



Facultad de Medicina

**Hospital Psiquiátrico
"Dr. Rafael Serrano"**

Prevalencia de los rasgos de trastornos de personalidad en pasantes de medicina.

**Tesis que para obtener el diploma de
la especialidad en psiquiatría**

Presenta:

Médico Residente: Carlos Martín Villegas Vargas

Directora:

Dra. María del Carmen Lara Muñoz

Asesora:

Dra. María del Carmen Lara Muñoz



Heroica Puebla de Zaragoza, noviembre de 2019

Índice

Agradecimientos.....	4
Antecedentes generales.....	5
Teorías de la personalidad.....	8
Trastornos de personalidad.....	16
Trastornos de personalidad en médicos y estudiantes de medicina.....	25
Justificación.....	36
Planteamiento del problema.....	37
Hipótesis.....	38
Pregunta de investigación.....	38
Objetivos generales.....	39
Objetivos específicos.....	39
Material y Métodos.....	40
Sujetos.....	40
Variables e instrumentos de medición.....	40
Procedimiento.....	44

Técnica de análisis y procesamiento de los datos.....	45
Consideraciones éticas.....	45
Resultados.....	48
Discusión.....	53
Limitaciones.....	57
Conclusiones.....	57
Anexos.....	58
Referencias.....	65

Agradecimientos

A mi esposa por su comprensión.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A mis profesores y maestros por su devoción hacia la enseñanza.

Antecedentes generales

“Todo el mundo sabe lo que es la personalidad, pero nadie puede explicarlo”.
(Allport y Vernon, 1930)

La frase plasmada anteriormente, comunica de manera excepcional la problemática que ha constituido la definición y acepción de un término tan abstracto y crucial como lo es el de la personalidad. No obstante, dicha complejidad, no ha sido impedimento para que el término sea empleado de forma cotidiana por la población general.

A menudo cuando hablamos de la personalidad de alguien nos referimos a las características distintivas del individuo, lo que lo diferencia de los demás o lo hace único del resto.

No obstante, los teóricos de la personalidad se interesan no solamente en las singularidades individuales, sino también en las convergencias y aspectos que comparten los individuos. Es decir, buscan definir la estructura e incluso la esencia del constructo de la personalidad.

Aún no existe un consenso universal del significado de personalidad, pues prácticamente existen tantas definiciones como autores de teorías de la misma han escrito.

El estudio de la personalidad propiamente dicho inició en el siglo XX (Bermúdez, et. al.; 2011), aunque desde la época clásica, los griegos iniciaban a explicar las causas de las diferencias del comportamiento individual.

Antes de emitir su propia definición de personalidad, Bermúdez (2011), propone determinados aspectos que deben de encontrarse presentes para comprender de forma integral la personalidad; estos son:

1. La personalidad es un constructo hipotético, inferido de la observación de la conducta.
2. La utilización del término personalidad, no implica connotaciones de valor sobre la persona caracterizada.
3. La personalidad incluye una serie de elementos (rasgos o disposiciones internas), relativamente estables a lo largo del tiempo, y consistentes de unas situaciones a otras, que explican el estilo de respuesta de individual. Estas características permiten que podamos predecir la conducta de los individuos.
4. La personalidad también incluye otros elementos (cogniciones, motivaciones, estados afectivos) que influyen en la determinación de la conducta y que pueden explicar la falta de consistencia y de estabilidad de la misma en determinadas circunstancias.
5. La personalidad abarca tanto la conducta manifiesta como la experiencia privada.
6. La conducta será fruto tanto de los elementos más estables (ya sean psicológicos o biológicos) como de los aspectos más determinados por las influencias personales (percepción de la situación, experiencias previas), sociales o culturales.
7. La personalidad es algo distintivo y propio de cada individuo a partir de la estructuración peculiar de sus características y elementos.
8. El individuo buscará adaptar su conducta a las características del entorno en que se desenvuelve, teniendo en cuenta que su percepción del mismo va a estar

guiada por sus propias características personales (sobre lo que es importante o no, estresante, positivo, etc.).

Tras intentar de integrar dichas reflexiones, Bermúdez (2011) pronuncia su definición de lo que considera es la personalidad:

“Organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones”

Se considera que la personalidad de un individuo inicia con componentes biológicos innatos, los cuales se van canalizando por la influencia de múltiples factores (experiencias, familia) hasta finalmente dar como resultado un patrón de conductas, cogniciones, y patrones emocionales (Bermúdez, et. al.; 2011).

El origen del término personalidad es discutido y controvertido, el más aceptado de ellos es el que propone que proviene de la palabra griega “*prosopon*” que significa “delante de la cara” o “máscara”, ello debido a que, en las obras teatrales de la antigua Grecia, para personificar diferentes papeles en los dramas, se empleaban máscaras que cubrían sus rostros; con la finalidad de representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos.

Otros autores argumentan que el término proviene de la voz etrusca: “*Persum*”, que en latín significa rostro o cabeza. Por su parte, algunos autores opinan que el término persona viene de “*Per Se Unum*”, cuya traducción aproximada del latín sería "lo uno de por sí" y expresaría la personalidad como una unidad funcional.

Adicionalmente, otra acepción sugerida proviene del vocablo latín, es que el ya citado término puede devenir del verbo "*Personare*" cuyo significado es: "sonar o hablar a través de algo" (Burk, Díaz-García; 1970).

El Diccionario de la Real Academia Española en su 24 edición define el término “personalidad” de la siguiente manera:

“1. f. Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra”.

“2. f. Conjunto de características o cualidades originales que destacan en algunas personas”.

Teorías de la personalidad

A continuación, describiré de manera breve y concisa sin pretender ser exhaustivo, las principales teorías acerca del desarrollo de la personalidad, clasificadas por su época, origen o corriente ideológica; así como los conceptos relevantes pertinentes de cada una de las mismas.

Época clásica

Iniciando con la cultura griega, considerada por muchos como la cuna de la civilización, es obligatorio recordar la ya tan conocida clasificación que propuso el médico griego Hipócrates, considerado por muchos como el padre de la medicina, el cual describió en el siglo V antes de nuestra era, cuatro tipos de individuos, estos los clasificaba de acuerdo a sus temperamentos, los cuales eran definidos por el fluido corporal predominante en el individuo: el sanguíneo o alegre, el melancólico o de bilis negra, el colérico en el cual predominaba la bilis amarilla y por último el flemático, conformado por individuos pasivos o calmados (Albores, Márquez, Estañol; 2003).

Montaño y colaboradores (2009), nos recuerdan como Cicerón (106-43 A. C.), definió el término personalidad, desde cuatro diferentes significados:

- 1) Como la manera en que el individuo aparece frente de los demás;
- 2) el papel que el individuo desempeña en la vida;
- 3) el cúmulo de cualidades que comprenden a la persona;
- 4) como un sinónimo de prestigio y dignidad.

Teoría psicodinámica de la personalidad

Sigmund Freud, padre del psicoanálisis clásico, teorizó en el siglo XIX que la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo, y que por lo general se dan fuera de la conciencia.

Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales (Morris & Maisto, 2005)

Un siglo después Erikson reinterpretó las etapas psicosexuales de Freud enfatizando el componente social en cada una que habría de culminar en el desarrollo de la personalidad del individuo.

Jung, discípulo de Freud, aportó el binomio de extroversión-introversión, indicando que se nace con un determinado tipo de temperamento, el cual puede consistir en tenerse como interés predominante el sujeto así mismo más que al mundo exterior (introversión), o al contrario (extroversión); además definió a los introvertidos como personas indecisas y a la defensiva, mientras que el extrovertido posee un carácter desprendido y seguro (Albores, Márquez, Estañol; 2003).

Teoría fenomenológica de la personalidad

A diferencia del psicoanálisis, la teoría fenomenológica de la personalidad considera que el ser humano no puede ser comprendido como resultado de

conflictos ocultos e inconscientes, sino que tiene motivaciones y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando alcanzar niveles superiores de funcionamiento, además declara que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen.

Por su parte, Carl Rogers consideró que los seres humanos forjan su personalidad al emplearse al servicio de metas “positivas”, las cuáles define como acciones dirigidas a alcanzar logros que tengan un componente benéfico. Para Rogers, cada persona nace con una serie de capacidades y potenciales, los cuales debe perfeccionar a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad la denomina como “tendencia a la realización”; cualidad que considera es inherente al ser humano (Morris y Maisto; 2005).

En cambio, Allport enfatizó la preponderancia de los factores individuales en la construcción de la personalidad, pues consideró necesario la existencia de una continuidad de motivaciones en la vida de la persona, concordó con Freud en que la motivación estaba determinada por los instintos sexuales, mas discrepa con él en que esta determinación se dé de manera indefinida, pues opina que el predominio de la motivación sexual no se encuentra durante toda la vida.

Allport también creía que los motivos de una persona para actuar son autónomos, además que determinan su nivel de madurez diseño, inspirado en el concepto yoico freudiano, el concepto de *propium*, el cual consta de las raíces de la uniformidad que caracteriza las actitudes, objetivos y valores de la persona. Con esto concluye que el yo no se encuentra desde el nacimiento, sino que se elabora con el paso del tiempo (Mischel, 1988).

Teoría de los rasgos

Los rasgos son las características particulares de cada individuo, entre las que se encuentran el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores.

Raymond Cattell, clasificó los rasgos en cuatro categorías:

- 1) comunes (se encuentran en todas las personas) vs únicos (característicos del individuo);
- 2) superficiales (fáciles de identificar) vs fuentes (solo se identifican por medio del análisis factorial);
- 3) constitucionales (hereditarios) vs moldeados por el ambiente;
- 4) los dinámicos (motivan hacia alguna meta) vs los de habilidad (capacidad para alcanzar dicha meta) vs temperamento (aspectos emocionales en la actividad) (Aiken, L. (2003).

En 1970 Hans Eysenck definió la personalidad como: “una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente”. Estable con ello la base de la personalidad compuesta por tres aspectos: introversión-extroversión, neuroticismo y psicoticismo (Davidoff, 1998).

El psicoticismo se caracteriza por la pérdida del principio de realidad, con la consiguiente incapacidad para distinguir entre los acontecimientos reales o imaginados (Engler, 1996).

Teoría conductual de la personalidad

De forma general, el enfoque conductual de la personalidad minimiza la influencia de los factores internos del individuo y prepondera la importancia de las situaciones vivenciales externas, las cuáles moldearían los patrones conductuales del sujeto.

Watson es considerado como el padre del conductismo, concordó con Jhon Locke y su teoría de la “*tabula rasa*” (tabla rasa, sin escribir), la cual plantea que el recién

nacido viene en “blanco”, por lo que es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la maleabilidad innata de éste, no sólo en la infancia sino también en la etapa adulta (Davidoff, 1998).

El estadounidense Skinner desarrolló el conductismo operante, el cual basado en los principios del reforzamiento describe cómo influyen en la conducta las recompensas y castigos otorgados al individuo.

Teoría cognitiva de la personalidad

La teoría cognitiva de la personalidad plantea que la conducta está guiada por los pensamientos y acciones antes diversas situaciones.

Entre los principales autores cognitivistas se encuentra Bandura, el cual elaboró el término “determinismo recíproco” en el cual explica el ambiente como la causa del comportamiento y éste a su vez también modifica al ambiente (Seelbach, 2012).

Posteriormente el mismo Bandura consideró que esta interacción necesita de algo más, y que la personalidad se conforma por tres elementos:

- Ambiente.
- Comportamiento.
- Procesos psicológicos.

Además, el mismo Bandura explica que otros factores como las expectativas internas de los individuos poseen un papel importante en la génesis del comportamiento humano, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo. (Bandura, Locke; 2003).

Surgimiento de la psicología de la personalidad

Tras la primera guerra mundial, ante la necesidad emergente de mejorar la predicción sobre el rendimiento escolar, laboral o militar, se inició el desarrollo de tests psicológicos que evaluaban la personalidad, pese a ello, dicho estudio no se formalizó como una rama de la psicología, hasta finales de la década de los 30 (Bermúdez, et. at.; 2011).

Posteriormente, tres manuales, y sus correspondientes autores, contribuyeron a la consideración del estudio de la personalidad como una disciplina científica y rama de la psicología. Dichos autores fueron: Allport (1937, *Personality: A Psychological Interpretation*), Murray (1938, *Explorations in Personality*) y Stagner (1937, *Psychology of Personality*) (Bermúdez, et. at.; 2011).

Durante más de 80 años la psicología de la personalidad ha diversificado los enfoques teóricos y clínicos, en diferentes grupos, esto a causa de que cada vertiente concibe de manera distinta a la personalidad, al poner énfasis en una o varias características singulares cognitivas, conductuales, sexuales, culturales o afectivas, entre los principales grupos tenemos: dinámico (Freud, Jung, Fromm, Adler), humanista (Rogers, Maslow), basado en rasgos (Allport, Cattell), conductual (Skinner, Pavlov), aprendizaje social (Bandura), sociocultural (Vigotsky), motivacional (Maslow), entre otros (Pedroza Flores, R. 2016).

La psicología de la personalidad ha enfatizado en el estudio de la persona de forma total, la dinámica de la motivación humana, la identificación y medida de las diferencias individuales entre las personas (Bermúdez, et. at.; 2011).

Cuadro 1. Características de los modelos teóricos en la psicología de la personalidad

Modelo	Supuestos
Internalista (Organísmico)	Conducta fundamentalmente determinada por VV. <i>personales</i> Consistencia-estabilidad Variables personales permiten predecir la conducta Metodología <i>clínica y/o correlacional</i> Persona: <i>Activa</i>
Situacionista (Mecanicista)	Conducta fundamentalmente determinada por VV. <i>situacionales</i> Especificidad Personalidad = Conducta Metodología <i>experimental</i> Persona: <i>Reactiva</i>
Interaccionista (Dialéctico)	Conducta fundamentalmente determinada por la <i>interacción</i> entre VV. personales y situacionales Por parte de las VV. personales: mayor peso de los <i>factores cognitivos</i> Por parte de las VV. situacionales: mayor peso de la <i>situación psicológica o percibida</i> Persona: <i>Activa e intencional</i>

*Tomado de Bermúdez y colaboradores (2011).

Modelo internalista

Este modelo entiende a la persona como organismo activo, determinante fundamental de la conducta que manifiesta en las distintas situaciones. La característica principal que subyace a estos planteamientos teóricos sería que los determinantes principales de la conducta son los factores, dimensiones estructurales, o *variables personales*, que definen a un individuo. Según este modelo, la conducta de los individuos es altamente *consistente* a lo largo de las distintas situaciones, y *estable* a lo largo del tiempo (Bermúdez, et. al; 2011).

Modelo situacionista

Este modelo propone la idea de que las causas que ponen en marcha y dirigen la conducta de las personas están fuera de ellas, lo que las hace ser más *reactivas* que activas; en el modelo situacionista se deja recaer la determinación de la

conducta sobre *factores ajenos o externos* al individuo, sobre las condiciones en que se desarrolla la conducta.

Modelo interaccionista

Los modelos anteriores (internalista y situacionista) reconocen implícitamente la participación de las fuerzas no consideradas como principales: la situación, en el modelo internalista; y el organismo, en el situacionista.

El modelo interaccionista entiende que la conducta está determinada por variables personales además de variables situacionales; pero, fundamentalmente, por la interacción entre ambos tipos de determinantes.

Época actual

Actualmente desde la perspectiva psiquiátrico-psicológica, se concibe a la personalidad como el resultado de la combinación del temperamento y del carácter; siendo el primero la parte biológica, genética y hereditaria del ser humano y el segundo las conductas, patrones y comportamientos desarrollados por la educación, medio ambiente y circunstancias vitales.

Caballo (2008), McCrae y Costa, (2003) consideran que el constructo de *personalidad* ha sido empleado para referirse al conjunto de patrones de pensamientos, emociones y acciones que caracterizan a una persona desde épocas tempranas de la vida y que son estables, permanentes en el tiempo y a través de diferentes situaciones. Constituye una mezcla de factores temperamentales y caracterológicos que dan cuenta de la influencia de los aspectos biológicos y heredados que en principio determinan la forma de reacción al medio, así como de la formación de unas características psicosociales distintivas que sólo son posibles a partir de la socialización y el aprendizaje.

Trastornos de personalidad

Para continuar el presente trabajo, es meritorio recordar la diferencia entre los conceptos de “rasgos de personalidad” y “trastornos de personalidad”, para ello definiremos dos conceptos básicos y necesarios: la normalidad y la anormalidad, esta última también entendida como “patología”, “trastorno” o “trastorno mental”. Para ello, primero revisaremos la definición que nos aporta uno de los principales autores contemporáneos en los trastornos de personalidad y posteriormente se revisarán de manera breve los dos principales sistemas de clasificación de las entidades nosológicas de la psiquiatría actual; con ello podremos hacer una comparativa de las diferencias y similitudes que ambos sistemas taxonómicos guardan entre sí.

Theodore Millon (2006) expresa: “No es posible diferenciar de forma absolutamente objetiva entre normalidad y anormalidad. Todas las distinciones de este tipo, incluidas las categorías diagnósticas del DSM-IV son en parte construcciones sociales y artefactos culturales. Aunque las personas se pueden agrupar en función de criterios explícitos y estas clasificaciones contribuyen a la respetabilidad de la ciencia, la intención de agrupar y al acto de clasificar a las personas en grupos diagnósticos son únicamente sociales... Dada su base social, es probable que la mejor definición de la normalidad sea la conformidad con los comportamientos y costumbres típicos del propio grupo o cultura. Por tanto, la patología se definirla a partir de los comportamientos atípicos, irrelevantes o distintos de los del grupo de referencia”.

Por su parte, la American Psychiatric Association (APA), declara por medio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM-5), los elementos presentes necesarios para ser considerado un trastorno mental:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del

individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente”.

Según el DSM-5, los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Solamente cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad.

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y del comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), emplea también la terminología de “trastorno de personalidad”, pero nos informa que "trastorno" no es un término preciso, empero es utilizado para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, lo cual en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

De manera general, expresa, los trastornos de personalidad abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás.

En el apartado de características generales de los trastornos de personalidad, el CIE-10 concuerda con el DSM-5 en que son entidades persistentes, así como la expresión de un estilo de vida y manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Además, algunas de las alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas.

Prevalencia

Las estimaciones de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población en general, indican: un 5.7% para los trastornos del grupo A, un 1.5% para los trastornos del grupo B, un 6.0% para los trastornos del grupo C y un 9.1% para cualquier trastorno de la personalidad (Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales 5a Edición).

Según Kaplan & Sadock (2010), la prevalencia de los trastornos de personalidad de la población general se estima entre un 10 y un 20%; y de hasta un 50% en los pacientes psiquiátricos.

Clasificación

En el DSM-5 los trastornos de personalidad se distribuyen en tres grupos, esto es basado en las similitudes descriptivas:

El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse o ser considerados como raros o excéntricos.

El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, borderline, histriónica y narcisista. Las personas de este clúster se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.

Finalmente, el grupo C aglutina los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos.

Así mismo el DSM-5 describe los criterios necesarios para efectuar el diagnóstico de trastorno general de la personalidad como:

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.

Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la repuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.

4. Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

Se incluye además la categoría de “Otros trastornos de la personalidad”, dentro de esta categoría se encuentra:

- Cambio de la personalidad debido a otra afección médica: este diagnóstico se usa cuando hay un cambio de personalidad debido a alguna enfermedad médica no psiquiátrica. En esta sección se debe especificar la característica predominante de la personalidad; los especificadores son los siguientes:
 - Tipo lábil
 - Tipo desinhibido
 - Tipo agresivo
 - Tipo apático
 - Tipo paranoide
 - Otro tipo

- Tipo combinado y
- Tipo no especificado

- Otro trastorno de la personalidad especificado: se utiliza cuando hay síntomas que indican el diagnóstico de un trastorno de personalidad, pero no se cumple con algún diagnóstico específico de los mismos.

- Trastorno de la personalidad no especificado: este diagnóstico es usado cuando hay síntomas que integran un trastorno de personalidad, pero no es posible hacer un diagnóstico preciso.

Finalmente, en la sección final del DSM, titulada “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”; se encuentra el diagnóstico de Comportamiento antisocial del adulto, el cual, sólo debe usarse si el motivo de la consulta es un comportamiento antisocial de un adulto, pero que no sea debido a un trastorno mental, entre ellos incluido el trastorno de personalidad antisocial. Como sujetos de ejemplo de esta sección se encontrarías mafiosos y ladrones profesionales.

Antes de revisar el sistema clasificatorio de la OMS, es necesario hacer una breve mención del trastorno autodestructivo de la personalidad (también llamado masoquista) y del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (o negativista). Ello, debido a que se encuentran presentes en el instrumento utilizado en el presente trabajo. Estos dos últimos se encontraban en la sección de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, los cuales en las ediciones siguientes del DSM desaparecieron, debido a la asimilación o integración para con otros trastornos psiquiátricos, tanto del antiguo eje I como del II.

En el CIE-10 los trastornos de personalidad son subclasificados en varias categorías también, siendo estas las siguientes:

- Trastornos específicos de la personalidad

- Otros trastornos específicos de la personalidad
- Trastorno de la personalidad sin especificación
- Trastornos mixtos
- Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

Al igual que el DSM-5, en este sistema los tipos o subtipos de los trastornos no son mutuamente excluyentes y que tienen entre ellos características que se solapan. En la CIE, los trastornos de la personalidad se subdividen por lo tanto de acuerdo con los rasgos correspondientes a sus manifestaciones comportamentales más frecuentes o destacadas.

En la primera categoría de la CIE-10, titulada Trastornos específicos de la personalidad se incluyen los trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables.

Tanto el DSM-5 como la CIE concuerdan en que estos trastornos suelen a presentarse en la infancia y adolescencia y a persisten en la edad adulta. Pero la clasificación de la OMS difiere en aseverar que es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 o 17 años de edad.

De entre las condiciones necesarias para efectuar el diagnóstico de un trastorno general de la personalidad en la CIE-10, se requiere la presencia de una alteración de la personalidad, no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la

excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.

b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.

c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.

d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.

e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.

f) El trastorno se acompaña, por lo general, aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

Entre los trastornos específicos de la personalidad se encuentran los siguientes:

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno disocial de la personalidad.
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno anancástico de la personalidad.
- Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
- Trastorno dependiente de la personalidad.

En el apartado de “Otros trastornos específicos de la personalidad” se incluyen los trastornos de la personalidad que no satisfacen ninguna de las pautas de los 8 tipos específicos arriba descritos, en esta categoría se engloban los siguientes trastornos:

- Personalidad narcisista.
- Personalidad excéntrica.
- Personalidad inestable.
- Personalidad inmadura.
- Personalidad pasivo-agresiva.
- Personalidad psiconeurótica.
- Trastorno narcisista de la personalidad.
- Trastorno excéntrico de la personalidad.
- Trastorno inestable de la personalidad.
- Trastorno inmaduro de la personalidad.
- Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
- Trastorno psiconeurótico de la personalidad.

En la categoría de Trastorno de la personalidad sin especificación se incluyen:

- Neurosis de carácter.
- Personalidad patológica.

El apartado de Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad es utilizado cuando existen características de varios de los trastornos de personalidad, pero sin un grupo de síntomas predominantes que permitan un diagnóstico más específico.

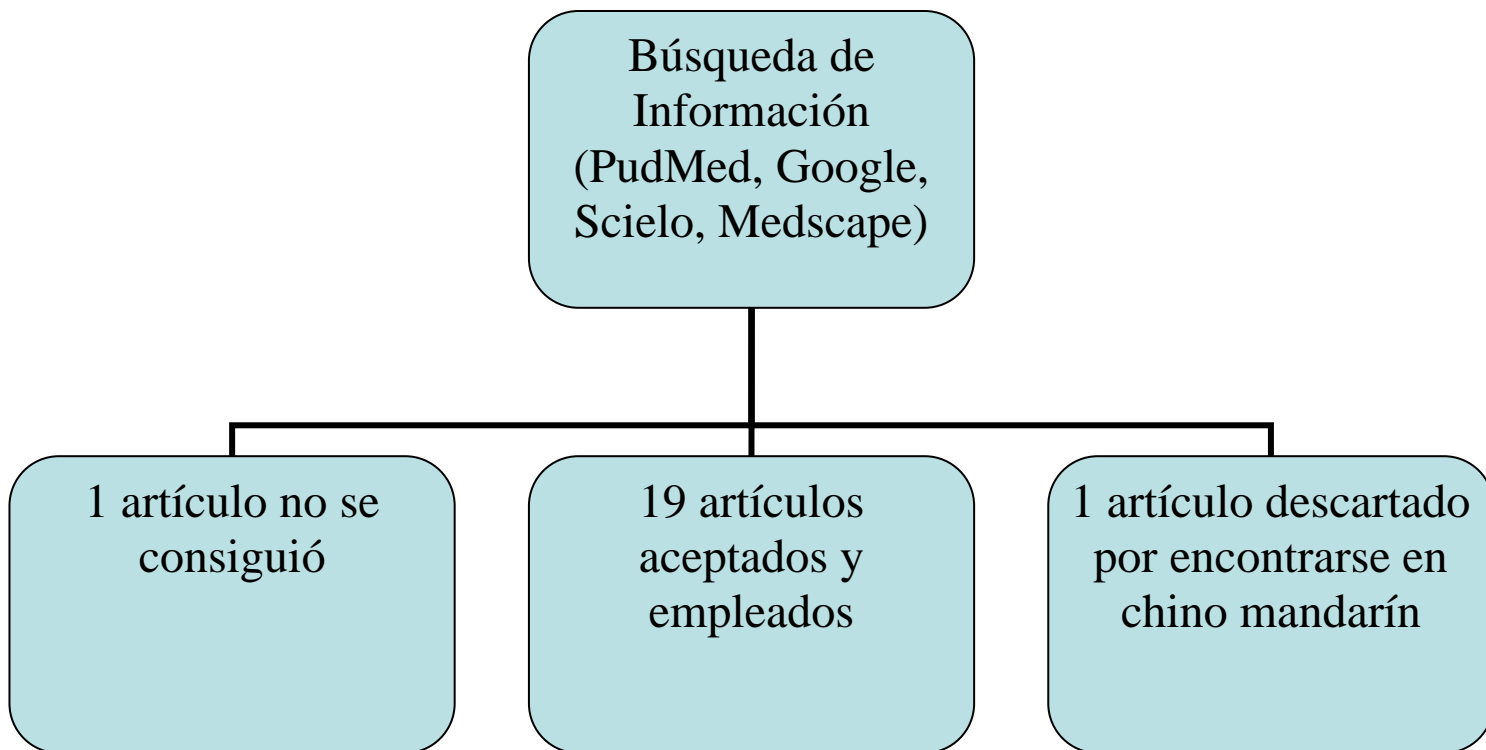
Por último, en la categoría de transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral, se incluyen las anomalías de la personalidad en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o de estrés excesivo, o haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no habían manifestado trastornos de la personalidad.

Trastornos de la personalidad en médicos y estudiantes de medicina

Expuestos ya los antecedentes generales, es pertinente proseguir con la (actualmente) escasa literatura e información precedente acerca de los estudios y descripciones elaboradas de los rasgos o trastornos de personalidad en estudiantes universitarios de medicina de pregrado o posgrado.

Se realizó una busca sistematizada de información en la plataforma PubMed™, además del buscador de Google™ académico, así como también en la plataforma de Scielo™ y Medscape™; buscando en los títulos de los artículos las palabras “college”, “personality disorders”, “medicine students” “personality”, “medical doctor”, “medical students”, “personalidad del médico”, “estudiantes y personalidad” y “trastornos de personalidad en estudiantes”.

De la información encontrada, se seleccionaron solamente los artículos en español o en inglés, que aportaran información de relevancia para el presente trabajo, encontrándose 21 artículos disponibles, de éstos se desechó uno por no poder conseguirse de manera completa, y otro fue eliminado debido a que se encontraba solamente en idioma chino mandarín (ver diagrama de flujo).



*Diagrama de flujo acerca de la información bibliográfica específica empleada.

Expuesta la metodología utilizada para la elaboración de los antecedentes específicos del presente trabajo, continuaré con la introducción acerca de la personalidad del médico, así como la exposición de los antecedentes pertinentes.

La personalidad del médico ha sido ampliamente discutida, surgiendo la incógnita de si los médicos como grupo profesional tienen algunos rasgos o características que difieran de la población general, o incluso difieran en su conducta en comparación a otros profesionales del área de la salud. También se ha investigado e hipotetizado si hay diferencias significativas de la personalidad de los diferentes grupos médicos, ya sea por su especialidad, sexo, variables demográficas e incluso por su grado académico o locación.

Ya desde principios del siglo XX, el famoso médico William Osler, en un discurso dirigido a jóvenes médicos egresados advirtió: "Para cada uno de ustedes la práctica de la medicina será diferente; para unos una preocupación, para otros una dicha diaria y una vida de felicidad y productividad", refiriéndose a los mecanismos de afrontamiento y personalidad de los médicos presentes (Falco, 2016).

Es importante mencionar, que el interés por determinar la personalidad del médico no es de naturaleza morbosa, de hecho, se ha relacionado con la calidad y desempeño del ejercicio laboral. Fue el Colegio Médico de Gran Bretaña, (organismo encargado de evaluar a médicos referidos por denuncias) el primero en alertar sobre patrones de conducta asociados a pobre desempeño profesional, de entre ellos destacan dos tipos de alteraciones de la personalidad que pueden existir como formas leves (rasgos) o severas (trastornos) y son el obsesivo-compulsivo y el narcisista (Irvine, 2006).

Son múltiples los factores que pueden estar relacionados con la elección de la especialidad médica entre los estudiantes, entre ellos se encuentran: la probable ganancia económica, el prestigio ante la sociedad, la interacción interpersonal, la imagen social, etcétera.

Incluso en algunos estudios, se ha propuesto determinar la relación entre los factores de personalidad y la elección de especialidad médica. Entre ellos se encuentra un estudio realizado por Zeldown y Daugherty (1991) a estudiantes de medicina que habían ingresado a alguna especialidad médica, las cuales fueron divididas de la siguiente manera: medicina interna, especialidades basadas en la práctica hospitalaria (radiología, patología, medicina de urgencias, anestesiología y fisioterapia), ginecología y obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía (general y sus subespecialidades) y medicina familiar. Se examinaron de 178 a 199 estudiantes, este rango dependió de la variable a evaluar, debido a que algunos participantes no participaron en algunas pruebas, mientras que en otros casos hubo pérdida de

los datos. Los médicos fueron sometidos a diferentes pruebas psicológicas; se encontró que los estudiantes en cirugía eran dominantes, agresivos y con bajos niveles de vergüenza, culpabilidad e inhibición. Los ginecólogos tuvieron un perfil muy similar a los cirujanos, pero tendían a presentar más estados depresivos y adhesión a valores de ayuda a otros, así como ser menos agresivos que los cirujanos. En cambio, los psiquiatras eran introvertidos y de afecto disfórico. Los pediatras puntuaron bajo en confianza, competitividad e independencia, además fueron los más extravertidos y sociales de todos los grupos analizados. Por último, los grupos de medicina familiar, medicina interna y de especialidades basadas en el hospital, no presentaron características de personalidad distintivas.

En otro estudio realizado en Madrid, España (Rojo, et. al.; 2003), se evaluaron a 1,379 alumnos estudiantes del segundo curso de la Universidad de Valencia, los cuáles fueron divididos en 8 grupos de especialidades, de acuerdo a sus intereses profesionales en:

- Cirugía general y sus subespecialidades.
- Medicina general y medicina interna con sus subespecialidades.
- Ginecología y obstetricia.
- Pediatría.
- Psiquiatría.
- Traumatología.
- Especialidades señoriales (oftalmología, estomatología, otorrinolaringología y dermatología).
- Otras especialidades (anestesiología, radiología, etcétera).

Los estudiantes fueron evaluados con el Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). Los resultados arrojaron que en general los estudiantes tendieron a ser aprehensivos, tensos, ansiosos y con dificultad para controlar la ansiedad. Además, se distinguieron 4 grandes perfiles de personalidad según su preferencia vocacional:

- Primer perfil: corresponde a los alumnos de las especialidades de medicina interna, cirugía y otras especialidades, los cuales corresponden con el perfil general de los estudiantes de medicina ya descrito.
- Segundo perfil: conformado por la especialidad de psiquiatría, en este grupo se presentaron puntuaciones altas en sensibilidad emocional e imaginación autística.
- Tercer perfil: integrado por los estudiantes cuya preferencia fue traumatología, se caracterizó por ser “duro”, autoconfiado y práctico.
- Cuarto perfil: constituido por pediatría, ginecología y especialidades sensoriales; los cuáles puntuaron alto en afectividad y bajo en suspicacia y practicidad.

Lievens y colaboradores (2002), en Bélgica, en la Universidad de Ghent, aplicaron el Inventario de Personalidad Neo – Revisado (NEO FFI-R); el cual consta de 60 ítems, y se contesta mediante una escala Likert de 5 puntos. Este instrumento evalúa 5 dimensiones: extraversión, amabilidad, diligencia, neuroticismo y apertura. Los participantes fueron estudiantes universitarios de medicina, así como de otras carreras como derecho, ingeniería, economía, psicología y pedagogía, política y ciencias sociales, filosofía, lenguas e historia. Los estudiantes de medicina obtuvieron el mismo puntaje en extraversión que los de derecho, economía, psicología y ciencias pedagógicas, y ciencias políticas y sociales. Por el contrario, los puntajes de extraversión de los estudiantes de medicina fueron significativamente diferentes de los estudiantes de otras especialidades académicas, como ciencias y ciencias aplicadas (ingeniería). En promedio, los estudiantes de medicina también cayeron en el grupo de alto puntaje de amabilidad. Con respecto a los puntajes de conciencia, los estudiantes de medicina se ubicaron en el medio del rango. Se encontraron resultados similares para las dimensiones de apertura a la experiencia y neuroticismo.

Posteriormente, Clack y colaboradores (2004) en Reino Unido, se dieron a la tarea de determinar las diferencias de la personalidad, entre los médicos egresados de una universidad de Londres y la población adulta general de ese mismo lugar. Para ello se empleó el Myers-Briggs Type Indicator (MBTI), instrumento que permite identificar algunas de las preferencias personales de los sustentantes, las cuáles son agrupadas en dicotomías de la siguiente manera:

- Foco de atención: si el individuo prefiere enfocarse en el mundo exterior o en el interior (extroversión o introversión).
- Método preferido de aprendizaje: a través de los sentidos y enfocándose en el presente u observando el “panorama completo” y pensando a futuro (sensorial o Intuitivo).
- Toma de decisiones: la toma de decisiones se hace basado en análisis de datos objetivos o en referencia a valores personales (pensamiento o sentimiento).
- Estructura: evalúa la manera en que se maneja el mundo externo, ya sea si se prefiere vivir de forma planeada, queriendo estructura en sus vidas y tener las cosas arregladas y decididas. O aquellos a quienes les gusta vivir de una manera más flexible y espontánea, prefiriendo dejar las cosas abiertas para poder considerar más opciones antes de decidir (juicio o percepción).

Se analizaron a 313 médicos graduados, así como a 1634 adultos no médicos del Reino Unido. Los resultados arrojaron que hubo más introvertidos, intuitivos, pensadores decisivos y aquellos con una orientación de juicio entre los médicos que en la población adulta del Reino Unido. Por el contrario, hubo más extravertidos, sensitivos, decididores basados en sentimientos y aquellos con una orientación de percepción en la población adulta no médica del Reino Unido.

En Perú, Perales y colaboradores (2003) llevaron a cabo un estudio con estudiantes de la carrera de medicina, en el cual se utilizó el Inventario Abreviado de Salud de Goldberg. Los resultados del estudio mostraron que existe una mayor

proporción de trastornos mentales en los hombres en comparación con las mujeres y los principales problemas que presentaron fueron altos niveles de estrés, prevalencia de uso/abuso de cigarrillos y alcohol, así conductas disociales y violentas.

Otro estudio realizado en Lima, Perú (Rodas y colaboradores, 2006), buscó determinar la frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la facultad de medicina de una universidad privada utilizando la MINI y los resultados del Millon, del cual, se seleccionaron los ítems correspondientes a los trastornos de personalidad: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo – sádico, compulsivo, pasivo – agresivo, esquizotípico, border y paranoide. De los 79 alumnos que participaron, 42 eran mujeres y 37 hombres; en el estudio se halló algún trastorno mental en 33 alumnos (41.8%), siendo 20 (47.6%) mujeres y 13 (35.1%) hombres. De los resultados obtenidos en la MINI, el diagnóstico más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada (27.84%). De los 33 alumnos con algún trastorno, 19 tuvo uno, 9 dos y 5 tres o más diagnósticos. Se pudo acceder a los resultados de la prueba Millon de 70 alumnos, donde se encontró que el diagnóstico más frecuente fue el trastorno de personalidad compulsiva (48.5%). El 20% no tuvo ningún trastorno de personalidad, y el 38.57% tuvo sólo un probable diagnóstico, mientras que el 17.14% dos y finalmente el 24.20% tres o más posibles diagnósticos de trastornos de personalidad.

Posteriormente en el 2018, en Perú, el mismo Perales se propuso determinar la conducta y personalidad disociales en estudiantes de primer año de la carrera de medicina de una universidad peruana, de los 175 alumnos evaluados, 33 (19%) resultaron positivos en una escala de indicadores de conducta antisocial. De estos 33, 30 aceptaron responder un segundo instrumento más especializado, el cual es utilizado para detectar conducta antisocial, éste fue elaborado por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público del Perú. Los resultados por puntajes, fueron

los siguientes: 14 normales, 5 compatibles con personalidad psicopática o disocial, y 11 dentro del intervalo de sospecha indefinida del trastorno.

Caballo, Guillén y Salazar (2009) realizaron un estudio en una muestra de 545 universitarios con el Cuestionario Big Five, el Cuestionario exploratorio de la personalidad y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Los hombres puntuaban significativamente más alto que las mujeres en los trastornos Antisocial, Narcisista y Sádico. Las mujeres tenían puntuaciones superiores en los trastornos borderline, Dependiente y Depresivo.

Barsallo R. et al (2010) aplicaron el MCMI-II (Millón Clinical Multiaxial Inventory- II) para evaluar los tipos de personalidad en 232 estudiantes de medicina en Perú, y del mismo modo Campos L. et al. (2011) aplicaron 34 cuestionarios a estudiantes de medicina, encontrando indicadores patológicos elevados mayores al 80%, la patología severa más frecuente fue la paranoide en ambos casos.

En China, Qui W y colaboradores (2009), Investigaron la prevalencia de la tendencia de trastornos de la personalidad entre universitarios, en su muestra de 498 estudiantes de 6 colegios en Shijiazhuang y 204 de 3 colegios de Beijing se aplicó el personality diagnostic questionnaire-revised; concluyó que la personalidad dependiente (2,81%), la personalidad histriónica (2,41%) y la personalidad borderline (2,21%) fueron superiores en prevalencia comparados con la personalidad obsesivo-compulsiva (0,40%) y la personalidad esquizoide (0,60%).

En un estudio elaborado en Australia (Meaney et al., 2016) se reclutó una muestra de 2261 estudiantes universitarios de 28 universidades australianas, a través de 6 estados y territorios australianos. En dicho estudio se concluyó que el 8,1% (n = 197) cumplió con el diagnóstico para trastorno borderline de personalidad, representado predominantemente por mujeres (77%, n = 150). A su vez, el 22,5% (n = 509) de la muestra informó síntomas clínicamente relevantes (aunque

subdiagnósticos), de dicho trastorno, también en este caso la muestra la constituyó principalmente las mujeres (72%, n = 367). Se encontró que no hubo diferencias de acuerdo al sexo en los síntomas de personalidad borderline, pero las mujeres fueron más propensas a reportar comportamientos borderline que los varones. Otro hallazgo reportado fue que las estudiantes con trastorno borderline de personalidad tienen más probabilidades de reportar que se comportaron de manera agresiva (46%) y de haber presentado conductas de auto-daño (38%) en comparación con los varones con el trastorno antes citado (25% reportó agresión y auto-daño de los mismos), y otros estudiantes sin este trastorno (agresión para mujeres 12,2%, hombres 9,1%, automutilación para mujeres 4,7% y varones 4,9%).

Wilson y sus colaboradores (2016), recientemente realizaron un estudio para describir la relación entre actividad física y salud mental en estudiantes mujeres; encontraron que la salud mental se relacionó negativamente con el neuroticismo y positivamente con la extraversión, la actividad física auto-reportada se relacionó sólo con la extraversión, positivamente, y la actividad física objetiva se relacionó negativamente con el neuroticismo. También se concluyó que la actividad física objetiva y la salud mental no estaban relacionadas en los extravertidos, pero que sí se relacionaban positivamente en los introvertidos neuróticos y negativamente en los introvertidos estables.

De entre las investigaciones realizadas en México, se encuentra un estudio elaborado por Heinze y colaboradores en el 2008, en éste se compararon a 370 alumnos de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), de dos grupos diferentes: el primero de ellos era el de Núcleos de Calidad Educativa (NUCE por sus siglas, contando con 220 alumnos) y el segundo de ellos era el grupo de estudiantes repetidores (150 alumnos). Para evaluar los rasgos de personalidad de ambos grupos se utilizó el cuestionario de los Big Five. De los resultados obtenidos, se encontró que los alumnos repetidores mostraron rasgos de personalidad de neuroticismo y de poca apertura en comparación con

los del grupo NUCE, estos últimos mostraron rasgos de mayor apertura y menor neuroticismo que los repetidores. Además, los alumnos de los grupos NUCE mostraron rasgos de mayor extroversión, mayor empatía y diligencia en comparación con los repetidores

Posteriormente, Vargas-Terrez y colaboradores realizaron otro estudio en la UNAM durante el año 2015, en esta ocasión se examinaron a 981 residentes de 18 sedes clínicas, de los primeros dos años de la residencia médica de 22 especialidades diferentes. Para la medición de los rasgos de personalidad se utilizó el Inventario NEO FFI-R. Los resultados arrojaron que el perfil de personalidad de los médicos se manifiesta por un bajo neuroticismo y con alta diligencia, este perfil de personalidad se encontró dentro de la media poblacional en los factores de Extraversión, Apertura y Amabilidad. A partir del perfil general, se obtuvieron tres perfiles de personalidad:

- Perfil favorable: valores altos en extroversión y responsabilidad; valores medios de apertura y amabilidad y valores bajos de neuroticismo (n = 341, 34.8%).
- Perfil medio: niveles medios en todos los factores (n = 447, 45.6%).
- Perfil en riesgo de psicopatología: valores altos de neuroticismo y bajos en extroversión, apertura, amabilidad y responsabilidad (n = 192, 19.6%).

El perfil en riesgo mostró diferencias entre especialidades, siendo las que presentan mayores porcentajes de residentes con este perfil las siguientes: urología (38.9%), psiquiatría (34.1%), medicina legal (27.8%), medicina familiar (27.4%), medicina crítica (25.9%) y anestesiología (25.0%).

Un año después, (Ruiz y colaboradores, 2016) se aplicó el instrumento de 16 Factores de Personalidad de Cattell (16 FP) a 50 médicos residentes del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, de las siguientes especialidades: 22 (44%) de medicina de rehabilitación, 14 (28%) de audiología,

Foniatría y Patología del Lenguaje, 10 (20%) de ortopedia, 2 (4%) de genética y por último otros 2 (4%) de otorrinolaringología. Las principales diferencias encontradas entre las especialidades fueron las siguientes: los ortopedistas presentaron más rasgos de perfeccionismo y aprensión, mientras que los residentes de genética, otorrinolaringología, audiología y foniatría y rehabilitación sobresalen por su apertura al cambio. Analizados por sexo, las mujeres obtienen altos puntajes en tensión con baja estabilidad e independencia, al contrario de los hombres.

Por último, Torres y colaboradores (2018), estudiaron a 159 alumnos recién ingresados a la carrera de medicina, de una universidad de Durango, quienes fueron examinados a través del 16-PF. Se encontró que los estudiantes tienden a ser posesivos en sus relaciones interpersonales, así como dominantes, les resulta agradable tener el control; algunos pueden considerarse agresivos, competitivos, tenaces, asertivos y seguros de sí mismos; presentan además tendencia a ser autoritarios con otros y no se someten a la autoridad; con predisposición a ser espontáneos, expresivos y alegres; son francos, impulsivos y a menudo líderes. Tienden a ser autosuficientes y tomar decisiones sin preocuparse por las opiniones ajenas, prefieren estar solos la mayor parte del tiempo, sin pedir ayuda a los demás; incapaces de mantenerse inactivos y se frustran fácilmente.

Justificación

Estudios anteriores han demostrado la presencia de determinados rasgos de personalidad en estudiantes de medicina de bajo rendimiento, algo que podría ser identificado para evitar la deserción escolar.

En los médicos, los trastornos de personalidad se han asociado a un menor rendimiento laboral, así como mayores problemas en el ámbito de trabajo incluso con los pacientes.

Actualmente existen pocos estudios sobre los trastornos de personalidad en estudiantes de medicina. El presente estudio permitirá identificar áreas de los médicos en formación que podrían llegar a afectar su actividad clínica.

La determinación de ciertos rasgos de personalidad permitirá el desarrollo de estrategias preventivas, ello con el objetivo de brindar una mejor atención al estudiantado médico.

Planteamiento del problema

Los trastornos de personalidad son condiciones altamente prevalentes en la población, se trata de padecimientos psiquiátricos que conllevan una disfunción en diversas áreas, como la familiar, académica, profesional y personal.

A menudo se acompañan de un gran número de comorbilidades, entre ellos el trastorno por consumo de sustancias, ludopatía, trastornos de la alimentación, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad e incluso trastornos psicóticos. Es importante recordar que la población médica es especialmente vulnerable a sufrir de trastornos mentales, y que la presencia de un trastorno de personalidad empeora el tratamiento y pronóstico de ellas.

Al poseer una naturaleza egosintónica para con el portador de los mismos, los trastornos de personalidad raramente son la causa de solicitud de asistencia médica o del área de salud mental, identificándose la mayoría de las veces como un diagnóstico psiquiátrico secundario a pesar de frecuentemente tratarse de la causa (o empeoramiento) de alguno de los otros padecimientos acompañantes.

Hipótesis

Con base en los resultados de los estudios previos, se observará una predominancia de rasgos de trastornos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo en los estudiantes de medicina: rasgos perfeccionistas, así como rigidez, introversión, aprensión, neuroticismo y autoconfianza.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de los rasgos de trastornos personalidad en estudiantes del servicio social de medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla?

Objetivo general

Determinar la prevalencia y distribución de los rasgos de trastornos de personalidad en los estudiantes de medicina en servicio social.

Objetivos específicos:

Determinar la prevalencia de los rasgos de trastornos de personalidad en estudiantes de medicina en servicio social.

Determinar la prevalencia de los diversos rasgos de personalidad en hombres y mujeres.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, homodémico, transversal, prolectivo.

Sujetos

Se incluyeron a pasantes de medicina de la BUAP, durante su curso de inducción al servicio social, en la facultad de medicina de Puebla, los cuales accedieran a participar de forma voluntaria.

Se excluyó de aplicación de los cuestionarios a quienes no aceptaran a participar de manera voluntaria del mismo.

Se eliminaron los formularios respondidos de forma incompleta.

Variables e instrumentos de medición

Cuadro 2. Variables e instrumentos empleados

Variable	Instrumento	Escala	Valor
Rasgos de trastornos de personalidad	SCID-II	Dicotómica	Tiene / No tiene
Sexo	Autorreferido	Dicotómico	Hombre o mujer

Edad	Autorreferido	Dimensional	Número de años cumplidos
------	---------------	-------------	--------------------------

SCID II (Structured Clinical Interview for DSM-IV(r) axis II personality disorders)

Se empleó la Entrevista Clínica Estructurada para el Eje II de los trastornos de la personalidad del DSM-IV-R en su última versión (SCID-II por sus siglas en inglés), la cual se encuentra validada para la población mexicana. Este instrumento permite determinar los rasgos de trastornos de personalidad con mayor equivalencia clínica para los dos sistemas de clasificación clínica más usados actualmente en la psiquiatría occidental: la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5).

La Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II), fue desarrollada en el año 1997 por First et al.

La SCID-II está basado en el DSM-IV, del apartado de Trastornos de la Personalidad.

Este instrumento permite la evaluación de los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV TR, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (ambos incluidos en el apéndice B del DSM-IV, en: “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”).

La versión utilizada, aprobada para la población mexicana en español, consta de 120 preguntas dicotómicas pudiendo ser contestadas solamente marcando la respuesta “Sí” o “No”.

Para obtener la calificación, se contabilizan sólo las respuestas marcadas en la casilla “Sí”.

Cuadro 3. Características del SCID-II

Características	
Tipo de Instrumento	Estructurado
Tipo de Administración	Autoaplicado
Número de Reactivos	120
Tiempo de Administración	30-60 minutos
Área Terapéutica	Sintomatología, cribado, salud mental

Tomado de First y colaboradores, 1997

En el cuadro 4 se muestra el número de reactivos necesarios para identificar un probable trastorno de la personalidad que puntúan (First, et. Al.; 1997).

Cuadro 4. Escalas, reactivos y puntajes del SCID-II.

Escala	PREGUNTAS	MÍNIMO	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
A	1 – 7	4	Trastorno de la personalidad por evitación
B	8 – 15	5	Trastorno de la personalidad por dependencia
C	16 – 26	5	Trastorno obsesivo – compulsivo
D	27 – 35	5	Pasivo – agresivo
E	36 – 48	5	Autodestructivo
F	49 – 56	4	Trastorno paranoide de la personalidad
G	57 – 64	5	Trastorno esquizotípico de la personalidad
H	65 – 69	4	Trastorno esquizoide de la personalidad
I	70 – 79	4	Trastorno histriónico de la personalidad
J	80 – 90	6	Trastorno narcisista de la personalidad
K	91 – 108	5	Trastorno límite de la personalidad
L	109 - 120	3	Trastorno antisocial de la personalidad

En el cuadro 5 se presenta la consistencia interna de las subescalas del SCID-II, empleando el coeficiente de Kuder-Richardson (Campo-Arias y colaboradores 2008).

Cuadro 5. Consistencia interna del SCID-II

Subescala	Coficiente
Antisocial	0,75
Dependiente	0,55
Depresivo	0,61
Esquizoide	0,69
Esquizotípico	0,72
Evitativo	0,70
Histriónico	0,59
Límite	0,54
Narcisista	0,72
Obsesivo-compulsivo	0,69
Paranoide	0,73
Pasivo-agresivo	0,63

Puede observarse que el cuestionario empleado presenta una buena consistencia interna, en especial para los trastornos de la personalidad antisocial, esquizotípico, evitativo, narcisista y paranoide.

Procedimiento

El SCID-II fue aplicado en un auditorio dentro de la facultad de medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, el cual cuenta con sillas fijas como mobiliario, el cual fue ocupado por los sujetos.

Se proporcionó información detallada acerca de los objetivos de los instrumentos previa aplicación de los mismos, así como el manejo otorgado de los datos personales, la cual fue de forma estrictamente confidencial, buscando solamente el enriquecimiento académico e investigación la salud mental.

El autor y colaboradora de este trabajo fueron los encargados de la aplicación de los instrumentos.

El SCID-II fue aplicado en una sola sesión con una duración aproximada de 1 hora con 40 minutos, a estudiantes universitarios de la carrera de medicina durante un intermedio en su curso informativo de introducción al servicio social, el cual fue impartido en la Facultad de Medicina de la BUAP.

Previo al llenado del instrumento se brindaron las instrucciones correspondientes a los aplicantes, además se brindó asesoría continua y resolución de dudas durante el mismo en caso de ser solicitadas, lo cual fue otorgado por los autores del presente trabajo.

Se proporcionó el cuestionario a los sustentantes, así como de otros materiales necesarios: lápices, plumas, borradores y sacapuntas.

Técnica de análisis y procesamiento de los datos

Se transcribieron los formularios de forma digital a una base de datos elaborada en Google Forms™, así como las respuestas proporcionadas por los participantes en los mismos.

Posteriormente se vaciaron los datos transcritos en Microsoft Office Excel 2007™ y se analizaron en el Software Stata en su versión 14.

Entre los datos extraídos se analizaron los de tipo demográfico, así como la prevalencia de los diversos rasgos de trastornos de personalidad y el uso de medicamentos.

Consideraciones éticas

Tomando en consideración el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo:

“De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”

Se especifica en el Capítulo I en los artículos 16 y 17 lo siguiente:

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de

asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Por lo anterior descrito el presente trabajo respeta los principios éticos de no maleficencia y confidencialidad, además de tratarse de una investigación de la categoría “riesgo mínimo”, por constar de la aplicación de exámenes psicológicos, así como la recolección prolectiva de datos; siendo las pruebas psicológicas administradas sin haberse manipulado de ninguna manera la conducta de los sustentantes.

Resultados

Características sociodemográficas

De los 292 estudiantes que contestaron los cuestionarios de manera completa, la mayoría fueron mujeres, solteros (90.74%). Acerca de su historial académico, ocho de cada diez alumnos provenían de preparatoria o bachillerato público, su promedio de dicho grado fue de 9.5 sobre 10.

Cuadro 6. Características sociodemográficas de los estudiantes

Variable	
	f (%)
Sexo	
Mujer	170 (58.22)
Hombre	122 (41.78)
Edad	
Promedio	24.38356
Desviación estándar	2.075086
Preparatoria de origen	
Privada	57 (19.72)
Publica	232 (80.28)
Estado civil	
Soltero	265 (90.74)
Desconocido	14 (4.79)
Unión libre	7 (2.39)
Casado	5 (1.7)
Comprometido	1 (0.34)
Promedio de preparatoria	
Promedio	9.510929
Desviación estándar	4.645114

Prevalencia de rasgos de trastorno de personalidad según el SCID-II

Los rasgos de trastornos de personalidad con mayor prevalencia entre los estudiantes, fueron en orden descendente: paranoide, obsesivo-compulsivo, borderline y autodestructivo.

Al analizar por sexo, los tres rasgos de trastornos de personalidad más prevalentes tanto en hombres como en las mujeres fueron en frecuencia descendente el paranoide, el obsesivo compulsivo y el borderline. Mientras que los menos frecuentes en ambos sexos fueron el esquizotípico, narcisista y el esquizoide.

En las diferencias entre sexos, más mujeres que hombres tuvieron síntomas de trastorno de personalidad histriónico (16.6% vs 10.2%) y trastorno por dependencia (6.25% vs 3.36%) y más hombres que mujeres tuvieron síntomas de trastorno de personalidad por evitación (15.13% vs 10.06%) y esquizotípico (2.5% vs 0.6%). El rasgo de trastornos de personalidad en el cual hubo mayor diferencia entre hombres y mujeres, fue en el antisocial, en el cual los hombres obtuvieron porcentajes de más del doble que las mujeres (8.62 vs 4.24 % respectivamente). Sin embargo, ninguna diferencia fue estadísticamente significativa.

Cuadro 7. Prevalencia de rasgos de trastornos de personalidad por sexo

Rasgos de trastorno de personalidad	Prevalencia en mujeres N (%)	Prevalencia en hombres N (%)	Prevalencia total N (%)	X²	p
Paranoide	41 (24.55)	27 (22.69)	68 (23.78)	0.1329	0.715
Obsesivo-compulsivo	36 (21.56)	25 (20.83)	61 (21.25)	0.0218	0.883
Borderline	28 (18.06)	18 (16.82)	46 (17.56)	0.0675	0.795
Autodestructivo	25 (15.24)	19 (15.97)	44 (15.55)	0.0274	0.868
Histriónico	27 (16.67)	12 (10.26)	39 (13.98)	2.3216	0.128
Por evitación	17 (10.06)	18 (15.13)	35 (12.15)	1.6793	0.195
Pasivo-agresivo	10 (6.10)	8 (6.61)	18 (6.32)	0.0311	0.860
Antisocial	7 (4.24)	10 (8.62)	17 (6.05)	2.2972	0.130
Por dependencia	10 (6.25)	4 (3.36)	14 (5.02)	1.1948	0.274
Esquizoide	6 (2.09)	6 (2.09)	12 (4.18)	1.8365	0.114

Narcisista	5 (3.01)	4 (3.31)	9 (3.14)	0.0199	0.888
Esquizotípico	1 (0.60)	3 (2.50)	4 (1.39)	1.8365	0.175

Asistencia psicológica y toma de psicofármacos

De los 292 estudiantes analizados, 11.3% refirieron haber tomado algún antidepresivo o tranquilizante previamente; adicionalmente, el 19.52% aceptó haber recibido atención psicológica al menos una vez en su vida (Cuadro 3).

Cuadro 8. Asistencia psicológica y toma de psicofármacos

Tipo de atención recibida	N (%)
Antidepresivo/tranquilizante	33 (11.30)
Atención psicológica	57 (19.52)

Prevalencia de los rasgos de trastornos de personalidad al recibir atención farmacológica o psicológica

Al relacionar la atención terapéutica con los rasgos de los trastornos de la personalidad, se observó que, exceptuando a aquellos con rasgos de trastorno antisocial, esquizoide y esquizotípico, los que tenían rasgos de todos los otros trastornos de la personalidad habían recibido algún medicamento o atención psicológica con mayor frecuencia que los que no tenían rasgos de trastornos de la personalidad (Cuadro 9).

Cuadro 9. Atención de salud mental entre los que tuvieron y no tuvieron rasgos de trastornos de personalidad

Rasgos de trastorno de personalidad	Frecuencia	Recibieron atención de salud mental N (%)	X²	P
Sin trastorno paranoide	218	32 (14.68)	12.2307	0.000
Con trastorno paranoide	68	23 (33.82)		
Sin trastorno obsesivo-compulsivo	226	31 (13.72)	25.2172	0.000
Con trastorno obsesivo-compulsivo	61	26 (42.62)		
Sin trastorno borderline	216	29 (13.43)	22.5265	0.000
Con trastorno borderline	46	20 (43.48)		
Sin trastorno autodestructivo	239	33 (13.81)	31.0868	0.000
Con trastorno autodestructivo	44	22 (50.00)		
Sin trastorno histriónico	240	37 (15.42)	17.0597	0.000
Con trastorno histriónico	39	17 (43.59)		
Sin trastorno por evitación	253	41 (16.21)	16.8654	0.000
Con trastorno por evitación	35	16 (45.71)		
Sin trastorno pasivo-agresivo	267	50 (18.73)	4.2845	0.038
Con trastorno pasivo-agresivo	18	7 (38.89)		
Sin trastorno antisocial	26	52 (19.70)	0.1470	0.701
Con trastorno antisocial	17	4 (23.53)		
Sin trastorno por	265	44 (16.60)	32.2625	0.000

dependencia				
Con trastorno por dependencia	14	11 (78.57)		
Sin trastorno esquizoide	275	55 (20.00)	0.0803	0.777
Con trastorno esquizoide	12	2 (16.67)		
Sin trastorno narcisista	278	50 (17.99)	3.9954	0.046
Con trastorno narcisista	9	4 (44.44)		
Sin trastorno esquizotípico	283	56 (19.79)	0.0673	0.795
Con trastorno esquizotípico	4	1 (25.00)		

Discusión

Los pasantes de medicina, puntuaron en general más alto en los rasgos de trastorno paranoide de la personalidad y más bajo en los de tipo esquizotípico. Aunque hubo diferencias en la distribución de algunos rasgos de trastornos de personalidad al comparar ambos sexos, ninguna fue estadísticamente significativa.

De acuerdo a la APA (2014), la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad es de 2.3% en la población general, en este estudio dicha cifra fue 10 veces más elevada que la referida; lo contrario ocurre con el trastorno esquizotípico de la personalidad, estimado en 3.9% para la población general norteamericana, mientras en los pasantes de medicina se encontró en menos de 1.4% del total.

La mayor prevalencia de los rasgos de trastorno de personalidad paranoide en estudiantes de medicina en este trabajo, concuerda con la bibliografía consultada, con los hallazgos propiciados de Barsallo y colaboradores (2010) quienes aplicaron un instrumento diferente (MCMI-II), así como en una población de otras características (población peruana); además de con el estudio elaborado por Campos et al. (2011).

El trastorno obsesivo compulsivo, también fue significativamente más frecuente al compararlo con la prevalencia general estimada por la APA (2014), la cual lo calcula entre un 2.1 a 7.9% de la población general, mientras en este estudio fue de 21%. Rodas y colaboradores (2006), encontraron en alumnos del tercer año de una facultad de medicina de una universidad privada que el diagnóstico más frecuente fue el trastorno de personalidad compulsiva, en un 48.5%, el cual fue más elevado que el encontrado en nuestro estudio, siendo éste el segundo.

En el caso del trastorno antisocial de la personalidad, la prevalencia fue de casi el doble de la que refiere la APA a través del DSM-5 para la población general (entre

0.2 hasta 3.3%). Se hace énfasis en este trastorno debido a los efectos sociales y disfunción que lo caracterizan.

Por otra parte, la distribución heterogénea de los rasgos de trastornos de personalidad, de acuerdo al sexo, concuerda con el DSM-5 en mostrar una mayor prevalencia en hombres comparado a mujeres en los trastornos esquizotípico y antisocial, aunque en este estudio ello no fue estadísticamente significativo.

La APA (2014) refiere que, en estudios sistemáticos, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se diagnostica aproximadamente con el doble de frecuencia en el sexo masculino, sin embargo, en este trabajo la frecuencia es casi idéntica.

Caballo, Guillén y Salazar (2009) por medio del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II, encontraron que los hombres puntuaban significativamente más alto que las mujeres en los trastornos antisocial, narcisista y sádico, mientras que las mujeres tenían puntuaciones superiores en los trastornos borderline, dependiente y depresivo. En contraste, en nuestra investigación no hubo diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la prevalencia por sexo en ningún trastorno de personalidad.

En el caso del trastorno borderline de personalidad, éste se diagnostica, según el DSM-5, de forma predominante en las mujeres, siendo éstas un 75% aproximadamente del total. En este estudio, la frecuencia fue muy similar en hombres y mujeres.

Se concordó con el DSM-5, en que el trastorno histriónico se encuentra más en mujeres, así como el trastorno de personalidad dependiente.

Por otro lado, en nuestro estudio hubo más hombres que mujeres con trastornos de personalidad evitativa, aunque nuevamente ello no fue estadísticamente

significativo, pero difirió con lo reportado por la APA en que el trastorno de la personalidad evitativa aparece igualmente tanto en los hombres como en mujeres.

Por último, el trastorno esquizoide difirió en tener una prevalencia igual tanto en hombres como en mujeres, siendo que según la APA es más común en hombres.

Por otro lado, comparando los resultados de nuestro estudio con los resultados obtenidos por Rojo y colaboradores en el 2003, en los cuales encontró como rasgos generales de la personalidad de estudiantes de medicina el ser aprehensivos, tensos, ansiosos y con dificultad para controlar la ansiedad; esto podría corresponderse con la personalidad obsesivo-compulsiva, la cual estuvo presente en segundo lugar más alto, solamente por detrás de la personalidad paranoide.

Respecto al estudio elaborado en el 2004 por Clack en Europa, en el cual compara a médicos londinenses con población general, encontró que los primeros eran más introvertidos que los segundos; siendo la introversión una característica propia de la personalidad paranoide y obsesivo-compulsiva, las cuáles fueron las más prevalentes en el presente trabajo.

Del estudio realizado por Torres y colaboradores (2018), en una universidad de Durango; se encontró que a los estudiantes de medicina les resulta agradable tener el control; presentan tendencia a ser autoritarios y autosuficientes, prefieren estar solos la mayor parte del tiempo, sin pedir ayuda a los demás; éstas son características de las personalidades de tipo paranoide, obsesivo-compulsiva y esquizoide, siendo las dos primeras las más prevalentes en nuestra investigación.

Es importante mencionar, que en nuestro estudio los estudiantes con probable trastorno de personalidad habían recibido más atención de parte de salud mental que los que no mostraban alguno, ello podría deberse a la disfunción que provocan per se esa condición clínica. Aunque, es también digno de observarse,

que los estudiantes con probable trastorno de personalidad de tipo antisocial, esquizoide y esquizotípico no asistieron en mayor frecuencia a servicios de salud mental que los estudiantes sin estos patrones de personalidad. Esto, probablemente se deba a que las personalidades de tipo esquizoide y esquizotípicas rehúyen al contacto social, prefiriendo el aislamiento. En cambio, la personalidad antisocial, por su nula empatía, así como por carecer a menudo de habilidades prosociales, rara vez acude a servicios de salud mental por voluntad propia, esto sin mencionar su nulo insight.

Limitaciones

Es probable que los resultados obtenidos no sean generalizables para la población universitaria de médicos en otros países e incluso en otros estados de México.

Conclusiones

Son necesarios más estudios para determinar la generalización de los resultados arrojados en el presente trabajo, así como la delimitación de los mismos.

Este presente trabajo, es hasta donde tengo conocimiento, el primer y único en su tipo en ser realizado en el estado de Puebla y con el instrumento utilizado, por ende, puede ser considerado como un referente para estudios posteriores concernientes a la materia. Así como su información, una valiosa fuente para el desarrollo de políticas universitarias.

AneXos

Nombre: _____ Grupo: _____ matrícula: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____ Escolaridad del padre: _____
 Escolaridad de la madre: _____ Número de hermanos: _____ Lugar entre los hermanos: _____
 Preparatoria de origen: Pública () Privada: () Promedio de la preparatoria: _____ Estado civil actual: _____
 Te han recetado algún tipo de antidepresivo, tranquilizante: Si () No () ¿Cuál?: _____ ¿Has cursado otra carrera
 previamente? Si () No () ¿Cuál? _____ ¿Actualmente con quién vives?: _____
 ¿Has recibido atención psicológica previamente? _____
 Fumas: Si () No () Cuántos cigarrillos al día: _____ ¿has usado alguna droga? Si () No () ¿Cuál? _____

Te presentamos una serie de cuestionarios, contéstalos completamente, recuerda que no hay preguntas correctas o incorrectas y que ninguna de estas preguntas afectará tu permanencia o tus calificaciones universitarias. Todos los datos serán manejados con estricta confidencialidad, **Gracias.**

A continuación encontrarás una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Marca uno de los espacios de la derecha con una "X" que describa que tanto tuviste este problema durante la semana pasada incluyendo el día de hoy.

Durante la semana pasada, ¿has tenido o sentido?	No	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1.-Dolores de cabeza					
2.-Nerviosismo o agitación interior					
3.-Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de tu mente					
4.-Sensaciones de desmayo o mareo					
5.-Pérdida de interés o placer sexual					
6.-Actitud de crítica hacia los demás					
7.-La idea de que otra persona puede controlar tus pensamientos					
8.-Crees que a otros se les debe culpar por tus problemas					
9.-Problemas para recordar las cosas					
10.-Preocupación por tu descuido o dejadez					
11.-Fácilmente molesto o irritado					
12.-Dolores en el corazón o en el pecho					
13.-Miedo en los espacios abiertos o en las calles					
14.-Sentimientos de falta de energía o lentitud					
15.-Pensamientos de acabar con tu vida					
16.-Oír voces que otras personas no oyen					
17.-Temblores					
18.-Sentimientos de que la mayoría de la gente no es de confianza					
19.-Poco apetito					
20.-Lloras fácilmente					
21.-Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto					
22.- Te sientes atrapado					
23.-Miedo de repente, sin razón					
24.-Explosiones temperamentales sin control					
25.-Miedo de salir solo de casa					
26.-Culparte a ti mismo por las cosas					
27.-Dolores en la parte baja de la espalda					
28.-Te sientes bloqueado para terminar las cosas					
29.-Sentirte solo					
30.-Sentirte triste					
31.-Preocuparte demasiado por las cosas					
32.-No sentir interés en las cosas					
33.-Sentir miedo					
34.-Te sientes fácilmente herido en tus sentimientos					
35.-Que los demás están enterados de tus pensamientos privados					
36.-Sentimientos de que los demás no te entienden o que son indiferentes.					
37.-La impresión de que otras personas son poco amistosas o que no les gustas					
38.-Tener que hacer las cosas muy despacio para asegurarte que están bien hechas					
39.-Sientes que el corazón te golpea o está acelerado					
40.-Nauseas o malestar en el estómago					
41.-Sentirte inferior a los demás					
42.-Dolores musculares					

43.-Sentimientos de que estás siendo observado y que los demás hablan de ti					
44.-Problemas para quedarte dormido					
45.-Tienes que comprobar lo que haces una o dos veces					
46.-Dificultad para tomar decisiones					
47.-Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren					
48.-Dificultad para respirar					
49.-Escalofríos, sentir calor o frío de repente					
50.-Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te dan miedo					
51.-Se te queda la mente en blanco					
52.-Entumecimiento u hormigueo en partes de tu cuerpo					
53.-Un nudo en la garganta					
54.-Sentirte sin esperanzas en el futuro					
55.-Dificultad para concentrarte					
56.-Sentir debilidad en partes de tu cuerpo					
57.-Sentirte tenso o con los nervios de punta					
58.-Pesadez en brazos o piernas					
59.-Pensamientos de muerte o el hecho de morir					
60.-Comer en exceso					
61.-Sentirte incómodo cuando la gente te mira o habla acerca de ti					
62.-Tener pensamientos que no son tuyos					
63.-Sentir el impulso de golpear, dañar o herir a alguien					
64.-Despertarte de madrugada					
65.-Tienes que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar					
66.-Sueño inquieto o agitado					
67.-Tener el impulso de romper o destrozr cosas					
68.-Tener ideas o creencias que los demás no comparten					
69.-Sentirte muy aconplejado con otras personas					
70.-Incomodidad en las multitudes como ir de compras o en el cine					
71.-Sentir que todo requiere un gran esfuerzo					
72.-Ataques de terror o pánico					
73.-Sentirte incómodo comiendo o bebiendo en público					
74.-Tener discusiones frecuentes					
75.-Sentirte nervioso cuando te quedas solo					
76.-El que otros no te reconozcan adecuadamente tus méritos					
77.-Sentirte solo aún cuando estás con otra gente					
78.-Sentirte tan intranquilo que no puedes quedarte quieto					
79.-Sentimientos de inutilidad					
80.-Sentir que las cosas conocidas son extrañas e irreales					
81.-Gritar o tirar cosas					
82.-Miedo a que puedas desmayarte en público					
83.-Sentir que los demás de aprovecharán de ti si les dejas					
84.-Tener pensamientos sobre sexo que te molestan mucho					
85.-La idea de que deberías ser castigado por tus pecados					
86.-Sentirte obligado a que las cosas estén hechas					
87.-La idea de que algo grave pasa en tu cuerpo					
88.-Sentirte siempre distante de otras personas					
89.-Sentimientos de culpa					
90.-La idea de que algo anda mal en tu mente					
91.-Presentimientos de que va a pasar algo malo					
92.-Pensamientos o imágenes estremecedoras					

Continúa

INSTRUCCIONES: Estas preguntas son acerca del tipo de personalidad que es usted generalmente, es decir cómo es que usted se ha sentido o comportado usualmente durante los últimos años. Para responder, encierre en un círculo "SI" o "NO". Si usted no entiende la pregunta, déjela en blanco.

1	¿Se siente usted más fácilmente herido(a) en sus sentimientos, en comparación con la mayoría de las personas, si alguien critica o desaprueba algo que usted dice o hace?	No	SI
2	¿Siente que no hay alguien, fuera de su familia inmediata, realmente cercana, gente en la que usted pueda confiar o hablar acerca de sus problemas personales?	No	SI
3	¿Evita usted verse involucrada(o) con las personas, al menos que tenga la certidumbre de que realmente les agrada?	No	SI
4	¿Trata usted de evitar situaciones que involucren muchos contactos con otras personas?	No	SI
5	En situaciones sociales ¿se mantiene usted frecuentemente callado(a) debido a que tiene miedo a decir algo equivocado o ser incapaz de responder una pregunta?	No	SI
6	Cuando está enfrente de otras personas, ¿tiene usted frecuentemente miedo de verse nervioso(a), de llorar o de sonrojarse?	No	SI
7	¿Hay muchas cosas que le parezcan a usted peligrosas y que no le parezcan peligrosas a la mayoría de la gente?	No	SI
8	¿Necesita usted mucho más consejos que la mayoría de las personas antes de poder tomar decisiones cotidianas?	No	SI
9	¿Ha permitido que otra persona tome decisiones importantes por usted, como donde vivir y que trabajo tomar?	No	SI
10	¿Manifiesta usted frecuentemente estar de acuerdo con la gente, aun cuando usted piensa que están equivocados?	No	SI
11	¿Le es difícil hacer cosas si tiene que realizarlas totalmente por usted mismo(a)?	No	SI
12	¿Frecuentemente se ofrece usted para realizar cosas que no le son placenteras pero que deben hacerse y esto lo hace con el propósito de recibir la aprobación de la gente?	No	SI
13	¿Le molesta a usted ocupar el tiempo en si mismo(a)?	No	SI
14	Mucha gente se siente mal cuando una relación cercana termina ¿piensa usted que se siente mas derrotado cuando esto le pasa en comparación con la mayoría de la gente?	No	SI
15	¿Se preocupa mucho acerca de ser abandonado(a) o dejado solo(a) sin alguien que cuidara de usted?	No	SI
16	¿Le sucede frecuentemente que gaste mucho tiempo al tratar de hacer las cosas a la perfección y finalmente tenga problemas para terminar el trabajo?	No	SI
17	¿Se fija usted tanto en los detalles de algunas cosas que llega a perder la visión de la meta principal?	No	SI
18	¿Es usted mas obstinado(a) que la mayoría de las personas acerca de insistir que otros hagan las cosas exactamente de la manera que usted quiere que las hagan?	No	SI
19	¿Frecuentemente hace cosas por usted mismo(a) debido a que sabe que nadie mas las haría bien?	No	SI
20	¿Es usted devoto(a) a su trabajo de manera que difícilmente tiene tiempo libre para sus amigos o simplemente para hacer cosas que son divertidas?	No	SI
21	¿Frecuentemente tiene problemas en lograr que las cosas sean hechas debido a que no pueda decidir primero o determinar la manera de resolver algún problema?	No	SI
22	¿Se preocupa usted mucho de que pudo haber hecho algo moralmente indebido?	No	SI
23	¿Se siente usted enojado(a) con otra persona porque esta hizo algo moralmente indebida?	No	SI
24	¿Es difícil para usted hacerles saber las personas cuanto se preocupa por ellas?	No	SI
25	¿Es usted una persona que rara vez hace regalos o favores a otras personas?	No	SI
26	¿Tiene usted problemas para deshacerse de las cosas debido a que piensas que pueden serle útiles algún día?	No	SI
27	¿Frecuentemente usted pospone hacer las cosas hasta el último minuto y entonces se encuentra en que estas no podrán ser hechas a tiempo?	No	SI
28	Algunas personas se irritan o se molestan cuando les pide que hagan cosas que realmente no quieren hacer ¿usted es así?	No	SI
29	Algunas personas trabajan despacio deliberadamente o hacen un mal trabajo cuando se les pide que hagan algo que realmente no quieren hacer ¿usted es así?	No	SI
30	¿La gente frecuentemente le hace a usted demandas irracionales?	No	SI
31	¿Está usted predispuesto(a) a olvidar hacer cosas que supuestamente debería hacer, si es que realmente no quiere hacerlas?	No	SI
32	¿Piensa usted frecuentemente que esta haciendo un mejor trabajo en comparación con el crédito que le dan?	No	SI
33	¿Le incomoda que la gente le haga sugerencias de cómo podría hacer mejor las cosas?	No	SI
34	¿Se ha quejado constantemente la gente de que usted las ha demorado por no hacer la parte de su trabajo?	No	SI

3

35	¿Frecuentemente acaba usted trabajando sometido a gente que no hace tan bien el trabajo como usted lo podría hacer?	No	SI
36	¿Ha escogido a amigos o amantes quienes le hayan sacado ventaja o maltrato?	No	SI
37	¿Se ha visto usted frecuentemente envuelto en situaciones conflictivas de trabajo o en la escuela, en las que termina contrariado o herido?	No	SI
38	¿Rechaza usted con frecuencia la ayuda de otras personas?	No	SI
39	¿Encuentra usted que la ayuda que la gente le ofrece no es usualmente la que usted necesita?	No	SI
40	Algunas personas se deprimen cuando tienen éxito, o sienten que ellas no sirven para el éxito, o hacen cosas para estropear el éxito. ¿Es usted así?	No	SI
41	¿Frecuentemente se ha sorprendido o desconcertado al encontrarse que algo que usted ha dicho o hecho a alguien le ha puesto muy enojado?	No	SI
42	¿Rechaza usted frecuentemente la oportunidad de hacer algo que realmente le divertiría?	No	SI
43	Cuando hace algo que debería ser divertido ¿le sucede frecuentemente que no se divierta usted?	No	SI
44	¿Frecuentemente usted no hace lo que tendría que hacer de manera adecuada para obtener el éxito u obtiene lo que usted desea?	No	SI
45	¿Frecuentemente usted se siente derrotado debido a que no logra hacer algo que usted necesita hacer?	No	SI
46	Algunas personas encuentran gente que es amable pero para ellos aburrida, en cambio, encuentra gente que para ellos no es amable y para ellos es más interesante. ¿Es usted ese tipo?	No	SI
47	¿Está usted haciendo casi siempre lo que es bueno para otras personas más que lo que es bueno para usted?	No	SI
48	¿Se queja de la gente de que usted hace cosas para ellos aún cuando ellos no quieran que usted las haga?	No	SI
49	¿Se mantiene usted frecuentemente a la expectativa para impedir que la gente abuse de usted?	No	SI
50	¿Algunas veces se encuentra usted preocupado(a) de que amigos o compañeros de trabajo no son realmente leales o confiables?	No	SI
52	¿Frecuentemente usted observa o atribuye amenazas ocultas en lo que la gente dice o hace?	No	SI
52	¿Le toma un largo tiempo perdonar a alguien si le ha insultado o herido?	No	SI
53	¿Se ha dado cuenta que para usted es mejor no permitir que otras personas conozcan mucho acerca de usted?	No	SI
54	¿Se ve usted frecuentemente enojado debido a que alguien la ha insultado o menospreciado de alguna manera?	No	SI
55	¿Es usted una persona muy celosa?	No	SI
56	¿Ha sospechado usted constantemente que su esposa(o) o pareja le fue infiel?	No	SI
57	Cuando usted ve a gente hablando entre ellos, ¿Se pregunta si están hablando de usted?	No	SI
58	¿Ha notado que un evento u objeto común parezca ser una señal especial para usted?	No	SI
59	¿Frecuentemente se siente nervioso(a) cuando está con un grupo de personas que no son familiares para usted?	No	SI
60	¿Ha tenido usted experiencias con lo sobrenatural?	No	SI
61	¿Y acerca de la astrología, visión del futuro, OVNIS, experiencias extrasensoriales o un "sexto sentido"?	No	SI
62	¿Ha confundido usted frecuentemente objetos o sombras con personas, o ruidos por voces?	No	SI
63	¿Ha tenido usted constantemente la sensación de que alguna persona o fuerza está alrededor de usted, aún cuando no puede ver a nadie?	No	SI
64	Cuándo usted mira a otra persona o a usted mismo(a) en el espejo ¿Ha visto que le cambie la cara justo ante sus ojos?	No	SI
65	¿Podría usted ser feliz sin relaciones cercanas, como una familia o como amigos?	No	SI
66	¿Haría usted mejor las cosas sólo que con amigos?	No	SI
67	Algunas personas parecen nunca tener sentimientos fuertes, como estar muy enojado o muy feliz. ¿Es usted de esa manera?	No	SI
68	¿Podría usted vivir contento(a) sin verse constantemente envuelto en vida sexual con otra persona?	No	SI
69	Algunas personas no se preocupan de haber sido o no elogiadas por algo que han hecho bien. ¿Es usted de esa forma?	No	SI
70	¿Frecuentemente usted esta pendiente de los demás para sentirse aprobado, elogiado o confiado?	No	SI
71	¿Coquetea usted mucho?	No	SI
72	¿Le molesta a usted más que a la mayoría de la gente si usted no se ve atractivo(a)?	No	SI
73	Algunas personas expresan sus emociones muy frecuentemente. Por ejemplo, pueden abrazar gente que ellos no conocen muy bien o tienen berrinches temperamentales cuando las cosas van mal. ¿Es usted de esa forma?	No	SI
74	¿Le gusta ser el centro de atención?	No	SI
75	¿Esta usted frecuentemente muy interesado en algo o alguien y entonces repentinamente pierde interés?	No	SI
76	¿Se irrita o enoja fácilmente y se calma con la misma rapidez?	No	SI
77	¿Está usualmente usted más preocupado con sus propias necesidades que con las necesidades de los demás?	No	SI
78	¿Le han dicho a usted constantemente que sólo se preocupa por usted mismo?	No	SI
79	Algunas personas pueden tolerar lo necesario hasta que ellos sepan que eventualmente obtendrán lo que quieren. A otras personas les cuesta trabajo para esperar lo que quieren. ¿Es usted de este tipo de personas que no pueden esperar?	No	SI

80	Quando usted es criticado(a), ¿Frecuentemente se siente muy enojado, avergonzado o rebajado, inclusive horas o días después?	No	SI
81	¿Varias veces ha tenido usted que usar a otras personas para obtener lo que quiere?	No	SI
82	¿Ha estado usted en situaciones donde tuviera que pasar sobre alguien con el propósito de obtener lo que necesitaba?	No	SI
83	¿Siente usted que es una persona con talentos especiales o habilidades que otros no han reconocido?	No	SI
84	¿Le ha dicho alguna persona constantemente a usted que tiene una alta opinión de usted mismo?	No	SI
85	¿Diría usted que los problemas que usted enfrenta son tan especiales que pocas personas podrían llegar a entenderlos?	No	SI
86	¿Tiene usted frecuentemente ensueños durante el día acerca de conseguir grandes cosas, como ser exitoso(a), poderoso(a), brillante, atractivo(a) o grandemente amado(a)?	No	SI
87	¿Piensa usted frecuentemente que las reglas no deberían de aplicarse a usted?	No	SI
88	¿Es muy importante para usted que la gente le ponga atención o le admire de alguna manera?	No	SI
89	¿Le han dicho otras personas que usted no es compasivo o comprensivo con los problemas de ellos?	No	SI
90	¿Siente usted frecuentemente envidia de otras personas?	No	SI
91	¿Sus sentimientos hacia las personas algunas veces cambian tanto que usted alguna vez ame y admire grandemente a alguien y repentinamente odie o se sienta terriblemente contrariado(a) por la misma persona en otra ocasión?	No	SI
92	¿Ha hecho frecuentemente cosas que podrían haberle envuelto en problemas como: comprar cosas que no podría pagar?.....	No	SI
93	.....¿tener sexo con alguien a quien apenas si conoce?	No	SI
94	.....¿beber mucho o tomar drogas?	No	SI
95	.....¿manejar imprudentemente?	No	SI
96	.....¿comer desafortadamente?	No	SI
97	.....¿robar en alguna tienda?	No	SI
98	¿Tienen usted frecuentemente subidas y bajadas en su ánimo, algunos períodos de depresión, irritabilidad o ansiedad?	No	SI
99	¿Tiene usted frecuentemente berrinches de mal genio o se siente tan enojado que pierde el control?	No	SI
100	¿Le pasa que algunas veces le pegue a la gente cuando esta muy enojado?	No	SI
101	¿Ha intentado usted en alguna ocasión herirse, matarse o ha amenazado con hacerlo?	No	SI
102	¿Ha tratado usted algunas veces de herirse teniendo un accidente?	No	SI
103	¿Es usted tan diferente con gente diversa o en diferentes situaciones de tal manera que algunas veces no sepa quién es realmente usted?	No	SI
104	¿Está usted frecuentemente confundido acerca de..... cuáles son sus metas a largo plazo o qué planes tiene en su carrera?	No	SI
105	..... ¿Qué tipos de amigos o amantes quiere?	No	SI
106	.....¿Cuáles son sus valores?	No	SI
107	¿Se siente usted frecuentemente aburrido o con un vacío interno?	No	SI
108	¿Se siente fuera de control si usted piensa que alguien importante lo(a) va a dejar	No	SI
Las siguientes preguntas son acerca de cosas que usted pudo haber hecho antes de que cumpliera 15 años.			
109	¿Se iba usted frecuentemente de "pinta"?	No	SI
110	¿Se salía usted constantemente de su casa y permanecía afuera durante la noche?	No	SI
111	¿Comenzaba usted las peleas?	No	SI
112	¿Utilizó usted algún arma en las peleas?	No	SI
113	¿Algunas veces forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	No	SI
114	¿Hirió algunas veces a algún animal a propósito?	No	SI
115	¿Hirió usted alguna vez a otras personas a propósito? (diferente a una pelea)	No	SI
116	¿Dañaba usted deliberadamente cosas que no fuesen suyas?	No	SI
117	¿Ha usted prendido fuego deliberadamente?	No	SI
118	¿Miente usted con frecuencia?	No	SI
119	¿Algunas veces roba usted cosas?	No	SI
120	¿En algunas ocasiones ha robado o asaltado a alguien?	No	SI

Continúa

Observaciones

Las primeras 2 páginas arriba mostradas no forman parte del SCI-II, sino de otro instrumento: el SCL-90, solamente fueron incluidas para visualización del formulario aplicado, así como para permitir se observe la sección de la ficha de identificación de los sujetos valorados y la información que se solicitó en dicha área.

Referencias

Aiken, L. (2003). Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson Educación, 318.

Albores, L., Márquez, M., & Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26 (3), 16-26.

Allport, G. & Vernon, P. (1930). The field of personality. *Psychological Bulletin*, 27: 677 - 730

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales 5a Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 13, 20, 645-684.

Bandura, A. & Locke, E. (2003). Negative Self-efficacy and goal effect revisited. *Journal of Applied Psychology*, 8, 87-99.

Barsallo R, Custodio Y., Gasco S & Willis J. (2010). Evaluación de la salud mental en estudiantes de medicina en el 2010. In: Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana. Libro de Resúmenes del XIV Congreso Científico Nacional de Estudiantes de Medicina. Arequipa: Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana.

Bermúdez M., Pérez A., Ruiz J., Sanjuán P. & Rueda B. (2011). Psicología de la Personalidad. Madrid: UNED. 39-41, 47-61.

Burk I & Díaz P. (1970). Psicología. Caracas: Ediciones Ínsula; 620-624.

Caballo, V., Guillén, J. & Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40 (3), 319-327.

Campo A., Díaz L. & Barros J. (2008). Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (3), 378-384.

Clack G., Allen J., Cooper D. & Head J. (2004). Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Medical Education*, 38, 177-186.

Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento (1978). Informe Belmont. Principios Éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación (Publicación No. 78-0012). Estados Unidos de Norteamérica.

Davidoff, L. (1998). Introducción a la psicología. México: LIBEMEX, 635-636.

Engler, B. (1996). Teorías de la personalidad. Mexico: Mc Graw Hill, 51-58.

Falco E. (2016). Personalidad del médico. ¿Un factor de riesgo?. *Revista CONAMED*, 21 (3), 136-140.

First M., Gibbon M., Spitzer R., Williams J. & Benjamin L. (1997). User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II. Personality Disorders. Washington: American Psychiatric Press.

Freiberg A. & De La Iglesia, G. (2015). Personalidad Paradójica, Y Creatividad Verbal Y Gráfica En Estudiantes Universitarios De Buenos Aires. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Heinze G, Vargas B & Cortés J. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 31 (5), 343-350.

Irvine D. (2006). Good doctors: safer patients- the Chief Medical Officer's prescription for regulating doctors. *J Royal Society Medicine*; 99 (9): 430–432.

Lievens F., Coetsier P., De Fruyt F. & De Maesneer J. (2002). Medical student's personality characteristics and academic performance: A five-factor model perspective. *Medical Education*, 36, 1050-1056.

McCrae, R. & Costa, P. (2003). *Personality in adulthood. A five-factor theory perspective* (2.^a ed.). Nueva York: The Guilford Press, 20-24.

Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Borderline Personality Disorder Symptoms in College Students: The Complex Interplay between Alexithymia, Emotional Dysregulation and Rumination. *PLoS ONE*, 11 (6).

Mischel, W. (1988). *Teorías de la personalidad*. México: Mc Graw Hill, 3-20.

Montaño M., Palacios J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (2), 81-107.

Morris, G. & Maisto, A. (2005). *Psicología*. México: Prentice Hall. 378-384, 391-393.

Organización Mundial de la Salud (1948). Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. 16 de mayo de 2019, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

Perales A., Sogi C. & Morales R. (2002). Salud mental de estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. *Rev Semestral Fac. Medicina Peruana*; 2 (21), 16-22.

Perales A., Sánchez E., Barahona L., Oliveros M., Bravo E., Mendoza A., Aguilar W., Ocampo J., Pinto M. & Orellana I. (2018). Conducta y personalidad disociales en estudiantes de medicina: implicancias para la educación médica peruana. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79 (3), 238-243.

Pilatti A., Cupani M., & Pautassi R. (2015). Personality and Alcohol Expectancies Discriminate Alcohol Consumption Patterns in Female College Students. *Alcohol Alcohol*. 50(4): 385-92.

Pedroza R. (2016). Intereses dominantes de la personalidad en la práctica educativa de estudiantes universitarios. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6 (12), 3-5.

Qui W., Xu X., Liu J., Yuan M. & Feng W. (2009). Distribution regarding tendency on personality disorder among college students in Shijiazhuang city. *Chin J Epidemiol*, 2009, 30(01): 26-29.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Real Academia Española* 24 edición. 02 de febrero de 2019, de Real Academia Española Sitio web: <https://dle.rae.es/?id=Sjblp9U>.

Rodas P, Santa G. & Vargas H. (2009). Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima – 2006. *Revista Médica Herediana*, 20 (2), 70-76.

Rojo J., Monleón P., Monleón A., García M., Alonso A. & Valdemoro C. (2003). Factores de personalidad y predilección por las distintas especialidades en los estudiantes de Medicina. *Anales de psiquiatría (Madrid)*, 19 (8), 337-342.

Ruiz J., Enríquez M., Gómez E. & León S. (2016). Relación entre rasgos y tipos de personalidad con la especialidad médica elegida por un grupo de médicos residentes. *Investigación Médica Continua*, 5 (20), 238-243.

Sadock, B. & Sadock, V. (2010). Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10 Ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins, 791-812.

Santos L, (2014). Evaluación Multiaxial en DSM-5. Centro Documentación de Estudios y Oposiciones. Madrid, España.

Sigmund F. (1915-1917). Lecciones Introductorias al psicoanálisis. Madrid: Biblioteca Nueva, 4a. Edición, 9 166, 171, 173-182.

Seelbach G. (2012). Teorías de la Personalidad. México: Red Tercer Milenio, 74-75.

Millon T., Grossman S., Millon C., Meagher S. & Ramnath R. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona, España: Elsevier, VII, VIII, 4, 11-14, 35-38.

Torres V., Velázquez G., Martínez A., García J., Gómez M., Jasso L., & Ortiz D. (2018). Rasgos de personalidad en alumnos de reciente ingreso a la carrera de medicina. *Investigación en educación médica*, 7(25), 27-35.

Vargas B., Moheno V., Cortés J. & Heinze G. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación en educación médica*, 4 (16), 229-235.

Wilson K., Das B., Evans E., Dishman R. (2016) Structural Equation Modeling Supports a Moderating Role of Personality in the Relationship Between

Physical Activity and Mental Health in College Women. *J Phys Act Health*, 13 (1).

Zeldon P., Daugherty S. (1991). Personality profiles and speciality choices of students for two medical school classes: *Academic Medicine*; 66 (5): 283-287.