

UNIVERSIDAD CENTRAL «MARTA ABREU» DE LAS VILLAS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA



## **Sesgo de género en la práctica del diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial.**

Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Psicología

**Autor:** Luis E. Acosta Vidal

**Tutores:** Dra. C Dunia M. Ferrer Lozano

Dr. C Yunier Broche Pérez

Santa Clara

2017

Exergo

*La ciencia se fundamenta en la experimentación, en un ansia permanente de someter a prueba los viejos dogmas, en una apertura de espíritu que nos permita contemplar el universo tal como realmente es. No puede negarse que en ciertas ocasiones la ciencia exige coraje; como mínimo el imprescindible para poner en entredicho la sabiduría convencional.*

*Carl Sagan, El Cerebro de Broca (1970)*

# Dedicatoria

*A mis niñas malcriadas, Jenny y Tayi.*

# Agradecimientos

*A mi madre, por su confianza y amor incondicional,  
A mis abuelos, por su apoyo eterno,  
A mis amigos, a todos ellos, por los muchos y excelentes momentos,  
En especial a Alfredo, Alejandro, Lily, Alicia, Karlita, Amarys, y La China  
por estar siempre cerca,  
Al profe Cartalla, a Rodney y a Dayana, parte importante de esta obra,  
Por supuesto, mi gratitud infinita a mis tutores, a Dunia y Broche, por  
permitirme esta tesis, por hacerme crecer cada día en estos cinco años.*

*A todos Gracias*

# Resumen

## **RESUMEN**

La presente investigación se dirigió a profundizar en la presencia de sesgos de género en el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial. Se partió de un paradigma de investigación cuantitativo, para realizar un estudio experimental de series convergentes, a través de cuatro experimentos. La muestra seleccionada estuvo constituida por 57 estudiantes de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, que habían vencido la asignatura Psicopatología General y por 80 profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud, con más de dos años de experiencia en el área. Se realizaron dos experimentos puros de dos grupos, un diseño factorial 2 x 3, y un diseño con los mismos sujetos (intrasujetos). Los instrumentos empleados fueron elaborados por los propios investigadores, y los resultados fueron procesados estadísticamente empleando el paquete estadístico SPSS. Los resultados mostraron la presencia de sesgo en los criterios diagnósticos del DSM-IV para ambos trastornos. En cuanto al sesgo en el ejercicio del diagnóstico, los especialistas tienden a diagnosticar de acuerdo a la sintomatología ante casos prototípicos, sin embargo, ante casos con cierto nivel de ambigüedad se puede evidenciar la presencia del sesgo, especialmente en el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Antisocial.

**Palabras claves:** Trastorno de Personalidad, Histriónico, Antisocial, Sesgo de género.

# Abstract

## **ABSTRACT**

The current research was aimed to deepen into the presence of gender bias in the diagnosis of the Histrionic and Antisocial Personality Disorders. We used a quantitative approach, in order to make an experimental design of convergent series through four experiments. The sample used was composed by 57 ungraduated students from the Psychology Degree Course of the Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, which would have passed the General Psychopathology subject and by 80 professionals of Clinical and Health Psychology with more than two years of experience in this field. Two pure experiments of two groups were carried out, a 2 x 3 factorial design and a within-subjects design. The instruments used were elaborated by the investigators and the results were processed statistically by the statistical package SPSS. The results showed the presence of bias in the diagnostic criteria of the DSM-IV for both disorders. Concerning the assessment bias, the specialists usually make the diagnosis according to the symptomatology in prototypical cases, however, in cases with certain level of ambiguity the presence of the bias can be shown, especially in the diagnosis of the Antisocial Personality Disorder.

**Key words:** Personality Disorder, Histrionic, Antisocial, Gender bias.

# Índice

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO .....	6
1.1 Diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales .....	6
1.1.2 Principales críticas a los clasificatorios de las enfermedades mentales.....	10
1.2 Definición y clasificación de los Trastornos de Personalidad. Problemáticas asociadas a su diagnóstico .....	14
1.2.1 Los Trastornos Histriónico y Antisocial de Personalidad. Características esenciales y criterios diagnósticos .....	21
1.3 Estereotipos de género y Trastornos de Personalidad. El sesgo de género en el diagnóstico de los Trastornos Histriónico y Antisocial .....	27
CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS .....	33
2.1 Paradigma de investigación asumido.....	33
2.2 Alcance de la investigación .....	33
2.3 Diseño de la investigación .....	34
2.4 Tipo de Muestreo .....	37
2.5 Descripción de los experimentos .....	38
2.6 Métodos de Análisis de los datos obtenidos .....	50
2.7 Aspectos éticos de la investigación.....	50
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	51
3.1 El sesgo de género en el análisis de los criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad Antisocial e Histriónico. Análisis de los Experimentos 1, 2 y 4.....	51
3.2 Sesgo de género en el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial. Análisis del Experimento 3 .....	63
3.3 Discusión de Resultados .....	68
CONCLUSIONES .....	73
RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

# Introducción

## INTRODUCCIÓN

Ha sido constitutivo de todos los intentos de conceptualización y clasificación de la psicopatología ser objeto de análisis crítico desde distintas perspectivas tal como plantea Berrios (2008). Aun cuando pudiera parecer un tema gastado, el debate no deja de suscitar actualidad e interés por la comunidad científica, al considerar las implicaciones éticas asociadas a la imposición de etiquetas que se recogen en los clasificatorios de enfermedades mentales, tildados de atóricos y descriptivos.

La problemática resulta alarmante teniendo en cuenta el hecho de que el pasar de los años, no ha hecho más que aumentar significativamente el número de trastornos mentales con los que una persona puede (o no) ser diagnosticada. En la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-I, lanzada en 1952 se contaba con solo 106 categorías diagnósticas, cifra que se ha incrementado considerablemente, de forma tal que ya para 1994, con la salida de la cuarta edición, existía casi el triple de categorías diagnósticas (297), consensuado con el Clasificador Internacional de Enfermedades CIE-10, como se puede apreciar en Baca y Oquendo (2009).

Dentro de las polémicas relacionadas a la clasificación de las enfermedades mentales, la problemática del género constituye uno de los cuestionamientos más actuales. Es una de las líneas de investigación que ha cobrado especial interés, partiendo de las diferencias sustanciales encontradas en los estudios de género entre hombres y mujeres. La exclusión de las mujeres de las muestras clínicas en estudios de investigación, fenómeno que sucedía hace solo pocas décadas, no permitía establecer diferencias entre la forma en que enfermaban hombres y mujeres, ya que se asumía que no había tales diferencias.

Estas particularidades, que hoy se estudian desde un abordaje más amplio y multidisciplinario, han señalado la influencia del género y el sexo en la prevalencia, expresión de los síntomas, y el curso de las enfermedades mentales, así como de las modalidades de búsqueda de ayuda y respuesta al tratamiento. (Gaviria y Alarcón, 2010)

El capítulo de Trastornos de Personalidad de los clasificatorios, no ha escapado de estos cuestionamientos sobre el género, el cual ha ganado gran interés en la literatura psiquiátrica y psicológica, sobre todo las investigaciones que señalan la existencia de un sesgo de género asociado al diagnóstico de dichos trastornos.

Los estudios que relacionan los estereotipos de género con el diagnóstico de Trastornos de Personalidad, que en su generalidad provienen desde otras latitudes, han descrito gran controversia sobre la existencia de sesgos de sexo/género como lo demuestran los trabajos de Blashfield, Sprock, & Fuller (1990), Caplan (1987), (1991), Faludi (1992), Kaplan (1983), Landrine (1989), Ritchie (1989), Rosewater (1987), Sprock, Blashfield, & Smith (1990), Walker (1987) (1994), Warner (1978), Widiger, Corbitt, & Funtowicz (1994), Widiger & Spitzer (1991). Más recientemente el tema también ha sido abordado por Biaggio, Roades, Staffelbach, Cardinali, & Duffy (2000), Anderson, Sankis, & Widiger (2001), Cale & Lilienfeld (2002), Flanagan & Blashfield (2003), Crosby & Sprock (2004) y Serrita, Oltmanns, South & Turkheimer (2007).

Las interrogantes sobre el sesgo de género en el diagnóstico de Trastornos de Personalidad se establecen de acuerdo con algunos datos empíricos encontrados, como el hecho de que en las mujeres se describe una mayor prevalencia de los Trastornos de Personalidad de tipo Límite, Histriónico y por Dependencia (Kaplan, 1983), mientras que en los hombres se observa una mayor incidencia de los Trastornos de Personalidad de tipo Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Narcisista y Obsesivo-Compulsivo (Kass, Spitzer & Williams, 1983; Widiger, 1998). Las diferencias en la prevalencia no son evidencia suficiente para el establecimiento de la existencia de un sesgo de género, los Trastornos de Personalidad son considerados por algunos autores como variantes desadaptativas de rasgos que no son distribuidos de forma proporcional entre hombres y mujeres, además, las mujeres se presentan más a tratamiento.

Los sesgos de género pueden provenir del propio juicio clínico del especialista (*assessment bias*), o por sesgos en los propios criterios diagnósticos recogidos en los clasificatorios (*criterion bias*), como apuntan Crosby & Sprock (2004). Por lo cual se hace necesario considerar ambas fuentes cuando se interpreta la literatura sobre las diferencias en la prevalencia de los Trastornos de Personalidad. Especialmente en estos aspectos radica el aporte de la presente investigación, al perseguir la exploración de ambas fuentes del sesgo. Se debe señalar de igual forma, que los trabajos realizados sobre el tema, provienen, como ya se ha dicho, de otros países, lo cual expresa la novedad del tema en Cuba.

Por otro lado, el énfasis en la exploración de las posibles manifestaciones del sesgo de género, particularmente en el Trastorno de Personalidad Antisocial e Histriónico permitirá agregar datos empíricos a una ya tradicional serie de controversias.

Estos trastornos se encuentran entre los que han mostrado diferencias significativas en la prevalencia en hombres y mujeres, sin embargo, no queda claro si esto implica una visión estereotipada desde los roles de género. En estudios anteriores como el realizado por Warner (1978, citado en Ford & Widiger, 1989) uno de los pioneros en el tema, los resultados indicaban que los profesionales perciben a los hombres como personalidades antisociales y a las mujeres como histéricas (término empleado en ese momento), incluso cuando el paciente presentaba iguales síntomas. El procedimiento de este estudio, refleja la naturaleza metodológica de investigaciones que le sucedieron y la forma actual en la que se trabaja el tema con alguna que otra modificación. Esta consiste en la presentación de descripciones de casos en los que se manipula el sexo del paciente, a profesionales a los que se les solicita una impresión diagnóstica determinada.

Con respecto a los resultados de Warner (1978), otros estudios han mostrado datos distintos, sobre todo cuando se han empleado casos prototípicos, con criterios muy claros, por lo que se ha planteado que el efecto del sesgo de género será menor, cuanto menos ambiguo sea el diagnóstico (Hamilton, Rothbart & Dawes 1986, citado en Ford & Widiger, 1989).

Cabe destacar que estos estudios han sido realizados empleando como referentes clasificatorios que ya no están en uso, de modo que los criterios diagnósticos para los trastornos mencionados se han hecho mucho más explícitos y específicos, sin embargo, en los clasificatorios actuales persisten limitaciones con respecto a la especificidad de los criterios, al solapamiento y la comorbilidad de los Trastornos de Personalidad.

Si bien en Cuba se han realizado análisis críticos a las clasificaciones de enfermedades mentales, resulta novedoso el abordaje de la problemática descrita, dado que escasean las investigaciones referidas a la clasificación, manifestaciones clínicas y diagnóstico de los Trastornos de Personalidad. Además, la temática del género en las manifestaciones de estos trastornos y los factores subjetivos involucrados en la práctica diagnóstica de dichos trastornos, abre una nueva línea de investigación en la isla.

Metodológicamente las investigaciones realizadas en el extranjero (referidas con anterioridad), se han centrado en una fuente u otra del sesgo de género, y los métodos empleados, casi en su totalidad, han sido experimentales, que, aunque encuentran cierta validez en la amplitud de la muestra seleccionada, dejan en muchas ocasiones de controlar variables importantes que pudiesen tener un peso esencial en los resultados encontrados, de allí que sea común la aparición de opiniones divididas sobre el tema.

Tal pudiese ser el ejemplo de la participación por vía correo, donde el investigador no puede controlar que el participante, la mayor parte de las veces especialistas en Psicología o Psiquiatría, recurra a la ayuda de otros, o al manual clasificadorio.

En el caso de este estudio, se recurre no solo a la participación de especialistas con experiencia en funciones de diagnóstico, sino además a participantes sin experiencia y con dominio de la terminología psicológica y psiquiátrica, en este caso estudiantes de Psicología. La incorporación de participantes sin experiencia ya ha sido empleada por algunas investigaciones tal como es el caso de Rienzi & Scrams (1991), sin embargo, pocos trabajos involucran tanto a especialistas como a estudiantes, lo cual constituye algo novedoso en el orden metodológico; así como lo es la aproximación a este tema desde un diseño experimental de series convergentes, lo cual brinda a la investigación fiabilidad, posibilidades de replicación dentro del mismo estudio y mayor número de comparaciones.

La identificación de variables implicadas en la objetividad del diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Antisocial e Histriónico, desde la propia práctica clínica, así como informar con respecto a la posible presencia de sesgos de género en el empleo de las pautas diagnósticas (del DSM-IV) para estos, resulta indiscutiblemente una significativa ventaja práctica, dado el amplio uso que tiene dicho clasificadorio en nuestro país, al ser considerado una herramienta esencial de la práctica clínica psiquiátrica. De cualquier forma, alertar sobre la existencia del sesgo, permite que los especialistas dirijan su atención a corregirlo y evite alguna posibilidad de solapamiento entre ambos trastornos.

Considerando la problemática expuesta y la importancia conferida al tema, se considera plantear el siguiente **problema de investigación**:

¿Cómo media el género en la práctica del diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial?

En consecuencia, con la interrogante planteada, se asumen los siguientes objetivos de investigación:

**Objetivo General:**

Determinar cómo media el género en la práctica del diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar la presencia de sesgos de género en el análisis de los criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial del DSM-IV.
- Explorar la presencia de sesgos de género en el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial.

El contenido del informe de investigación, se encuentra estructurado en tres capítulos. En el primero de ellos se exponen los presupuestos teóricos que se adoptaron como referente para el estudio, donde se abordan las cuestiones fundamentales con respecto al diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales desde una mirada crítica, la problemática de la conceptualización y clasificación de los Trastornos de Personalidad, las particularidades del Trastorno Histriónico y el Trastorno Antisocial de Personalidad, y finalmente un acercamiento a los estereotipos de género y su relación con los Trastornos de Personalidad, así como, el sesgo en el diagnóstico de Trastorno Histriónico y Antisocial de Personalidad.

El segundo capítulo hace referencia a los supuestos metodológicos, el procedimiento y los criterios para la selección de la muestra, el método de análisis, así como los aspectos éticos asumidos en el estudio.

Finalmente, en el tercer capítulo se recogen los resultados obtenidos en la investigación y su correspondiente discusión, para dar paso a las conclusiones y recomendaciones del trabajo. Se presentan anexos que complementan los resultados presentados.

# Marco Referencial Teórico

## **CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1.1 Diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales**

Etimológicamente la palabra diagnóstico viene de la palabra griega, **διαγνωστικός** (diagnosticós) que significa distintivo, que permite distinguir, derivada de **διαγιγνώσκω** (diagignósco) que significa distinguir, discernir, conocer distintamente, decidir, resolver, determinar y a su vez esta última palabra deriva de otro verbo **γιγνώσκω** (gignosco) que significa conocer, llegar a conocer, reconocer, observar, experimentar, comprender, darse cuenta, saber y determinar, entre otros (Baca y Oquendo, 2009; Camacho, 2006).

El hombre a través del tiempo se ha interesado, de acuerdo con Ballesteros (1981), por comprender, describir, categorizar, predecir y explicar a las personas, como indica la raíz etimológica de la palabra. La propia autora plantea, que es la Astrología el primer intento de diagnóstico y clasificación, teniendo al horóscopo como clara manifestación de ello. De acuerdo con Mc Reynolds (1975), esto se puede establecer dado que existe un sujeto a evaluar, un evaluador y protocolos de evaluación e interpretación; además de un marco teórico (precientífico en este caso) que hace mención a hipótesis determinadas, y un sistema de categorías taxonómicas (signos del zodiaco) que sirven para clasificar a las personas.

La clasificación (taxonomía, del griego **ταξις**, taxis, “ordenamiento”, y **νομος**, nomos, “norma” o “regla”) es la ordenación de objetos en grupos (clases) de acuerdo a su relación. Reconocer similitudes y diferencias para construir criterios de agrupación, constituye la base cognitiva de la construcción de conceptos y de la nominación (Baca y Oquendo, 2009).

La clasificación es acto fundamental para el estudio de todo fenómeno, se le reconoce como base de toda generalización científica y representa, por tanto, un elemento de carácter esencial desde el punto de vista de la metodología estadística. La uniformidad de las definiciones de una parte, y la uniformidad de los sistemas clasificatorios, de otra, deben ser, pues, condiciones previas al progreso del conocimiento científico (Freedman, Kaplan & Sadock, 1984). Una clasificación o un diagnóstico coloca al trastorno en cuestión dentro de un sistema de agrupaciones convencionales, basado en ciertas similitudes significativas (Alonso, 2007).

Además del misticismo del periodo precientífico, el diagnóstico y la clasificación del comportamiento humano, se ha visto en gran medida influenciado por el desarrollo

de ciencias afines como la medicina. La teoría de los temperamentos de Hipócrates es una de las primeras clasificaciones de la conducta de los seres humanos, y sus rasgos de personalidad, y por supuesto, es una postura que surge atada a la naciente disciplina médica, como plantea Negredo (2000).

Ya en el siglo V a.C., Hipócrates había planteado entidades como manía, histeria y epilepsia para referirse a ciertas formas de enfermedades mentales y también Asclepiades en el siglo I a. C. ya había dividido a las enfermedades en agudas y crónicas. (Camacho, 2006)

Los planteamientos hipocráticos son luego “retomados por Galeno (siglo I y II d.C.) cuyos escritos “Acerca del Temperamento” representan el máximo exponente de estas teorías. Como señalan Pinillos, López Piñero, y García Ballester (1966); la clave de la conexión entre la constitución psicológica y moral reside en (...) la idea aristotélica del alma como forma del cuerpo “. (Citado en Fernández, 1981, p.22)

Barrough (1583) introdujo una tercera categoría: la Demencia. Ya en el siglo XVIII Kant en Antropología, y Pinel en Nosología Filosófica ampliaron y matizaron la clasificación. Distinguieron dos clases de manía (con y sin delirio), conservaron Melancolía y Demencia y añadieron Idiocia. Pero Linneus, experto biólogo, pulió la clasificación creando unos géneros de enfermedades: Ideales (Delirio, Amentia, Manía, Melancolía y Vesania), Imaginarias (Hipocondría, Fobia, Somnambulismo y Vértigo) y Padecimientos (Bulimia, Polidipsia, Satiriasis y Erotomanía) (Del Barrio, 2009).

“Pero es sin duda Kraepelin, en su manual de Psiquiatría (1899), el padre de la clasificación de los trastornos mentales tal como los consideramos actualmente, puesto que elaboró un sistema para constituir grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituían un síndrome. Sus criterios se fundaban en las causas orgánicas: hereditarias, metabólicas, endocrinas, alteraciones cerebrales. Por eso las clasificaciones actuales comenzaron sólo por las enfermedades mentales con causa orgánica. (...) Europa se convirtió así en la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales” (Del Barrio, 2009, p.82).

También en esta época aparece la figura de Freud, quien fue clave en la clasificación de las neurosis y en la definición de la neurosis de ansiedad (Sánchez, Varela y González 2010). Eugene Bleuler, basó su sistema de clasificación en la obra de Freud, las huellas de ambos científicos pueden verse reflejadas en las más recientes versiones de los clasificatorios vigentes (CIE y DSM), y ya para 1967, Pörksen había

identificado 340 clasificaciones psiquiátricas, razón por la cual muchos términos eran usados con diferentes acepciones en muchos países, y por disímiles escuelas dentro de los mismos, resultando en incongruencias y complicando la comunicación de los especialistas (Davison y Neale, 2003; Baca y Oquendo, 2009).

Esta situación, condicionó la evolución de la psiquiatría hacia la búsqueda de una nomenclatura común, surgiendo así la primera clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte en el año 1900, el CIE, que no incluye los trastornos mentales hasta su sexta edición en 1946 (Gutiérrez, Peña, Santiuste, García, Ochotorena, San Eustaquio, Cánovas, s.f; Del barrio, 2009) a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirman Baca y Oquendo (2009).

En América los primeros intentos por presentar un clasificadorio fueron obra de la Asociación Americana de Psicología Médica (AMPA) en 1917. En 1928 se produce la Conferencia sobre “Nomenclatura de Enfermedades” donde la Asociación Médica Americana se encargó de confeccionar un listado de enfermedades mentales. Un tercer antecedente lo representó la *Standard Classified Nomenclature of Diseases* (SCND, 1932), publicado por la Asociación Americana de Medicina y revisado en 1934, todo ello impulsado por los neo-krapelianos que querían promocionar en América algo paralelo al CIE, tal como señalan Del Barrio (2009) y Camacho (2006).

El DSM finalmente contó con su primera edición en 1952. Entre las causas que influyeron en su creación, están la necesidad de recoger datos de tipo estadístico en relación a los trastornos mentales y la necesidad de una nomenclatura aceptable para los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas, en todo el país (Gutiérrez et al. s.f).

Este manual fue revisado, ampliado y actualizado desde entonces, en 1968 apareció el DSM-II, el DSM-III en 1980 y siete años más tarde su edición revisada (DSM-III-R). La influencia del DSM-III fue considerable. Poco después de su publicación fue ampliamente aceptado en Estados Unidos como lenguaje común de los clínicos y los investigadores de la salud mental, para comunicarse acerca de los trastornos en los que recaía su responsabilidad profesional (Williams, 2000).

“Europa es el modelo en las primeras ediciones del DSM, pero a partir del DSM-III (1980) la carrera se desequilibra a favor del DSM americano, puesto que incorpora dos grandes novedades: la explicitación de los criterios con los que se construyen las categorías y la ampliación que suponen los cinco ejes diagnósticos, ubicando aquellas alteraciones que presentaban

dificultades diagnósticas como el caso del Retraso Mental, y matizando la gravedad de las restantes. El DSM III representó la bifurcación máxima entre la clasificación europea y americana” (Del Barrio, 2009, p.83).

En 1994 fue editada la cuarta edición, plantea Camacho (2006), y en 2013 fue lanzada la quinta. A lo largo de su coexistencia, los manuales (CIE y DSM) han tenido puntos de confluencia y ruptura, aunque han sido resaltados positivamente por el hecho de que constituyan un intento por unificar criterios y el lenguaje científico para describir los hechos representativos de las alteraciones mentales y por defender un modelo superior a la psicopatología tradicional al intentar relacionar la patología con los aspectos psicosociales y biológicos a través de la clasificación multiaxial.

Estas críticas positivas se resumen en las ventajas de utilizar dichos sistemas categoriales, que de acuerdo con Pelechano (2000) además de ser tradicionales en la práctica clínica desde Hipócrates, aportan consistencia entre procedimiento para hacer el diagnóstico y la práctica clínica, puesto que el diagnóstico y el tratamiento son resultado de un mismo juicio categorial que es “tener o no tener” el trastorno, y por otro lado resulta más parsimonioso para conceptualizar un trastorno y la posterior transmisión de la información a otros clínicos y/o profesionales médicos (citado en Negredo, 2000).

A pesar de su amplio uso y de las ventajas señaladas, los clasificatorios de enfermedades mentales han resultado a lo largo de los años, diana de la crítica por parte de la comunidad científica. Como señalan Davison y Neale (2003) quienes están en contra de cualquier clasificación sostienen, que al efectuar alguna de ellas, se pierde información, por lo que se pasan por alto aspectos únicos de la persona que está bajo estudio, por otro lado, señalan la importancia de determinar si la información que se pierde es esencial o no, lo cual depende de los propósitos del clasificatorio.

Ambos sistemas de clasificación diagnóstica, persiguen como plantean Williams (2000) y Sánchez, Varela y González (2010), tres propósitos generales:

1. Aportar un lenguaje con el que todos los profesionales pueden comunicarse de manera eficaz. (Los nombres de las entidades representan un acuerdo general y proporcionan una forma resumida de describir las entidades clínicas.)
2. Facilitar el conocimiento más profundo de un trastorno mental en particular, de su historia natural y de su tratamiento, mediante la diferenciación de otros trastornos.

3. Orientar hacia la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales siendo este realmente el propósito último de toda clasificación.

Sobre este último punto, se ha descrito el desconocimiento de la etiología precisa y el proceso fisiopatológico de la mayoría de los trastornos mentales, sobre los cuales se han elaborado un variado número de teorías desde orientaciones diferentes, a las que no se afilian los clasificatorios. Con lo que sí existe relativo acuerdo es con respecto a las manifestaciones de los trastornos psiquiátricos, de allí que sean instrumentos elaborados a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva. Constituyen clasificatorios por consenso, ateóricos con respecto a la etiología (Williams, 2000; Camacho, 2006; Gutiérrez et al, s.f; Del Barrio, 2009; Baca y Oquendo, 2009; Sánchez, Varela y González, 2010).

### **1.1.2 Principales críticas a los clasificatorios de las enfermedades mentales**

Eysenck solía decir que uno de los problemas más graves de la Psicología era que había pasado excesivamente de prisa por el período de la clasificación y que, por tanto, los psicólogos se habían puesto a investigar, sin que previamente todos entendiesen lo mismo en el manejo de las categorías (Del Barrio, 2009).

Autores como Baca y Oquendo (2009), señalan que la clasificación de las enfermedades mentales persigue determinada lógica, y que, en el momento actual, nos encontramos apenas en el segundo de tres eslabones definidos como:

- a) Descripción e identificación del fenómeno.
- b) Definición del dominio y objetos a clasificar.
- c) Búsqueda de leyes, reglas o principios que organizan su estructura (taxonomía).

De allí que no sea posible el establecimiento de leyes generales o principios que expliquen aun las alteraciones mentales, y su dinámica.

Otros autores son mucho más fuertes con las críticas, sobre todo al DSM, del cual se ha investigado posibles relaciones con la gran industria farmacéutica como señala Pundik (2007):

“Un estudio publicado en abril de 2006 en *Psychotherapy and Psychosomatics* reveló la relación entre los laboratorios y el DSM (...). El estudio reveló que más de la mitad de los 170 miembros del panel de

responsables del DSM tenían nexos financieros ocultos con los laboratorios. Y más alarmante aun, que el 100 por ciento de los “expertos” del panel sobre Trastornos de la Personalidad del DSM tenían vínculos económicos-financieros con la industria farmacéutica” (Pundik, 2007, p.3).

Autores como Cova y Rincón (2010), han agrupado los cuestionamientos al modelo de conceptualización y clasificación de las enfermedades mentales. La primera de las líneas que describen son los considerados cuestionamientos “internos” al modelo. Desde esta perspectiva se cuestiona la validez de algunas categorías diagnósticas y, en específico, la capacidad discriminatoria del modelo entre respuestas humanas que pueden ser consideradas “normales” y respuestas “patológicas” (Regier et al., 1998; Narrow, Rae, Robin & Regier, 2002, citado en Cova y Rincón, 2010). Esta línea se sustenta sobre todo en estudios epidemiológicos y demostraron tasas aparentemente desmesuradas de trastornos indicando la existencia de abundantes falsos positivos, descartando la hipótesis de que la deficiencia se encontrara en el mal empleo de instrumentos diagnósticos, esta línea señala que los criterios diagnósticos son, en algunos casos sobreinclusivos, como señalan estos autores.

El sustento de estas críticas se basa en la naturaleza categórica del DSM, o sea de sí o no, como señalan Davison y Neale (2003), este tipo de clasificación no permite tener en cuenta la continuidad entre conducta normal y anormal, que consideran cuestión de intensidad o grado, señalando que esto puede ocasionar estigma en la persona diagnosticada.

La segunda línea, es desarrollada fundamentalmente por Wakefield, quien plantea que, de igual forma existe sobreinclusión, solo que no por las razones anteriores. Señala que el modelo falla al ser aplicado a las categorías específicas dado que se encuentra difuso determinar cuándo las manifestaciones de un individuo corresponden a disfunciones de este o consecuencias normativas de la vida del hombre. Ello llevaría a que, por ejemplo, tristezas y sufrimientos propios de la vida sean, incorrectamente, considerados trastornos mentales (Horwitz & Wakefield, 2007).

Pundik (2007) realiza una amplia crítica a la medicalización de procesos normativos de la vida del hombre que pudiesen ser atribuidos a enfermedades psiquiátricas en el DSM-IV, alegando que resulta cada vez más difícil determinar el límite entre lo normal y lo patológico.

Este fenómeno ha sido designado como *disease mongering*, es decir "promoción de enfermedades". El cansancio, el mal humor, el desgano la falta de concentración, la timidez, la inapetencia sexual, la impaciencia, las dificultades para relacionarse con la gente, internet, las consolas, la *playstation*, pueden recibir una descripción terminológica médica y ser diagnosticadas como enfermedades para las cuales existe el correspondiente fármaco (Pundik, 2007).

Tales sistemas constituyen no sólo una clasificación de los trastornos, sino también de algunos aspectos del paciente y de algunos aspectos de las interacciones entre el paciente, el trastorno y el entorno social (Castro, 1992).

La tercera, y más radical línea, distingue, sobre todo, que los trastornos mentales, en ausencia de explicación etiológica clara, y de una hipótesis biológica que pueda explicarlos, resultan en tanto conceptos, construcciones sociales. Esta postura se cuestiona el carácter objetivante de los trastornos mentales, y su tratamiento médico y farmacológico, no siendo reconocidos como padecimientos biológicos.

Los trastornos mentales han sido definidos mediante una gran variedad de conceptos (ej. malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta (Alonso, 2007).

No sería legítimo ni posible concebir a los trastornos mentales como entidades objetivas existentes en la realidad en forma independiente a los observadores que las distinguen. Y, más radicalmente, nada obligaría a distinguir y conceptualizar como trastornos los fenómenos que hoy se describen bajo ese concepto, existiendo formas alternativas y menos iatrogénicas de caracterizar esas realidades (Gergen, 1996).

González y Pérez (2007) señalan que son los psicofármacos los que promueven los trastornos de la manera que son, como si fueran enfermedades mentales. Bien entendido, que no es la existencia de los psicofármacos la causa de los problemas de las personas, sino que los problemas que estas presentan toman la forma de trastornos mentales de supuesta base biológica, remediable precisamente con psicofármacos. El caso es que los nuevos medicamentos se suelen abrir paso mediante la preparación de nuevos trastornos. En el fondo, se trata de una crítica a la concepción positivista del conocimiento que está en la base de los actuales sistemas clasificatorios.

Casi todos los autores que desarrollan cada una de las líneas descritas con anterioridad, concuerdan en que el modelo de conceptualización de los trastornos

mentales propuesto por los clasificatorios genera una mirada sobrepatologizada de la población.

Otras desventajas más específicas, apuntan que particularmente la CIE, no es una clasificación de sistema (teoría de los sistemas), ya que la estructura interna de la misma es completamente casual unidas en un mismo grupo taxonómico simplemente por el interés de quien promovió la ordenación, destaca Alonso (2007).

El Glosario Cubano de Psiquiatría plantea que la adopción de sistemas pautados de diagnósticos, si bien ha constituido un freno necesario al exceso de subjetividad e individualidad y ha facilitado la comunicación internacional, no está, en modo alguno, libre de “daños efectos secundarios”. Tal enfoque implica el riesgo de convertir al clínico en un cazador de síntomas, con estos llega a un diagnóstico no por el todo, sino por la suma de partes, y que, además, toma en cuenta sólo aquellos aspectos externos, objetivos y generales (a los que se presupone universales) de los trastornos mentales, y deja a un lado el razonamiento profundo y el contexto psicosocial en que éstos transcurren (Otero et al, 2001).

De forma general, el propio Alonso (2007) precisa, a manera de síntesis, las desventajas de los clasificatorios, entre las que destaca:

- Concepción ateórica y descriptiva, basada en los hechos para lograr un acuerdo en la clasificación por las distintas escuelas, cuando en realidad su posición corresponde al positivismo.
- A pesar del uso del diagnóstico multiaxial, en la práctica sólo se utilizan los Ejes I y II quedando el resto para estudios especiales, investigación o tratamiento.
- Definición de trastorno y no enfermedad mental, que destaca el componente sintomático y conductual, obviando otros indicadores claves para el diagnóstico como la etiología, la personalidad premórbida, etc.
- Los trastornos se agrupan siguiendo criterios externos.
- En la identificación y diferenciación de los trastornos tiene un peso desmedido los criterios cuantitativos (cantidad mayor o menor de síntomas y duración de los mismos) así como los aspectos observables.
- Esta clasificación diagnóstica de carácter eminentemente sintomática conduce a una terapia dirigida a modificar los síntomas y no al individuo.

Más recientemente, se ha solicitado acercar la polémica del género a las clasificaciones psicopatológicas. Hasta hace pocas décadas, las mujeres eran excluidas de las muestras clínicas en estudios de investigación, de manera tal que resultados de

varones se aplicaban indistintamente a ellas. Por otro lado, si los estudios incluían mujeres, los datos no eran analizados por sexo y simplemente se asumía que no había diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a la forma de enfermar o en la respuesta a los tratamientos (Gaviria y Alarcón, 2010).

Las primeras dos ediciones del DSM, mostraron usos ocasionales de pronombres masculinos para referirse tanto a hombres como a mujeres en relación con cuadros como histeria, paranoia y personalidad explosiva, lo cual resulta reflejo de las pocas investigaciones relacionadas con el género y psicopatología en este período. El DSM-III, evidenció un considerable avance, incluyendo algunos criterios para hombres y mujeres, pero continuó siendo limitado. Luego de algunas controversias del DSM-III-R, el DSM-IV expandió el texto para incluir una sección llamada Características específicas de la Cultura la Edad y el Sexo luego revisada en el DSM-IV-R de acuerdo con los propios autores Gaviria y Alarcón (2010).

También se pueden encontrar en el punto de mira de las críticas hechas a los clasificatorios, aquellas dirigidas al capítulo de los Trastornos de Personalidad. Esbec y Echeberúa (2011), señalan que, a pesar de las varias revisiones, la clasificación de estos trastornos queda en gran medida insatisfecha, quedando por resolver problemas en cuanto a la definición operativa, la adscripción categorial o dimensional frente a la valoración de gravedad o prototipicidad, la heterogeneidad de los diagnósticos, la relación con los rasgos, la comorbilidad y la distinción entre lo normal y lo patológico.

## **1.2 Definición y clasificación de los Trastornos de Personalidad. Problemáticas asociadas a su diagnóstico**

El término trastorno de personalidad resulta complejo y discutido tanto en su definición, como en su etiología, dada la diversidad de posturas que difieren en estos aspectos.

Hasta el siglo XIX no se realizó distinción alguna entre los Trastornos de Personalidad y otras enfermedades mentales. Prichard (1837) fue uno de los primeros en reconocer que el término “locura moral” para referirse a esta distinción. También Morel, psiquiatra francés, hace mención a personas que presentan “un temperamento nervioso congénito a consecuencia de causas hereditarias, que se convierten en locos bajo condiciones, que, de no ser por la infección hereditaria, no producirían locura” señala Negredo (2000).

A finales del siglo XIX comenzó a denominársele a este fenómeno clínico con mayor frecuencia personalidades mórbidas, y atribuían por supuesto las causas a la degeneración constitucional del Sistema Nervioso. Kraepelin (1905), consideró que los Trastornos de Personalidad eran estados mentales mórbidos en los que la disposición peculiar de la personalidad debía considerarse como la base real de la enfermedad.

Estas posturas, defienden una base orgánica de los Trastornos de la Personalidad, ya que se encontraban redactadas a partir del modelo médico tradicional. En general, asumen factores biofísicos tales como la anatomía y la bioquímica como principales determinantes de la psicopatología, considerando por tanto que los síntomas pueden ser el reflejo de un defecto biológico subyacente, o de una reacción compensatoria o adaptativa a dicho defecto, las cuales se convierten en destructivas.

La teoría freudiana sobre la neurosis, la concebía como un fenómeno discreto que afectaba a las personas que eran vulnerables debido a las experiencias de la infancia, de modo que muchos pacientes que presentaban problemas neuróticos también tenían una anormalidad en la personalidad, como señala Negredo (2000), quedando implantada la idea de que las experiencias de la infancia son las responsables de los trastornos en la vida adulta.

La aproximación a la Psicología de la conducta y del aprendizaje social, permitió que los Trastornos de Personalidad adquirieran su consideración de trastornos culturalmente contextualizados, de modo que la designación de una conducta como patológica o no, depende del sistema de relaciones sociales y culturales en las que se inserta el sujeto.

“Las creencias disfuncionales típicas y las estrategias mal adaptadas que se expresan en Trastornos de la Personalidad hacen a los individuos sensibles a experiencias vitales que inciden en su vulnerabilidad cognitiva. (...) La vulnerabilidad cognitiva se basa en creencias extremas, rígidas e imperativas. En un terreno especulativo, pensamos que esas creencias disfuncionales se originan en la interacción de la predisposición genética del individuo con su exposición a influencias indeseables de otras personas y a hechos traumáticos específicos. “ (Beck y Freeman, 2005, p.30)

A modo de integrar todos los elementos descritos de las principales corrientes que han intentado explicar a la personalidad en el proceso salud-enfermedad y particularmente a los Trastornos de Personalidad, es de gran relevancia lo propuesto por Millon (1969). En Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes

erróneos y de los disfuncionalismos, (Millon, 1976) se propone una nueva clasificación para los trastornos psiquiátricos, presentando al mismo tiempo una rica y fecunda teoría de los Trastornos de la Personalidad, que fue decisiva para el desarrollo del Eje II del DSM-III, de acuerdo con Sánchez (2003).

El propio autor señala que la teoría desarrollada por Millon, no es exclusiva de lo normal o lo patológico, lo cual expresa su posicionamiento con respecto a la concepción del proceso Salud-Enfermedad. La diferencia entre la personalidad sana y la patológica radica en que la primera es capaz de una adaptación creativa al medio.

También Quiroga (2008), señala que de acuerdo a Millon, los principios para conceptualizar a la personalidad y sus trastornos, serían:

- a) Los Trastornos de Personalidad no son enfermedades.
- b) Los Trastornos de Personalidad son sistemas estructurales y funcionales diferenciados, no son entidades internamente homogéneas.
- c) Son sistemas dinámicos, no entidades estáticas o permanentes.
- d) La personalidad existe en un *continuum*. No es posible una división estricta de la normalidad y la patología de la personalidad.
- e) La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema.

“La normalidad y la patología son conceptos relativos; son cotas arbitrariamente establecidas dentro de un continuum o gradatoria. La psicopatología va modelándose de acuerdo con los mismos procesos y principios que intervienen en el desarrollo y aprendizaje normales. Sin embargo, debido a las diferencias de características específicas, cronología, intensidad o persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren hábitos y actitudes caracterizados por una deficiente capacidad de adaptación, mientras que otros no los adquieren” (Millon, 1976 p. 250).

Aun cuando la influencia de la teoría de Millon en el capítulo de Trastornos de Personalidad de los clasificatorios actuales es remarcable, existen diferencias sustanciales resumidas en cuanto a que: 1) se opta por una orientación etiológica ausente en el DSM-IV; 2) los criterios diagnósticos son prototípicos en lugar de politéticos (defendidos estos últimos en el DSM-IV); y se 3) incorporan Trastornos de Personalidad en el modelo de Millon que por votación de los expertos se eliminaron del DSM-IV, señala Negredo (2000).

Las distintas aproximaciones generan controversia continua con respecto a los Trastornos de Personalidad, de allí que los sistemas de clasificación por consenso han optado por no adherirse a ninguna de estas, en lo que a etiología se refiere. Los dos sistemas clasificatorios aceptados por la comunidad científica y clínica son, como ya se ha descrito, el DSM de la APA, actualmente en su quinta edición, (que por encontrarse en debate no se empleará como estructura teórica de la presente investigación, en su lugar emplearemos la cuarta edición) y el CIE de la OMS, actualmente en su décima edición. Ambos manuales se han elaborado en base al consenso logrado por un grupo de especialistas y se utiliza por la comunidad internacional, práctica e investigadora.

Las definiciones de ambos manuales respecto a lo que se conoce como Trastorno de Personalidad son:

**DSM-IV:** Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 1994).

Por otro lado, el CIE-10 (OMS, 1992) propone que:

**CIE-10:** Los Trastornos de Personalidad abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Ambos clasificatorios hacen énfasis en la importancia de contemplar en el diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad elementos como “ antecedentes étnicos, culturales y sociales del sujeto” (APA, 1994), el propio clasificatorio de la APA incluye el acápite Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, señalando que no deben confundirse estos con dificultades en la adaptación a nuevas culturas tras la emigración, la expresión de costumbres y hábitos religiosos o políticos, aspectos en los

que el clínico ha de profundizar. Además, hacen referencia de la posibilidad de aplicar estas categorías a los niños o adolescentes.

Los Trastornos de la Personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 o 17 años. (OMS, 1992)

El DSM-IV señala que para diagnosticar un trastorno de personalidad en un menor de 18 años se deben manifestar los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo, persistentes por al menos un año, exceptuando al trastorno de personalidad antisocial, que no debe diagnosticarse antes de los 18 años.

Para diagnosticar un Trastorno de Personalidad, se deben cumplir determinadas condiciones o criterios que resultan similares en su mayoría para ambos clasificatorios actuales (OMS, 1992) (APA, 1994):

- Es necesario que se expresen comportamientos, formas de percibir, pensar y relacionarse, que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que afecta varios aspectos de la personalidad del sujeto tales como la afectividad, el control de impulsos, la excitabilidad.
- Este patrón debe ser estable, persistente, inflexible, de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia, y conlleva un considerable malestar clínicamente significativo (aunque el CIE señala que este puede aparecer solo en etapas avanzadas de su evolución), y que por lo general se extienda a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- Y, por último, estas manifestaciones no son atribuibles a otro trastorno mental ni se expresa ante efectos fisiológicos directos de una sustancia, lesión o enfermedad cerebral importante.

Autores como Davison y Neale (2003) señalan la importancia de diferenciar las manifestaciones de un trastorno de personalidad a las características que en cierto modo cada persona posee, dado que solo se puede hablar de Trastorno de Personalidad si dichos rasgos llegan a niveles exagerados.

El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un Trastorno de Personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (p. ej., los rasgos son a menudo considerados egosintónicos). Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la

información aportada por otros observadores. (APA, 1994)

Una vez establecidas estas pautas, se debe identificar de que trastorno específico se trata. El DSM-IV apunta diez trastornos más uno no específico y la CIE-10 incluye nueve más el no-especificado o mixto.

Los Trastornos de la Personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. Se debe señalar como bien hace el propio clasificador, que estos grupos se establecen con fines investigativos y docentes, además de que no han sido validados de forma consistente.

Dentro del conglomerado A, se incluyen los individuos raros, excéntricos. Son tipos de personas que de forma sistemática presentan problemas en la adecuación de la expresividad emocional, hasta el punto de aparecer como individuos “fríos” y distantes, e incluso, muestran sentimientos hostiles y rencorosos, principalmente. Los trastornos específicos son: (Negredo, 2000)

- 301.0 (F60.0): Trastorno paranoide de la personalidad.
- 301.20 (F60.1): Trastorno esquizoide de la personalidad.
- 301.22 (F21): Trastorno esquizotípico de la personalidad.

El conglomerado B se refiere a personalidades erráticas, dramáticas y emocionales. Tienen en común una expresividad emocional desbordada, dramatizando continuamente con el fin de hacerse notar, junto con una falta de solidaridad con los demás. Entre ambos sistemas de clasificación existen dos diferencias en los trastornos de este grupo. (Negredo, 2000)

- 301.7 (F60.2): Trastorno antisocial o disocial (CIE-10) de la personalidad.
- F60.30: Trastorno impulsivo de la personalidad (este trastorno no se recoge en el DSM-IV).
- 301.83 (F60.31): Trastorno límite de la personalidad.
- 301.50 (F60.4): Trastorno histriónico de la personalidad.
- 301.81 (F60.8): Trastorno narcisista de la personalidad. (El CIE- 10 incluye bajo la notación de F60.8 otros trastornos específicos de la personalidad que agrupan la personalidad narcisista, la excéntrica, la inestable, la inmadura, la pasivo-agresiva y la psiconeurótica junto a sus correspondientes trastornos.)

El último conglomerado, el C, se refiere a individuos temerosos, caracterizados por una marcada ansiedad. La inestabilidad emocional en este caso se caracteriza por

pasividad personal y sufrimiento. Incluye los tres trastornos específicos restantes:  
(Negredo, 2000)

- 301.4 (F60.5): Trastorno obsesivo-compulsivo (para el DSM-IV) o anancástico (para la CIE-10).
- 301.82 (F60.6): Trastorno de la personalidad por evitación (para el DSM-IV) o ansioso (para la CIE-10).
- 301.6 (F60.7): Trastorno de la personalidad por dependencia.

De acuerdo con Davison y Neale (2003), desde hace tiempo los Trastornos de Personalidad carecen de un diagnóstico confiable, pese a que se ha tratado de mejorar sus definiciones. (...) esto se debe a que muchas personas con alteraciones, manifiestan una gran diversidad de rasgos que corresponden a varios diagnósticos.

Widiger, Frances & Trull (1987) a partir de una investigación, señalan que el 55 por ciento de los enfermos con Trastorno Límite de Personalidad, también coincidían con los criterios diagnósticos para el Trastorno de Personalidad Esquizotípico, el 47 por ciento con los del Trastorno de Personalidad Antisocial y el 57 por ciento con los del Trastorno Histriónico de Personalidad (Widiger, Frances & Trull, 1987). A pesar de que estos resultados son de hace ya varios años, y con vigencia del DSM-III, Davison y Neale (2003) señalan, que los cambios en los criterios diagnósticos para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV son relativamente ligeros, por lo que es poco probable que se haya resuelto el problema.

También los trabajos que profundizan en la estabilidad temporal de los Trastornos de Personalidad, encuentran indicadores de inestabilidad. Negredo (2000) apunta que en una investigación desarrollada por Loranger y cols. (1991), se encontraron altos niveles de inestabilidad para los diagnósticos de Trastorno Límite, por Evitación, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo (Anancástico u Obsesivo), en un plazo de seis meses; y que Barash y cols. (1985) informaron que, de diez pacientes diagnosticados con Trastorno Límite, solo seis recibieron el mismo diagnóstico tres años después. Aunque se indica que la estabilidad del trastorno no debe interpretarse apelando únicamente a que son patrones de rasgos, sino que se deben considerar los efectos producidos por la intervención terapéutica en caso de haber ocurrido.

Estudios de fiabilidad como el de Morey (1988) utilizando los criterios del DSM-III y el DSM-III-R, no mostraron resultados muy alentadores, llegando a la conclusión de que el cambio producido por ambas ediciones condujo a un aumento del 800% en la

tasa del Trastorno de Personalidad Esquizoide, y de un 350% en el narcisista. Maffei y cols. (1997) hipotetizan que la falta de un instrumento común, fue la causa de estos resultados. “Además del problema referido a la falta de validez concurrente de diferentes instrumentos para diagnosticar Trastornos de Personalidad, nos encontramos con la falta de validez discriminante usando un único instrumento” (Costello, 1996, citado en Negredo, 2000, p.55).

Con respecto a la problemática del género, se ha registrado que el Trastorno de Personalidad Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Narcisista, y Anancástico u Obsesivo, son más frecuentemente diagnosticados en hombres, en comparación con solo tres que tienden a ser más diagnosticados en mujeres (Dependiente, Histriónico y Límite) de acuerdo con la APA (1992). Por lo que se ha señalado que el DSM-IV está sesgado con respecto al sexo del paciente, a pesar de que está claro que el clasificador no tiene como objetivo diagnosticar democráticamente tantos hombres como mujeres, como indica Widiger (1998)

Los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial, como se acaba de mencionar, presentan diferencias significativas en cuanto a su prevalencia en hombres y mujeres. Aunque se debe decir que es controvertida la idea de que estas diferencias en la prevalencia, reflejen diferencias reales entre hombres y mujeres, como apuntan Chodoff (1982), Lillienfeld, Van Valkenburg, Larntz, & Akiskal (1986), Spalt (1980), Williams & Spitzer (1983), citado en Ford & Widiger (1989). En un estudio desarrollado por Widiger (1989), en el cual se variaban los criterios diagnósticos de ambos trastornos, e incluso se unían en una descripción de un caso, presentados a 354 especialistas, se arribó a la conclusión de que los participantes tendían a diagnosticar a mujeres con Trastorno de Personalidad Histriónico, incluso en casos con mayor presencia de criterios para Trastorno de Personalidad Antisocial, además de no diagnosticar a hombres con Trastorno de Personalidad Histriónico. Específicamente en lo que respecta a estos dos trastornos, por las polémicas que han existido con relación a su definición e incidencia se profundiza a continuación.

### **1.2.1 Los Trastornos Histriónico y Antisocial de Personalidad. Características esenciales y criterios diagnósticos**

En el s. XVII, Sydenham describe un carácter histérico en el intervalo de las crisis de histeria. Este concepto es retomado y desarrollado posteriormente por Janet en el s.

XIX en su capítulo sobre las modificaciones de carácter; por su parte, Kraepelin también habla de personalidad histérica (Pérez, González, Moreno, Ponte y Delgado, 1997).

Desde estos tempranos momentos de desarrollo de la psicopatología, ya se define como rasgo central de esta personalidad la necesidad de “aparentar más de lo que es (...) un teatro donde se presenta una comedia ficticia”, señalan los mismos autores (Pérez, González, Moreno, Ponte y Delgado, 1997).

A pesar de que Freud centró sus trabajos en la histeria, lo hizo atendiendo a los síntomas conversivos, los rasgos de personalidad asociados a dichos síntomas conversivos, como la inestabilidad emocional, la excitabilidad y la sugestionabilidad fueron nombrados de forma breve en su obra como señala Akhtar (1992).

Posteriormente los observadores psicoanalíticos señalaron que los síntomas histéricos a menudo estaban asociados a un grupo determinado de rasgos del carácter (Phillips y Gunderson, 2000). Además, continúa apuntando Akhtar (1992) que en 1965 Easser y Lesser distinguen entre la histeria y lo histeroide. Las primeras son aquellas personas que presentan labilidad emocional, una obligación con el mundo humano, ansiedad en un estado de excitación creado por ellos mismos, erotización de las relaciones sociales, sugestionabilidad, desagrado por lo mundano, actitud infantil con apariencia de inocencia e inexperiencia. Para ellos, lo histeroide sería una caricatura de lo histérico de modo similar a como se ha dicho que lo histérico lo es de la feminidad (Akhtar, 1992).

A pesar de que la histeria era un diagnóstico frecuente a mediados del siglo XX, no existió como tal en la primera edición del DSM. En su segunda edición aparece en dos aparados, la neurosis histérica (trastorno de conversión) y la personalidad histérica, este último considerado como un síndrome caracterizado por excitabilidad, inestabilidad emocional, hiperreactividad, autodramatismo, búsqueda de atención, inmadurez, vanidad y dependencia excesiva.

El término histérico pasó a llamarse histriónico en el DSM-III, de acuerdo con Phillips y Gunderson (2000) y Pérez, González, Moreno, Ponte y Delgado (1997) por considerarse teóricamente más neutral y en sintonía con la tradición descriptiva en psiquiatría. Mientras que el término personalidad histérica sigue connotando el conflicto de la erotización de las figuras paternas, el término histriónico refleja el interés de la persona que realiza el diagnóstico en las características observables de inestabilidad emocional y demanda de atención. Esta denominación fue empleada luego por el CIE-10, manteniéndose hasta nuestros días.

A pesar de su abordaje desde distintas posturas como la psicodinámica, la cognitivo-conductual, las neurobiológicas, interpersonales entre otras, se señala una etiología multifactorial, existiendo poco consenso respecto a este aspecto. Algunas investigaciones sugieren que cualidades como la expresividad emocional y la búsqueda de la atención pueden ser características de temperamento, por tanto, determinadas genéticamente, por lo que desde esta perspectiva el Trastorno Histriónico podría considerarse una variante extrema de una disposición temperamental (Phillips y Gunderson, 2000).

En lo que existe consenso es en las manifestaciones del trastorno, que se recogen en las pautas diagnósticas que propone el DSM-IV que concuerda con el del CIE-10, solo que este último incluye un síntoma menos (conversación vaga) y de igual forma el umbral exigido es de un síntoma menos:

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empieza al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: (APA, 1994)

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

También este clasificador señala que los sujetos con este trastorno suelen tener dificultades para establecer intimidad emocional, pueden intentar manipular o seducir a determinadas personas cercanas, sobre todo relaciones de pareja, aun cuando demuestran una notable dependencia por esta persona. Suelen tener afectadas las relaciones interpersonales con los sujetos del mismo sexo, por su actitud seductora y sexualmente provocativa. Suelen ser personas poco tolerantes y sentirse frustrados con frecuencia si se les niega o retrasa la gratificación a la constante necesidad de atención. Buscan la novedad, la estimulación y la excitación.

Si bien no se conoce el riesgo real de suicidio, la experiencia clínica sugiere un riesgo elevado para los intentos y amenazas de quitarse la vida con el fin de llamar la atención o coaccionar a quienes se ocupan de ellos. Este trastorno se asocia con frecuencia a trastornos por somatización, conversión y trastorno depresivo mayor, y señala como frecuente la simultaneidad con Trastornos de Personalidad límite, narcisista, antisocial y por dependencia (APA, 1994).

En el marco clínico este trastorno ha sido diagnosticado más frecuentemente en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo, no es significativamente diferente a la proporción según el sexo de las mujeres en los respectivos centros clínicos. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas refieren una prevalencia parecida en varones y en mujeres. La expresión comportamental del trastorno histriónico de la personalidad puede estar influida por las estereotipias en el rol sexual (APA, 1994).

Es frecuente la asociación de este trastorno con estereotipos de conductas exageradas o desadaptadas típicas del género femenino, polémica que se mantiene desde largo tiempo. A mediados del XIX, Maudsley y Briquet describieron las características de la personalidad histérica, asignada exclusivamente a mujeres como: mujeres que no tienen bien formada su propia voluntad y han llegado a ser víctimas fáciles de las ideas de otras personas a la fuerza; tienen un temperamento espasmódico muy favorable para la exageración mórbida de algunos sentimientos o ideas (citado en Negredo, 2000).

En contraposición, el Trastorno de Personalidad Antisocial, se entiende, desde sus criterios como la patologización o exageración de conductas estereotipadas del género masculino, como se profundizará, en tanto se refiere a agresividad, violencia, dominio. Esta oposición aparente entre ambos trastornos, ha supuesto para algunos autores como Cale (2002), que tanto el Trastorno Antisocial de Personalidad, como el Trastorno Histriónico de Personalidad, son formas sexualmente diferenciadas de psicopatía, en tanto los criterios para ambos reflejan propensiones a la impulsividad, superficialidad, búsqueda de situaciones excitantes, y seducción. Sin embargo, los clasificatorios no ofrecen ninguna categoría adicional para la Psicopatía.

El Trastorno de Personalidad Antisocial resulta una entidad muy atractiva desde distintas ramas de la ciencia e incluso de la literatura y el cine, y son frecuentes las investigaciones con respecto a dicho trastorno, relacionándolo sobre todo con la violencia (en todas sus manifestaciones), adicciones y el crimen; como son los estudios de Aluja y Torrubia (1996), Echeverry, Escobar, Martínez, Garzón y Gómez (2002),

Benjamin et al. (2003), Fernández-Montalvo, Echeburúa (2008), Jiménez, De Diego y Sánchez (2015), por solo mencionar algunos.

Ya en el siglo XIX, Felipe Pinel concibió el término “manía sin delirio”, que describía al paciente que presentaba *locura violenta*, pero ningún síntoma común de los dementes. Como ya se ha dicho anteriormente también Prichard en 1835 lo definió como “locura moral” (Phillips y Gunderson, 2000; Davison y Neale, 2003), para explicar que la manifestación rompía con códigos éticos y legales.

Schneider (1971), (citado en Quiroga, 2008) define a la personalidad antisocial como: el desalmado (...) son individuos carentes de compasión, de vergüenza, de arrepentimiento, de conciencia moral; en su modo de ser hoscos, fríos, gruñones en sus actos, asociales, brutales.

De allí que como señala Sánchez (2000), se conozca a este trastorno con otros nombres como personalidad disocial, sociopática, amoral, asocial, antisocial, psicopática, aun cuando algunos autores tales como los propios Davison y Neale (2003), señalen diferencias significativas entre Trastorno de Personalidad Antisocial y psicopatía, diferenciación que no aparece recogida en los clasificatorios.

El Trastorno Antisocial de Personalidad es un patrón duradero de conductas socialmente irresponsables que reflejan desconsideración hacia los derechos de los demás, y quedan recogidos por la APA, en los siguientes criterios diagnósticos: (Los criterios diagnósticos de la CIE-10 para este trastorno difieren, pero describen en líneas generales el mismo trastorno. La diferencia radica en que el CIE-10, le llama Trastorno Disocial de la Personalidad, y no requiere la presencia de síntomas de trastorno comportamental en la infancia).

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

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

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

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

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

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco (APA, 1994).

Los estudios con gemelos y de adopción, indican que los factores genéticos predisponen al desarrollo del Trastorno de Personalidad Antisocial (Grove y col. 1990; Lyons y cols., 1995, citado en Phillips y Gunderson, 2000), aunque no existe claridad en cuanto varianza se explica a partir de factores genéticos y si la naturaleza de la predisposición es relativamente específica o se debe conceptualizar en términos de rasgos tales como impulsividad, excitabilidad, hostilidad entre otros como continúan los autores. Por otro lado, existen evidencias de que las conductas agresivas o impulsivas pudieran estar moduladas por alteraciones en el funcionamiento de la serotonina cerebral y está claro que, en ausencia de la vulnerabilidad, la vida familiar de estos individuos a menudo presenta problemas económicos y de condiciones de vida, agresividad entre otros.

Se describen en el clasificadorio como síntomas y trastornos asociados, la carencia de capacidad empática, insensibilidad, cinismo. Por lo general tienen un concepto engreído de sí mismos, son arrogantes, autosuficientes, y pueden presentar encanto superficial y “verbo fácil”. Pueden ser sujetos irresponsables, como padres o pareja (Phillips y Gunderson, 2000), entre otros y explotadores en sus relaciones sexuales. Se señala como elemento significativo, que las personas con este trastorno, tienen más probabilidades de morir prematuramente por causas violentas (suicidio, accidentes, homicidios, etc.).

Por otra parte, Millon (2000) señala que estos individuos presentan:

- Afectividad hostil: temperamento irascible que se transforma en ataques y discusiones, presenta con frecuencia comportamientos verbalmente abusivos o físicamente crueles.
- Autoimagen afirmativa: se enorgullece de no depender de nadie y de ser enérgico y obstinado, posee valores competitivos y un estilo de vida orientado al poder.
- Venganza interpersonal: carece de valores como el sentimentalismo, compasión y humanismo.

- Falta de temor con connotaciones hipertímicas, se mantiene hipertérrito ante el peligro y el castigo.
- Proyección malevolente: cree que la mayoría de las personas son malas, controladoras y punitivas, por ello justifica su desconfianza y sus actitudes hostiles.

Estos individuos también pueden experimentar disforia, incluidas quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y estado de ánimo depresivo. Pueden presentar de forma asociada trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados con sustancias, trastorno de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad también tienen frecuentemente rasgos de personalidad que cumplen los criterios para otros Trastornos de la Personalidad, en especial los trastornos límite, histriónico y narcisista (APA, 1994).

Este trastorno se asocia con niveles socioeconómicos inferiores, aunque se señala que estos ocurren también en estratos superiores solo que con frecuencia se minimizan u ocultan tales conductas. El trastorno antisocial, es de curso crónico, pero conforme avanza la edad se atenúan o desaparecen los síntomas, sobre todo alrededor de la cuarta década; lo que tiende a desaparecer es la conducta criminal, mientras que la atenuación se observa para el resto del abanico de comportamientos antisociales y para el consumo de drogas (Sánchez, 2000).

Como se ha señalado, el propio DSM-IV indica que este trastorno afecta más a hombres que a mujeres, en una proporción de 3 a 1, tema que se suma al conjunto de polémicas tratadas y que ha suscitado varias investigaciones con respecto al sesgo de género tanto desde la propia concepción de los criterios como de la práctica clínica en sí. A raíz, de estos cuestionamientos, parece importante profundizar en los estereotipos de género y su relación con la psicopatología.

### **1.3 Estereotipos de género y Trastornos de Personalidad. El sesgo de género en el diagnóstico de los Trastornos Histriónico y Antisocial**

Un estereotipo es una especie de regla cognitiva de decisión y de resolución de problemas que permite inferir características, causas, razones y decidir acciones ante sujetos dados. Estos tienen una función muy importante para la socialización en tanto facilitan la identidad social y la conciencia de pertenecer a un grupo (Tajfel, 1984). Su

valor funcional y adaptativo, ayuda a comprender el mundo de manera simplificada, coherente, e incluso facilita datos para la posible predicción de acontecimientos futuros.

El género, es una categoría que en su configuración responde justamente a los procesos sociales antes descritos de categorización y estereotipización. En esencia se refiere a las construcciones sociales existentes en torno al ser hombre o mujer, desde las cuales se diferencia lo femenino y lo masculino (Cook y Cusack, 2009).

Los estereotipos de género, como producto de la socialización, son creencias acerca del sexo, que se asocian a los roles, características psicológicas y conductas que describen a hombres y mujeres. Lo anterior hace que el género adquiera un carácter normativo y prescriptivo a la hora de determinar cuáles son los comportamientos y actitudes deseables; dando además una connotación de estabilidad y poca flexibilidad a la hora de definir lo que las personas son (Velandia y Rozo, 2009).

Las diferencias entre el ser hombre y el ser mujer contenidas en los estereotipos de género, sobrepasan cualquier modo de actuar y relacionarse del ser humano, y por supuesto, mediatizan el proceso salud-enfermedad. Gaviria y Alarcón (2010) enuncian, la influencia de estas diferencias en los distintos aspectos de la psicopatología, como son la prevalencia, la expresión de los síntomas, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, incluso se apunta que se reportan resultados de investigaciones en los que se aprecian diferencias de sexo en la acción farmacocinética, debido fundamentalmente a factores hormonales.

Con respecto a la confección de los clasificatorios existe consenso en que se produce un sesgo en el diagnóstico de determinados Trastornos de Personalidad y que proviene desde los propios criterios diagnósticos, señalando que estos están asociados a estereotipos de género masculinos/femeninos, y que como resultado los clínicos se inclinan a asignar un diagnóstico cuando los síntomas son consistentes con el sexo del paciente (Landrine, 1989; Rienzi, Forquera, & Hitchcock, 1995; Rienzi & Scrams, 1991; Sprock, Blashfield, & Smith, 1990 citado en Crosby & Sprock, 2004).

Landrine (1989), también desarrolla estudios con no graduados, los cuales fueron consistentes en identificar el sexo del paciente cuando se les presentó descripciones de casos con criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico, Antisocial, Paranoide, Dependiente, y Obsesivo Compulsivo. Así como Sprock (1990) señala que los no graduados perciben determinados criterios de ciertos trastornos como propios del sexo masculino (conductas antisociales y sádicas) o femenino (dependencia e histrionismo).

Kaplan (1983, citado en Funtowicz & Widiger, 1995) propone que el DSM ha codificado lo que es considerado como normal y anormal para cada sexo. De modo que el Trastorno de Personalidad Histriónico y Dependiente sea diagnosticado con más frecuencia en mujeres, es parte quizás de la tendencia del clasificadorio de caracterizar de forma estereotipada comportamientos anormales asociados a roles de género.

También Sprock en 1996 (citado en Crosby & Sprock, 2004), sugiere que la mediación del género en los trastornos, puede partir de los mismos síntomas percibidos de forma diferente al ser portados por hombres o mujeres.

Otros, sin embargo, señalan que los clínicos imponen un sesgo cuando realizan el diagnóstico clínico más influenciado por el sexo del paciente, que por la sintomatología de este (Morey & Ochoa, 1989).

Estos estudios alertan sobre la posibilidad de que los estereotipos de género condicionen, desde su prisma, los criterios que sustentan las taxonomías (o su uso), para identificar y clasificar los trastornos psicopatológicos. En epígrafes anteriores ya se han descrito la importancia dada por los especialistas al tema del género en la construcción de los clasificadorios, que ha ido, de ninguna (asumiendo que no existían tales diferencias) a poca, con un crecimiento del interés en las últimas ediciones, aun cuando quedan por satisfacer un gran número de polémicas.

Con respecto a los criterios del Trastorno de Personalidad Antisocial, se puede contrastar que el ítem 4 del criterio A del DSM-IV, similar a su homólogo de la quinta edición (irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones), coincide con lo estimulado desde la socialización masculina, con las actitudes y características esperadas, desde los estereotipos de género, para los hombres. Al respecto Delgado y Rivero (2015) en estudios sobre las masculinidades en Cuba aluden a la legitimación social en los hombres de la agresividad, en detrimento de otras vivencias, como parte de las expropiaciones históricas que han existido en la construcción de lo masculino.

Lara (1993) en estudios realizados en población mexicana, destaca como características distintivas de la identidad masculina en ese contexto la agresividad, combatividad y búsqueda de dominio, mientras que apunta como propio de la feminidad la pasividad y el ser dóciles. Por su parte en la misma población Rivas (2005) señala en la construcción de la identidad masculina de los mexicanos que, aun en la diversidad de formas que adopta, implica de manera constante: a) la separación violenta de lo que representa lo femenino, b) el sometimiento a una serie de pruebas de demostración

pública de la virilidad y c) la progresiva formación de una personalidad rígida, poderosa y violenta. En palabras de Bonino (1992) tomando como referente sus estudios en Argentina, hombres educados para ser fuertes, activos, temerarios, valientes, dispuestos a enfrentar riesgos y desafiar la muerte; en lo que coincide Álvarez (2015) al hacer alusión, en una revisión de sus estudios de género, a una masculinidad compartida que presenta al hombre como esencialmente dominante.

En esa misma línea Guardo (2012), ampliando la mirada al referirse a estereotipos compartidos en las sociedades occidentales, destaca la tendencia a concebir la identidad masculina con atributos como la agresividad, el ser dominantes; lo que entrena a los hombres en actividades como luchar, ganar, atacar, conquistar, vencer, dominar, controlar, durante la socialización.

El asumir la violencia como parte intrínseca de la identidad masculina durante ese proceso de socialización, en opinión de González y Fernández (2009) ocupa un espacio primordial. Las dinámicas del proceso formativo que se les impone a los hombres, encierran todo el tiempo la asimilación de conductas violentas y agresivas

Desde otra latitud, los estudios realizados por el experto anglosajón Michael Kimmel, revelan aspectos centrales en el imaginario social que tienen los hombres acerca de lo que significa ser masculino, otorgándole significación a mantener una posición de agresividad y violencia física y psicológica activa todo el tiempo (Kimmel, 1997).

Kaufman, destacado investigador canadiense de la masculinidad, aporta a partir de la sistematización de estudios realizados, que la mayor parte de la producción científica en torno a la construcción de lo masculino coincide en encontrar un modelo de “masculinidad hegemónica” en el cual los hombres se caracterizan por poseer una ideología sexual competitiva y violenta (Kaufman, 1987).

El quinto ítem, (Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás) también se refiere como características propias del género masculino, pudiendo esperarse como normal o frecuente en esta población.

En ese sentido Royá-Vela, Aldas-Manzano, Küster, & Vila (2008) se adentran en la construcción de la feminidad desde la expresión de atributos opuestos a la desatención a si o a otros referida, trabajando la imagen de la mujer en la publicidad desde la dependencia y el cuidado de la familia, por ser criterios ampliamente compartidos en torno a ellas, pautando así “lo normal”, lo esperado, en ese sentido. También desde la publicidad y el marketing, Plakoyiannaki, Mathioudaki, Dimitratos &

Zotos (2008) ponen énfasis en el rol y la actitud esperada en las mujeres de cuidado de los demás, mostrándolo como una tarea exclusiva que tiene que ser llevada a cabo por ellas.

En la misma línea de pensamiento Guardo (2012) señala en las sociedades occidentales como característica atribuida a la condición masculina el gusto por ser servido y obedecido, en contraste con la servidumbre voluntaria reconocida en las mujeres, el ser para atender a otros (también referido por Lagarde en 1994); en lo que coincide Álvarez (2015) al plantear la existencia de un modelo de feminidad caracterizado por la dependencia, la subordinación y el servicio a los demás. Esto último, hace menos esperado en ellas, desde los estereotipos de género, el hecho de haber dañado, maltratado o robado a otros y la falta de remordimientos (ítem 7).

Similar análisis se puede hacer con respecto al Trastorno de Personalidad Histriónico. Al respecto la emotividad excesiva ha sido referida en numerosas investigaciones como cualidad propia de las mujeres. Álvarez (2015) haciendo referencia a los procesos de socialización femenina en Cuba señala como expectativas sociales que enfrentan las mujeres el ser tiernas, sensibles y delicadas; lo que coincide con las consideraciones de Lara (1993) sobre la femineidad en población mexicana, destacando en estas la orientación hacia los sentimientos y la intuición, y con los criterios de González y Fernández (2009) al referir desde los estereotipos la socialización femenina para que sean amorosas, sentimentales, tiernas, dóciles y débiles.

Kaufmann (1995), desde su experiencia en los estudios de masculinidad añade que durante el proceso de socialización se estimula en los hombres la supresión de sentimientos y emociones, trayendo consigo que estos supriman la receptividad y las manifestaciones de empatía. En la misma dirección Salas y Pujol (2011) exponen que los roles del género masculino están asociados a las actividades que implican el uso de la fuerza, la rudeza, la inexistencia de la ternura y la sensibilidad.

Pérez, Cárdenas, Rodríguez, Flores, Cervera y Pérez (2008) quienes, en su Manual de sensibilización en perspectiva de género, señalan dentro de los estereotipos más comunes para el género femenino el atribuir a las mujeres cualidades como ser sentimentales, frágiles, volubles, pasivas y subjetivas, contrastable con forma de hablar excesivamente subjetiva (ítem 5 del criterio A para Trastorno de Personalidad Histriónico). En la misma línea la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) identifica en las sociedades occidentales que el estereotipo de género femenino se caracteriza por la emotividad y la subjetividad (ítem 3 y 5). Guardo (2012) ahondando

también en las construcciones de género compartidas en nuestras sociedades occidentales con relación a la mujer, señala como atributos distintivos de las mismas el ser inestables, volubles y cambiantes (ítem 3 expresión emocional superficial y rápidamente cambiante).

De forma general se puede considerar que el tema del género en Trastornos de Personalidad, y en específico en los dos descritos con anterioridad, persiste como blanco de polémicas y contradicciones desde la ciencia psicológica. En función de profundizar en este desde la experiencia cubana en el área clínica y de la salud, se realiza el presente estudio. Las consideraciones metodológicas asumidas, pueden ser consultadas en el próximo capítulo.

# Consideraciones Metodológicas

## **CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS**

### **2.1 Paradigma de investigación asumido**

En correspondencia con los objetivos que se proponen, se concibe la presente investigación desde el paradigma de investigación cuantitativo, el cual a decir de Hernández, Fernández y Baptista (2014) es un enfoque secuencial y probatorio. Por tanto, sigue una lógica que no permite saltar etapas, sino que cada una precede a otra. Estas investigaciones poseen un orden riguroso, aunque esto no significa que no se pueda redefinir alguna fase.

De acuerdo a los propios autores, este enfoque ofrece una visión más precisa del fenómeno, así como mayor confiabilidad, de allí que centra su atención en puntos específicos de los fenómenos a investigar, lo cual permite una mayor replicabilidad, comparación, y generalización de los resultados. El mismo, refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes en los fenómenos, y persigue una lógica hipotética.

La investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva” posible. Los fenómenos que se observan o miden no deben ser afectados por el investigador, quien debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos, y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros (Unrau, Grinnell y Williams, 2005, citado en Hernández, 2014).

Estas características del enfoque hacen que sea idóneo para tratar la problemática planteada, ya que requiere para su estudio, como se ha descrito, una situación controlada a partir de la que se pretende llegar a resultados objetivos y generalizables con relación a las mediaciones de género en la práctica del diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Antisocial e Histriónico. La metodología cuantitativa brinda el rigor y validez científica necesaria para estudiar la presencia de sesgos en el diagnóstico, dada la expresión de los mismos en distintos niveles de mediatización consciente.

### **2.2 Alcance de la investigación**

Atendiendo al planteamiento del enfoque de investigación, y el nivel de conocimiento al que se pretende arribar sobre la problemática descrita, el alcance del presente estudio es explicativo, ya que de acuerdo con Hernández et al. (2014) tal condición se ajusta a estudios que van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. El interés, en

estos estudios, se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables.

Son investigaciones más estructuradas que otros tipos de estudios, dígase: exploratorios, descriptivos y correlacionales, y que de hecho implican propósitos investigativos de todos estos, además de proporcionar una lógica y sentido de entendimiento al fenómeno al que hace referencia la investigación como propone el propio autor.

Para la satisfacción de las interrogantes planteadas, no basta en el presente estudio limitarse a determinar la presencia/ausencia del sesgo de género en el diagnóstico, cuestión que, aunque debatida, ya ha sido tratada en estudios anteriores. El diseño de la investigación se propone ahondar en mediaciones subjetivas que se expresan en la práctica del diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Antisocial e Histriónico, y que guardan relación con la variable género. Para ello, resulta imprescindible determinar si el sesgo parte del análisis de los criterios diagnósticos, siendo concebidos como una categorización de conductas desadaptadas que se refieren exclusivamente a hombres o mujeres, como formuló Landrine (1989), o si, por otro lado, el sesgo proviene de la propia instancia en la que el evaluador emite el diagnóstico más centrado en el sexo del paciente que en la sintomatología, hipótesis sostenida por Morey & Ochoa, (1989).

### **2.3 Diseño de la investigación**

La propia complejidad de la investigación, así como su alcance, planteó la necesidad de que se concibiera un diseño experimental de series convergentes. Por este término se entiende cualquier conjunto de experimentos que progresivamente se centran en una solución, en lugar de afrontar el problema de una sola vez, tal como refiere Martin (2008). Estos diseños tienen mucha más flexibilidad que un gran diseño factorial, e incluye las replicaciones al investigar un tema desde distintos experimentos que confluyen, a pesar de que en ocasiones las interacciones entre las variables son difíciles de explicar. Estos diseños permiten descubrir operaciones convergentes que eliminan progresivamente las hipótesis, hasta que solo queda una que pueda explicar los datos. (Martin, 2008)

Los diseños experimentales en general se caracterizan por la manipulación intencional de una o más variables independientes (supuestas causas-antecedentes), para

analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos-consecuentes), dentro de una situación de control para el investigador como señalan Hernández et al. (2014).

Creswell y Reichardt denominan a los experimentos como estudios de intervención, “porque un investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella en comparación con los que no lo hacen” (Creswell, 2013, Reichardt, 2004 citado en Hernández et al. 2014, p.129).

Como bien se plantea en la literatura, los experimentos manipulan y miden variables, de allí que se considere a la variable que se manipula, la variable independiente, y aquella que se mide, dependiente. La manipulación de la variable independiente puede darse en diversos grados como bien plantea Hernández et al. (2014), ya sea mediante presencia-ausencia, en el cual se presenta como tratamiento experimental la influencia de determinada variable, mientras que en otro (grupo control), no se aplica el tratamiento experimental.

Los grupos en los diseños experimentales también pueden estar definidos por los niveles de manipulación de la variable independiente, que a diferencia del diseño de dos grupos con grupo control, pueden requerir mayor número de grupos y participantes en correspondencia con dichos niveles de la variable que se pretende manipular.

En general, los autores concuerdan en varios aspectos significativos para desarrollar experimentos:

- En primer lugar, señalan: el concepto de control es vital para la experimentación y distingue al método experimental de otras formas de investigación (Martin, 2008). El experimentador debe asegurarse de que el efecto medido ha de ser resultado solo de la manipulación de la variable independiente, y no de otras.
- Cuando no se controla, existe el riesgo de lo que se conoce como un sesgo en la validez interna. De aquí parte la importancia de garantizar, que los distintos grupos experimentales, (y el grupo control, si existe) reciban, a excepción de la manipulación de la variable independiente, una similitud de condiciones.
- Los grupos deben ser equivalentes al iniciar y durante todo el desarrollo del mismo, menos en lo que respecta a la variable independiente. Asimismo, los instrumentos de medición deben ser iguales y aplicados de la misma manera (Hernández et al., 2014).

➤ Aun cuando es importante el control de la situación experimental, especialmente en Psicología no se pretende controlar todas las variables implicadas en el fenómeno a estudiar. En primer lugar, porque es imposible controlar algunas variables como condiciones genéticas, ambientales, imponer cooperación, estados de atención, ritmo metabólico etc. Y, por otro lado, se crearía un conjunto único de circunstancias, y no sería replicable el experimento. Se debe dejar variar de forma aleatoria una serie de condiciones.

➤ Generalizar resultados, es importante en los experimentos, lo cual responde al término validez externa, la que se ve amenazada si se toma una muestra limitada, o se controla demasiado el experimento, como indica Martin (2008).

➤ Es importante expresar las variables en definiciones operativas claras, como establecen León y Montero (2003). Esto permite establecer una relación causal tentativa entre las variables independientes y dependientes, conocida como hipótesis experimental.

➤ Es necesario tener grupos que comparar, al menos dos de acuerdo a Hernández et al. (2014). Aunque algunos autores defienden que no existe mejor forma de lograr la equidad entre los grupos, que empleando al propio sujeto como grupo control (diseños intra-sujetos), y sometiendo a cada sujeto a todos los niveles de la variable independiente como apuntan León y Montero (2003).

En el presente estudio se realizaron, cuatro experimentos, que se desarrollan tanto con participantes inexpertos, por lo cual entendemos a participantes que tienen dominio del lenguaje psicopatológico, pero carecen de experiencia diagnóstica, y con especialistas, para lo cual se seleccionan psicólogos que se encuentren trabajando en el área de la Psicología Clínica y de la Salud, en funciones de diagnóstico, con más de dos años de experiencia.

La razón por la que se separan los experimentos, en estudiantes (participantes inexpertos) y profesionales (especialistas), parte de la propia dicotomía planteada anteriormente, la dificultad de constatar si la presencia del sesgo de género parte de un sesgo presente en los propios criterios diagnóstico del clasificatorio, o proviene de la decisión y experiencia del clínico. Lo cual ha constituido fuente de discrepancias en diversos estudios sobre el tema.

Con los participantes inexpertos se realizan dos experimentos puros de dos grupos aleatorizados al azar, y se incluyen en un diseño intra-sujeto al que se suman también los especialistas, con quienes además se realiza un diseño factorial (2 x 3). Como tradicionalmente han efectuado los investigadores del tema, los diseños, a excepción del diseño intrapersonal, se basan en la presentación de casos clínicos redactados con idéntica sintomatología, variando o suprimiendo el sexo en las descripciones. Por otro lado, el estudio intra-sujeto, persigue determinar si los criterios diagnósticos expuestos en el DSM-IV para los Trastornos de Personalidad Antisocial e Histriónico, concuerdan con estereotipos de género por sí mismos.

## 2.4 Tipo de Muestreo

De acuerdo con (Hernández et al., 2014), el tipo de muestreo clásico en los estudios experimentales es no probabilístico, es una muestra dirigida. Aunque la selección de la muestra no es al azar, la distribución de los participantes en los grupos experimentales sí lo es. En estos casos la generalización de los resultados no se persigue mediante la búsqueda de representatividad estadística, sino mediante el control de la situación y las variables intervinientes que garanticen una lógica causal entre las variables independientes y dependientes.

La selección de los participantes se rige a partir de determinados criterios de inclusión declarados en cada experimento, y por la voluntariedad de estos. La muestra total de la investigación quedó conformada por un total de 137 participantes, entre profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud, con más de dos años de experiencia en las funciones de diagnóstico, y provenientes de distintas provincias (Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Espíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Granma y Guantánamo); y estudiantes de tercer año o superior de la carrera de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas (UCLV). De ellos, participaron un total de 106 mujeres y 31 hombres.

**Tabla 1: Descripción de la muestra.**

Total de participantes	Sexo		Especialistas	Participantes Inexpertos
	F	M		
137	106	31	80	57

Estos fueron asignados aleatoriamente en los distintos experimentos y sus respectivos grupos experimentales de la siguiente forma:

**Tabla 2: Distribución de la muestra en los experimentos.**

Experimentos	Participantes	Cantidad de participantes	Grupos	Tipo de experimento
1	Inexpertos	22	2	2 grupos aleatorizados
2	Inexpertos	22	2	2 grupos aleatorizados
3	Especialistas	63	6	Factorial (2x3)
4	Inexpertos y Especialistas	28	1	Intra-sujeto.

En el siguiente epígrafe se describe el procedimiento de los experimentos realizados, y en cada uno de ellos se especifica la muestra empleada.

## 2.5 Descripción de los experimentos

### Estudios con Participantes Inexpertos:

#### *Experimento 1:*

**Participantes:** Para desarrollar este experimento fueron seleccionados 22 estudiantes de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas. De ellos 18 mujeres y 4 hombres. Distribuidos de forma aleatoria en 2 grupos experimentales como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 3: Participantes en el Experimento 1.**

Total de participantes	Sexo		Año Académico			Nacionalidad	
	F	M	3ro	4to	5to	Cubanos	Extranjeros
22	18	4	6	5	11	19	3

#### **Criterios de Inclusión:**

- Estudiantes que participen de manera voluntaria.
- Estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas que hayan vencido el primer semestre del tercer año de la carrera o se encuentren en año superior.

### **Criterios de Exclusión:**

- Estudiantes que no hayan vencido la asignatura Psicopatología General.

### **Materiales:**

- **Descripciones de casos (01 y 02):** Estos son materiales elaborados para la propia investigación. En ellos, se describe un caso breve que presenta el pseudónimo, la edad y una descripción de las conductas de un sujeto sobre el cual se omite por completo el sexo en la redacción. La descripción de las conductas y situaciones del sujeto se hacen coincidir en un caso (01) con los criterios de Trastorno de Personalidad Antisocial, y en otro (02) con los criterios del Trastorno de Personalidad Histriónico, de acuerdo al DSM-IV (Ver Anexo 1 y 2).
- **Cuestionario 1:** Constituye también una elaboración de los investigadores, y es un formulario sencillo, en el cual se le pide al participante, que clasifique al sujeto descrito en el caso en las categorías que se brindan. Estas categorías son nivel socioeconómico, grado de escolaridad, sexo, color de piel, y procedencia. La distribución de estas categorías en el cuestionario se realiza de forma aleatoria, aun cuando la variable dependiente sea solo el sexo. El resto de las categorías se disponen con el objetivo de evitar que el participante centre su atención en la tarea experimental, constituyendo un posible sesgo a la investigación (Ver Anexo 3).

**Procedimiento:** Los participantes fueron aleatorizados en los dos grupos experimentales G1- Antisocial (APD), G2- Histriónico (HPD). Como en el contexto de la Facultad de Ciencias Sociales, específicamente en la carrera de Psicología predominan los participantes de sexo femenino, se realizó el emparejamiento de los grupos para quedar conformados de la forma en que se presenta en la tabla 4.

**Tabla 4: Distribución de los participantes en los grupos.**

<b>Grupo (G)</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>	<b>Tratamiento Experimental (X)</b>
G1	9	2	11	Caso con criterios de TPA (Sexo Omitido)
G2	9	2	11	Caso con criterios de TPH (Sexo Omitido)

Se le entregó a cada participante el caso correspondiente al grupo experimental al que fue asignado, y se solicitó que lo leyera con detenimiento. Luego de leído el caso, se mostró a cada participante el *Cuestionario 1*.

**Tabla 5: Definición operativa de las variables:**

<b>Variable Independiente (VI)</b>	<b>Operacionalización de VI</b>	<b>Variable Dependiente (VD)</b>	<b>Forma de comprobación.</b>	<b>Operacionalización de VD</b>
	Ausencia de indicadores de sexo en un caso de			Masculino
Caso con ausencia de indicadores que sugieran sexo.	Trastorno de Personalidad Antisocial.	Sexo Probable	Cuestionario 1	Femenino
	Ausencia de indicadores de sexo en un caso de Trastorno de Personalidad Histriónico.			Neutro

**Hipótesis:**

**H1:** En casos con ausencia de indicadores que sugieren sexo, los participantes tienden a clasificar como masculino los sujetos descritos con criterios de trastorno de personalidad antisocial.

**H2:** En casos con ausencia de indicadores que sugieren sexo, los participantes tienden a clasificar como femenino los sujetos descritos con criterios de trastorno de personalidad histriónico.

**H3:** En casos con ausencia de indicadores que sugieren sexo, los participantes tienden a clasificar como neutro los sujetos descritos con criterios de trastorno de personalidad antisocial.

**H4:** En casos con ausencia de indicadores que sugieren sexo, los participantes tienden a clasificar como neutro los sujetos descritos con criterios de trastorno de personalidad histriónico.

**Experimento 2:**

**Participantes:** Para este estudio fueron seleccionados 24 estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las. De ellos 21 mujeres y 3 hombres. Ver tabla 16 en la siguiente página.

**Tabla 6: Participantes en el Experimento 2.**

Total	Sexo		Año Académico			Nacionalidad	
	F	M	3ro	4to	5to	Cubanos	Extranjeros
24	21	3	5	6	13	20	4

**Criterios de Inclusión:**

- Estudiantes que participen de manera voluntaria.
- Estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas que hayan vencido el primer semestre del tercer año de la carrera o se encuentren en año superior.

**Criterios de Exclusión:**

- Estudiantes que no hayan vencido la asignatura Psicopatología General.
- Estudiantes que participen en el *Experimento 1*.

**Materiales:**

- **Criterios diagnósticos:** Se les brinda a los sujetos un material impreso con los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial (Sujetos del Grupo 1) y los criterios del Trastorno de Personalidad Histriónico de acuerdo con los criterios planteados por el DSM-IV (Grupo 2). (Ver Anexos 4 y 5).

**Procedimiento:** Los sujetos que participaron en el estudio fueron aleatorizados para ser ubicados en un grupo u otro. Se realizó el emparejamiento, como en el **Experimento 1**, con respecto a la variable sexo del participante, ya que en el contexto de la carrera de Psicología predominan estudiantes de sexo femenino. La distribución de los participantes en los grupos experimentales quedó establecida de la siguiente manera:

**Tabla 7: Distribución de los participantes en los grupos.**

Grupo (G)	Total	Mujeres	Hombres	Tratamiento Experimental (X)
G1	12	11	1	Criterios de APD (elaborar un caso)
G2	12	10	2	Criterios de HPD (elaborar un caso)

En este experimento se solicitó a los participantes que redactaran un caso ficticio que concordase con los criterios diagnósticos brindados en el material. Se les solicitó,

además, que dejaran explícitos datos como, el nombre o el pseudónimo, el sexo, la edad, el color de piel, y la procedencia del mismo. La variable dependiente en este caso es el sexo, el resto de los requerimientos se establecen para que los participantes no se centren en la demanda específica de la misma forma que en el *Experimento 1*.

**Tabla 8: Definición operativa de las variables:**

<b>Variable Independiente (VI)</b>	<b>Operacionalización de VI</b>	<b>Variable Dependiente (VD)</b>	<b>Forma de comprobación</b>	<b>Operacionalización de (VD)</b>
Criterios Diagnósticos.	Criterios Diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial.	Sexo que se asigna al caso elaborado.	Redacción del caso.	Masculino
	Criterios Diagnósticos del Trastorno de Personalidad Histriónico.			Femenino

### **Hipótesis:**

**H1:** Los participantes a los que se les orienta que elaboren el caso atendiendo a los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial tienden a describir una persona de sexo masculino.

**H2:** Los participantes a los que se les orienta que redacten el caso atendiendo a los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Histriónico tienden a describir una persona de sexo femenino.

### **Estudios con Especialistas:**

**Control de Variables:** El control de variables en los experimentos realizados con Especialistas se realiza a través de un cuestionario (Ver Anexo 6), denominado *Cuestionario Inicial*.

**Cuestionario Inicial:** Este cuestionario se elaboró con el fin de controlar una serie de variables que pueden suponer un sesgo para la validez interna de los experimentos y cuenta con un total de 15 preguntas. Es un instrumento de fácil y rápida aplicación. Entre las variables que se exploran en el cuestionario, se pueden mencionar: sexo del especialista, provincia, color de piel, años de graduado, modelo teórico al que se afilia, centro universitario de egreso, años de experiencia en la clínica, grado científico,

postgrados relacionados con psicopatología, nivel de atención en que se encuentra el centro de trabajo del participante, labor docente relacionada con psicopatología, manual clasificatorio con el que está familiarizado y uso del diagnóstico multiaxial.

Este se aplicó a cada participante de los experimentos realizados a especialistas, permitiendo en el análisis de los resultados establecer relaciones entre las variables enunciadas con anterioridad.

### **Experimento 3:**

**Participantes:** Para el desarrollo de este experimento fueron seleccionados 63 especialistas graduados de Psicología que se desempeñaran en el área de la Psicología Clínica y de la Salud, en los municipios de Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Granma y Guantánamo. De ellos 47 mujeres y 16 hombres. Los participantes fueron distribuidos de forma aleatoria a los grupos experimentales.

**Tabla 9: Participantes en el experimento 3.**

Total	Sexo		Grado Científico-Académico		
	F	M	Lic.	MsC.	DrC.
63	47	16	51	12	0

### **Criterios de inclusión:**

- Profesionales que participen de manera voluntaria en la investigación.
- Profesionales de la Psicología que se encuentren trabajando en el área clínica o de la salud.
- Que cuenten con más de 2 años de experiencia en estas áreas.

### **Criterios de Exclusión:**

- Profesionales que estando vinculados a centros de salud no se encuentran directamente trabajando en la atención a pacientes.
- Que no completaran todas las preguntas del cuestionario o utilizaran siglas de difícil comprensión.

### **Materiales:**

- **Descripción de caso 1 y 3:** Similar a los casos elaborados para el *Experimento 1* de los **Participantes Inexpertos**, se elaboraron estos casos para los Grupos 1 y 3 de este experimento. La diferencia radica en que en este no se omitió el sexo,

sino que por el contrario se redactó el caso de un hombre que en el *caso 1* se ajustó a los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial, mientras que en el *caso 3* a los del Trastorno de Personalidad Histriónico, ambos tomados del DSM-IV (Ver Anexo 7 y 8).

- **Descripción de caso 2 y 4:** A diferencia de los casos 1 y 3, estos se presentaron con sexo femenino, y de igual forma el *caso 2* atendiendo a los criterios del DSM-IV para el Trastorno de Personalidad Antisocial, mientras que el *caso 4* atendiendo a lo del Trastorno de Personalidad Histriónico (Ver Anexo 9 y 10).
- **Casos Mixtos (5 y 6):** Estos se elaboraron con una estructura similar a los hasta ahora descritos. En ellos se pueden encontrar criterios diagnósticos de ambos Trastornos de Personalidad (Antisocial e Histriónico). El *caso 5* se presenta con sexo masculino, mientras que el *caso 6*, con sexo femenino (Ver Anexos 11 y 12).
- **Cuestionario de Impresión Diagnóstica:** Este es un instrumento breve y pretende, sobre todo, identificar la impresión diagnóstica que establecen los Especialistas a los casos presentados, para ello se les brindan 8 respuestas preestablecidas posibles, entre las que se encuentran el Trastorno de Personalidad Antisocial e Histriónico. Como parte de las orientaciones que se dan a los participantes, se les indica que pueden marcar más de un diagnóstico si lo consideran, pero dejando claro el orden jerárquico en que se establece la presunción diagnóstica, siendo 1 el diagnóstico más probable, 2 menos probable... en ese sentido. También pueden diagnosticar otro trastorno en caso de que no concuerde su criterio con alguna de las opciones habilitadas (Ver Anexo 13).

**Procedimiento:** Este experimento es considerado por algunos autores como León y Montero (2003) como un diseño factorial. Un diseño de investigación se denomina factorial cuando se estudian simultáneamente dos o más variables independientes y cuando los niveles de las variables independientes se presentan combinados. Si la combinación alcanza todos los niveles de todas las variables, se dice que es un diseño factorial completo. (León y Montero, 2003)

En este caso las variables independientes son los criterios diagnósticos, y el sexo de una descripción de un caso, y la dependiente, el diagnóstico presuntivo.

**Tabla 10: Grupos Experimentales del diseño factorial (2x3)**

	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
<b>Criterios de Trastorno de Personalidad Antisocial.</b>	G1	G2
<b>Criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico.</b>	G3	G4
<b>Criterios Mixtos</b>	G5	G6

Se presentó en este experimento una serie de casos que van combinando ambas variables independientes, de modo que al Grupo 1 (G1) se le mostró un caso que concuerda con los criterios diagnósticos del DSM-IV para Trastorno de Personalidad Antisocial de sexo masculino, en el Grupo 2 (G2) se mantuvieron los criterios diagnósticos, pero varía el sexo, en este caso, femenino. Al Grupo 3 (G3) le correspondió la descripción de caso con criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico con sexo masculino y al Grupo 4 (G4) con sexo femenino. A los Grupos 5 y 6 (G5, G6), se les presentaron los *Casos mixtos*, al G5 con sexo masculino y al G6 con sexo femenino.

Los sujetos fueron asignados de forma aleatoria a los grupos experimentales, y a través de un cuestionario se les pidió que establecieran un diagnóstico presuntivo, el cual constituye nuestra variable dependiente. Los casos descritos fueron redactados con la mayor similitud posible de modo que de uno a otro solo varíen las variables independientes. Los grupos quedaron distribuidos como se muestra en la tabla 11 de la página siguiente.

**Tabla 11: Distribución de los participantes en los grupos.**

<b>Grupos Experimentales</b>	<b>Total</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Tratamiento Experimental</b>
G1	10	7	3	X1 (Antisocial Masculino)
G2	11	9	2	X2 (Antisocial Femenino)
G3	11	6	5	X3 (Histriónico Masculino)
G4	10	8	2	X4 (Histriónico Femenino)
G5	10	9	1	X5 (Mixto Masculino)
G6	11	8	3	X6 (Mixto Femenino)

**Tabla 12: Definición operativa de las variables.**

<b>Variable Independiente</b>	<b>Operacionalización de VI</b>	<b>Variable Dependiente</b>	<b>Forma de comprobación</b>	<b>Operacionlización de VD</b>
Criterios Diagnósticos.	Caso con los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial. Caso con los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Histriónico. Caso con los criterios de ambos trastornos, Antisocial e Histriónico. (Caso Mixto)	Diagnóstico Presuntivo.	Cuestionario de Presunción Diagnóstica.	Listados de posibles presunciones diagnósticas: Trastorno Dependiente de Personalidad. Trastorno Paranoide de Personalidad. Trastorno Histriónico de Personalidad. Trastorno Límite de Personalidad. Trastorno Esquizoide de Personalidad. Trastorno Mixto de ansiedad-Depresión. Trastorno Antisocial de Personalidad. Trastorno Depresivo Recurrente.
Sexo del caso.	Masculino (Ver distribución según los casos en tabla anterior) Femenino (Ver distribución según los casos en tabla anterior)			

**Hipótesis:**

**H1:** Los participantes tienden a diagnosticar con más frecuencia el Trastorno de Personalidad Antisocial cuando se les presenta un caso que contiene los criterios diagnósticos de este trastorno con sexo masculino.

**H2:** Los participantes tienden a diagnosticar con más frecuencia el Trastorno de Personalidad Histriónico cuando se les presenta un caso que contiene los criterios diagnósticos de este trastorno con sexo femenino.

**H3:** Los participantes tienden a diagnosticar con más frecuencia el Trastorno de Personalidad Antisocial cuando se les presenta un caso que contiene criterios

diagnósticos de ambos trastornos (Trastorno de Personalidad Antisocial y Trastorno de Personalidad Histriónico) con sexo masculino.

**H4:** Los participantes tienden a diagnosticar con más frecuencia el Trastorno de Personalidad Histriónico cuando se les presenta un caso que contiene criterios diagnósticos de ambos trastornos (Trastorno de Personalidad Antisocial y Trastorno de Personalidad Histriónico) con sexo femenino.

### **Estudio con Participantes Inexpertos y Expertos:**

En este experimento se incluyeron tanto especialistas como los participantes inexpertos ya que este es lo que se considera un diseño con los mismos sujetos o diseño intra-sujeto, por lo que cada participante constituye su propio grupo control, al someterse cada uno, a los distintos niveles de la variable. En el caso de los especialistas se les aplicó antes del tratamiento experimental el Cuestionario Inicial.

### ***Experimento 4: Experimento con los mismos sujetos:***

**Participantes:** Para este estudio fueron seleccionados 28 participantes incluyendo tanto estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, como profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud con más de dos años de experiencia. De ellos 20 mujeres y 8 hombres.

**Tabla 13: Participantes del Experimento 4.**

Total de participantes	Sexo		Especialistas	Participantes Inexpertos
	F	M		
28	20	8	17	11

### **Criterios de inclusión:**

#### **Especialistas:**

- Profesionales que participen de manera voluntaria en la investigación.
- Profesionales de la Psicología que se encuentren trabajando en el área clínica o de la salud.
- Que cuenten con más de 2 años de experiencia en estas áreas.

### **Participantes Inexpertos:**

- Estudiantes que participen de manera voluntaria.
- Estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas que hayan vencido el primer semestre del tercer año de la carrera o se encuentren en año superior.

### **Criterios de Exclusión:**

#### **Especialistas:**

- Profesionales que estando vinculados a centros de salud no se encuentran directamente trabajando en la atención a pacientes.
- Que no completaran todas las preguntas del cuestionario o utilizaran siglas de difícil comprensión.
- Participantes que no hayan formado parte de las muestras de experimentos anteriores.

### **Participantes Inexpertos:**

- Estudiantes que no hayan vencido la asignatura Psicopatología General.
- Participantes que no hayan formado parte de las muestras de experimentos anteriores.
- Que no completaran todas las preguntas del cuestionario o utilizaran siglas de difícil comprensión.

### **Materiales:**

- **Cuestionario de Conductas:** Para la realización de este experimento, se elaboró este cuestionario. La forma de elaboración consistió en aleatorizar las conductas descritas en los criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad, tanto Histriónico como Antisocial. En el mismo se solicita a los participantes que establezcan cuál de las conductas brindadas es más frecuentes en el sexo Femenino, cuáles en el Masculino y cuáles les generan Ambivalencia. (Ver Anexo 14)

**Procedimiento:** Este estudio se considera un diseño experimental con los mismos sujetos, ya que cada participante se somete a los dos niveles de la variable independiente. Ante cada ítem presentado en el *Cuestionario de Conductas*, los cuales

se corresponden con los criterios diagnósticos tanto del Trastorno de Personalidad Antisocial como del Histriónico, se pidió a los participantes que los clasificaran de acuerdo a si los consideraban comportamientos más frecuentes en mujeres, hombres, o si les genera ambivalencia. Para ello se dispuso un espacio en el cuestionario, y se evitó ubicar las tres categorías para marcarlas, en función de no propiciar las puntuaciones estadísticas medias, recordándoles a los participantes que pueden marcar A (Ambivalencia) en todo momento.

**Tabla 14: Definición operativa de las variables:**

<b>Variable Independiente (VI)</b>	<b>Operacionalización de VI</b>	<b>Variable Dependiente (VD)</b>	<b>Forma de comprobación.</b>	<b>Operacionalización de VD</b>
Criterios diagnósticos.	Criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial	Sexo asignado.	Cuestionario de Conductas.	Masculino
	Criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Histriónico			Femenino Ambivalencia

**Hipótesis:**

**H1:** Los participantes asignan con mayor frecuencia el sexo masculino cuando se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV correspondiente con el Trastorno de personalidad Antisocial.

**H2:** Los participantes asignan con mayor frecuencia el sexo femenino cuando se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV correspondiente con el Trastorno de personalidad Histriónico.

**H3:** Los participantes asignan con mayor frecuencia el sexo neutro cuando se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV correspondiente con el Trastorno de personalidad Antisocial.

**H4:** Los participantes asignan con mayor frecuencia el sexo neutro cuando se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV correspondiente con el Trastorno de personalidad Histriónico.

## **2.6 Métodos de Análisis de los datos obtenidos**

Se realizaron análisis descriptivos utilizando tablas de contingencia. Para la comparación de las puntuaciones entre los grupos se utilizó estadísticos descriptivos. También se emplearon la media, la moda y el establecimiento de los rangos en la exploración de las variables demográficas. Para ello se empleó como procesador el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

## **2.7 Aspectos éticos de la investigación**

En el desarrollo de los experimentos descritos en este capítulo, se respetó en todo momento el anonimato de los participantes, contando siempre con el consentimiento informado (Ver Anexo 15) de estos. En este documento se les informó a los participantes con respecto a los objetivos formales de la investigación, y se les brindó la información y contactos necesarios para comprobar la veracidad del desarrollo del estudio.

Las tareas experimentales presentadas, no representaron en ningún aspecto perjuicio alguno para los participantes, estos contaron con el derecho de participar de forma voluntaria, así como de abandonar la investigación en caso de considerarlo conveniente.

# Análisis y Discusión de Resultados

### CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Este capítulo está dirigido a la exposición de los resultados obtenidos en el estudio y su posterior discusión. Para una mejor comprensión de estos, consideramos pertinente organizarlos en función de los objetivos específicos planteados.

#### 3.1 El sesgo de género en el análisis de los criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad Antisocial e Histriónico. Análisis de los Experimentos 1, 2 y 4

##### 3.1.2 Análisis del Experimento 1.

De los 22 participantes incluidos en el Experimento 1, fueron excluidas dos hojas de respuestas, debido a que se presentaron respuestas incompletas, por lo que se procesaron estadísticamente solo 20 resultados distribuidos en los dos grupos experimentales con un total de 10 participantes por cada grupo. En la muestra predominaron sujetos de sexo femenino, (8 participantes de sexo femenino, 2 participantes de sexo masculino en cada grupo). También existió mayoría de estudiantes en quinto año de la carrera, 70% (7) en el grupo 1 y 40% (4) en el grupo 2. La mayor parte de los participantes fueron de nacionalidad cubana, para un total de 17 (80% (8) en el primer grupo y 90% (9) en el segundo). Información más detallada sobre estos aspectos se puede encontrar en la tabla 15.

**Tabla 15: Descripción de los participantes del Experimento 1.**

		Grupo 1		Grupo 2	
		Fr.	%	Fr.	%
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	10	90,9	10	83,3
	<b>Masculino</b>	1	9,1	2	16,7
<b>Año Académico</b>	<b>Tercero</b>	2	18,2	2	16,7
	<b>Cuarto</b>	4	36,4	2	16,7
	<b>Quinto</b>	5	45,5	8	66,7
<b>Nacionalidad</b>	<b>Cubano</b>	8	72,7	11	91,7
	<b>Extranjero</b>	3	27,3	1	8,3

Los participantes en este experimento tenían como tarea experimental clasificar en determinadas categorías (entre ellas el sexo) a un sujeto descrito con ausencia de indicadores de sexo, que en el primer grupo correspondía con los criterios diagnósticos de Trastorno de Personalidad Antisocial mientras que en el segundo a los criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico. Las tablas de contingencia para el análisis de

este experimento mostraron que, en el caso descrito con criterios de Trastorno Antisocial de Personalidad, el 90% (9) de los participantes asignó sexo masculino, mientras que solo el 10% (1), le atribuyó el femenino. En el segundo grupo, (caso con criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico), las puntuaciones estuvieron más equilibradas, aunque con una ligera mayoría para aquellos participantes que establecieron el sexo femenino al caso (50% (5) femenino, 40% (4) masculino y 10 % (1) no se atreve a decir). Tabla 16.

**Tabla 16: Tabla de contingencia Criterios Diagnósticos X Sexo Probable.**

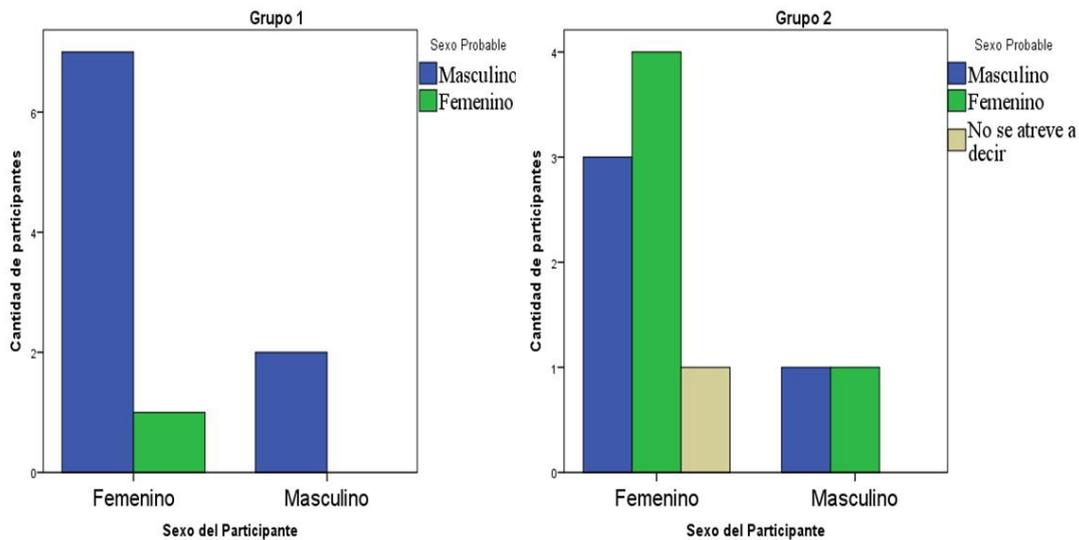
		Sexo Probable		
		Masculino	Femenino	No se atreve a decir
<b>Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.</b>	<b>Fr.</b>	9	1	-
	<b>%</b>	90,0	10,0	-
<b>Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Histriónico.</b>	<b>Fr.</b>	4	5	1
	<b>%</b>	40,0	50,0	10,0

Estos resultados mostraron que existe una tendencia a percibir a sujetos que concuerdan con criterios para Trastorno de Personalidad Antisocial, como hombres más que como a mujeres, fenómeno que se manifiesta con independencia del sexo del participante. En el grupo 1 solo un participante de sexo femenino, señaló al sujeto descrito como femenino tal como muestra la Figura 1 (página siguiente).

En el caso de los criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico, los resultados mostraron paridad, por lo que estos pueden asociarse tanto al sexo masculino como femenino. Tampoco existió relación significativa entre el sexo del participante y el sexo probable del caso (Figura 1).

Solo uno de los participantes de sexo masculino clasificó el caso como femenino. En el caso de los participantes de sexo femenino, sucedió de forma similar, ya que 3 de estos clasificaron el caso como masculino mientras que 4 participantes indicaron sexo femenino, y solo 1 participante ofreció puntuaciones para “no se atreve a decir”.

**Figura 1:** Sexo del participante X Sexo probable.



Se corroboró en este experimento la hipótesis 1. (**H1:** En casos con ausencia de indicadores que sugieren sexo, los participantes tienden a clasificar como masculino los sujetos descritos con criterios de Trastorno de Personalidad Antisocial).

Otros resultados de este experimento también mostraron que los participantes tienden a identificar a sujetos con criterios de Trastorno de Personalidad Antisocial, con un grado bajo de escolaridad. El 20 % (2) de los participantes refirieron un sexto grado de escolaridad, el 50% (5) noveno grado, 20% (2) técnico medio y solo el 10% (1) obrero calificado. Estas cifras no se comportaron de la misma manera en los casos con descripciones de Trastorno Histriónico de Personalidad. En este grupo los participantes se inclinaron a identificar al caso descrito con nivel medio de escolaridad y se incluyeron puntuaciones para el nivel superior, lo cual no sucedió en el grupo 1. El 50% (5) de los participantes en el grupo 2 clasificó al sujeto descrito con un 12 grado de escolaridad, el 20% (2) lo clasificaron en noveno grado, y los restantes 3 participantes marcaron nivel universitario, técnico medio y “no se atreve a decir” respectivamente (Anexo 16).

En cuanto al color de piel, no se mostraron diferencias significativas en el primer grupo, aunque predominaron las puntuaciones de piel blanca 50% (5) y mestizo 30% (3), solo 2 participantes identificaron al sujeto descrito con piel negra. Por el contrario, en el grupo 2, ningún participante clasificó al sujeto descrito con color de piel negra, el

60% (6) sugirió que el sujeto descrito tiene piel blanca y el 30% (3) mestizo (Anexo 17).

Con relación al estatus socio-económico, los participantes no asociaron a los sujetos descritos con criterios de Antisocial, con niveles altos, existiendo predominio de puntuaciones que los ubicaron en clase baja 50% (5), 30% (3) clase media y el 20% (2) “no se atreve a decir”. Esto difiere de los resultados obtenidos en el grupo 2, quienes clasificaron al sujeto descrito con criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico, en un nivel socioeconómico medio en un 70% (7) y alto en un 30% (3) (Anexo 18).

En cuanto a la procedencia, los resultados obtenidos en los dos grupos se comportaron de forma similar, aun cuando se debe destacar que ningún participante del grupo 2 ubicó al sujeto descrito con procedencia rural, el 90% (9) de estos lo identificaron con procedencia urbana, y el restante 10% (1) señaló “no se atreve a decir”. La mayoría de los participantes del grupo 1, seleccionaron procedencia urbana 80% (8), el 10% (1) rural, y un sujeto “no se atreve a decir” (10%) (Anexo 19).

De forma general, ante casos descritos con Trastorno de Personalidad Antisocial, existió una tendencia a clasificar al sujeto con sexo masculino y bajos grados de escolaridad y estatus socioeconómicos. Lo anterior se expresó de manera diferente en el caso de Trastorno de Personalidad Histriónico, aunque en cuanto a la variable sexo probable no se mostraron diferencias significativas, sí se asociaron a altos grados de escolaridad, incluyendo universitarios, y altos estatus socioeconómicos. Estos resultados apuntaron a que el sesgo de género en el análisis de los criterios diagnósticos para el Trastorno Antisocial fue más frecuente que para el Trastorno Histriónico.

### **3.1.2 Análisis del Experimento 2.**

Una de las respuestas ofrecidas en este experimento no fue procesada, dado que se encontraba escrita de forma ininteligible, por lo cual se decidió retirarla del análisis. De esta forma el experimento quedó conformado por una muestra de 23 participantes, de ellos 20 de sexo femenino y solo 3 de sexo masculino, distribuidos en los años académicos con mayoría de participantes del quinto año de la carrera de Psicología de la UCLV y de estudiantes cubanos, como se muestra en la tabla 17 en la siguiente página.

En este experimento a los participantes se les solicitó describir un caso, considerando que este coincidiera con los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial en el grupo 1, y con criterios de Trastorno Histriónico en el

segundo grupo. En su descripción, los participantes debían dejar explícito el sexo del paciente, así como otras variables de interés.

**Tabla 17: Descripción de los participantes del experimento 2.**

		Grupo 1		Grupo 2	
		Fr.	%	Fr.	%
<b>Sexo</b>					
	<b>Femenino</b>	10	90,9	10	83,3
	<b>Masculino</b>	1	9,1	2	16,7
<b>Año Académico</b>					
	<b>Tercero</b>	2	18,2	2	16,7
	<b>Cuarto</b>	4	36,4	2	16,7
	<b>Quinto</b>	5	45,5	8	66,7
<b>Nacionalidad</b>					
	<b>Cubano</b>	8	72,7	11	91,7
	<b>Extranjero</b>	3	27,3	1	8,3

Las tablas de contingencias para analizar los resultados de este experimento mostraron con mayor claridad el sesgo de género que en el experimento anterior, existiendo un predominio de descripciones de casos de sexo masculino, cuando este es redactado tomando en cuenta los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial 90,9% (10), y de igual forma un predominio de descripciones con sexo femenino en casos redactados con criterios de Trastorno Histriónico 91,7% (11) (Ver tabla 18).

**Tabla 18: Tabla de contingencias Experimento 2 Criterios diagnósticos X Sexo Asignado.**

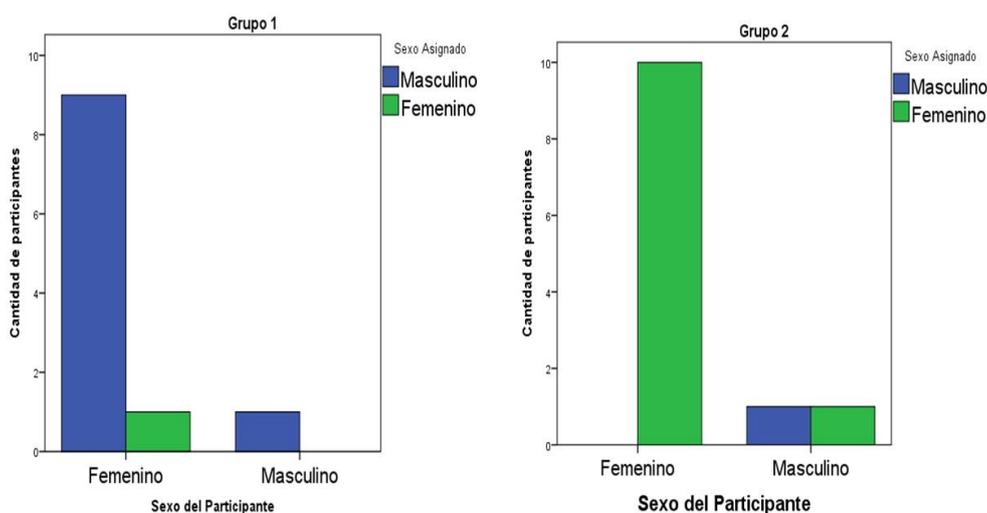
		Sexo Asignado	
		Masculino	Femenino
<b>Elaboración de un caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.</b>	<b>Fr.</b>	10	1
	<b>%</b>	90,9	9,1
<b>Elaboración de un caso con Trastorno de Personalidad Histriónico.</b>	<b>Fr.</b>	1	11
	<b>%</b>	8,3	91,7

Estos resultados indicaron la presencia del sesgo de género en el análisis que hacen los participantes de los criterios diagnósticos para uno y otro trastorno. La codificación de

dichos trastornos, se asoció a conductas desadaptadas, que, en el caso de Trastorno Antisocial, correspondieron con mayor frecuencia a personas de sexo masculino, mientras que, para el caso del Trastorno Histriónico, fue más frecuente el sexo femenino. Estos resultados corroboran las hipótesis H1 (Los participantes a los que se les orienta que elaboren el caso atendiendo a los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial tienden a describir una persona de sexo masculino) y H2 (Los participantes a los que se les orienta que redacten el caso atendiendo a los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Histriónico tienden a describir una persona de sexo femenino).

Al igual que en el Experimento 1 la presencia del sesgo en casos descritos con criterios de Trastorno Antisocial, tanto como con criterios de Histriónico, se expresó independientemente del sexo de los participantes, como muestra la figura 2. Solo una mujer, en el grupo 1, estableció como sexo asignado el femenino (9,1%).

**Figura 2: Sexo del participante X Sexo Asignado.**



Con respecto al color de piel, predominó la asignación de color de piel blanca al caso descrito con Trastorno de Personalidad Antisocial 54,5% (6), aunque no representó diferencia significativa con el porcentaje de participantes que asignaron color de piel negra 36,4% (4), mientras que el restante 9,1% (1), describió un sujeto mestizo. Al comparar estos resultados con el grupo 2, se encontraron diferencias significativas. Casi la totalidad de los participantes describieron un sujeto de piel blanca 91,7% (11), y el 8,3% (1) restante no especificó color de piel alguno. Esta tendencia a no clasificar a

sujetos con criterios de Trastorno Histriónico de Personalidad con color de piel negra, pudiera estar asociada en alguna medida a estereotipos raciales (Ver anexo 20).

De la misma forma en cuanto a la procedencia la mayoría de los participantes describió un sujeto proveniente de zonas urbanas. En el grupo 1 el 72,7% (8), clasificaron de esta forma al sujeto descrito, e igual cantidad de participantes, para el 66,7% lo hicieron en el grupo 2 (Ver anexo 21).

Estos resultados sugirieron la presencia del sesgo de género en el análisis de los criterios diagnósticos de dichos trastornos, de modo que existe la tendencia a describir como masculinos los casos elaborados con indicadores del Trastorno de Personalidad Antisocial, y como mujeres blancas, sobre todo, a aquellos que se elaboran atendiendo a los criterios del Trastorno Histriónico. Este experimento corroboró que los criterios diagnósticos para dichos trastornos, recogen un conjunto de características desadaptativas que tienden a asociarse a un sexo más que a otro.

### **3.1.3 Análisis del Experimento 4.**

En este experimento la muestra estuvo conformada tanto por estudiantes de Psicología de la UCLV (participantes inexpertos), como por profesionales de la Psicología con más de dos años de experiencia en el área Clínica y de la Salud (especialistas), en funciones de diagnóstico. En el caso de los participantes inexpertos, no quedó excluida ninguna respuesta, por lo que fueron procesados los resultados de 11 participantes, en un único grupo.

Al igual que en experimentos anteriores, existió predominio de participantes de sexo femenino 81,8% (9), sobre los participantes de sexo masculino 18,2% (2). La mayoría de los participantes fueron de nacionalidad cubana 72,7% (8), y solo el 27,3% (3) extranjeros, de igual forma predominaron estudiantes de quinto año de la carrera 54,5% (6). Esta información queda resumida en la tabla 19 en la siguiente página.

**Tabla 19: Descripción de los participantes inexpertos del Experimento 4.**

		Participantes	
		Fr.	%
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	9	81,8
	<b>Masculino</b>	2	18,2
<b>Año Académico</b>	<b>Tercero</b>	2	18,2
	<b>Cuarto</b>	3	27,3
	<b>Quinto</b>	6	54,5
<b>Nacionalidad</b>	<b>Cubano</b>	8	72,7
	<b>Extranjero</b>	3	27,3

Por otro lado, en el caso de los especialistas una respuesta fue excluida del análisis por presentar respuestas incompletas. Finalmente se procesaron 16 participantes en calidad de especialistas, de ellos la mayoría fueron mujeres (68,8%) por solo 31,3% del sexo masculino, y existió totalidad de participantes de color de piel blanca. De estos participantes el 25% declararon como provincia de origen Santa Clara, otro 25% Cienfuegos y el restante 50% la provincia de Camagüey (Tabla 20).

**Tabla 20: Descripción de los participantes Especialistas del experimento 4.**

		Expertos	
		Fr.	%
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	5	31,3
	<b>Femenino</b>	11	68,8
<b>Color de Piel</b>	<b>Blanca</b>	16	100
	<b>Negra</b>	-	-
	<b>Mestizo</b>	-	-
<b>Provincia</b>	<b>Villa Clara</b>	4	25
	<b>Cienfuegos</b>	4	25
	<b>S. Spíritus</b>	-	-
	<b>Ciego de Ávila</b>	-	-
	<b>Camagüey</b>	8	50
	<b>Granma</b>	-	-
	<b>Guantánamo</b>	-	-

Más de la mitad de los participantes especialistas declararon una orientación teórica Histórico-Cultural 56,3% (9), y el 31,3% (5) ecléctica. En cuanto al centro

universitario de egreso, resultaron mayoría los participantes provenientes de la Especialidad de Ciencias Médicas, así como de cursos por encuentro de la Universidad de Camagüey. El resto de los participantes se formaron en la Universidad Central de las Villas (UCLV) 37,5%, la Universidad de la Habana (UH) con 12,5% y Universidad de Oriente (UO) con 6,3%. El 75% (12) de los participantes señalaron ser graduados del curso regular diurno mientras que el 25% (4) del curso por encuentros.

En cuanto al grado científico y académico, un 18,8% de los participantes fueron Masters en Ciencias y el 12,5% (2) Doctores en Ciencias. El 62,5 % (10), indicó trabajar en un nivel de atención secundario, el 25% (4) en nivel terciario y el 12,5% (2) en nivel primario. El 25% de los especialistas en este experimento señalaron haber recibido cursos de postgrado en los campos de la Psicopatología, el Psicodiagnóstico y Psicoterapia. De igual forma el 37,5% (6) indicaron haber realizado docencia en asignaturas relacionadas a estas disciplinas.

En cuanto al uso de clasificatorios con los que se encontraban familiarizados, el 50% (8) señaló el CIE-10, el 43,8% (7) el DSM-IV, el 31,3% (5) el CIE-10 Revisado y en igual medida señalaron el DSM-IV Revisado. El 6,3% (1) indicó estar familiarizado con el DSM-V y el 12,5% (2) con otro clasificatorio, por lo general el Glosario Cubano. La mayoría de los especialistas señalaron emplear en la práctica el diagnóstico multiaxial 81,3% (13).

Con respecto a los años de graduados de los especialistas, el 50% (8) de los encuestados contaron con al menos seis años de graduado, y el restante 50% (8) con más de siete. De igual forma, en cuanto a años de experiencia en el Área clínica y de la Salud, el 56,3% (9) contó con al menos cinco años de experiencia y el 43,8% (7) con seis o más años. (Tabla 21)

En este experimento se solicitó a los participantes que clasificaran, individualmente, los criterios diagnósticos de ambos trastornos como conductas más frecuentes en un sexo u otro.

**Tabla 21: Variables influyentes en el ejercicio profesional.**

		<b>Participantes</b>	
		<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Orientación teórica</b>			
	<b>Conductista</b>	1	6,3
	<b>Psicoanalista</b>	-	-
	<b>Histórico Cultural</b>	9	56,3
	<b>Ecléctica</b>	5	31,3
	<b>Otra</b>	1	6,3
<b>Centro Universitario de Egreso</b>			
	<b>UO</b>	1	6,3
	<b>UCLV</b>	6	37,5
	<b>UH</b>	2	12,5
	<b>Otra</b>	7	43,8
<b>Curso</b>			
	<b>Regular diurno</b>	12	75
	<b>Por encuentros</b>	4	25
<b>Grado Científico Académico</b>			
	<b>Licenciado</b>	11	68,8
	<b>Master</b>	3	18,8
	<b>Doctor</b>	2	12,5
<b>Nivel de Atención</b>			
	<b>Primario</b>	2	12,5
	<b>Secundario</b>	10	62,5
	<b>Terciario</b>	4	25
<b>Curso de Postgrado</b>			
	<b>Si</b>	4	25
	<b>No</b>	12	75
<b>Labor docente</b>			
	<b>Si</b>	6	37,5
	<b>No</b>	10	62,5
<b>Clasificadorio</b>			
	<b>CIE-10</b>	8	50
	<b>CIE-10 R</b>	5	31,3
	<b>DSM-IV</b>	7	43,8
	<b>DSM-IV R</b>	5	31,3
	<b>DSM-V</b>	1	6,3
	<b>Otro</b>	2	12,5
<b>Uso del Diagnóstico Multiaxial</b>			
	<b>Si</b>	13	81,3
	<b>No</b>	3	18,8

Al clasificar estas conductas (criterios diagnósticos para Trastorno de Personalidad Antisocial) los participantes mostraron la presencia del sesgo de género en el análisis de dichos criterios, ofreciendo puntuaciones altas al considerar la conducta

más frecuente en el sexo masculino, y puntuaciones más bajas con relación al femenino. No más de dos participantes asignaron algún criterio del Trastorno Antisocial como más frecuente en las mujeres, y en el séptimo criterio no se ofrecieron puntuaciones en este sentido. Los ítems de este trastorno que más altas puntuaciones obtuvieron para “más frecuentes en hombres” resultaron los criterios 1 y 4. Información más detallada se puede encontrar en la tabla 22.

**Tabla 22: Resultados Experimento 4. Criterios de Trastorno de Personalidad Antisocial.**

Criterios Diagnósticos de Trastorno de Personalidad Antisocial	Sexo Asignado					
	Femenino		Masculino		Ambivalencia	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
<b>Criterio 1 Antisocial:</b> Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.	1	3,7	20	74,1	6	22,2
<b>Criterio 2 Antisocial:</b> Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.	2	7,4	12	44,4	13	48,1
<b>Criterio 3 Antisocial:</b> Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.	1	3,7	16	59,3	10	37
<b>Criterio 4 Antisocial:</b> Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.	2	7,4	20	74,1	5	18,5
<b>Criterio 5 Antisocial:</b> Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.	2	7,4	17	63	8	29,6
<b>Criterio 6 Antisocial:</b> Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.	2	7,4	9	33,3	16	59,3
<b>Criterio 7 Antisocial:</b> Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.	-	-	8	29,6	19	70,4

Por otro lado, el análisis individual de los criterios diagnósticos del Trastorno Histriónico de Personalidad arrojó como resultados, la tendencia a clasificarlos como conductas propias del sexo femenino. Solo en el criterio 5 (40,7%), mostró puntuaciones más altas para establecerlo como masculino. Los ítems 6, 7 y 8, no son reconocidos por ningún participante como propios de género masculino.

Esta información quedó recogida en la tabla 23 que se puede encontrar a continuación.

**Tabla 23: Resultados del Experimento 4. Criterios del Trastorno de Personalidad Histriónico.**

Criterios diagnósticos de trastorno de Personalidad Histriónico	Sexo Asignado					
	Femenino		Masculino		Ambivalencia	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
<b>Criterio 1 Histriónico:</b> Incomodidad en las situaciones en las que no es el centro de la atención.	13	48,1	2	7,4	12	44,4
<b>Criterio 2 Histriónico:</b> Interacción con los demás caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.	13	48,1	4	14,8	10	37
<b>Criterio 3 Histriónico:</b> Expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.	14	51,9	6	22,2	7	25,9
<b>Criterio 4 Histriónico:</b> Uso del aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.	18	66,7	2	7,4	7	25,9
<b>Criterio 5 Histriónico:</b> Forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.	6	22,2	11	40,7	10	37
<b>Criterio 6 Histriónico:</b> Autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.	23	85,2	-	-	4	14,8
<b>Criterio 7 Histriónico:</b> Sugestionabilidad, ser fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.	16	59,3	-	-	11	40,7
<b>Criterio 8 Histriónico:</b> Considerar las relaciones más íntimas de lo que son en realidad.	19	70,4	-	-	8	29,6

Estos resultados arrojados por el Experimento 4, se expresaron con independencia tanto del tipo de participante (inexperto o especialista) como del sexo de este, de forma tal que la mayoría de los especialistas, así como los participantes inexpertos, ofrecieron mayores puntuaciones para clasificar los criterios de Trastorno de Personalidad Antisocial como masculinos, y los del Trastorno Histriónico como femeninos. De igual manera lo hicieron participantes, en calidad tanto de especialistas como inexpertos de un sexo y de otro, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres (Anexos 22, 23, 24, y 25).

Se constató la tendencia a percibir la conducta descrita en los criterios del Trastorno de Personalidad Antisocial, como propia del sexo masculino, como lo indican las puntuaciones obtenidas, sobre todo los criterios 1, 4 y 5, para este trastorno. Similar situación ocurrió con respecto a los criterios del Trastorno de Personalidad Histriónico, con la tendencia a asociar estos como conductas frecuentes en el sexo femenino, con independencia del sexo del participante, las puntuaciones más altas fueron alcanzadas en los criterios 4, 6 y 8, y no se asociaron al sexo masculino los criterios 6, 7 y 8.

Se corroboraron las hipótesis H1 (los participantes asignan con mayor frecuencia el sexo masculino cuando se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV correspondiente con el Trastorno de personalidad Antisocial) y H2 (los participantes asignan con mayor frecuencia el sexo femenino cuando se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV correspondiente con el Trastorno de personalidad Histriónico).

### **3.2 Sesgo de género en el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial. Análisis del Experimento 3**

Este experimento estuvo orientado a explorar la presencia del sesgo de género en el propio ejercicio del diagnóstico de los Trastornos de Personalidad Antisocial e Histriónico, lo que en la literatura es llamado *assessment bias*. Para ello se contó con la participación de 63 psicólogos en funciones de diagnóstico en el área de la Psicología Clínica y de la Salud, con más de dos años de experiencia en esta área.

De la totalidad de los participantes en el experimento, dos hojas de respuesta fueron excluidas del análisis estadístico por presentar respuestas incompletas. De estos, el 73,8% (45) eran participantes de sexo femenino, mientras que el restante 26,2% (16) del sexo masculino, distribuidos de forma aleatoria en 6 grupos experimentales y provenientes de las provincias de Villa Clara el 52,4% (32), Cienfuegos 16,4% (10), Sancti Spíritus 19,7% (12), Ciego de Ávila 1,6% (1), Granma 8,1% (5) y Guantánamo 1,6% (1). En cuanto al color de piel, predominaron los participantes de piel blanca en un 70,5% (43), el 19,7% (12) mestiza, y solo el 9,8% (6) de piel negra. El desglose de estas variables demográficas en los grupos experimentales se puede observar en la tabla 24.

**Tabla 24: Variables demográficas del Experimento 3. Especialistas.**

		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Grupo 5		Grupo 6	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	3	30	2	18,2	5	50	2	20	1	10	3	30
	<b>Femenino</b>	7	70	9	81,8	5	50	8	80	9	90	7	70
<b>Color de Piel</b>	<b>Blanca</b>	5	50	10	90,9	7	70	8	80	8	80	5	50
	<b>Negra</b>	2	20	-	-	1	10	1	10	-	-	2	20
	<b>Mestizo</b>	3	30	1	9,1	2	20	1	10	2	20	3	30
<b>Provincia</b>	<b>Villa Clara</b>	4	40	8	72,7	6	10	5	50	6	60	3	30
	<b>Cienfuegos</b>	1	10	-	-	1	60	1	10	3	30	4	40
	<b>S. Spíritus</b>	4	40	2	18,2	3	30	2	20	-	-	1	10
	<b>Ciego de Ávila</b>	-	-	1	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Granma</b>	1	10	-	-	-	-	2	20	1	10	1	10
	<b>Guantánamo</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10

La mayoría de los participantes reportaron una orientación teórica Histórico Cultural (49,2%), ecléctica (37,7%), psicoanalítica (4,9%), conductista (6,6%) y otra (1,6%). La mayoría de estos son egresados de la especialidad de Psicología de la Salud en universidades de Ciencias Médicas, de la UCLV (29,5%), y un participante de la Universidad de Oriente (UO).

Más del 90% de los participantes fueron graduados del curso regular diurno y solo el 9,8% (6) del curso por encuentro. Como grado científico y académico el 19,7% fueron Masters en Ciencias. El 73,8% de los participantes señalaron haber cursado cursos de postgrado relacionados con Psicopatología, Psicoterapia o Psicodiagnóstico, y solo el 7,9% (17) haber realizado labor en las disciplinas antes mencionadas.

Por lo general los participantes de este experimento declararon trabajar en el nivel de atención primario y secundario en igual porcentaje (47,5%), en cada nivel y el 4,9% en el nivel terciario. En cuanto los clasificatorios con los que se encuentran

familiarizados los especialistas señalaron en primer lugar el CIE-10 en un 55,7% (34), el CIE-10 Revisado y DSM-IV en un 34,4% (21) cada uno. El 62,3% (38) reportó el empleo del diagnóstico multiaxial en la práctica clínica (Tabla 25).

**Tabla 25: Variables influyentes en el ejercicio profesional.**

		<b>Participantes</b>	
		<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Orientación teórica</b>			
	<b>Conductista</b>	4	6,6
	<b>Psicoanalista</b>	3	4,9
	<b>Histórico Cultural</b>	30	49,2
	<b>Ecléctica</b>	23	37,7
	<b>Otra</b>	1	1,6
<b>Centro Universitario de Egreso</b>			
	<b>UO</b>	1	1,6
	<b>UCLV</b>	18	29,5
	<b>UH</b>	-	-
	<b>Otra</b>	42	68,9
<b>Curso</b>			
	<b>Regular diurno</b>	55	90,2
	<b>Por encuentros</b>	6	9,8
<b>Grado Científico Académico</b>			
	<b>Licenciado</b>	49	80,3
	<b>Master</b>	12	19,7
	<b>Doctor</b>	-	-
<b>Nivel de Atención</b>			
	<b>Primario</b>	29	47,5
	<b>Secundario</b>	29	47,5
	<b>Terciario</b>	3	4,9
<b>Curso de Postgrado</b>			
	<b>Sí</b>	45	73,8
	<b>No</b>	16	26,2
<b>Labor docente</b>			
	<b>Sí</b>	17	7,9
	<b>No</b>	44	72,1
<b>Clasificadorio</b>			
	<b>CIE-10</b>	34	55,7
	<b>CIE-10 R</b>	21	34,4
	<b>DSM-IV</b>	21	34,4
	<b>DSM-IV R</b>	18	29,5
	<b>DSM-V</b>	4	6,6
	<b>Otro</b>	10	16,4
<b>Uso del Diagnóstico Multiaxial</b>			
	<b>Sí</b>	38	62,3
	<b>No</b>	23	37,7

En el diseño de este experimento se consideraron como variables independientes tanto los criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial, como el sexo del sujeto descrito. De este modo, la tarea experimental que debían cumplir los especialistas radicaba en establecer un diagnóstico presuntivo del caso descrito. En cada grupo se combinaron los criterios de Antisocial, de Histriónico y mixtos, en conjunto con el sexo del paciente.

En el primer grupo se les presentó a los participantes un caso de Trastorno de Personalidad Antisocial con sexo masculino. En las respuestas brindadas, se apreció un predominio del diagnóstico de Trastorno de Personalidad Antisocial con un 90% (9) y solo un participante (10%) señaló el Trastorno Histriónico de Personalidad. Aunque en el análisis estadístico solo fueron considerados los diagnósticos que jerárquicamente señalaron los participantes como primeros, se les permitió a los participantes establecer una segunda presunción o incorporar una nueva a la lista de posibles presunciones brindadas.

En este primer grupo, dos de los participantes establecieron una segunda presunción, uno de ellos propuso al Trastorno Histriónico como segunda opción y otro al Trastorno Límite de Personalidad.

El segundo grupo debió responder a partir de una descripción de caso con los mismos criterios, pero el sexo del paciente femenino. No existió desacuerdo en cuanto al diagnóstico, la totalidad de los participantes diagnosticaron Trastorno de Personalidad Antisocial 100% (11); y no se mostraron presunciones secundarias.

Un caso con criterios de Trastorno de Personalidad Histriónico y sexo masculino fue presentado en el grupo 3, ante el cual los participantes emitieron diagnóstico de Trastorno de Personalidad Histriónico en un 90% (9) y el 10% (1) emitió diagnóstico de Trastorno Dependiente de Personalidad. Además, uno de los participantes emitió una presunción diagnóstica secundaria de Trastorno Mixto de Ansiedad-Depresión.

En el grupo 4 (criterios de Trastorno Histriónico y sexo femenino), al igual que en el anterior, el 90% (9) de los participantes señalaron como presunción diagnóstica Trastorno de Personalidad Histriónico. No se emitieron presunciones secundarias.

Los casos con criterios mixtos presentados en los grupos 5 y 6, incorporaron además de la combinación de las variables independientes del estudio, una nueva cualidad, la ambigüedad del caso (en tanto se presentaron criterios de uno y otro trastorno). Los resultados en el grupo 5 arrojaron un 100% (10) de coincidencia en el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Antisocial. Sin embargo, ningún participante

señaló una segunda presunción que pudiera estar justificada por los criterios de Trastorno Histriónico de Personalidad reflejados en el caso; pudiendo ser indicativo de que ante criterios balaceados de ambos trastornos los especialistas tienden a diagnosticar como Antisocial a casos con sexo masculino.

Por otro lado, en el grupo 6 (en este caso con sexo femenino) aun cuando predominaron las puntuaciones para establecer como diagnóstico el Trastorno de Personalidad Antisocial 70% (7), existió un 30% (3) que estableció un diagnóstico de Trastorno Histriónico de Personalidad, e incluso un participante propuso esta presunción como secundaria (Tabla 26).

**Tabla 26: Resultados del Experimento 3. Especialistas.**

Grupo	Criterios de TP	Fr.	Diagnóstico Presuntivo			
			Trastorno Dependiente de Personalidad	Trastorno Paranoide de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad
Experimental	con sexo Masculino	%	-	-	1	9
			-	-	10,0	90,0
	con sexo Femenino	%	-	-	-	11
			-	-	-	100,0
	con sexo Masculino	%	1	-	9	-
			10,0	-	90,0	-
	con sexo Femenino	%	-	1	9	-
		-	10,0	90,0	-	
	Criterios Mixtos con sexo Masculino	Fr.	-	-	-	10
		%	-	-	-	100,0
	Criterios Mixtos con sexo Femenino	Fr.	-	-	3	7
		%	-	-	30,0	70,0

Al comparar los resultados de este grupo con el grupo 5, se puede apreciar, que los especialistas consideraron las manifestaciones antisociales como trastornos de mayor significación clínica. Un por ciento de los participantes tiende a establecer diagnóstico de Trastorno Histriónico ante el sexo femenino, lo cual no sucede en el grupo 5 ante la presentación de un caso con sexo masculino, a pesar de que las manifestaciones clínicas de ambos casos son idénticas, lo único que varía es el sexo del sujeto. Cabe decir que este 30% (3), que señaló como presunción el Trastorno de Personalidad Histriónico, está constituido en su totalidad por participantes de sexo femenino, lo cual pudiese indicar cierta influencia del sexo del participante sobre los

resultados, sin embargo, no se aprecia relación significativa, partiendo de que la mayoría de los participantes de este grupo son mujeres, además de que de ellas la mayoría estableció al Trastorno Antisocial como presunción diagnóstica (el 57,1% (4) de los participantes mujeres) (Anexos 26).

No se encontró relación significativa entre los años de graduados de los especialistas y la presunción diagnóstica establecida en ninguno de los grupos. Tampoco se encontró relación con respecto a los años de experiencia en el Área Clínica y de la Salud (Ver anexos 27 y 28).

El sesgo de género no se manifestó ante la presentación de casos prototípicos, o sea, cuando los criterios diagnósticos de un trastorno estaban muy claros, como fueron presentados en los primeros 4 grupos experimentales. Sin embargo, en tanto aumenta el nivel de ambigüedad de los casos se hace más evidente el sesgo, aun cuando predominaron los diagnósticos de Trastorno de Personalidad Antisocial. Se corroboró en este experimento la Hipótesis 3 (Los participantes tienden a diagnosticar con más frecuencia el Trastorno de Personalidad Antisocial cuando se les presenta un caso que contiene criterios diagnósticos de ambos trastornos con sexo masculino).

### **3.3 Discusión de Resultados**

Los resultados encontrados en los Experimentos 1 y 2 sugieren la presencia del sesgo de género en el análisis de los criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial, al ser presentados en descripciones de casos. Los participantes de estos estudios por lo general respondieron de forma consistente con la hipótesis del sesgo (criterios de Antisocial-sexo masculino, criterios de Histriónico-sexo femenino).

Las investigaciones de Landrine, (1989); Rienzi, Forquera, & Hitchcock, (1995); Rienzi & Scrams, (1991); Sprock, Blashfield, & Smith, (1990), ofrecieron resultados que sugieren, que en el diagnóstico de determinados Trastornos de Personalidad existe un sesgo de género y que este proviene directamente de los criterios diagnósticos, al estar asociados a estereotipos tradicionales de género. También Sprock (1990), señaló a partir de una investigación con estudiantes, que estos perciben algunos criterios de ciertos trastornos como propios del sexo masculino, en ese caso conductas antisociales y sádicas, y otros del sexo femenino, tales como la dependencia y el histrionismo. Los resultados de estas investigaciones, se ajustan a las consideraciones de Kaplan (1983),

quien estableció que el DSM (tercera edición en ese momento) había codificado lo que era considerado normal y patológico para cada sexo.

Estas conclusiones fueron establecidas partiendo de un clasificador que ya no está en uso, el cual fue sometido a revisión, entre otras cuestiones a partir de los resultados de estas investigaciones, dado que se incluían pronombres que denotaban género en algunos criterios.

En investigaciones realizadas por Anderson, Sankis y Widiger (2001) se concluyó que el sesgo de género provenía directamente del análisis propios criterios diagnósticos. Estos autores pidieron a los participantes (especialistas) que establecieran en una escala de 1 a 6 que síntomas (de un grupo de Trastornos de Personalidad) eran considerados raros en pacientes hombre o mujeres, en dependencia al grupo experimental al que fueron asignados de forma aleatoria. Los propios autores señalaron, que dichos criterios son los mismos tanto para hombres como para mujeres, por lo que argumentaron que son los especialistas los que emplean de forma sesgada los criterios. Los resultados encontrados en la presente investigación, sugieren que el sesgo se expresa directamente del análisis individual criterios diagnósticos, existiendo una tendencia a percibir los criterios de Trastorno Antisocial como conductas más frecuentes en hombres y criterios de Histriónico como más frecuentes en mujeres.

El análisis del Experimento 4, mostró que el sesgo no se manifiesta únicamente cuando los participantes evalúan los criterios diagnósticos presentados en la descripción de un caso, sino que este se hace presente de igual manera en la evaluación de los criterios de manera individual. Estos resultados son distintos a los reportados por Ford y Widiger (1989). En este estudio, los participantes, respondían a una de nueve posibles descripciones de casos, que combinaban los criterios diagnósticos con el sexo del paciente. Además, otro grupo de participantes debía diagnosticar un conjunto de conductas individuales correspondientes con los criterios diagnósticos de los Trastornos Histriónico y Antisocial, en los que se variaba el sexo del sujeto. Aun cuando el sesgo se expresó, ante la evaluación de casos descritos con criterios de estos trastornos por especialistas, no se dieron diferencias significativas con respecto a la atribución de un sexo a conductas individuales extraídas de los criterios para el Trastorno de Personalidad Antisocial e Histriónico.

En nuestro estudio los criterios de Trastorno de Personalidad Antisocial tienden a ser calificados como más frecuentes en el sexo masculino, sobre todo los **criterios 1** (Fracaso para adaptarse a normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal,

como indica perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención) en el 74,1% y **4** (Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones) en igual porcentaje. A pesar de que en el **criterio 7** (Falta de remordimiento como lo indica la indiferencia o la justificación por haber dañado, maltratado o robado a otros) predominaron las puntuaciones para ambivalencia, ningún participante los estableció como frecuente para el sexo femenino. Este resultado guarda relación con estudios desarrollados tanto en nuestro país como en el extranjero. Por ejemplo, Delgado y Rivero (2015) en investigaciones realizadas en el tema de masculinidad exponen la existencia de estereotipos de género tradicionales. De esta forma el género masculino se asocia con mayor frecuencia con la agresividad y la falta de remordimientos ante el haber dañado a otro (**criterios 6 y 7**). Por otra parte, estudios foráneos han descrito resultados similares, reportando que los hombres suelen asociarse con una mayor tendencia a la violación de las normas sociales en comparación con las mujeres (**criterio 1**) (Kimmel, 1997; Kaufman, 1987; Lara, 1993; Guardo, 2012).

Por su parte los ítems referidos a criterios del Trastorno Histriónico, mostraron elevadas puntuaciones para establecer como más frecuente el sexo femenino. Esto ocurrió especialmente para los **criterios 4** (Uso del aspecto físico para llamar la atención sobre su persona) en un 66,7 %, **6** (Autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional) en un 85,2%, **7** (Sugestionabilidad, ser fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias) en un 59,3% y **8** (Considerar las relaciones más íntimas de los que son en realidad) en el 70,4%. Estos últimos criterios (6, 7 y 8) no fueron reconocidos por los participantes como frecuentes en el sexo masculino, lo cual coincide con estereotipos tradicionales en tanto se conciben a las mujeres como más emotivas y con tendencia a la subjetividad (Guardo, 2012; OMS, 2004; Pérez et al., 2008). Únicamente el **criterio 5** (Forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices), presentó una mayor puntuación para el sexo masculino (40,7%).

Tampoco se encontraron variaciones significativas cuando las puntuaciones fueron comparadas con respecto al sexo de los participantes. En Ford & Widiger (1989), a pesar de contar con mayoría de participantes de sexo masculino se apreciaron resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio.

Con relación a los resultados obtenidos de las comparaciones de los primeros cuatro grupos del Experimento 3 se comprobó que el diagnóstico ofrecido por los especialistas, no estuvo influido por el sexo del caso presentado. Esto significa que los

especialistas tienden a realizar la presunción diagnóstica de acuerdo a la sintomatología del caso presentado más que por sexo del sujeto descrito.

Lo contrario sucedió en la investigación desarrollada por Crosby (2004), quien encontró resultados que aprobaban la *sex-role hypothesis*. En este estudio, se intentó identificar la presencia del sesgo mediante la manipulación de descripciones de casos y la evaluación de síntomas de forma independiente correspondientes al Trastorno Antisocial de Personalidad. Como resultados, se establecieron más diagnósticos de Trastorno Antisocial cuando este era presentado como hombre. Por el contrario cuando el caso era presentado como mujer se obtuvieron mayores puntuaciones para el Trastorno Límite de Personalidad. Este resultado pudo haber estado influido por las dificultades explícitas en el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad, como su solapamiento, comorbilidad, difícil conceptualización y operacionalización.

Los resultados encontrados en el Experimento 3, pudieran estar mediados en alguna medida, por el uso de casos prototípicos. Como señalan Hamilton, Rothbart & Dawes (1986), el efecto del sesgo de género será menor en tanto menos ambiguo sea el caso que se presente. En nuestro estudio las descripciones de casos mostrados a los especialistas (en los primeros cuatro grupos experimentales) presentaban una sintomatología evidente, de allí que fuera más predecible el diagnóstico de un trastorno u otro con independencia del sexo del paciente hipotético.

En el estudio conducido por Ford & Widiger (1989), ante casos con criterios balanceados (mixtos) el diagnóstico más frecuente fue el Trastorno Límite de Personalidad. En este sentido el diagnóstico emitido por los especialistas estuvo menos influenciado por el sexo que presentaba el caso. Por otra parte, en casos no ambiguos existió un predominio de diagnósticos de Trastorno Histriónico. Esto ocurrió con independencia del número de indicadores de Trastorno de Personalidad Antisocial que presentara el caso descrito con sexo femenino.

A diferencia del estudio antes descrito las puntuaciones para casos mixtos en el Experimento 3, correspondientes a los grupos 5 y 6, mostraron resultados que indican que, ante un caso de sexo masculino presentado con criterios tanto de un trastorno como del otro, los participantes tienden a diagnosticar (en su mayoría) Trastorno de Personalidad Antisocial. Sin embargo, no se hace referencia a un segundo posible diagnóstico de Trastorno Histriónico, aun cuando el sujeto presentara síntomas característicos de esta entidad. En cuanto al caso mixto con criterios femeninos, un 30%

de los especialistas diagnosticaron Trastorno Histriónico y un participante propuso este como segundo posible diagnóstico.

Aunque prevalecen en estos últimos casos los diagnósticos de Trastorno Antisocial, se puede observar una tendencia a considerar el Trastorno Histriónico cuando el sexo del caso es femenino. El hecho de que predominen los diagnósticos de Trastornos de Personalidad Antisocial, puede estar dado por el hecho de que las manifestaciones de dicho trastorno suelen considerarse como de mayor gravedad.

Como limitaciones de la investigación realizada se debe considerar el reducido tamaño de la muestra. Esta limitación parte de la escases de la matrícula de los estudiantes del curso diurno de la UCLV. Por criterios de los investigadores, solo podían incorporarse aquellos estudiantes que hubiesen vencido la asignatura Psicopatología General, en función garantizar la comprensión de la demanda. Por otro lado, los participantes especialistas, debían también cumplir determinados criterios para ser seleccionados lo cual, unido a características del contexto, limita la cantidad de la muestra. Se recomienda ampliar la muestra tanto de participantes inexpertos como de especialistas, en función de poder establecer otros análisis y enriquecer los resultados. Por supuesto la incorporación de nuevos participantes a los grupos, puede conferirle mayor validez estadística a los resultados obtenidos.

Otra de las limitaciones identificadas radica en el uso de casos prototípicos en el Experimento 3. La práctica clínica ha demostrado el solapamiento de los Trastornos de Personalidad, por lo que encontrar un caso que no presente algún grado de ambigüedad es casi imposible. El considerar grados de ambigüedad a la hora de elaborar los casos presentados puede aportar datos significativos con respecto al sesgo de género.

# Conclusiones

## CONCLUSIONES

- Se puede identificar la presencia del sesgo de género en el análisis los criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial, tal como lo muestran los resultados de los Experimentos 1, 2 y 4. Los criterios diagnósticos recogen un conjunto de conductas y características de personalidad desadaptativas y exageradas que en el primer caso son asociadas con más frecuencia a estereotipos de género femenino y en el segundo a estereotipos de género masculino.
- El sesgo de género en los criterios diagnósticos de estos Trastornos de Personalidad, se expresa tanto mediante la representación de estos en una descripción de caso, como individualmente, y se manifiesta con independencia del sexo del participante o de su experiencia en las funciones de diagnóstico.
- El sesgo de género tiende a ser más evidente para el Trastorno de Personalidad Antisocial que para el Histriónico.
- El sesgo de género en el propio ejercicio del diagnóstico, no se expresa ante la presencia de casos prototípicos. Ante casos con criterios mixtos de ambos trastornos, los especialistas tienden a diagnosticar trastorno de Personalidad Antisocial cuando el sujeto es descrito como masculino ignorando los criterios de Trastorno Histriónico. Cuando el sujeto es descrito como femenino, aun cuando predominan los diagnósticos de Trastorno Antisocial, un porcentaje de los especialistas tiende a diagnosticar Trastorno Histriónico e incluso a reconocer este como posible presunción diagnóstica.

# Recomendaciones

## RECOMENDACIONES

- Continuar la línea de investigación en función de profundizar en otros sesgos existentes en el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad.
- Profundizar en la presencia de los sesgos en los Trastornos de Personalidad Histriónico y Antisocial a partir de muestras más amplias y nuevos diseños metodológicos.
- Considerar en nuevas propuestas experimentales la posibilidad de valorar la ambigüedad de los casos como posible variable independiente.
- Profundizar en el estudio de nuevas variables que pudiesen mediar en el establecimiento del diagnóstico de los trastornos de personalidad, tales como el color de piel, procedencia y nivel de escolaridad del paciente.
- Extender el estudio de la problemática del sesgo de género a otros trastornos, así como su influencia no solo en la función de diagnóstico sino además al proceso psicoterapéutico.

# Referencias Bibliográficas

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhtar, S. (1992). *Broken structures. Severe personality disorders and their treatment.* New Jersey: Northwale.
- Alonso, A. (2007). Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. *Psicología.com*, 11(1).
- Aluja, A. y Torrubia, T. (1996). Componentes psicológicos de la personalidad antisocial en delincuentes: Búsqueda de sensaciones y susceptibilidad a las señales de premio y castigo. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 23 (2), 47-56.
- Álvarez, M. (2015). Masculinidad y feminidad en Cuba. En Rivero, R. (comp.). *Masculinidades y Paternidades en Cuba.* La Habana: Cenesex.
- Anderson, K., Sankis, L. & Widiger, T. (2001). Pathology versus statistical infrequency: Potencial Sources of Gender Bias in Personality Disorders Criteria. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (10).
- APA. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed). Madrid: Masson.
- Baca, E. y Oquendo, A. (2009). Diagnóstico y Clasificación en psiquiatría. En *Manual de Psiquiatría.* Madrid: Diapasón.
- Beck, A.T., Freeman, A. y Davis, D.D. (2005). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad* (2ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Benjamin, J. et al. (2003). Neither antisocial personality disorders for antisocial alcoholism is associated with the MAO-A gene in Han Chinese males. *Clinical & Experimental Res*, 27 (6), 889-893.
- Berrios, G. (2008). Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 35, 113-127.
- Biaggio, M., Rodes, L., Staffelbach, D., Cardinali, J. & Duffy, R. (2000). Clinical Evaluations: Impact of Sexual Orientation, Gender, and Gender Role. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (8), 1657-1669.

- Blashfield, R. K., Sprock, J., & Fuller, K. (1990). Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 15-19.
- Bonino, L. (1992). Accidentes de tráfico. Asignatura pendiente en Salud Mental. Trabajo presentado en el encuentro Hispano Argentino Prevención en Salud Mental. Santiago de Compostela.
- Cale, E. & Lilienfeld, S. (2002). Histrionic Personality Disorder and Antisocial Personality Disorder: Sex-Differentiated manifestations of psychopathy? *Journal of Personality Disorders*, 16 (1), 52-72.
- Cale, E. & Lilienfeld, S. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder. A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22, 1179-1207.
- Camacho, J.M. (2006). Los diagnósticos y el DSM-IV. Evaluación Multiaxial. Recuperado de:  
[https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.39.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.39.pdf)
- Caplan, P. (1987). The psychiatric association's failure to meet its own standards: The dangers of self-defeating personality disorder as a category. *Journal of Personality Disorders*, 178-182.
- Caplan, P. J. (1991). How do they decide who is normal? The bizarre, but true, tale of the DSM process. *Canadian Psychology*, 3, 162-170.
- Castro, H. (1992). Semiología y clínica de las alteraciones de la personalidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Colectivo de Autores. (2010). Residente en psiquiatría. Madrid: Diapasón.
- Cook, R.J. & Cusack, S. (2009). Gender stereotyping: Transnational Legal Perspectives. University of Pennsylvania Press.
- Cova, F. y Rincón, P. (2010). Tensiones del modelo vigente de conceptualización de los trastornos mentales. *Praxis*, 17 (11-12).
- Crosby, J. & Sprock, J. (2004). Effect of Patient Sex, and sex role on the Diagnosis of Antisocial Personality Disorder: Models of Underpathologizing and overpathologizing biases. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (6), 583-604.

- Davison, G. y Neale, J. (2003). *Psicología de la conducta anormal*. Mexico DF: Limusa Wiley.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90.
- Echeverry, J., Escobar, F., Martínez, J.W., Garzón, A. y Gómez, D. (2002). Trastorno de Personalidad Antisocial en condenados por homicidio en Pereira, Colombia. *Investigación en Salud*, 4 (2).
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los Trastornos de Personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr* 39 (1), 1-11.
- Faludi, S. (1992). *Backlash. The undeclared war against American women*. New York: Crown.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20 (2),193-198.
- Fernández, R. (1981). *Psicodiagnóstico. Concepto y Metodología*. Bogotá: Cincel.
- Flanagan, E. & Blashfield, R. (2003). Gender bias in the diagnosis of personality disorders: the role of base rates and social stereotypes.
- Ford, M. & Widiger, T. (1989). Sex Bias in the Diagnosis of Histrionic and Antisocial Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 301-305.
- Freedman, A., Kaplan, H. & Sadock, B. (1984). *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Revolucionaria.
- Funtowicz, M. & Widiger, A. (1995). Sex Bias in the Diagnosis of Personality Disorders a Different Approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17 (2).
- Gaviria, S. y Alarcón, D. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*,39 (2), 389-404.
- Gergen, K. (1996). Las consecuencias culturales del discurso del déficit. En *Realidades y relaciones* (183-207). Buenos Aires: Paidós.

- González, J.C. y Fernández, D.A. (2009). Masculinidad y violencia: aproximaciones desde el universo del deporte. *Educación, Curativa*. 35, 123-136.
- González, H. y Pérez, M. (2007). La invención de los Trastornos Mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente? .Madrid: Alianza Editorial.
- Guardo, L. (2012). Percepción de las relaciones de género entre adolescentes: Trasmisión de estereotipos y mitos de amor. (Tesis de Maestría). Universidad de Salamanca. España.
- Gutiérrez, M.G., Peña, L., Santiuste, M., García, D., Ochotorena, M.M., San Eustaquio, F., Cánovas, M. (s.f). Comparación de los Sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Revisión, 220-222.
- Horwitz, A. & Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Jiménez, F., De Diego, R. y Sánchez, G. (2015). Personalidad antisocial y peritación psicológica. Recuperado de:  
<https://www.researchgate.net/publication/39696137>
- Kaplan, M. (1983). A woman's view of DSM-III. *American Psychologist*, 38, 786–792.
- Kaplan, M. (1983). The issue of sex bias in DSM-III. *American Psychologist*, 38, 802-803.
- Kass, F., Spitzer, R., & Williams, J. (1983). An empirical study of the issue of sex bias in the diagnostic criteria of DSM-III Axis II personality disorders. *American Psychologist*, 38, 799–801.
- Kaufman, M. (1987). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres.
- Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En Valdés, T. y Olavarria, J. (eds.). *Masculinidad/es. Poder y Crisis* (49-62).Chile: FLACSO.
- Koch, J.L.A. (1891). *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten*, Dorn: Ravensburg.
- Kraepelin, E. (1905). *Lectures on Clinical Psychiatry*(2nd ed.).Traducción de T. Johnstone, London: Baillière Tindall & Co.

- Kretschmer, E. (1922). *Körperbau und Charkter*, Berlin: Springer.
- Lagarde, M. (1994). Identidad Femenina. En *Género e Identidad*. Quito: FUDETECO.
- Landrine, H. (1989). The politics of personality disorder. *Psychology of Women Quarterly*, 13, 325-339.
- Lara, M.A. (1993). *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. México: El manual moderno.
- León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Maffei, C., Fossai, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L. & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structures clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284.
- Martin, D. (2008). *Psicología Experimental: ¿Cómo hacer experimentos en psicología?*. México : Cengage Learning.
- Mirapeix, C. (2009). Trastornos de Personalidad. En Colectivo de Autores, *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Diapasón.
- Millon, T. (2000). *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Morel, B.A. (1852). *Traité theorique et pratique des maladies mentales*. Paris: Baillière.
- Morey, L. (1988). Personality disorders under DSM-III and DSM-III-R: an examination of convergence, coverage and actual consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573-577.
- Morey, L. & Ochoa, E. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180-192.
- Negredo, A. (2000). Estructua de personalidad y Trastornos de personalidad: Correlatos de los trastornos de personalidad definidos por clasificaciones por consenso. Madrid: La Laguna.
- OMS. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (10ma Ed.)*. Madrid: Meditor.

- OMS. (2004). En Fajardo, M.A y Germán, C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es&nrm=iso).
- Otero, A., Rabelo, V., Calzadilla, L., Duarte, F., Magriñat, J., Acosta, C. (2001). Tercer Glosario Cubano de psiquiatría. La Habana: Hospital Psiquiátrico.
- Pérez, C., Cárdenas, L.M., Rodríguez, G., Flores, A.G., Cervera, M.A., Pérez, M. (2008). Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de sensibilización en Perspectiva de Género. Instituto Jalisciense de las Mujeres. Jalisco.
- Pérez, E., González, A., Moreno, A., Ponte, N., Delgado, M. (1997). Personalidad Histórica: Una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 17 (62), 223-236.
- Philips, K. y Gunderson, J. (2000). Trastornos de Personalidad. En Hales, R., Yudofsky S., Talbott J. (comp.) DSM-IV Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson.
- Plakoyiannaki, E., Mathioudaki, K., Dimitratos, P. & Zotos, Y. (2008). Images of women in online advertisements of global products: Does sexism exist? *Journal of Business Ethics*, 1(12).
- Prichard, J.C. (1837). A treatise on insanity and other diseases affecting the mind. Philadelphia: Harwell, Barrington and Harwell.
- Pundik, J. (2010). El DSM: La Biblia del Totalitarismo. *Topía*, 59, 25-27.
- Quiroga, M. (2008). Personalidad antisocial: Conducta Homicida. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza.
- Regier, D., Kaelber, C., Rae, D., Farmer, M., Knauper, B., Kessler R. & Norquist, G. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Rienzi, B. & Scrams, D. (1991). Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychological Reports*, 69, 976-978.
- Ritchie, I. (1989). The little woman meets son of DSM III. *Journal of Medicine and Philosophy*, 14, 695-708.

- Rivas, H.E. (2005). ¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora. *Revista Estudios Sociales*, 13 (26), 27-66.
- Rivero, R. (2015). Formas históricas de masculinidades: una aproximación teórica. En *Masculinidades y paternidades en Cuba*. La Habana: Cenesex.
- Rosewater, L. (1987). A critical analysis of the proposed self-defeating personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 190-194.
- Roya-Vela, M., Aldas-Manzano, J., Küster, I. & Vila, N. (2008). Adaptation of marketing activities to cultural and social context: gender role portrayals and sexism in Spain commercials. *Sex Roles*, 58, 379-390.
- Sánchez, J. (2000). Trastornos de Personalidad. En Colectivo de Autores. Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo. Recuperado de:  
<http://200.10.68.58/bibvirtual/libros/manualpsiquiatra/presentacion.htm>
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8 (2), 163-173.
- Schneider, K. (1923). *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*. Berlin: Springer.
- Serrita, J., Oltmanns, T., South, S. & Turkheimer, E. (2007) Gender bias in the diagnostic criteria for personality disorders: An ítem response theory analysis. *Journal of abnormal Psychology*, 116 (1) 166-175.
- Sprock, J., Blashfield, R., & Smith, B. (1990). Gender weighting of DSM-III-R personality disorder criteria. *American Journal of Psychiatry*, 147, 586-590.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales: Estudios de Psicología Social*. Barcelona: Herder.
- Velandia, A. y Rozo, J. (2009). Estereotipos de género, sexismo y su relación con la psicología del consumidor. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 3 (1), 17-34.
- Walker, L. (1994). Are personality disorders gender biased? In S. A. Kirk, & S. D. Einbinder (Eds.). *Controversial issues in mental health* (22-29). New York: Allyn & Bacon.

- Walker, L. (1987). Inadequacies of the masochistic personality disorder diagnosis for women. *Journal of Personality Disorders*, 183-188.
- Warner, R. (1978). The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 839-845.
- Widiger, T. (1998). Invited Essay: Sex Biases in the Diagnosis of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12 (2) 95-118.
- Widiger, T., Corbitt, E., & Funtowicz, M. (1994). Are the DSM-III-R personality disorders sex biased? In S. A. Kirk, & S. D. Einbinder (Eds.), *Controversial issues in mental health (32-37)*. New York: Allyn & Bacon.
- Widiger, T., Frances, A. & Trull, T. (1987) Apsychometric analisis of the social-interpersonal and cognitive-perceptual ítems for the schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 44, 741-745.
- Widiger, T., & Spitzer, R. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 11, 1-22.
- Williams, J. (2000). Clasificación psiquiátrica. En Hales, R.; Yudofsky S.; Talbott J. (comp.) *DSM-IV Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.

# Anexos

## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Descripción de caso 01. (Experimento 1. Participantes Inexpertos)**

Nombre: 001

Edad: 20 años de edad.

Paciente sin antecedentes de salud mental y con adecuado desarrollo evolutivo. Presenta dificultades para adaptarse a la escuela, aunque vence los objetivos académicos de la enseñanza primaria. Proviene de una familia disfuncional conformada por la madre, padre y hermano menor. Padre alcohólico y violento. En casa predominan los conflictos entre el padre y la madre. No se refieren antecedentes patológicos personales, abuelo materno con cardiopatía y padre presunto alcohólico.

A los 14 años se inicia un proceso para su traslado a la escuela de conducta por presentar discusiones y peleas frecuentes con estudiantes y profesores, así como robo, violencia física y desinterés manifiesto a las demandas estudiantiles, además de importantes afectaciones en el rendimiento académico, desde su ingreso a la secundaria, aunque no hay evidencia de deterioro intelectual. Desde edades tempranas manifiesta agresividad, episodios de ira, pobre control de impulsos, frecuentes mentiras, manipulación, de forma persistente. Este comportamiento se manifiesta en todas las áreas de actuación, ya sea en la familia, la escuela, la comunidad. Presenta dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas por su carácter, y se presume su implicación con hechos de estafas. Actualmente se encuentra sin vínculo laboral y se ausenta de casa de sus padres durante días, sin ofrecer explicaciones a estos.

## **Anexo 2: Descripción de caso 02. (Experimento 1. Participantes Inexpertos)**

Nombre: 002

Edad: 21 años.

Paciente con antecedentes de atención psiquiátrica, a los 18 años se le diagnostica un episodio depresivo breve, tras un intento suicida, producto de la ruptura con su antigua

relación de pareja. Adecuado desarrollo evolutivo, adquisición adecuada del lenguaje y la motricidad. Antecedentes patológicos personales no referidos, y antecedentes de hipertensión arterial (abuela paterna) y esquizofrenia (tía por línea materna). En la etapa escolar se refiere buena adaptación a la escuela, implicándose de forma activa en las actividades escolares, ocupando cargos de jefatura del colectivo en 5to y 6to grado. Rendimiento académico promedio.

Durante su adolescencia continúa ocupando cargos de dirección estudiantil. Mantiene adecuadas relaciones con estudiantes y profesores. Proveniente de una familia nuclear con tendencia a la funcionalidad, convive con su madre y padre, y producto de un embarazo deseado y planificado. Condiciones de vida adecuadas (media alta). Se distinguen como rasgos de personalidad la sociabilidad, extroversión, extravagancia, amabilidad, es altamente sugestionable y existe preocupación excesiva por el aspecto físico, la ropa, el peinado.

Presenta dificultades en las relaciones interpersonales, caracterizadas por la inestabilidad, el constante cambio de lealtades y formación de nuevas coaliciones. Tiende a considerar a sus relaciones más íntimas de lo que en realidad son, idealizando a sus parejas. Presenta una expresión emocional superficial y exagerada con tendencia a la dramatización. Se comprueba la constante necesidad de aprobación, atención y reconocimiento por parte de los demás, declarando que no siente comodidad en situaciones en las que no es centro de atención.

### **Anexo 3: Cuestionario 1. (Experimento 1. Participantes Inexpertos)**

Por favor se le pide que ubique al sujeto descrito con anterioridad en cada una de las categorías a las que usted cree que pertenece, por favor no tome mucho tiempo para pensar, no existen respuestas correctas o incorrectas. Gracias.

(A)-Nivel Socioeconómico:

1. \_\_\_ Clase baja.
2. \_\_\_ Clase media.
3. \_\_\_ Clase Alta.
4. \_\_\_ No se atreve a decir.

(B)-Grado de escolaridad:

1. \_\_\_ 6to grado.
2. \_\_\_ 9no grado.
3. \_\_\_ 12vo grado.
4. \_\_\_ Universitario.
5. \_\_\_ Técnico medio.
6. \_\_\_ Obrero calificado.
7. \_\_\_ No se atreve a decir.

(C)-Sexo:

1. \_\_\_ Masculino.
2. \_\_\_ Femenino.
3. \_\_\_ No se atreve a decir.

(D)-Color de piel:

1. \_\_\_ Blanca.
2. \_\_\_ Negra.
3. \_\_\_ Mestizo.
4. \_\_\_ No se atreve a decir.

(E)-Procedencia:

1. \_\_\_ Urbana.
2. \_\_\_ Rural.
3. \_\_\_ No se atreve a decir.

**Anexo 4: Criterios diagnósticos. (Experimento 2. Participantes Inexpertos)**

Por favor en el espacio que se le brinda a continuación nos gustaría que describiera un caso ficticio que concuerde con los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Antisocial. Como ayuda le brindamos los criterios diagnósticos para este trastorno tomados del DSM-IV:

Criterios Diagnósticos:

- A) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican 3 o más de los siguientes ítems:
- 1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
  - 2) Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
  - 3) Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
  - 4) Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
  - 5) Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
  - 6) Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
  - 7) Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
- B) El sujeto tiene al menos 18 años.
- C) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- D) El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

*Sobre el caso descrito precise:*

1. Nombre (o pseudónimo).
2. Sexo.
3. Edad.
4. Color de piel.
5. Procedencia.

*Gracias.*

**Anexo 5: Criterios Diagnósticos. (Experimento 2. Participantes Inexpertos)**

Por favor en el espacio que se le brinda a continuación nos gustaría que describiera un caso ficticio que concuerde con los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Histriónico. Como ayuda le brindamos los criterios diagnósticos para este trastorno tomados del DSM-IV:

Criterios Diagnósticos:

- E) Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican 5 o más de los siguientes ítems:
- 1) Incomodidad en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
  - 2) Interacción con los demás caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
  - 3) Expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
  - 4) Uso del aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
  - 5) Forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
  - 6) Autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
  - 7) Sugestionabilidad, ser fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
  - 8) Considerar las relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

*Sobre el caso descrito precise:*

6. Nombre (o pseudónimo).
7. Sexo.
8. Edad.
9. Color de piel.
10. Procedencia.

*Gracias.*

**Anexo 6: Cuestionario Inicial. (Especialistas)**

Cuestionario Inicial

Código: \_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Sexo:

- A) \_\_\_ Masculino
- B) \_\_\_ Femenino.

Color de piel:

- A) \_\_\_ Blanca.
- B) \_\_\_ Negra.
- C) \_\_\_ Mestizo.

Años de graduado: \_\_\_

Orientación Teórica:

- A) \_\_\_ Conductista.
- B) \_\_\_ Psicoanalista.
- C) \_\_\_ Histórico-Cultural.
- D) \_\_\_ Ecléctica.
- E) \_\_\_ Otra, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Centro universitario de egreso:

- A) \_\_\_ Universidad de Oriente.
- B) \_\_\_ Universidad Central de las Villas (UCLV)
- C) \_\_\_ Universidad de la Habana (UH)
- D) \_\_\_ Otras. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Curso:

- A) \_\_\_ Curso Regular Diurno.
- B) \_\_\_ Curso por Encuentros.

Años de experiencia en el área clínica: \_\_\_

Grado científico: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha tomado usted algún curso de posgrado que se relacione con la psicología clínica, la psicopatología o la psicoterapia? Por favor especifique cual.

---

2. Nivel de atención en el que se incluye su centro de trabajo:

- A) \_\_\_ Primario.
- B) \_\_\_ Secundario.
- C) \_\_\_ Terciario.

3. ¿Realiza o ha realizado labor docente relacionada con la psicopatología, diagnóstico clínico entre otras? Especifique en que asignaturas ha impartido clases:

---

4. ¿Con qué manual clasificatorio se encuentra usted mayormente familiarizado?

- A) \_\_\_ CIE-9 (Clasificador internacional de Enfermedades. Novena edición)
- B) \_\_\_ CIE-9 Revisado.
- C) \_\_\_ CIE-10.
- D) \_\_\_ CIE-10 Revisado.
- E) \_\_\_ DSM-III (Manual Diagnóstico Estadístico. Tercera Edición)
- F) \_\_\_ DSM-III Revisado.
- G) \_\_\_ DSM-IV. (Cuarta edición)
- H) \_\_\_ DSM-IV Revisado.
- I) \_\_\_ DSM- V. (Quinta edición)

Si por cuestiones institucionales está usted obligado a trabajar con un clasificatorio que no es exactamente con el que mayor familiarización tiene, nos gustaría que lo especificara:

---

5. ¿Utiliza usted en su práctica diagnóstica el diagnóstico multiaxial?

- A) \_\_\_ SI.
- B) \_\_\_ NO.

### **Anexo 7: Descripción de caso 1. (Experimento 3. Especialistas)**

Nombre: Alfredo.

Sexo: Masculino.

Edad: 20 años de edad.

Joven masculino que no presenta antecedentes de salud mental y con adecuado desarrollo evolutivo. Presenta dificultades para adaptarse a la escuela, aunque vence los objetivos académicos de la enseñanza primaria. Proviene de una familia disfuncional conformada por la madre, padre y hermano menor. Padre alcohólico y violento. En casa predominan los conflictos entre el padre y la madre. No se refieren antecedentes patológicos personales, abuelo materno con cardiopatía y padre presunto alcohólico.

A los 14 años se le inicia un proceso para trasladarlo a la escuela de conducta por presentar discusiones y peleas frecuentes con estudiantes y profesores, así como robo, violencia física y desinterés manifiesto a las demandas estudiantiles, además de importantes afectaciones en el rendimiento académico, desde su ingreso a la secundaria, aunque no hay evidencia de deterioro intelectual.

Desde edades tempranas se manifiesta agresivo, con episodios de ira, pobre control de impulsos, frecuentes mentiras, manipulador, de forma persistente. Este comportamiento se manifiesta en todas las áreas de actuación, ya sea en la familia, la escuela, la comunidad. Presenta dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas por su carácter, y se presume que esté implicado con hechos de estafas. Actualmente se encuentra desvinculado laboralmente y se ausenta de casa de sus padres durante días, sin ofrecer explicaciones a estos.

### **Anexo 8: Descripción de caso 3. (Experimento 3. Especialistas)**

Nombre: Victor.

Sexo: Masculino.

Edad: 21 años.

Joven con antecedentes de atención psiquiátrica, a los 18 años fue diagnosticado con un episodio depresivo breve, tras un intento suicida, producto de la ruptura con su antigua novia. Adecuado desarrollo evolutivo, adquisición adecuada del lenguaje y la motricidad. Antecedentes patológicos personales no referidos, y antecedentes de hipertensión arterial (abuela paterna) y esquizofrenia (tía por línea materna). En la etapa escolar se refiere buena adaptación a la escuela. Se describe como un alumno destacado, implicándose de forma activa en las actividades escolares, ocupando cargos como jefe de colectivo en 5to y 6to grado. Alumno con rendimiento académico promedio. Durante su adolescencia continúa ocupando cargos de dirección estudiantil. Mantiene adecuadas relaciones con estudiantes y profesores.

Proveniente de una familia nuclear con tendencia a la funcionalidad, convive con su madre y padre, y producto de un embarazo deseado y planificado. Condiciones de vida adecuadas (media alta). Es un joven sociable, extrovertido, extravagante, amable, altamente sugestionable y existe preocupación excesiva por el aspecto físico, la ropa, el peinado, somatotipo atlético.

El paciente presenta dificultades en las relaciones interpersonales, caracterizadas por la inestabilidad, el constante cambio de lealtades y formación de nuevas coaliciones. Tiende a considerar a sus relaciones más íntimas de lo que en realidad son, idealizando a sus parejas. Presenta una expresión emocional superficial y exagerada con tendencia a la dramatización. Se comprueba la constante necesidad de aprobación, atención y reconocimiento por parte de los demás, declarando que no se siente cómodo en situaciones en las que no es centro de atención.

### **Anexo 9: Descripción de caso 2. (Experimento 3. Especialistas)**

Nombre: Annie.

Sexo: Femenino.

Edad: 20 años de edad.

Joven femenina que no presenta antecedentes de salud mental y con adecuado desarrollo evolutivo. Presenta dificultades para adaptarse a la escuela, aunque vence los objetivos académicos de la enseñanza primaria. Proviene de una familia disfuncional conformada por la madre, padre y hermano menor. Padre alcohólico y violento. En casa predominan los conflictos entre el padre y la madre. No se refieren antecedentes patológicos personales, abuelo materno con cardiopatía y padre presunto alcohólico.

A los 14 años se le inicia un proceso para trasladarla a la escuela de conducta por presentar discusiones y peleas frecuentes con estudiantes y profesores, así como robo, violencia física y desinterés manifiesto a las demandas estudiantiles, además de importantes afectaciones en el rendimiento académico, desde su ingreso a la secundaria, aunque no hay evidencia de deterioro intelectual.

Desde edades tempranas se manifiesta agresiva, con episodios de ira, pobre control de impulsos, frecuentes mentiras, manipuladora, de forma persistente. Este comportamiento se manifiesta en todas las áreas de actuación, ya sea en la familia, la escuela, la comunidad. Presenta dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas por su carácter, y se presume que esté implicada con hechos de estafas. Actualmente se encuentra desvinculada laboralmente y se ausenta de casa de sus padres durante días, sin ofrecer explicaciones a estos.

#### **Anexo 10: Descripción de caso 4. (Experimento 3. Especialistas)**

Nombre: Jenny

Sexo: Femenino.

Edad: 21 años.

Joven femenina con antecedentes de atención psiquiátrica, a los 18 años fue diagnosticada con un episodio depresivo breve, tras un intento suicida, producto de la ruptura con su antiguo novio. Adecuado desarrollo evolutivo, adquisición adecuada del lenguaje y la motricidad. Antecedentes patológicos personales no referidos, y antecedentes de hipertensión arterial (abuela paterna) y esquizofrenia (tía por línea materna). En la etapa escolar se refiere buena adaptación a la escuela. Se describe como una alumna destacada, implicándose de forma activa en las actividades escolares, ocupando cargos como jefa de colectivo en 5to y 6to grado. Alumna con rendimiento académico promedio. Durante su adolescencia continúa ocupando cargos de dirección estudiantil. Mantiene adecuadas relaciones con estudiantes y profesores.

Proveniente de una familia nuclear con tendencia a la funcionalidad, convive con su madre y padre, y producto de un embarazo deseado y planificado. Condiciones de vida adecuadas (media alta). Es una joven sociable, extrovertida, extravagante, amable, altamente sugestionable y existe preocupación excesiva por el aspecto físico, la ropa, el peinado, el maquillaje.

La paciente presenta dificultades en las relaciones interpersonales, caracterizadas por la inestabilidad, el constante cambio de lealtades y formación de nuevas coaliciones. Tiende a considerar a sus relaciones más íntimas de lo que en realidad son, idealizando a sus parejas. Presenta una expresión emocional superficial y exagerada con tendencia a la dramatización. Se comprueba la constante necesidad de aprobación, atención y reconocimiento por parte de los demás, declarando que no se siente cómoda en situaciones en las que no es centro de atención.

### **Anexo 11: Caso Mixto 5. (Experimento 3. Especialistas)**

Nombre: Roberto.

Sexo: Masculino.

Edad: 24 años.

Joven de sexo masculino con salud mental anterior. Adecuado desarrollo evolutivo, adquisición adecuada del lenguaje y la motricidad. Antecedentes patológicos personales no referidos, y antecedentes de hipertensión arterial (abuela paterna) y demencia (tía por línea materna).

Proviene de una familia disfuncional conformada por la madre, padre y hermano menor. Padre alcohólico y violento. En casa predominan los conflictos entre el padre y la madre. No se refieren antecedentes patológicos personales, abuelo materno con cardiopatía y padre presunto alcohólico. A los 14 años se le inicia un proceso para trasladarlo a la escuela de conducta por presentar discusiones y peleas frecuentes con profesores, así como robo, y desinterés manifiesto a las demandas estudiantiles, además de importantes afectaciones en el rendimiento académico desde su ingreso a la secundaria, aunque no hay evidencia de deterioro intelectual.

Es un joven, extrovertido, extravagante, altamente sugestionable y existe preocupación excesiva por el aspecto físico. El paciente presenta dificultades en las relaciones interpersonales, caracterizadas por la inestabilidad, el constante cambio de lealtades y formación de nuevas coaliciones. Desde edades tempranas se manifiesta agresivo, con episodios de ira, pobre control de impulsos, frecuentes mentiras, manipulador, de forma persistente. Presenta una expresión emocional superficial, cambiante y exagerada con tendencia a la dramatización. Actualmente se encuentra desvinculado laboralmente y se ausenta de casa de sus padres durante días, sin ofrecer explicaciones a estos.

## **Anexo 12: Caso Mixto 6. (Experimento 3. Especialistas)**

Nombre: Roxana.

Sexo: Femenino.

Edad: 24 años.

Joven de sexo femenino con salud mental anterior. Adecuado desarrollo evolutivo, adquisición adecuada del lenguaje y la motricidad. Antecedentes patológicos personales no referidos, y antecedentes de hipertensión arterial (abuela paterna) y demencia (tía por línea materna).

Proviene de una familia disfuncional conformada por la madre, padre y hermano menor. Padre alcohólico y violento. En casa predominan los conflictos entre el padre y la madre. No se refieren antecedentes patológicos personales, abuelo materno con cardiopatía y padre presunto alcohólico. A los 14 años se le inicia un proceso para trasladarla a la escuela de conducta por presentar discusiones y peleas frecuentes con profesores, así como robo, y desinterés manifiesto a las demandas estudiantiles, además de importantes afectaciones en el rendimiento académico, desde su ingreso a la secundaria, aunque no hay evidencia de deterioro intelectual.

Es una joven, extrovertida, extravagante, altamente sugestionable y existe preocupación excesiva por el aspecto físico. La paciente presenta dificultades en las relaciones interpersonales, caracterizadas por la inestabilidad, el constante cambio de lealtades y formación de nuevas coaliciones. Desde edades tempranas se manifiesta agresiva, con episodios de ira, pobre control de impulsos, frecuentes mentiras, manipuladora, de forma persistente. Presenta una expresión emocional superficial, cambiante y exagerada con tendencia a la dramatización. Actualmente se encuentra desvinculada laboralmente y se ausenta de casa de sus padres durante días, sin ofrecer explicaciones a estos.

### **Anexo 13: Cuestionario de Impresión Diagnóstica. (Experimento 3. Especialistas)**

Por favor seleccione de la siguiente lista de trastornos mentales aquel que se ajuste más en su consideración al caso descrito. En caso de no encontrar en la lista la presunción diagnóstica con la que concuerda, puede referirla en el espacio que se le brinda debajo.

De igual forma, si considera pertinente marcar más de uno, nos gustaría que lo hiciera dejando claro el orden jerárquico considerando 1 su impresión primaria.

Gracias por su colaboración.

- A) \_\_\_ Trastorno Dependiente de Personalidad.
- B) \_\_\_ Trastorno Paranoide de Personalidad.
- C) \_\_\_ Trastorno Histriónico de Personalidad.
- D) \_\_\_ Trastorno Límite de Personalidad.
- E) \_\_\_ Trastorno Esquizoide de Personalidad.
- F) \_\_\_ Trastorno Mixto de Ansiedad Depresión.
- G) \_\_\_ Trastorno Antisocial de Personalidad.
- H) \_\_\_ Trastorno Depresivo Recurrente.

Otro: \_\_\_\_\_

**Anexo 14: Cuestionario de Conductas. (Experimento 4. Especialistas y Participantes Inexpertos.)**

**A continuación, se le ofrecen una serie de conductas que son más frecuentes en hombres, y otras que son más frecuentes en mujeres. Le pedimos que marque en la casilla correspondiente, si usted considera que dicha conducta es más frecuente en el sexo Femenino (F), Masculino (M), o le genera Ambivalencia (A). Le pedimos que no se tome mucho tiempo para pensar, no hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias.**

Conductas	Sexo
Interacción con los demás caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.	
Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.	
Incomodidad en las situaciones en las que no es el centro de la atención.	
Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.	
Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.	
Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.	
Forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.	
Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.	
Expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.	
Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.	
Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.	
Sugestionabilidad, ser fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias	
Autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.	
Uso del aspecto físico para llamar la atención sobre su persona.	
Considerar las relaciones más íntimas de lo que son en realidad.	

**Anexo 15: Consentimiento informado.**

He sido informado de los objetivos y particularidades de la investigación que se encuentra desarrollando la carrera de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, relacionada con el diagnóstico psicopatológico. He sido invitado a participar como especialista en dicha investigación para lo cual tengo conocimiento que deberé contestar una serie de técnicas garantizándose la confidencialidad de mis respuestas. De igual manera, se me ha explicado que tengo el derecho de no continuar en la investigación si así fuese mi voluntad. Adicionalmente se me ha informado que los investigadores podrán publicar los resultados derivados del estudio, siempre y cuando no se revelen indicios de mi identidad bajo ningún concepto. En caso de dudas adicionales se me ha ofrecido el número de teléfono 42 281363 (Departamento de Psicología/UCLV) para realizar las consultas o verificar los objetivos del estudio.

\_\_\_\_\_

Firma del Participante Firma del Investigador

## Anexo 16: Comparación grados de escolaridad G1XG2. Experimento1.

**Grado de Escolaridad Grupo1**

	Grado de Escolaridad				Total
	Sexto Grado	Noveno Grado	Técnico Medio	Obrero Calificado	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.	2	5	2	1	10
Recuento	20,0%	50,0%	20,0%	10,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental					

**Grado de Escolaridad Grupo 2**

	Grado de Escolaridad					Total
	Noveno Grado	Doce Grado	Universitario	Técnico Medio	No se atreve a decir	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Histriónico	2	5	1	1	1	10
Recuento	20,0%	50,0%	10,0%	10,0%	10,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental						

## Anexo 17: Comparación color de piel G1XG2. Experimento 1

### Color de Piel Grupo 1

	Color de Piel			Total
	Blanca	Negra	Mestizo	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.	5	2	3	10
Recuento	50,0%	20,0%	30,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental				

### Color de Piel Grupo 2

	Color de Piel			Total
	Blanca	Mestizo	No se atreve a decir	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Histriónico	6	1	3	10
Recuento	60,0%	10,0%	30,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental				

## Anexo 18: Comparación Nivel Socioeconómico G1XG2. Experimento 1

**Nivel Socioeconómico Grupo1**

	Nivel Socioeconómico			Total
	Clase Baja	Clase Media	No se atreve a decir.	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.	5	3	2	10
Recuento	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental				

**Nivel Socioeconómico Grupo 2**

	Nivel Socioeconómico		Total
	Clase Media	Clase Alta	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Histriónico	7	3	10
Recuento	70,0%	30,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental			

## Anexo 19: Comparación Procedencia G1XG2. Experimento 1

### Procedencia Grupo 1

	Procedencia			Total
	Urbana	Rural	No se atreve a decir	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.	8	1	1	10
Recuento	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental				

### Procedencia Grupo 2

	Procedencia		Total
	Urbana	No se atreve a decir	
Descripción de caso con Trastorno de Personalidad Histriónico	9	1	10
Recuento	90,0%	10,0%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental			

## Anexo 20: Comparación Color de piel G1XG2. Experimento 2

**Color de Piel Grupo 1**

	Color de Piel			Total
	Blanca	Negra	Mestizo	
Elaboración de un caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.	6	4	1	11
Recuento	54,5%	36,4%	9,1%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental				

**Color de Piel Grupo 2**

	Color de Piel		Total
	Blanca	No se especifica	
Elaboración de un caso con Trastorno de Personalidad Histriónico	11	1	12
Recuento	91,7%	8,3%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental			

## Anexo 21: Comparación Procedencia G1 X G2.

### Procedencia Grupo 1

	Procedencia			Total
	Urbana	Rural	No se especifica.	
Elaboración de un caso con Trastorno de Personalidad Antisocial.	8	1	2	11
Recuento	72,7%	9,1%	18,2%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental				

### Procedencia Grupo 2

	Procedencia			Total
	Urbana	Rural	No se especifica.	
Elaboración de un caso con Trastorno de Personalidad Histriónico	8	2	2	12
Recuento	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
% dentro de Grupo Experimental				

**Anexo 22: Contingencias del Experimento 4. Relación Sexo del Participante X Criterio. Participantes ingenuos. Criterios de Antisocial.**

**Criterio 1 Antisocial**

		Fracaso para adaptarse a normas sociales			Total
		Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Masculino	Recuento 1	Recuento 1	Recuento 0	Recuento 2
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante 50,0%	% dentro de Sexo del Participante 50,0%	% dentro de Sexo del Participante 0,0%	% dentro de Sexo del Participante 100,0%
Sexo del Participante	Masculino	Recuento 8	Recuento 0	Recuento 1	Recuento 9
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante 88,9%	% dentro de Sexo del Participante 0,0%	% dentro de Sexo del Participante 11,1%	% dentro de Sexo del Participante 100,0%
Total	Masculino	Recuento 9	Recuento 1	Recuento 1	Recuento 11
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante 81,8%	% dentro de Sexo del Participante 9,1%	% dentro de Sexo del Participante 9,1%	% dentro de Sexo del Participante 100,0%

**Criterio 2 antisocial**

		Deshonestidad			Total
		Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Masculino	Recuento 1	Recuento 1	Recuento 0	Recuento 2
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante 50,0%	% dentro de Sexo del Participante 50,0%	% dentro de Sexo del Participante 0,0%	% dentro de Sexo del Participante 100,0%
Sexo del Participante	Masculino	Recuento 5	Recuento 1	Recuento 3	Recuento 9
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante 55,6%	% dentro de Sexo del Participante 11,1%	% dentro de Sexo del Participante 33,3%	% dentro de Sexo del Participante 100,0%
Total	Masculino	Recuento 6	Recuento 2	Recuento 3	Recuento 11
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante 54,5%	% dentro de Sexo del Participante 18,2%	% dentro de Sexo del Participante 27,3%	% dentro de Sexo del Participante 100,0%

**Criterio 3 Antisocial**

		Impulsividad			Total
		Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento	1	1	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Recuento	6	0	3	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
Total	Recuento	7	1	3	11
	% dentro de Sexo del Participante	63,6%	9,1%	27,3%	100,0%

**Criterio 4 Antisocial**

		Irritabilidad y Agresividad	Total
		Masculino	
Sexo del Participante	Recuento	2	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante	100,0%	100,0%
	Recuento	9	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante	100,0%	100,0%
Total	Recuento	11	11
	% dentro de Sexo del Participante	100,0%	100,0%

**Criterio 5 Antisocial**

			Despreocupación imprudente			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento		2	0	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante		100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Sexo del Participante	Recuento		6	1	2	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante		66,7%	11,1%	22,2%	100,0%
Total	Recuento		8	1	2	11
	% dentro de Sexo del Participante		72,7%	9,1%	18,2%	100,0%

**Criterio 6 Antisocial**

			Irresponsabilidad			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento		1	1	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante		50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Sexo del Participante	Recuento		4	0	5	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante		44,4%	0,0%	55,6%	100,0%
Total	Recuento		5	1	5	11
	% dentro de Sexo del Participante		45,5%	9,1%	45,5%	100,0%

**Criterio 7 Antisocial**

			Falta de Remordimientos		Total
			Masculino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Masculino	Recuento % dentro de Sexo del Participante	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Femenino	Recuento % dentro de Sexo del Participante	4 44,4%	5 55,6%	9 100,0%
Total		Recuento % dentro de Sexo del Participante	5 45,5%	6 54,5%	11 100,0%

**Anexo 23: Contingencias del Experimento 4. Relación Sexo del Participante X Criterio. Participantes ingenuos. Criterios de Histriónico.**

**Criterio 1 Histriónico**

		Incomodidad			Total
		Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento	2	0	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Recuento	0	8	1	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
Total	Recuento	2	8	1	11
	% dentro de Sexo del Participante	18,2%	72,7%	9,1%	100,0%

**Criterio 2 Histriónico**

		Interacción con los demás			Total
		Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento	1	1	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Recuento	1	7	1	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante	11,1%	77,8%	11,1%	100,0%
Total	Recuento	2	8	1	11
	% dentro de Sexo del Participante	18,2%	72,7%	9,1%	100,0%

**Criterio 3 Histriónico**

		Expresión Emocional			Total
		Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento	0	2	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Sexo del Participante	Recuento	2	5	2	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante	22,2%	55,6%	22,2%	100,0%
Total	Recuento	2	7	2	11
	% dentro de Sexo del Participante	18,2%	63,6%	18,2%	100,0%

**Criterio 4 Histriónico**

		Uso del aspecto físico			Total
		Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento	0	2	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Sexo del Participante	Recuento	1	6	2	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante	11,1%	66,7%	22,2%	100,0%
Total	Recuento	1	8	2	11
	% dentro de Sexo del Participante	9,1%	72,7%	18,2%	100,0%

**Criterio 5 Histriónico**

			Forma de hablar			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante	Recuento		1	1	0	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante		50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Sexo del Participante	Recuento		5	2	2	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante		55,6%	22,2%	22,2%	100,0%
Total	Recuento		6	3	2	11
	% dentro de Sexo del Participante		54,5%	27,3%	18,2%	100,0%

**Criterio 6 Histriónico**

			Autodramatización	Total
			Femenino	
Sexo del Participante	Recuento		2	2
	Masculino % dentro de Sexo del Participante		100,0%	100,0%
Sexo del Participante	Recuento		9	9
	Femenino % dentro de Sexo del Participante		100,0%	100,0%
Total	Recuento		11	11
	% dentro de Sexo del Participante		100,0%	100,0%

**Criterio 7 Histriónico**

			Sugestionabilidad		Total
			Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante		Recuento	1	1	2
	Masculino	% dentro de Sexo del Participante	50,0%	50,0%	100,0%
		Recuento	5	4	9
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante	55,6%	44,4%	100,0%
Total		Recuento	6	5	11
		% dentro de Sexo del Participante	54,5%	45,5%	100,0%

**Criterio 8 Histriónico**

			Considerar relaciones		Total
			Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Participante		Recuento	1	1	2
	Masculino	% dentro de Sexo del Participante	50,0%	50,0%	100,0%
		Recuento	7	2	9
	Femenino	% dentro de Sexo del Participante	77,8%	22,2%	100,0%
Total		Recuento	8	3	11
		% dentro de Sexo del Participante	72,7%	27,3%	100,0%

**Anexo 24: Contingencias del Experimento 4. Relación Sexo del Participante X Criterio. Participantes especialistas. Criterios de Antisocial.**

**Criterio 1 Antisocial**

			Fracaso para adaptarse a normas sociales		Total
			Masculino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	4	1	5
		% dentro de Sexo del Experto	80,0%	20,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	7	4	11
		% dentro de Sexo del Experto	63,6%	36,4%	100,0%
Total		Recuento	11	5	16
		% dentro de Sexo del Experto	68,8%	31,2%	100,0%

**Criterio 2 Antisocial**

			Deshonestidad		Total
			Masculino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	1	4	5
		% dentro de Sexo del Experto	20,0%	80,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	5	6	11
		% dentro de Sexo del Experto	45,5%	54,5%	100,0%
Total		Recuento	6	10	16
		% dentro de Sexo del Experto	37,5%	62,5%	100,0%

**Criterio 3 Antisocial**

			Impulsividad		Total
			Masculino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		2	3	5
	Masculino % dentro de Sexo del Experto		40,0%	60,0%	100,0%
	Recuento		7	4	11
	Femenino % dentro de Sexo del Experto		63,6%	36,4%	100,0%
Total	Recuento		9	7	16
	% dentro de Sexo del Experto		56,2%	43,8%	100,0%

**Criterio 4 Antisocial**

			Irritabilidad y Agresividad			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		2	0	3	5
	Masculino % dentro de Sexo del Experto		40,0%	0,0%	60,0%	100,0%
	Recuento		7	2	2	11
	Femenino % dentro de Sexo del Experto		63,6%	18,2%	18,2%	100,0%
Total	Recuento		9	2	5	16
	% dentro de Sexo del Experto		56,2%	12,5%	31,2%	100,0%

**Criterio 5 Antisocial**

			Despreocupación imprudente			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		3	0	2	5
	Masculino % dentro de Sexo del Experto		60,0%	0,0%	40,0%	100,0%
	Recuento		6	1	4	11
	Femenino % dentro de Sexo del Experto		54,5%	9,1%	36,4%	100,0%
Total	Recuento		9	1	6	16
	% dentro de Sexo del Experto		56,2%	6,2%	37,5%	100,0%

**Criterio 6 Antisocial**

			Irresponsabilidad			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	1	1	3	5
		% dentro de Sexo del Experto	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	3	0	8	11
		% dentro de Sexo del Experto	27,3%	0,0%	72,7%	100,0%
Total		Recuento	4	1	11	16
		% dentro de Sexo del Experto	25,0%	6,2%	68,8%	100,0%

**Criterio 7 Antisocial**

			Falta de Remordimientos		Total
			Masculino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	0	5	5
		% dentro de Sexo del Experto	0,0%	100,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	3	8	11
		% dentro de Sexo del Experto	27,3%	72,7%	100,0%
Total		Recuento	3	13	16
		% dentro de Sexo del Experto	18,8%	81,2%	100,0%

**Anexo 25: Contingencias del Experimento 4. Relación Sexo del Participante X Criterio. Participantes especialistas. Criterios de Histriónico.**

**Criterio 1 Histriónico**

			Incomodidad		Total
			Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	1	4	5
		% dentro de Sexo del Experto	20,0%	80,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	4	7	11
		% dentro de Sexo del Experto	36,4%	63,6%	100,0%
Total		Recuento	5	11	16
		% dentro de Sexo del Experto	31,2%	68,8%	100,0%

**Criterio 2 Histriónico**

			Interacción con los demás			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	0	3	2	5
		% dentro de Sexo del Experto	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	2	2	7	11
		% dentro de Sexo del Experto	18,2%	18,2%	63,6%	100,0%
Total		Recuento	2	5	9	16
		% dentro de Sexo del Experto	12,5%	31,2%	56,2%	100,0%

**Criterio 3 Histriónico**

			Expresión Emocional			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		1	3	1	5
	Masculino	% dentro de Sexo del Experto	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	Recuento		3	4	4	11
	Femenino	% dentro de Sexo del Experto	27,3%	36,4%	36,4%	100,0%
Total	Recuento		4	7	5	16
	% dentro de Sexo del Experto		25,0%	43,8%	31,2%	100,0%

**Criterio 4 Histriónico**

			Uso del aspecto físico			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		0	4	1	5
	Masculino	% dentro de Sexo del Experto	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	Recuento		1	6	4	11
	Femenino	% dentro de Sexo del Experto	9,1%	54,5%	36,4%	100,0%
Total	Recuento		1	10	5	16
	% dentro de Sexo del Experto		6,2%	62,5%	31,2%	100,0%

**Criterio 5 Histriónico**

			Forma de hablar			Total
			Masculino	Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		1	1	3	5
	Masculino % dentro de Sexo del Experto		20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
	Recuento		4	2	5	11
Sexo del Experto	Femenino % dentro de Sexo del Experto		36,4%	18,2%	45,5%	100,0%
	Recuento		5	3	8	16
Total	% dentro de Sexo del Experto		31,2%	18,8%	50,0%	100,0%

**Criterio6 Histriónico**

			Autodramatización		Total
			Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		4	1	5
	Masculino % dentro de Sexo del Experto		80,0%	20,0%	100,0%
	Recuento		8	3	11
Sexo del Experto	Femenino % dentro de Sexo del Experto		72,7%	27,3%	100,0%
	Recuento		12	4	16
Total	% dentro de Sexo del Experto		75,0%	25,0%	100,0%

**Criterio7 Histriónico**

			Sugestionabilidad		Total
			Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		3	2	5
	Masculino % dentro de Sexo del Experto		60,0%	40,0%	100,0%
	Recuento		7	4	11
Sexo del Experto	Femenino % dentro de Sexo del Experto		63,6%	36,4%	100,0%
	Recuento		10	6	16
Total	% dentro de Sexo del Experto		62,5%	37,5%	100,0%

**Criterio 8 Histriónico**

			Considerar relaciones		Total
			Femenino	Ambivalencia	
Sexo del Experto	Recuento		3	2	5
	Masculino % dentro de Sexo del Experto		60,0%	40,0%	100,0%
	Recuento		8	3	11
	Femenino % dentro de Sexo del Experto		72,7%	27,3%	100,0%
Total	Recuento		11	5	16
	% dentro de Sexo del Experto		68,8%	31,2%	100,0%

**Anexo 26: relación Sexo del Participante X Presunción Diagnóstica. Experimento 3.**

**Grupo 1 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo		Total
			Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	0	3	3
		% dentro de Sexo del Experto	0,0%	100,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	1	6	7
		% dentro de Sexo del Experto	14,3%	85,7%	100,0%
Total		Recuento	1	9	10
		% dentro de Sexo del Experto	10,0%	90,0%	100,0%

**Grupo 2 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo	Total
			Trastorno Antisocial de Personalidad	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	2	2
		% dentro de Sexo del Experto	100,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	9	9
		% dentro de Sexo del Experto	100,0%	100,0%
Total		Recuento	11	11
		% dentro de Sexo del Experto	100,0%	100,0%

**Grupo 3 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo		Total
			Trastorno Dependiente de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	1	4	5
		% dentro de Sexo del Experto	20,0%	80,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	0	5	5
		% dentro de Sexo del Experto	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	9	10
		% dentro de Sexo del Experto	10,0%	90,0%	100,0%

**Grupo 4 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo		Total
			Trastorno Paranoide de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	1	1	2
		% dentro de Sexo del Experto	50,0%	50,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	0	8	8
		% dentro de Sexo del Experto	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	9	10
		% dentro de Sexo del Experto	10,0%	90,0%	100,0%

**Grupo 5 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo	Total
			Trastorno Antisocial de Personalidad	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	1	1
		% dentro de Sexo del Experto	100,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	9	9
		% dentro de Sexo del Experto	100,0%	100,0%
Total		Recuento	10	10
		% dentro de Sexo del Experto	100,0%	100,0%

**Grupo 6 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo		Total
			Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad	
Sexo del Experto	Masculino	Recuento	0	3	3
		% dentro de Sexo del Experto	0,0%	100,0%	100,0%
Sexo del Experto	Femenino	Recuento	3	4	7
		% dentro de Sexo del Experto	42,9%	57,1%	100,0%
Total		Recuento	3	7	10
		% dentro de Sexo del Experto	30,0%	70,0%	100,0%

**Anexo 27: Relación Años de Graduado X Presunción Diagnóstica. Experimento 3.**

**Grupo 1 Experimento 3**

				Diagnóstico Presuntivo		Total
				Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Graduado (agrupado)	<= 4	Recuento	0	5	5	
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)	0,0%	100,0%	100,0%	
	5+	Recuento	1	4	5	
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)	20,0%	80,0%	100,0%	
Total		Recuento	1	9	10	
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)	10,0%	90,0%	100,0%	

**Grupo 2 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo	Total
			Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Graduado (agrupado)	<= 5	Recuento	6	6
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)	100,0%	100,0%
	6+	Recuento	5	5
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)	100,0%	100,0%
Total		Recuento	11	11
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)	100,0%	100,0%

**Grupo 3 Experimento 3**

				Diagnóstico Presuntivo		Total
				Trastorno Dependiente de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad	
Años de Graduado (agrupado)	<= 6	Recuento		0	6	6
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)		0,0%	100,0%	100,0%
Años de Graduado (agrupado)	7+	Recuento		1	3	4
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)		25,0%	75,0%	100,0%
Total		Recuento		1	9	10
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)		10,0%	90,0%	100,0%

**Grupo 4 Experimento 3**

				Diagnóstico Presuntivo		Total
				Trastorno Paranoide de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad	
Años de Graduado (agrupado)	<= 6	Recuento		0	5	5
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)		0,0%	100,0%	100,0%
Años de Graduado (agrupado)	7+	Recuento		1	4	5
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)		20,0%	80,0%	100,0%
Total		Recuento		1	9	10
		% dentro de Años de Graduado (agrupado)		10,0%	90,0%	100,0%

**Grupo 5 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo	Total
			Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Graduado (agrupado)	<= 7	Recuento % dentro de Años de Graduado (agrupado)	5 100,0%	5 100,0%
	8+	Recuento % dentro de Años de Graduado (agrupado)	5 100,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de Años de Graduado (agrupado)	10 100,0%	10 100,0%

**Grupo 6 Experimento 3**

			Diagnóstico Presuntivo		Total
			Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Graduado (agrupado)	<= 4	Recuento % dentro de Años de Graduado (agrupado)	2 28,6%	5 71,4%	7 100,0%
	5+	Recuento % dentro de Años de Graduado (agrupado)	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
Total		Recuento % dentro de Años de Graduado (agrupado)	3 30,0%	7 70,0%	10 100,0%

**Anexo 28: Relación Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud X Presunción Diagnóstica. Experimento 3.**

**Grupo 1 Experimento 3**

		Diagnóstico Presuntivo		Total
		Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	<= 3	Recuento 0 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado) 0,0%	6 100,0%	6 100,0%
	4+	Recuento 1 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado) 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
Total		Recuento 1 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado) 10,0%	9 90,0%	10 100,0%

**Grupo 2 Experimento 3**

		Diagnóstico Presuntivo	Total
		Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	<= 4	Recuento 6 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado) 100,0%	6 100,0%
	5+	Recuento 5 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado) 100,0%	5 100,0%
Total		Recuento 11 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado) 100,0%	11 100,0%

**Grupo 3 Experimento 3**

		Diagnóstico Presuntivo		Total	
		Trastorno Dependiente de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad		
Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	<= 6	Recuento % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	0 0,0%	5 100,0%	5 100,0%
	7+	Recuento % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	1 20,0%	4 80,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	1 10,0%	9 90,0%	10 100,0%

**Grupo 4 Experimento 3**

		Diagnóstico Presuntivo		Total	
		Trastorno Paranoide de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad		
Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	<= 6	Recuento % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	0 0,0%	5 100,0%	5 100,0%
	7+	Recuento % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	1 20,0%	4 80,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	1 10,0%	9 90,0%	10 100,0%

**Grupo 5 Experimento 3**

		Diagnóstico Presuntivo	Total
		Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	Recuento	5	5
	<= 6 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	100,0%	100,0%
	7+ Recuento	5	5
	7+ % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	100,0%	100,0%
Total	Recuento	10	10
	% dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	100,0%	100,0%

**Grupo 6 Experimento 3**

		Diagnóstico Presuntivo		Total
		Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad	
Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	Recuento	2	5	7
	<= 4 % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	28,6%	71,4%	100,0%
	5+ Recuento	1	2	3
	5+ % dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Recuento	3	7	10
	% dentro de Años de Experiencia en el Área Clínica y de la Salud (agrupado)	30,0%	70,0%	100,0%