

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**Rasgos de personalidad más frecuentes en estudiantes
de medicina humana de una universidad de Arequipa y
su variación en tres semestres académicos
representativos**

Autor:

EDGARDO JAVIER BEJARANO CCOROPUNA

Trabajo de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA

*A Dios, mis padres Martha y Javier
por su constante apoyo en mi
formación y su amor incondicional.*

*A mi hermano Giancarlo, a quien
con inmenso cariño y admiración
tengo como claro ejemplo de
superación.*

*A mi amiga Nadhiezda y demás
amigos, con quienes compartí
este pasaje de mi vida.*

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	8
CAPÍTULO II RESULTADOS	24
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	48
Anexo 1: Consentimiento Informado	49
Anexo 2: Encuesta	50
Anexo 3 Matriz de sistematización de información	53
Anexo 4 Proyecto de investigación	57

RESUMEN

Antecedente: Los rasgos de la personalidad pueden influir en la elección de la profesión y pueden constituir perfiles de determinadas ocupaciones.

Objetivo: Determinar los rasgos de personalidad más frecuentes en los estudiantes de medicina humana de una universidad de Arequipa y su variación en tres semestres académicos representativos.

Métodos: Se aplicó una ficha de datos y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult de 71 ítems a una muestra representativa de estudiantes de tres semestres (I, V y XI). Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y análisis de varianza.

Resultados: El rasgo de personalidad más identificado fue la hipocondría (45.33%), seguido de rasgo ansioso-depresivo (20%); 11.33% tuvieron rasgos esquizotípicos, 10% síntomas relacionados a depresión, 4.67% ansiedad, 4% paranoia; en 2.67% rasgos hipocondriaco-depresivos, y en 2% rasgos maniaco-depresivos. En el primer semestre predominó la hipocondría (48%), el rasgo ansioso-depresivo (12%), los rasgos esquizotípicos y la ansiedad (10% cada uno); en quinto semestre los rasgos predominantes fueron la hipocondría (34%) y el rasgo ansioso-depresivo (32%), y en XI semestre el 54% de alumnos tuvieron rasgos de hipocondría ($p > 0.05$). El rasgo ansioso se presentó sólo en mujeres, y en el 66.67% de rasgo depresivo, al igual que el rasgo paranoide; en cuando al rasgo esquizotípico el 52.94% fueron varones, en maniaco-depresivos el 66.67% fueron varones, así como todos los hipocondriaco-depresivos ($0.10 > p > 0.05$). No hubo diferencia en los rasgos de personalidad según la edad.

Conclusión: Los estudiantes de medicina evaluados presentan perfiles de personalidad de tipo hipocondriaco y ansioso-depresivo, con ciertas diferencias por género mas no por edad ni semestre cursado.

PALABRAS CLAVE: Personalidad – MiniMult – estudiantes de medicina.

ABSTRACT

Background: The personality traits may influence the choice of profession and can provide profiles of specific occupations.

Objective: To determine the most common personality traits in human medicine students from a university in Arequipa and its variation in three representative semesters.

Methods: A data sheet and the Multiphasic Personality Inventory Minnesota MMPI Mini - Mult version of 71 items were applied on a representative sample of students in three semesters (I, V and XI). Variables were compared using chi square test and analysis of variance.

Results: The more frequent personality trait identified was hypochondria (45.33%), followed by anxiety-depression (20%); schizotypic trait in 11.33%, 10% had symptoms related to depression, anxiety in 4.67%, 4% had paranoia; hypochondriac - depressive features in 2.67%, and 2% had manic- depressive traits. In the first semester hypochondria predominated (48%), followed by the anxiety-depression (12%) feature, and schizotypal and anxiety traits (10% each); at fifth semester the predominant features were of hypochondria (34%) and anxiety-depression (32%) and in XI semester 54% of students had features of hypochondria ($p > 0.05$). The anxious trait appeared only in women, and in 66.67% of those with depressive trait, as with the paranoid trait; the schizotypal trait in 52.94% were male, manic- depressive in 66.67% and in all hypochondriac-depressive ($0.10 > p > 0.05$). There was no difference in personality traits by age.

Conclusion: Medical students have personality profiles of hypochondriac and anxious-depressive traits, with some differences by gender but not by age or semester completed.

KEYWORDS: Personality - MiniMult - medical students.

INTRODUCCIÓN

Los rasgos de personalidad son el conjunto de factores internos, dinámicos y subyacentes a la experiencia de la persona y al comportamiento de la misma. Permiten describir deseos, motivaciones y emociones inherentes del ser humano; determinando de forma muy importante las respuestas conductuales de cada individuo ante situaciones comparables. Por lo tanto, el tipo de personalidad de cada sujeto puede ser predictor de su respuesta ante las situaciones y demandas del medio ambiente.

El estudio de las características de personalidad ocupa en la actualidad un lugar importante en la educación médica. Más del 30% de las escuelas en Estados Unidos y Europa consideran los tipos psicológicos de sus estudiantes como un antecedente académico de importancia. La American Association of Medical Colleges ha incorporado el uso del Inventario de Tipos Psicológicos de Myers Briggs en sus programas de MEDcareers, destinado a asesorar a los estudiantes en la elección de especialidad. Dada la gran diversidad de ámbitos de conocimiento y acción de la medicina, es preciso contar con médicos de los más variados perfiles personales y profesionales para satisfacer las múltiples y crecientes necesidades de salud de la comunidad. Por lo que debe existir un respeto por las diferencias individuales, por ser estas particularmente importantes en la formación de los médicos. Sin embargo muchas veces son estos mismos rasgos de personalidad los que juegan en contra de los futuros médicos por estar sometidos a un gran estrés desde el inicio de sus carreras, lo que puede

llevarlos a adoptar rasgos no saludables, que influirán en su vida, tanto en la parte personal como académica.

Todas las personas son influenciadas por el medio donde se encuentran, con la adquisición de nuevos rasgos de personalidad, que no siempre son los adecuados, así mismo esto dependerá del tiempo de exposición en el ambiente.

Se ha observado en múltiples estudios tanto de estudiantes de pregrado, médicos residentes, así como de médicos asistentes, que en ocasiones todo este estrés y competitividad al que son sometidos hace que se sobrepase su capacidad de respuesta de forma competente. Además se han encontrado rasgos de propensión de culpa, obsesivos, de retraimiento, de irritabilidad emocional, entre otros.

Con el presente estudio se trata de encontrar cuales son los rasgos de personalidad más frecuentes de los estudiantes de Medicina Humana de una universidad de la ciudad de Arequipa, haciendo una comparación con sus variables sociodemográficas, tales como son la edad y sexo; así también comparando con el semestre académico que se encuentran cursando, lo que podría ayudar a encaminar a los futuros profesionales de la salud ante indistintas situaciones que se les presentarán tanto en el ámbito personal como profesional.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), que contenía la prueba psicométrica Minimult (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en las aulas de la Facultad de Medicina Humana de una Universidad de la ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de Marzo año 2014.

Unidades de estudio: Estudiantes de Medicina Humana de los semestres impares I, V y XI de una universidad de Arequipa, que acudieron a sus actividades académicas programadas según los horarios respectivos.

Población: 360 estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de una universidad, de los semestres impares I, V y XI, que acuden a clases. Son aproximadamente 120 alumnos por cada semestre académico.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha^2$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de asistencia a clases de la población establecida aprox. en 90% = 0.90

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 138.30 \approx 139$ casos; se tomó 50 estudiantes por semestre, haciendo una muestra final de 150 estudiantes

Además los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

- Alumnos matriculados en la Facultad de Medicina Humana.
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Estudiantes de Medicina Humana que se encuentren cursando paralelamente otra carrera universitaria.
- Estudiantes de Medicina que llenaron de forma incorrecta la ficha de recolección de datos

3. **Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

4. **Nivel de investigación:** Es un estudio explicativo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto y evaluado por un comité de ética, se realizaron las coordinaciones con una “Universidad de Arequipa” y su Facultad de Medicina Humana, para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactó a los alumnos que asistan a sus actividades académicas en

el campus universitario, de los semestres impares I, V y XI que cumplieron los criterios de selección. Se explicó el motivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria. El autor aplicó un cuestionario para recoger variables relacionadas al paciente (Anexo 1), y se aplicó el tests Inventario Multifasico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult que se utiliza para la evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

Una de las pruebas más usadas para evaluación y diagnóstico de la personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Sin embargo, su extenso número de preguntas le convierte en una prueba de difícil aplicación, sobre todo cuando esta se hace de manera oral o el sujeto no tiene interés en ser evaluado. Por tal motivo, han sido desarrolladas varias versiones abreviadas de la prueba, entre las que se destaca el “Mini Mult”. Por la cantidad de investigaciones que ha generado.

En 1968 en la revista Estadounidense “Journal of consulting and Clinical Psychology” apareció la publicación de James Kincannon “Predection of the Standard MMPI scale scores from 71 items: the Mini Mult”. Esta versión abreviada fue desarrollada por J.C. Kincannon (1968) y revisada en Costa Rica por Adis y Araya (1971), los que reportaron resultados similares a los del estudio original de Kincannon. La mayor parte de las investigaciones,

independientemente de las metodologías aplicadas, concuerda con su disponibilidad para mostrar altas correlaciones significativas entre los puntajes de las escalas del Mini-Mult. y sus “homologas” en la versión larga.

Esta prueba por ser objetiva, presenta respuestas en forma cerrada ante preguntas previamente elaboradas para averiguar rasgos de personalidad patológica y el grado de comprensión. La característica mayor de la prueba radica en que posee escalas de validez que nos permite tomar o no en cuenta las respuestas del sujeto.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, consta de un cuadernillo de preguntas de 71 oraciones planteadas de forma afirmativa y negativa. Es un instrumento diseñado para brindar en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad de un sujeto.

Sobre la administración de la prueba: Administración: Esta puede ser en forma individual y colectiva. Aplicación: Se puede aplicar a personas de 16 a 55 años y aquellos que por lo menos hayan terminado el 2do de secundaria. Debiendo de responder a dos categorías cierto (C) y falso (F). Tiempo de aplicación: No tiene límite, pero existe un aproximado de 20 a 45 minutos.

5.2.1. Corrección y puntuación:

Una vez que los sujetos han marcado en la hoja de respuestas en cualquiera de las dos columnas cierto (C) o falso (F) se colocan las plantillas de corrección y se obtienen los puntajes para cada escala en la forma Mini Mult, luego ubicamos tales puntajes en la tabla de

puntuación: ubicamos tales puntajes en la escala de conversión 1 de los puntajes del MMPI.

Para la Corrección, cuenta con dos planillas, en cada una de ellas están incluidas las 11 escalas, de cada una de ellas se obtendrá el puntaje directo que será llevado a la tabla I de conversión y sus puntajes se colocaran en la parte inferior del casillero de la hoja de respuestas. Luego de obtener el Puntaje Base de cada escala se colocaran los puntajes de "K" en Hs, Dp, Pt, Es, Ma de la tabla II. Enseguida se suman o se escriben los mismos puntajes en Puntaje de Conversión (P.C). Una vez obtenido el puntaje de conversión nos dirigimos a la tabla III que es la Tabla "T", donde se busca el P.C. y su puntaje por cada escala.

Para la preparación del perfil se vaciaran los datos en el cuadro ya establecido. El trazo del perfil deberá ser una línea continua.

5.2.2. Configuración de las tres escalas de validación: L, F, K

- a. L es la escala más alta, F y K son bajas cerca de T=50: en protocolos de personas con poca instrucción, que intentan ofrecer un cuadro ingenuo extremadamente favorable al interpretar la prueba, se puede observar que todas las escalas clínicas están extremadamente bajas o presentan puntajes T menores de 45.
- b. F es la escala más alta, la L y la K se encuentran cerca de la línea media T=50: en protocolos de sujetos con un cuadro de perturbación

emocional y las respuestas a F parecen ser relacionadas con una llamada de ayuda que pide el paciente.

- c. K es la escala más alta, la L y la F se encuentran cerca de la línea media $T=50$: personas normales que utilizan evasiones defensivas con el fin de aparecer bien, u ofrecer la idea de que nada les pasa.
- d. L y K son los valores encima de F y la F cerca o por debajo de la línea media $T=50$: se trata de perfiles de sujetos normales defensivos o de pacientes histeroides o hipocondríacos. Esta combinación refleja un intento franco de evitar el revelar sentimientos socialmente rechazados. Somatiza el problema psicológico con un dolor desadaptativo.
- e. L y K son valores inferiores a la medida $T=50$, y F es alta: un perfil en el que se intenta deliberadamente dar un cuadro falso de la personalidad, pero también se encuentran en pacientes psicopáticos agudos, que muestran esta configuración como parte de su enfermedad.
- f. L, F y K cuando los valores de estas escalas corresponden a puntajes altos: en protocolos en los que el sujeto contesta todas las frases como falsas o también se puede encontrar en sujetos neuróticos altamente negativos, pero más frecuentemente se encuentran en pacientes esquizofrénicos agudos.

5.2.3. Escalas clínicas:

- a. **Hipocondría.**- Consta de 13 ítems, es una escala más de orientación psicológica basada en los aspectos psicológicos y no físicos, mide el interés anormal acerca de las funciones corporales. Si existe puntaje alto nos indica preocupación acerca de su estado de salud, sin tener una base orgánica.
- b. **Depresión.**- Consta de 20 ítems, es la escala de “estado de ánimo”, mide el grado de depresión. Se encuentra tanto en cuadros normales como psiquiátricos.
- c. **Histeria.**- Consta de 24 ítems, se divide en dos partes una a quejas somáticas y la otra asuntos emocionales o dificultades personales.
- d. **Desviación Psicopática.**- Consta de 17 ítems, es una escala de exteriorización.
- e. **Paranoia.**- Consta de 14 ítems es para encontrar pensamientos o ideas de paranoia, ideas de referencia, tanto para cuadros normales como psiquiátricos, presenta actitud sospechosa, rígida, miedo, ideas de daño.
- f. **Psicastenia.**- Es una escala para ver reacciones fóbicas y obsesivas, asociada a convulsiones. Consta de 15 ítems.
- g. **Esquizofrenia.**-Tiene 20 ítems permite un 60% de los diagnósticos puros de esquizofrenia, es el grupo más difícil de evaluación de lo raro, extraño, poco usual y complejo.
- h. **Manía.**- Con 12 ítems, describe la personalidad hipomaniaca, permite

el diagnóstico de los estados de ánimo de las personas con características maníacas, depresivas o tipo maniaca.

5.2.4. Tipos de perfiles: Después de la elaboración del perfil, tendremos una línea gruesa que atraviesa la medida $T=50$ y otras dos que caen en dos desviaciones estándar que es de 30 y 70. Esto nos indica que al caer en las líneas medias los perfiles son llamativos y si estos son mayores de 70 nos indica un cuadro clínico y psiquiátrico.

- a. **Perfil de Evaluación Normal:** Son aquellas que se ubican en una puntuación de $T=50$ no son psiquiátricos.
- b. **Perfil Bajo o Sumergido:** También considerado normal, se caracteriza por que su puntaje no excede de $T=40$ o 30.
- c. **Perfil Limítrofe.**-Esta ubicado a no mayor de $T = 50$. Oscila entre 60 y 70, este no debe tener más de dos escalas elevadas.
- d. **Perfil Elevado:** Tiene escala superior a la región del psicograma, principalmente si pasa $T = 80$ puede encontrar algunas escalas superior y otras en la inferior.
- e. **Perfil Flotante:** Son aquellas que superan a $T = 80$ en el caso $F = 60$, aquí se discute el perfil en la interpretación del instrumento, se considera elevado cuando existe tres o más escalas superiores a $T = 70$.
- f. **Perfil Tipo punto:** Se observa solo cuando hay 1 ó 2 escalas predominantes donde se puede definir al paciente en forma

específica, dando un diagnóstico clínicamente puro. Es muy raro ver este tipo de perfil, generalmente se presenta varias escalas elevadas.

- g. **Perfil Triada Neurótica:** Hay una interrelación entre las escalas 1,2 y 3 que son más frecuentes, la 2, 3 y 1 se presentaron con menos frecuencia, pero la 2, 1 y 2, 3 y son las más observadas; en la combinación 1 y 3 son las más elevadas y son llamadas la “V de conversión ” o “ V psicósomática”.
- h. **Perfil Tétrada Psicótica:** Se encuentra en pacientes psicóticos en las escalas 6, 7 y 8, denominado Triada Psicótica. Mientras otros llaman así las escalas 6,8 y 9 tal como se encuentra en el lado derecho del perfil y la combinación de estas cuatro se llama Tétrada Psicótica.
- i. **Perfil de curva Difásica:** Es para referirse cuando existe una punta en la Triada Neurótica y otro en la Psicótica, pero también se puede encontrar otra como 4 y 5.
- j. **Perfil Punta Doble:** O puntaje doble, esto se refiere a las escalas 4 y 9 con sus combinaciones 9 y 4. Denominados desorden del carácter.
- k. **Perfil Sierra Dentada:** Es una variable de la Tétrada Psicótica con las escalas 8 y 6 como puntaje máximo. El Perfil de la Triada Neurótica es más bajo con 4 y 2, encontrando las escalas predominantes 2, 4, 6 y 8, viendo al perfil de la impresión de los dientes de una sierra.
- l. **Perfil Anticlinorium:** Las escalas del centro son más elevadas que los extremos. Predomina en el centro y es un perfil poco usual en la

población clínica; pero se presenta con más frecuencia en grupos universitarios.

5.2.5. Combinaciones: Sirve como parte de la interpretación de cada escala y otros prefieren las combinaciones que se realizan tomando las escalas de puntuaciones más altas.

- a. **Combinación 1- 2 ó 2 - 1.**- Tenemos las versiones de Branner, Hataway y Drake, Ottening; Todas indican molestias físicas, dolores de cabeza constantes, depresión, irritabilidad, desconfianza, preocupación por su edad, introversión, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, inseguridad para relacionarse con los demás.
- b. **Combinación 1 - 3 ó 3 -1.**- Poco se diferencia entre ellas. Representan combinaciones 3 --1 con problemas de cefaleas, dolores de espalda, de pecho, abdominales. Si se encuentra "V" conversión menos de 70 se puede hablar de sujetos sociables, pero ante el estrés muestran sintomatología somática, aunque son sujetos que se sienten excesivamente normales. Esta se encuentra tanto en sujetos normales como psiquiátricos.
- c. **Combinación 1- 2 -3.**- Ambos tienen que ser mayor de 70 en comparación con las otras escalas. Aquí encontramos sujetos con reacciones de ansiedad, depresión, anorexia, náuseas, vómitos, personas que no se han adaptado al medio ambiente.

- d. **Combinacion 1 – 3 – 2.**- Son características de personas nerviosas histéricas, pasivas, dependientes, conformistas; Ante el estrés desencadenan perturbaciones psicósomáticas.
- e. **Combinaciones 1 – 3 – 7.**- Características en caso de reacción ansiosa, de neurosis, mixtas, histeria de ansiedad, con reacciones fóbicas, ataque severo de pánico, incapaz de aceptar su propia agresividad y la de los otros. Presenta cuadro de angustia.
- f. **Combinacion 1 – 3 – 8.**- Presenta características de tipo de reacción esquizofrénica, de tipo paranoide, compulsión, agitación, preocupación suicida. Tendencia al alcoholismo.
- g. **Combinacion 1 - 3 – 9.**- Se refiere al síndrome crónico orgánico con desorden de la personalidad. Presenta cefaleas, hostilidad, irritabilidad, pérdida de apetito, pérdida de la conciencia ante su familia, es poco afectivo, bajo alcohol se torna violento.
- h. **Combinacion 1-2 –3 y 4.**- En personas ansiosas, presenta alteraciones de la personalidad por alcoholismo, depresión y reacciones psicofisiológicas: Anorexia, náuseas, hostilidad, intentos suicida; son exigentes, dependientes y generalmente se sienten frustrados.
- i. **Combinacion 1-2-3 y 7.**- Corresponde a reacciones psicológicas con ansiedad en una persona pasiva dependiente, presenta náuseas, vómitos, angustias, malestar físico, fijación hipocondríaca. Es pasivo, débil, temeroso, poco responsable.

- j. **Combinación 2- 3.-** Persona con dificultad en expresar sus sentimientos, inseguro, falta de interés por los demás; presenta fatiga y tiende a ser competitivo.
- k. **Combinación 2- 7.-** Se presenta en pacientes hospitalizados quienes presentan neurosis de compulsión, cansancio. Son inteligentes, inseguros y con sentimientos de culpa.
- l. **Combinación 2 – 8.-** Es una escala poco común tanto en grupos psiquiátricos como normales, se evidencia ansiedad y agitación, depresión. Se encuentran desordenes de tipo histérico, son poco sociables. Es un cuadro psicótico – depresivo.
- m. **Combinación 2 – 3 – 1.-** Es un grupo psiconeurotico con manifestaciones de depresión, insomnio, tristeza, necesidad de simpatía, tendencia hipocondríaca y de exagerada necesidad de afecto.
- n. **Combinación 2 – 7 – 4.-** Característica en pacientes con reacción de ansiedad y alcoholismo en personalidad pasivo- agresivo. Puede ser una reacción depresiva en alcohólicos. Presentan conflictos con la esposa, insomnio, tensión, alcoholismo crónico, sentimientos de inferioridad y culpa.
- o. **Combinación 2 – 7 – 8.-** Presentan rasgos depresivos, ideas de referencia, afecto inapropiado, dificultad de concentración, introversión, pérdida de interés. Incapaz de amar, tímido, callado, apático, etc.

- p. **Combinación 3 –4 y 4 – 3.**- Propensión a características pasivo - agresivas, la agresividad se ve disminuida por la elevación de la escala 3, es decir reduce y controla los impulsos hostiles. Puede no aparecer una agresividad manifiesta, pero si encubierta. Es por ello que la agresión de estas personas no es expresada. En 4 – 3 la reacción es con excitación ante situaciones frustradas.
- q. **Combinación 4 – 9.**- Conductas psicopáticas, la escala 9 activa la escala 4. Personas impulsivas, irresponsables, superficiales, manipulan su contexto social, fluidos de lenguaje, alegres, etc.
- r. **Combinación 4 – 8 – 2.**- Presentan desconfianza, inseguridad, necesidad de atención, no se comprometen emocionalmente, de conductas impredecibles y tienden a racionalizar.
- s. **Combinacion 6 – 4 ó 4 –6.**- Personas evasivas, defensivas, manejan su ansiedad, egocéntricos, manipuladores, adictos a drogas, intentos suicidas.
- t. **Combinacion 6 – 8 ó 8 – 6.**- Perfil de pacientes esquizofrénicos y algunos con estados paranoides, algunos con cuadros depresivos, de apatía, irritabilidad y aislamiento social.
- u. **Combinación 7 – 8 ó 8 – 7.**- Integrado por psicóticos y neuróticos, del grupo neurótico es el tipo obsesivo convulsivo o depresivo. Implica depresión o introversión, apatía o aislamiento, son pesimistas, preocupación por el rol sexual.

- v. **Combinación 8 – 9.**- Características tanto esquizofrénicas como maníacas. Presentan estado maníaco o reacción esquizofrénica, como excitación cata tónica.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Se empleó prueba chi cuadrado para comparar variables categóricas entre grupos

independientes, y la prueba de análisis de varianza para comparar variables numéricas, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.

CAPÍTULO II
RESULTADOS

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Tabla 1

Distribución de estudiantes según edad y semestre de estudio

Edad (años)	Semestre I		Semestre V		Semestre XI	
	N°	%	N°	%	N°	%
16-18	34	68.00	3	6.00	0	0.00
19-21	14	28.00	39	78.00	4	8.00
22-24	0	0.00	7	14.00	36	72.00
25-27	1	2.00	1	2.00	6	12.00
28-30	1	2.00	0	0.00	4	8.00
Total	50	100.00	50	100.00	50	100.00

Chi² = 153.96

G. libertad = 8

p < 0.01

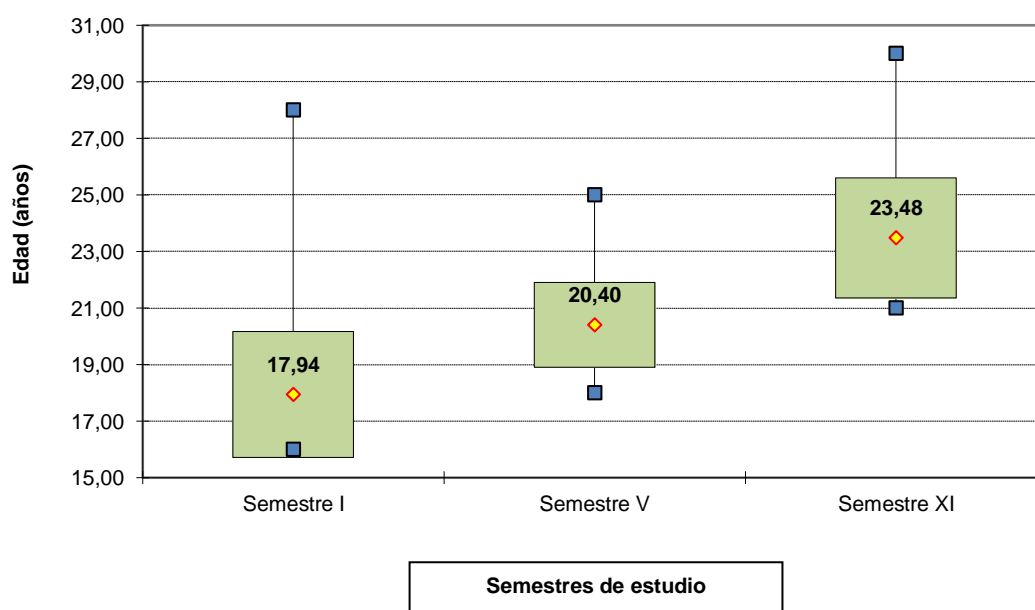
Fuente: El autor

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los estudiantes evaluados según edad. El 68% de estudiantes de primer semestre se encontraron con edades entre 16 a 18 años, 78% de estudiantes de quinto semestre tuvieron de 19 a 21 años, y 72% de estudiantes de XI semestre tuvieron de 22 a 24 años; la edad promedio en primer semestre fue de 17.94 años, en quinto semestre fue de 20.40 años, y en decimoprimer semestre fue de 23.48 años.

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Gráfico 1

Distribución de estudiantes según edad y semestre de estudio



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Semestre I: 17.94 \pm 2.23 años (16 – 28 años)
- Semestre V: 20.40 \pm 1.50 años (18 – 25 años)
- Semestre XI: 23.48 \pm 2.12 años (21 – 30 años)

Fuente: El autor

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Tabla 2

Distribución de estudiantes según sexo y semestre de estudio

Sexo	Semestre I		Semestre V		Semestre XI	
	N°	%	N°	%	N°	%
Varones	20	40.00	22	44.00	28	56.00
Mujeres	30	60.00	28	56.00	22	44.00
Total	50	100.00	50	100.00	50	100.00

$\chi^2 = 2.79$

G. libertad = 2

$p = 0.25$

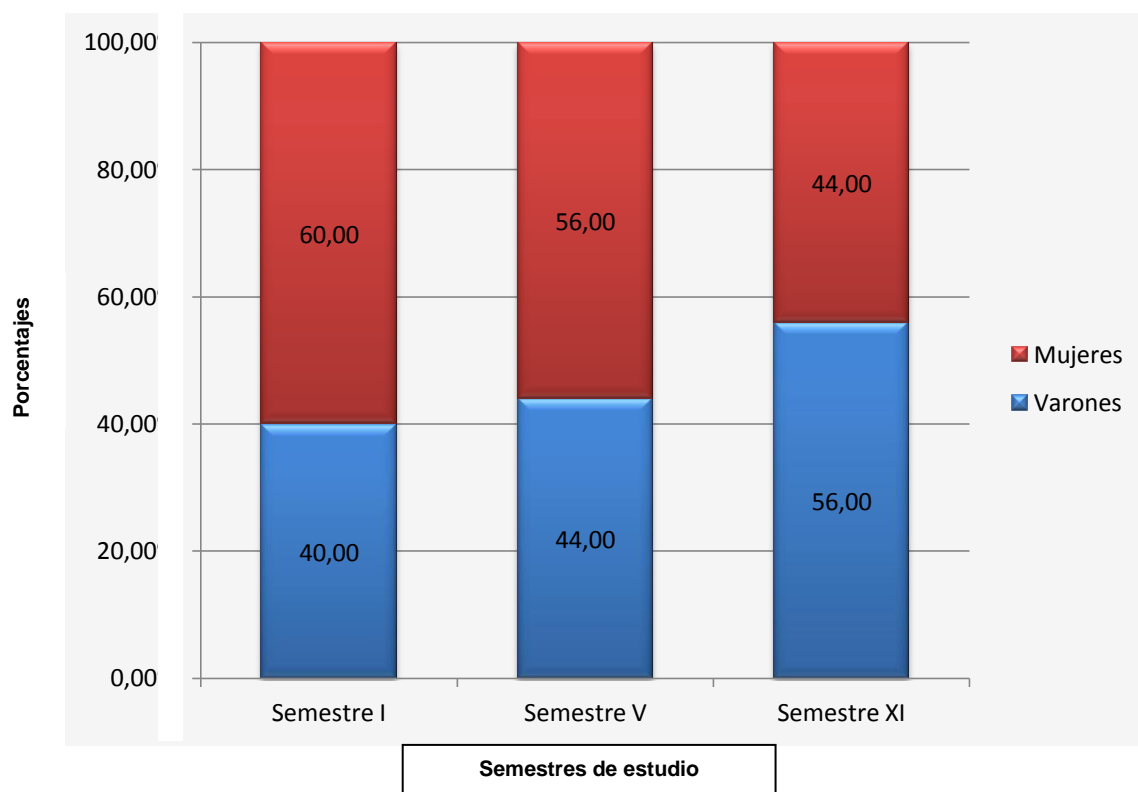
Fuente: El autor

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la distribución de los estudiantes según género; el 60% de estudiantes de primer semestre fueron mujeres, al igual que el 56% de estudiantes de quinto semestre, y en el semestre XI el 56% fueron varones.

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Gráfico 2

Distribución de estudiantes según sexo y semestre de estudio



Fuente: El autor

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Tabla 3

Distribución del perfil de personalidad en los estudiantes universitarios

Perfil de Personalidad	N°	%
Hipocondriaco	68	45.33
Ansioso-depresivo	30	20.00
Esquizotípico	17	11.33
Depresivo	15	10.00
Ansioso	7	4.67
Paranoide	6	4.00
Hipocondriaco-depresivo	4	2.67
Maniaco-depresivo	3	2.00
Total	150	100.00

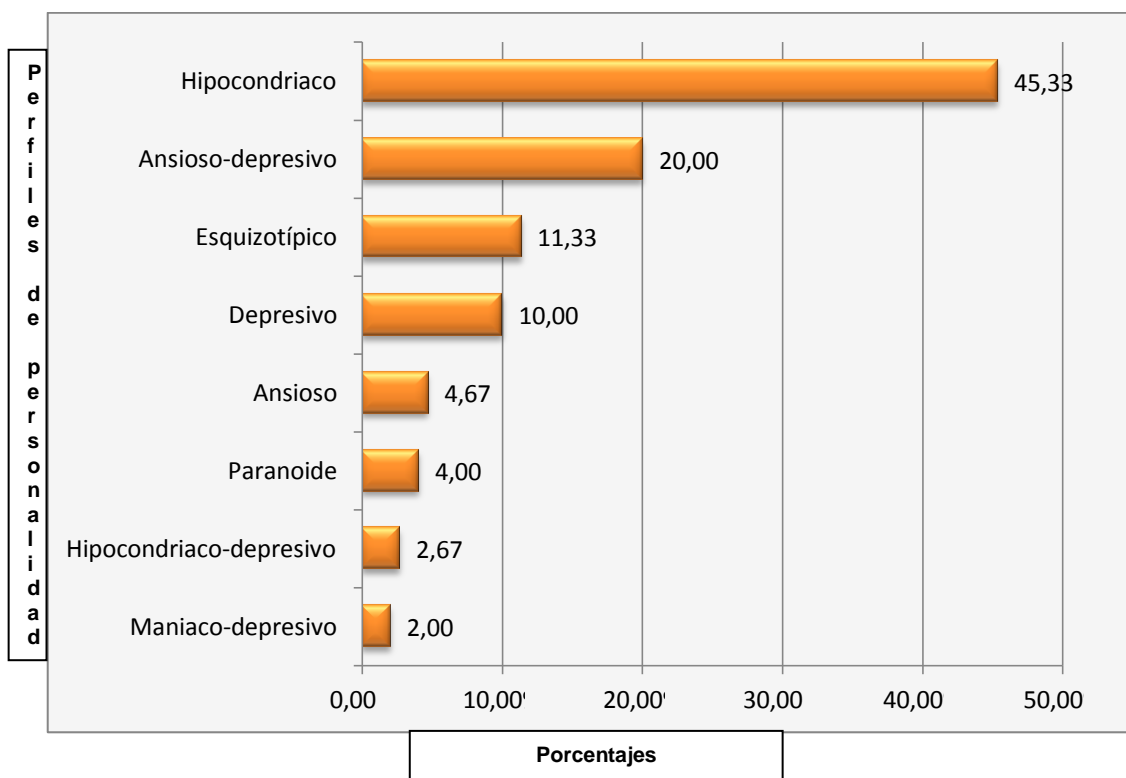
Fuente: El autor

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra la distribución global de los perfiles de personalidad. El rasgo más identificado entre los estudiantes es de hipocondría (45.33%), seguido de rasgo ansioso-depresivo (20%); un 11.33% de estudiantes tuvieron rasgos esquizotípicos, 10% síntomas relacionados a depresión, 4.67% ansiedad, 4% paranoia; en 2.67% de casos hubo rasgos hipocondriaco-depresivos, y en 2% rasgos maniaco-depresivos.

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Gráfico 3

Distribución del perfil de personalidad en los estudiantes universitarios



Fuente: El autor

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Tabla 4

Distribución de perfiles de personalidad según semestre

Perfil de personalidad	Semestre I		Semestre V		Semestre XI	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipocondriaco	24	48.00	17	34.00	27	54.00
Ansioso-depresivo	6	12.00	16	32.00	8	16.00
Esquizotípico	5	10.00	7	14.00	5	10.00
Depresivo	4	8.00	7	14.00	4	8.00
Ansioso	5	10.00	0	0.00	2	4.00
Paranoide	3	6.00	1	2.00	2	4.00
Hipocondriaco-depres.	1	2.00	1	2.00	2	4.00
Maniaco-depresivo	2	4.00	1	2.00	0	0.00
Total	50	100.0	50	100.0	50	100.0

Chi² = 18.52 G. libertad = 14 p = 0.18

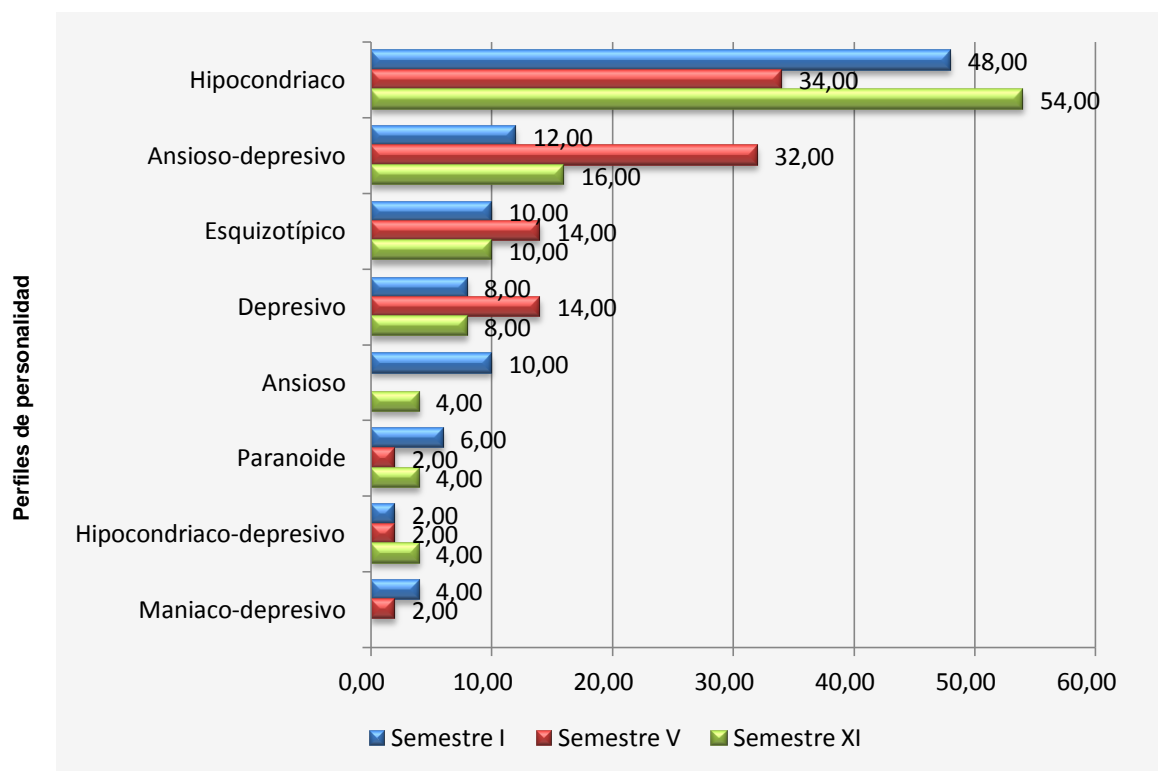
Fuente: El autor

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra la comparación de los perfiles de personalidad según el semestre de estudio. Las diferencias encontradas no fueron significativas ($p > 0.05$). Se vio que en el I semestre predominó la hipocondría (48%), el rasgo ansioso-depresivo (12%), los rasgos esquizotípicos y la ansiedad (10% cada uno); en el V semestre los rasgos predominantes fueron la hipocondría (34%) y ansioso-depresivo (32%), y en el XI semestre el 54% de alumnos tuvieron rasgos de hipocondría.

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Gráfico 4

Distribución de perfiles de personalidad según semestre



Fuente: El autor

Porcentajes

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Tabla 5

Distribución de perfiles de personalidad según sexo

Perfil de personalidad	Total	Varones		Mujeres	
		N°	%	N°	%
Hipocondriaco	68	33	48.53	35	51.47
Ansioso-depresivo	30	15	50.00	15	50.00
Esquizotípico	17	9	52.94	8	47.06
Depresivo	15	5	33.33	10	66.67
Ansioso	7	0	0.00	7	100.00
Paranoide	6	2	33.33	4	66.67
Hipocondriaco-depres.	4	4	100.00	0	0.00
Maniaco-depresivo	3	2	66.67	1	33.33
Total	150	70	46.67	80	53.33

Chi² = 13.18 G. libertad = 7 p = 0.07

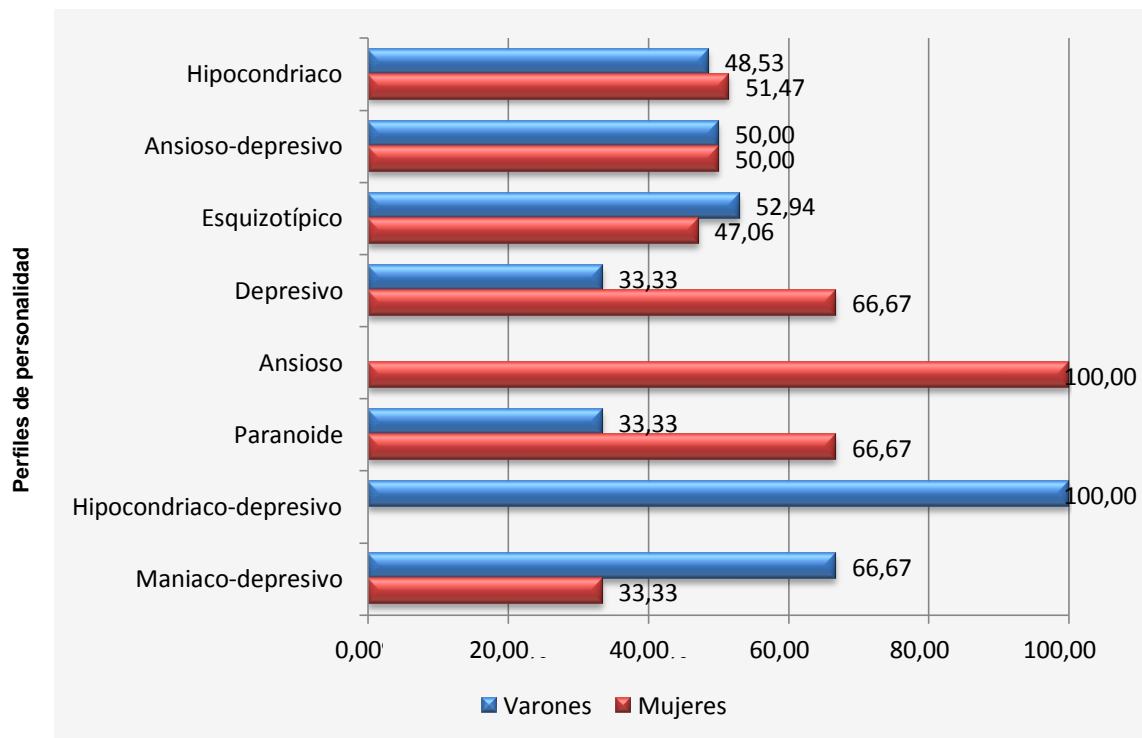
Fuente: El autor

En la **Tabla y Gráfico 5** se ve la distribución de rasgos de personalidad según el sexo de los estudiantes. El rasgo ansioso se presentó sólo en mujeres; el rasgo depresivo y paranoide, en mujeres (66.67% cada uno); el rasgo esquizotípico en varones fue de 52.94%, y maniaco-depresivos el 66.67% fueron también varones, así como todos los hipocondriaco-depresivos. En los demás rasgos hubo proporciones similares entre varones y mujeres. Las diferencias fueron marginalmente significativas ($0.10 > p > 0.05$).

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Gráfico 5

Distribución de perfiles de personalidad según sexo



Fuente: El autor

Porcentajes

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Tabla 6

Distribución de perfiles de personalidad según edad

Perfil de personalidad	n°	Promedio	D. est	Mín	Máx
Hipocondriaco	68	20.69	3.14	16	30
Ansioso-depresivo	30	21.17	2.82	17	28
Esquizofrenia	17	20.88	2.62	17	28
Depresivo	15	20.40	3.14	16	30
Ansioso	7	18.57	3.41	16	25
Paranoide	6	19.33	2.80	16	23
Hipocondriaco-depres.	4	21.75	2.22	19	24
Maniaco-depresivo	3	18.33	2.31	17	21

ANOVA: $F = 1.14$ $p = 0.34$

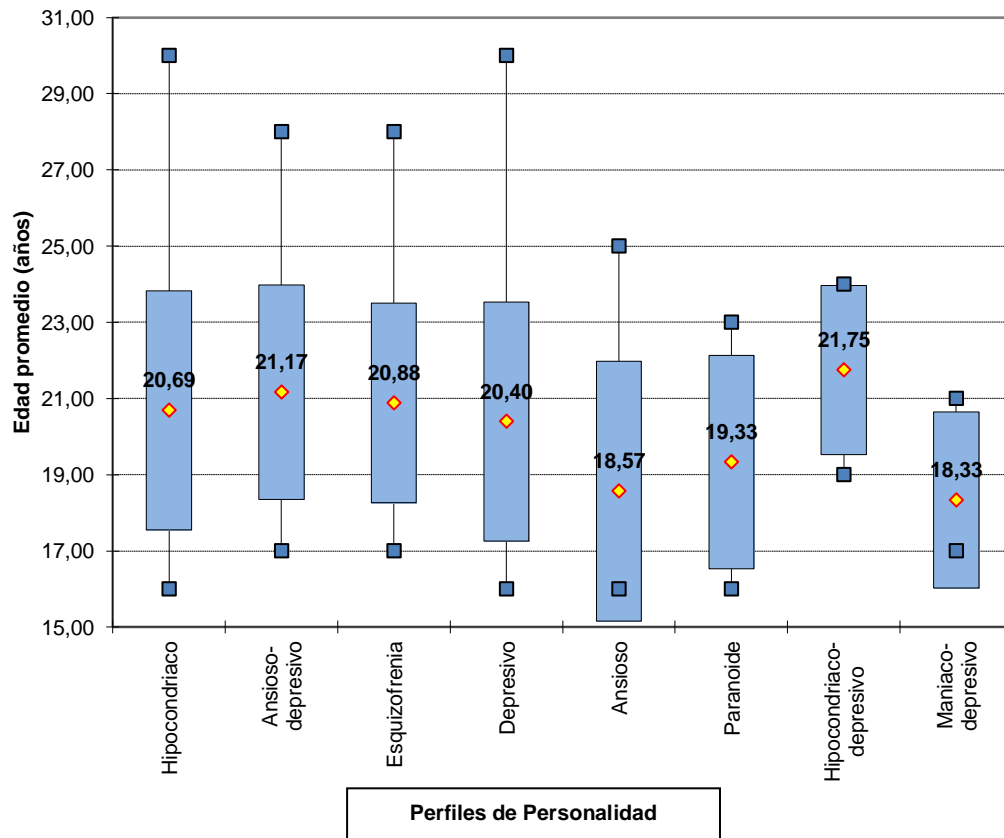
Fuente: El autor

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra las edades de los estudiantes según sus rasgos predominantes de personalidad. En casi todos los rasgos la edad fue en promedio de 20 a 21 años, a excepción del rasgo ansioso, con edad de 18.57 años, y el rasgo maniaco depresivo (18.33 años), y el rasgo paranoide (19.33 años). Las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

**RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD DE AREQUIPA Y SU VARIACIÓN EN TRES SEMESTRES
ACADÉMICOS REPRESENTATIVOS**

Gráfico 6

Distribución de perfiles de personalidad según edad



Fuente: El autor

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En primer lugar se muestra la distribución de los estudiantes evaluados según edad, como se ve en la **Tabla y Gráfico 1**. Como es evidente, los estudiantes van aumentando en edad a medida que avanzan por los semestres elegidos; el 68% de estudiantes de primer semestre tuvieron de 16 a 18 años, 78% de estudiantes de quinto semestre tuvieron de 19 a 21 años, y 72% de estudiantes de XI semestre tuvieron de 22 a 24 años; la edad promedio en primer semestre fue de 17.94 años, en quinto semestre fue de 20.40 años, y en decimoprimer semestre fue de 23.48 años. Edades adecuadas para el análisis de la personalidad con el test Mini-mult, que permite una clara denotación de los tipos de personalidad desde los 16 años en adelante, puesto que la personalidad y sobre todo los trastornos de personalidad, se consideran que difícilmente han cristalizado en niños y adolescentes, siendo estos solamente diagnosticados cuando la persona adopta una identidad semejante a la del adulto; como explica Kernberg P. en su libro "Trastornos de personalidad en niños y adolescentes".¹⁰ Por lo mismo, como mencionan Heinze G., Vargas B. y colaboradores en su estudio "síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad de dos grupos opuestos de la facultad de medicina de la UNAM", donde se afirma que es entre los 20 y 25 años, que los estudiantes de medicina presentan una mayor proporción de trastornos emocionales; es decir durante su entrenamiento profesional.⁸

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la distribución de los estudiantes según género. El 60% de estudiantes de primer semestre fueron mujeres, al igual que el 56% de estudiantes de quinto semestre, y en el semestre XI el 56% fueron varones; las diferencias no resultaron significativas entre los tres semestres ($p > 0.05$). Lo que no se prestaría a interpretaciones más complejas, que las supuestas de diferentes motivos personales y horarios.

Luego de aplicar el instrumento MiniMult, se identificaron patrones predominantes de personalidad, teniendo en cuenta que se trata de perfiles, y que no constituyen un diagnóstico de patología (para el diagnóstico se contó con el apoyo de un psicólogo), pese a que los puntajes fueron relativamente altos comparados con los de la población en general, la interpretación correcta de los resultados queda limitada, puesto que el test no pretende lograr una evaluación psicológica completa del sujeto en estudio. Sus resultados se muestran en la **Tabla y Gráfico 3**. El rasgo más identificado entre los estudiantes es de hipocondría (45.33%), seguido de rasgo ansioso-depresivo (20%); un 11.33% de estudiantes tuvieron rasgos esquizotípicos, 10% síntomas relacionados a depresión, 4.67% ansiedad, 4% paranoia; en 2.67% de casos hubo rasgos hipocondriaco-depresivos, y en 2% rasgos maniaco-depresivos. En comparación con Rodas Descalzi P. et al, en su estudio realizado en una universidad privada de Lima en el año 2006, que menciona como principal trastorno de personalidad, el de ansiedad generalizada ($n=22$) encontrado con mayor frecuencia en mujeres; con el rasgo compulsivo (50%), como el más predominante en este tipo de

personalidad. En el mismo estudio se halló también trastornos depresivos entre el 6 y el 15%.¹⁵ Por otro lado, Zurrosa-Estrada et al, anuncian en su estudio “Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en los médicos residentes”, que el tipo de personalidad de cada sujeto puede considerarse un predictor de su respuesta ante las situaciones y demandas de su medio ambiente. Reportando una correlación entre la presencia de estrés y los rasgos de personalidad C- (inestabilidad emocional), H- (retraimiento), O+ (propensión a la culpa), Q4+ (tensión).²¹

La **Tabla y Gráfico 4** muestran la comparación de los perfiles de personalidad según el semestre de estudio; aunque las diferencias encontradas no resultaron significativas ($p > 0.05$), se encontró que en el primer semestre predominó la hipocondría (48%), el rasgo ansioso-depresivo (12%), los rasgos esquizotípicos y la ansiedad (10% cada uno); en quinto semestre los rasgos predominantes fueron la hipocondría (34%) y el rasgo ansioso-depresivo (32%), y en XI semestre el 54% de alumnos tuvieron rasgos de hipocondría. Rodas Descalzi también señala en su estudio en estudiantes de medicina de tercer año, que los trastornos depresivos aumentaron según la variación estacional y con cursos de clínica, por su mayor relación con el estrés.¹⁵ Así mismo, Volkow en 1982 señala en un estudio que utilizó un instrumento para evaluar personalidad (MMPI), que los estudiantes de medicina de postgrado tenían mejor salud mental que los de pregrado.⁸ Dicho esto, se podría inferir que a pesar de no hallar variaciones

estadísticamente significativas entre los distintos semestres en estudio con respecto a la presencia de los rasgos de personalidad más frecuentes, bien podría existir una diferencia real al comparar con estudiantes de postgrado (Médicos- cirujanos, residentes de medicina, médicos especialistas).

En la **Tabla y Gráfico 5** se observa la distribución de rasgos de personalidad según el sexo de los estudiantes; el rasgo ansioso se presentó sólo en mujeres; el 66.67% de rasgo depresivo se presentó en mujeres, al igual que el rasgo paranoide; en cuando al rasgo esquizotípico el 52.94% fueron varones, y en maniaco-depresivos el 66.67% fueron también varones, así como todos los hipocondriaco-depresivos, mientras que en los demás rasgos hubo proporciones similares entre varones y mujeres. Las diferencias fueron marginalmente significativas ($0.10 > p > 0.05$). Gerhard Heinze, et al, en su estudio sobre síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de estudiantes de medicina de la UNAM en el año 2008, redacta que las mujeres mostraron mayor sintomatología psiquiátrica en ambos grupos, de bajo rendimiento y de alto rendimiento (media = 7,3), así mismo el sexo femenino presentó mayor empatía y solidaridad en comparación con los hombres.⁸ Según Zurrosa-Estrada, et al, en los hombres sobresale positivamente la autoconfianza y en contraste, las mujeres predominan con un factor sugestivo de flexibilidad a los cambios, en general.²¹

Se muestra las edades de los estudiantes según sus rasgos predominantes de personalidad en la **Tabla y Gráfico 6**. En casi todos los rasgos la edad fue en promedio de 20 a 21 años, a excepción del rasgo ansioso, con edad de 18.57 años, y el rasgo maniaco depresivo (18.33 años), y el rasgo paranoide (19.33 años). Las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). Zurrosa-Estrada y colaboradores, en su investigación del año 2009, sugieren que *“la personalidad es un constructo que va conformando a partir de las necesidades y las exigencias a las que se enfrenta un médico durante su entrenamiento profesional”* en base a otros estudios que señalan la presencia de rasgos específicos de personalidad de un médico, en diferentes etapas de su formación.²¹

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los estudiantes de Medicina Humana de una universidad de Arequipa son la hipocondría y el rasgo ansioso-depresivo.

Segunda. Los rasgos de personalidad no variaron de manera significativa entre los estudiantes de medicina humana según el semestre de estudio.

Tercera.- Hubo más rasgos de personalidad ansiosa y depresiva en estudiantes mujeres, y más rasgos esquizotípicos, maniaco-depresivos e hipocondriaco-depresivos en varones, mientras que no hubo diferencia en los rasgos de la personalidad con la edad de los estudiantes universitarios.

SUGERENCIAS

- 1) Se recomienda en la universidad donde se realizó el estudio, pueda implementarse programas para la orientación de los estudiantes de medicina con el fin de identificar tempranamente síntomas psiquiátricos, permitiendo una atención oportuna en caso de encontrarse un trastorno de personalidad.
- 2) Dado que en la presente investigación, se buscó únicamente identificar los rasgos de personalidad, no pudiéndose determinar la existencia de patología psiquiátrica, se sugiere que en futuros estudios, pueda complementarse con otros tipos de instrumentos capaces de reconocer con mayor eficiencia a los trastornos de personalidad, así mismo constatar con una entrevista los resultados.
- 3) Se sugiere a la Universidad donde fue realizado el estudio, Promover trabajos de investigación sobre rasgos de personalidad más relevantes en otras facultades para determinar la influencia que pueda tener esta variable.

BIBLIOGRAFÍA

1. **ALCORTA A., GONZÁLEZ J.:** “Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos”. Rev Medigraphic Artemisa; Salud Mental, Vol. 28, No. 5, Octubre 2005.
2. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:** DSM-IV-TR: “Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. Masson S.S. Barcelona; 2002
3. **BITRAN M., ZÚÑIGA D.:** “Tipos psicológicos y estilos de aprendizaje de los estudiantes que ingresan a Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile”. Rev Méd Chile; 131: 1067-1078. Año 2003
4. **EQUIPO FUNDACIÓN EDUCACIÓN MÉDICA (FEM):** La formación de los profesionales médicos. Monografías Humanitas. Vol. 7: PP 69-83. 2004
5. **ESBEC E., ECHEBURÚA E.:** “La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V”. Actas Españolas de Psiquiatría; Vol. 39(1):1-11. Año 2011
6. **ESBEC, E., ECHEBURÚA, E.:** “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”. Actas Españolas de Psiquiatría, Vol. 38, nro. 5, 249-261. 2010.
7. **GONZÁLEZ L., ROBLES J.:** “Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, -modus operandi- y relaciones víctima-victimario. Psicopatología Clínica, Legal y Forense”, Vol. 7, pp 19-39. 2007

8. **HEINZE G., VARGAS B.:** *“Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM”*. Salud Mental; Vol. 31, No. 5, PP 343-350. Septiembre-Octubre, 2008
9. **KERNBERG P., WEINER A.:** *“Trastornos de personalidad en niños y adolescentes. Ed. El manual moderno”*; ISBN 968-426-952-8. México 2002.
10. **LIEVENS F., COETSIER P.:** *“Medical students’ personality characteristics and academic performance: a five-factor model perspective”*. Blackwell Science Ltd Medical Education. Vol. 36:1050–1056. 2002
11. **LÓPEZ M., CHÁVEZ E.:** *“Relación de los mecanismos de defensa y trastornos de la personalidad”*. Rev. latinoamericana de Psiquiatría 11(3):73-81, 2012
12. **MORENO B. GARROSA E.:** *“Personalidad positiva y salud. Psicología de la salud; Temas actuales de investigación en Latinoamérica.”* Vol. 5: pp59-76. Bogotá, 2005
13. **PALOMO T., JIMENEZ M.:** *“Manual de Psiquiatría”*. Gráficas Marte, S.A. ISBN: 978-84-691-8569-8. Madrid, 2009
14. **PERALES C.:** *“Ética y humanismo en la formación médica”*. Acta Bioética. 2008; Vol. 14, Núm. 1: PP 30 - 38.
15. **RODAS P., SANTA CRUZ G.:** *“Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima – 2006”*. Revista Med Hered. Vol. 20, Núm. 2: PP 70 - 76, año 2009

16. **ROMERO E., LUENGO M.:** *“La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores y los Cinco Alternativos”*. Rev. Psicothema Vol. 14, nº 1: pp. 134-143, 2002.
17. **ROSAS F., LLANOS D.:** *“Perfil de personalidad de estudiantes de la facultad de medicina de la universidad peruana Cayetano Heredia”*. Revista de Neuro-Psiquiatría, Vol. 64: PP 51 – 70. Perú, 2001
18. **SEELBACH G.:** *“Teorías de la personalidad”*. Editorial Red Tercer Milenio S.C. ISBN 978-607-733-193-3 Primera edición. Año 2013
19. **TAJIMA K., DE ANTA L.:** *“Manual del residente en psiquiatría”*. Gráficas Marte, S.L. ISBN: 978-84-693-2268-0. Año 2009
20. **VÁZQUEZ S.:** *“Trastornos de la personalidad y conducta delictiva”*. Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad (Universidad Autónoma de Madrid) doc-ISle nº 07. Año 2012
21. **ZURROZA A., OVIEDO I.:** *“Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en los médicos residentes”*. Rev. de investigación clínica Vol. 61 Num. 2, pp110 118, marzo abril 2009

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Yo, estudiante de Medicina Humana de sexo..... y de..... años de edad. Estudiante, además, de otra carrera universitaria Sí (....) o No (....)

Declaro que he sido informado adecuadamente, sobre el tema de investigación y la finalidad del estudio titulado:

“Rasgos de personalidad más frecuentes en estudiantes de medicina humana de una universidad de Arequipa y su variación en tres semestres académicos representativos”

El cual fue aprobado por el comité de ética previamente para su realización y así, disponer de forma confidencial de los datos encontrados en la presente investigación.

Así mismo, fui instruido acerca del adecuado llenado de la encuesta de la que seré partícipe de forma anónima y voluntaria.

En consecuencia doy mi consentimiento.

Anexo 2: Encuesta

Por favor conteste las siguientes afirmaciones con un “CIERTO” o con un “FALSO”, de acuerdo a si se aplican no a usted. Al dar su contestación hágalo tomando en cuenta como usted se ha sentido en estos días. Marque con una “X” la respuesta correspondiente (CIERTO O FALSO) en cada pregunta. No deje ninguna pregunta sin contestar.

Edad: _____

Sexo: M () o F ()

Semestre académico: _____

ITEM	COLOQUE 1 DEBAJO DE CIERTO O FALSO, SEGÚN SEA SU RESPUESTA	CIERTO	FALSO
01	Tengo buen apetito.		
02	Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.		
03	Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.		
04	Trabajo bajo una tensión muy grande.		
05	De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.		
06	Muy raras veces sufro de estreñimiento.		
07	A veces he sentido un inmenso deseo de abandonar mi hogar.		
08	A veces me dan accesos de ira o llanto que no puedo controlar.		
09	Sufro ataques de náuseas y de vómitos.		
10	Nadie parece comprenderme.		
11	A veces siento deseos de maldecir.		
12	Me dan pesadillas con mucha frecuencia.		
13	Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.		
14	He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.		
15	Si la gente no la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.		
16	Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.		
17	He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada, porque no tenía voluntad para hacerlo.		
18	Mi sueño es irregular e intranquilo.		
19	Cuando estoy con gente, me molesta oír cosas muy extrañas.		

20	Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.		
21	Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.		
22	Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.		
23	Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se consuelen de ellos y les ayuden.		
24	Algunas veces me enojo.		
25	Decididamente no tengo confianza en mí mismo.		
26	Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares.		
27	Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo.		
28	Casi siempre soy feliz.		
29	Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen la razón.		
30	Creo que están conspirando contra mí (<i>cuando se unen varias personas contra alguien</i>).		
31	La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.		
32	Sufro mucho de trastornos estomacales.		
33	A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado.		
34	A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo con palabras.		
35	Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco.		
36	Decididamente, a veces me siento que no sirvo para nada.		
37	Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.		
38	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.		
39	Creo que recientemente he sido castigado sin motivo.		
40	Nunca me he sentido mejor que ahora.		
41	No me preocupa lo que otros piensen de mí.		
42	Mi memoria parece ser buena.		
43	Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.		
44	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.		
45	Muy pocas veces me duele la cabeza.		
46	No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.		
47	No me agradan todas las personas que conozco.		
48	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.		
49	Debería no ser tan tímido.		
50	Creo que mis pecados son imperdonables.		

51	Consecuentemente me encuentro preocupado por algo.		
52	Con frecuencia, mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbro a salir.		
53	A veces murmuro o chismeo de la gente.		
54	A veces siento que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.		
55	Rara vez noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento "corto" de respiración.		
56	Me molesto con facilidad pero se me pasa pronto.		
57	Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.		
58	Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.		
59	A nadie le importa mucho lo que me sucede.		
60	No culpo a la persona que se aprovecha de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.		
61	A veces estoy lleno de energía.		
62	Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.		
63	Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.		
64	Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.		
65	Tengo épocas en la que me siento muy alegre sin tener una razón especial.		
66	Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.		
67	Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.		
68	Soy más sensible que la mayoría de la gente.		
69	Durante ciertos períodos, mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.		
70	La gente me desilusiona con frecuencia.		
71	He bebido alcohol en exceso (<i>En caso de contestar afirmativamente, responda lo siguiente.</i>)		
	a. Siento remordimiento luego de estar tomando.		
	b. La eficiencia en mi trabajo disminuye por efecto de la bebida.		
	c. El tomar o ingerir alcohol crea algún tipo de daño en mi familia.		
	d. Disminuyo o pierdo el control por efecto de la bebida.		
	e. Siento temblores a no ser que continúe bebiendo.		

Anexo 3

Matriz de sistematización de información

N°	mes	Edad	éne	Escala de valide								Mani	Diagnostico		
				L	F	K	1	2	3	4	5			6	7
1	l	16	Fem	63	64	48	68	67		62				63	Ansioso
2	l	19	Mas	50	76	46	70		64		67		73		Hipocondriaco
3	l	16	Fem	63	58	55	68	59	68		62				Ansioso
4	l	18	Mas	63	53	61	70	68	60				67		Hipocondriaco
5	l	17	Fem	56	58	59	82		79	81			74		Ansioso-depresivo
6	l	17	Fem	63	64	55	68	59	73				61		Ansioso
7	l	18	Fem	63	53	53	70	69			62		74		Hipocondriaco
8	l	18	Fem	50	64	59	62		59	69	56				Hipocondriaco
9	l	16	Fem	63	58	53			56	67		58		58	Depresivo
10	l	19	Fem	56	80	61				76	88		92	68	Esquizofrenia
11	l	16	Fem	56	64	64	68		70	67	67				Ansioso
12	l	17	Fem	56	58	59	68	59	68				61		Hipocondriaco
13	l	19	Fem	56	64	59	78	73	79				74		Ansioso-depresivo
14	l	17	Mas	63	68	59	75	63		64			65		Hipocondriaco
15	l	19	Mas	56	68	48		77		69		81	74		Ansioso-depresivo
16	l	28	Mas	70	64	61	70		64		70		76		Esquizofrenia
17	l	17	Mas	63	64	61	75	63	64				67		Hipocondriaco
18	l	21	Mas	50	58	64	72		65	62			65		Hipocondriaco
19	l	19	Fem	63	53	72	64	59	70	71					Ansioso-depresivo
20	l	16	Fem	70	58	55	76		64	67			61		Hipocondriaco
21	l	19	Fem	63	64	66	66		73	67	62				Ansioso
22	l	17	Mas	56	53	66	80		69	62			67		Hipocondriaco
23	l	17	Mas	56	76	51	68			76			78		Esquizofrenia
24	l	16	Fem	63	53	61	70		68		62		58		Hipocondriaco
25	l	18	Fem	63	53	55	72		61		62		66		Hipocondriaco
26	l	18	Fem	63	68	46	74	69			62	63			Hipocondriaco
27	l	17	Fem	56	68	53	66			74			69	75	Maniaco-depresivo
28	l	19	Fem	63	58	59	58	63	64		62				Depresivo
29	l	26	Mas	63	68	61	80	80				77	82		Ansioso-depresivo
30	l	19	Fem	63	68	42	68	69					64	63	Depresivo
31	l	17	Mas	63	68	59	80		69			75		70	Maniaco-depresivo
32	l	16	Fem	56	68	53	70	69		67			77		Hipocondriaco
33	l	17	Mas	50	64	40	72			60	70		61		Paranoide
34	l	19	Mas	50	58	48	72	77		69			69		Hipocondriaco-depresivo
35	l	17	Fem	63	53	64	68		61		62		57		Hipocondriaco
36	l	16	Fem	63	53	53	66		61		67		64		Paranoide
37	l	17	Mas	63	64	51	65	58	58	60					Hipocondriaco
38	l	17	Fem	56	58	48	68				62	65	69		Hipocondriaco
39	l	19	Fem	50	64	59	70	67		76			78		Hipocondriaco
40	l	17	Mas	63	58	51	65		64		62			58	Hipocondriaco
41	l	19	Mas	56	64	53	80		64		56		53		Hipocondriaco
42	l	18	Fem	56	64	55		73	70	74			66		Depresivo
43	l	18	Mas	50	58	48	77			69	82		69		Paranoide
44	l	17	Fem	63	64	61	70			71	70		75		Ansioso-depresivo
45	l	19	Fem	63	68	48	68	59	64		62				Hipocondriaco
46	l	16	Fem	63	58	59	68		64	60	56				Hipocondriaco
47	l	17	Mas	63	68	53	64	59		62			70		Esquizofrenia
48	l	19	Mas	50	58	51	65		60		67		69		Esquizofrenia

100	V	19	Fem	70	58	59	62		59		67			58	Depresivo	
101	XI	24	Mas	50	64	48	72		65	74			74		Ansioso-depresivo	
102	XI	23	Fem	63	53	46	66	59	56		56				Hipocondriaco	
103	XI	30	Fem	63	58	53	66		59		56			58	Hipocondriaco	
104	XI	24	Mas	50	53	51	75	77	69			81			Hipocondriaco-depresivo	
105	XI	23	Fem	63	58	59	74		70	71			81		Ansioso-depresivo	
106	XI	22	Fem	56	68	51	62				50		58	60	Hipocondriaco	
107	XI	22	Mas	50	64	53	70			67		69	84		Hipocondriaco	
108	XI	30	Mas	70	68	46	75	80				75	67		Depresivo	
109	XI	25	Fem	70	53	64	72		61				61	60	Hipocondriaco	
110	XI	24	Fem	70	53	55	80	76		81			75		Ansioso-depresivo	
111	XI	23	Fem	63	58	51	58		59		67		63		Esquizofrenia	
112	XI	26	Mas	63	58	46	59			62	56		55		Hipocondriaco	
113	XI	22	Fem	56	53	42	60				56		55	58	Hipocondriaco	
114	XI	23	Mas	50	68	42	72	72			70	75			Hipocondriaco-depresivo	
115	XI	23	Fem	63	53	51	66		56				55	65	Hipocondriaco	
116	XI	29	Fem	70	53	55	60		59	50				60	Hipocondriaco	
117	XI	23	Mas	63	68	40	62		53				55	60	Hipocondriaco	
118	XI	23	Mas	70	68	61	65				70	66	88		Esquizofrenia	
119	XI	22	Mas	56	53	55	82		69				65	53	Hipocondriaco	
120	XI	22	Fem	63	68	42	60	69			70	63			Paranoide	
121	XI	23	Mas	63	64	64	77	68			67		74		Hipocondriaco	
122	XI	22	Mas	50	68	53		68		62	62		64		Depresivo	
123	XI	22	Mas	63	64	51	70	63		67			78		Hipocondriaco	
124	XI	23	Mas	63	68	53	75	77		86			80		Ansioso-depresivo	
125	XI	23	Mas	56	68	61	80	72	73				71		Ansioso-depresivo	
126	XI	22	Mas	56	64	51	75		64				73	65	Esquizofrenia	
127	XI	22	Mas	50	53	42	80	68	65			66			Hipocondriaco	
128	XI	28	Mas	50	68	53	85	77	73				74		Ansioso-depresivo	
129	XI	21	Fem	63	58	53	66	69	70				63		Ansioso	
130	XI	21	Fem	63	76	55	68	76		79		71			Depresivo	
131	XI	26	Mas	63	53	51	80	72			76		73		Ansioso-depresivo	
132	XI	21	Fem	63	58	59		59	56	60	56				Depresivo	
133	XI	23	Mas	50	53	46	90	68	69				67		Hipocondriaco	
134	XI	23	Mas	63	53	66	65			67			61	60	Hipocondriaco	
135	XI	22	Fem	63	53	48	68	59	56				55		Hipocondriaco	
136	XI	22	Mas	56	64	42	67	80				71	73		Ansioso-depresivo	
137	XI	22	Mas	63	64	66	90		84			79	76		Esquizofrenia	
138	XI	23	Mas	63	64	61	70		64		62		61		Hipocondriaco	
139	XI	25	Fem	63	53	64	68		70	57			57		Ansioso	
140	XI	23	Fem	63	76	51	70			55	62		78		Hipocondriaco	
141	XI	24	Fem	56	53	51	66	63	61					53	Hipocondriaco	
142	XI	21	Mas	56	58	48	67		53		56			55	Hipocondriaco	
143	XI	24	Mas	63	53	64	82		65	57			65		Hipocondriaco	
144	XI	23	Fem	63	53	59	62		54	55				53	Hipocondriaco	
145	XI	23	Mas	63	64	48	82	68					69	73	Hipocondriaco	
146	XI	23	Fem	56	58	53	58				62		64	58	Paranoide	
147	XI	22	Fem	56	64	42	64		54		62			58	Hipocondriaco	
148	XI	23	Fem	63	76	66	62			67	67		67		Esquizofrenia	
149	XI	26	Mas	63	53	51	70			67	56		65		Hipocondriaco	
150	XI	25	Mas	63	64	51	70	63	64	60					Hipocondriaco	

Anexo 4
Proyecto de investigación

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Rasgos de personalidad más frecuentes en estudiantes de medicina humana de una universidad de Arequipa y su variación en tres semestres académicos representativos”

Autor

Edgardo Javier Bejarano Ccoropuna

Proyecto de Tesis para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

Preámbulo

Los rasgos de personalidad son el conjunto de factores internos, dinámicos y subyacentes a la experiencia de la persona y al comportamiento de la misma. Permiten describir deseos, motivaciones y emociones inherentes del ser humano; determinando de forma muy importante las respuestas conductuales de cada individuo ante situaciones comparables. Por lo tanto, el tipo de personalidad de cada sujeto puede ser predictor de su respuesta ante las situaciones y demandas del medio ambiente.

El estudio de las características de personalidad ocupa en la actualidad un lugar importante en la educación médica. Más del 30% de las escuelas en Estados Unidos y Europa consideran los tipos psicológicos de sus estudiantes como un antecedente académico de importancia. La American Association of Medical Colleges ha incorporado el uso del Inventario de Tipos Psicológicos de Myers Briggs en sus programas de MEDcareers, destinado a asesorar a los estudiantes en la elección de especialidad. Dada la gran diversidad de ámbitos de conocimiento y acción de la medicina, es preciso contar con médicos de los más variados perfiles personales y profesionales para satisfacer las múltiples y crecientes necesidades de salud de la comunidad. Por lo que debe existir un respeto por las diferencias individuales, por ser estas particularmente importantes en la formación de los médicos. Sin embargo muchas veces son estos mismos rasgos de personalidad los que juegan en contra de los futuros médicos por estar sometidos a un gran estrés desde el inicio de sus carreras, lo que puede llevarlos a adoptar rasgos no saludables, que influirán en su vida, tanto en la parte personal como académica.

Todas las personas son influenciadas por el medio donde se encuentran, con la adquisición de nuevos rasgos de personalidad, que no siempre son los adecuados, así mismo esto dependerá del tiempo de exposición en el ambiente.

Se ha observado en múltiples estudios tanto de estudiantes de pregrado, médicos residentes, así como de médicos asistentes, que en ocasiones todo este estrés y competitividad al que son sometidos hace que se sobrepase su capacidad de respuesta de forma competente. Además se han encontrado rasgos de propensión de culpa, obsesivos, de retraimiento, de irritabilidad emocional, entre otros.

Con el presente estudio se trata de encontrar cuales son los rasgos de personalidad más frecuentes de los estudiantes de Medicina Humana de una universidad de la ciudad de Arequipa, haciendo una comparación con sus variables sociodemográficas, tales como son la edad y sexo; así también comparando con el semestre académico que se encuentran cursando, lo que podría ayudar a encaminar a los futuros profesionales de la salud ante indistintas situaciones que se les presentarán tanto en el ámbito personal como profesional.

I. Planteamiento teórico

1. Problema

Enunciado del problema

¿Cuáles son los rasgos de personalidad más frecuentes en estudiantes de medicina humana de una universidad de Arequipa y su variación en tres semestres académicos representativos?

Descripción del problema

- Área del conocimiento:

a. Área general: Ciencias de la Salud

b. Área específica: Medicina Humana

c. Especialidad: Psiquiatría

d. Línea: Personalidad

a) Operacionalización de las variables:

VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
SOCIODEMOGRAFÍA	EDAD	CUANTITATIVA ORDINAL
	SEMESTRE ACADÉMICO	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA
	SEXO	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA
RASGOS DE PERSONALIDAD	HIPOCONDRIA DEPRESIÓN HISTERIA DESVIACIÓN PSICOPÁTICA PARANOIA PSICASTENIA ESQUIZOFRENIA MANÍA	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA

- **Interrogantes básicas**

- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad más frecuentes en los estudiantes de Medicina Humana?
- ¿Existen variaciones en los rasgos de personalidad entre los estudiantes de medicina que recién ingresan a la universidad en comparación a los de semestres superiores?
- ¿Cuáles son las variaciones más frecuentes que presentan en sus rasgos de personalidad de acuerdo al sexo y edad?

- Tipo de investigación: Descriptiva
- Nivel de la investigación: Explicativo

Justificación del problema

Las razones por las cuales se ha seleccionado el presente estudio, es porque actualmente en el Perú la carrera de medicina humana es muy comercializada, y visualizada por la sociedad como lucrativa, símbolo de autoridad, elitista, etcétera; lo que lleva a muchos jóvenes a postular a las diferentes casas universitarias.

En muchas universidades del mundo además de un examen de conocimientos, los postulantes pasan por una evaluación psicológica, que contribuye a una mejor selección, ya que no todas las personas que postulan son las adecuadas psicológicamente para estudiar la carrera de Medicina Humana.

La importancia del presente estudio es obtener una perspectiva acerca de los rasgos de personalidad más frecuentes en un grupo humano que tiene como característica en común, estudiar la carrera de medicina humana, y hacer una comparación de los estudiantes de acuerdo al semestre académico que se encuentran cursando. Esto debido, a que en una primera instancia gran parte de los postulantes son estudiantes destacados en sus centros educativos, y la gran competencia que existe al momento de postular hace que un buen número de ellos tomen una actitud de ser superiores a los demás postulantes, y es en el transcurso de la carrera donde van encontrando dificultades, y algunas veces frustraciones además del estrés de acuerdo al grado de

complejidad de los cursos y la competitividad; lo que influye en la aparición de nuevos rasgos de personalidad. Es por este motivo que **tiene relevancia social**.

No se han realizado estudios similares, sobre personalidad, en una población especial como la de los alumnos de la facultad de medicina humana, en una universidad de la ciudad de Arequipa; lo que hace que nuestro estudio sea **original**.

Estudio que **es pertinente**, debido a que, permitirá obtener información acerca de los rasgos de personalidad más frecuentes hallados en los estudiantes de medicina humana, y replantear un plan de tutoría para encaminarlos de una forma más adecuada. Lo que beneficiaría personalmente a los estudiantes, con el consiguiente mejor rendimiento académico. Lo que finalmente mejoraría a la sociedad por tener personas con mejores capacidades personales y profesionales.

Es trascendente debido a que se ha observado en diversos estudios que algunos estudiantes de medicina tienden a desarrollar con el tiempo sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas; especialmente hacia su propia familia. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia sí mismo. Eso se incrementa cuando la presión familiar y académica sobrepasa su capacidad para manejar competentemente. Es por ello que es necesario abordar este tema para conocer mejor a los futuros profesionales en medicina, así como prevenir problemas de salud mental, para que cuando sean médicos sean capaces de desarrollar conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. También, al aumentar y

conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

Por ser la personalidad algo inherente y particular de los seres humanos, además de poder contar con una población representativa de semestres académicos diferentes en el campus de una universidad de Arequipa, hace que sea **factible** el presente estudio.

Es útil, ya que en base a este estudio, podremos obtener una visión muy cercana de los estudiantes de medicina y encontrar rasgos de su personalidad, pudiendo así realizar una intervención profiláctica psicológica temprana de la población en riesgo.

Es ético, desde el momento en que se decide manejar los resultados de la investigación de manera confidencial, bajo la supervisión de un comité de ética; protegiendo de esta manera la dignidad, los derechos y la autonomía de los sujetos en estudio, y aclarando además, que los rasgos de personalidad se manifiestan de manera intrínseca en toda persona, solo siendo de discriminación patológica aquellos que se hayan muy arraigados y sean poco flexibles, en la persona con un trastorno de personalidad.

2. Marco conceptual

2.1. Personalidad

La personalidad es “*un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que son únicas y singulares en un sujeto*”²⁰, puesto que son características que persisten en el tiempo y nos distinguen de los demás; así, a relacionarnos con el entorno. Entonces no se trata de algo individual, sino de un todo integrado con componentes biológicos y sociales, innatos y aprendidos. La personalidad es aquello que determina quién es cada quién y cómo se manifiesta en el entorno.

De forma tradicional, la personalidad ha venido representando las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones. “*Estas propiedades permanentes han dado origen a numerosos enfoques en relación con rasgos y tipos de personalidad y desarrollos teóricos y empíricos que las relacionan con variables más o menos implicadas en procesos de ausencia de bienestar.*”¹²

La personalidad se encuentra dentro del estudio del campo de la psicología y psiquiatría, y se puede explicar desde varias funciones; nos “*permite conocer de forma aproximada los motivos que llevan a un individuo a actuar, a sentir, a pensar y a desenvolverse en un medio*”¹²; por otro lado, también deja conocer la forma en la cual aprendemos del entorno. Así mismo, “*se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales*”⁹.

2.1.1. Componentes de la personalidad

Estos componentes variables, que han sido influenciados según las experiencias desde etapas tempranas del desarrollo, son factores evocativos que influyen en la reactividad de la persona hacia el mundo, en su interpretación y la construcción de los consecuentes hábitos.

2.1.1.1. **Temperamento.-** se refiere a comportamientos que aparecen

tempranamente, por lo que se asocia a conductas neurobiológicas y genéticas. Da un componente emocional a la formación y expresión de la personalidad, según los comportamientos de caracterizan al individuo. Determina sus capacidades conductuales en el área cognitiva, motivacional, de adaptación, de emociones negativas como la frustración y la respuesta al estrés, e incluso en gran medida sobre el umbral biológico que refleja la irritabilidad a muy temprana edad.¹⁰

2.1.1.2. **Identidad.-** conocida como la toma de conciencia del individuo de su

“constancia de sí mismo y continuidad en el tiempo”, así como el reconocimiento de la misma en otros; alcanzando su resolución en el adulto joven. En lo que considera esta identidad sana podemos distinguir una imagen corporal realista, identidad subjetiva de sí mismo, actitudes y comportamientos consistentes, continuidad temporal de la experiencia propia, genuinidad y autenticidad, claridad de género, conciencia internalizada, y origen étnico.¹⁰

2.1.1.3. **Género.-** desde los dos años de edad, puede verse establecida la

identidad de género. Alrededor de esta, la persona se organiza consistentemente a sí misma y a sus actividades. Afecta también la

manera en que otros reaccionan ante el individuo.¹⁰

2.1.1.4. Trastornos neuro-psicológicos del desarrollo.- en un primer patrón tenemos a las funciones ejecutivas que incluyen la capacidad para planear, inhibir, vigilarse a uno mismo y desplegar las funciones de la memoria, influyen en los actos de planeación, estrategia, solución de problemas, inhibición de actos irrelevantes y supervisión propia del trabajo. Un segundo patrón es el síndrome de problemas de aprendizaje no verbal; se caracterizan por déficit para interpretar las señales sociales, tener la perspectiva adecuada, juicio social y habilidades para la interacción social.¹⁰

2.1.1.5. Afecto.- el componente afectivo en la expresión de una persona refleja la eficacia de sus mecanismos de defensa. Las capacidades para expresar y verbalizar un amplio rango de afectos hacia los demás y de moverse de un afecto a otro suavemente, puede corresponder a un uso de mecanismos de defensa más maduros.¹⁰

2.1.1.6. Mecanismos de defensa.- son funciones de la mente que se usan en combinación para explicar comportamientos, afectos e ideas defensivas observables. Las defensas normales como humor, supresión y sublimación. Las defensas neuróticas como represión, anulación, proyección, aislamiento, intelectualización, vuelta contra sí mismo y racionalización. Las defensas limítrofes como escisión, negación, idealización, devaluación, identificación proyectiva. Las defensas de la personalidad psicótica como desanimo, hipocondriasis, constricción, fusión y encapsulación autista. Estos mecanismos de defensa se

relacionan con operaciones cognitivas fuera de la conciencia de la persona, y se organizan controles cognitivos de pensamientos y sentimientos, e incluso la secuencia de sentimientos e ideas típicas.¹⁰

2.1.2. Rasgos clínicos de la personalidad

Los rasgos de personalidad son un conjunto de factores internos, dinámicos y subyacentes a la experiencia de la persona y de igual forma, al comportamiento de la misma. Estos rasgos *“permiten describir deseos, motivaciones y emociones inherentes al ser humano”*¹.

En cuanto a lo que se refiere la estabilidad y desarrollo de los rasgos de personalidad, se explica que según el concepto de *“continuidad heterotípica”*, como el enfoque del desarrollo que toma en cuenta el proceso mediante el cual, en cada fase del mismo, se va a formar una identidad y personalidad apropiadas a la edad. Ignorar las líneas de desarrollo en la estructuración de la identidad significa hacer de lado la forma en que el desarrollo de la personalidad puede ser afectado negativamente a cualquier edad.¹⁰

El DSM IV se muestra como un parámetro de importancia dentro del campo de la psiquiatría; alegando que *“los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”*².

Constituyen solamente en trastornos de personalidad cuando se hacen inflexibles y

desadaptativos; causando un deterioro funcional de forma significativa o un malestar subjetivo. Por lo tanto se atribuye la característica principal de un trastorno de la personalidad a un patrón permanente de experiencia interna y de un comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto y que además tiende a manifestarse en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

Actualmente existe cierto consenso en que tienden a predominar los modelos pentafactoriales de la personalidad, sustentados en estudios genéticos, neuropsicológicos y de análisis factorial.⁶

2.1.2.1. Hipocondría.- rasgo que demuestra preocupación acerca del estado de salud. Experimentan conflictos emocionales, los canalizan mediante la somatización y el malestar físico de forma insistente pero sin tener una base orgánica.

2.1.2.2. Depresión.- rasgo caracterizado por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, preocupación, desilusión e infelicidad. Se muestran serios, ajenos a la diversión, el relajo y el sentido del humor.

2.1.2.3. Histeria.- propensos de ataques de debilidad, desmayos o convulsiones. Desplazan sus problemas en función psicossomática de inmadurez egocéntrica, utiliza la mentira o finge enamorarse.

2.1.2.4. Desviación psicopática.- rasgo donde la persona emite respuestas emocionales no profundas, despreocupación por las normas morales y sociales, agresión por el medio, rebeldía, desorden de carácter. Asociado

a sentimientos antisociales, sin embargo al ser un rasgo, pueden ser individuos agradables e inteligentes.

2.1.2.5. Paranoia.- rasgo encontrado en personas que demuestran una actitud sospechosa, rígida, con miedo e ideas de daño. Son sensibles en sus relaciones interpersonales y suspicaces.

2.1.2.6. Psicastenia.- rasgo que llega a manifestarse por depresión leve, preocupación excesiva, falta de confianza en sí mismo, incapacidad para concentrarse. Presentan excesivas dudas, gran variedad de temores, angustia e inseguridad. Tienen conductas fóbicas o conductas compulsivas.

2.1.2.7. Esquizofrenia.- Presentan características propias de esquizoide, incongruencia de afecto (no hay afecto y si lo hay es inapropiado), poco interés por el medio. También se asocia a aislamiento, emociones bizarras. El rasgo se manifiesta comúnmente en personas individualistas y negativas, aunque pueden mantener una adaptación social adecuada.

2.1.2.8. Manía.- rasgo con características maníacas, depresivas o tipo maniaca. Tiende a ser irritable, eufórico, muy activo, incansable, rápido de ideas y acciones, extrovertido, aunque se distrae con facilidad.

2.1.3. Trastornos de la personalidad

“Cuando la personalidad toma un patrón de funcionamiento fijo, inflexible, persistente y desadaptativo, provoca en la persona malestar clínicamente significativo, y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”⁷, es la manera más inmediata de describir un trastorno de

personalidad y que de acuerdo con el DSM-IV-TR, se ajusta en la definición, que *“los trastornos de personalidad son patrones de percepción, de relación, y de pensamiento estables acerca del medio y de uno mismo que se manifiestan en una amplia gama de importantes contextos sociales y personales”*¹⁹. Esto puede llevar a una angustia subjetiva por el gran deterioro social y mental que le aflige.

El patrón persistente de los trastornos de personalidad es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales; siendo causa de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. *“El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta”*³. Por otra parte, los trastornos de personalidad, no se pueden atribuir conscientemente a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental, tampoco se ha dilucidado que sea debido a los efectos fisiológicos directos de exposición a una sustancia, ni a una enfermedad médica.

*“Siguiendo a Barlow y Durand, estos patrones son estables y crónicos, no vienen y van, sino que se originan en la infancia, suelen comenzar a despuntar en la adolescencia o principio de la edad adulta, - momento en el que se considera que la personalidad ya está plenamente formada, y tienen continuidad en la edad adulta, pudiendo en algunos de los casos empeorar o estabilizarse con los años”*¹⁹. Reconociendo esto último se encuentra que los trastornos de personalidad, también tienden a manifestarse, en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos.

“En cuanto a las estadísticas de los trastornos, Barlow y Durand en el año 2001, estimaron que se encontraba entre el 0.5 y el 2.5% de la población general”¹⁹. Es con este estudio que se ve como trastornos más comunes dentro de la población general al Paranoide, Esquizotípico, Histriónico, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo, con un estimado de entre el 1 y el 4% de la población general. También se describe que los trastornos Esquizoide, Narcisista y por Evitación (representando al 1% de la población general), son los menos comunes.

El tener un trastorno de la personalidad puede angustiar a la persona que lo sufre. Pero es importante decir también, que no todas las personas con estos trastornos sienten angustia por ello, sino que son los demás: personas cercanas a su entorno y que conviven con ellos, los que perciben el desorden y los que consideran como anormales estas conductas.⁷

Por otro lado hay que tener en cuenta que el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad no acarrea necesariamente algo patológico, ni tenemos porqué estar hablando de personas inadaptadas socialmente o problemáticas. *“Las dimensiones que van desde la conducta normal a la patológica son continuas, no son excluyentes”¹⁹. Sin embargo, las personas con trastornos de personalidad tienen determinadas conductas y actitudes que pueden provocar respuestas recíprocas en los demás; dependiendo de esa respuesta el trastorno puede mejorar, estabilizarse o intensificarse negativamente.*

El DSM IV divide a los trastornos de personalidad en tres grupos con características en común:

2.1.3.1. Grupo A

Es conocido como el grupo de los raros o excéntricos, puesto que las definiciones que los demás dan de estas personas giran en torno a estas características.⁹

2.1.3.1.1. Trastorno paranoide de la personalidad.-

se define como una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de las personas como deliberadamente malintencionadas. No son personas que se inventen lo que ocurre a su alrededor, el problema está en la forma en la que interpretan esa realidad, ya que los esquemas cognitivos que han formado se caracterizan por una desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva. No presentan síntomas asociados a estos trastornos, como delirios o alucinaciones.¹⁹

2.1.3.1.2. Trastorno esquizoide de la personalidad.-

con un gran distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional. *“Son personas que tienen una gran dificultad para establecer relaciones sociales, debido entre otras cosas, a su indiferencia ante la aprobación o crítica de los demás”*¹⁹

2.1.3.1.3. Trastorno esquizotípico de la personalidad.-

es un patrón de déficits sociales e interpersonales caracterizados por un malestar

agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognitivas y perceptivas y excentricidades en el comportamiento. *“Son considerados a menudo por los demás como extraños o bizarros por la forma que tienen de relacionarse con otras personas, pensar y hasta por la forma de vestirse”*¹⁹

2.1.3.2. Grupo B

Las personas que conforman estos grupos, en general son descritas por otros como caprichosas, teatrales, cambiantes, impulsivas, manipuladoras, orgullosas, con mal genio, intrigables o egoístas.⁹

2.1.3.2.1. Trastorno histriónico de la personalidad.- *“La conducta de estos individuos es teatral, reactiva y expresada intensamente, con sus relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación”*⁶. Son personas de apariencia seductora y encantadora, caprichosas, exhibicionistas, y muy extravertidas. Inician una relación tras otra con gran facilidad pero tienen problemas para mantenerlas; debido a su ansioso deseo de aprobación, son capaces de adecuar su comportamiento en función de las expectativas de los demás.¹⁹

2.1.3.2.2. Trastorno narcisista de la personalidad.- se caracteriza por sus sentimientos de importancia y grandiosidad (en imaginación o en comportamiento), fantasías de éxito, necesidad de atención y admiración, exhibicionismo, necesidad de explotación interpersonal

y falta de empatía. Con un sentido irracional de importancia personal y al hecho de que están tan preocupados por ellos mismos que carecen de sensibilidad y compasión por otras personas. No se sienten a gusto a menos que alguien los esté admirando.¹⁹

2.1.3.2.3. Trastorno antisocial de la personalidad.- Suele aparecer sobre los 15 años (Trastorno Disocial de la Personalidad) y persiste en la edad adulta. *“Los esquemas mentales que desarrollan estos individuos se basan en autosuficiencia, superioridad, control y explotación del entorno y falta de empatía, manifestado todo ello en una ausencia total de responsabilidad por el sufrimiento de otras personas”*⁶. Su comportamiento se define como agresivo, temerario y precipitado, son arrogantes, no suelen mantener sus promesas y mienten constantemente, pueden decir lo que los demás quieren escuchar para provocarles compasión, no son cooperativos, tienden a provocar peleas, son vengativos y beligerantes.¹⁹

2.1.3.2.4. Trastorno límite de la personalidad.- se caracteriza principalmente por su inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y la afectividad e impulsividad elevada. Se las define como impredecibles, con patrones de apariencia cambiante y vacilante, tienden a provocar peleas y conflictos con frecuencia, recurren a chantajes emocionales para conseguir lo que quieren de los demás, sus relaciones personales son intensas y caóticas y son

excesivamente dependientes de los demás.¹⁹

2.1.3.3. Grupo C

Son temerosas, calladas, tímidas y retraídas. Tienen problemas para establecer relaciones interpersonales debido a la elevada ansiedad que les produce enfrentarse a los demás, su autoestima es más bien baja y sufren un gran sentimiento de inferioridad.

2.1.3.3.1. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.- se

caracterizan por una preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo, el control mental e interpersonal y la inflexibilidad.

“Son reacios a delegar tareas o tienen dificultad a trabajar en cooperación con otros si no se someten exactamente a su forma de hacer las cosas”¹⁴. Son personas cuyos esquemas mentales se basan en el perfeccionismo, la obstinación, la indecisión, la excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Tienen una gran dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

2.1.3.3.2. Trastorno de la personalidad dependiente.- la gran

necesidad que tienen de los demás es lo que se refleja en conductas sumisas y en un gran temor a la separación. No son capaces de tomar decisiones por sí mismos y viven dependiendo continuamente de los demás, no soportan la idea de estar solos y necesitan que alguien cuide de ellos. Por ello se muestran sumamente pasivos ante

los demás con el fin de que sean estos los que asuman responsabilidades y decisiones propias.

2.1.3.3.3. Trastorno de la personalidad por evitación.- son sensibles al rechazo y pueden llegar a vivir aislados socialmente. Son tímidos, pero no asociales, tienen un gran deseo de compañía y de ser aceptados sin críticas. Quieren tener relaciones sociales pero domina el temor a ser juzgados. Son hipersensibles al rechazo, la humillación o la vergüenza, lo que les lleva a retraerse socialmente a pesar del deseo de afecto, en consecuencia su autoestima suele ser bastante baja.

En la actualización del DSM V se muestra la nueva distinción entre las equivalencias de rasgos de personalidad y trastornos de personalidad, con respecto al anterior DSM IV. Queda también por definir la desaparición de trastornos asociados por bloques A, B y C.

2.2. Formación médica en el Perú

En educación médica se aspira al logro de tres fines: a) cognitivos, mediante la transmisión de conocimientos, para enseñar al alumno cómo, cuándo y por qué realizar el acto y los procedimientos médicos; b) de destrezas y habilidades, para adiestrarlo en la forma adecuada de realizarlos, y c) de actitudes y conducta profesional, para que desarrolle el comportamiento que corresponde al trabajo médico.

“Cuando de actitudes y conductas profesionales se trata, se requiere no sólo de la presencia del profesor sino de tiempo, espacio y condiciones necesarias para el establecimiento de una relación emocional específica entre docente y discente. Sin esta esencial condición, la posibilidad de que aquél influya en el modelaje de la conducta profesional del estudiante se torna incierta”¹⁴. La educación médica que se imparte en las universidades peruanas falla usualmente en este punto.

El reclamo mundial de enfatizar los ejes ético (como ciencia de la moral) y humanista (referido al conjunto de ideas que expresan respeto hacia la dignidad humana y preocupación por el bien de los hombres) en la formación del médico del siglo XXI se apoya no sólo en la observación repetida de conductas profesionales inadecuadas de los médicos en ejercicio, sino también de inequidades en el sistema de atención de salud que, frecuentemente, violan los derechos de los pacientes y generan reclamos de la sociedad.

Distinguimos dos formas de entender la formación ética del estudiante de medicina:

a) Como enseñanza curricular, impartida como información teórica por medio de cursos específicos sobre Filosofía de la Medicina, Ética, Deontología y Bioética, y a través de seminarios, talleres, foros, discusión de casos clínicos con problemas éticos y otros; o b) Como desarrollo moral de la personalidad, mediante la relación emocional docente-discente y el valor del “buen ejemplo” que produce aprendizaje vicario en el estudiante.

3. Análisis de antecedentes investigativos

3.1. A nivel Local

No hemos encontrado estudios locales relacionados a la investigación.

3.2. A nivel Nacional

3.2.1. Autor.- Angel Rosas Aguirre, Fernando Llanos Zavalaga, Daniel Mendoza R., Carlos Contreras R., Ernesto Huayta Z.

Título.- Perfil de personalidad de estudiantes de la facultad de medicina de la universidad peruana Cayetano Heredia

Fuente.- Revista de Neuro-Psiquiatría, Vol. 64; PP 51 – 70, Perú, 2001

Resumen.- Estudio transversal analítico con 334 estudiantes de medicina evaluados mediante el cuestionario NEO-PI-R. Se encontró que las mujeres tienen mayores niveles de extroversión, apertura a la experiencia y agradabilidad. Hay asociación entre la edad y el factor extroversión y las facetas de ansiedad, asertividad, búsqueda de emociones, emociones positivas, valores, aspiraciones de logro y autodisciplina. Los estudiantes limeños tienen mayores niveles en apertura a la experiencia y en las facetas, calidez, fantasía y sentimiento. Existen diferencias entre los cuatro años de estudio de la carrera de medicina en neuroticismo y conciencia, y en vulnerabilidad, asertividad, actividad, valores, altruismo, competencia, sentido del deber, aspiraciones de logro y autodisciplina. Los menores de 21 años presentan menos niveles en neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia y agradabilidad, y mayores niveles en conciencia, al comparar con la estandarización norteamericana.

3.2.2. Autor.- Heinze Gerhard, Vargas Blanca Estela, J. Cortés

Título.- Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM

Fuente.- Revista Salud Mental; Vol. 31, No. 5, PP 343-350. Septiembre-Octubre, 2008

Resumen.- Estudio exploratorio, de tipo transversal, participaron 370 estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM: 220 correspondían a los grupos de alto rendimiento, llamados núcleos de calidad educativa (NUCE), y 150 eran alumnos repetidores. En el grupo de repetidores predominaron las mujeres (85.3%) y los alumnos procedentes de escuelas públicas (93.6%). En relación con el grupo NUCE, 83.1% procedía de escuelas privadas y sólo 16.9% de escuelas públicas. Los alumnos repetidores mostraron rasgos de personalidad de neuroticismo y de poca apertura en comparación con los grupos de alto rendimiento, quienes mostraron lo contrario. En general, los alumnos de los grupos NUCE mostraron rasgos de mayor extroversión, mayor empatía y diligencia en comparación con los repetidores. La sintomatología psiquiátrica mostró mayor gravedad en el grupo repetidor con respecto al grupo NUCE. La sintomatología psiquiátrica que presentaron ambos grupos fue: obsesión-compulsión, depresión y ansiedad. Entre las comparaciones resultaron diferencias significativas en ambos grupos en el total de sintomatologías. También hubo diferencias en las siguientes sintomatologías por orden de importancia: fobia, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y psicoticismo.

3.2.3. Autor.- Zurroza-Estrada Alma Delia, Oviedo-Rodriguez Isis jael, Ortega R., Gonzales O.

Título.- Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en los médicos residentes

Fuente.- Revista de Investigación Clínica. Vol. 61, Núm. 2, PP 110 – 118. Marzo – Abril, 2009

Resumen.- Es un estudio de tipo prospectivo, transversal, correlacional, descriptivo, con 61 médicos residentes de varias especialidades médicas. Se aplicaron dos instrumentos de evaluación psicológica: el cuestionario 16 Factores de la Personalidad (16FP) y la sub-escala del perfil de estrés de Nowack, seguidos de una entrevista psicológica confirmatoria. Resultados. 50% de los médicos residentes puntuaron en el nivel medio-alto de estrés. El análisis de correlación indica que la presencia de estrés se asocia a rasgos de personalidad en los factores C- (baja estabilidad emocional; $r = -0.337$; $P = 0.008$), H- (retraimiento; $r = -0.313$; $P = 0.014$), O+ (propensión a la culpa; $r = 0.298$; $P = 0,02$) y Q4+ (impulsividad; $r = 0.474$, $P = 0.001$). En particular, los factores H- y Q4+ están relacionados con el nivel de estrés elevado. La mitad de la población de residentes presenta niveles moderados y altos de estrés, cuyo perfil de personalidad (C-, H-, O+, Q4+) los describe como personas que manifiestan baja tolerancia a la frustración, evitan situaciones que evidencian su temor a ser desaprobados, lo cual está asociado a sentimientos de inferioridad y altos niveles de tensión nerviosa que afectarían su desempeño profesional.

3.2.4. Autor.- Rodas Descalzi Patricia, Santa Cruz Linares Gabriel, Vargas M.

Horacio

Título.- Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima – 2006.

Fuente.- Revista Med Hered. Vol. 20, Núm. 2: PP 70 - 76, año 2009

Resumen.- El estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de trastornos mentales en los estudiantes de tercer año de medicina de una universidad privada. Se aplicó la MINI con una ficha de recolección de datos, previo consentimiento informado a los alumnos de tercer año. Se accedió luego a los resultados de MILLON aplicado en el examen médico anual. Se encontró que la tasa de respuesta fue 68,1%. Se encontró una frecuencia de trastorno mental de 41,8%, sobresaliendo el Trastorno de Ansiedad Generalizada (27,84%). La frecuencia de probable trastorno de personalidad fue 80% destacando el Compulsivo (48,5%). Se obtuvieron frecuencias elevadas de trastornos mentales, siendo el más frecuente el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el probable Trastorno Compulsivo de personalidad; los mismos que deben ser confirmados con entrevistas psiquiátricas posteriores.

3.3. A nivel internacional

3.3.1. Autor.- Filip Lievens, Pol Coetsier, Filip De Fruyt & Jan De Maeseneer

Título.- Medical students' personality characteristics and academic performance: a five-factor model perspective

Fuente.- Blackwell Science Ltd Medical Education. Vol. 36:1050–1056. 2002

Resumen.- This study investigates: (1) which personality traits are typical of medical students as compared to other students, and (2) which personality traits predict medical student performance in pre-clinical years. This paper reports a cross-sectional inventory study of students in nine academic majors and a prospective longitudinal study of one cohort of medical students assessed by inventory during their first preclinical year and by university examination at the end of each pre-clinical year. In 1997, a combined total of 785 students entered medical studies courses in five Flemish universities. Of these, 631 (80.4%) completed the NEO-PI-R (i.e. a measure of the Five-Factor Model of Personality). This was also completed by 914 Year 1 students of seven other academic majors at Ghent University. Year end scores for medical students were obtained for 607 students in Year 1, for 413 in Year 2, and for 341 in Year 3. Medical studies falls into the group of majors where students score highest on extraversion and agreeableness. Conscientiousness (i.e. self-achievement and self-discipline) significantly predicts final scores in each pre-clinical year. Medical students who score low on conscientiousness and high on gregariousness and excitement-seeking are significantly less likely to sit examinations successfully. The higher scores for extraversion and agreeableness, two dimensions defining the interpersonal dynamic, may be beneficial for doctors' collaboration and communication skills in future professional practice. Because conscientiousness affects examination results and can be reliably assessed at the start of a medical study career, personality assessment may be a useful tool in student counselling and guidance.

3.3.2. Autor.- Bitran Marcela, Zúñiga Denise, Lafuente M., Viviani P., Beltrán M.

Título.- Tipos psicológicos y estilos de aprendizaje de los estudiantes que ingresan a Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile

Fuente.- Revista Médica de Chile; 131: 1067-1078. Año 2003

Resumen.- Psychological type and learning style influence the way students perceive and process information. However, research in medical education in Chile still does not put enough emphasis in the study of these variables. Aim: To characterize the psychological types and learning styles of the students admitted to a Medical School. The Myers Briggs Type Indicator (MBTI) and the Kolb's Learning Styles Inventory (IEA) were administered to the 270 students admitted from 2000 to 2002 to the medical school of the Pontificia Universidad Católica de Chile. Fifty five percent of our students are concentrated in 4 of the 16 psychological types described. These students are characterized by the ability to base their decisions upon logical and objective reasoning (Thinking [T]) and to face life in a structured and decided way (Judging [J]). Only 10% of the students have preferences opposite to T and J. These students base their decisions on the preservation of harmony and teamwork (Feeling [F]) and have a flexible attitude towards life (Perceiving [P]). The remaining 35% have types with pairs of preferences TP and FJ. With regard to learning styles, more than two thirds of our students are Assimilators or Convergents. These learners tend to assimilate large amounts of information and abstract the main concepts, rather than to pay attention to concrete details. In general, our students are more reflective than active; they evaluate thoroughly all alternatives before making a decision. Conclusions: The

psychological types and learning styles of medical students cluster around specific patterns whose features may either favor or hamper a specific learning. Knowledge of the differences in psychological types and learning styles of students may provide teachers with a new and valuable tool for improving learning and contributing to the academic success of students.

4. Objetivos

– **Objetivo general**

Determinar los Rasgos de personalidad más frecuentes en los estudiantes de medicina humana de una universidad de Arequipa y su variación en tres semestres académicos representativos.

– **Objetivos específicos**

- Identificar los rasgos de personalidad más frecuentes en los estudiantes de Medicina Humana de una universidad de Arequipa.
- Determinar las variaciones en los rasgos de personalidad entre los estudiantes de medicina humana que recién ingresan a la universidad en comparación a los de semestres superiores.
- Determinar las variaciones de los rasgos de personalidad de acuerdo a las variables sociodemográficas como son la edad y sexo.

5. Hipótesis

Dado que el grupo evaluado tiene en común estudiar medicina humana, es probable que tenga rasgos de personalidad similares, así como la convivencia, competitividad

y el estrés al que se encuentran sometidos hace que estos rasgos muchas veces puedan ser no muy adecuados para su vida personal y profesional por lo que necesitarían una mejor vigilancia por parte de un sistema de tutoría universitaria, que pueda hacer una profilaxis psicológica temprana.

II. Planteamiento operacional

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1.Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

1.2.Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), que contendrá la prueba psicométrica Minimult (Anexo 2).

1.3.Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación :

2.1.Ubicación espacial: El siguiente estudio se realizará en las aulas de la Facultad de Medicina Humana de una Universidad de la ciudad de Arequipa

2.2.Ubicación temporal: En el mes de Marzo año 2014

2.3.Unidades de estudio: Estudiantes de Medicina Humana de los semestres

impares I, V y XI de una universidad de Arequipa, que acuden a sus actividades académicas programadas según los horarios respectivos.

2.3.1. **Población:** 360 estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de una universidad, de los semestres impares I, V y XI, que acuden a clases. Son aproximadamente 120 alumnos por cada semestre académico.

2.3.2. **Muestra:** Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha^2$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de asistencia a clases de la población establecida aprox. en 90% = 0.90

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 138.3 \approx 139$ casos; 50 por semestre

Además deberán cumplir los criterios de selección.

2.3.3. Criterios de selección:

2.3.3.1. Criterios de Inclusión

- Alumnos matriculados en la Facultad de Medicina Humana.
- Participación voluntaria en el estudio

2.3.3.2. Criterios de Exclusión

- Estudiantes de Medicina Humana que se encuentren cursando paralelamente otra carrera universitaria.
- Estudiantes de Medicina que llenaron de forma incorrecta la ficha de recolección de datos

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto y evaluado por un comité de ética, se realizarán las coordinaciones con una “Universidad de Arequipa” y su Facultad de Medicina Humana, para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactará a los alumnos que asistan a sus actividades académicas en el campus universitario, de los semestres impares I, V y XI que cumplan los criterios de selección. Se explicará el motivo del estudio y se solicitará su participación voluntaria. El autor aplicará un cuestionario para recoger variables relacionadas al paciente (Anexo 1), y se aplicará el tests Inventario Multifasico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult que

se utiliza para la evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad. Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Instrumento

Una de las pruebas más usadas para evaluación y diagnóstico de la personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Sin embargo, su extenso número de preguntas le convierte en una prueba de difícil aplicación, sobre todo cuando esta se hace de manera oral o el sujeto no tiene interés en ser evaluado. Por tal motivo, han sido desarrolladas varias versiones abreviadas de la prueba, entre las que se destaca el “Mini Mult”. Por la cantidad de investigaciones que ha generado.

En 1968 en la revista Estadounidense “Journal of consulting and Clinical Psychology” apareció la publicación de James Kincannon “Prediction of the Standard MMPI scale scores from 71 items: the Mini Mult”. Esta versión abreviada fue desarrollada por J.C. Kincannon (1968) y revisada en Costa Rica por Adis y Araya (1971), los que reportaron resultados similares a los del estudio original de Kincannon. La mayor parte de las investigaciones, independientemente de las metodologías aplicadas, concuerda con su disponibilidad para mostrar altas correlaciones significativas entre los puntajes de las escalas del Mini-Mult. y sus “homologas” en la versión larga.

Esta prueba por ser objetiva, presenta respuestas en forma cerrada ante preguntas previamente elaboradas para averiguar rasgos de personalidad

patológica y el grado de comprensión. La característica mayor de la prueba radica en que posee escalas de validez que nos permite tomar o no en cuenta las respuestas del sujeto.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, consta de un cuadernillo de preguntas de 71 oraciones planteadas de forma afirmativa y negativa. Es un instrumento diseñado para brindar en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad de un sujeto.

Sobre la administración de la prueba: Administración: Esta puede ser en forma individual y colectiva. Aplicación: Se puede aplicar a personas de 16 a 55 años y aquellos que por lo menos hayan terminado el 2do de secundaria. Debiendo de responder a dos categorías cierto (C) y falso (F). Tiempo de aplicación: No tiene límite, pero existe un aproximado de 20 a 45 minutos.

3.2.1. **Corrección y puntuación:** Una vez que los sujetos han marcado en la hoja de respuestas en cualquiera de las dos columnas cierto (C) o falso (F) se colocan las plantillas de corrección y se obtienen los puntajes para cada escala en la forma Mini Mult, luego ubicamos tales puntajes en la tabla de puntuación: ubicamos tales puntajes en la escala de conversión 1 de los puntajes del MMPI.

Para la Corrección, cuenta con dos planillas, en cada una de ellas están incluidas las 11 escalas, de cada una de ellas se obtendrá el puntaje directo que será llevado a la tabla I de conversión y sus

puntajes se colocaran en la parte inferior del casillero de la hoja de respuestas. Luego de obtener el Puntaje Base de cada escala se colocaran los puntajes de “K” en Hs, Dp, Pt, Es, Ma de la tabla II. Enseguida se suman o se escriben los mismos puntajes en Puntaje de Conversión (P.C). Una vez obtenido el puntaje de conversión nos dirigimos a la tabla III que es la Tabla “T”, donde se busca el P.C. y su puntaje por cada escala.

Para la preparación del perfil se vaciaran los datos en el cuadro ya establecido. El trazo del perfil deberá ser una línea continua.

3.2.2. Configuración de las tres escalas de validación: L, F, K

3.2.2.1. L es la escala más alta, F y K son bajas cerca de $T=50$: en protocolos de personas con poca instrucción, que intentan ofrecer un cuadro ingenuo extremadamente favorable al interpretar la prueba, se puede observar que todas las escalas clínicas están extremadamente bajas o presentan puntajes T menores de 45.

3.2.2.2. F es la escala más alta, la L y la K se encuentran cerca de la línea media $T=50$: en protocolos de sujetos con un cuadro de perturbación emocional y las respuestas a F parecen ser relacionadas con una llamada de ayuda que pide el paciente.

3.2.2.3. K es la escala más alta, la L y la F se encuentran cerca de la línea media $T=50$: personas normales que utilizan evasiones

defensivas con el fin de aparecer bien, u ofrecer la idea de que nada les pasa.

3.2.2..4. L y K son los valores encima de F y la F cerca o por debajo de la línea media $T=50$: se trata de perfiles de sujetos normales defensivos o de pacientes histeroideos o hipocondríacos. Esta combinación refleja un intento franco de evitar el revelar sentimientos socialmente rechazados. Somatiza el problema psicológico con un dolor desadaptativo.

3.2.2..5. L y K son valores inferiores a la medida $T=50$, y F es alta: un perfil en el que se intenta deliberadamente dar un cuadro falso de la personalidad, pero también se encuentran en pacientes psicopáticos agudos, que muestran esta configuración como parte de su enfermedad.

3.2.2..6. L, F y K cuando los valores de estas escalas corresponden a puntajes altos: en protocolos en los que el sujeto contesta todas las frases como falsas o también se puede encontrar en sujetos neuróticos altamente negativos, pero más frecuentemente se encuentran en pacientes esquizofrénicos agudos.

3.2.3. Escalas clínicas:

3.2.3..1. **Hipocondría.**- Consta de 13 items, es una escala más de orientación psicológica basada en los aspectos psicológicos y no físicos, mide el interés anormal acerca de las funciones

corporales. Si existe puntaje alto nos indica preocupación acerca de su estado de salud, sin tener una base orgánica.

3.2.3..2. **Depresión.**- Consta de 20 ítems, es la escala de “estado de ánimo”, mide el grado de depresión. Se encuentra tanto en cuadros normales como psiquiátricos.

3.2.3..3. **Histeria.**- Consta de 24 ítems, se divide en dos partes una a quejas somáticas y la otra asuntos emocionales o dificultades personales.

3.2.3..4. **Desviación Psicopática.**- Consta de 17 ítems, es una escala de exteriorización.

3.2.3..5. **Paranoia.**- Consta de 14 ítems es para encontrar pensamientos o ideas de paranoia, ideas de referencia, tanto para cuadros normales como psiquiátricos, presenta actitud sospechosa, rígida, miedo, ideas de daño.

3.2.3..6. **Psicastenia.**- Es una escala para ver reacciones fóbicas y obsesivas, asociada a convulsiones. Consta de 15 ítems.

3.2.3..7. **Esquizofrenia.**-Tiene 20 ítems permite un 60% de los diagnósticos puros de esquizofrenia, es el grupo más difícil de evaluación de lo raro, extraño, poco usual y complejo.

3.2.3..8. **Manía.**- Con 12 ítems, describe la personalidad hipomaniaca, permite el diagnostico de los estados de ánimo de las personas con características maníacas, depresivas o tipo maniaca.

3.2.4. **Tipos de perfiles:** Después de la elaboración del perfil, tendremos una línea gruesa que atraviesa la medida $T=50$ y otras dos que caen en dos desviaciones estándar que es de 30 y 70. Esto nos indica que al caer en las líneas medias los perfiles son llamativos y si estos son mayores de 70 nos indica un cuadro clínico y psiquiátrico.

3.2.4.1. **Perfil de Evaluación Normal:** Son aquellas que se ubican en una puntuación de $T=50$ no son psiquiátricos.

3.2.4.2. **Perfil Bajo o Sumergido:** También considerado normal, se caracteriza por que su puntaje no excede de $T=40$ o 30.

3.2.4.3. **Perfil Limítrofe.**-Esta ubicado a no mayor de $T = 50$. Oscila entre 60 y 70, este no debe tener más de dos escalas elevadas.

3.2.4.4. **Perfil Elevado:** Tiene escala superior a la región del psicograma, principalmente si pasa $T = 80$ puede encontrar algunas escalas superior y otras en la inferior.

3.2.4.5. **Perfil Flotante:** Son aquellas que superan a $T = 80$ en el caso $F = 60$, aquí se discute el perfil en la interpretación del instrumento, se considera elevado cuando existe tres o más escalas superiores a $T = 70$.

3.2.4.6. **Perfil Tipo punto:** Se observa solo cuando hay 1 ó 2 escalas predominantes donde se puede definir al paciente en forma específica, dando un diagnóstico clínicamente puro. Es muy raro ver este tipo de perfil, generalmente se presenta varias escalas elevadas.

- 3.2.4..7. **Perfil Triada Neurótica:** Hay una interrelación entre las escalas 1,2 y 3 que son más frecuentes, la 2, 3 y 1 se presentaron con menos frecuencia, pero la 2, 1 y 2, 3 y son las más observadas; en la 1 y 3 son las más elevadas y son llamadas la “V de conversión ” o “ V psicósomática”.
- 3.2.4..8. **Perfil Tétrada Psicótica:** Se encuentra en pacientes psicóticos en las escalas 6, 7 y 8, denominado Triada Psicótica. Mientras otros llaman así las escalas 6,8 y 9 tal como se encuentra en el lado derecho del perfil y la combinación de estas cuatro se llama Tétrada Psicótica.
- 3.2.4..9. **Perfil de curva Difásica:** Es para referirse cuando existe una punta en la Triada Neurótica y otro en la Psicótica, pero también se puede encontrar otra como 4 y 5.
- 3.2.4..10. **Perfil Punta Doble:** O puntaje doble, esto se refiere a las escalas 4 y 9 con sus combinaciones 9 y 4. Denominados desorden del carácter.
- 3.2.4..11. **Perfil Sierra Dentada:** Es una variable de la Tétrada Psicótica con las escalas 8 y 6 como puntaje máximo. El Perfil de la Triada Neurótica es más bajo con 4 y 2, encontrando las escalas predominantes 2, 4, 6 y 8, viendo al perfil de la impresión de los dientes de una sierra.
- 3.2.4..12. **Perfil Anticlinorium:** Las escalas del centro son más elevadas que los extremos. Predomina en el centro y es un perfil poco usual en la población clínica; pero se presenta

con más frecuencia en grupos universitarios.

3.2.5. **Combinaciones:** Sirve como parte de la interpretación de cada escala y otros prefieren las combinaciones que se realizan tomando las escalas de puntuaciones más altas.

3.2.5..1. **Combinación 1- 2 ó 2 – 1.-** Tenemos las versiones de Branther, Hataway y Drake, Ottening; Todas indican molestias físicas, dolores de cabeza constantes, depresión, irritabilidad, desconfianza, preocupación por su edad, introversión, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, inseguridad para relacionarse con los demás.

3.2.5..2. **Combinación 1 – 3 ó 3 –1.-** Poco se diferencia entre ellas. Representan combinaciones 3 —1 con problemas de cefaleas, dolores de espalda, de pecho, abdominales. Si se encuentra “V” conversión menos de 70 se puede hablar de sujetos sociables, pero ante el estrés muestran sintomatología somática, aunque son sujetos que se sienten excesivamente normales. Esta se encuentra tanto en sujetos normales como psiquiátricos.

3.2.5..3. **Combinacion 1- 2 -3.-** Ambos tienen que ser mayor de 70 en comparación con las otras escalas. Aquí encontramos sujetos con reacciones de ansiedad, depresión, anorexia, náuseas, vómitos, personas que no se han adaptado al medio ambiente.

- 3.2.5..4. **Combinacion 1 – 3 – 2.-** Son características de personas nerviosas histéricas, pasivas, dependientes, conformistas; Ante el estrés desencadenan perturbaciones psicosomáticas.
- 3.2.5..5. **Combinaciones 1 – 3 – 7.-** Características en caso de reacción ansiosa, de neurosis, mixtas, histeria de ansiedad, con reacciones fóbicas, ataque severo de pánico, incapaz de aceptar su propia agresividad y la de los otros. Presenta cuadro de angustia.
- 3.2.5..6. **Combinacion 1 – 3 – 8.-** Presenta características de tipo de reacción esquizofrénica, de tipo paranoide, compulsión, agitación, preocupación suicida. Tendencia al alcoholismo.
- 3.2.5..7. **Combinacion 1 - 3 – 9.-** Se refiere al síndrome crónico orgánico con desorden de la personalidad. Presenta cefaleas, hostilidad, irritabilidad, pérdida de apetito, perdida de la conciencia ante su familia, es poco afectivo, bajo alcohol se torna violento.
- 3.2.5..8. **Combinacion 1-2 –3 y 4.-** En personas ansiosas, presenta alteraciones de la personalidad por alcoholismo, depresión y reacciones psicofisiológicas: Anorexia, nauseas, hostilidad, intentos suicida; son exigentes, dependientes y generalmente se sienten frustrados.
- 3.2.5..9. **Combinacion 1-2-3 y 7.-** Corresponde a reacciones

psicológicas con ansiedad en una persona pasiva dependiente, presenta náuseas, vómitos, angustias, malestar físico, fijación hipocondríaca. Es pasivo, débil, temeroso, poco responsable.

3.2.5..10. **Combinación 2- 3.-** Persona con dificultad en expresar sus sentimientos, inseguro, falta de interés por los demás; presenta fatiga y tiende a ser competitivo.

3.2.5..11. **Combinación 2- 7.-** Se presenta en pacientes hospitalizados quienes presentan neurosis de compulsión, cansancio. Son inteligentes, inseguros y con sentimientos de culpa.

3.2.5..12. **Combinación 2 – 8.-** Es una escala poco común tanto en grupos psiquiátricos como normales, se evidencia ansiedad y agitación, depresión. Se encuentran desordenes de tipo histérico, son poco sociables. Es un cuadro psicótico – depresivo.

3.2.5..13. **Combinación 2 – 3 – 1.-** Es un grupo psiconeurotico con manifestaciones de depresión, insomnio, tristeza, necesidad de simpatía, tendencia hipocondríaca y de exagerada necesidad de afecto.

3.2.5..14. **Combinación 2 – 7 – 4.-** Característica en pacientes con reacción de ansiedad y alcoholismo en personalidad pasivo- agresivo. Puede ser una reacción depresiva en

alcohólicos. Presentan conflictos con la esposa, insomnio, tensión, alcoholismo crónico, sentimientos de inferioridad y culpa.

3.2.5..15. **Combinación 2 – 7 – 8.**- Presentan rasgos depresivos, ideas de referencia, afecto inapropiado, dificultad de concentración, introversión, pérdida de interés. Incapaz de amar, tímido, callado, apático, etc.

3.2.5..16. **Combinación 3 –4 y 4 – 3.**- Propensión a características pasivo -agresivas, la agresividad se ve disminuida por la elevación de la escala 3, es decir reduce y controla los impulsos hostiles. Puede no aparecer una agresividad manifiesta, pero si encubierta. Es por ello que la agresión de estas personas no es expresada. En 4 – 3 la reacción es con excitación ante situaciones frustradas.

3.2.5..17. **Combinación 4 – 9.**- Conductas psicopáticas, la escala 9 activa la escala 4. Personas impulsivas, irresponsables, superficiales, manipulan su contexto social, fluidos de lenguaje, alegres, etc.

3.2.5..18. **Combinación 4 – 8 – 2.**- Desconfianza, inseguridad, necesidad de atención, no se comprometen emocionalmente, conducta impredecible y racionalizan.

3.2.5..19. **Combinacion 6 – 4 ó 4 –6.**- Personas evasivas, defensivas, manejan su ansiedad, egocéntricos, manipuladores, adictos a drogas, intentos suicidas.

3.2.5..20. **Combinación 6 – 8 ó 8 – 6.-** Perfil de pacientes esquizofrénicos y algunos con estados paranoides, algunos con cuadros depresivos, de apatía, irritabilidad y aislamiento social.

3.2.5..21. **Combinación 7 – 8 ó 8 – 7.-** Integrado por psicóticos y neuróticos, del grupo neurótico es el tipo obsesivo convulsivo o depresivo. Implica depresión o introversión, apatía o aislamiento, son pesimistas, preocupación por el rol sexual.

3.2.5..22. **Combinación 8 – 9.-** Características tanto esquizofrénicas como maníacas. Presentan estado maníaco o reacción esquizofrénica, como excitación catatónica.

3.3. Recursos

3.3.1. Humanos

- Investigador: Edgardo Bejarano Ccoropuna
- Asesor: Dr. Víctor Cabrera

3.3.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

3.3.3. Financieros

- Autofinanciado

3.4. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación del anexo 1 por tratarse de una ficha de recolección de datos. El test Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult (Anexo 2) es una escala ampliamente validada para su uso en entorno clínico.

3.5. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

3.5.1. Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

3.5.2. Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

3.5.3. Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

3.5.4. Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

3.5.5. Plan de análisis:

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico.

III. Cronograma de trabajo

Actividades	Enero 14				Febrero 14				Marzo 14			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

➤ **Fecha de inicio:** 15 de Enero 2014

➤ **Fecha probable de término:** 30 de Marzo 2014

IV. Bibliografía básica

1. **ALCORTA A., GONZÁLEZ J.:** *“Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos”*. Rev Medigraphic Artemisa; Salud Mental, Vol. 28, No. 5, Octubre 2005.
2. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:** DSM-IV-TR: *“Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”*. Masson S.S. Barcelona; 2002
3. **BITRAN M., ZÚÑIGA D.:** *“Tipos psicológicos y estilos de aprendizaje de los estudiantes que ingresan a Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile”*. Rev Méd Chile; 131: 1067-1078. Año 2003
4. **EQUIPO FUNDACIÓN EDUCACIÓN MÉDICA (FEM):** La formación de los profesionales médicos. Monografías Humanitas. Vol. 7: PP 69-83. 2004
5. **ESBEC E., ECHEBURÚA E.:** *“La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V”*. Actas Españolas de Psiquiatría; Vol. 39(1):1-11. Año 2011
6. **ESBEC, E., ECHEBURÚA, E.:** *“Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”*. Actas Españolas de Psiquiatría, Vol. 38, nro. 5, 249-261. 2010.
7. **GONZÁLEZ L., ROBLES J.:** *“Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, -modus operandi- y relaciones víctima-victimario. Psicopatología Clínica, Legal y Forense”*, Vol. 7, pp 19-39. 2007
8. **HEINZE G., VARGAS B.:** *“Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM”*. Salud Mental; Vol. 31, No. 5, PP 343-350. Septiembre-Octubre, 2008

9. **KERNBERG P., WEINER A.:** *“Trastornos de personalidad en niños y adolescentes. Ed. El manual moderno”*; ISBN 968-426-952-8. México 2002.
10. **LIEVENS F., COETSIER P.:** *“Medical students’ personality characteristics and academic performance: a five-factor model perspective”*. Blackwell Science Ltd Medical Education. Vol. 36:1050–1056. 2002
11. **LÓPEZ M., CHÁVEZ E.:** *“Relación de los mecanismos de defensa y trastornos de la personalidad”*. Rev. latinoamericana de Psiquiatría 11(3):73-81, 2012
12. **MORENO B. GARROSA E.:** *“Personalidad positiva y salud. Psicología de la salud; Temas actuales de investigación en Latinoamérica.”* Vol. 5: pp59-76. Bogotá, 2005
13. **PALOMO T., JIMENEZ M.:** *“Manual de Psiquiatría”*. Gráficas Marte, S.A. ISBN: 978-84-691-8569-8. Madrid, 2009
14. **PERALES C.:** *“Ética y humanismo en la formación médica”*. Acta Bioética. 2008; Vol. 14, Núm. 1: PP 30 - 38.
15. **RODAS P., SANTA CRUZ G.:** *“Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima – 2006”*. Revista Med Hered. Vol. 20, Núm. 2: PP 70 - 76, año 2009
16. **ROMERO E., LUENGO M.:** *“La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores y los Cinco Alternativos”*. Rev. Psicothema Vol. 14, nº 1: pp. 134-143, 2002.
17. **ROSAS F., LLANOS D.:** *“Perfil de personalidad de estudiantes de la facultad de medicina de la universidad peruana Cayetano Heredia”*. Revista de Neuro-Psiquiatría, Vol. 64: PP 51 – 70. Perú, 2001

18. **SEELBACH G.:** *“Teorías de la personalidad”*. Editorial Red Tercer Milenio S.C. ISBN 978-607-733-193-3 Primera edición. Año 2013

19. **TAJIMA K., DE ANTA L.:** *“Manual del residente en psiquiatría”*. Gráficas Marte, S.L. ISBN: 978-84-693-2268-0. Año 2009

20. **VÁZQUEZ S.:** *“Trastornos de la personalidad y conducta delictiva”*. Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad (Universidad Autónoma de Madrid) doc-ISle nº 07. Año 2012

21. **ZURROZA A., OVIEDO I.:** *“Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en los médicos residentes”*. Rev. de investigación clínica Vol. 61 Num. 2, pp110 118, marzo abril 2009



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, estudiante de Medicina Humana de sexo..... y de..... años de edad. Estudiante, además, de otra carrera universitaria Sí (....) o No (....)

Declaro que he sido informado adecuadamente, sobre el tema de investigación y la finalidad del estudio titulado:

“Rasgos de personalidad más frecuentes en estudiantes de medicina humana de una universidad de Arequipa y su variación en tres semestres académicos representativos”

El cual fue aprobado por el comité de ética previamente para su realización y así, disponer de forma confidencial de los datos encontrados en la presente investigación.

Así mismo, fui instruido acerca del adecuado llenado de la encuesta de la que seré partícipe de forma anónima y voluntaria.

En consecuencia doy mi consentimiento.

ANEXO 2

ENCUESTA

Por favor conteste las siguientes afirmaciones con un “CIERTO” o con un “FALSO”, de acuerdo a si se aplican no a usted. Al dar su contestación hágalo tomando en cuenta como usted se ha sentido en estos días. Marque con una “X” la respuesta correspondiente (CIERTO O FALSO) en cada pregunta. No deje ninguna pregunta sin contestar.

Edad: _____

Sexo: M () o F ()

Semestre académico: _____

ITEM	COLOQUE 1 DEBAJO DE CIERTO O FALSO, SEGÚN SEA SU RESPUESTA	CIERTO	FALSO
01	Tengo buen apetito.		
02	Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.		
03	Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.		
04	Trabajo bajo una tensión muy grande.		
05	De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.		
06	Muy raras veces sufro de estreñimiento.		
07	A veces he sentido un inmenso deseo de abandonar mi hogar.		
08	A veces me dan accesos de ira o llanto que no puedo controlar.		
09	Sufro ataques de náuseas y de vómitos.		
10	Nadie parece comprenderme.		
11	A veces siento deseos de maldecir.		
12	Me dan pesadillas con mucha frecuencia.		
13	Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.		
14	He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.		
15	Si la gente no la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.		
16	Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.		
17	He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada, porque no tenía voluntad para hacerlo.		

18	Mi sueño es irregular e intranquilo.		
19	Cuando estoy con gente, me molesta oír cosas muy extrañas.		
20	Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.		
21	Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.		
22	Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.		
23	Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se consuelen de ellos y les ayuden.		
24	Algunas veces me enojo.		
25	Decididamente no tengo confianza en mí mismo.		
26	Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares.		
27	Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo.		
28	Casi siempre soy feliz.		
29	Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen la razón.		
30	Creo que están conspirando contra mí (<i>cuando se unen varias personas contra alguien</i>).		
31	La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.		
32	Sufro mucho de trastornos estomacales.		
33	A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado.		
34	A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo con palabras.		
35	Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco.		
36	Decididamente, a veces me siento que no sirvo para nada.		
37	Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.		
38	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.		
39	Creo que recientemente he sido castigado sin motivo.		
40	Nunca me he sentido mejor que ahora.		
41	No me preocupa lo que otros piensen de mí.		
42	Mi memoria parece ser buena.		
43	Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.		
44	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.		
45	Muy pocas veces me duele la cabeza.		
46	No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.		
47	No me agradan todas las personas que conozco.		
48	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.		
49	Debería no ser tan tímido.		
50	Creo que mis pecados son imperdonables.		
51	Consecuentemente me encuentro preocupado por algo.		
52	Con frecuencia, mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien		

	acostumbro a salir.		
53	A veces murmuro o chismeo de la gente.		
54	A veces siento que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.		
55	Rara vez noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento "corto" de respiración.		
56	Me molesto con facilidad pero se me pasa pronto.		
57	Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.		
58	Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.		
59	A nadie le importa mucho lo que me sucede.		
60	No culpo a la persona que se aprovecha de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.		
61	A veces estoy lleno de energía.		
62	Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.		
63	Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.		
64	Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.		
65	Tengo épocas en la que me siento muy alegre sin tener una razón especial.		
66	Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.		
67	Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.		
68	Soy más sensible que la mayoría de la gente.		
69	Durante ciertos períodos, mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.		
70	La gente me desilusiona con frecuencia.		
71	He bebido alcohol en exceso (<i>En caso de contestar afirmativamente, responda lo siguiente.</i>)		
	a. Siento remordimiento luego de estar tomando.		
	b. La eficiencia en mi trabajo disminuye por efecto de la bebida.		
	c. El tomar o ingerir alcohol crea algún tipo de daño en mi familia.		
	d. Disminuyo o pierdo el control por efecto de la bebida.		
	e. Siento temblores a no ser que continúe bebiendo.		