Ignacio Lastra Jiménez y Melba Beltrán Soto, quienes desde siempre se han interesado por mis temas académicos, por su brillante energía en mi vida, por su constante y absoluta compañía sin importar las distancias, quienes jamás dejaron de creer en mí y por ser mis ángeles inseparables... A ellos infinitas gracias.

También, quiero agradecer desde lo más profundo de mi corazón a los habitantes de calle que participaron con total disposición en este trabajo y para todos los que se hallan en las calles de todo el mundo, pues gracias a ellos opté por el camino de la psicología en aquel 2012; así mismo, para el director del hogar de paso OASIS Dr. Carlos Alfonso Lara, por su confianza y por haberme brindado la oportunidad de llegar a la población.

A mi alma mater Fundación Universitaria Los Libertadores, por permitirme ser parte de ella, por el increíble y calificado cuerpo de docentes, por su guía y transmisión de sabios conocimientos y por haberme regalado la mejor amiga de la vida.

Agradezco inmensamente a mi director Mg. Jose Luis Posada por su valiosa dedicación, compromiso, ideas, tiempo y gran orientación para el desarrollo de este trabajo de grado.

1. Introducción

1.1 Habitantes de calle

Los habitantes de calle se caracterizan por ser una sociedad particular, son personas que no cuentan con un espacio propio que les brinde la satisfacción de sus necesidades básicas y en el que además se sientan seguros, sin tener que desplazarse día a día hacia otros espacios ya sean descubiertos como lo son los caños y puentes, cubiertos como lo pueden ser los predios abandonados o aquellos servicios temporales que algunas instituciones han creado. A esta situación o fenómeno social se le ha otorgado la lectura de que es la respuesta a actos irresponsables por parte del sujeto o en su defecto, a la ausencia del bienestar social por parte de una sociedad y Estado (Nieto y Koller, 2015).

Existe la concepción de que los habitantes de calle han roto con su núcleo familiar y hacen parte de la población denominada flotante, en tanto que residen en cualquier punto de la ciudad sin un lugar determinado e invisibilizados por parte de la sociedad, siendo objetivo de exclusión social, de carencias afectivas, económicas y sociales, lo que los convierte en una población de alta vulnerabilidad.

Esta población además ha perdido, de alguna manera, el derecho a la salud, la vivienda, la educación, la alimentación, al trabajo, a tener una familia, a redes de apoyo y a la intimidad. La calle se convierte en su lugar de refugio y en el espacio en el cual su dignidad humana se ve fuertemente afectada debido a que sus necesidades importantes están controladas por toda una sociedad, impidiéndoles el desarrollo como personas; adicionando a esto las dinámicas, estructuras y tensiones socioculturales que se viven en una ciudad y al interior de un país individualista (Correa, 2007).

Así mismo se ha identificado que para hacer parte de este fenómeno social no existen características sociodemográficas específicas, es decir, no se tiene que contar con un nivel educativo, ni edad, ni género, ni estrato socioeconómico, simplemente hacen parte de un entorno que muestra abandono y que implica que la identidad establezca una relación paralela con los hábitos de calle, generando esta situación un sentir de no pertenecer a ningún lugar, donde la historia de vida se ve desvanecida y el refugio es en medio de la nada, en el que los códigos sociales no les permiten ser escuchados, sino, ser impulsados al olvido de toda una sociedad (Correa, 2007).

En la ciudad de Bogotá a partir de 1997 se optó por la realización y ejecución del censo periódico de habitantes de calle con el propósito de medir la cantidad de personas que hicieron de la calle su lugar de hábitat a partir de los 30 días calendario en adelante, y si el motivo de llegar a ella y mantenerse fue voluntario o forzado por alguna circunstancia; se identificó un número de 4.515 personas en el año 1997; 7.793 en el año 1999; 11.832 en el año 2001; 10.077 en el año 2004; en el 2007 se encontró un número de 8.385 el cual mostró una reducción de 1.692 personas, no obstante, se identificó que el 16,55 % permanecía en calle por gusto, 29,48 % por el consumo de SPA y el 12,98% por opción de manera

voluntaria; y en el 2011 se censaron 9.614 personas en condición de habitabilidad en calle (Nieto y Koller, 2015; SDIS, 2012).

En el 2017 se llevó a cabo el VII Censo de habitante de calle, en el que se recolectó un dato de 9.538 personas en dicha condición, cifra que no ha incrementado de manera significativa frente a la cantidad recolectada en el pasado censo del 2011 en la ciudad de Bogotá. También se encontraron personas que permanecen habitando en calle para dar continuidad al goce de la libertad y no estar bajo las normas de convivencia impuestas por los demás; del mismo modo se puede pensar que la sociedad de cierta manera media de forma indirecta frente a la continuidad de este fenómeno o condición de habitabilidad en calle visto que al proporcionarles alimentos, objetos y dinero, dichos elementos se transforman en fuentes de ingresos adquiridos sin mayores esfuerzos (El Tiempo, 2018).

Con base en la elaboración de los censos, se ha buscado identificar y comprender las razones por las que estos sujetos se mantienen en la calle y como una representación del fenómeno de habitabilidad en calle se logra evidenciar que no todas las personas se mantienen por problemáticas sociales, culturales o económicas, sino, porque también es una opción y estilo de vida, lo que quiere decir que ellos efectivamente cuentan con la suficiente autonomía y razón para tomar diversas decisiones que impliquen hacer parte del fenómeno de la habitabilidad en calle y no inhabilitarlos, pensando en que si no se les ofrece la ayuda ellos no cambiarán de condición, o porque simplemente están “locos” y no se dimensiona que también son causas de su misma autoexclusión, puesto que simplemente no tienen interés de tener vínculos con otros (Henaó, 2015).

1.2. Personalidad

La personalidad es un conjunto de pensamientos, conductas y sentimientos que caracterizan a las personas. Ésta permite la flexibilidad en la adaptación en los distintos contextos como el social y el personal a lo largo de la vida, manifestando además su comportamiento de manera sana con capacidad de afrontamiento en las diversas situaciones, atención adecuada de sus percepciones e identificación de su bienestar personal (Caballo, 2004).

Ahora bien, es relevante hablar de la personalidad tema que es fundamental en la psicología y en la presente investigación, debido a que la personalidad es la característica única de cada ser humano, lo que permite que cada uno piense y actúe de manera distinta frente a las diversas situaciones, contextos y tenga su forma autóctona de integrarse en los distintos grupos sociales; así mismo, se va ajustando con forme a las experiencias de historia de vida mediante el temperamento y carácter (Seelbach, 2013).

La personalidad hace parte de la carga genética que transmiten los progenitores y está compuesta por cogniciones, emociones y conductas, las cuales se van estructurando de manera conjunta a partir de la experiencia en los distintos contextos sociales. En la antigüedad se representaba la personalidad a través de máscaras que se utilizaban en las obras de teatro griegas, en la que las personas actuaban según el personaje que le correspondiera, teniendo en cuenta el lugar que ocupaba en ese mundo que en la escena habían impuesto; por esta razón se menciona que la personalidad es lo que diferencia a cada uno, y la manera de proceder de cada quien ante los contextos no será la misma (Seelbach, 2013).

Así mismo, el campo de la personalidad ha impulsado a la psicología a construir y a desarrollar teorías significativas para la identificación de las distintas características que la

conforman con la finalidad de que la persona comprenda algunos pensamientos y conductas que lo han llevado a la adquisición de conflictos consigo mismo y con su entorno, y desarrollar tratamientos que contribuyan a una mejor adaptabilidad y mitigación de riesgos.

1.3. Trastornos de personalidad

Según la American Psychiatric Association, (2014) los trastornos de la personalidad son estructuras internas que afectan notablemente la cognición, la afectividad y el comportamiento, evidenciando la desadaptabilidad social frente a los esquemas culturales y sus expectativas; estos patrones interfieren en el control de los impulsos, en el control de sus respuestas emocionales y en las relaciones interpersonales. Dichos trastornos surgen a partir de la etapa de la adolescencia o a inicios de la edad adulta.

También, se identifica que en los trastornos de personalidad se manifiesta la ausencia de flexibilidad en el pensamiento y en la adaptación de la persona en su entorno personal y social, bloqueando las distintas formas de enfrentarse a la realidad cultural, convirtiendo su propio ambiente rígido, con cogniciones y actos intensos que no permiten llevar un estilo de vida “normal” según las normas sociales, lo que genera el surgimiento de conflictos frente al equilibrio psíquico, de bienestar y a las relaciones con los demás (Cardenal, Sánchez y Ortiz, 2007).

2. Planteamiento del problema

Los habitantes de calle pertenecen a una de las poblaciones menos favorecidas, excluidas y vulnerables a nivel social, ya que no cuentan con la posibilidad de tener una vivienda debido a la ruptura de los lazos familiares, pérdidas financieras o temas que comprometan la salud física y/o mental, entre otras, generando esta situación niveles de

olvido, sin dejar de lado la posible autoexclusión. En Bogotá según el censo del año 2017 se identificaron 9.538 personas habitantes de calle de las cuales 8.477 eran hombres, es decir el 89%, lo que permite evidenciar el incremento de la población a diferencia de los censos anteriores; por otra parte, la población habitante de calle se halla en cierto nivel de deterioro frente a la salud mental, en la que el surgimiento de trastornos, entre ellos, el de la personalidad cada vez más se pueden agudizar (El Tiempo, 2018; Salavera, Tricás y Lucha, 2013). Es por ello que la ausencia de estudios encaminados hacia esta puntual problemática no deja visibilizar en cierto porcentaje que la población habitante de calle como hombres y mujeres trans continúan inmersos en este fenómeno por el desarrollo y la agudización de los distintos trastornos de personalidad, afectando el bienestar psíquico e interfiriendo en la calidad de vida, en la salud mental y la esfera social de estas personas.

2.1 Formulación de la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los trastornos de personalidad predominantes en hombres y mujeres trans habitantes de calle de un hogar de paso de la ciudad de Bogotá evaluados a través del Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE)?

2.2 Objetivo general

- Determinar cuáles son los trastornos de personalidad predominantes en hombres y mujeres trans habitantes de calle de un hogar de paso de la ciudad de Bogotá.

2.3. Objetivos específicos

- Establecer si existen diferencias significativas en los trastornos según identidad de género.

- Identificar si existe una correlación entre los trastornos y el tiempo de habitabilidad.

3. Hipótesis

3.1 Hipótesis de Investigación

Hi: Con base en la investigación realizada por Connolly, Cobb-Richardson y Ball (2008) con una muestra similar se espera encontrar que los trastornos de personalidad más predominantes son: Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico.

3.2 Hipótesis Nula

Ho: Como hipótesis nula se presentan los trastornos de personalidad que no se encuentran dentro del rango de los predominantes para este tipo de muestra: Trastorno de Personalidad Antisocial, Límite y de Evitación.

4. Justificación

El presente estudio tiene como objetivo compartir hallazgos relacionados con la habitabilidad en calle, identidad de género y trastornos de la personalidad en hombres y mujeres trans adultos jóvenes ubicados entre los 25 y 28 años de edad. Es por ello que, se efectuó una serie de investigaciones a través de las distintas fuentes de información en

donde se hallaron estudios realizados por: Salavera, Puyuelo, Tricás y Lucha (2009); Salavera (2009); Rodríguez, Núñez y Hernández (2017); Kahn, Hannah, Hinkin, Montgomery y Pitz (1987); y Montiel, Bartholomeu, Carvalho y Pessotto (2015) llevados a cabo en países tales como España, Estados Unidos y Brasil, sin embargo, no se encontraron estudios relacionados puntualmente con este tema en Colombia; por lo que se espera que este trabajo sea de gran utilidad para la creación de políticas públicas que respalden una atención personalizada y centrada específicamente en cada uno de los trastornos de la personalidad, y que excluya aquellos tratamientos diseñados concretamente para el trato general de todos los trastornos sin clasificación alguna. Así mismo, implementar espacios que de manera periódica cuenten con la posibilidad de valorar las características y detectar sintomatologías que comprometan la salud mental, física y comportamental de la población, y de este modo conocer además las distintas necesidades para implementar programas que aporten de manera directa atenciones a cada necesidad identificada; así mismo, contribuir en la detección temprana de la patología, ya que la etapa de la adultez joven es de alta vulnerabilidad para el surgimiento de trastorno de la personalidad, más aún en individuos en situación de habitabilidad en calle los cuales sufren el rechazo de la mayoría de personas que además señalan como locos e inadaptados socialmente y en aquellos que cuya identidad de género sea distinta a la asignada biológicamente, en tanto que la sociedad aún no está preparada de manera completa para la aceptación de estas realidades, lo que genera altas afectaciones para el caso de las mujeres transgénero quienes son excluidas y maltratadas de manera constante, igualmente por parte del grupo de personas que también habitan en las calles; por lo tanto, es importante identificar y tratar los trastornos en una fase temprana para el adecuado procesamiento de la información por parte de la población afectada, el favorecimiento de la funcionalidad en las distintas

actividades de la vida cotidiana con pleno conocimiento de la vulnerabilidad mental, ya que además hacen parte del grupo de personas menos favorecidas, a pesar de la existencia de la política pública de salud mental que busca dar respuesta a las expectativas que tiene la población para el mejoramiento de la salud y la reducción de la brecha en los distintos sistemas de salud mental (Minsalud, 2018 y OMS, 2005).

De otro lado, con este estudio se logrará identificar la presencia de las afectaciones mentales de la población habitante de calle joven, puesto que por lo general la sociedad y en algunas circunstancias el ámbito clínico ubica las necesidades de cada persona en un nivel homogéneo sin evaluar en profundidad las situaciones de cada sujeto, ya sea por su identidad de género y tiempo de habitabilidad en calle para el caso específico de este trabajo, con la intención de excluir o reforzar diagnósticos con la plena convicción y estudio por parte de los profesionales de la salud mental y de esta manera lograr brindar un tratamiento que genere adaptabilidad en los sujetos, adherencia y eficacia, sin perder de vista las distintas capacidades y habilidades ocupacionales; también se busca mostrar si hay relación entre trastornos de personalidad, identidad de género y tiempo de habitabilidad en calle, debido a que pueden ser factores que influyen en la condición de la salud mental ya sea que por omisión o negligencia no haya sido tratada a tiempo, causando altos niveles de deterioro en la cognición y calidad de vida de los sujetos, y dirigiéndolos a coexistir en la calle; igualmente, se quiere obtener mayor información frente a esta problemática de orden social la cual visibiliza la ausencia de bienestar en las personas y en la salud mental, que pone de manifiesto el riesgo de los adultos jóvenes que probablemente carecen de apoyo y atención psicológica.

Finalmente se identificarán trastornos de personalidad en hombres y mujeres trans habitantes de calle, cuáles son los predominantes y los que se correlacionan, a partir de la aplicación, descripción e interpretación de los resultados que se obtengan a través del cuestionario Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE), permitiendo la tipificación de los diferentes trastornos tales como: evitación, dependencia, narcisista, obsesivo-compulsivo, esquizoide, histriónico, esquizotípico, límite, antisocial y paranoide (IPDE, 1996), adicional a ello, lograr describir de manera detallada esta problemática con la intención de que pueda aportar de manera relevante en las futuras investigaciones que se realicen al interior del país .

5. Marco Teórico

5.1. Introducción

A través de este apartado se busca presentar los distintos conceptos teóricos necesarios para la adecuada fundamentación, contextualización y comprensión del desarrollo de este estudio. Se iniciará con la definición de personalidad y su estructura; teoría de los rasgos y el modelo factorial los cuales son temas relevantes para la psicología, así mismo, se ilustrará información sobre trastornos de la personalidad, los tipos y la aparición de cada uno contribuyendo en la claridad de los conceptos, del mismo modo se nombrarán las distintas pruebas que de forma fiable y válida identifican los rasgos y trastornos de personalidad; también, mostrar de manera amplia el concepto de habitante de calle para una mayor comprensión de este fenómeno social y por último la presentación de los estudios que se hayan realizado frente a la identificación de trastorno de personalidad en

habitantes de calle con la finalidad de comprender a cabalidad el objetivo, el planteamiento del problema y los resultados.

5.2. Personalidad

El concepto personalidad desde siempre ha sido un tema de interés para la psicología, que busca demostrar cuáles son los factores que influyen en que las personas ejecuten ciertas conductas, teniendo en cuenta que todo sujeto es afectado de manera directa por el contexto social, ambiental y componentes biológicos; es por ello que la personalidad se define como el conjunto de conductas y cogniciones que caracterizan a cada persona, y que se va construyendo conforme a su nivel de madurez, factores biológicos y experiencias externas, influenciadas por la cultura y la sociedad donde se encuentre inmersa la persona; así mismo, otorga las herramientas necesarias para que el individuo se enfrente al mundo y se adapte a los distintos contextos generados por el ambiente (Cloninger, 2003; Montaña, Palacios y Gantiva, 2009).

Así mismo plantean Montaña, Palacios y Gantiva (2009) que psicológicamente la personalidad es un factor que permite organizar conductas y actitudes con el objetivo de que el individuo lo ponga en marcha mediante las demandas externas que exige el ambiente, fortaleciendo la adecuada interacción, capacidad de supervivencia y adaptación en los distintos entornos en el que éste se halle involucrado; también es relevante mencionar que el factor biológico es uno de los potencializadores de la personalidad, dado que cuenta con una carga genética relevante, que se va evidenciando con el desarrollo de las etapas del sujeto en la que mediante su comportamiento se observan las múltiples formas de enfrentar y resolver problemas.

También como indica Millon quien ha sido uno de los autores referentes del tema de personalidad referido en Nadales, Fernández y Guerra (2016) la personalidad se define como un patrón psicológico de características complejas que se manifiestan de manera automática e inconsciente en los distintos contextos de la vida del sujeto; así mismo, es la cualidad que caracteriza a cada individuo, en consecuencia a que surge desde el nacimiento, no obstante, su construcción y desarrollo continúan integrándose mediante el aprendizaje y la interacción con las demás personas, situaciones y permanencia en el tiempo; impulsando al sujeto a actuar, a sentir, a pensar y a motivarse con base en su propia experiencia. Por ello es relevante mencionar que, Bandura dentro del enfoque cognitivo considera que la personalidad se conforma debido a la acción recíproca entre el comportamiento y el ambiente, relación que activa los procesos psicológicos en distinta magnitud en cada persona, generando habilidades en la comunicación entre seres humanos y el mundo (Seelbach, 2013).

En este sentido la personalidad según Weishaar y Beck como se citó en Caro (2013) es la integración de los procesos cognitivos, conductuales, afectivos y motivacionales que trabajan en conjunto para la adquisición de la adaptabilidad y la emisión de respuestas que toda situación y entorno requieran. Con lo que se quiere decir que, según el orden y estabilidad en la que se encuentren los procesos psicológicos teniendo en cuenta el desarrollo y el crecimiento, el tratamiento y la solución por parte del sujeto frente a las distintas exigencias del entorno serán operadas de manera funcional. De modo que para Pervin referenciado en Caro (2013) la personalidad también está constituida por la genética como factor biológico y por el aprendizaje que se obtiene a través de las experiencias del pasado y presente del individuo, así mismo como los recuerdos; es por esta razón que cada

persona es distinta a pesar de contar con los mismos componentes que conforman la personalidad. Del mismo modo, se indica en Schultz y Schultz (2010) que el desarrollo de la personalidad es una constante y que no hay un periodo en el cual ésta se detenga, puesto que las múltiples vivencias recogen un sinnúmero de aprendizajes que cambian a la persona y causan progresos al ponerlos en práctica en los distintos momentos de la vida, es por esa razón que el pasado de alguna manera será importante en la historia del ser ya que de ahí se evidencian las modificaciones de la personalidad.

Por otra parte se menciona en Puhakka (s.f) que según Kelly, la personalidad es una construcción que hace el ser humano a los largo de su vida a partir de su propia experiencia e interacción con los demás, identificando los distintos acontecimientos que surgen para dar respuestas con base en los aprendizajes adquiridos; entendiendo además que las estructuras sociales cuentan con dinámicas de cambios de manera constante, lo que implica que el individuo reconstruya su perspectiva y relación con el mundo. Con esto el autor quiere decir que la personalidad es el conjunto de acciones que se van desarrollando a medida que las relaciones y comunicación entre los mismos sujetos van incrementando, causando que el individuo se evalúe así mismo debido a la identificación de similitudes frente a los pensamientos, problemas y maneras de actuar entre sí, conllevándolo a la modificación de los esquemas que posee como persona y a la adaptabilidad en el mundo que lo rodea.

De esa misma manera, la personalidad, a través de lo mencionado por Kelly señalado por Cuartas y Vargas (2014) se basa en las creencias que tiene cada persona del mundo, a la cual se le brindan distintos significados, teniendo en cuenta el modo en que percibe la vida y de la que se construyen conceptos propios desde el contexto social, político y cultural, afectando sus experiencias de manera positiva y negativa según el

criterio del sujeto, mediando en la elaboración de argumentos que vayan acorde a las múltiples formas de pensar, de actuar y de sentir, haciendo a cada persona distinta de la otra, así mismo, su visión y actuar con el mundo; con lo anterior se puede creer que la personalidad es un constructo del ser humano, el que además se soporta bajo un enfoque cognitivo

Igualmente se indica en Mori (2002) que las investigaciones realizadas por Eysenck, la personalidad corresponde a una línea psicobiológica, puesto que el factor ambiental, hereditario y fisiológico son los patrones potenciales generadores de conductas en las personas, a pesar de que estas se configuren según la relación sociocultural y la relación que se instauren desde el núcleo familiar a partir del aprendizaje que se adquiere a través de lo que se observa y se escucha al interior de los distintos grupos sociales; referente a lo físico y fisiológico, también se señala que por medio de los genes se desarrollan distintas apariencias en los individuos y que afecta una marcada diferencia entre uno y otro, a pesar de que hayan vínculos de consanguinidad, así mismo, también los componentes químicos que conectan con los niveles de emocionalidad median en la construcción de la personalidad.

5.3. Estructura de la personalidad

La personalidad está conformada por el temperamento el cual pertenece al factor biológico y el carácter al factor social, cuya definición según Seelbach (2013) el temperamento es la carga genética que toda persona hereda a través de los padres, demostrando algunas similitudes en las características comportamentales, cognitivas y emocionales; mientras que el carácter es la construcción con base en el aprendizaje que se

adquiere mediante el medio ambiente y los códigos sociales, afectando significativamente las transformaciones que sufre el temperamento, influyendo en la evolución de la personalidad.

5.3.1. Temperamento

Según se menciona en Izquierdo (2002) el temperamento es una de las bases más importantes en la estructura de la personalidad, ya que se relaciona de manera estrecha con el componente biológico en el que se encuentran inmersos lo cognitivo, emocional y conductual, mediando en la regulación de cada uno para que la emisión de respuestas ya sea positiva o negativa esté acorde a las demandas del entorno social y cultural. La evidencia de la manifestación del temperamento se observa en la niñez a través de las conductas empleadas en los distintos contextos y las prácticas de educación por parte de los padres lo que de alguna manera afecta el desarrollo de los individuos y dependiendo del aprendizaje eligen actividades y ecosistemas sociales; además, se señala que el temperamento es completamente hereditario indicando que su permanencia es estable, sin embargo, se puede modular según las experiencias de la persona y sus necesidades.

Debido a esto, es relevante indicar que según el modelo constitucional del psiquiatra Kretschmer citado en Ortega (s.f) el cual se ha centrado en las características y problemas físicos y endocrinales de las personas, señalando que el temperamento, carácter y comportamiento son el resultado de las tipologías físicas de cada individuo, tal como lo son: *leptosómico*: se describen a aquellas personas que cuentan con brazos largos, cuello alto y delgado, indicando que son personas tímidas, excéntricas hipersensibles; *pícnico*: ubica en las personas que cuentan con sobre peso, cuyas extremidades son cortas al igual

que su cuello, mostrándose como personas alegres, cálidas y extrovertidas; *atléticos*: describe a los sujetos con alta masa muscular y formada, hombros extendidos y huesos fuertes, con conductas agresivas en algunas ocasiones y emocionalmente planos; y el *displásico*: muestra desequilibrio en las proporciones corporales, así mismo en el comportamiento, por lo tanto se relaciona con trastorno esquizofrénico, por lo tanto se evidencia que Kretschmer relaciona temperamento y cuerpo.

Además, se considera que a través del desarrollo psicológico el temperamento interviene en la movilización e intensificación de los procesos afectivos según la persona: colérica, melancólica y alegre, ya que dependiendo del tipo de personalidad se diferenciará el progreso y expresión de las emociones y conductas; por esta razón el temperamento es una característica funcional muy importante en la personalidad del individuo puesto que igualmente se construye a partir de la infancia y se estructura completamente en la adultez resaltando la diferencia individual (Suárez, 2010).

5.3.2. *Carácter*

Para Cloninger referenciado en Dolcet (2006) el carácter es “un conjunto de características que se van estructurando a lo largo del desarrollo a través de mecanismos socioculturales aprendidos, como valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias” (p. 10). Indicando la facultad de emplear acciones que permitan al individuo defenderse y relacionarse en las distintas atmósferas colectivas con base en el grado de conocimiento adquirido en el ámbito educativo, familiar, social y cultural.

El carácter es una disposición que se obtiene de las distintas experiencias con el medio que tiene la persona durante su desarrollo. Este concepto se encuentra organizado a través de tres extensiones que intervienen en la interacción en los distintos contextos: la autodirección que es la que permite que la persona desarrolle la habilidad de administrar y regular las conductas ante los demás, modificándolas según la manera de pensar, de razonar, de ver el futuro, de los principios, de creencias, de la autoestima y su capacidad de adaptación en los distintos contextos de la vida; También está la cooperación, la cual permite la interacción con las demás personas y en la que la empatía y la solidaridad ocupan un lugar significativo para la adecuada adaptación en el medio social; y por último está la autotranscendencia puesto que por medio de ella el mundo y el universo se comprende y percibe como un todo y adhiere aspectos de la imaginación, creatividad e ilusiones en los seres humanos (Dolcet, 2006; Mateos y Mateos, 2005).

A continuación, se darán a conocer las principales teorías que aportan significativamente al tema de la personalidad, en la que se agrupan teorías de los rasgos y modelo factorial, en tanto son los ejes que identifican las características y el funcionamiento de cada sujeto, e igualmente, implementan herramientas de la corriente matemática que permiten el análisis y la medición detallada de cada factor correspondiente a cada rasgo de personalidad.

5.4. Teoría de los Rasgos

La teoría de los rasgos de personalidad es la que busca centrar las semejanzas y disimilitudes que hay en cada sujeto, la individualización y medición de la personalidad, debido a que a través de la observación de la interacción que hay entre los distintos rasgos

se logra visualizar y concluir que cada individuo es único; así mismo, entendiéndose como rasgo la característica constante en la forma de actuar de cada persona (Guerri, 2016).

Cervone y Pervin (2009) afirman que mediante los rasgos de la personalidad se identifican conductas propias y formas de ser de un sujeto, con base en las experiencias, maneras de pensar y de proceder ante las distintas situaciones; conllevando a establecer una taxonomía de cada persona con el respaldo de la capacidad de respuesta según sea la situación y de adaptabilidad ya establecidas en los diversos contextos de la vida, permitiendo además medir las características de la personalidad de modo individual.

También es relevante indicar como menciona Allport citado en Cervone y Pervin (2009) que los rasgos de la personalidad se ubican en el sistema nervioso, reconociendo el completo funcionamiento y regulación del sujeto frente a las distintas situaciones generadas por el entorno; los rasgos de la personalidad se componen por la intensidad y frecuencia, lo que quiere decir por ejemplo que si una persona de manera intensa y constante presenta síntomas de ansiedad, mayor será la frecuencia de estas y se prolongarán en el tiempo, no obstante, los rasgos no se manifiestan en todas las situaciones de la vida cotidiana puesto que las vivencias y contextos extrínsecos o intrínsecos generan una alta variabilidad de pensamientos y conductas que no implican un mismo proceder por parte del individuo, en tanto, los rasgos de personalidad se abordan a través de tres (3) niveles, como el *rasgo cardinal* el cual hace referencia al dominio de un comportamiento, su grado de predisposición y desarrollo en las distintas situaciones a lo largo de la vida, como por ejemplo una persona con rigidez cognitiva será un factor característico que lo hará diferente de los demás y por lo tanto será reconocido por este rasgo; así mismo, se encuentra el *rasgo*

central que expresa las habilidades y competencias que posee el sujeto, tal como la honestidad, inteligencia, seguridad y amabilidad demostrando de manera constante y permanente este rasgo, siendo este uno de los fundamentos más importantes de la personalidad; y por último el *rasgo secundario* es persistente dado que indica las actitudes del sujeto frente a los distintos contextos, exponiéndolos de manera evidente y permanente ante los demás; y de esta manera también es importante indicar que los rasgos de personalidad no se manifiestan todo el tiempo ni en todas las circunstancias, en tanto que las demandas ambientales no implican la ejecución de una misma conducta, puesto que cada sujeto cuenta con la capacidad de emitir actos según la importancia de la situación y el nivel de motivación y de reconocimiento de la misma.

5.5. Modelo factorial de la personalidad

El modelo factorial de la personalidad está basado en las diferencias que tiene cada sujeto, el cual está dividido por un número de factores o dimensiones mediante la carga genética, constituidos por componentes hormonales y fisiológicos que pueden ser medidos en términos cuantitativos para todo proceso experimental, en los que se logren hallar las distintas explicaciones frente a las conductas de cada sujeto de manera individual. Para la elaboración de este modelo es importante indicar la influencia de autores pioneros como Francis Galton, quien de manera principal contribuyó en la medición de las diferencias existentes en cada persona y Leon Thurstone uno de los más grandes representantes de la

medición de las actitudes sociales de los individuos a través del análisis factorial, el cual es un instrumento estadístico que permite la identificación de las correlaciones que hay entre un número importante de variables, resumiendo al final la intercorrelación de la alta cantidad de variables a medir, siendo esta una herramienta relevante en la teoría de los rasgos de personalidad a pesar de pertenecer a la corriente matemática y no a la psicológica, la cual brinda resultados objetivos; así mismo, el modelo factorial tiene como herramienta cuestionarios que contienen conceptos descriptivos de las tipologías de personalidad mediante la metodología estadística, lo cual interpreta los datos a través del análisis detallado para la posterior identificación de una estructura de personalidad de manera cuantitativa (Schmidt et al., 2010; Cervone y Pervin, 2009; Sánchez y Ledesma, 2007).

Según Sánchez y Ledesma (2007) este modelo tiene como uno de los precursores a Hans Eynseck quien demostró todo su interés en las diferencias de rasgos de personalidad en cada individuo, las cuales se dan debido a los factores biológicos (herencia), de la forma en la que se relaciona con los demás, en la emoción de respuestas con base en estímulos exógenos, la manifestación de conductas respaldadas con el conocimiento y experiencia, motivo que hace que todo individuo sea distinto entre sí, sin embargo, propuso tres factores de base biológica para explicar los tipos de personalidad, tal como: psicoticismo, extraversión y neuroticismo.

Es por ello que estas dimensiones definen al sujeto por su nivel de accionar, emocionalidad y cognición dando lugar a la intercorrelación, emitiendo como resultado un rasgo de personalidad en el que se indica que el neuroticismo afecta de manera negativa, dado que surge la depresión, la ansiedad, la irracionalidad, la timidez, la ausencia de buena

autoestima y de esta manera abre camino a la autoexclusión; la extraversión es un factor que indica alta actividad social, asertiva y de espontaneidad; y el psicoticismo muestra a un individuo hostil, egocéntrico, impulsivo, de cognición rígida predisponiendo al sujeto al trastorno de personalidad antisocial (Schmidt et al., 2010).

5.6. Trastornos de la personalidad

Un trastorno mental según la American Psychiatric Association, (2014) corresponde a un síndrome que se caracteriza por altas variaciones frente al estado cognitivo, comportamental, emocional de manera significativa en un individuo, en donde la función de los procesos biológicos, del desarrollo y psicológicos se encuentran afectados, de manera que las funciones mentales se hallan altamente fragmentadas, indicando la probabilidad de la manifestación de una discapacidad en las distintas esferas del sujeto, tal como la interpersonal, laboral, académica, entre otras.

Así mismo, el trastorno mental se identifica por la manifestación de conductas observables las cuales perturban de manera importante las relaciones con el entorno, estados emocionales, los patrones culturales y las creencias, interfiriendo notablemente en las actividades cotidianas de la persona. Esta patología se presenta mediante lo físico, cognitivo, perceptivo, emocional y comportamental en hombres y mujeres a partir de la infancia, adolescencia y adultez a nivel mundial; el surgimiento de esta afectación se debe a los distintos factores ambientales, psicológicos y biológicos a través de la genética y la herencia y uno de ellos son los trastornos de personalidad (OMS, 2006).

El trastorno de personalidad es un patrón atípico, clínico y perdurable que afecta de manera significativa la cognición impidiendo la percepción de sí mismo y la de los demás a través de la manifestación de la experiencia interna del individuo, en donde claramente la conducta, las respuestas emocionales, afectivas y las relaciones sociales se ven considerablemente afectadas, en conjunto con la ausencia del control de los impulsos, lo que rompe notablemente los esquemas sociales y culturales. La etapa de manifestación de los trastornos de personalidad es desde el inicio de la adolescencia y adultez temprana. Cabe señalar que los trastornos de la personalidad son egosintónicos, lo que indica que la sintomatología que muestran las personas no generan malestar, debido a que las consideran como propias de su personalidad y permanecen a lo largo de la vida del sujeto (Bastida et al., 2019; American Psychiatric Association, 2014; Almeida, 2016).

También según la Organización Mundial de la Salud referido en González (2011) el trastorno de personalidad corresponde a numerosas alteraciones extremas en términos psicológicos y conductuales clínicamente persistentes, demostrando características fuera de lo socialmente aceptado en las maneras de proceder y de relacionarse con el mundo y consigo mismo, dichas alteraciones se deben a factores endógenos como lo es el biológico que surge a medida que se va desarrollando la persona y por factores exógenos indicando el resultado de experiencias poco satisfactorias en la vida del sujeto.

Ahora bien, los trastornos de personalidad pertenecen a una línea disfuncional en la cual la adaptación y equilibrio se encuentran altamente afectados, al igual que la inflexibilidad y rigidez cognitiva, y la percepción frustrante que no permiten una óptima relación con el medio ambiente y con sí mismo, generando círculos viciosos en el

comportamiento y malestar en el entorno; como también la presencia de labilidad que interfiere en la elasticidad de afrontamiento de situaciones estresantes y que requieran de un apropiado control (Cardenal, Sánchez y Ortiz, 2007).

El servicio de psicología clínica y del desarrollo (PSISE, s.f) indica que estas alteraciones estables perturban el desarrollo y funcionamiento de la personalidad y que a pesar de presentar cuadros clínicos, no es en todos los casos evidente, por ello es importante mencionar que para identificar los trastornos de personalidad y los rasgos de personalidad es mediante los desconciertos de las normas sociales y los aceptados límites culturales los cuales se transforman en notorias dificultades ante la adaptación al entorno, las relaciones afectivas y sociales y a la habituación de la vida real del individuo; del mismo modo, existen personas con trastornos de personalidad que cuentan con cierto nivel de estabilidad y rasgos que se presencian en individuos en los que no se halla la patología, los cuales brindan la posibilidad de adaptarse de cierta manera al contexto que les rodea, también el reconocimiento de la patogenicidad de algunos factores. Con respecto a la esfera cultural, es relevante tenerla presente, debido a que algunos rasgos de personalidades funcionan mucho dentro de algunas culturas e indican la importante adaptabilidad del sujeto al contexto en el cual se encuentran inmersos (Almeida, 2016).

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM V que clasifica el trastorno de personalidad en varios trastornos, los cuales se ubican tres (3) grupos: *grupo A* se hallan el trastorno de personalidad paranoide, trastorno de personalidad esquizoide y trastorno de personalidad esquizotípica los cuales hacen referencia a la desconfianza, excentricidad y evitación de las personas; *grupo B* se encuentran el trastorno de personalidad antisocial,

trastorno de personalidad límite (borderline), trastorno de personalidad histriónica y trastorno de personalidad narcisista corresponden a impulsividad, variabilidad emocional, conductas de dramatización e imprevisibilidad; y *grupo C* se ubican el trastorno de personalidad evasiva, trastorno de personalidad dependiente y trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, se caracterizan por la presencia de ansiedad, inhibición y miedo. Con base en los distintos criterios se realizan los distintos diagnósticos, sin embargo, es apropiado hacer uso de instrumentos específicos que midan y arrojen datos confiables con el respaldo de referencias de distintas fuentes de información (Bastida et al., 2019; APA, 2014; PSISE, s.f; Chiclana y García, 2011).

5.7. Grupo A - Trastorno de la personalidad paranoide:

Según la APA (2014) cuando se habla de este trastorno de la personalidad paranoide, hace referencia a la intensa desconfianza hacia las demás personas generando interpretaciones de sus actos como maliciosos y dañinos, los cuales se manifiestan a inicios de la etapa adulta, por consiguiente son personas patológicamente celosas, que detectan amenazas y explotación por parte del entorno, causando reacciones agresivas y combativas en el sujeto paranoide, sin embargo, hay casos en el que el deterioro social no se encuentra afectado puesto que la lectura que tienen del contexto es preciso y por consiguiente tienen la capacidad de guardar para sí mismos ideas y creencias percibidas del contexto, a excepción de la presencia del juicio deteriorado que tienen ante las amenazas emitidas por su realidad y es por esta razón los problemas no serán asumidos por sí solos, sino, atribuirán la culpa y responsabilidad a las demás personas (Turriago y Ferre, 2015).

El trastorno de la personalidad paranoide origina en las personas actitud autorreferencial permanente y sentimientos excesivos de importancia, en tanto se consideran seres objetivos, racionales y orgullosos por los niveles de poder que consideran poseen siendo esto un motivo para desarrollar competencias que terminan alterando de manera negativa sus relaciones interpersonales y trabajo en equipo; afectivamente son planos y de carácter rígido lo que nos les permite tener un acercamiento de las personas, sin excluir la posibilidad de tener una relación afectiva a pesar de que consideran que su pareja les traiciona constantemente. Los pacientes con el trastorno de personalidad paranoide no presentan alucinaciones y sus ideas delirantes son concretas por el daño que pueden sufrir, aunque el trastorno del pensamiento no es tan marcado como en la esquizofrenia paranoide, no obstante, la dificultad que hay para la toma de consciencia frente a la patología es marcada debido a que consideran que los demás actúan en contra, forjando de esta manera actitudes defensivas (Rubio, s.f).

Como se indica en Galvez, Mingote y Moreno (2010) y APA (2014) los trastornos de la personalidad paranoide se caracteriza por la marcada preocupación y sospecha frente al daño que pueden causar las demás personas y las intenciones de explotación ya sea en términos laborales; impaciencia significativa debido a la falta de lealtad por parte de los seres que los rodea y la marcada percepción de infidelidad por parte de la pareja agudizando de esta manera los celos irracionales; escasa disposición para otorgar confianza a los demás por el injustificado miedo de ser objeto para actos malévolos y de ser utilizado para suministrar información que posteriormente será utilizada en su contra; lecturas erróneas de hechos positivos de los cuales solo extrae significados poco satisfactorios en la que el sentimiento de rencor hacia el entorno se agudiza y no se olvida; su percepción

reveladora de ataques violentos contra su carácter, personalidad y contra el concepto que tiene la sociedad del paranoide lo predisponen a reaccionar de forma agresiva e irascible.

5.8. Grupo A - Trastorno de la personalidad esquizoide

El trastorno de la personalidad esquizoide es la afectación significativa en las relaciones interpersonales, las cuales incluye la comunicación entre familiares y amigos, debido a que los pacientes esquizoides prefieren permanecer solos sin ningún tipo de contacto con el ambiente; en escasas situaciones tienen pareja, dado que temas como el sexo y el contacto físico no hacen parte del cuadro de prioridades (Choi-Kain, 2016), de este mismo modo se indica en APA (2014) que el trastorno de la personalidad esquizoide contiene un patrón que predomina en el desapego en las relaciones personales e intrapersonales, escasa capacidad de expresión de emociones en los distintos contextos sociales y cuya manifestación se presenta al inicio de la etapa adulta.

También se indica que las personas con trastorno de la personalidad esquizoide de manera insuficiente experimentan emociones fuertes como la alegría y la ira, lo cual indica la escasa emisión de conductas agresivas, igualmente prefieren estar la gran mayoría del tiempo solos o ejecutan labores principalmente en jornada nocturna, fortaleciendo el trabajo individual y no en equipo, no presentan alteraciones de sensopercepción ni del pensamiento, puesto que el conflicto principal es la ausencia de interés de tener contacto social; esta patología suele manifestarse a partir de la etapa de la infancia, la cual es de prolongada duración y la conducta permanece a lo largo de la vida (Rubio, 2019).

Refieren Penado y González (2015) que estos sujetos tienen una condición médica la cual involucra el pensamiento concreto y el impulso a que tener una lectura de sí mismos

de ser autosuficientes y de contar con la capacidad de afrontar todo tipo de situaciones lo que los lleva a pensar a que no pertenecen a esta realidad, por lo tanto, el interés social es nulo debido a que consideran que toda actividad interpersonal no brinda resultados satisfactorios y que todo individuo demuestra ser intruso en sus vidas y que además interfieren en el desarrollo de sus emociones y cotidianidad, conllevándolos a permanecer aislados y en soledad de manera voluntaria; por consiguiente, se caracterizan por su marcado perfil introvertido y reservado y por la ausencia de emitir respuestas placenteras frente a todo tipo de estimulaciones en tanto presentan un alto déficit de vitalidad.

Por consiguiente, este trastorno se identifica por la soledad, las constantes elecciones de ejecutar actividades de forma individual, indiferencia en las reacciones frente a halagos, mensajes positivos o negativos por parte de otros, ausencia de afectaciones de autoestima, inusual impulsividad y conductas disruptivas; sin embargo, el autoaislamiento no siempre es desfavorable, dado que el esquizoide es una persona que se destaca en el área de las artes, en investigaciones científicas y en avances literarios (Turriago y Ferre, 2015; APA, 2013; Sánchez, 2011).

Estos casos también surgen debido a factores de riesgos exógenos, tal como indican Main y Weston (1982) y Grossmann y Grossmann (1991) referidos en Sánchez (2011) en tanto que los padres en algunas circunstancias son distantes de los niños, aversivos al contacto físico, hostiles e inexpresivos, dispersión en las respuestas emocionales por parte de los cuidadores en situaciones de tristeza y negligencia frente a la modalidad de apego, son conductas que logran ser aprendidas desde la infancia generando resistencia y autosuficiencia de defensa en la persona, implicando esto, conductas de evitación de

contacto con los demás y lecturas de inseguridad hacia terceros y ausencia de confianza; y factores endógenos, debido a patrones genéticos en los cuales uno de los padres o familiares de tercer grado que presenten trastornos de la personalidad esquizoide o trastorno esquizotípico de la personalidad (Mayo Clinic, 2017).

5.9. Grupo A - Trastorno de la personalidad esquizotípica

Según APA (2014) el trastorno de la personalidad esquizotípica corresponde a una deficiencia en las relaciones íntimas y sociales debido a la presencia de distorsiones perceptivas y cognitivas, las cuales dirigen excentricidades en las conductas de los sujetos en todo tipo de contextos; la manifestación de este trastorno se evidencia al inicio de la etapa adulta, sin embargo, también en la infancia. Debido a este trastorno, los individuos presentan interés por las creencias supersticiosas e inquietud por los fenómenos paranormales, como también considera que poseen elevados poderes sobre las demás personas lo que demuestra la rígida comunicación e inapropiada atención a los códigos sociales (Ferrer et al., 2015).

Debido al trastorno, las personas no tienen una clara comprensión de las conductas y maneras de ser de los sujetos, generando esta situación niveles altos de ansiedad social y evitación de todo tipo de contacto externo, lo cual también afecta la comunicación con sus familiares; seguido a esto, el esquizotípico presenta un discurso y pensamiento estereotipado y fuera de lo usual, puesto que tienen creencias mágicas tal como la telepatía, el sexto sentido y fantasías, esta última en el caso de que la manifestación sea en niños y adolescentes; el habla se torna afectada ya que puede ser concreta en conjunto de expresiones extrañas. Suelen tener un aspecto de desorganización ya que su forma de vestir

no es la más apropiada y limpia, y el lenguaje no verbal se torna atípico ya sea porque emiten gestos extraños o evaden el contacto visual. Por otro lado, es relevante señalar que el trastorno de la personalidad esquizoide no se debe confundir con la esquizofrenia, dado que a pesar de que tienen sintomatología similar, el paciente esquizotípico no pierde el contacto con la realidad (Sarmiento, s.f; Choi-Kain, 2016).

Referente a la causa del trastorno de la personalidad esquizotípica, según Choi-Kain (2016) se considera que es debido principalmente a factores biológicos, en tanto que las irregularidades y sintomatología es similar a la de la esquizofrenia ya que es común su aparición cuando familiares de primer grado han sido pacientes esquizofrénicos o de algún otro trastorno psicótico, no obstante, no presentan desorganización en el pensamiento ni en las acciones.

5.10. Grupo B - Trastorno de la personalidad antisocial

El trastorno de la personalidad antisocial hace referencia a la manifestación de irritabilidad y agresividad fácilmente hacia las demás personas, principalmente en contextos en los cuales la amenaza y la intimidación están presentes para los sujetos que padecen este trastorno, así mismo, la incapacidad de adaptación a las normas y códigos sociales se ve altamente afectada en tanto que estas de alguna manera dirigen la conducta a partir de la adolescencia y adultez. Este tipo de conductas suelen aparecer a inicios de la vida de la persona, ya sea en la infancia y adolescencia, aunque los síntomas también se pueden presentar en la adultez (Holguín y Palacios, 2014).

De igual manera se encuentra que el trastorno de la personalidad antisocial es descrito por APA (2014) como un patrón de inatención y de infracción de los derechos de las personas a través de las constantes mentiras, provecho del otro por placer personal, agresiones físicas, impulsividad e irritabilidad, imprudencia frente a la seguridad de sí mismo y la de los demás; como también en los niveles de irresponsabilidad debido a la incapacidad de mantener una conducta laboral constante y coherente en conjunto con el incumplimiento de los deberes económicos, y la carencia de remordimiento debido al maltrato o daño ocasionado a otros individuos. Este trastorno se produce en la vida del sujeto a partir de los 15 años, no obstante, se ha identificado su origen desde la infancia.

Además, este trastorno se manifiesta con frecuencia más en los hombres que en las mujeres, como también en los individuos más jóvenes de todos los niveles socioeconómicos y por lo habitual las relaciones afectivas no son de larga duración, dado que por lo general están divorciados, separados o en algunos casos nunca han contraído matrimonio y generalmente viven solos. De este mismo modo, se ha demostrado que la conducta antisocial está guiada por la participación en peleas, en robos, en el daño de bienes ajenos, el porte ilegal de armas para herir a las personas sin importar la edad, actos de abuso sexual y homicidio, excluyendo todo tipo de sentimiento de arrepentimiento por parte del sujeto antisocial. Estos rasgos están respaldados por factores genéticos en un gran porcentaje, igualmente por el contexto social en el que haya crecido el sujeto mediante el aprendizaje de comportamientos violentos por parte de otros (Holguín y Palacios, 2014).

Dice Tamez (2002) mencionado en Tocaven (1992) que el trastorno de la personalidad antisocial se caracteriza por la ejecución de conductas inadecuadas y

desajustadas que conllevan a cometer delitos que afectan el ambiente social, y que además no logra emitir respuestas que brinden soluciones a las distintas situaciones de conflictos a pesar de que su contacto con la realidad no se pierde; a su vez es relevante indicar que el individuo antisocial exterioriza la incapacidad de reconocer figuras de autoridad, carencia en adaptación y de alcance a las normas sociales; también es de destacar que el alto coeficiente intelectual es uno de los factores que predomina en esta patología y el componente narcisista, lo que influye en la conducta de astucia y de sometimiento al otro lo que proporciona sensaciones placenteras, en tanto que su esfera afectiva es casi nula por lo que sus frustraciones y tensiones las expresa mediante el deseo de odio y de causar daño a los demás, a tal punto que no logra su identificación con el entorno que lo rodea y por consiguiente busca la manera de modificarlo o eliminarlo; es por ello que los índices de criminalidad aumentan a partir de los 20 años y decrecen posterior a los 50 años de edad.

También se encontró en Bertón et al., (2017) que uno de los factores que más influye en los rasgos antisociales y que impulsa en la ejecución de conductas agresivas y violentas es el déficit de atención, de detección de insatisfacciones y empatía con las demás personas, la ausencia del adecuado procesamiento de las emociones y dificultades en el circuito de la lógica social e insensibilidad extrema. De igual forma, el sujeto diagnosticado con trastornos de la personalidad antisocial muestra una elevada incapacidad para entender y asumir la postura y perspectiva del otro debido a la carencia de preocupación, por lo tanto, se muestra el comportamiento agresivo y violento desarrollado hacia las otras personas por las afectaciones cognitivas, conductuales y emocionales desde la infancia y la adolescencia (Arango et al., 2014).

Según Restrepo, Ruiz y Arana (2015) se ha encontrado asociación en la disfunción del lóbulo frontal el cual se encarga de la ejecución y coordinación de funciones ejecutivas y las habilidades cognitivas superiores significativas para llevar a cabo soluciones a las distintas situaciones conflictivas que se presentan a lo largo de la vida, en conjunto con la capacidad de organizar, ejecutar y regular las emociones, para la posterior toma de decisión y exposición de las acciones en la cotidianidad, es por ello que la persona diagnosticada con trastorno de la personalidad antisocial no visualiza la magnitud de las consecuencias que todo acto tiene, por consiguiente la ejecución de conductas desviadas y persistentes conllevan al sujeto a cometer homicidios y delitos de gran magnitud sin la posibilidad de tener sentimientos de culpa y de remordimiento, debido a la significativa pobreza afectiva; por consiguiente, también se caracteriza por la conducta sexual temprana, manipulación de las personas para obtener beneficios personales, ausencias de los distintos contextos sin previa autorización por parte de sus superiores en el caso de infantes y adolescentes, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, carentes de identificación de emociones entre esas el miedo en tanto le facilita al individuo el reto a estar inmerso en situaciones peligrosas, la interpretación de los valores morales aceptados social y culturalmente se ve afectada de manera que a pesar de recibir castigos frente a la ruptura de estos valores el sujeto no modifica sus acciones violentas.

5.11. Grupo B - Trastorno de la personalidad límite

Se halla en APA (2014) que el trastorno de la personalidad límite concierne a un factor de inestabilidad dominante frente a las relaciones interpersonales, afectiva y de autoimagen cuya presentación se evidencia en los distintos ambientes personales y sociales

a inicios de la adultez. Está acompañado por un patrón marcado de conducta que se basa en la inestabilidad emocional, la baja autoestima, conflicto para el control de los impulsos, variaciones en la conducta alimentaria, las relaciones afectivas son de poca duración e intensas emocionalmente, la identidad personal o de género se ve confusa en tanto no logran aclarar su orientación sexual en algunos casos, carentes de objetivos de vida lo cual es generador de vacíos que se expresan a través de brotes emocionalmente desorganizados promoviendo las conductas autolesivas, violentas y suicidas. El paciente límite suele sobrevalorar las relaciones interpersonales que posteriormente pasan a un plano de devaluación causando en el sujeto conductas amenazantes para los demás, así mismo, emiten conductas de consumo de sustancias psicoactivas con el objetivo de huir por un lapso de la realidad, tienen cambios de humor de manera recurrente y de modo transitorio presentan ideas paranoides. Según estudios esta patología se presenta en un mayor porcentaje en la población femenina (Turriago y Ferre, 2015).

En cuanto a la expresión de las emociones, el individuo con trastorno de la personalidad límite manifiesta torpeza al expresar de manera verbal las emociones y en los contextos no indicados, es por ello que en ocasiones su lenguaje no verbal permite la aparición de malos entendidos y percepción de comportamientos inapropiados, afectando de manera relevante las relaciones íntimas, familiares y sociales e incluso el aumento del deterioro de la salud mental Bakhshizadeh et al., (2019); así mismo, indica Fernández (2017) que los síntomas más evidentes en el trastorno de la personalidad límite es el pensamiento dicotómico del tipo negro o blanco, ansiedad, imposibilidad de permanecer solo lo que infunda el miedo al abandono ya sea por fantasías o situaciones reales, presencia de labilidad emocional y afectiva.

El sujeto límite tiende a ofenderse con precisa facilidad por cualquier tipo de situación así sea la menos importante causando irritabilidad y sentimiento de encontrarse sumergido en el desastre accediendo a episodios extremos de apatía, ansiedad, ira y conductas agresivas, lo que provoca el rechazo de las demás personas; sus niveles de manipulación son dominantes en tanto no muestran interés en asumir responsabilidades y de manera frecuente alicaídos con la intención de infundir sentimientos de culpa en sus familiares para que la atención hacia el límite aumente y cognitivamente presenta cambios de pensamientos e ideas de manera repentina y contradictorias hacia los demás y de sí mismo. En el plano afectivo, el límite siente un vacío crónico, de desilusión, de desprecio por parte de las otras personas lo que implica que sus relaciones familiares, académicas, laborales y sociales fracasen, a pesar que en ocasiones tengan la intención de resolver las situaciones incómodas, las conductas conflictivas reaparecen y la reincidencia en el fracaso permanece; y con respecto a los episodios psicóticos, el individuo límite presenta pérdidas de contacto con la realidad en conjunto de la ausencia del control emocional y cognitivo, estos episodios son reversibles y cíclicos mediante cuadros de caídas y de recuperación, no obstante, se encuentran las conductas frecuentes suicidas y de automutilación en respuesta a momentos de crisis emocional y de otros posibles factores como abuso sexual en la infancia, pérdida significativa de algún ser querido o por la presencia de comorbilidad de trastorno (Belloch y Fernández, 2010; Vera et al., 2019).

5.12. Grupo B - Trastorno de la personalidad histriónica

Se encuentra en Bernal y Ferre (2015) que el trastorno de la personalidad histriónica se identifica de manera usual en mujeres y se caracteriza por el desmedido desborde

emocional y exagerada búsqueda de atención, sus conductas teatrales y coquetas buscan obtener el papel protagónico en los distintos contextos; presentan insuficiente tolerancia a la frustración y cambios excesivos de humor, indicando además fracturas en las relaciones interpersonales e íntimas debido a que se tornan tormentosas. El histriónico suele ser seductor, preocupado de manera excesiva por su apariencia física ya que su autoestima puede hallarse frágil, detallista de manera significativa y dramático, al punto que exagera la sintomatología en los casos de asistir a las citas médicas; sin embargo, también presenta cuadros de sensación de vacío afectivo y comportamiento autodestructivo.

Por lo general el diagnóstico se realiza a inicios de la etapa adulta sin exclusión de contexto social y cuya manifestación se evidencia a través de sensación de incomodidad en situaciones en las cuales el sujeto no es protagonista; el histriónico permite ser influenciado de manera fácil por las distintas situaciones y supone que las relaciones con las demás personas son estrechas lo que genera futuros conflictos (APA, 2014).

A pesar de que se ha encontrado mayor prevalencia el trastorno de la personalidad histriónica en mujeres, también se ha identificado en cierto porcentaje en hombres en los que los rasgos conductuales son diferenciados debido a que los hombres histriónicos exageran su sexualidad, masculinidad y conquista sin la intención de obtener una relación estable; muestran una expresión verbal fluida en la que señalan ser halagadores y simpáticos lo que les facilita ir al contexto sexual, no obstante, presentan rigidez pasional, ausencia de expresión emocional y afectiva, situación que lo pone en evidencia en la carencia de la continuidad del guion de conquista y por ende surgen las conductas de rechazo hacia la pareja e indecisión sobre sus sentimientos. Para el caso de los

homosexuales y bisexuales, el factor histriónico es excesivo en el que se pone de manifiesto la conducta femenina y seductora (Oliveros, s.f).

La personalidad histriónica es dependiente, egocéntrica e inmadura y tiende a tener fantasías que influyen en la variabilidad emocional, en la percepción errónea de las circunstancias en las que pueden ser reactivos y sentirse humillados sin mayor dificultad. En ocasiones expresan conductas violentas, solo en aquellos casos en los que el sujeto presente comorbilidad con el trastorno de la personalidad antisocial, puesto que además lo induce a optar por la capacidad de seducción y manipulación de un grupo de personas para encontrarse inmersos en actividades que involucren actos agresores (Esbec y Echeburúa, 2010; Echeburúa y Del Coral, 1999).

5.13. Grupo B - Trastorno de la personalidad narcisista

El trastorno de la personalidad narcisista descrito en APA (2014) es un patrón predominante en la sensación de grandeza que afecta significativamente el comportamiento debido a la falta de empatía con las demás personas y necesidad excesiva de admiración. Los sujetos diagnosticados con esta patología manifiestan conductas de confianza desmedida como componente de evitación de depresión, vergüenza y dependencia que contribuyen a la alteración de su cognición y funcionamiento social (Prado et al., 2016)

Se describen por tener un alto sentido de autoimportancia, en tanto se piensan como seres especiales que merecen un trato singular que no les permite identificar sentimientos en los demás sujetos y por esta razón, suelen ser pretenciosos sin la mínima posibilidad de lograr empatía con el otro, ya que su autoconcepto se halla frágil y por tanto es un

mecanismo que usan para no ser rechazados por su círculo social y para no exponer sus debilidades, no suelen ser agresivos a menos que noten que una situación no se esté ejecutando según sus necesidades (Turriago y Ferre, 2015).

Las personas con trastorno de la personalidad narcisista, clínicamente poseen una elevada necesidad de ser admirados por toda la apariencia que logren proyectar, se muestran envidiosos ante el éxito ajeno y son incapaces de tolerar eventos de rechazo por parte del entorno social; de igual manera, no logran identificar los sentimientos de otros sujetos en quienes hacen sus descargas emocionales según consideren junto con las ideas paranoides y autoritarias que impulsan en la ejecución de las conductas agresivas como respuestas a su egocentrismo afectado, también es importante indicar que el narcisismo es uno de los rasgos que caracteriza a individuos violentos, sobre todo en aquellos diagnosticados con trastorno de la personalidad antisocial quienes de manera habitual priorizan sus deseos sobre los derechos de los demás, así mismo, se ha registrado narcisismo en agresores sexuales debido a que tienen la lectura de que pueden ejercer todo tipo acciones en pro de sus necesidades y en ocasiones es una manera de ocultar la vulnerabilidad de su autoestima; al mismo tiempo, el narcisismo se exterioriza también por la exagerada espera de obtener reconocimiento, prepotencia, ideas fantasiosas respecto a la adquisición de un amor perfecto, de poder, de belleza, de ser exclusivos y por lo tanto solo pueden relacionarse con personas de alto estatus social y no muestran disposición para el reconocimiento de emociones y sentimientos en las demás personas (APA, 2014; Esbec y Echeburúa, 2010).

Concerniente a la aparición de esta patología menciona Mayo Clinic (2018) que se ha encontrado que es debido a factores genéticos, sobre todo, cuando los padres han sido diagnosticados con la patología y el niño es vulnerable biológicamente, también por factores ambientales como por ejemplo relaciones sobreprotectoras, relaciones fragmentadas entre padres e hijos, por exceso de halagos desde la infancia de manera constante y desmedida, o por juicios de valor que de alguna forma no aportan una experiencia positiva para el niño o el adolescente; e igualmente por factores neurobiológicos en el que la conexión entre el cerebro, cognición y conducta se encuentra afectada. Se ha detectado mayor presencia en hombres que en mujeres a partir de la infancia, adolescencia o inicios de la etapa adulta.

5.14. Grupo C - Trastorno de la personalidad evasiva

Indican Olivares-Olivares, Maciá, Chittó, Olivares y Amorós (2014) referido en Pinta (2018) que el trastorno de la personalidad evasiva corresponde a un patrón sistemático de abstención social y de autoconcepto altamente vulnerable debido a que presenta sentimientos de inferioridad; los pacientes de este trastorno también se muestran susceptibles ante la baja o negativa calificación que otorguen las demás personas, lo que genera conductas evasivas en los distintos contextos sociales; también se dice que este tipo de trastorno se presenta en agresores sexuales.

Las personas diagnosticadas con este trastorno se caracterizan por un rasgo dominante de inhibición social que se muestra en la esfera social y aparece en los inicios de la adultez. Los evasivos carecen de la capacidad de establecer relaciones con los demás sujetos por lo que optan por el aislamiento total, pues de manera permanente se sienten

inseguros de sí mismos y con temor a ser ridiculizados, criticados y rechazados, circunstancia que no permite su adaptación frente a las relaciones interpersonales, y de esta manera no logran asumir retos personales o involucrarse en actividades novedosas debido a que pueden resultar incómodas; tampoco les agrada hablar de su vida personal por la percepción constante de ser despreciados lo que causa en ellos las desapariciones de los espacios sociales de manera repentina excusándose por la aparición de algún síntoma (APA, 2014; Choi-Kain, 2016).

Así mismo, son personas que no tienen una construcción positiva de su autoestima debido a su propia desvalorización, razón por la cual la inseguridad patológica, el estado constante de alerta y la preocupación por sí mismos es elevada, afectando de esta manera el aspecto emocional e impidiendo el adecuado desarrollo y afrontamiento de las relaciones interpersonales e íntimas, las que de algún u otro modo quisieran poder tener. Las barreras mentales incrementan la reducción del círculo social, situación que deriva el aumento significativo de nerviosismo, evitación a la intimidad, anhedonia, discurso enlentecido y escaso, y vulnerabilidad ante la fortaleza emocional en tanto se presentan sensibles y tal vez irascibles ante momentos en los que consideren y perciban de manera distorsionada críticas por parte de otros. Los evasivos, a pesar no tener habilidades sociales, cuentan con la capacidad de desarrollar competencias artísticas gracias a la gran imaginación que poseen y de esta manera suelen centrar la atención en su universo interno. Esta patología surge debido a factores de predisposición genética, factores ambientales tal como lo pueden ser las pautas de crianza en la que los padres sean sobreprotectores y presenten a sus hijos el contexto social como una constelación de peligros, de otro modo, también se puede manifestar debido a experiencias significativamente incómodas para el sujeto en las que

hayan sido objeto de burla y rechazo por parte de sus pares durante su infancia o adolescencia etapas en las que las personas son altamente vulnerables; de otro lado es importante indicar que los rasgos evasivos en culturas como la anglosajona son expresión de una adaptación positiva al entorno en tanto las personas suelen mostrar un distanciamiento social notable (Almeida, 2016).

5.15. Grupo C - Trastorno de la personalidad dependiente

Las personas a las cuales se les ha detectado el trastorno de la personalidad dependiente exteriorizan la necesidad desmedida de ser protegidos, amados y ser prioridad de sus familiares u otros sujetos debido al miedo que sienten por la creencia de la posibilidad de distanciamiento o abandono de lado de los otros, ya que sus conductas sumisas y sus pensamientos incapacitantes no permiten el adecuado funcionamiento en las distintas áreas más aún cuando se encuentran en situaciones estresantes, por ende buscan la manera de ser atendidos por los demás. El dependiente en todo momento haya la razón a las otras personas sin importar su propio criterio, de manera que se autoincapacita frente a la toma de sus propias decisiones e indicando de esta manera su bajo autoconcepto; no se sienten preparados para ejecutar actividades por sí solos pues carecen de confianza en su propio juicio, a excepción de aquellas que le sean encomendadas sin importar lo agradables o no que puedan ser (Chiclana y García, 2011; Rodríguez et al., 2016).

Del mismo modo, se identifica según APA (2014) la dominante necesidad de ser cuidados y el apego excesivo hacia los demás dado que no se sienten capaces de cuidar de sí mismos, tampoco cuentan con la habilidad de expresar su pensamientos y desacuerdos por temor a perder el apoyo y aprobación de los otros sujetos; respecto a las rupturas de

relaciones que consideran estrechas buscan de manera inmediata y desesperada otra que logre reemplazar ese vacío de cuidador. La manifestación de este trastorno se evidencia al final de adolescencia y a inicios de la etapa adulta en los distintos contextos.

También es relevante mencionar que el trastorno de la personalidad dependiente surge a partir del componente biológico en la mayoría de los casos tal y como indica Fernández (s.f), el componente exógeno igualmente es un factor relevante para la generación de esta patología en tanto los niños que desde temprana edad han sido sobreprotegidos crea ansiedad afectiva, autoimagen débil y percepción en ellos de ser incapaces de valerse por sí mismos, y de la misma manera la conducta de sumisión innata de algunas personas puede ser motivo de alto riesgo para desarrollar este trastorno; de otro lado, como señala Bornstein (2012) citado en Fernández (s.f) el trastorno de la personalidad dependiente posee componentes tal como el cognitivo en el cual se evidencia la percepción distorsionada que tiene el sujeto de sí mismo como un ser ineficaz e incapaz; componente afectivo en el que se demuestra los niveles de ansiedad social debido al temor de ser evaluaciones negativamente; componente motivacional marcado por la significativa necesidad de ser orientado y aprobado por los demás todo el tiempo y el componente conductual que hace énfasis en lograr las estrategias para construir lazos afectivos generalmente con personas dominantes.

5.16. Grupo C - Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Señala Villena et al., (2018) que el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se identifica principalmente por dos factores: obsesiones y compulsiones. En donde se indica que obsesión hace referencia a la rumiación de pensamientos, aparición de

imágenes de manera persistente las cuales generan altos malestares en los sujetos; y compulsiones son las acciones que el sujeto lleva a cabo para eliminar las obsesiones o para equilibrarlas, lo que interfiere en las distintas áreas de la vida. Este trastorno por lo general aparece en la preadolescencia y antes de los 25 años y predomina entre el 1 y el 2% de la población sin notorias diferencias entre países.

Como se indica en National Collaborating Centre for Mental Health (2006) este trastorno de la personalidad se manifiesta a través de obsesiones o compulsiones aunque en la gran mayoría de los casos ambas se manifiestan al tiempo. Las obsesiones corresponden a los pensamientos intrusivos originados por las mismas personas y no por el entorno causando angustias y cogniciones irracionales de manera universal a pesar de que los pacientes consideren que estos pensamientos hacen parte de su personalidad, sin embargo, en momentos las obsesiones son tratadas de controlar o de resistir, pero en los casos cuya patología es crónica es imposible de lograr. Así mismo, las compulsiones hacen referencia a los actos mentales que conllevan a las personas a hechos con la intención de poner fin a esas obsesiones, estas compulsiones pueden ser observables las demás personas en circunstancias como cuando los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se lavan las manos de manera repetitiva y con agua muy caliente para eliminar los gérmenes que se adquieren en la atmosfera debido al miedo a la contaminación o porque cierran las puertas contando hasta cierto número indicándoles seguridad, a estas acciones se les llama “ritual” concepto alusivo a compulsión; de este mismo modo, la rumiación de pensamiento referente a la necesidad excesiva de orden y precisión impulsan a la aparición de las compulsiones que impulsan a los individuos con TOC a buscar respuestas a esas obsesiones logrando organizar de manera simétrica exacta y en filas a algunos objetos.

El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se caracteriza por el patrón dominante de inquietud, impaciencia y preocupación significativa por las normas, los detalles, por el orden, el control mental y el de los demás, de manera que se hace a un lado el objetivo principal de la actividad a realizar; el elevado nivel de perfeccionismo en ocasiones interfiere en la finalización de actividades debido a que toda culminación debe cumplir con sus propias normas, sin embargo, presenta dedicación al trabajo de manera completa y extrema dejando de lado las actividades que involucren hobbies o reuniones sociales, sin la necesidad de obtener cierto estatus financiero, no obstante consideran positiva la avaricia en tanto creen que la acumulación de dinero es importante para resolver futuros temas catastróficos. Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son altamente conscientes, en estado de alerta y cognitivamente inflexibles en el marco de la moral, la ética o los valores; también son acumuladores dado que se ven incapaces de deshacerse de objetos sin ningún valor emocional o que simplemente son inútiles, y su obstinación y rigidez son evidentes (APA, 2014).

De otro lado, los obsesivos compulsivos creen que pueden anticipar el peligro y la amenaza por ende consideran que tienen el control de equilibrar o prevenir las situaciones que se tornen perjudiciales para el sujeto como si fueran seres omnipotentes; de esta manera el sentimiento de culpa, el miedo y los notorios niveles de responsabilidad son uno de los factores principales del pensamiento obsesivo lo que desencadena las conductas compulsivas las que tratan de evitar la ejecución de los daños que ven venir. Frente al origen de esta patología aún no se haya una respuesta exacta, no obstante, se ha identificado que los casos se deben a la predisposición biológica por familiares de primer grado, también por el contexto en el cual se haya encontrado inmerso el sujeto afectando de

manera importante su psicología, ya sea por situaciones estresantes, formas de aprender, los antecedentes que tenga socialmente o por los rasgos de personalidad (Lancha y Carrasco, 2003).

Esta patología afecta considerablemente la vida de los individuos diagnosticados, en tanto que el TOC impulsa a la emisión de acciones que generan un impacto negativo en las demás personas, al punto de afectar las relaciones interpersonales en la que la insatisfacción y discordia son notables, además conlleva a la ruptura de noviazgos y matrimonios por miedo a llevar a cabo actos sexuales inadecuados e interferencias destructiva en el ámbito académico y laboral; patología que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una de las más incapacitantes debido a la disminución elevada de la calidad de vida, es crónica y probablemente permanece por el resto de la vida. Debido a las obsesiones y compulsiones los sujetos suelen perder mucho tiempo de su vida cotidiana dado que el malestar clínico les impulsa a realizar acciones que les toma más de una hora al día, situación que ha sido reconocida por algunos pacientes causando en ellos horrores (Ortiz, 2002; National Collaborating Centre for Mental Health, 2006).

5.17. Pruebas para medir trastornos de la personalidad

Mencionan Esbec y Echeburúa (2014) que los trastornos de la personalidad y sus características no han sido un tema relevante para la evaluación clínica en el ámbito psiquiátrico, ya que en ocasiones las personas con trastorno de personalidad adquieren resistencia a los tratamientos psicológicos y a los tratamientos psiquiátricos causando esta situación un gran nivel de desinterés por parte de los profesionales de la salud mental; no obstante, en ocasiones se retoma la patología dependiendo del nivel de evolución y de la

magnitud de afectaciones en la persona; es por ello que la relevancia de un buen estudio y tratamiento del trastorno de personalidad permiten la adquisición de información enriquecedora para la implementación de recursos, instrumentos de medición con altos índices de confiabilidad y validez, y la adecuada organización de los tratamientos para cada rasgo patológico de la personalidad, contribuyendo de esta manera en la sintomatología que el sujeto manifieste, así mismo, la cognición y conductas para un posterior diagnóstico preciso por parte del profesional. Igualmente, es significativo indicar que se han creado pruebas para la identificación de estas patologías las cuales han contribuido en las investigaciones y han sido de gran utilidad por los profesionales de la salud mental.

5.17.1. Examen internacional para los trastornos de personalidad (IPDE)

Es un instrumento de origen estadounidense de fácil manejo, gran aceptación en las distintas culturas, fiabilidad demostrada y avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cuya puntuación es positiva para un trastorno cuando la suma es igual o superior a 4 ítems contestados como verdadero para cada escala; de igual manera, el cuestionario cuenta con un lenguaje común para ser utilizado por psicólogos clínicos y psiquiatras de Norteamérica, América latina, Europa, África y Asia, y ha sido traducido en 12 idiomas. Este cuestionario fue creado con el objetivo de examinar aspectos de la personalidad, contribuir en la identificación de conductas que conlleven a trastornos de personalidad y al fortalecimiento de diagnósticos o ausencia de los mismos por parte de los profesionales de la salud mental. Este cuestionario consta de dos versiones: la del DSM y la del CIE 10, sin embargo, el que se utilizó para este estudio fue el de la versión correspondiente al DSM el cual está conformado por 77 ítems y cuyas respuestas son de orden dicotómico *falso* o

verdadero con la posibilidad de ser auto administrado en un tiempo no superior a 30 minutos teniendo en cuenta la capacidad de interpretación del evaluado; este instrumento permite al profesional de la salud mental la identificación de la aparición de los distintos trastornos de personalidad como trastorno antisocial de la personalidad, trastorno esquizotípico, trastorno límite de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo. En cuanto al lenguaje del cuestionario, es equilibrado y sencillo con la finalidad de poder ser interpretado sin dificultad y se encuentra organizado en varias sesiones: trabajo, personal, relaciones interpersonales y autocontrol, además, el criterio de aplicación es para hombres y mujeres a partir de los 25 años para establecer de manera precisa los criterios diagnósticos en adultos (IPDE, 1996; Esbec y Echeburúa, 2014).

5.17.2. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)-III

Es una herramienta desarrollada por el psicólogo estadounidense Theodore Millon a la luz del modelo de personalidad y patología, en el que la personalidad se identifica como factor de funcionamiento y de adaptación en las distintas esferas del ser humano y su relación con el ambiente, como la evitación del dolor, la búsqueda del placer, capacidad de adaptación, orientación con los demás y consigo mismo, como también presenta rasgos rígidos. Este cuestionario corresponde al autoreporte para la evaluación de la personalidad en adultos, con base en lo descrito en el DSM IV; contiene 175 ítems de forma de respuesta dicotómica falso o positivo y conformado por 28 categorías que corresponden a patrones básicos y característicos de la personalidad, y trastornos crónicos como dependiente, histriónico, narcisista, esquizoide, esquizotípico, evitativo, paranoide y compulsivo.

También es relevante indicar que posterior a la utilización del inventario en los distintos países se han evidenciado los niveles de confiabilidad y validez (Souci y Vinet, 2013).

5.17.3. MMPI (Inventario Multifacético de la Personalidad)

El inventario multifacético de la personalidad (MMPI) es un instrumento creado por los psicólogos Starke Hathaway y Charles Mckinley en 1940 en Minnesota Estados Unidos. Esta prueba va dirigida a personas mayores de 16 años y con un total de 550 ítems con respuestas entre falso y positivo y con un periodo mínimo de respuesta de 60 minutos, sin embargo, no tiene un tiempo límite para finalizar el inventario, y su objetivo es valorar los rasgos que caracterizan la personalidad patológica en hombres y mujeres, por lo tanto es una herramienta útil para el campo de la psicología clínica, neuropsicología, psicología forense, etc. (González, 2007; Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, s.f).

En la actualidad el MMPI cuenta con la segunda versión (MMPI-2) la cual ha sido de mayor uso en los distintos países de Europa, Norteamérica y Latinoamérica dado que tiene un grado relevante de confiabilidad en las respuestas. Posee 28 escalas de validez: tres (3) escalas que identifican la mentira, la incoherencia y de eficiencia o corrección; diez (10) escalas básicas o clínicas como lo son: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad y feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social; y quince (15) escalas de contenido: obsesividad, miedo, depresión, ansiedad, conductas antisociales, pensamientos extravagantes, preocupaciones por la salud, hostilidad, indicadores negativos de tratamiento, cinismo, problemas familiares, malestar social, interferencia laboral, comportamiento tipo A (afán crónico de obtener las metas en un lapso corto) y baja autoestima, lo que indica buenas propiedades en términos

psicométricos, y que además es una prueba que arroja resultados relevantes ante la evaluación de trastornos de la personalidad y psicopatología en adultos y adolescentes (Zambrano, 2014; Clínica universidad de navarra, 2019).

5.17.4. Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Es un instrumento de perspectiva psicométrica diseñado por especialista en tema de personalidad e integrante del equipo de trabajo de la elaboración del DSM V Leslie Morey en 1991 y en el 2007 se publicó la versión completa en los Estados Unidos, con el objetivo de evaluar la personalidad y psicopatología en sujetos a partir de los 18 años de edad en ámbitos relevantes como el clínico, el forense y laboral, también incluye índices como el potencial de violencia, suicidio y actitud defensiva lo cual permite la plena identificación para la futura intervención y tratamiento a personas que presenten dificultades clínicamente psicológicas. El inventario se aplica de manera individual y colectiva con un tiempo de 45 minutos aproximadamente, sin embargo, el tiempo puede variar y la baremación está dirigida a población clínica, universitaria y general (Morey, 2011).

El cuestionario PAI también fue diseñado para aplicar a la población que no padezca trastornos psicológicos, dado que puede resultar útil para identificar aspectos de la personalidad y de esta manera proponer intervención frente a cambios en las conductas de las personas que así lo requieran. El PAI está constituido por una cantidad de 344 ítems tipo likert con cuatro (4) formas de respuestas: falso, ligeramente verdadero, bastante verdadero y completamente verdadero, y veintidós (22) escalas de las cuales once (11) corresponden a la escala clínica: queja somática, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y con las drogas; de esta misma manera se encuentran las cuatro (4) escalas de validez que

referencian a: inconsistencia al cual identifica las respuestas inconsistentes en cada ítem; infrecuencia en el que se identifican las respuestas atípicas debido a dificultad en la lectura; impresión negativa frente a la visión de sí mismo y positiva con base en la percepción favorable de sí mismo. Escalas de relación interpersonal corresponde a dos (2) dominancia centrada en la autonomía y afabilidad que evalúa la empatía en las relaciones; y por último las cinco (5) escalas relacionadas al tratamiento tales como: agresión, ideación suicida, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento, estas escalas fueron diseñadas con la intención de proporcionar la adecuada interpretación y seguridad de cubrimiento de todos los rasgos de personalidad y constructos clínicos complejos (Font, 2013; Morey, 2011).

5.17.5. PID-5 (El Inventario de la Personalidad para el DSM-5)

El inventario de personalidad para el DSM-5 es un instrumento para adultos creado por Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol en el año 2014 de la American Psychiatric Association con el objetivo de lograr evaluar los rasgos de personalidad desde sus dimensiones y facetas el cual arroja un perfil de personalidad adaptativa y desadaptativa con rasgos patológicos se encuentra antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesiva-compulsiva y esquizotípica facilitando el diagnóstico y la orientación hacia las necesidades de intervención individual (Torres et al., 2019).

Frente a la versión completa para adultos a partir de los 18 años, se identifican 220 ítems de respuesta tipo escala likert de un rango de cero (0) a tres (3) siendo este último muy verdadero. El PID-5 contiene las escalas correspondientes para la identificación de los 25 rasgos de personalidad: “Anhedonia, Ansiedad, Búsqueda de atención, Insensibilidad, Falsedad, Depresión, Distraibilidad, Excentricidad, Labilidad emocional, Grandiosidad, Hostilidad, Impulsividad, Evitación de la intimidad, Irresponsabilidad, Manipulación,

Disregulación perceptiva, Perseveración, Afectividad restringida, Perfeccionismo rígido, Asunción de riesgos, Inseguridad por separación, Sumisión, Susplicacia, Creencias y experiencias inusuales y Retraimiento” (Sirvent et al., 2018, p.4). También presenta cinco (5) dominios superiores ligados a los ítems como la afectividad negativa como la labilidad emocional y la ansiedad, el antagonismo que busca la grandiosidad y la atención de los demás, el desapego en el que se identifica la restricción de la afectividad, la desinhibición como la impulsividad y el psicoticismo que representa a las creencias extrañas (Esbec y Echeburúa, 2014).

5.18. Habitante de Calle

Son aquel grupo de personas que, sin distingo de edad, sexo, raza, estado civil, condición social, condición mental u oficio, viven en la calle permanentemente o por períodos prolongados, y con ella establecen una estrecha relación de pertenencia y de identidad, haciendo de la vida de la calle una opción temporal o permanente, en contextos de una racionalidad y de una dinámica sociocultural que les es propia y particular. Dentro de este grupo pueden ubicarse a los niños, jóvenes y adultos de la calle, a las familias de la calle, a los recicladores de la calle, a los mendigos indigentes, a los enfermos mentales de la calle, a los dependientes callejeros de sustancias psicoactivas, y algunos grupos de los y las trabajadores/as sexuales. Ruíz (1998) (como se citó en Herrera et al, s.f. p. 181).

El habitante de calle corresponde al grupo de población que por razones ajenas o propias de su vida personal asumen las calles de la ciudad como su sitio de hábitat constante o esporádico, en tanto que el espacio público ofrece la posibilidad de escapar de

situaciones que el sujeto considere poco favorables; sin embargo, también es un universo infinito de olvido, de incertidumbre y de ambivalencias frente a lo que está valorado de manera positiva y negativa en una sociedad y según el análisis que el propio habitante de calle elabore (Correa, 2007), no obstante, es relevante dirigirse un poco hacia la historia en donde se encuentra que el habitante de calle desde hace un poco más de 350 años ha existido en la ciudad de Bogotá cuando ésta inició su crecimiento, debido al abandono por parte de familiares o por razones de orden social; el habitante de calle corresponde a un fenómeno que a pesar de ser también el resultado de la injusticia social hace parte de los grupos humanos que se conforman por los cambios y transformaciones de una ciudad, en la cual las personas tienen la posibilidad de modificar su estilo de vida y optar por otro proceso de urbanización humana (Ruiz, 1999).

Este fenómeno ha sido parte de la historia del contexto social, sin embargo, ha ido incrementando con el paso del tiempo debido a las fracturas de la mirada social y cultural, donde la falta de estructura de los objetivos y oportunidades sociales se hallan ausentes y difusos, lo que permite que la desigualdad continúe apropiándose de la atmósfera social, generando de esta manera el rechazo de los códigos sociales por parte del habitante de calle ya que de alguna forma ha roto los vínculos con su estructura familiar y social, impulsándolo a modificar su identidad por una identidad inestable y desanclada por una cultura ambigua, donde el individuo modifica su capacidad de adaptación y manera de proceder ante una sociedad y el espacio público de la ciudad, puesto que una de las formas de afrontar y sobrevivir en este fenómeno social es mediante el retraimiento (Correa, Ortega y Ramírez, s.f).

Sin embargo, mencionan Grandón, Vielma, Castro, Bustos y Saldivia (2018) que debido a la situación de calle en la que se halla este grupo de individuos, se identifica que la carencia de bienestar físico y psicológico y la expulsión social, vulnera las esferas como seres humanos implicando importantes afectaciones a nivel físico en donde se han evidenciado enfermedades crónicas y heridas por la violencia que se vive en la calle ya que también es una forma de sobrevivir elevando de esta manera los índices de mortalidad, sin embargo, se ha descubierto en mayor porcentaje afectaciones en términos mentales, dado que la manifestación de trastornos mentales es una de las causas con mayor reporte, ya que el tiempo de habitabilidad en calle puede ser un factor relevante para el desarrollo de los trastornos y la agudización de los mismos, entre los más destacados los trastornos de la personalidad, por el complejo acceso a los servicios de salud y que además, no brindan una atención satisfactoria frente a las distintas necesidades. Debido a esta situación según reporte en Semana (2017) en la ciudad de Bogotá se ha detectado que el 65% de la población presenta cierto tipo trastorno mental.

De otro lado, según Gómez (s.f) una de las principales causas de que este grupo de personas opte por convertir el espacio público en su hábitat permanente o esporádica es debido a las afectaciones en la salud mental y física, así mismo, por la presencia de conflictos familiares, carencia de afecto y de redes de apoyo que interfieren significativamente en la esfera económica y social, generando esta situación altos niveles de vulnerabilidad y la evidencia de la ruptura de la constelación social; no obstante, el tema de la salud mental, es uno de los factores que según la OMS citado en Quintero (2008) genera mayores riesgos de exclusión sociofamiliar por la ausencia de conocimiento, por la identificación de un futuro peligro durante la permanencia en el núcleo familiar y porque el

sistema de salud no cuenta con un cubrimiento significativo frente a esta problemática de salud mental.

Dentro de la población habitante de calle también se hallan las mujeres transgénero (trans), quienes manifiestan de manera frecuente la discordancia entre la identificación de su género y el sexo biológico, debido a esto, las mujeres trans se caracterizan por los constantes cambios a través de tratamientos quirúrgicos y hormonales con la intención de obtener la apariencia física deseada del género con el que se identifican y de esta forma ser reconocidas a nivel social; sin embargo, el panorama para las mujeres trans habitantes de calle no es el más favorable puesto que son objetivo de rechazo de la sociedad y de los hombres habitantes de calle el cual es notablemente marcado, situación que influye en los elevados niveles de vulnerabilidad y en la aparición de problemas de salud mental como consecuencia a los desafíos concernientes a la búsqueda de aceptación, en los que predominan los trastornos de la personalidad del grupo B (Hurtado, 2015; Ministerio de Salud, Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Según los resultados del último censo realizado en el año 2017 en la ciudad de Bogotá se hallaron 9.538 personas habitantes de calle de las cuales el 89,50% fueron hombres y el 10,50% mujeres, con un porcentaje del 90,4% de consumo de sustancias psicoactivas. El censo se presentó en las distintas localidades de la ciudad siendo Puente Aranda 93,55%; Los Mártires 81,19% y Santafé 74,87% las localidades en las que hay mayor presencia de habitantes de calle y en los diferentes servicios de hogares de paso lugares en los que se entrevistó al 23,51% de la población total censada, así mismo, se evidenció que el rango de las edades entre los 25 -29 años es de 13,5%; 30-34 años 14,6% y

35-39 años 14,6%; y el 59,08% son de Bogotá cifra que indica que más de la mitad de la población es local. Referente al tiempo de habitabilidad en calle el 68,04% reporta vivir en calle entre seis (6) años o más y 5,97% menos de un (1) año. En cuanto al nivel educativo el 25,24% señaló haber culminado la secundaria, el 18,00% solo realizó la primaria, el 5,83% indicó tener nivel educativo superior y el 5,51% no tener ningún estudio (DANE, 2017).

5.19. Estudios sobre trastornos de la personalidad en habitantes de calle

El presente apartado tiene como finalidad dar a conocer las distintas investigaciones realizadas relacionadas con la identificación de trastornos de la personalidad en habitantes de la calle, lo que permitirá brindar una visión más amplia y conocer más afondo sobre lo que se ha mencionado frente al planteamiento de este trabajo, a través de investigaciones cuyos marcos metodológicos y temáticos se evidencian cercanos al actual tema de trabajo de grado.

La primera investigación corresponde a la de Salavera, Puyuelo, Tricás y Lucha en el año (2009), consiste en el análisis de la presencia de trastornos de la personalidad en habitantes de calle, en conjunto con la identificación de comorbilidad del mismo, en tanto se detectaron casos en los que algunas personas contaban con dos o más trastorno de personalidad, sin embargo, para este estudio solo se centrará en la identificación de trastornos de personalidad, tema similar a este trabajo de grado. Como instrumento se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI II), con una muestra de noventa y un (91) hombres entre los 22 y 52 años ubicados en la Escuela Torre Virreina de Zaragoza - España, del que se obtuvieron como resultados los siguientes puntajes: Trastorno de la

personalidad antisocial 26,4 %; Trastorno de la personalidad obsesivo – compulsivo 22,0 %; Trastorno de la personalidad paranoide 13,2 %; Trastorno de la personalidad esquizoide 18,7%; Trastorno de la personalidad narcisista 8,8 %; Trastorno de la personalidad esquizotípica 15,4 %; Trastorno de la personalidad dependiente 19,8 %; Trastorno de la personalidad histriónica 7,7 % y Trastorno de la personalidad límite 9,9 %. En esta investigación se evidencia la significativa presencia de trastornos de personalidad con un puntaje total del 63,74 %, resultado que de alguna forma se espera evidenciar en la población habitante de calle, a pesar de que el tamaño de la muestra no fue de una cifra elevada a partir de la perspectiva estadística.

Como segundo estudio de investigación, se halla en Salavera en el (2009) que tiene como objetivo analizar la relación entre trastornos de personalidad y habitante de calle, estudio que comparte una relación importante con el tema del presente trabajo de grado. Ahora bien, para la investigación que se describirá a continuación se obtuvo como muestra 77 hombres habitantes de calle a partir de los 18 años ubicados en un centro para población habitante de calle en España; como herramienta estadística se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI II) y para el análisis de los datos se empleó el SPSS, programa muy conocido en el ámbito de los estudios llevados a cabo en las ciencias sociales para la obtención de resultados. Como resultados se observó que el trastorno de personalidad antisocial 35,1 %, trastorno de personalidad dependiente 29,9 %, trastorno de personalidad obsesiva compulsiva 28,6 % y trastorno de personalidad narcisista 28,6 % fueron los más sobresalientes en la investigación, seguido de trastorno de personalidad esquizoide 24,7 %, trastorno de personalidad paranoide 22,1 %, trastorno de personalidad histriónico 19,5 % y trastorno de personalidad límite 10,4 % como el diagnóstico menos

detectado, y el mayor deterioro se observó en la población mayor de 50 años con el trastorno de la personalidad narcisista.

De otro lado se encuentra el trabajo realizado por Rodríguez, Núñez y Hernández (2017) en el que se indica que debido a las creencias frente a que las personas habitantes de calle pertenecen a un grupo homogéneo no permite la plena identificación de los trastornos mentales, sobre todo, el de personalidad. No obstante, mencionan que en un estudio reciente se identificó que uno de los trastornos psiquiátricos diagnosticados con el 86 % fue el de trastorno de la personalidad y drogodependencia en hombres, por lo tanto, señalan la gran necesidad de continuar con este tipo de investigaciones frente a trastornos de personalidad con el principal objetivo de optimizar los modelos de atención. Por consiguiente, se elaboró el actual estudio con el fin de identificar los patrones clínicos de personalidad; para ello incluyeron a un grupo de personas conformadas por 35 mujeres y 144 hombres en un hogar de inclusión social para habitantes de calle de las Palmas de Gran Canaria – España, y cuyo rango de edad se encontraba entre los 19 y 63 años. Como instrumento se aplicó el MCMI-III de manera individual, se indicaba la presencia de trastorno de la personalidad a partir una puntuación de 85 y los datos se codificaron a través del programa estadístico SPSS; y como resultado se obtuvieron los siguientes puntajes frente a la patología de personalidad: trastorno de personalidad narcisista 13,89%, trastorno de personalidad paranoide 13,89%, trastorno de personalidad compulsiva 9,72%, trastorno de personalidad evitativa 9,03%, trastorno de personalidad antisocial 8,33%, trastorno de personalidad esquizoide 5,56%, trastorno de personalidad histriónica 4,17%, trastorno de personalidad esquizotípica 4,17%, trastorno de personalidad límite 3,47% y trastorno de personalidad dependiente 2,78%; dichos resultados muestran que los trastornos más típicos

fue el narcisista el cual puede ocultar la baja autoestima con el discurso de ser diferente y superior a los demás; también se halla el paranoide en el que los sujetos perciben y creen que se encuentran en situaciones peligrosas en las que pueden experimentar agresiones y amenazas por parte de otros; el compulsivo por el que a través el consumo de sustancias psicoactivas se torna constante y sin límites; el evitativo como patrón que caracteriza a las personas habitantes de calle en tanto se demuestra la ruptura de los lazos sociales por la ausencia de cumplimiento con responsabilidades según los códigos sociales y el antisocial que tiene una estrecha relación con la serie de conflictos con el entorno debido a la misma condición de marginalidad.

Otro estudio realizado por Kahn, Hannah, Hinkin, Montgomery y Pitz (1987) en el que se indica la existencia limitada de estudios de habitabilidad en calle en términos de la psicopatología y de sustancias psicoactivas, por ello, se realizó una pequeña muestra en la que se lograra establecer la presencia de trastorno mental y consumo de sustancias psicoactivas en esta población, con el propósito de enriquecer las distintas bases de datos para proporcionar mayor información referente a las necesidades de la salud mental de las personas en condición de habitabilidad en calle. Para este estudio participaron 106 personas en condición de habitabilidad en calle de las cuales 9 eran mujeres y 97 eran hombres, la edad promedio fue de 35 años con un nivel educativo no superior al 11° de bachillerato y la mitad de la población reportó estar divorciada; estos datos se extrajeron a través de un cuestionario de entrevista demográfica estructurada. Sin embargo, también se aplicó como instrumento el MMPI III con el que se evidenció que los trastornos con más puntaje fueron: desviación psicopática, depresión, manía y paranoia, aunque para el caso del tema de este trabajo de grado el trastorno de interés es el de desviación psicopática que también se puede

identificar como antisocial con una media del 69,79 y paranoia con una media del 64,54. Este estudio concluye que la población habitante de calle no presenta patologías comprometedoras y la población femenina muestra mayor índice en la escala de desviación psicopática y son las que menos habitan en las calles.

Con el fin de ampliar un poco el panorama del presente trabajo de grado, finalmente se muestra la investigación llevada a cabo por Montiel, Bartholomeu, Carvalho y Pessotto (2015) en el que se tuvo como objetivo principal determinar el predominio de personalidad patológica en la población habitante de calle. Para ello participó un grupo de habitantes de calle, sujetos que estuvieron bajo tratamiento psiquiátrico y personas que no acudieron a tratamientos psiquiátricos ubicados en una institución de bienestar en la ciudad de Sao Paulo - Brasil, con una muestra total de 72 personas hombre y mujeres entre los 18 y 68 años. Se afirmó que la población habitante de calle no culminó la primaria y el motivo por el que abandonaron sus hogares fue debido a la violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y por conductas antisociales. Se utilizó como herramienta el Inventario Dimensional de Trastornos de Personalidad (IDTP) instrumento de uso común y validado para la evaluación de trastornos de personalidad en Brasil de escala tipo likert. Como datos descriptivos se comprobó que la media para el trastorno de personalidad compulsivo fue de 3,07; trastorno de personalidad límite 2,84; trastorno de personalidad paranoide 2,65; trastorno de personalidad esquizotípica 2,57; trastorno de personalidad evasivo 2,46; trastorno de personalidad narcisista 2,45; trastorno de personalidad antisocial 2,33; trastorno de personalidad histriónica 2,20 y trastorno de personalidad dependiente 1,92, a través de los resultados se logra observar que no existen mayores diferencias en la

población que hizo uso de tratamientos psiquiátricos y de la que no lo realizó, con tendencia a la impulsividad, carencia de atención, desconfianza y conductas excéntricas.

Con base en las anteriores investigaciones planteadas se indica que no existen estudios en los que se hallen mujeres trans habitantes de calle como parte de la muestra, puesto que los estudios se han enfocado en la identificación de trastornos de personalidad en hombres habitantes de calle y escasos estudios involucran a mujeres en tanto mencionan que son la población que menos ha vivido en las calles; así mismo, se observa que los trastornos de personalidad con mayor prevalencia fue el obsesivo compulsivo propio del grupo C que corresponde a los ansiosos con conductas suspendidas y presencia de miedo, también se encontró el paranoide del grupo A de los excéntricos y desconfiados como respuesta al sentirse sin herramientas para defenderse ante alguna situación, el antisocial del grupo B en el que se identifican los altos niveles de impulsividad sobre todo si consideran que hay una situación que genere amenaza o por algún estímulo propio, se muestran agresivos exponiéndose así mismo y a los demás, lo que conlleva en algunas ocasiones a realizar actos delictivos y por último se exterioriza la variabilidad emocional lo que bloquea la empatía con las otras personas y la carencia de reconocimiento de las emociones y el narcisista del mismo grupo el cual va de la mano con el antisocial, puesto que son personas con gran sentido de grandiosidad y se muestran extremadamente seguros e indiferentes hacia los sentimientos de las otras personas. Con estos estudios se podrán verificar si existen diferencias significativas en los resultados del actual trabajo de grado debido al tiempo de la elaboración de las investigaciones y a la edad de los participantes.

6. Metodología

6.1. Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios, participaron 60 habitantes de la calle (N=60), 50 hombres y 10 mujeres trans. Se encontró que el 91,7% eran de nacionalidad colombiana entre los 25 y 28 años con una media de 25,87 años y con una desviación de 1,2 ubicados en el hogar de paso OASIS del Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON) en la ciudad de Bogotá. Para la selección de las personas y realización del estudio se tuvieron como criterios de participación ser población habitante de calle, llevar mínimo dos (2) meses en la calle, ser mayores de edad, identificarse como hombres o mujeres trans, tener una permanencia mínima de un (1) mes en el hogar de paso, no estar bajo los efectos de sustancias psicoactivas, participar de manera voluntaria y permanecer de manera completa durante la aplicación del instrumento.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de género

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|-------------------|-------------------|
| Hombres | 50 | 83.333 |
| Trans | 10 | 16.667 |
| Total | 60 | 100 |

Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado.

Como se presenta en la tabla 1 se identifica que el 83,3% eran hombres y el 16,7% eran mujeres trans, lo que indica que la población masculina aún tiene alta presencia en el fenómeno de habitabilidad en calle.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de estado civil

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Separado | 1 | 1.667 |
| Sin Información | 4 | 6.667 |
| Soltero | 51 | 85 |
| Unión Libre | 4 | 6.667 |
| Total | 60 | 100 |

Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado.

En cuanto al estado civil de la población analizada se observa en la tabla 2 que el más predominante es soltero con un valor del 85% y una frecuencia de 51, y unión libre con un puntaje del 6,667% y una frecuencia de 4, el siguiente 6,667% con una frecuencia de 4 que no mencionó su estado civil y el 1,667% restante con una frecuencia de 1 indicó estar separado.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje por lugar de Nacimiento

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Antioquia | 1 | 1.667 |
| Barranquilla | 2 | 3.333 |
| Bogotá | 36 | 60 |
| Bucaramanga | 1 | 1.667 |
| Cali | 2 | 3.333 |
| Cartagena | 1 | 1.667 |
| Cúcuta | 1 | 1.667 |
| Espinal | 1 | 1.667 |
| Honda | 1 | 1.667 |
| Ibagué | 2 | 3.333 |
| Medellín | 1 | 1.667 |
| Medina, Cund. | 1 | 1.667 |
| Sin Información | 3 | 5.000 |
| Soacha | 1 | 1.667 |
| Venezuela | 5 | 8.333 |
| Facatativá | 1 | 1.667 |
| Total | 60 | 100 |

Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado.

Mediante los datos obtenidos en la tabla 3 se encuentra que el 91,7% nació en Colombia con una frecuencia de 65 y el 8,3% reportó haber nacido en Venezuela con una frecuencia de 5; y referente a la ciudad con mayor número de nativos fue Bogotá con un puntaje del 60% con una frecuencia de 36.

Lo anterior indica que la gran mayoría de habitantes de calle son de la ciudad de Bogotá, tal y como se reflejó en el censo del 2017.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje del nivel educativo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Bachiller | 36 | 49.315 |
| Primaria | 19 | 26.027 |
| Sin Información | 4 | 5.479 |
| Técnico | 1 | 1.370 |
| Total | 60 | 100 |

Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado.

Respecto al dato del nivel educativo presentado en la tabla 4, se muestra que el 49,315% es bachiller con una frecuencia de 36, y el 26,027 solo finalizó la primaria con una frecuencia de 19. Resultados esperados, en tanto, la población habitante de calle en su mayoría ha cursado como nivel máximo la secundaria, sin hacer de lado a aquellos que han finalizado una carrera técnica y profesional, sin embargo, no se reflejaron en el presente estudio.

6.2. Instrumento

IPDE

Con el objetivo de identificar trastornos de personalidad en hombres y mujeres trans habitantes de calle, se utilizó el Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (International Personality Disorder Examination - IPDE) construido por Armand W. Loranger, Aleksandar Janca y Norman Sartorius en 1994 y publicado en el año 1996, sin embargo, para este trabajo se utilizó la versión iberoamericana desarrollada por Juan

López-Ibor Aliño, Antonio Pérez Urdániz y Vicente Rubio Larrosa en 1996. La prueba cuenta con un alto índice de confiabilidad en tanto fue calculado a través del coeficiente de Kuder Richardson con un $(\alpha) = 0.83$ con lo cual se muestra que la prueba es confiable. Con respecto a la validez el manual IPDE (1996) señala que es un método útil y válido para la evaluación de trastornos de la personalidad con el objetivo de contribuir en investigaciones o reforzar diagnósticos. El cuestionario se puede aplicar a personas mayores de 18 años. Este cuestionario consta de 77 ítems en la versión del DSM IV y cuenta con la posibilidad de administrarse de manera individual y colectiva; el tiempo estimado para completar el cuestionario oscila entre 15 y 30 minutos dependiendo del nivel educativo de los sujetos a evaluar. Para la presente investigación no se aplicó la entrevista semiestructurada. (Esbec y Echeburúa, 2014; Loranger, Janca, y Sartorius, 1997; León, 2018; Martínez y March, 2015).

6.3. Procedimiento

Los datos que se recolectaron para el presente estudio cuantitativo se obtuvieron a través de la aplicación del IPDE en hombres y mujeres trans habitantes de calle beneficiarios de un hogar de paso en el que han permanecido institucionalizados entre uno (1) y ocho (8) meses. Para lograr el acceso a la población, se contactó al director del hogar de paso OASIS de IDIPRON en el mes de marzo de 2019 con el fin de llevar a cabo una reunión en la que se le indicaría el objetivo principal de la necesidad de aplicar un cuestionario a las personas que allí se encontraban bajo ciertos criterios; posterior a la respuesta positiva del funcionario, en el mes de abril de 2019 se reunieron en uno de los salones del hogar de paso a los 60 sujetos que participaron de manera voluntaria y a quienes se les explicó de forma detallada el propósito de la aplicación colectiva del inventario. Cada

hombre y mujer trans firmó el respectivo consentimiento informado para participar en el estudio de trabajo de grado y finalmente, el IPDE fue aplicado y respondido de manera completa por los sujetos. Durante la aplicación de este, surgieron dudas frente a algunos conceptos desconocidos por parte de la población a los que se les dio respuesta inmediata con un lenguaje sencillo para una mayor comprensión. La jornada tuvo un tiempo de alrededor de 3 horas y se excluyeron a aquellas personas que llevaran menos de un (1) mes en el servicio de hogar de paso.

La codificación de los datos se realizó mediante un software de códigos abiertos y estadístico libre que lee de manera exclusiva datos que se encuentren guardados en base de datos de Excel en un formato csv y que permite la elaboración de tablas de frecuencia para la organización de los datos numéricos para detectar el número de repeticiones que se presenta en una variable (“JASP - Manual de estadística”, s.f).

6.4. Diseño de investigación

El diseño de investigación utilizado para el presente estudio es de tipo no experimental de corte transversal descriptivo, en tanto se recolectó la información en un único momento, y cuyo propósito es mostrar de manera precisa la presencia de trastornos de personalidad en una población específica en un contexto natural, posiblemente a causa del fenómeno de habitabilidad en calle (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

7. Resultados

A continuación, se darán a conocer los resultados del presente estudio, con la intención de mostrar si el objetivo general, los objetivos específicos e hipótesis de investigación de este trabajo de grado se lograron.

Los resultados se obtuvieron mediante la aplicación del cuestionario IPDE, en el que se identificó positivo para el trastorno de la personalidad a través de la obtención de un puntaje superior o igual a cuatro (4) en cada escala cuando se contesta verdadero (IPDE, 2002) a 50 hombres y 10 mujeres trans habitantes de calle ubicados de manera temporal en el hogar de paso OASIS de IDIPRON.

Tabla 5. Estadística descriptiva de trastornos de la personalidad

| | P | E | Es | H | A | N | L | O | D | E |
|----------------------------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Media | 4.01 | 3.40 | 4.01 | 3.53 | 2.85 | 4.38 | 3.93 | 3.40 | 2.25 | 4.58 |
| Desviación estándar | 1.479 | 1.452 | 1.742 | 1.631 | 1.593 | 2.059 | 2.057 | 1.475 | 1.525 | 1.862 |

Nota: P (Paranoide); E (Esquizoide); Es (Esquizotípico); H (Histriónico); A (Antisocial); N (Narcisista); L (Límite); O (Obsesivo-Compulsivo); D (Dependencia); E (Evitación)

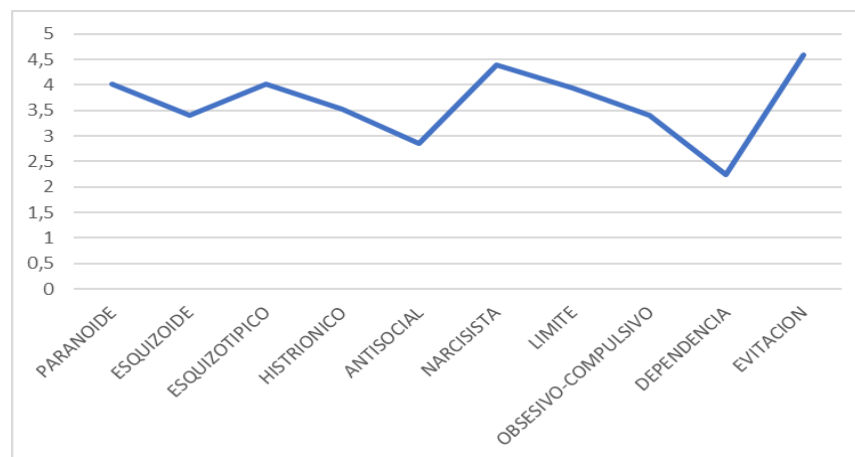


Figura 1. Diagrama lineal de los puntajes de los trastornos de la personalidad de la prueba IPDE

Con base en la figura 1 se mencionarán los cuatro (4) trastornos de personalidad en habitantes de calle con los puntajes más altos y los dos (2) puntajes más bajos:

- Altos: Evitación con una media del 4.58 y con una desviación estándar 1.862; Narcisista con una media de 4.38 y desviación estándar 2.059; Paranoide con una media de 4.01 y desviación estándar de 1.479 y por último el Esquizotípico con media de 4.01 y una desviación estándar de 1.742.
- Bajos: Antisocial cuya media fue de 2.85 con desviación estándar de 1.593 y Dependencia con una media de 2.25 y desviación estándar de 1.525.

Consecutivamente, en la tabla 6 se expondrán las diferencias de medias en los puntajes de cada escala de la prueba IPDE en la presencia de trastornos de la personalidad según identidad de género.

Se reflejará la descripción de cada puntaje en las figuras de la 2 a la 11.

Tabla 6. Diferencias en los puntajes de cada trastorno de acuerdo con la identidad de género

| Trastorno | Género | N | Media | DE |
|---------------------|---------------|----------|--------------|-----------|
| Paranoide | Hombre | 50 | 3.940 | 1.463 |
| | Mujer Trans | 10 | 4.400 | 1.578 |
| Esquizoide | Hombre | 50 | 3.460 | 1.501 |
| | Mujer Trans | 10 | 3.100 | 1.197 |
| Esquizotípico | Hombre | 50 | 3.920 | 1.850 |
| | Mujer Trans | 10 | 4.500 | 0.972 |
| Histriónico | Hombre | 50 | 3.460 | 1.581 |
| | Mujer Trans | 10 | 3.900 | 1.912 |
| Antisocial | Hombre | 50 | 2.980 | 1.647 |
| | Mujer Trans | 10 | 2.200 | 1.135 |
| Narcisista | Hombre | 50 | 4.420 | 2.158 |
| | Mujer Trans | 10 | 4.200 | 1.549 |
| Limite | Hombre | 50 | 3.860 | 2.100 |
| | Mujer Trans | 10 | 4.300 | 1.889 |
| Obsesivo-Compulsivo | Hombre | 50 | 3.400 | 1.525 |
| | Mujer Trans | 10 | 3.400 | 1.265 |
| Dependencia | Hombre | 50 | 2.160 | 1.517 |
| | Mujer Trans | 10 | 2.700 | 1.567 |
| Evitación | Hombre | 50 | 4.540 | 1.961 |

| Trastorno | Género | N | Media | DE |
|-----------|-------------|----|-------|-------|
| | Mujer Trans | 10 | 4.800 | 1.317 |

Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado.

PARANOIDE

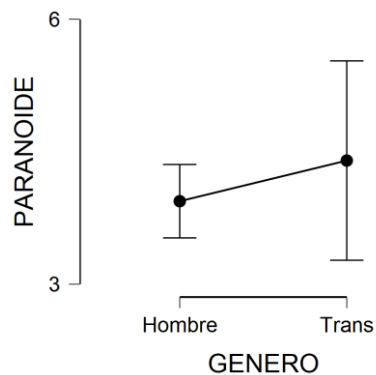


Figura 2. Trastorno de la personalidad paranoide de acuerdo con el género.

Como se observa en la figura 2 el trastorno de la personalidad paranoide predomina en mujeres trans con un puntaje del 4.400 con una desviación estándar del 1.578, ya que los hombres presentaron una media del 3.940 con una desviación estándar del 1.463.

ESQUIZOIDE

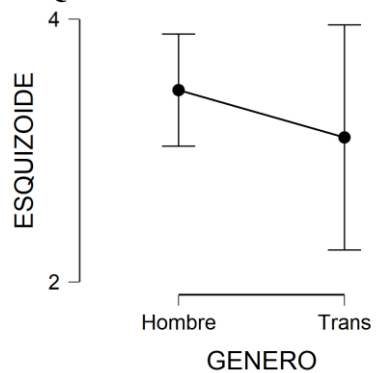


Figura 3. Trastorno de la personalidad esquizoide de acuerdo con el género.

Tal como se halla en la figura 3 se evidencia que el trastorno de la personalidad esquizoide es más notorio en los hombres con una media de 3.460 y una desviación estándar de 1.501, sin embargo, las mujeres trans revelaron una media de 3.100 y desviación estándar del 1.197 lo que indica una mínima diferencia en los promedios de los puntajes.

ESQUIZOTIPICO

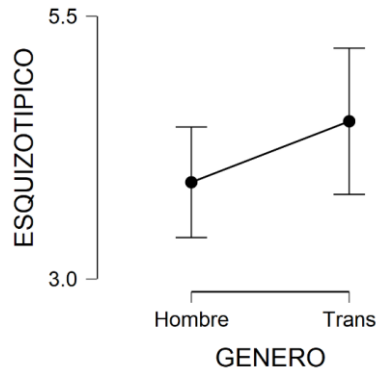


Figura 4. Trastorno de la personalidad esquizotípica de acuerdo con el género.

En la figura 4 se demuestra que el trastorno de la personalidad esquizotípica es considerablemente marcado en la población trans, puesto que presenta una media de 4.500 con desviación estándar de 0.972, mientras que los hombres mostraron un puntaje del 3.920 en la media con una desviación estándar del 1.850

HISTRIONICO

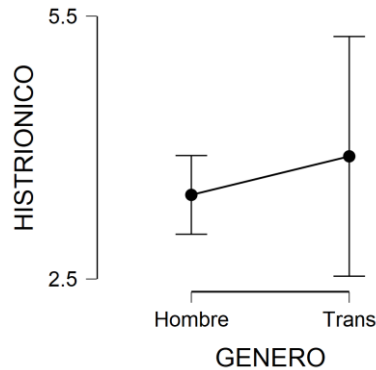


Figura 5. Trastorno de la personalidad Histriónica de acuerdo con el género.

A través del resultado situado en la figura 5 se fija que el trastorno de la personalidad Histriónica también se manifiesta de manera estadísticamente amplia en las mujeres trans dado que se obtuvo una media del 3.900 con una desviación estándar del 1.912 a comparación de los hombres, los cuales presentaron una media de 3.460 y desviación estándar de 1.581.

ANTISOCIAL

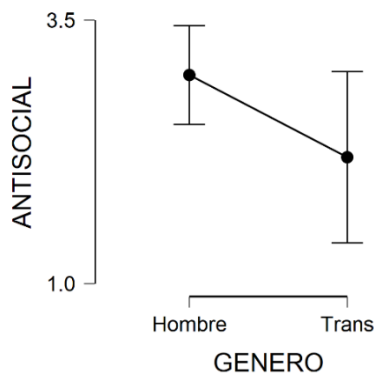


Figura 6. Trastorno de la personalidad antisocial de acuerdo con el género.

Respecto al trastorno de la personalidad antisocial a pesar de no ser tan marcado en la población analizada, se identifica en la figura 6 que los hombres exponen un mayor puntaje estadístico con una media de 2.980 y desviación estándar de 1.647, mientras que las mujeres trans mostraron tener una media del 2.200 con una desviación estándar de 1.135.

NARCISISTA

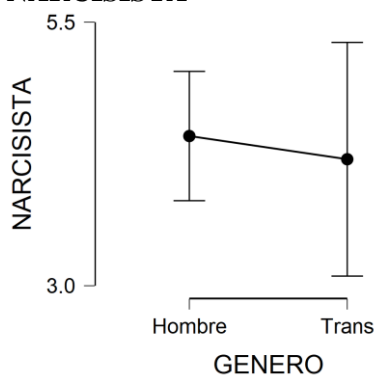


Figura 7. Trastorno de la personalidad narcisista de acuerdo con el género.

Con base en la figura 7 se visualiza la escasa diferencia en la media del puntaje de trastorno de la personalidad narcisista en la población habitante de calle estudiada, en tanto que los hombres puntuaron con una media del 4.420 y desviación estándar del 2.158 y las mujeres trans enseñaron tener una media de 4.200 con una desviación estándar de 1.549.

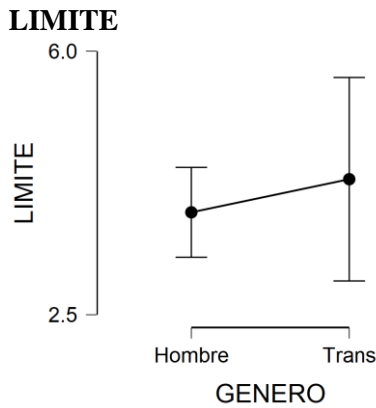


Figura 8. Trastorno de la personalidad límite de acuerdo con el género.

En cuanto al trastorno de la personalidad límite cuyos puntajes se muestran en la figura 8, la población trans presenta una media del puntaje de la prueba de 4.300 y desviación estándar de 1.889 siendo superior a la media de los hombres la cual fue de 3.860 con una desviación estándar de 2.100.

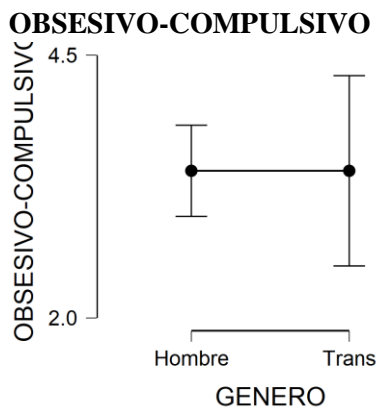


Figura 9. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva de acuerdo con el género.

En el presente apartado señalado en la figura 9 el cual corresponde al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva no se evidencian diferencias en los promedios, debido a que hombres y mujeres trans reflejaron una media de 3.400.

DEPENDENCIA

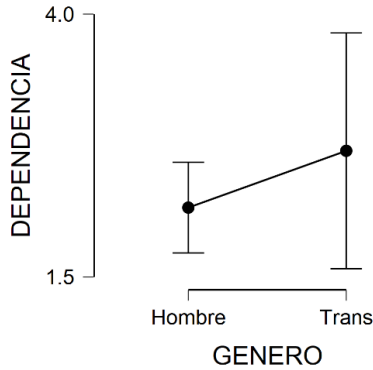


Figura 10. Trastorno de la personalidad dependiente de acuerdo con el género.

De otro lado, también se hallan diferencias en las medias de los puntajes del trastorno de la personalidad dependiente en la figura 10, puesto que las mujeres trans puntuaron con una media de 2.700 y desviación estándar de 1.567 y los hombres mostraron una media de 2.160 con una desviación estándar del 1.517.

EVITACION

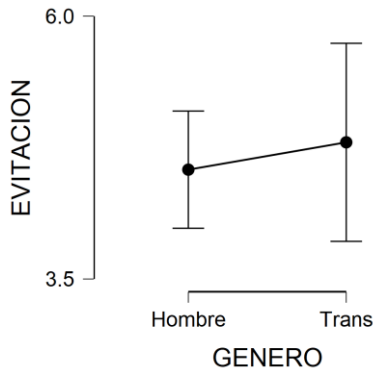


Figura 11. Trastorno de la personalidad evasiva de acuerdo con el género.

Para el caso de la figura 11 en la que se encuentra el trastorno de la personalidad evasiva, se obtuvo como resultado una mínima diferencia en los promedios del puntaje en la escala entre los géneros identificados, puesto que las mujeres trans tuvieron un puntaje en la media de 4.800 y desviación estándar de 1.317 y la población masculina alcanzó una media de 4.540 con una desviación estándar de 1.961.

Las mujeres trans obtuvieron un mayor puntaje en seis de las diez escalas: evasivo, esquizotípico, paranoide, límite, histriónico y dependiente. En cuanto a los hombres, obtuvieron un mayor puntaje en promedio más alto en tres escalas: narcisista, esquizoide y antisocial.

Con base en las figuras anteriores se lograron observar las diferencias en los promedios para cada escala que existen en cada uno de los trastornos, salvo el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, el cual tuvo un puntaje en la media igual en ambos géneros; no obstante, para saber si existían diferencias estadísticamente significativas se realizó una prueba T de muestras independientes como se observa en la tabla 7 y como resultado se obtuvo que ninguna diferencia fue estadísticamente significativa.

Tabla 7. Prueba T de muestra independiente

| | t | p |
|---------------------|----------|----------|
| Paranoide | -0.897 | 0.374 |
| Esquizoide | 0.713 | 0.479 |
| Esquizotípico | -0.961 | 0.341 |
| Histriónico | -0.776 | 0.441 |
| Antisocial | 1.426 | 0.159 |
| Narcisista | 0.306 | 0.761 |
| Limite | -0.614 | 0.542 |
| Obsesivo-Compulsivo | 0.000 | 1.000 |
| Dependencia | -1.022 | 0.311 |
| Evitación | -0.400 | 0.690 |

Tabla 7. Prueba T de muestra independiente

| | t | p |
|--|----------|----------|
|--|----------|----------|

Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado.

Teniendo en cuenta que como otro objetivo específico es establecer la correlación entre los trastornos de la personalidad según tiempo de habitabilidad en calle, se procedió a realizar una Correlación de Pearson, en donde se destacarán los resultados con las puntuaciones más relevantes y con valores altamente significativos.

Tabla 8. Correlación de Pearson del puntaje de los trastornos con el tiempo de habitabilidad en calle

| Trastorno | | Correlación |
|---------------------|---------|--------------------|
| Paranoide | Pearson | 0.102 |
| | Valor p | 0.450 |
| Esquizoide | Pearson | 0.061 |
| | Valor p | 0.652 |
| Esquizotípico | Pearson | 0.153 |
| | Valor p | 0.256 |
| Histriónico | Pearson | -0.067 |
| | Valor p | 0.618 |
| Antisocial | Pearson | 0.277 * |
| | Valor p | 0.037 |
| Narcisista | Pearson | 0.075 |
| | Valor p | 0.578 |
| Limite | Pearson | -0.060 |
| | Valor p | 0.658 |
| Obsesivo-Compulsivo | Pearson | 0.033 |
| | Valor p | 0.805 |
| Dependencia | Pearson | -0.108 |
| | Valor p | 0.423 |
| Evitación | Pearson | -0.058 |
| | Valor p | 0.668 |

Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tal y como se observa en la tabla 8 y en la figura 12, el único trastorno de la personalidad que presentó correlación con el tiempo de habitabilidad en calle fue el trastorno de la personalidad antisocial, puesto que tuvo una correlación positiva.

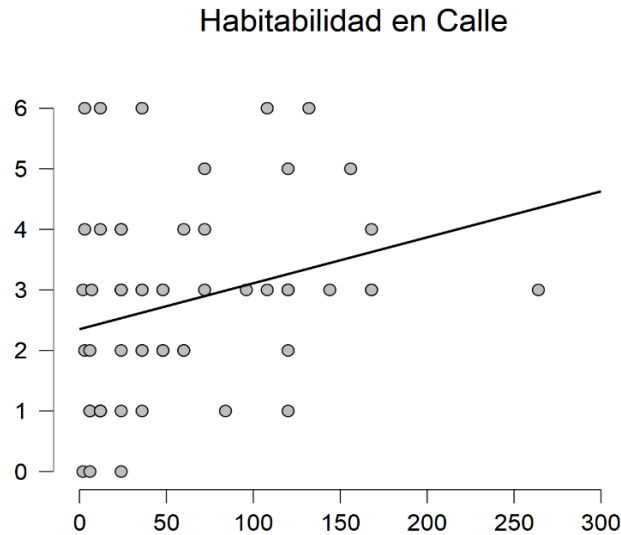


Figura 12. Diagrama de dispersión del trastorno antisocial de la habitabilidad en calle

8. Conclusiones

En esta sección se darán a conocer las conclusiones como resultado final del presente trabajo de grado y del ejercicio de investigación, el cual fue sustentado con base en el objetivo general y los objetivos específicos e identificación de hipótesis; a través de los datos adquiridos por medio de la aplicación del Examen internacional para los trastornos de personalidad (IPDE) en el que como punto de corte para la identificación de la presencia de trastorno de la personalidad se tuvo en cuenta los cuatro (4) ítems señalados de manera positiva y por ende, se pudo concluir que la población evaluada efectivamente presenta

trastornos de la personalidad, tal y como se esperaba, a pesar de que los puntajes de hombres y de mujeres trans no fueron iguales; a saber:

Frente a los trastornos de la personalidad divididos en tres (3) grupos (A: excentricidad, desconfianza y evitación; B: impulsividad, variabilidad emocional, conductas de dramatización e imprevisibilidad y C: presencia de ansiedad, inhibición y miedo) y diez (10) trastornos de manera general, se logró la identificación de la presencia de cada uno con base en los puntajes obtenidos por el IPDE con puntos de corte a partir de los cuatro (4) ítems señalados de manera afirmativa en un mismo trastorno (APA, 2014).

Por lo tanto, se relacionarán los trastornos de mayor a menor puntaje:

- Trastorno de la personalidad evasiva con un puntaje promedio de 4.58
- Trastorno de la personalidad narcisista con un puntaje promedio de 4.38
- Trastorno de la personalidad paranoide y esquizotípica mostraron el mismo puntaje promedio de 4.01
- Trastorno de la personalidad límite con un puntaje promedio de 3.93
- Trastorno de la personalidad histriónica con un puntaje promedio de 3.53
- Trastorno de la personalidad esquizoide con un puntaje promedio de 3.40
- Trastorno de la personalidad antisocial con un puntaje promedio de 2.85
- Trastorno de la personalidad dependiente con un puntaje promedio de 2.25
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva con un puntaje promedio de 3.4

Con los resultados de la presencia de los distintos trastornos de la personalidad en la población general de la presente muestra colombiana, se logra concluir que el más predominante es el trastorno de la personalidad evasiva del grupo C el cual no se esperaba

hallar como principal. Sin embargo, es de resaltar que los habitantes de calle tienen mecanismos de conductas evasivas muy marcadas en tanto que son personas muy independientes a quienes no les interesa tener una relación cercana con los demás por los constantes rechazos por parte de la sociedad y por la experiencia negativa que pudieron tener en el entorno familiar; además que han perdido todo hábito de responsabilidad consigo mismos y con la sociedad, convirtiendo la inhibición social y la insuficiente tolerancia a la evaluación negativa por parte de los demás en una patología justo a inicios de la etapa adulta.

Del mismo modo se identificó la coherencia de los resultados de la hipótesis de investigación con los resultados obtenidos del presente estudio, dado que los puntajes más elevados fueron el trastorno de la personalidad paranoide y esquizotípico. Es de esperar que la población habitante de calle presente conductas paranoides, puesto que la alteración en la personalidad genera percepciones erróneas de persecución e intenciones maliciosas por parte del entorno, a pesar de no encontrarse en ambientes hostiles; manifestaciones clínicas que van conectadas con el trastorno de la personalidad esquizotípica, visto que también presentan distorsiones en la percepción y cognición que causan ideas paranoides por lo que se les ve discutiendo en ocasiones solos sin importar en donde se encuentren y en consecuencia de ello, los posibles actos delictivos y el desarrollo de déficit en las relaciones interpersonales (Concepción, Ribot y Rodríguez, 2018).

En cuanto a la identificación y respuesta del objetivo general de este estudio se concluye que los trastorno de la personalidad que más predominan en hombres y mujeres trans ubicados en el servicio de hogar de paso son: trastorno de la personalidad evasiva en el que mayor puntaje obtuvieron ambos géneros tal y como se mencionó en el anterior

párrafo; trastorno de la personalidad narcisista del grupo B en hombres con un puntaje de 4.420 en donde se evidencia un alto grado de confianza desmedida en sí mismos como mecanismos de defensa ante situaciones que expongan a los sujetos a las burlas, vergüenza, rechazo y el deseo de poder depender de alguna persona, son los motivos que van declinando las funciones sociales (Prado, Sánchez y García, 2016), y el trastorno de la personalidad esquizotípica en mujeres trans con un puntaje de 4,500.

En lo que respecta a las diferencias estadísticamente significativas en los trastornos de la personalidad según la identidad de género de la población analizada, se concluye que no se hallaron diferencias, sin embargo, en las mujeres trans se halló la presencia de trastornos de la personalidad tales como: Evasivo (4,800), Esquizotípico (4,500), Paranoide (4,400), Límite (4,300), Histriónico (3,900) y Dependiente (2,700); y en hombres trastornos de la personalidad: Narcisista (4,420), Esquizoide (3,460) y Antisocial (2,980).

9. Discusiones

Se encontró que el trastorno de la personalidad antisocial no tuvo un puntaje significativo como se señaló en la hipótesis nula, a pesar de que en la sociedad aún se considera que el estereotipo de habitante de calle es antisocial, sin embargo, en este estudio se concluyó que dicho trastorno no es predominante en la población joven ubicada en el hogar de paso OASIS, sin dejar de lado la probabilidad de que estos rasgos antisociales se desarrollen conforme al tiempo en el que permanezcan y se mantengan en la calle, dado que fue el único trastorno de la personalidad en el cual se identificó la correlación según el

tiempo de habitabilidad en calle para ambos géneros, por lo tanto es de completa importancia la pronta atención

Tomando en consideración el tamaño de la muestra la cual fue de un total de 60 personas, se evidenció que el 85% de la población es soltera, lo que demuestra que los adultos jóvenes sobre todo los que se encuentran entre los 25 y los 28 años aún no se perciben con una compañía permanente tal vez por factores de inestabilidad financiera o porque prefieren estar solteros y sin que alguna persona le impida realizar acciones que sean de su agrado o debido a que son una población denominada flotante (El Tiempo, 2007).

Respecto al nivel educativo, se identificó que el 49.315% de los integrantes de la muestra culminó el bachillerato sin la oportunidad de acceder a la educación superior, lo que puede ser razón de la escasa posibilidad de ingresar a la universidad cuando los niveles socioeconómicos no son los más estables y requeridos para este tipo de educación, como también las relaciones conflictivas y fracturadas al interior del núcleo familiar que originan atmósferas inseguras, inestables, riesgosas, invadidas de soledad, daños físicos y psicológicos en los jóvenes, quienes terminan optando por ir a la calle, eliminando todo tipo de vinculación y motivación académica, y de esta manera se da el inicio del proceso de la desvinculación social; así mismo, es importante mencionar que debido a que se encuentran en una etapa de vulnerabilidad y de ambivalencias afectivas, adoptan un estilo de vida de consumo de sustancias psicoactivas y de experiencias delictivas para algunos casos, lo que empeora de manera sistemática las condiciones de vida y de salud mental (Ossa, 2005).

Se evidenció del total evaluado que el 60% es nativo de la ciudad de Bogotá, por lo que se entiende que la brecha social sigue siendo marcada y más aún por la presencia de

jóvenes en calle que no superan los 28 años, como es el caso de la muestra de este trabajo; también se entiende que la extrema pobreza y la ruptura en las constelaciones familiares persiste, demostrando el marcado abandono sin dejar de lado la existencia del confuso motivo de la permanencia de esta población tan joven en la calle; no obstante, la población joven debido a la etapa en la que se encuentran son más propensos a desarrollar apego a los distintos grupos de amistades hallados en las calles por la carencia de afecto y de redes de apoyo, que en ocasiones dificulta el ingreso a instituciones que brinden programas sociales para la mitigación del riesgo, restablecimiento de derechos, atención psicológica y de salud (MinSalud, 2018).

10. Recomendaciones

Mediante el presente trabajo de grado se pudo evidenciar que a pesar de los artículos científicos desarrollados en la ciudad de Bogotá y en otras ciudades de Colombia, no se halló un estudio exclusivo de los trastornos de la personalidad en hombres y mujeres transgénero habitantes de calle, por lo que se recomienda realizar futuros estudios con una muestra más amplia que vayan encaminados hacia esta población en especial de la cual el país no tiene datos exactos del estado de la salud mental. Esto imposibilita además la comprensión por parte de toda una sociedad referente a su desarrollo y permanencia, y que a su vez es evidentemente una situación de orden social.

Además, la carencia de estudios y tal vez de un mayor interés frente a la problemática de los trastornos de personalidad aún no ha generado cambios o actualizaciones en la política pública de salud mental distrital la que estará regida hasta la

vigencia 2025, ya que en esta se menciona el trastorno de ansiedad, depresivo, de conducta alimentaria, entre otros y no se evidencia el trastorno de la personalidad el que con base en los resultados obtenidos de este trabajo está presente en los habitantes de calle, quienes también hacen parte de la población vulnerable que en dicha política mencionan y requieren de una atención prioritaria y a tiempo, con el fin de lograr igualmente el decremento de este fenómeno social, el que se convierte en uno de los factores de mayor intolerancia de la humanidad (SDS, 2016).

Por otra parte, los servicios de atención de paso a la población habitante de calle podrían implementar un trabajo más activo con la intención de que toda persona en condición de habitabilidad en calle que frecuente este tipo de instituciones no solo sea por temas asistencialistas, sino, que capten casi de manera inmediata la atención de los individuos y generen en ellos la plena necesidad de acogerse a los beneficios de internalización para el inicio de un proceso de cambio de vida y abandono absoluto de la calle; como también el futuro estudio de ampliación de las instalaciones para una mayor cobertura de beneficiarios.

También se recomienda una atención más empática y con un importante contenido referente a los trastornos de la personalidad para que logren transmitir esta información de manera óptima, con la finalidad de que la población logre comprender las distintas condiciones y no consideren que son diferentes o que están “locos”, ya que esta situación puede presentarse en cualquier persona y que además, también es competencia del estado y de toda una sociedad, en tanto que se ve afectada cuando no se atienden de manera efectiva estas patologías.

De otro lado, es relevante continuar con el refuerzo de la enseñanza dentro de la cultura a nivel nacional frente a las diferencias de identidades de género en los colegios, universidades y contextos laborales con la finalidad de mitigar cada vez más la exclusión de la comunidad de mujeres trans, quienes se ven notablemente afectadas por la carencia de comprensión y aceptación de los distintos entornos sociales. Igualmente, empezar a hacer a un lado la concepción de que toda persona que se halle en condición de habitabilidad en calle cuenta con un perfil antisocial y representa un peligro para la sociedad, ya que en ocasiones es la intolerancia sistémica que representa un peligro para esta población y se refleja a través de la violencia física y psicológica, situación que contribuye en el deterioro de la salud mental de hombres y mujeres trans en condición de habitabilidad en calle.

De igual forma, empezar a invertir mucho más en el área de la salud mental con el incremento de contratación de profesionales calificados en el abordaje de los trastornos de la personalidad y establecer el incremento del tiempo de la atención dependiendo de la magnitud y el avance de uno o varios trastornos, para la concientización de la patología en la población afectada, el desarrollo de un tratamiento que genere adherencia y por supuesto que muestre resultados.

Por último, sería preciso incrementar la educación sobre la identidad de género en aquellas personas que se identifiquen de manera contraria a la asignación biológica, con el objetivo de obtener una convivencia sana y sin discriminación en los contextos de los hogares de paso de la ciudad de Bogotá y del resto del país, lo que de alguna manera podría beneficiar la salud mental de los individuos y el desarrollo libre de la personalidad.

11. Referencias

- Almeida, I. (2016). Trastorno de personalidad por evitación. Aproximaciones al tratamiento psicológico (tesis de pregrado). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Recuperado de https://www.trastornoevitacion.com/images/almeidaferreiro_TPE.pdf
- Amador, J. (s.f). *Cuestionarios de personalidad de Cattell*. 16PF 5ª Edición. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21206/1/16PF5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Quinta edición. Masson, Barcelona.
- Arango et al. (2014). Teoría de la mente y empatía como predictores de conductas disociales en la adolescencia. *Revista escritos de psicología*. 7 (1), 20-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.2810>
- Bakhshizadeh, A. et al. (2019). Predicting of borderline personality disorder (BPD) based on emotional intelligence, apathy and empathy among the soldiers admitted to a

military hospital. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 14 (1). Recuperado de http://www.revhipertension.com/rlh_1_2019/12_predicting_borderline_personality.pdf

Bastida, J. et al. (2019). Trastorno de la personalidad: un posible factor de riesgo para la demencia. *Revista actas españolas de psiquiatría*. 4 (2), 61-69. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/118/ESP/21-118-ESP-61-9-766059.pdf>

Belloch, A. y Fernández, H. (2010). Tratado de trastornos de personalidad. Madrid, España: Síntesis.

Bertone, M., Aristizabal, E., Vallejos, M. y Muniello, J. (2017). Differences in social cognition between male prisoner with antisocial personality or psychotic disorder. *International journal of psychological research*. 10 (2), 16-25. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299052071003.pdf>

Caballo, E. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

Cattell, R. (1998). *16 PF. Cuestionario factorial de personalidad (adolescentes y adultos)*. Madrid, España: TEA.

Cardenal, V., Sánchez, M. y Ortiz, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Revista clínica y salud*. 18 (3), 305-324. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf>

- Caro, I. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck Reflexiones críticas. *Revista Boletín de Psicología*, 109, 19-49. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
- Cervone, D. y Pervin, L. (2009). *Personalidad: teoría e investigación*. Segunda edición. México, D.F: El manual moderno.
- Cifuentes, A. (2018). Se muere en el cartucho pero se nace en la l (Bronx). Un estudio sobre los significados de la calle y la olla en los habitantes de calle de Bogotá (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/70623/1/Tesis%2001-09-2018.pdf>
- Chiclana, C. y García, I. (2011). Trastornos de la personalidad. *Revista medicina*. 10 (85), 5750-5758. Recuperado de https://www-clinicalkey-es.ezproxy.javeriana.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0304541211701706.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
- Choi-Kain, L. (2016). Trastorno de personalidad esquizoide. Manuales MSD. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-esquizoide>
- Choi-Kain, L. (2016). Trastorno de personalidad esquizotípico. Manuales MSD. Recuperado de https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-esquizot%C3%ADpico#v34912664_es

- Choi-Kain, L. (2016). Trastorno de la personalidad evitativa /por evitación (TPE). Manuales MSD. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-la-personalidad-evitativa-por-evitaci%C3%B3n-tpe>
- Clínica universidad de navarra. (2019). Conducta tipo A. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/conducta-tipo-a>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson educación. Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/teorias-de-la-personalidad-susan-cloninger.pdf>
- Connoly, A., Cobb-Richardson, P. y Ball, S. (2008). Personality disorders in homeless drop-in center clients. *Journal of Personality Disorders*, 22 (6), 573-588. doi: 10.1521/pedi.2008.22.6.573.
- Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. (s.f). Evaluación del test MMPI-2-RF. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/MMPI-2-RF.pdf>
- Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. (s.f). Evaluación del test 16-PF. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/16PF5.pdf>
- Concepción, A., Ribot, V. y Rodríguez, N. (2018). Conducta homicida en el trastorno esquizotípico. Presentación de un caso. *Revista habanera de ciencias médicas*, 17 (1), 73-79. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n1/rhcm09118.pdf>
- Correa, M. (2007). La otra ciudad – Otros sujetos: los habitantes de calle. *Revista del Departamento de Trabajo Social*, 9, 37-56. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/14610/1/3-8511-PB.pdf>

- Correa, M., Ortega, L. y Ramírez, S. (s.f). El agobio de la vida, la soledad y la existencia en los habitantes de calle. Recuperado de <http://www.cinde.org.co/Docs/Resumen%20Marta%20Elena%20Correa.pdf>
- Cuartas, N. y Vargas, M. (2014). Relación de los constructos personales de los niños y las niñas de 4° de primaria del I.E.D. florentino González, con su auto-concepto y con la forma de relacionarse en el aula (tesis de maestría). Universidad Libre, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/8468/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2017). Censo de habitantes de la calle Bogotá 2017. Recuperado de <https://sitios.dane.gov.co/habitantes-calle-2018/index.html>
- Dolcet, J. (2006). Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (tesis doctorado). Universitat de Lleida, Lérida, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8295/Tjds1de1.pdf?sequence=1>
- El Tiempo. (21 de abril de 2018). Panorama de los habitantes de calle en Bogotá. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/bogota/cifras-habitantes-de-la-calle-bogota-207590>
- El Tiempo. (7 de abril de 2007). Cuatro de cada diez habitantes de Bogotá son solteros, reveló censo del DANE del 2005. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3506332>
- Echeburúa, E. y Del Coral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Revista análisis y modificación de la conducta*. 25

- (102), 586-614. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Echeburua/publication/39141222_Avances_en_el_tratamiento_cognitivo-conductual_de_los_trastornos_de_personalidad/links/5ae6fadd0f7e9b9793c7e2f9/Avances-en-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-de-personalidad.pdf
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Revista actas españolas de psiquiatría*. 38 (5), 249-261. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-500-600-527693.pdf>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Revista terapia psicológica*, 32 (3), 255-264. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n3/art08.pdf>
- Fernández, R. (s.f). Trastorno de la personalidad por dependencia. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Recuperado de http://www.ulacit.ac.cr/imprimir.php?c=proy_est,187
- Fernández, M. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. 37 (132), 399-413. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265054077005.pdf>
- Ferrer, A. et al. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de psicología de la universidad de Antioquia*. 7 (1), 73-96. Recuperado de

<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile/25264/20779143>

Font, S. (2013). Adaptación española del inventario de evaluación de la personalidad (PAI). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. 1 (35), 225-231. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645435012.pdf>

Galvez, M., Mingote, J. y Moreno, B. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Revista medicina y seguridad del trabajo*. 56 (220), 226-247. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n220/original3.pdf>

González, L. (2011). Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal (tesis doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/14431/1/T33360.pdf>

González, F. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana, Cuba: Ciencias médicas. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

Gómez, C. (s.f). El habitante de la calle en Colombia: Presentación desde una perspectiva social-preventiva. *Revista actualidad jurídica*. 1, 28-39. Recuperado de <https://www.uninorte.edu.co/documents/4368250/0/El+habitante+de+la+calle+en+Colombia+Presentaci%C3%B3n+desde+una+perspectiva+social-preventiva/98003d14-5fee-437b-8063-c13b4f7fc676?version=1.0>

Grandón, P. et al. (2018). Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la Región del BíoBío. *Revista*

- chilena de neuro psiquiatría*. 56 (2), 89-99. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v56n2/0717-9227-rchnp-56-02-0089.pdf>
- Guerri, M. (2016). La teoría de los rasgos de personalidad y sus principales autores. *Psicoactiva*. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-los-rasgos-la-personalidad-principales-autores/>
- Henao, J. (2015). Lo que esconde el día, el habitante de calle en la ciudad de Medellín (Una pesquisa jurídica), 18, 37-50. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/derypol/article/viewFile/328215/20785140>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México, D.F: Mc Graw Hill.
- Herrera, J. et al. (s.f). Capítulo 5. Los habitantes de calle del extinto Cartucho y la creación del Oasis, 168-197. Recuperado de <http://www.idipron.gov.co/sites/default/files/docs/investigacion/especiales/5-antiguo-Cartucho-y%20la-creacion-del-Oasis.pdf>
- Holguín, T. y Palacios, J. (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad: una revisión de la bibliografía. *Revista salud mental*. 37, 83-91. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a10.pdf>
- Hurtado, F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Revista española endocrinología pediátrica*. 6, 45-52. Recuperado de <http://endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A283.pdf>
- I.P.D.E. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Meditor.

- Izquierdo, A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista complutense de educación*. 13 (2), 617-643. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0202220617A/16585>
- Jasp. (s.f). Manual de estadística. Recuperado de <https://statutorial534846024.wordpress.com/category/jasp/>
- Kahn, M., Hannah, M., Hinkin, C., Montgomery, C. y Pitz, D. (1987). Psychopathology on the Streets: Psychological Assessment of the Homeless. *The American Psychological Association*. 18 (6), 580-586. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1988-16929-001>
- Lancha, C. y Carrasco, M. (2003). Intervención en ansiedad a los exámenes, obsesiones y compulsiones contenidas en un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. *Revista acción psicológica*. 2 (2), 173-190. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/530/468>
- León, R. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de rasgos de personalidad IPDE Modulo DSM IV en internos del delito contra el patrimonio de un Establecimiento Penitenciario de Lima 2018 (tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/25571>
- Loranger, A., Janca, A. y Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. New York: Cambridge university press.

- Martínez, M. y March, T. (2015). Caracterización de la validez y confiabilidad en el constructo metodológico de la investigación social. *Revista electrónica de humanidades, educación y comunicación social*. 20, 107-127.
- Mateos, J. y Mateos, M. (2005). Rasgos diferenciales del temperamento y el carácter en un grupo de alcohólicos vs población general. *Revista adicciones*. 17 (4), 325-335, Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122028006.pdf>
- Mayo Clinic. (2017). Trastorno esquizoide de la personalidad. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizoid-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20354414>
- Mayo Clinic. (2018). Trastorno de la personalidad narcisista. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/narcissistic-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20366662>
- Ministerio de Salud, Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. (15 de julio de 2014). Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2014/07/POL%C3%8DTICA-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-2014.pdf>
- Ministerio de Salud. (abril de 2018). Política pública social para habitante de calle. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-social-habitante-de-calle.pdf>

Ministerio de salud. (2018). Política nacional de salud mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Revista psicología. Avances de la disciplina.* 3 (2), 81-107. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/2972/297225531007/>

Montiel, J., Bartholomeu, D., Carvalho, L. y Pessotto, F. (2015). Avaliação de Transtornos da Personalidade em Moradores de Rua. *Psicologia: Ciência E Profissão.* 35 (2), 488-502. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000200488&lng=pt&tlng=pt

Morey, L. (2011). *Inventario de la evaluación de la personalidad. Manual de aplicación, interpretación y corrección.* Madrid, España: TEA. Recuperado de http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Manual_PAI_WEB.pdf

Mori, P. (2002). Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental: sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos del sexto grado (tesis de doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/564/Mori_sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nadales, M., Fernández, M. y Guerra, P. (2016). Rasgos psicopatológicos en personas con disforia de género. *Revista internacional de andrología.* 14 (4), 131-136.

Recuperado de https://www-clinicalkey-es.ezproxy.javeriana.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1698031X16300498.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

National Collaborating Centre for Mental Health. (2006). Obsessivecompulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessivecompulsive disorder and body dysmorphic disorder. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-194883373>

Nieto, C. y Koller, S. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *Revista Acta de Investigación Psicológica*, 5 (3), 2168-2181. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-pdf-S2007471916300072>

Oliveros, S. (s.f). El trastorno histriónico de personalidad en el hombre, la masculinidad enferma. Recuperado de <https://www.grupodoctoroliveros.com/el-trastorno-histriónico-de-personalidad-en-el-hombre-la-masculinidad-enferma>

Organización Mundial de la Salud. (27 de abril de 2006). ¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales?. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/38/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2005). Política, planes y programas de salud mental. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_plans_module_Spanish.pdf

- Ortega, A. (s.f). La teoría de Kretschmer: la relación entre cuerpo y temperamento. Psicología y mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/personalidad/teoria-kretschmer>
- Ortiz, J. (2002). Trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista acta neurológica colombiana*. 18 (1), 51-65. Recuperado de http://www.acnweb.org/acta/2002_18_1_51.pdf
- Ossa, L. (2005). (Adolescentes) en situación de calle: Construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Un acercamiento cualitativo (tesis de maestría), Santiago, Chile. Recuperado de http://www.teammonde.org/assets/PDF/adolescentes_situacion_de_calle_Chile.pdf
- Penado, M. y González, D. (8 de abril de 2015). El trastorno esquizoide de la personalidad en la jurisprudencia penal del tribunal supremo español. Colegio oficial de psicólogos de Madrid. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3150/315040291011.pdf>
- Pinta, R. (2018). Trastornos de la personalidad: consideraciones relacionadas con la peligrosidad. Universidad Técnica de Machala (tesis de pregrado), Machala, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12798>
- Prado, J., Sánchez, S. y García, J. (2016). Dificultades en el manejo cognitivo-interpersonal del trastorno narcisista de la personalidad: estudio de caso. *Revista argentina de clínica psicológica*. 25 (3), 317-325. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416011.pdf>
- Puhakka, K. (s.f). La Teoría de los constructos personales de George Kelly y la Psicología Cognoscitiva. P. 370. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teoper/12.pdf>

- Quintero, L. (2008). La exclusión social de "habitantes de la calle" en Bogotá: una mirada desde la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*. 3 (1), 101-144. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189217248005.pdf>
- Restrepo, J., Ruiz, M., Arana, C. y Alvis, A. (2015). Cognición social en personas con trastorno antisocial de la personalidad: una revisión teórica. *Revista lasallista de investigación*. 12 (1), 254-262. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/695/69542290021.pdf>
- Rodríguez, J., Núñez, J. y Hernández, D. (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 22, 197-206. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/18848/pdf>
- Rodríguez, E. et al. (2016). Estilos de personalidad dependiente y autocrítico: desempeño cognitivo y sintomatología depresiva. *Revista latinoamericana de psicología*. 49 (2), 102-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80551191003.pdf>
- Rubio, V. (s.f). Trastorno paranoide de la personalidad: síntomas, tratamiento. Recuperado de <https://www.trastornolimite.com/tp/trastorno-paranoide-de-la-personalidad>
- Rubio, V. (2019). Trastorno esquizoide de la personalidad: síntomas, tratamiento. Recuperado de <https://www.trastornolimite.com/tp/trastorno-esquizoide-de-la-personalidad>
- Ruiz, J. (1999). Los ciudadanos de la calle, nómadas urbanos. *Revista nómadas*. 10, 172-177. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1051/105114274014.pdf>
- Salavera, C. (2009). Trastornos de personalidad en personas sin hogar. *International journal of psychology and psychology*. 9 (2), 275-283. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56012878009.pdf>

Salavera, C., Tricás, J. y Lucha, O. (2013). Personality Disorders and Treatment drop out in the homeless. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 379-387.
dx.doi.org/10.2147/NDT.S38677

Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J. y Lucha, O. (2009). Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. 9 (2), 457-467. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a13.pdf>

Sánchez, R., y Ledesma, R. (2007). Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y cómo evaluarla. Recuperado de https://www.academia.edu/36777873/Los_Cinco_Grandes_Factores_c%C3%B3mo_entender_la_personalidad_y_c%C3%B3mo_evaluarla

Sánchez, I. (2011). Personalidades esquizoides (McWilliams, N. Diagnóstico Psicoanalítico. Comprendiendo la estructura de personalidad en el proceso clínico). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000854>

Sarmiento, S. (s.f). El trastorno esquizotípico de la personalidad. Centro psicológico Madrid. Recuperado de <https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/problemas-psicologicos/trastorno-esquizotipico-de-la-personalidad>

Secretaría Distrital de Salud. 2016. Política distrital de salud mental. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf

Secretaría Distrital de Integración Social. (2012). *VI Censo habitantes de calle (análisis de datos)*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/censo-habitante-calle-bogota-2011.pdf>

Seelbach, G. (2013). Teorías de la Personalidad. Recuperado de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf

Semana. (18 de febrero de 2017). Bogotá, la primera en trastornos mentales. *Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/cifras-criticas-por-salud-mental-en-bogota/515858>

Servicio de psicología clínica y del desarrollo. (s.f). Personalidad y trastornos de personalidad. Recuperado de <https://psisemadrid.org/personalidad-y-trastornos-de-personalidad/>

Schultz, D. y Schultz, S. (2010). Teorías de la personalidad. Recuperado de https://www.academia.edu/29650125/Teorias_de_la_Personalidad_-_Duane_P._and_Sydney_E.Schultz

Schmidt, V. et al. (2010). Modelo psicobiológico de personalidad de eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*. 11 (2). Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63/60?acceptCookies=1>

Sirvent, C. (abril de 2018). Inventario de personalidad PID-5 (DSM-5) en adicciones, resultados de un doble estudio. *Revista interpsiquis*. Recuperado de [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-5-pon4\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-5-pon4[1].pdf)

- Souci, M. y Vinet, E. (2013). Examen psicométrico exploratorio del Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) en población penitenciaria chilena. *Revista salud y sociedad*. 4 (2), 168-184. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v4n2/4n2a05.pdf>
- Suárez, D. (2010). El temperamento en la regulación de la personalidad. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*. 7 (1), 125-129. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788162.pdf>
- Tamez, G. (2002). Trastorno antisocial de la personalidad. Una aproximación actual. *Revista sanidad militar México*. 56 (1), 29-33. Recuperado de <https://eds-a-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c309cc16-ecc5-43da-9266-3d2389e93bdf%40sessionmgr4007>
- Torres, J. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Revista científica de la universidad de Murcia*. 35 (1), 47-57. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=inventario+de+la+personalidad+por+dsm+5&oeq=inventario+de+la+personalidad+por+dsm&aqs=chrome.1.69i57j3313.20257j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Turriago, F. y Ferre, F. (2015). Protocolo diagnóstico de los trastornos de personalidad. *Revista medicine*. 11 (84), 5041-5048. Recuperado de https://www-clinicalkey-es.ezproxy.javeriana.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0304541215002012.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

- Vera, C., Giner, L., Baca, E. y Barrigón, M. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Revista psiquiatría psicológica*. 26 (1), 1-6. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/86881/1-s2.0-S1134593419300065-main.pdf?sequence=1>
- Villena, A. et al. (2018). ¿En qué medida las guías de práctica clínica responden a las necesidades y preferencias de los usuarios diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo?. *Revista colombiana de psiquiatría*. 47 (2), 98-107. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n2/0034-7450-rcp-47-02-00098.pdf>
- Zambrano, R. (2011). Revisión sistemática del cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire – EPQ). *Revista liberabit*. 17 (2), 147-155. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a05v17n2>
- Zambrano, R. (2014). Revisión sistemática del inventario multifásico de personalidad de Minnesota-mmpp. *Revista diversitas – perspectivas en psicología*. 10 (1), 151-163. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n1/v10n1a12.pdf>