



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la  
Educación

Carrera de Psicología Clínica

TEMA:

“PERFIL CLÍNICO EN EL PERSONAL DE  
TROPA DEL COMANDO OPERACIONAL NO. 3  
SUR (CUENCA)”

Autores:

María José Ávila Andrade.

Paúl Andrés Vera Carpio.

Director:

Mst. Juan Sebastián Herrera Puente

**Cuenca – Ecuador**

**2019**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mis padres Iván y Lorena, que son los promotores principales de mis sueños, que sin ellos nunca hubiera logrado esto, de una manera muy especial a mis abuelos, por todo su amor, apoyo y paciencia, por ser el pilar fundamental para poder llegar hasta aquí, de igual manera a todas las personas que estuvieron presentes en el transcurso de esta etapa.

María José Ávila.

Quiero dedicar este trabajo a mi padre, madre y hermana quienes son los 3 pilares fundamentales en mi vida ya que siempre han velado por mi bienestar siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mí. Es por ellos que soy lo que soy. Los amo con mi vida.

Andrés Vera Carpio.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la Universidad del Azuay, por permitirnos formar como profesionales, a los docentes de la Escuela de Psicología Clínica por compartir sus conocimientos a lo largo de nuestra formación y de manera especial, al Mst. Sebastián Herrera Puente tutor de nuestra tesis, agradecemos su dedicación, su tiempo, sus enseñanzas y toda la paciencia invertida en la realización de este trabajo, y a todo el personal que conforma la tropa del comando operacional n. 3 de la ciudad de Cuenca por su valiosa aportación para nuestra investigación.

## **RESUMEN:**

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo transversal, no experimental, que tiene como objetivo principal determinar el perfil clínico en el personal de Tropa del Comando Operacional N° 3 Sur (Cuenca). Participaron 403 sujetos pertenecientes al personal de tropa en servicio activo, a quienes se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Theodore Millon III (MCMI-II). Los resultados obtenidos muestran que los rasgos de personalidad más prevalentes son narcisista, depresivo y esquizoide, mientras que en el apartado de sintomatología las patologías con mayor presencia pertenecen a trastornos de ansiedad y dependencia de alcohol.

**Palabras claves:** rasgos de personalidad, patología, síndromes clínicos, psicología militar.


## ABSTRACT:

The present work was a descriptive, transversal and non-experimental study. Its main objective was to determine the clinical profile of the troop personnel of the “Comando Operacional N° 3 Sur (Cuenca)”. 403 subjects of active duty troop personnel participated and the Theodore Millon III Multiaxial Clinical Inventory (MCMI-II) was applied. The obtained results show that the most prevalent personality traits are narcissistic, depressive and schizoid. In the symptomatology section, the pathologies with greater presence belong to anxiety disorders and alcohol dependence.

**Keywords:** Personality traits, pathology, clinical syndromes, military psychology.

Mst. Juan Sebastián Herrera Puente

Thesis Director



Translated by  
Ing. Paúl Arpi

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTOS .....	II
RESUMEN: .....	III
ABSTRACT:.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS .....	VIII
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>IX</b>
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1:.....	4
PSICOLOGÍA MILITAR .....	4
1.1 Concepto .....	4
1.2 Funciones de la psicología militar .....	5
1.3 Perfil de un militar .....	12
CAPÍTULO 2.....	14
PERSONALIDAD .....	14
2.1 Conceptualización de personalidad.....	14
2.2 Rasgos de personalidad .....	16
2.2.1 Teoría de rasgos de personalidad según Allport. ....	16

2.2.2 Teoría de rasgos de personalidad según Cattell. ....	18
2.2.3 Teoría de los Rasgos de Personalidad según Eysenck. ....	19
2.2.4 Teoría de los Rasgos de Personalidad los Cinco Grandes de Mc Crae y Costa.....	20
2.3 Prevalencia de rasgos de personalidad en el personal militar .....	21
2.4 Modelo de personalidad de Theodore Millón. ....	23
2.5 Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III). ....	25
<b>CAPITULO 3</b> .....	28
<b>METODOLOGÍA</b> .....	28
3.1 Tipo de investigación .....	28
3.2 Población y muestra .....	28
3.3 Objetivos de la investigación .....	29
3.3.1 Objetivo general .....	29
3.3.2 Objetivos específicos .....	29
3.4 Instrumentos utilizados .....	29
3.5 Técnicas de recolección de datos .....	30
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	32
<b>RESULTADOS</b> .....	32
4.1 Análisis estadístico:.....	32
4.1.1 Participantes: .....	33
4.1.2 Rasgos de personalidad (Escala 0-115).....	34

4.1.3 Sintomatología clínica (Escala 0-115): .....	36
4.1.4 Comparaciones:.....	38
4.1.5 Según tiempo de servicio: .....	41
4.1.6 Correlaciones entre edad: tiempo de servicio y nivel educativo con rasgos de personalidad. ....	43
4.2 Discusión.....	48
4.3 Conclusiones .....	51
4.4 Recomendaciones.....	53
BIBLIOGRAFÍA .....	54
ANEXOS .....	59
Anexo 1. Consentimiento informado .....	59
Anexo 2. Ficha sociodemográfica.....	61
Anexo 3. Tablas estadísticas. ....	64



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los rasgos según Allport. ....	17
Tabla 2. Caracterización de los participantes .....	33
Tabla 3. Características según nivel escolar .....	39
Tabla 4. Rasgos y sintomatología según tiempo de servicio .....	42
Tabla 5. Personalidad, edad, tiempo de servicio y nivel de educación.....	43
Tabla 6. Patología grave de la personalidad, edad, tiempo de servicio y nivel de educación.....	45
Tabla 7. Sintomatología clínica, edad, tiempo de servicio y nivel de educación.	46
Tabla 8. Síndromes clínicos, edad, tiempo de servicio y nivel de educación. ....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Perfil clínico de rasgos de personalidad .....	34
Figura 2. Presencia de rasgos y trastornos .....	35
Figura 3. Perfil clínico de rasgos de sintomatología clínica. ....	36
Figura 4. Presencia y prominencia de síndromes.....	37

## INTRODUCCIÓN

Los individuos que se desenvuelven en el entorno militar, se encuentran expuestos constantemente a situaciones traumáticas y a un ambiente laboral estresante y exigente, lo que podría contribuir en la aparición de una enfermedad mental.

De acuerdo con Willingham, (2014) una cuarta parte de los militares en servicio activo presentan síntomas de al menos una condición mental, y un 10% califican para un diagnóstico de dos o más patologías mentales, si bien algunos soldados ingresaron al ejército presentando ya dicha patología otros la adquirieron durante su servicio.

Hauser, (2009) identifico en una muestra de 400 soldados que gran parte de ellos presentaban patologías psiquiátricas como consecuencia de su servicio militar, entre las patologías se encuentran la depresión, ansiedad, abuso de sustancias y estrés post traumático, así como enfermedades gastrointestinales y cefaleas crónicas.

La presencia de esta sintomatología puede interferir de manera significativa en la calidad de vida del personal militar y en su capacidad para desenvolverse de manera adecuada en sus labores profesionales.

Por otra parte, se encuentra la personalidad que no es más que el conjunto de patrones determinados de comportamiento, que intervienen en las elecciones que realizamos en las distintas áreas de la vida (Castro Solano, 2000), que conociendo los rasgos de personalidad de un individuo se podría estimar las motivaciones personales que guían su actuar y su comportamiento habitual en un contexto determinado. (Castro Solano, 2000).

Tomando en cuenta los planteamientos anteriores podemos afirmar que el estudio de la personalidad y de la sintomatología en esta población nos ofrecería una cuantiosa información que nos permita elaborar un perfil psicológico general que ayudaría en un futuro a comprender de mejor manera el comportamiento de un individuo en aquellos momentos en los que sus decisiones dependan de sus estilos de personalidad, de igual manera se podrá detectar la presencia síndromes clínicos y el origen de posibles patologías.

El presente trabajo tiene como objetivo general determinar el perfil clínico en el personal de Tropa del Comando Operacional no. 3 sur (Cuenca). Esta investigación consta de cuatro capítulos, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

El primer capítulo, establece el concepto de psicología militar y realiza un breve repaso de su historia, también se habla sobre el papel que tiene la Psicología dentro del ámbito militar, mencionando sus principales aplicaciones y estableciendo su organización funcional. Por último, en este capítulo se exponen las características que de acuerdo con varios autores debe de poseer un individuo para desenvolverse como militar.

En el segundo capítulo, se expone el concepto de personalidad y se realiza una revisión de las diversas teorías existentes, así mismo se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la prevalencia de rasgos de personalidad en la población militar basándonos para esto en estudios realizados dentro de este campo; además se realiza un repaso del modelo de personalidad de Theodore Millon y del inventario clínico multiaxial MCMI en su tercera edición.

En el cuarto capítulo de este trabajo de grado, se realiza el análisis estadístico de los resultados obtenidos luego de la aplicación del MCMI para en última instancia

proceder a recoger las conclusiones y recomendaciones a las que hemos llegado durante la realización de esta investigación.

# **CAPÍTULO 1:**

## **PSICOLOGÍA MILITAR**

### **1.1 Concepto**

De acuerdo con la definición de la American Psychological Association (2007) se entiende por psicología militar a:

“La aplicación, investigación y diseño de teorías psicológicas y de experimentación que permite conocer, predecir y listar el comportamiento de las fuerzas armadas propias así como también de las enemigas o de ciudadanos que pueden ser potencialmente peligrosos o amenazantes a la hora de realizar operaciones militares.” (p.8)

Según afirman el autor Kennedy (2012) fue en la época de la primera guerra mundial cuando la psicología empieza a utilizarse dentro del contexto militar, en esta época varios psicólogos fueron delegados para determinar qué papel podría desempeñar la psicología en el ejército Estadounidense; siendo en esta época donde se llevaría a cabo las primeras aplicaciones de pruebas psicológicas con la finalidad de seleccionar al personal más idóneo para ocupar las filas del ejército norteamericano.

Fue Robert Mearns Yerkes, quien dirigió un comité cuyo objetivo era crear un instrumento psicométrico para uso militar, para su elaboración se tomaron como referencia otros instrumentos psicológicos como el test de inteligencia general Otis creado por Arthur S. Otis en 1918.

Según indica Moreno (2005), gracias a la documentación recogida por este comité se procede a elaborar el test ARMY alfa y beta; dicho test contaba con dos versiones una dirigida a aquellos soldados con un nivel cultural promedio y otra dirigida a aquellos individuos con dificultades para comprender el inglés. Actualmente los test Alfa y beta siguen siendo utilizados.

Jiménez (1990) recalca que no fue hasta la segunda guerra mundial donde el papel de la psicología se vuelve más notorio dentro del ámbito castrense, siendo utilizada en el proceso de reclutamiento, dirigida a mejorar el desempeño y orientada al entrenamiento militar.

## **1.2 Funciones de la psicología militar**

Una vez terminada la segunda guerra mundial la psicología militar se encamina principalmente hacia el diagnóstico y posterior tratamiento de trastornos presentes en el personal luego de dicho conflicto. (Donoso, 2013). No obstante, para los autores Ibáñez, Díaz y Moreno (2005) la psicología militar se ha enfocado desde sus inicios principalmente en la difusión, la selección del personal y en la preparación de los militares para el combate; por otra parte Jiménez (1990) afirma que la psicología militar es esencial para el tratamiento de los diversos trastornos, prevención de patologías, y apoyo psicológico.

De acuerdo con la American Psychological Association (2007), las principales aplicaciones de la psicología militar son:

- a) Valerse de las técnicas de counseling para prevenir y atender aquellos inconvenientes procedentes del diario vivir como problemas de pareja, adicciones, desarrollo personal, etc.

- b) Tratamiento del cansancio y el estrés producido por las tareas llevadas a cabo en el ámbito militar.
- c) Brindar tratamiento psicológico o los diversos traumas o trastornos psicológicos, resultantes de conflictos armados, operaciones de alto riesgo o situaciones de excesiva dureza (perdida de compañeros, amputaciones, entre otras.)
- d) Emplear diferentes técnicas o procedimientos para el interrogatorio de los prisioneros capturados durante combate con el propósito de obtener información para maximizar la seguridad y reducir riesgos en operaciones militares futuras. Es importante destacar que de acuerdo con la declaración universal de los derechos humanos la tortura se encuentra prohibida, y se debe velar en todo momento por el bienestar físico, psíquico y moral de los interrogados.

Tal como señala la American Psychological Association (2007) la psicología militar contribuye a mejorar y optimizar las tareas llevadas a cabo en los establecimientos militares, como es el caso de la selección de nuevos aspirantes, mediante la aplicación de técnicas psicológicas con el fin de precisar cuál de ellos se ajusta mejor a las diferentes necesidades y ocupaciones existentes dentro del ámbito militar, con el fin de conseguir el mejor desenvolvimiento de los reclutas y así obtener los mejores beneficios posibles.

Por otra parte, Gonzalo (2012) en su obra “Psicología en las Fuerzas Armadas: Campos de intervención” divide las principales aplicaciones de la psicología dentro del ámbito militar en los siguientes apartados:

- Selección del personal: Excluyendo a los casos con peor pronóstico y realizando expedientes de los posibles candidatos.



- Prevención de riesgos: orientado al manejo de stress y la ansiedad; así como impartir técnicas de liderazgo y ayuda para un adecuado manejo del mando.
- Consultoría al mando: Brindar información, organizar el tiempo libre de los reclutas.
- Asistir en las operaciones militares: Campañas y análisis de propaganda.
- Apoyo psicológico a la colectividad: colaboración con la comunidad, intervenciones en colegios, poblaciones desplazadas, etc.
- Apoyo Psicológico a familiares:
- Clínica fortuita: Estrés pre o post combate.

Para Gonzalo (2012) las aplicaciones anteriormente mencionadas cumplen una función sanitaria dentro de lo militar, por lo que la psicología será empleada solo con el propósito de producir resultados positivos en las personas y nunca deberá ser utilizada para fines hostiles.

Con la finalidad de complementar las funciones de la psicología dentro del ámbito militar nos basaremos en algunas investigaciones realizadas en los últimos 20 años, clasificándolas en cuatro campos de ocupación:

### **1. Reclutamiento:**

El procedimiento para elegir nuevo personal en el ámbito militar es de vital importancia debido a las exigencias propias de estos establecimientos, según estos autores los aspirantes deben contar con algunas características específicas para poder desenvolverse de manera adecuada como oficiales. (Rumsey, 2014)

Algunas de estas características están relacionadas con estilos de personalidad y de liderazgo, tomando a la personalidad como el punto de partida para la elaboración, verificación y validación de instrumentos psicológicos orientados al proceso de selección. Por otra parte el tema del liderazgo dentro del contexto militar se lo aborda desde dos perspectivas: una analítica, centrada en las habilidades y capacidades que se requieren para dirigir personas y organizaciones, y otra basada en competencias enfocándose en las metas de organización y los planes elaborados para estrategias. (Bartone, 1999)

En contraste a los instrumentos basados en los constructos de personalidad y liderazgo, Niebuhr (2013), brinda otro punto de vista enfatizando que desde la creación de la prueba ARMY alpha y beta ha existido un desarrollo en las pruebas cognitivas así como en aquellas que se centran en los intereses personales y en las aptitudes vocacionales refiriendo que el uso de las mismas podría mejorar el proceso de selección de personal militar. Dicho autor recalca que actualmente el proceso de selección de personal es mucho más complejo ya que se requiere pasar por distintas pruebas que no solo evalúan la personalidad o el liderazgo sino también las habilidades psicomotrices y espaciales.

## **2. Ámbito Operativo**

Según Truhon (2011) dentro del área operativa los psicólogos emplean sus conocimientos en la toma de decisiones, ayudando a alcanzar el mejor resultado al menor coste posible, es así como el psicólogo participa en actividades de inteligencia militar y de seguridad nacional, enfatiza la importancia de la labor del psicólogo operativo dentro del campo militar sin embargo señala que dicha labor debe llevar a cabo junto con otras áreas como la antropología y la sociología.

## **3. Investigación e instrucción.**

En esta área principalmente se puede destacar como temática principal el acoso laboral dentro del servicio militar.

Para Otzvik y Rudmin (2001) el acoso laboral dentro del ámbito militar supone una problemática de alto riesgo debido a que las personas involucradas en este se desenvuelven en un entorno estresante, se encuentran entrenados y tienen acceso a armas. En los resultados de su estudio realizado en oficiales noruegos Otzvik y Rudmin (2001) dan a conocer que aquellos oficiales que alguna vez sufrieron de acoso laboral durante su servicio militar, nunca habían sido víctimas de acoso laboral antes. En otro estudio realizado por Kirke (2007) se llegó a la conclusión de que el Bullying dentro de las instituciones militares podría tener un impacto positivo sobre todo cuando se utiliza la autoridad para fines motivacionales.

#### **4. Ámbito Clínico**

En lo referente al ámbito clínico la psicología militar se centra principalmente en el personal activo, el personal retirado y en sus familiares (Baker, 2013); mediante el uso de la prevención, la difusión y la psicoterapia dirigidos a cuidar la salud mental del personal militar. No obstante como plantea Baker todavía se debe desarrollar nuevos tratamientos y mejorar los ya existentes debido a que muchos de estos no abordan completamente los daños o pérdidas generados durante los conflictos.

A continuación podríamos destacar un estudio realizado por Schaubroeck (2011) con 648 militares norteamericanos en Irak donde se pudo encontrar que los sucesos vividos durante la guerra pueden tener repercusiones en diferentes áreas de la vida de los oficiales (conyugal, social, familiar, etc.), dichas repercusiones pueden estar presentes por largos periodos de tiempo e incluso algunas pueden ser permanentes, debido a esto los investigadores llegaron a la conclusión de que hay personas más propensas que otras

a ser afectadas por los eventos traumáticos vividos durante la guerra, teniendo las diferencias individuales un papel importante en la generación y desarrollo de estos traumas.

En otro estudio llevado a cabo con 787 militares estadounidenses, Bartone (1999) encontró que no siempre la aparición de enfermedades mentales se produce de igual manera en todas las personas, debido a que varios de los oficiales que vivieron experiencias traumáticas en el campo de batalla no presentaron síntomas de enfermedad o traumas; basándose en los resultados obtenidos este autor concluye que ciertas variables de la personalidad otorgan a los militares actitudes que les permiten enfrentarse a ambientes nocivos sin desarrollar ningún tipo de trauma o enfermedad física; una de las variables de personalidad más importante para Bartone dentro de esta población es la resistencia, siendo esta la capacidad que posee una persona para comprometerse con su trabajo, con sus proyectos y con su vida en general, dicha actitud se desarrolla en etapas tempranas de la vida y es un predictor de salud dentro del ámbito militar.

Según Bartone (1999) el desarrollo e implementación de nuevas intervenciones psicológicas teniendo en cuenta estas variables de personalidad nos podría ayudar a mejorar la prevención y tratamiento de futuros traumas psicológicos derivados de la exposición del personal militar a entornos o situaciones hostiles.

De las investigaciones realizadas en el contexto militar son muy importantes aquellas orientadas hacia el estudio del estrés post traumático en oficiales expuestos a situaciones hostiles. Benyamini y Solomon (2005) estudiaron como afecta en la calidad de vida de los soldados la presencia de estrés diario acumulado frente al estrés generado por combate, los resultados demostraron que los sucesos cotidianos negativos tienen escasa influencia sobre la calidad de vida de estos soldados, tanto física como mentalmente, no

obstante el estrés generado por combate produce un deterioro significativo en la calidad de vida de estos oficiales presentándose síntomas de estrés post traumático incluso en los 18 meses posteriores de regresar del campo de batalla. Corroborando de esta manera que el trastorno de estrés post traumático perjudica limita la calidad de vida de los veteranos de guerra y a su vez constituye un factor patológico que puede llegar a afectar su salud mental.

En otro estudio llevado a cabo por Browne (2007) se pudo evidenciar que aquellos soldados que se encontraron expuestos a sucesos traumáticos durante la guerra de Irak presentaron dificultades para adaptarse y poca satisfacción con su pareja una vez que regresaron del campo de batalla.

Por último, resulta interesante citar aquellos estudios relacionados con acciones de apoyo y terapéuticas brindadas a los familiares de los militares, como por ejemplo las investigaciones realizadas por Esposito-Smythers en el año 2011, quienes luego de una ardua revisión bibliográfica referente a los tratamientos utilizados para la reducción del estrés presente en la pareja e hijos de los oficiales enviados a combate, pudieron evidenciar que los problemas provenientes de las familias de los militares influyen directamente en el funcionamiento y desempeño de los militares, así mismo se encontró que las esposas de los oficiales se enfrentan a situaciones específicas que pueden generar malestar, reportando decaimiento, ansiedad, irritabilidad, preocupación, insomnio, etc. Mientras que los hijos de los militares en especial aquellos que se encontraban en la adolescencia solían presentar bajo rendimiento académico, irritabilidad, poca capacidad de atención, abuso de sustancias, depresión entre otros.

### **1.3 Perfil de un militar**

Es bien sabido que el contexto militar es sumamente complejo debido en gran medida a la rigidez existente en su estructura jerárquica, ya que presenta un conjunto de reglas y valores que sirven como guías para el comportamiento de todo el personal. Soeters (2006) sostiene que todo aquello relacionado con el contexto militar se puede catalogar como un compuesto de reglas que se organizan en base a un objetivo general; considerando a las instituciones militares como entornos en los cuales se desarrolla una cultura aprendida donde conviven individuos compartiendo día a día diferentes significados y simbolismos, demarcados por la jerarquía y lo disciplinario.

Para Blanco (1990) el militar profesional se encuentra dotado por una variedad de características que lo acompañan desde antes de su reclutamiento, entre estas características encontramos la disciplina, el respeto, la obediencia, el sentido del deber, el compromiso y lealtad, dichas características o virtudes como las denomina el autor serían indispensables debido a que constituirían el pilar fundamental para un correcto desenvolvimiento en el ámbito militar. Por otro lado Amos Perlmutter en su obra “Lo militar y lo político en el mundo moderno” afirma que el profesional militar debe contar con características como: la responsabilidad y el compromiso con la sociedad, habilidades comunicativas, aptitud técnica, un alto grado de organización, espíritu colaborativo, disciplina, honor y aptitudes físicas que le permitan responder de manera adecuada a las demandas de su profesión.

En el área de la personalidad tendremos en cuenta a Lewis (2016) quien realizó una revisión 175 perfiles de personalidad de militares norteamericanos, donde pudo encontrar que en dichos perfiles sobresalían tres escalas por encima de las demás (responsabilidad, extraversión, amabilidad). Por otra parte en un estudio llevado a cabo por Solano y

Casullo (2002) en cadetes argentinos se pudo encontrar que la mayoría de ellos presentaba un pensamiento abstracto el cual les era útil en situaciones donde se requería un arduo análisis de posibilidades y alternativas, también se encontró que estos cadetes poseían estrategias de afrontamiento dirigidas especialmente a la resolución de problemas, altos niveles de independencia personal, eran poco conformistas y poseían una creatividad superior a la población general.

Bartone (1999) señala una serie de factores psicológicos y sociales presentes en los militares los cuales en conjunto formarían lo que se conoce como personalidad resiliente, entre dichos factores se encuentran la fortaleza física, la autoeficacia, la presencia de estrategias de afrontamiento adecuadas, pensamiento positivo y apoyo familiar, estas características anteriormente citadas actuarían como soporte ante situaciones adversas u hostiles proveyendo al militar con los recursos adecuados para afrontar con éxito todas estas situaciones poco favorables.

Si bien la investigación en esta área no es extensa debido a que no siempre la población militar está abierta a la exploración científica, conocer los rasgos prevalentes en el personal militar no solo es deseable y prometedor, sino que también es una necesidad si se desean obtener mejores resultados en el proceso de reclutamiento y así aumentar la efectividad del funcionamiento y la organización militar.

## **CAPÍTULO 2**

### **PERSONALIDAD**

#### **2.1 Conceptualización de personalidad**

La personalidad es uno de los principales aspectos más estudiados en el ámbito de la psicología, es por esto que han establecido varios modelos y teorías de la personalidad.

Iniciando la personalidad fue estudiada en la época, antes de Cristo, siguiente a esto los Griegos personificaban hechos dramáticos mediante máscaras de aquella cultura, representando diferentes personalidades dentro de un mismo ser, sin dejar su autenticidad de lado; es por esto que el concepto de personalidad se origina del término persona. (Teorías de la Personalidad un analisis historico del concepto y su medicion, 2009)

Ciceron (106-43, citado por Cerdá, 1985) definió el término personalidad, enfocándose desde cuatro diferentes significados: a) la forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas; b) el papel que una persona desempeña en la vida; c) un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y d) como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera (Teorías de la Personalidad un analisis historico del concepto y su medicion, 2009). Estas cuatro definiciones, se relacionan con las características de las personas, que se observa de forma interna en como el individuo es visto y se desarrolla con el medio, de forma externa la integridad del individuo.

Se han propuestos varios tipos de personalidad desde el pasado hasta la actualidad. En antigua Grecia, Hipócrates señaló cuatro tipos de temperamentos: sanguíneo o alegre, melancólico o de bilis negra, colérico o bilis amarilla y flemático o pasivo, (De la Fuente,



1983). Romanos y Griegos creían que si había un balance entre estos humores, se produciría dos características esenciales como el calor vs la frialdad y la sequedad vs la humedad, a partir de esto fueron llamadas como temperamentos y emociones por el predominio de los humores (Siegel, 1968). Dos aspectos que sobresalen sobre el temperamento el primero los factores hereditarios y biológicos, y el segundo las emociones. Temperamento hace referencia a la forma de comportarse y el tipo emoción que se inicia desde la infancia (Albores, Márquez, & Estañol, 2003)

Al pasar el tiempo han ido evolucionando las investigaciones en donde se han dado aportaciones importantes; Según Cloninger, (2003) definió a la personalidad como “los orígenes intrínsecos que provienen de la conducta del individuo y la práctica de la persona”. La personalidad se da desde un factor biológico, la herencia y se construye desde la niñez, se va desarrollando a través del tiempo hacia su propia y única personalidad. El temperamento define a la persona como un ser único, esta es una concepción holística del ser humano que pretende superar la división entre lo somático y lo psíquico (Tous, 2008).

Uno de los pioneros en el estudio de la personalidad es Gordon Allport quien define a la personalidad como las características internas de desarrollo del individuo, que determinan sus patrones conductuales en el ambiente. La personalidad se forma desde la infancia temprana hasta la etapa adulta, así como específicas situaciones hace que la gente cambie su forma de actuar. Allport hablaba de los determinantes de la conducta, es decir los rasgos que justificaban el actuar del sujeto, la personalidad está compuesta rasgos y estos pueden ser hereditarios e influenciados.

Dicho todo esto, se puede ver como la contextualización de la personalidad va cambiando desde los autores más contemporáneos, clásicos hasta los más modernos, no

hay existe una definición universal de personalidad, sin embargo la personalidad está compuesto por temperamento, carácter y rasgos, está la adquirimos por medio de factores biológicos hasta ambientales, lo que hace a la persona un ser único y diferente.

## **2.2 Rasgos de personalidad**

Partiendo de la personalidad, define que los rasgos son modelos de la forma de actuar, pensar y sentir, lo que permite diferenciar a los individuos de las diferentes características que se van desarrollando a lo largo del tiempo y en diferentes condiciones (Alcides Camargo & Puentes Suárez, 2010). Las teorías de la personalidad estudian elementos determinantes de la misma y las pautas que dirigen al individuo adoptar esa conducta, así como genera indicadores que anuncian patrones de conducta (Feldman, 2002).

### **2.2.1 Teoría de rasgos de personalidad según Allport.**

Gordon Allport (Cloninger, 2003) es uno de los principales autores en el estudio de la teoría de rasgos de personalidad, sustenta que son componentes que constituyen la conducta y la particularidad de cada persona, además estas características van unidas con la forma de actuar y se van desarrollando a lo largo de la vida y estos van mutando de acuerdo una nueva experiencia en la vida ya sea social, cultural o del medio (Arango, 2015). Se enfoca en un estudio idiográfico, profundizando en pautas de la conducta y el funcionamiento del ser humano. Los diferentes patrones que posee cada individuo hace que pueda relacionar de forma diferente con los demás, de acuerdo a un estímulo y en el medio que se rodea esto es generado con así como cree que los rasgos son sólidos y permanente es por esto que hace una clasificación de los rasgos de personalidad que son los siguientes:

Tabla 1. Clasificación de los rasgos según Allport.

<i>Clasificación de los Rasgos</i>	
<b>Clasificación</b>	<b>Descripción</b>
Cardinales	Son rasgos más compasivos y profundos, de cierta forma humanista que ejercen en diferentes situaciones de la vida.
Centrales	Son los rasgos que describe las características que más sobresalen del individuo.
Secundarios	Son los rasgos que indican la forma de actuar de la persona y estos se dan de manera prudente.
Comunes	Son los rasgos simultáneos que se dan entre diferentes personas.
Disposiciones personales	Son los rasgos propios de cada ser humano.

Fuente: (Cloninger, 2003)

Allport emplea dos técnicas para el estudio de los rasgos de la personalidad el método de documentos personales este constaba en investigar cartas, autobiografías, escritos, personas hablando, donde identificaba la cantidad y los rasgos de personalidad que poseía según la clasificación, por último el método del estudio de los valores donde plantea los valores de cada individuo como rasgos de personalidad y estos los divide en valores políticos , sociales, religiosos, teóricos, estéticos y económicos (Mondragon, 2015).

### **2.2.2 Teoría de rasgos de personalidad según Cattell.**

Cattell define a rasgo como una conducta que predice como actuara el sujeto en un momento específico (Jayme,2009) , en cuanto a su investigación sobre la personalidad utiliza el método de análisis factorial y la observación, que consto en medir varias variables para determinar factores comunes dentro de un grupo de sujetos , lo que permitía examinar las puntuaciones de dos pruebas psicológicas y poder encontrar correlación, si esta era elevada , media elementos similares de la personalidad, unía datos de un solo individuo para obtener una sola información que pudiera detallar el estudio , a esto lo llamaba elementos mentales de la personalidad es decir los rasgos (Liebert & langenbach, 2000).

Los rasgos de personalidad varían a lo largo del tiempo y el contexto social. Cattell define a los rasgos como la estructura básica de la personalidad por lo que propone una clasificación de tipos de rasgos donde diferencia rasgos dinámicos, habilidad y temperamento. (Cloninger, 2003)

- Rasgos de habilidad: Conjunto de recursos que posee la persona para la solución de problemas, en donde está involucrado la inteligencia lo que puede descifrar a dónde quiere llegar el sujeto.
- Rasgos dinámicos: Se refiere a la motivación que tenga el sujeto en ejecutar una conducta, esta puede ser innata o aprendida.
- Rasgos de temperamento: Estilo de la persona en cómo se desenvuelve al solucionar un problema de acuerdo al tiempo y la forma en la que actúa, estos pueden ser heredados.

Cattell para medir la personalidad utiliza tres técnicas; Datos Q, uso de cuestionarios; Datos T, instrumentos de medición en donde el propósito del test está oculto y no podrá ser tergiversado y datos L, observación de la conducta del sujeto dentro de un contexto natural (Larse & Buss, 2005). Elabora Raymond Cattell un cuestionario que consta de 16 factores de la personalidad que mide el perfil de personalidad.

### **2.2.3 Teoría de los Rasgos de Personalidad según Eysenck.**

Para Eysenck el rasgo de personalidad es central en su teoría, ya que la denomina como una teoría disposicional, es decir los rasgos son elementos disposicionales que establecen la conducta normal y esta perdura dependiendo de las situaciones (Schmidt, y otros, 2010), los rasgos están siempre en interacción con el medio lo que produce cambios transitorios internos que se los llama estados, estos dos conceptos (rasgos y estados) servirían según Eysenk para entender las diferencias existentes entre individuos debido a que actúan por medio de la interacción de circunstancias transitorias (Monge, 2015) .

Eysenck expone además como una teoría dimensional en la cual las dimensiones básicas son: extroversión, psicoticismo y neuroticismo (Feldman ,2006).

- La extroversión está relacionada con la inhibición y excitación, donde explica la extroversión y la introversión, es decir la apertura a comunicarse de forma empática.
- El neuroticismo este se relaciona con la inestabilidad emocional del sujeto que experimenta, aquellos sujetos que tengan mayor puntuación poseen menor recursos de afrontamiento, emociones negativas como miedo y sentimientos de tristeza culpa (Van Der Steeg et al, 2010).

- El psicoticismo quiere decir que esta fuera de la realidad, es decir que presenta conductas psicóticas (Simkin & Cermesoni, 2014), al poder medir estas tres dimensiones se llega a la conclusión de la conducta de la persona.

#### **2.2.4 Teoría de los Rasgos de Personalidad los Cinco Grandes de Mc Crae y Costa.**

El modelo de los Cincos Grandes existe cinco elementos primordiales de la personalidad y que estos se desarrollaron por el análisis factorial mediante las palabras que utiliza la gente cotidiana dentro de un enfoque léxico de la personalidad en donde se pudo descubrir cinco rasgos de personalidad: Neuroticismo, extroversión, afabilidad, rectitud y apertura (Cloninger, 2003).

- Neuroticismo: describe a los individuos que presentan emociones negativas, los sujetos que presentan mayor hipersensibilidad presentan intensas emociones negativas, y las que presentan bajo puntuación en neuroticismo presentan una mejor afectividad emocional, fortaleza del yo (McCrae y Costa, 1987).
- Extroversión: las personas con mayor puntuación tienen mejor apertura, energía, asertividad y con puntuación baja son serios, les cuesta socializar y ser precavidos (Watson y Clark, 1997).
- Afabilidad: mejor apertura de relacionarse con el medio se describe como amistosos, preocuparse por los demás y son afectivos.
- Rectitud: se describe como personas meticulosas, disciplinadas y poseen control de impulsos.
- Apertura: este se refiere a la parte intelectual, cultural y creatividad.

Concluyendo existen varios estudios sobre las teorías de los rasgos de personalidad, ya que es un tema muy estudiado, con diferentes conceptualizaciones, sin embargo siempre se recalca a los rasgos como un constructo básico en el funcionamiento del individuo, así como también estas características van cambiando de acuerdo al tiempo, experiencias, ambiente , además están también pueden ser innatas y hereditarias.

### **2.3 Prevalencia de rasgos de personalidad en el personal militar**

La institución militar se caracteriza por la disciplina, orden, rango y unión, que forman una serie de reglas que rigen la vida milicia dentro de un cuartel. Estas reglas se explican para el mantenimiento de orden y rigurosidad con el que se maneja el ejército, no obstante recordar que estos individuos son expuestos a situaciones de alto estrés ,ansiedad y violencia en situaciones específicas así como algún tipo de combate; es por esto que estos patrones de conducta se dan de forma rutinaria y estricta lo que genera en el personal cierto malestar psicológico por establecer de forma adecuada o no estos requerimientos, así como estas instrucciones son dictadas por profesionales militares es importante mencionar que parte del equipo profesional son voluntarios y oficiales es decir que no son profesionales , es por esto que su estructura dentro de la personalidad y salud mental puedan presentar alguna alteración. (Gómez, 2000)

Es por esto que se han realizado varias investigaciones con el inventario clínico multiaxial de Theodore Millon ,en donde se ha tomado una muestra de 153 soldados estadounidenses en servicio activo , se dividió en dos grupos , el primer grupo de 62 hombres militares (muestra clínica), quienes se presentaron de forma ambulatoria al servicio de salud mental de la comunidad por 3 meses consecutivos , presentando un amplia gama de problemas como ideación suicida, ansiedad, sintomatología depresiva , problemas interpersonales. En comparación con el segundo grupo compuesto por 84

hombres de varias unidades locales que no se habían presentado previamente al servicio ambulatorio que no tenían antecedentes de salud mental, estos sujetos se describían satisfechos con su posición militar, no tenían problemas disciplinarios o relacionados con el trabajo. A estos dos grupos se le aplicaron las escalas del MCMI, en donde estos resultados indicaron que el primer grupo presenta una puntuación alta en la escala de pasivo agresivo y evitativos mientras que el segundo grupo presenta una puntuación alta en narcisista y antisocial lo que discrimina los sujetos funcionales y disfuncionales (Rudd, 1996).

Otro estudio de tipo descriptivo, se efectúa una comparación de la calidad de vida y la salud mental de los estilos de vida del personal en dos universidades con estudiantes militares y no estudiantes militares, se toma como muestra 344 participantes, 131 hombres y 213 mujeres de dos universidades de Teheran en Irán. Se emplea instrumentos como el Inventario Clínico Multiaxial Millon III (MCMI- III), perfil de estilo de vida que promueve la salud II (HPLP II) y el cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF), como resultados se obtuvieron que el personal universitario militar posee mayor salud mental en relación al personal universitario no militar, pero no se presentó una discrepancia en el estilo de vida y calidad de vida entre los dos grupos. En cuanto a los rasgos de personalidad y síndromes clínicos entre los dos grupos todas las escalas se mantenían similares (Fathi Ashtiani, 2011).

En otra investigación más cercana a nuestra cultura y sociedad en donde se analizó la personalidad como determinante en el consumo de alcohol y nicotina en el personal militar del comando de brigada de infantería N°7 “Loja” en el periodo de mayo – octubre en el año 2013, el total de muestra empleada es de 63 sujetos, se administra tres inventarios, el Test AUDIT, test Fagerström y el inventario Clínico Multiaxial de



Millon III (MCMI-III) , los resultados que se obtuvieron fueron que el 83% de la población tiene una probable dependencia al alcohol (Test AUDIT), el 51% posee una dependencia a la nicotina (test Fagerström) , los rasgos de personalidad más prevalentes , 27% tienen personalidad límite, el 21% personalidad dependiente, el 16% personalidad Compulsiva, el 13% personalidad Histriónica, el 9% personalidad narcisista, el 6% personalidad paranoide, el 3% personalidad depresiva y personalidad agresiva y el 2% personalidad evitativa , en resumen hay una considerable frecuencia de la dependencia al alcohol que está relacionada con rasgos de personalidad limite , dependiente y compulsiva (Vivanco, 2014).

Concluyendo el tipo de personalidad y salud mental de la población militar varia, ya que depende del contexto tanto cultural, social, ambiental en el que se encuentra expuesto, debido a que otras regiones el personal militar tiene una exposición mucha más abierta como a operaciones de combate, situaciones traumáticas y con alto nivel de estrés, sin embargo en nuestro país hay escasas investigaciones en esta población.

#### **2.4 Modelo de personalidad de Theodore Millón.**

La personalidad puede ser considerada como el eje principal sobre el cual se pueden llevar a cabo varios estudios con el fin de enriquecer el entendimiento del comportamiento humano, esto se debe a que todas las manifestaciones conductuales y motivacionales se producen alrededor de ella. Basándose en esta premisa Theodore Millon presenta en el año de 1969 su teoría de personalidad y de sus trastornos. Desde aquella época dicha teoría se ha venido perfeccionando gracias a la participación de diversos colaboradores profundizando en el área de clasificación, evaluación y posterior tratamiento de los trastornos de personalidad (Millon & Everly, 1985). Gracias a estas revisiones que

permitieron un enriquecimiento en la Teoría de Millon, esta se ha convertido a día de hoy en un pilar fundamental en el área de personalidad.

Millon y Everly (1969) definen la personalidad como un patrón fuertemente incorporado que presenta de forma clara rasgos conductuales, cognitivos y afectivos que son constantes a través del tiempo y que surgen debido a interacciones biológicas y de aprendizaje experimental. Según estos autores en el núcleo de la personalidad hay dos procesos fundamentales: a) el modo de relacionarse del individuo con su entorno y b) la forma de interactuar consigo mismo.

En las palabras de Sánchez, (2003) Millon conceptualiza a la personalidad como el estilo característico de funcionamiento que un individuo presenta al interactuar con el ambiente que lo rodea, por lo tanto la personalidad normal según este autor sería aquella que posee modos eficaces de adaptación, por otra parte los trastornos de personalidad corresponderían a aquellos patrones de comportamiento que carecen de una buena adaptación y funcionamiento, resultantes de alteraciones y dificultades en la capacidad de un sujeto para desenvolverse y relacionarse de manera adecuada con su entorno (Millon, 1998).

Para Millón la personalidad se encuentra formado por un componente biológico y un componente psicosocial. El componente biológico (temperamento) es hereditario y constituye cerca del 40% de la personalidad mientras que el componente psicosocial (carácter) constituiría el 60% restante y dependería de las costumbres culturales y sociales de cada sujeto (Pérez, 2001).

En lo referente a la personalidad patológica Millon la describe como patrones de comportamiento profundamente establecidos que se manifiestan de manera automática

en distintos contextos y que se instauran en las primeras etapas de vida formando parte del comportamiento de la persona a lo largo de su vida (Sánchez, 2003). Es así como en 1969 realiza una clasificación de los trastornos de personalidad, destacando once trastornos básicos (antisocial, esquizoide, evitativo, autodestructivo, agresivo-sádico, dependiente, pasivo-agresivo, depresivo, histriónico, narcisista, compulsivo) y tres trastornos severos (límite, esquizotípico y paranoide) (Millon, 1969; Millon y Davis, 1998).

En el año de 1990 Millon reformula su teoría incorporando una perspectiva más evolutiva postulando que los procesos de la evolución tienen un carácter universal y que se ven reflejados en diferentes ámbitos de la vida del sujeto interviniendo de manera directa en el comportamiento humano y ayudando a que un patrón de personalidad quede establecido. (Davis, 1999). Basándose en esta perspectiva evolutiva Millon enfatiza que una teoría madura de personalidad debe integrar cuatro elementos esenciales: la teoría, la nosología, la evaluación y las intervenciones clínicas a realizarse (Millon, 2002).

Partiendo de su formulación teórica de la personalidad en el año de 1983 Millon crea el inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI) el cual se trata de un instrumento psicométrico de evaluación clínica y psicopatológica.

### **2.5 Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III).**

El inventario clínico multiaxial de Millon III, es un instrumento diagnóstico de origen clínico, su aplicación puede ser de forma individual, así como colectiva. No es un test de personalidad general dirigido a una población normal, puede ser aplicado a personas mayores de 18 años, el tiempo de aplicación dura entre 30 a 60 minutos, sin embargo, en nuestro contexto cultural varía entre 60 a 90 minutos. (Margarita Ortiz-Tallo, 2011)

El MCMI- III está compuesto por 175 ítems, de respuesta verdadero o falso con hoja de respuesta. La corrección es un formato computarizado lo que permitirá reducir el error en los cálculos. El sistema elabora una gráfica que se divide en cinco partes, distribuida los puntajes de acuerdo al área evaluada, y en la sub escalas, el puntaje que más prevalece es arrojado en un informe que viene con los datos de validez.

En el manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon sustenta que las escalas están basadas en el DSM-IV, divididas en el Eje I y Eje II, compuesto por once escalas primordiales, tres escalas de disfunciones patológicas, siete escalas de sintomatología moderadamente grave y tres de sintomatología severa, es total veinte y cuatro escalas a esto se suma cuatro escalas de validación. (Millón, 2007)

A. Escalas de patrones clínicos de personalidad

- 1. Esquizoide; 2 A. Evitativo; 2B. Depresivo; 3. Dependiente; 4. Histriónico; 5. Narcisista; 6A. Antisocial; 6B Agresivo; 7. Compulsivo; 8A. Negativista; 8B. Autodestructivo.

B. Escalas de personalidad con patología grave

- S. Esquizotípico; P. Paranoide; C. Límite.

C. Escalas de síndromes clínicos

- A. Trastorno de ansiedad; H. Trastorno somatomorfo; N. Trastorno bipolar; B. Dependencia de alcohol; D. Trastorno distímico; R. Trastornos de estrés postraumáticos; T. Dependencia de sustancias.

D. Escalas de síndromes clínicos graves:

- SS. Trastorno del pensamiento; PP. Trastorno delirante; CC. Depresión mayor

E. Índices de modificación:

- X. Sinceridad; Y. Deseabilidad social; Z. Devaluación; V. Validez.

Los puntajes varían de acuerdo a su puntuación si hay una prevalencia de 75 puntos es considerado como rasgo, una prevalencia de 85 puntos es considerado como un trastorno, de la escala A-PP si se da un puntaje igual o mayor a 85 es considerado como un síndrome de igual forma cuando puntué 75.

Esta es una batería diagnóstica muy completa para identificación global los trastornos de personalidad y síndromes clínicos. Nuestra investigación analiza la prevalencia que existe entre los trastornos de personalidad y síndromes clínicos que presente el personal de tropa del comando operacional.

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Se realizó una investigación de tipo descriptivo cuantitativo, no experimental, es decir este estudio, se basa en determinar la relación entre los rasgos de personalidad, síntomas clínicos y datos sociodemográficos en el personal de tropa del Comando Operacional No 3 Sur (Cuenca). Esta es una investigación de corte transversal, debido a que se lo realizó en un marco temporal definido.

#### **3.2 Población y muestra**

En cuanto a la población está compuesta por un universo estimado de 403 personas que corresponden al personal de tropa en servicio militar del Comando Operacional No 3 Sur (Cuenca).

Para la recolección de la muestra se ha planteado los siguientes criterios de inclusión: personal de tropa que autoricen la participación en el estudio mediante la aceptación del consentimiento informado. Los criterios de exclusión: personal de tropa que no asistan a los centros del comando operacional durante el periodo de estudio. Durante el proceso de recolección de información se corre con el riesgo de que no todos los participantes se presenten a la aplicación del test debido a varios factores dentro su ámbito laboral o personal, o que no todas las personas estén dispuestos a ser parte del estudio es por eso que se ha contemplado que puede existir una variación en el número de la población de hasta el 10% del total estimado.

### **3.3 Objetivos de la investigación**

#### **3.3.1 Objetivo general**

- Determinar el perfil clínico en el personal de tropa del comando operacional NO. 3 sur (Cuenca).

#### **3.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar los rasgos de personalidad presentes en el personal de tropa del Comando Operacional No 3 Sur (Cuenca).
- Determinar los síntomas clínicos presentes en el personal de tropa del Comando Operacional No 3 Sur (Cuenca).
- Caracterizar variables sociodemográficas del personal de tropa del Comando Operacional No 3 Sur (Cuenca).
- Relacionar los rasgos de personalidad, síntomas clínicos y datos sociodemográficos.

### **3.4 Instrumentos utilizados**

El instrumento que se aplicó en el presente estudio para detectar los rasgos de personalidad, síndromes clínicos y datos sociodemográficos es el Inventario Clínico Multiaxial de Theodore Millon III (MCMI III).

El Inventario Clínico Multiaxial de Theodore Millon III es una prueba que permite diagnosticar estilos de personalidad, rasgos de personalidad y síndromes clínicos. Todo esto dependerá de las puntuaciones de prevalencia que se obtengan del test.

Theodore Millon indica que una puntuación de prevalencia menor a 75 indica un estilo de personalidad, mientras que una puntuación de prevalencia entre 75 y 85

determina un rasgo de personalidad, por su parte valores de prevalencia mayores a 75 indican síndromes clínicos (Millon et al., 2007).

Finalmente se caracterizó los resultados mediante la ficha sociodemográfica.

### **3.5 Técnicas de recolección de datos**

Es importante mencionar que se dispone con autorización previa para la realización de este estudio por parte del comando conjunto operacional a las unidades militares.

Una vez que se accedió a cada Unidad Militar se convocó al personal de tropa con el fin de socializar el proyecto y se le solicitó que acepten ser parte de la investigación a través del documento de consentimiento informado, en esta convocatoria se dividió el número de participantes en grupos que no excedían las 40 personas con el fin de que el proceso no tenga un aforo excesivo de participantes y de esa manera poder socializar el proyecto adecuadamente.

El proceso de sociabilización, autorización y recolección de la información se llevó a cabo en dos diferentes jornadas en cada una de las Unidades Militares que corresponden al Comando Operacional No. 3 sur (Cuenca).

Seguido a esto se calificó los inventarios clínicos de personalidad multiaxial, a través del Software Office Excel 2016, el sistema elabora una gráfica que se divide en cinco partes, distribuida los puntajes de acuerdo al área evaluada, y en la sub escalas, el puntaje que más prevalece es arrojado en un informe que viene con los datos de validez, en donde se tomó en cuenta los puntajes que marcaron un puntaje de 75 a 85, considerado como rasgos de personalidad y un puntaje de 85 en adelante como síndrome clínico.



Además, se caracterizó las variables sociodemográficas de cada participante, finalmente estas fueron digitalizadas y analizadas en el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.

## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS**

#### **4.1 Análisis estadístico:**

El estudio se expresa desde dos perspectivas; inicialmente con medidas de tendencia central y dispersión las puntuaciones de prevalencia presentadas en cada característica para tener perfiles generales y después con la categorización de presencia lo cual se expresa mediante medidas de frecuencia porcentual.

El comportamiento de datos resultó ser normal en la mayoría de los casos según la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov ( $p > 0.05$ ); además al trabajar con una población numerosa se tomó la decisión de emplear pruebas estadísticas paramétricas; la prueba de comparación de media de dos grupos T-Student y el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson con una significancia de 0.05. El procesamiento de datos se lo realizó en el programa estadístico SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en excel 2016. Para una mejor comprensión de resultados se utilizaron gráficos de líneas y de columnas apiladas.

#### 4.1.1 Participantes:

El estudio fue realizado con 403 hombres militares, personal activo del comando operacional N° 3 Sur (Cuenca) de entre 18 y 53 años con una edad media de 24.84 años (DE=8.62); el 45.4% se encontraba en la etapa de la adolescencia y el 44.7% en adultez temprana. El nivel de educación del 84.1% era secundario (de octavo a tercero de bachillerato) y el estado civil en el 65.8% de los casos era “soltero”; el 31.5% contaba con una pareja (casados y unión libre) y el 2.7% restante había perdido a su pareja (divorcio o separación); el tiempo de servicio del 65.8% del personal era de máximo 3 años. Los detalles se pueden visualizar en la tabla 1.

*Tabla 2. Caracterización de los participantes n=403*

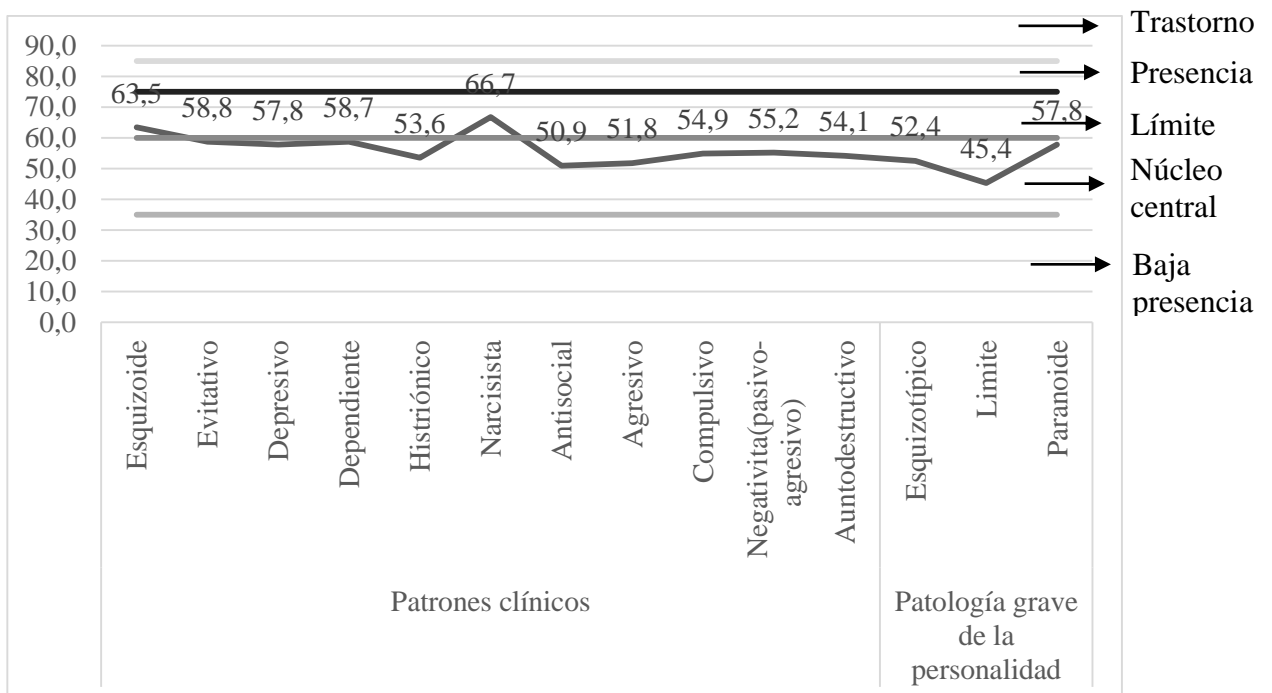
Características		n	%	Características		n	%
Etapa de vida	Adolescencia (18-19 años)	183	45,4	Tiempo de servicio	0-3 años	265	65,7
	Adultez temprana (20 a 39 años)	180	44,7		4-6 años	19	4,7
	Adultez media (40 a 65 años)	40	9,9		7-9 años	26	6,5
Nivel educación	Primaria	20	5.0	10-12 años	13	3,2	
	Secundaria	339	84,1	13-15 años	16	4.0	
	Técnico	8	2.0	16-18 años	25	6,2	
	Tercer nivel	36	8,9	19 o mas	39	9,7	
Estado civil	Soltero	265	65,7				
	Casado	94	23,3				
	Unión libre	33	8,2				
	Divorcio	1	0,3				
	Separado	10	2,5				

**Resultados:**

**4.1.2 Rasgos de personalidad (Escala 0-115).**

Las puntuaciones de prevalencia de rasgos de personalidad oscilaron entre 0 y 110 en los patrones clínicos y de 0 a 105 en las patologías graves de personalidad; la figura 1 muestra puntuaciones medias obtenidas en el grupo de estudio siendo los rasgos predominantes: narcisista y esquizoide con 66.7 y 63.5 respectivamente; los coeficientes de variación revelaron alta dispersión de datos ( $CV \geq 20\%$ ) lo que implica un comportamiento heterogéneo de datos; a pesar de ello estas dos características resultaron tener comportamientos similares en todos los participantes encontrándose en el nivel de límite de presencia. Así mismo la característica más débil resultó ser límite; En general 12 de los 14 rasgos se encontraban en el nivel de núcleo central con puntuaciones oscilantes entre 45.4 y 58.8; los dos rasgos restantes se encontraban en el límite de presencia con puntuaciones cercanas a 60.

Figura 1. Perfil clínico de rasgos de personalidad

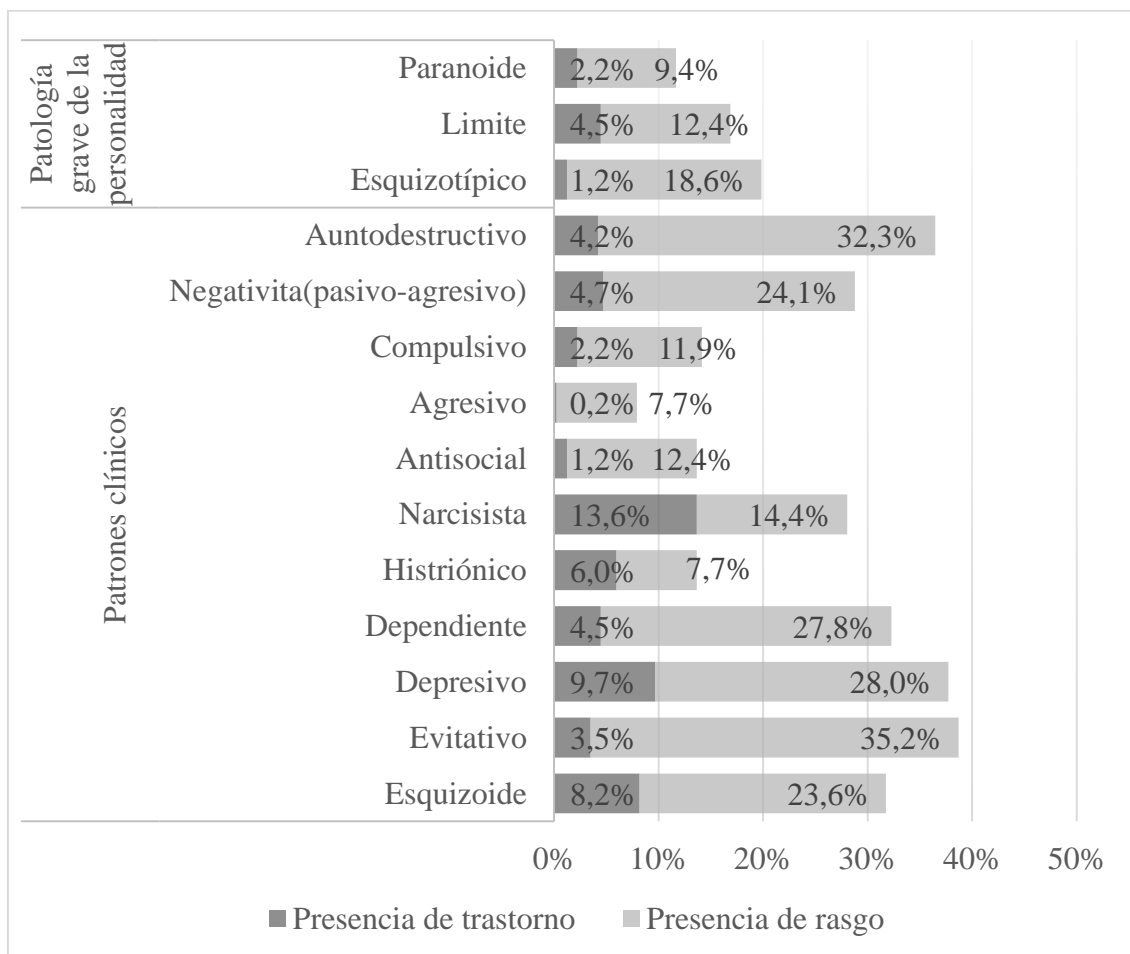


El gráfico de líneas muestra las puntuaciones medias obtenidas y los límites considerados por el MCMI III

Considerando el punto de corte PT=85, se encontró que el 41.2% del personal tenía entre 1 y 6 trastornos de personalidad de forma simultánea; en la figura 2 se puede observar que el más frecuentemente presentado era el narcisista (13.6%), seguido por depresivo (9.7%) y esquizoide (8.2%); los trastornos presentados con menor frecuencia resultaron ser: agresivo (0.2%), esquizotípico y antisocial (2.4%).

Por otra parte se encontró que aproximadamente el 35% del personal presentaba rasgos de los patrones clínicos evitativo y autodestructivo; además el 25% aproximadamente mostró rasgos de: dependencia, depresivo y esquizoide.

Figura 2. Presencia de rasgos y trastornos

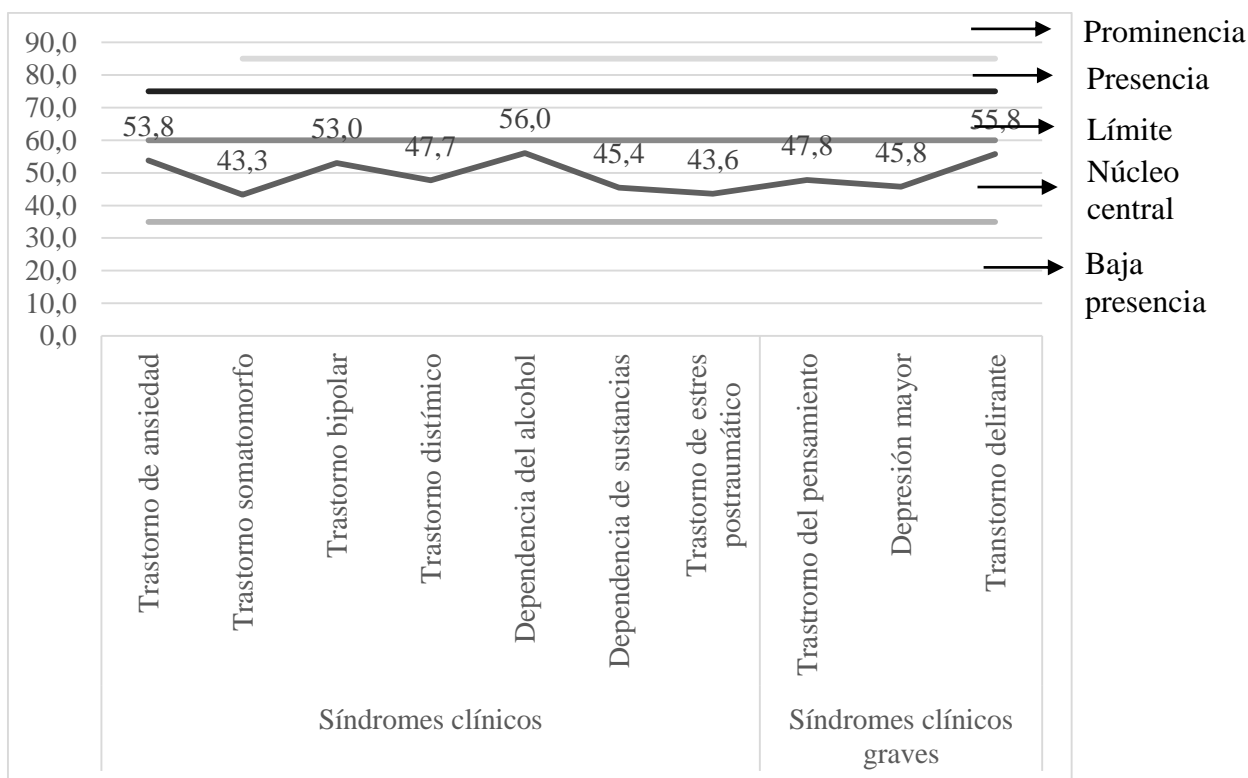


El gráfico de barras apiladas muestra la frecuencia de participantes con presencia de riesgo o de trastorno.

### 4.1.3 Sintomatología clínica (Escala 0-115):

Con respecto a la sintomatología clínica se encontraron valores oscilantes entre 1 y 115 con medias cercanas a la puntuación de prevalencia 50 y altas dispersiones de datos ( $CV \geq 20\%$ ); la sintomatología predominante fue la dependencia de alcohol seguida por el trastorno delirante perteneciente a síndromes clínicos graves. Todas las sintomatologías medias registradas se encontraron en el nivel de núcleo central lo indica niveles normales. En la Figura 3 se puede observar también que las sintomatologías más débiles fueron: trastorno somatomorfo y trastorno de estrés postraumático.

Figura 3. Perfil clínico de rasgos de sintomatología clínica

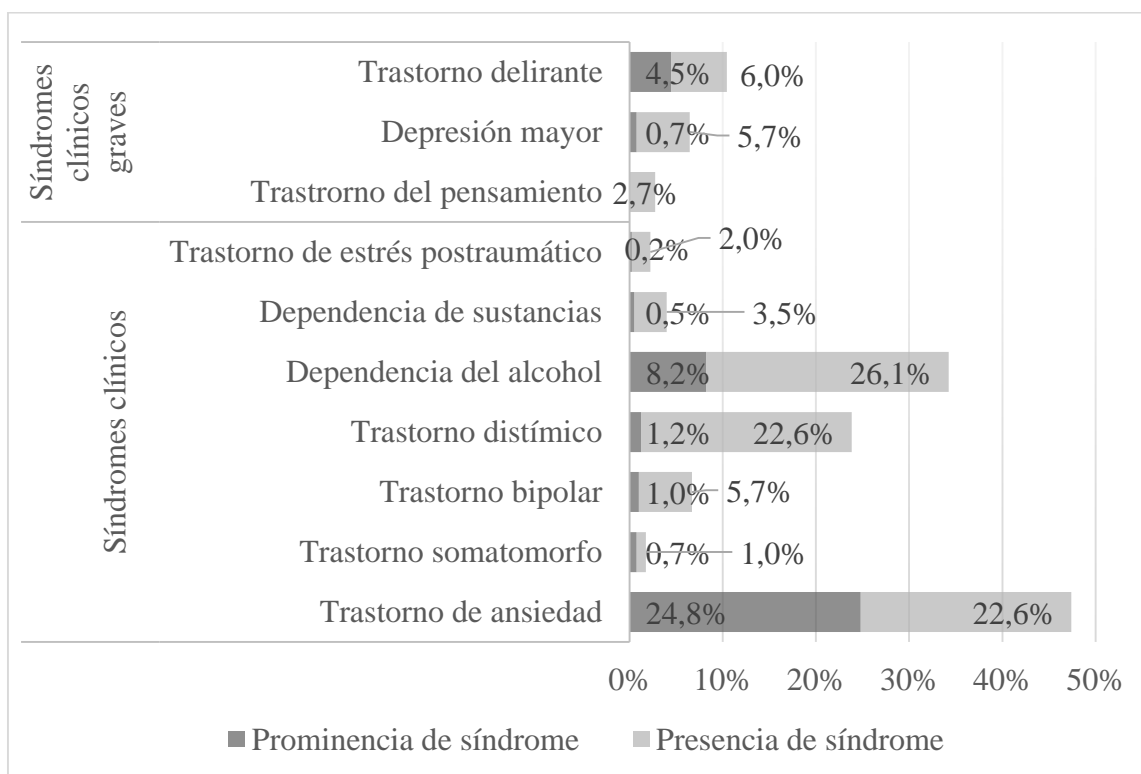


El gráfico de líneas muestra las puntuaciones medias obtenidas y los límites considerados por el MCMI III

El 24.8% de los participantes mostraron prominencia de síndrome en trastorno de ansiedad; representando la sintomatología más frecuente en los participantes del estudio; además el 8.2% presentaba dependencia de alcohol; las sintomatologías menos presentadas resultaron ser: trastorno de estrés postraumático, depresión mayor y trastorno somatomorfo. Ver detalles en la figura 4.

Por otra parte, se detectó que aproximadamente el 25% de los participantes tenían presencia de síndromes en la dependencia de alcohol, trastorno distímico y trastorno de ansiedad.

Figura 4. Presencia y prominencia de síndromes



El gráfico de barras apiladas muestra la frecuencia de participantes con presencia de riesgo o de trastorno.

#### **4.1.4 Comparaciones:**

El rasgo predominante de personalidad en aquellas personas con educación primaria fue de depresivo seguido por dependiente ambos con medias en un nivel límite; así mismo se encontró que las sintomatologías clínicas más representativas eran: trastorno de ansiedad y dependencia del alcohol.

En el grupo de participantes con niveles educativos: secundario, técnico y tercer nivel se encontró que el rasgo de personalidad con puntuación media más alta era narcisista y en sintomatología clínica, aunque en un nivel medio la dependencia del alcohol y trastorno de ansiedad, en la tabla 2 pueden observar los detalles de las puntuaciones de prevalencia medias en cada grupo; en este caso no se realizaron comparaciones pues la diferencia de tamaños entre grupos era muy marcada.



Tabla 3. Características según nivel escolar

Característica	Primaria n=20		Secundaria n = 339		Técnico n=8		Tercer nivel n = 36		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Patrones clínicos	Esquizoide	68,4	11,8	64,8	19,0	51,5	18,4	50,8	19,3
	Evitativo	67,7	19,6	60,8	22,7	45,8	22,5	37,7	22,2
	Depresivo	<b>75,2</b>	18,7	59,8	26,8	42,5	28,8	32,7	21,3
	Dependiente	71,8	13,7	60,0	19,9	48,8	21,7	41,2	14,8
	Histriónico	43,5	14,2	52,0	16,6	61,8	21,7	72,4	16,4
	Narcisista	59,6	13,0	<b>66,5</b>	15,0	<b>64,0</b>	10,4	<b>72,8</b>	13,1
	Antisocial	67,1	10,5	51,7	22,8	36,6	15,9	37,4	15,8
	Agresivo	59,8	14,2	52,9	19,6	38,3	19,8	40,5	17,0
	Compulsivo	43,8	14,0	53,8	16,5	59,4	13,5	69,9	9,7
	Negativista (pasivo-agresivo)	67,9	13,8	56,6	23,4	49,1	14,5	36,4	18,5
Autodestructivo	67,6	19,2	56,6	25,8	50,4	23,2	24,3	16,3	
Patología grave de la personalidad	Esquizotípico	65,0	18,9	54,7	25,4	47,6	29,1	25,6	23,2
	Límite	60,3	20,3	47,9	28,6	28,8	21,0	16,8	12,6
	Paranoide	<b>65,4</b>	12,7	<b>59,4</b>	19,6	<b>57,1</b>	15,4	<b>39,4</b>	23,5
Sintomatología clínica	Trastorno de ansiedad	<b>71,6</b>	30,2	56,7	32,6	<b>51,0</b>	35,9	16,9	19,0
	Trastorno somatomorfo	59,6	17,3	45,5	25,0	31,6	27,4	15,8	18,7
	Trastorno bipolar	66,2	6,8	54,0	19,5	49,0	23,1	36,7	17,6
	Trastorno distímico	69,0	20,1	49,8	27,8	34,3	28,1	19,1	17,4
	Dependencia del alcohol	70,5	20,6	<b>57,9</b>	24,2	43,5	30,4	<b>33,2</b>	20,0
	Dependencia de sustancias	58,7	17,0	46,8	23,7	35,4	24,6	27,3	16,6
	Trastorno de estrés postraumático	56,6	23,8	45,4	25,7	38,4	28,4	20,5	21,1
Síndromes clínicos graves	Trastorno del pensamiento	61,3	16,0	49,9	23,2	38,6	27,7	23,0	21,1

Depresión mayor	61,4	17,1	47,5	25,7	37,9	28,4	23,3	19,0
Trastorno delirante	<b>63,9</b>	17,5	<b>57,5</b>	22,0	<b>50,3</b>	26,9	<b>35,8</b>	23,5

---

*Nota: \* Diferencias significativas ( $p < 0.05$ )*

#### **4.1.5 Según tiempo de servicio:**

Aquellas personas con un tiempo de servicio de entre 0 y 3 años resultaron tener como predominio los rasgos de esquizoide y depresivo y en sintomatología clínica trastorno de ansiedad y dependencia del alcohol; mientras que los rasgos predominantes en el personal con más de 3 años de servicio eran: narcisista y compulsivo; con respecto a la sintomatología clínica se encontró en este grupo que las características predominantes eran: paranoide y trastorno delirante. En la tabla 3 se exhibe también la existencia de diferencias significativas en todas las características evaluadas excepto en el narcisismo; La puntuación de prevalencia reveló un nivel superior de presencia de rasgos histriónicos y compulsivos en las personas con un tiempo de servicio mayor a 3 años ( $p < 0.05$ ).

Tabla 4. Rasgos y sintomatología según tiempo de servicio

Característica	Hasta 3 años		Más de 3 años		p	
	Media	DE	Media	DE		
Patrones clínicos	Esquizoide	<b>67,3</b>	17,1	56,1	20,8	0,000*
	Evitativo	66,1	20,1	44,7	23,2	0,000*
	Depresivo	<b>67,3</b>	23,3	39,7	25,7	0,000*
	Dependiente	64,5	18,3	47,6	19,0	0,000*
	<i>Histriónico</i>	47,8	15,8	64,6	15,7	0,000*
	Narcisista	65,7	14,9	<b>68,6</b>	14,5	0,058
	Antisocial	59,4	19,6	34,7	18,3	0,000*
	Agresivo	56,2	18,5	43,4	18,9	0,000*
	<i>Compulsivo</i>	48,5	15,2	67,1	11,6	0,000*
	Negativista(pasivo-agresivo)	62,6	21,1	41,0	20,8	0,000*
Patología grave de la personalidad	Auntodestructivo	63,3	23,3	36,6	23,3	0,000*
	Esquizotípico	62,3	21,5	33,5	24,8	0,000*
	Límite	56,5	26,2	24,0	19,9	0,000*
Sintomatología clínica	Paranoide	<b>62,5</b>	17,4	<b>48,8</b>	22,6	0,000*
	Trastorno de ansiedad	<b>66,5</b>	30,5	29,3	24,9	0,000*
	Trastorno somatomorfo	52,6	22,2	25,6	23,3	0,000*
	Trastorno bipolar	59,0	16,8	<b>41,3</b>	20,1	0,000*
	Trastorno distímico	60,0	23,6	24,1	21,3	0,000*
	Dependencia del alcohol	65,3	22,1	38,2	20,3	0,000*
	Dependencia de sustancias	55,0	20,3	27,1	18,7	0,000*
Síndromes graves clínicos	Trastorno de estrés postraumático	54,0	22,7	23,6	20,8	0,000*
	Trastorno del pensamiento	57,4	19,5	29,5	21,8	0,000*
	Depresión mayor	57,2	20,8	23,9	20,2	0,000*
	Trastorno delirante	<b>62,2</b>	20,2	<b>43,4</b>	22,8	0,000*

Nota: \* Diferencias significativas ( $p < 0.05$ )

#### 4.1.6 Correlaciones entre edad: tiempo de servicio y nivel educativo con rasgos de personalidad.

La edad, tiempo de servicio y nivel de educación se encontraron de forma inversa y en intensidades leves y moderadas con los rasgos: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, antisocial, agresivo, negativista y autodestructivo. Lo que implica que a mayor edad, tiempo de servicio y educación, menor presencia de estos rasgos. Por otra parte, se encontró que los rasgos: histriónico, narcisista y compulsivo estaban directamente relacionados con la edad y el nivel de educación; el narcisismo no se relacionó con el tiempo de servicio de los militares. Los detalles se pueden observar en la tabla 4.

Tabla 5. Personalidad, edad, tiempo de servicio y nivel de educación.

Característica	(1) Esquizoide	(2A) Evitativo	(2B) Depresivo	(3) Dependiente	(4) Histriónico	(5) Narcisista	(6A) Antisocial	(6B) Agresivo	(7) Compulsivo	(8A) Negativista (pasivo-agresivo)	(8B) Autodestructivo	
Edad	r	-,272*	-,453*	-,526*	-,432*	<b>,469*</b>	<b>,107*</b>	-,493*	-,338*	<b>,556*</b>	-,475*	-,519*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,032	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Tiempo de servicio	r	-,257*	-,423*	-,478*	-,387*	,462*	0,09	-,489*	-,302*	,534*	-,423*	-,464*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,053	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Nivel educación	r	-,192*	-,272*	-,340*	-,308*	<b>,332*</b>	<b>,154*</b>	-,246*	-,223*	<b>,322*</b>	-,266*	-,325*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Nota: \* Relación significativa. (-) relación negativa; a medida que la una variable incrementa, la otra disminuye.



Los rasgos: esquizotípico, límite y paranoide se relacionaron moderadamente y en sentido inverso ( $p < 0.05$ ) con la edad, el tiempo de servicio y nivel de educación de los participantes; es decir a mayor edad, tiempo de servicio y nivel de educación menor presencia de rasgos: esquizotípico, límite y paranoide. Ver tabla 5.

*Tabla 6. Patología grave de la personalidad, edad, tiempo de servicio y nivel de educación.*

		(S) Esquizotipico	(C) Límite	(P) Paranoide
Edad	r	-,581*	-,544*	-,373*
	p	0,000	0,000	0,000
Tiempo de servicio	r	-,540*	-,504*	-,329*
	p	0,000	0,000	0,000
Nivel educación	r	-,310*	-,304*	-,265*
	p	0,000	0,000	0,000

*Nota: \* Relación significativa. (-) relación negativa; a medida que la una variable incrementa, la otra disminuye.*

Las tablas 6 y 7 muestran relaciones moderadas en un sentido inverso entre la edad, tiempo de servicio y nivel de educación con todas los síndromes clínicos regulares y graves evaluados; a mayor edad, tiempo de servicio y nivel de educación menor presencia de síndromes, la tabla 7 destaca una relación fuerte entre la edad y la depresión mayor, a mayor edad menor depresión mayor.

Tabla 7. Sintomatología clínica, edad, tiempo de servicio y nivel de educación.

		(A) Trastorno de ansiedad	(H) Trastorno somatomorfo	(N) Trastorno bipolar	(D) Trastorno distímico	(B) Dependencia del alcohol	(T) Dependencia de sustancias	(R) Trastorno de estrés posttraumático
Edad	r	-,541*	-,542*	-,460*	-,598*	-,524*	-,547*	-,572*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Tiempo de servicio	r	-,509*	-,488*	-,423*	-,567*	-,492*	-,539*	-,540*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Nivel educación	r	-,335*	-,346*	-,283*	-,349*	-,303*	-,259*	-,296*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Nota: \* Relación significativa. (-) relación negativa; a medida que la una variable incrementa, la otra disminuye



Tabla 8. Síndromes clínicos, edad, tiempo de servicio y nivel de educación.

		(SS) Trastorno del pensamiento	(CC) Depresión mayor	(PP) Trastorno delirante
Edad	r	-,599*	-,618*	-,478*
	p	0,000	0,000	0,000
Tiempo de servicio	r	-,559*	-,592*	-,462*
	p	0,000	0,000	0,000
Nivel educación	r	-,337*	-,299*	-,262*
	p	0,000	0,000	0,000

Nota: \* Relación significativa. (-) relación negativa; a medida que la una variable incrementa, la otra disminuye.

## 4.2 Discusión

El presente trabajo de tipo descriptivo cuantitativo, tiene como objetivo principal establecer el perfil clínico en el personal de Tropa del Comando Operacional NO.3 sur Cuenca, mediante la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial Theodore Millon III (MCMI III). La muestra estuvo compuesta por 403 hombres militares, la mayoría entre 18 y 53 años que se encontraban en servicio activo.

En base a los resultados obtenidos dentro de esta investigación, se puede evidenciar que el 65.7% del personal de tropa tiene un tiempo máximo de servicio de 3 años, la mayoría presenta instrucción secundaria y su estado civil es soltero.

Los rasgos de personalidad más predominantes luego de la aplicación del MCMI III fueron evitativo, depresivo y autodestructivo, mientras que los trastornos de personalidad más relevantes fueron narcisista, depresivo y esquizoide, presentándose cada uno de ellos en diferentes momentos de la vida militar dependiendo en gran medida de factores como el tiempo de servicio, el nivel educativo y la edad. En el perfil clínico de rasgos de personalidad se observa mayor presencia de rasgos narcisistas y esquizoides con un 66,7 y un 63,5 respectivamente encontrándose los dos en un nivel límite de presencia, por otra parte el rasgo con menor presencia resulto ser el límite con un puntaje medio de 45,4. Doce de los catorce rasgos se encuentran en el núcleo central con puntuaciones que oscilan entre 45,5 y 58.8; los dos rasgos restantes (narcisista y esquizoide) se encuentran en el límite de presencia con puntuaciones cercanas a 60.

Los datos obtenidos sobre la presencia de rasgos narcisistas y del trastorno en sí, son congruentes con los obtenidos en el estudio realizado por Bourgeois, Hall, Crosby, & Drexler en el año de 1993 en el cual encontraron que la característica de personalidad más común en esta población corresponde a la narcisista, pudiendo esta, según los autores conferir una

ventaja adaptativa en ciertos roles militares. Por otra parte los otros rasgos de personalidad reflejados en el presente estudio fueron similares a los hallados en la investigación llevada a cabo por Fathi Ashtiani & Jafari Kandovan, en el año 2011, donde se evidencio que los rasgos más representativos en el personal militar son el depresivo, narcisista y obsesivo.

En cuanto a la presencia y prominencia de síndromes clínicos se pudo evidenciar que los trastornos más prominentes son el trastorno de ansiedad y la dependencia al alcohol, mientras que la sintomatología menos presentada fue la depresión mayor, el trastorno de estrés post traumático y el trastorno somatomorfo., al contrastar estos resultados obtenidos con el Manual Básico de Salud Mental de la Fuerza Terrestre de Ecuador. (p.14/ pp. 23-33/ p.80) en el cual se menciona que las patologías más frecuentes en esta población son la depresión, ansiedad, simulación, alcoholismo y trastorno de estrés postraumático podemos observar que el consumo de alcohol y la presencia de ansiedad coinciden mientras que la depresión y estrés post traumático difieren; sin embargo la casi nula presencia de estrés post traumático en los participantes de este estudio se puede justificar debido a la ausencia de conflictos bélicos en la actualidad, por lo que es poco probable que los militares desarrollen este trastorno en condiciones normales. En cuanto a la presencia de depresión en el presente estudio se revela que alrededor del 23% de los participantes presentan síndrome distímico sin embargo no llega a ser patológico ya que se encuentra dentro del nivel del núcleo central con una puntuación de 47,7, existiendo solo un 1% con prominencia de este síndrome.

Por otra parte, en otra investigación realizada en el año 2007 por Sareen, y colaboradores se pudo documentar que las patologías que tienen más presencia en esta población son la depresión, el alcoholismo y la ansiedad. En lo que respecta a la presencia de ansiedad Muschalla (2008) considera que la misma es un fenómeno con alto valor funcional dentro del ámbito militar debido que permite desarrollar comportamientos

adaptativos como son la evitación/anticipación a la amenaza y la valoración de riesgo, dichos comportamientos según los autores, resultan ser fundamentales para un correcto desempeño de las funciones militares, tomando estas afirmaciones como referente podemos justificar en gran medida el alto porcentaje de ansiedad encontrado en la presente investigación.

Al relacionar los resultados obtenidos de los rasgos de personalidad y de los síndromes clínicos con los datos sociodemográficos de los participantes se revela que el rasgo de personalidad más relevante en aquellas personas con educación primaria es el depresivo seguido por el dependiente, síntomas que desaparecen a medida que el nivel de educación, años de servicio y la edad es mayor lo cual se puede justificar si se toma en cuenta el estudio realizado por Serra Taylor & Irizarry Robles (2015) donde se evidencia que a mayor autoeficacia y escolaridad existe una disminución de síntomas depresivos, dichos autores verifican mediante su investigación que las personas con mayor escolaridad presentan un nivel mayor de autoeficacia y un bajo nivel de síntomas depresivos .

A si mismo se puede observar que la edad, tiempo de servicio y nivel de educación se encuentran correlacionados de forma inversa con los rasgos esquizoide, evitativo, depresivo , dependiente, antisocial, agresivo, negativista y autodestructivo, lo cual implica que a mayor edad ,tiempo de servicio y educación menor presencia de estos rasgos lo que se traduce a una mayor estabilidad emocional dicha afirmación se sustenta si tomamos en cuenta la investigación realizada Andreu Rodríguez & de la Peña Fernández (1998) en 946 sujetos del instituto politécnico del ejercito de Madrid en la que se alega que a más años de servicio los sujetos evaluados presentaban mayor estabilidad emocional, apertura y control de impulsos .

Finalmente, es importante mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación no deben ser generalizados a pesar de que la muestra fue significativa, no se puede llegar a afirmaciones concluyentes para toda la población militar. Por otra parte, las variables que se están estudiando tales como la personalidad y la presencia de síndromes clínicos, son variables complejas, ya que dependen de una infinidad de factores que influyen directa e indirectamente de manera significativa.

### **4.3 Conclusiones**

El perfil sociodemográfico más frecuente de los participantes de este estudio lo representa un varón, en torno a los 24 años, soltero, con estudios secundarios y tiempo de servicio máximo de tres años.

En el apartado de personalidad los resultados obtenidos indican que los trastornos más predominantes son el trastorno Narcisista con una media de 66.7 y trastorno el esquizoide con 63.5 encontrándose ambos en el nivel límite de presencia; mientras que el trastorno límite de personalidad resulto ser el más débil con una puntuación media de 45,4 ubicándose en el nivel del núcleo central. También se pudo observar que el 41.2% de la muestra presenta entre 1 y 6 trastornos de personalidad al mismo tiempo, siendo los más frecuentes el Narcisista (13.6%), depresivo (9.7%) y esquizoide (8,2%); mientras que los trastornos menos frecuentes entre los participantes resultaron ser el antisocial (2,4%), esquizotípico (1,2%) y el agresivo (0,2%), por otra parte los rasgos de personalidad con mayor presencia dentro de la muestra fueron los evitativos (35,2%) y autodestructivos (32,3%).

La sintomatología más predominante corresponde a dependencia de alcohol y al trastorno delirante con una media de 56,0 y 55.8 respectivamente, mientras que la sintomatología más débil pertenece al trastorno somatomorfo (43,3) y el trastorno de

estrés postraumático (43,6); además los trastornos más frecuentes encontrados fueron el trastorno de Ansiedad (24,8%) y la dependencia de alcohol (8,2%), por el contrario los menos frecuentes son el trastorno de estrés post traumático (0,2%), la depresión mayor (0,7%) y el trastorno somatomorfo (0,7%), mientras que las patologías más comunes en los participantes del estudio resultaron ser el trastorno de ansiedad (47,4%), la dependencia de alcohol (34,3%), y el trastorno distímico (23,8%).

En cuanto al predominio de rasgos de personalidad y de sintomatología clínica según el nivel educativo se evidencia que aquellos participantes cuyo nivel educativo corresponde a primaria presentan rasgos de personalidad depresivos y dependientes así como trastornos de ansiedad y dependencia al alcohol. Por otra parte aquellos cuyo nivel educativo es superior (secundaria, técnico y tercer nivel) el rasgo de personalidad más dominante resulta ser el narcisista.

Tomando en cuenta el tiempo de servicio encontramos que aquellas personas que tienen hasta tres años de servicio presentan rasgos de personalidad esquizoide y depresivo manteniéndose presente el trastorno de ansiedad y la dependencia al alcohol, mientras que aquellos cuyo tiempo de servicio era mayor a 3 años la característica que sobresalía era el narcisismo además se producía un aumento de rasgos histriónicos y compulsivos.

Se pudo evidenciar que a mayor edad, nivel educativo y tiempo de servicio disminuye la presencia de todas las características de personalidad y sintomatología excepto en: los rasgos histriónicos y compulsivos los cuales aumentan junto con las variables anteriormente mencionadas. Por otra parte el narcisismo se relaciona únicamente con el nivel educativo, a mayor nivel educativo más narcisismo.

#### **4.4 Recomendaciones**

A pesar de que la muestra de esta investigación este compuesta por un número considerable de sujetos, estos resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones militares debido que las variables medidas dependen de la influencia de otros factores, además que la evaluación de la personalidad y de la psicopatología depende en gran medida de la metodología y de los instrumentos utilizados para esta finalidad.

Por esta razón resulta importante ampliar el estudio de personalidad y psicopatología en esta población para obtener información actualizada que nos permita mejorar el abordaje terapéutico mediante el desarrollo de un plan de intervención que ayude a disminuir la sintomatología presente en los militares ayudando de esta manera a mejorar su desempeño y su calidad y de vida.

Como consideración final se debe tener en cuenta que a pesar de que varios de los participantes del presente estudio alcanzaron en el test el puntaje designado por el autor para diagnosticar un trastorno de personalidad o patología no podemos asegurar que los posean, ya que para llegar a un diagnostico verídico se necesitaría recopilar más información que lo corrobore.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albores, L., Márquez, M. E., & Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, vol. 26, núm. 3, 16-26.
- Alcides Camargo, J., & Puentes Suárez, A. (2010). Rasgos de personalidad y autoestima en víctimas de acoso laboral. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 51-64.
- American Psychological Association (2007) *Psicología Militar aplicaciones Interdisciplinarias*. Revista *PsycINFO*, Washington, USA, January 2007. En: <http://www.apa.org/pubs/librarians/guides/military-spanish.pdf>
- Andreu Rodríguez, J. M., & de la Peña Fernández, M. E. (1998). Rasgos de personalidad y valores interpersonales del militar profesional especialista. *Anuario de psicología jurídica*, 181-192.
- Arango, A. (2015). *Rasgos de personalidad según orden de nacimiento*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Baker, R. (2013). Historia de la psicología en el departamento de asuntos de veteranos. En Moore, B & Barnett, J. (Eds). *Psicólogos militares de escritorio de referencia*. (pp. 13-18). Nueva York.
- Bartone, P. (1999). La resiliencia contra el estrés relacionado con la guerra en las fuerzas de reserva del ejército. *Revista de psicología de consultoría: práctica e investigación*, 51, 72-82.
- Benyamini, Y., y Solomon, Z. (2005). Reacciones al estrés de combate, estrés postraumático. Trastorno, estrés acumulado en la vida y salud física entre los veteranos israelíes Veinte años después de la exposición al combate. *Ciencias sociales y medicina*, 61, 1267-1277.
- Blanco Ande (1990), U. *El Estado, la Nación, el Pueblo y la Patria*. Edit. San Martín, P. 263.
- Bourgeois, J. A., Hall, M. J., Crosby, R. M., & Drexler, K. G. (1 de March de 1993). An Examination of Narcissistic Personality Traits as Seen in a Military Population. *158(3)*, 17, 174.
- Browne, T. (2007). Explicaciones del aumento de problemas de salud mental en la reserva del Reino Unido. Fuerzas que han servido en Irak. *Revista británica de psiquiatría*, 190, 484-489.
- Castro Solano, A. y Casullo, M.M (2000). Los estilos de personalidad en el ámbito laboral. En Sánchez-López, M.P. y Casullo, M.M. (Eds.). *Los estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Madrid: Miño y Dávila.
- Castro Solano, A. y Casullo, M. (2002). Predictores del rendimiento académico y militar de cadetes argentinos. *Anales de Psicología*. 18 (2), 247-259.



- Cloninger, C. R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99-108.
- Cloninger, S. (2003). *Teorias de la personalidad*. Mexico: Pearson Educacion.
- Davis, R. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352.
- Dirección de Sanidad del Ejército. (2009). *Manual Basico de Salud Mental de la Fuerza Terrestre del Ecuador*. Ecuador.
- Donoso, D. (Coord.) (2013). *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Madrid: Ministerio de defensa de España.
- Esposito-Smythers. (2011). La juventud militar y el ciclo de despliegue: Salud emocional. Consecuencias y recomendaciones para la intervención. *Diario de la familia Psicología APA*, 25, 497-507.
- Fathi Ashtiani, A., & Jafari Kandovan, G. R. (2011). Comparison of lifestyle, quality of life and mental health in two military dependent and non-military dependent university personnel. *J Mil Med*, 13(1), 17-24. Obtenido de <http://militarymedj.ir/article-1-727-en.html>
- Feldman, R. (2002). *Personalidad. Psicología con aplicaciones en países con habla hispana*.
- Feldman, R. (2006) *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*, México Df: McGraw-Hill. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Gómez, J. A. (s.f.). *Variaciones de la personalidad del soldado: Estudio comparativo de una poblacion militar a traves del 16 Pf*.
- Gonzalo, A. (2012). *Psicología en las Fuerzas Armadas: Campos de Intervención*. Palma de Mallorca: UIB.
- Hauser, S. L. (2009). *Gulf War and Health: Update of Health Effects of Serving in the Gulf War*. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2010/Gulf-War-and-Health-Volume8/Hauser%20Testimony.pdf>
- Ibáñez, V., Díaz, D., & Moreno, F. (2005). La sociedad ante la guerra. Efectos de la guerra y la violencia organizada en la salud mental. En Estébanez, P (Ed). *Medicina Humanitaria*. (pp. 497-520). Madrid: Editorial Díaz De Santos.
- Jiménez, C. (1990). *La Profesión Militar desde la Perspectiva Social y Ética*. Madrid: Ministerio de Defensa.
- Kennedy, C., (2012). *Historia de la psicología militar*. En Kennedy, C y Zillmer E. (Eds). *Psicología militar: clínica y operativa. Aplicación* (pp. 1-3). Nueva York: La Prensa de Guilford

- Kirke, C. (2007). Addressing Constructions of Bullying in the British Army: A Framework for Analysis. Defence Academy of The United Kingdom. The Shrivenham Papers.
- Lewis, R. (2006). Los perfiles de personalidad de los experimentados aviadores de ala rotatoria del Ejército de EE. UU. A través de plataformas misioneras. Universidad de la libertad. Disertación. Virginia-USA
- Margarita Ortiz-Tallo, V. C. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 49-59.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81–90.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, T. Y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca. Original editado en 1985.
- Millon, T. (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. y Davis, R (1998). *Trastornos de la personalidad. Mas allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2000). Toward a new model of integrative psychotherapy: Psychosynergy. *Journal of Psychotherapy*
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 209-218.
- Millón, T. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*. Madrid: TEA. Ediciones, S.A.
- Mondragon, F. S. (2015). *Características de la personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual*. Barcelona: Universida de Barcelona.
- Monge, C. M. (2015). Los conocimientos sobre rasgos de personalidad del profesorado como facilitadores de la innovación educativa: estado del arte 1. *Revista Fuentes*, 173-198.
- Muschalla, B. (2008). Workplace related anxieties and workplace phobia. A concept of domain specific mental disorders. Obtenido de [https://publishup.unipotsdam.de/opus4-ubp/files/1817/muschalla\\_diss.pdf](https://publishup.unipotsdam.de/opus4-ubp/files/1817/muschalla_diss.pdf)
- Niebuhr, D., Gubata, M., Weber, N., Oetting, A., Feng, X., y Cowan, D. (2013). *Cuestionario de evaluación de la personalidad de preadhesión para el riesgo de*

enfermedad Trastornos y desgaste temprano en reclutas del ejército de Estados Unidos. *Servicios Psicologicos*, 10, 378-385

- Otzvik, K., y Rudmin, F. (2001). Intimidación y hostigamiento entre los soldados del ejército noruego: Dos estudios de prevalencia, contexto y cognición. *Psicología militar*, 13, 17-39.
- R, F. A. (2011). Comparison of personnel's lifestyle, quality of life and mental health in two military and non-military universities . *Iranian Journal of Military Medicine*, 17-24.
- Rudd, M. D. (1996). Millon Clinical Multiaxial Inventory Profiles and Maladjustment in the Military: Preliminary findings. *Military Medicine*, 349-351.
- Rumsey, M., y Arabian, J. (2014). Selección, enlistamiento y clasificación militar: Avanzando Psicología militar, 26, 221-251
- Sánchez,R. (2003). Theodores Millon, una teoría de la Personalidad y su patología, *Psico-USF*, V8,n2,p. 163-173. Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Belik, S. L., Meadows, G., & Asmundson, G. J. (2007). Combat and peacekeeping operation in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. 64(7), 843-852.
- Schaubroeck, J., Riolli, L., Peng, A., & Spain, E. (2011). Resilience to traumatic exposure among soldiers deployed in combat. *Journal of Occupational Health Psychology*,16, 18-37.
- Schmidt, V., Firpo, L., D, V., De Costa Olivan, M., E, C., L, C., & L, B. G. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de la Psicología* , 1-21.
- Siegel, R. E. (1968). IV. The Humoral Doctrine: Its Application in Health and Disease. In *Galen's System of Physiology and Medicine* (pp. 196-359). Karger Publishers.
- Serra Taylor, J., & Irizarry Robles, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en puerto rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta colombiana de psicología*, 18(1), 125-134
- Simkin, H., & Cermesoni, D. (2014). Factores de la personalidad, espiritualidad y su relación con la calidad de vida. *Calidad de Vida y Salud* , Universidad de Flores, 4-12.
- Soeters, J., Winslow, D., & Weibull, A. (2006). Military Culture. En G. Caforio. (Ed.), *Handbook of the Sociology of the Military* (pp. 237-255). New York: Springer.
- Teorias de la Personalidad un analisis historico del concepto y su medicion. (2009). *Redalyc*, 81-107.
- Tous, J. M. (2008). Personalidad, desarrollo y conducta anormal. *Papeles del Psicólogo*, vol. 29, núm. 3,, 316-322.

- Truhon, P. (2011). Conveniencia social en las pruebas de personalidad de oficiales militares. *Psicología militar*, 13, 223-234.
- Van Der Steeg, A. F., De Vries, J., & Roukema, J. A. (2010). Anxious personality and breast cancer: possible negative impact on quality of life after breast-conserving therapy. *World Journal of Surgery*, 34(7), 1453-1460.
- Vivanco, K. L. (2014). Personalidad como determinante en el consumo de alcohol y nicotina en el personal militar del comando de brigada de infantería N°7 "Loja" en el periodo de mayo-octubre . Loja.
- Watson Press., D., & Clark, L. A. (1997). Extraversion and its positive emotional core. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 767–793). San Diego: Academic
- Willingham, V. (2014). Study: Rates of many mental health disorders much higher in soldiers than in civilians. Retrieved from <http://www.cnn.com/2014/03/03/health/jama-military-mental-health/>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Consentimiento informado**



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“PERFIL CLINICO EN EL PERSONAL DE TROPA DEL COMANDO  
OPERACIONAL NO. 3 SUR (CUENCA)”**

La presente investigación es realizada por: la Srta. María José Ávila y el Sr. Paúl Andrés Vera, estudiantes de la carrera de psicología clínica, con la finalidad de realizar el trabajo de titulación “perfil clínico en el personal de tropa del Comando Operacional NO. 3 Sur (Cuenca)” previo a la obtención del título de Psicóloga y Psicólogo respectivamente.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Información del estudio. - En el estudio se investigará rasgos de personalidad y síndromes clínicos, esto se llevará a cabo mediante la aplicación de un formulario de recolección de datos.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de la persona y de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá determinar el perfil clínico del comando operacional es decir rasgos de personalidad y síndromes clínicos para tomar medidas de prevención y control en caso de ser necesario, buscando que mejore la calidad y el desempeño laboral en los individuos que participan de este estudio.

Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno.

Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial.

La participación es voluntaria: La participación de este estudio es estrictamente voluntaria.

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende llevar y de mi participación.

Yo entiendo que voy a ser sometido(a) a una encuesta. Sé que estas pruebas no tienen riesgo alguno ni efectos secundarios. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero ni recibir remuneración alguna por el cuestionario.

Yo \_\_\_\_\_, con cédula de identidad  
#:\_\_\_\_\_ libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio.

Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

## **Anexo 2. Ficha sociodemográfica**

### **DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

N identificación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo M \_F\_

Profesión actual \_\_\_\_\_

#### **1. ESTADO CIVIL**

\_\_\_ No he estado casado    \_\_\_ Casado en 1er matrimonio    \_\_\_ Casado (segundas  
nupcias o más)

\_\_\_ Separado                      \_\_\_ Divorciado                      \_\_\_ Vive en pareja

\_\_\_ Viudo                      \_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado)**

Primaria (hasta 6to de educación primaria)

Secundaria

Estudios Universitarios

Otros (indicar) \_\_\_\_\_

**3. LUGAR Y ORIGEN DE RESIDENCIA**

Origen \_\_\_\_\_ Residencia \_\_\_\_\_

**4. INDIQUE CON LOS NUMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS**

Matrimonial o familiar     Confianza en sí mismo     Trabajo, estudios o empleo

Cansancio o enfermedad     Soledad     Alcohol

Drogas     Problemas mentales     Conducta antisocial

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

**5. TIEMPO DE SERVICIO**



\_\_\_ 0-3 años    \_\_\_ 3-6 años    \_\_\_ 6-9 años    \_\_\_ 9-12 años    \_\_\_ 12-15  
años

\_\_\_ 15-18 años    \_\_\_ 18-21 años

### Anexo 3. Tablas estadísticas.

#### Presencia alta de rasgos

Tipo de patrones	Rasgo	n	%
Patrones clínicos	Esquizoide	33	8,19
	Evitativo	14	3,47
	Depresivo	39	9,68
	Dependiente	18	4,47
	Histriónico	24	5,96
	Narcisista	55	13,65
	Antisocial	5	1,24
	Agresivo	1	0,25
	Compulsivo	9	2,23
	Negativista(pasivo-agresivo)	19	4,71
	Auntodestructivo	17	4,22
Patología grave de la personalidad	Esquizotípico	5	1,24
	Límite	18	4,47
	Paranoide	9	2,23

#### Presencia alta de rasgos

Tipo de patrones	Sintomatología	n	%
Síndromes clínicos	Trastorno de ansiedad	100	24,81
	Trastorno somatomorfo	3	0,74
	Trastorno bipolar	4	0,99
	Trastorno distímico	5	1,24
	Dependencia del alcohol	33	8,19
	Dependencia de sustancias	2	0,50
	Trastorno de estrés postraumático	1	0,25
Síndromes clínicos graves	Trastorno del pensamiento	-	-
	Depresión mayor	3	0,74
	Trastorno delirante	18	4,47



*Rasgos de personalidad generales*

Rasgos de personalidad		Mínimo	Máximo	Media	DE	CV*
	Esquizoide	0	103	<b>63,5</b>	19,2	30,2
	Evitativo	8	93	58,8	23,5	40,0
	Depresivo	2	107	57,8	27,4	47,5
	Dependiente	8	97	58,7	20,2	34,4
	Histriónico	18	107	53,6	17,7	33,0
Patrones clínicos	Narcisista	32	108	<b>66,7</b>	14,8	22,2
	Antisocial	4	97	50,9	22,4	44,0
	Agresivo	3	87	51,8	19,6	37,9
	Compulsivo	7	99	54,9	16,6	30,3
	Negativista (pasivo-agresivo)	8	97	55,2	23,4	42,3
	Autodestructivo	2	110	54,1	26,5	49,0
Patología grave de la personalidad	Esquizotípico	1	92	52,4	26,4	50,4
	Límite	1	98	45,4	28,7	63,2
	Paranoide	1	105	57,8	20,4	35,3

Nota: \* *Coefficiente de variación (DE/M)\*100*

*Sintomatología clínica en el personal de las tropas.*

Síntoma		Mínimo	Máximo	Media	DE	CV (%)*
	Trastorno de ansiedad	1	106	53,8	33,7	62,6
	Trastorno somatomorfo	1	94	43,3	25,9	59,9
	Trastorno bipolar	2	90	53,0	19,8	37,4
Síndromes clínicos	Trastorno distímico	1	91	47,7	28,5	59,7
	<b>Dependencia del alcohol</b>	<b>1</b>	<b>97</b>	<b>56,0</b>	<b>25,1</b>	<b>44,7</b>
	Dependencia de sustancias	1	96	45,4	23,8	52,3
	Trastorno de estrés postraumático	1	85	43,6	26,4	60,5
Síndromes clínicos graves	Trastorno del pensamiento	1	83	47,8	24,2	50,7
	Depresión mayor	1	93	45,8	26,0	56,7
	Trastorno delirante	1	115	55,8	22,9	41,1

*Nota: \* Coeficiente de variación (DE/M)\*100*