



UNIVERSIDAD NACIONAL  
*de* MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme OCS 553/09

**Relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad en estudiantes universitarios**

**NOMBRE Y APELLIDO DE LAS ALUMNAS:**

-Bustillo, Cintia Carolina Mat. N°: 08987/09

-Varela, Analía Cristina Mat. N°: 08862/09

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION:**

Psicología Cognitiva - Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación –CIMEPB- Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

**SUPERVISOR:** Dr. Urquijo, Sebastián.

**CO-SUPERVISORA:** Dra. Comesaña, Ana.

**Fecha de presentación:** 13/06/2016

## USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Bustillo Cintia Carolina, Mat. 08987/09 y Varela Analía Cristina, Mat. 08862/09, de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

### APROBACIÓN DEL SUPERVISOR

“El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por las alumnas, Bustillo Cintia Carolina Mat. 08987/09 y Varela Analía Cristina Mat. 08862/09, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautados, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ..... días del mes de ..... del año 2016”.

Firma, aclaración y sello del Supervisor

### EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR:

Las alumnas Bustillo, Cintia Carolina y Varela, Analía Cristina, han cumplido satisfactoriamente con lo propuesto en el Plan de Trabajo. Durante el desarrollo de este trabajo han demostrado dedicación al estudio, un alto nivel de exigencia y compromiso con las actividades emprendidas. Además de su interés y preocupación por la detección de sintomatología psicopatológica y sus relaciones con los rasgos de personalidad, se destacan por poseer capacidad para aprender y asimilar. Su trabajo reviste importancia, ya que analiza detalladamente las relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica con la personalidad y los resultados serán utilizados como insumos dentro del proyecto de investigación en el que se radica este trabajo.

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha, se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por las alumnas Bustillo Cintia Carolina Mat. 08987/09 y Varela Analía Cristina Mat. 08862/09.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación:

# Índice:

Introducción.....	7
Marco Teórico .....	10
Antecedentes .....	25
Metodología.....	31
Presentación y Análisis de los Resultados.....	37
Discusión de los Resultados y Conclusiones .....	58
Referencias Bibliográficas .....	67

# **“Relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad en estudiantes universitarios”**

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo de investigación posee como objetivo general determinar las relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad en estudiantes universitarios pertenecientes a la institución de CRESta (Centro Regional de Estudios Superiores) de la ciudad de Tres Arroyos.

El marco teórico que orienta la elaboración de esta investigación tiene como referente al Modelo de los Cinco Grandes Factores, para concebir a la personalidad desde los postulados de McCrae y Costa (1990), quienes coinciden en que la esencia de la personalidad es la organización de la experiencia y la conducta. Por otra parte, se tomará como referencia la concepción de sintomatología psicopatológica postulada por L. Derogatis (1977), definición clínica obtenida del instrumento SCL-90-R, concebida como el grado de alteración psicopatológica o psicosomática que presentan o simulan los sujetos durante la aplicación del inventario.

Se considera que la temática seleccionada para realizar este trabajo, es decir, relación entre sintomatología psicopatológica y personalidad, permite establecer a través de la implementación de los instrumentos de evaluación, si los sujetos que presentan mayor cantidad de síntomas psicopatológicos también presentan puntuaciones extremas en alguno o varios de los Cinco Factores de personalidad, como así también determinar, describir y caracterizar la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Tres Arroyos.

Cabe aclarar que se ha modificado uno de los objetivos específicos presentados en el Anteproyecto: “4) Establecer la existencia de diferencias entre sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad, en función de la carrera seleccionada por los sujetos de la muestra”; tomando como nueva variable al sexo, ya que la institución CRESta, es una Sede donde convergen

distintas carreras, produciéndose cohortes a ciclo cerrado para realizar nuevas ofertas académicas, impidiendo homogeneizar la muestra con respecto al año de cursada o de ingreso e imposibilitando cumplir con este objetivo, debiendo organizar los resultados obtenidos sin considerar la carrera de pertenencia de los estudiantes por ser grupos demasiado pequeños.

Para evaluar las características de personalidad se utilizó el Cuestionario de Adjetivos para evaluar Personalidad –AEP- de Sánchez y Ledesma (2013). Para evaluar la presencia de sintomatología psicopatológica se utilizó la adaptación española (González de Rivera et al, 2002) del Inventario de 90 Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]).

Cabe destacarse que, en la ciudad de Tres Arroyos, no se han encontrado antecedentes de investigaciones realizadas en función de las variables tomadas para esta investigación, es decir: sintomatología psicopatológica y personalidad en una población universitaria. Debido a ello, uno de los mayores objetivos de este trabajo no es sólo realizar una investigación de carácter exploratorio y correlacional que permita determinar, describir y caracterizar las relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad en estudiantes universitarios, en correspondencia con lo desarrollado en el proyecto de investigación realizado por el Dr. Sebastián Urquijo desde el CIMEPB (Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación) de la Facultad de Psicología de la UNMdP; sino que también resulta de gran importancia a nivel preventivo, ya que el Ministerio de Educación de la Nación, a través de la Secretaria de Políticas Universitarias ha implementado un Programa de Políticas de Bienestar Universitario, cuyo objetivo prioritario es lograr las mejores y más óptimas condiciones para garantizar el ingreso, permanencia y graduación de quienes deseen iniciar una carrera universitaria de grado (Ministerio de Educación de la Nación, 2012). Es por ello, que los datos obtenidos en la presente investigación resultan fundamentales para generar nuevas líneas de carácter exploratorio destinadas a la implementación de políticas universitarias en la ciudad de Tres Arroyos que promuevan y favorezcan la Salud Mental de los estudiantes a través de la prevención a nivel institucional.

## DESARROLLO

### Marco Teórico

#### ***Sintomatología psicopatológica***

A fin de adentrarse en el campo de la Psicopatología, se considera necesario comenzar definiendo el concepto de Salud Mental.

La Salud Mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la Organización Mundial de la Salud: «*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*».

*“...La Salud Mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad...”* Está relacionada también con la promoción de bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Dentro del campo de los trastornos, se encuentra el concepto de Psicopatología. La psicopatología comparte con otras ciencias del comportamiento un interés básico en la comprensión de la conducta humana, diferenciándose de otras disciplinas afines, ya que se centra en la investigación de la naturaleza y las causas de la conducta anormal y/o patológica. Específicamente, la psicopatología se interesa por el estudio de las formas indeseables, mal adaptadas y desorganizadas de la conducta anormal, concentrando su interés en las personas con deficiencias psicosociales, las que, en diversos grados, experimentan dificultades para enfrentar eficazmente los problemas de la vida diaria. (Page, 1982).

Como área de estudio, la psicopatología es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no se explican por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de

aprendizaje, sino como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.

En la disciplina psicológica se estudian los factores que pueden incitar estados patológicos en el proceso mental. La coexistencia de diversos enfoques psicológicos ha dado lugar a una particular explicación sobre la formación de síntomas, de tal forma que algunos modelos teóricos recurren a la motivación para explicar la génesis y el mantenimiento de los procesos patológicos, y otros lo identifican como procesos subyacentes al aprendizaje.

Así, los enfoques psicodinámicos provenientes del Psicoanálisis, explican la producción de los trastornos psicológicos recurriendo a una hipótesis motivacional, edificando una psicopatología basada en la naturaleza del conflicto intra-psíquico. Paz (1971) afirma que la actividad psíquica, producto de tres series complementarias de factores, traduce el empeño de cada individuo por enfrentar la particular realidad que le toca vivir, y el carácter patológico de dicha actividad representa una modalidad de elaboración que sólo puede comprenderse a través de la historia personal de cada sujeto.

Las perturbaciones psicológicas se manifiestan por síntomas que constituyen las formas manifiestas, superficiales y externas de conflictos subyacentes y profundos, originados en la actividad inconsciente del individuo. Este carácter inconsciente de la naturaleza del conflicto es lo que explica que la persona no pueda revertir voluntariamente la producción de sus síntomas. (Fernández Álvarez, 1992).

Por otra parte, los enfoques conductistas han destacado el papel del proceso de aprendizaje en la generación de los trastornos, que explican a través de la producción de hábitos nocivos para la persona. La conducta patológica tiene lugar siguiendo los mismos principios que la conducta normal, de acuerdo con el funcionamiento de procesos de condicionamiento, mediante los cuales se establecen determinadas formas de respuesta frente a la aparición de determinados estímulos. Lo que mantiene una conducta patológica y la presencia de síntomas perturbadores, es la existencia de determinados refuerzos que operan en la situación presente y cuya reaparición constante da cuenta de la repetición de los comportamientos patológicos.

Estos enfoques destacan las condiciones presentes como generadoras del trastorno, descartando la necesidad de hipótesis relacionadas con acontecimientos ocurridos en épocas remotas de la vida del sujeto. Así, se vuelven preponderantes las condiciones exteriores que afectan la actividad del individuo y el modo como éstas operan condicionando su comportamiento. Los síntomas son aquí sinónimo del trastorno y su eliminación equivale a la desaparición de la enfermedad. (Fernández Álvarez, 1992).

El Modelo Cognitivo refiere la explicación de la conducta a entidades mentales, a estados, procesos y fenómenos ocurridos en la mente del individuo; concibiendo a éste como un operador activo que regula la transformación que media entre el estímulo y la respuesta, un sujeto que participa activamente en la conformación de los actos de conducta y su experiencia, concebida como acto de construcción de la realidad.

Para este modelo la enfermedad mental es fundamentalmente un desorden del pensamiento, por lo que el paciente distorsiona la realidad de un modo particular. La teoría Cognitiva se centra en un contenido ideacional envuelto en el síntoma.

Este modelo, como marco conceptual, al centrarse en un análisis de procesamiento, indaga acerca de “cómo” ocurren los fenómenos antes que intentar entender el “por qué” de esa ocurrencia, de esta forma se distancia de la importancia otorgada al problema etiológico.

Los enfoques Humanístico-existenciales, se apoyaron en una descripción de los trastornos basada en un análisis existencial, donde la experiencia del sujeto que padece, muestra la presencia de una condición enajenante en el despliegue vital que le impide su realización personal, por lo que los trastornos representan distintos modos de frustración en el cumplimiento de dicha búsqueda.

Los enfoques Interaccionistas (sistémicos), consideran que los trastornos son el resultado de mecanismos activados en las redes de interacción, que ligan a un grupo de personas en el seno de un sistema particular. Así entonces, que un individuo manifieste síntomas de un trastorno

psicológico se entiende como la manera en cómo se traducen los intentos de un grupo por resolver las tensiones o los desequilibrios operantes en el sistema, los que se depositan en uno (o varios) de sus miembros, quién/es se constituyen en portador/es de los síntomas (no enfermo/s). Este enfoque previene sobre la inconveniencia de utilizar las rotulaciones psicopatológicas.

En términos descriptivos, la psicopatología se refiere específicamente a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico. El síntoma ha sido observado como una manifestación positiva (en su sentido etimológico de positum o presente ante los sentidos), como una disfuncionalidad o anormalidad de tipo orgánico. Es decir, el síntoma ha tratado de ser reducido al dominio conceptual de lo que en la terminología médica siempre ha constituido el signo de una enfermedad, entendiendo por signo una evidencia objetiva de una enfermedad que es perceptible por el profesional; y por síntoma, en cambio, una manifestación más ambigua, incierta y derivada de la percepción y expresión del propio paciente. En términos más precisos, y tal como se define en el DSM-IV *«Signo: Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.» «Síntoma: Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador.»*

Adviértase que «signo» y «síntoma», en sus sentidos más divergentes, denotan órdenes de realidad bien distintos: el signo muestra la particularidad de ser él mismo una parte de una realidad natural que, como la punta de un iceberg, se revela a sí misma y que sólo se inscribe en el dominio de la semiosis o significación en la medida que hay un intérprete que donde ve fiebre infiere una determinada enfermedad. Contrariamente, el síntoma refiere a «una manifestación del paciente», a una «percepción subjetiva». El síntoma se presenta como una interpretación que ha elaborado el paciente sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales: «me duele la cabeza», «me siento decaído», «estoy mal de los nervios», entre otros.

El síntoma es así verbalizado o mostrado mímicamente y, por tanto, su construcción responde a las necesidades de expresión de un emisor. Se

presenta, de esta manera, no ya como la parte de una realidad física o el efecto visible de una causa, sino como una expresión humana que guarda en sí misma un significado.

McKinnon y Yudofsky (1989), sostienen que es posible realizar el diagnóstico psicopatológico de forma clasificatoria al evidenciar determinados signos en las conductas de las personas, los cuales revelarían la presencia de una determinada patología.

Aun así, la existencia de una alteración mental no puede definirse o inferirse por la presencia de síntomas ya que no hay síntomas fijos, absolutos, del trastorno mental. Todas las ideas, sentimientos y reacciones observadas en los pacientes con trastornos mentales se observan, en forma más moderada, controlada y socialmente aceptada, en individuos normales y en los afectados mentales ya curados. En otras circunstancias y condiciones la misma reacción sería considerada normal. Las personas normales, del mismo modo que las trastornadas mentales, distorsionan la realidad de acuerdo con sus necesidades, se aferran a creencias obviamente falsas y están problematizadas por los conflictos. Cualquier síntoma puede ser un acto normal e incluso plausible, si su duración, tiempo, lugar y manera de expresión son adecuados y apropiados, y si sus efectos son beneficiosos para el individuo y la sociedad.

La conducta psicopatológica es más fácil de reconocer que de definir; el reconocimiento de funcionamientos trastornados se simplifica, en gran parte, por el hecho de que la evaluación es un proceso continuo y global que toma en cuenta la personalidad previa del individuo, la relativa adecuación de su conducta en el contexto situacional y el efecto neto de aquella sobre el individuo y las demás personas. Los factores determinantes de la conducta anormal son tan complejos y variados como los de la conducta normal. La diferencia entre la conducta normal y anormal es de grado más que de tipo: La conducta anormal es menos adecuada, menos eficaz, menos adaptativa y más inquietante que la conducta normal, pero no es esencialmente distinta en su forma o manifestación.

Ha habido varios intentos para identificar con mayor precisión las características más notorias de la conducta normal y la anormal. Si bien difieren en la elección de factores críticos, los autores concuerdan en favorecer los criterios múltiples, cada uno concebido como un continuo que abarca desde la conducta normal en un extremo hasta las reacciones fronterizas con la conducta anormal en el otro.

Jahoda (en Page, 1982), sostiene que los trastornados mentales difieren de las personas normales en que son relativamente deficientes en estas características claves: 1) consciencia, aceptación y corrección del auto-concepto, 2) crecimiento continuo y autorrealización, 3) integración y unidad de la personalidad, 4) autonomía y autoconfianza, 5) percepción de la realidad y sensibilidad social, y 6) dominio del medio y adecuación para afrontar las exigencias de la vida. Las deficiencias en estos rasgos se supone que indican anormalidad.

Entre los criterios específicos para diferenciar las manifestaciones psicopatológicas de las que no lo son, Page (1982) menciona: 1) *Función defectuosa de la psique*: las funciones mentales más deterioradas, son por lo general la atención, percepción, razonamiento, prueba de realidad, juicio, aprendizaje, memoria, comunicación y creatividad. La función existe, pero su uso está deteriorado o distorsionado, así, una persona puede tener la capacidad de pensar, pero no logra pensar lógicamente. 2) *Función defectuosa en el área social*: supone una falta de interés social, de mantener contacto con otros, y una relativa incapacidad para aprehender el modelo cultural y evitar comprometerse en actos que difieren de las normas culturales. 3) *Pérdida del autocontrol*: dificulta el control voluntario de la conducta, por lo que la misma se torna inadecuada e irracionalidad. 4) *Evaluación de la sociedad*: de existir diferencias de opinión entre la sociedad y el individuo, se otorga mayor peso a la evaluación de la sociedad. Finalmente, 5) *Factor de aflicción personal*: radica en el sentimiento subjetivo del individuo. Las personas que padecen trastornos mentales presentan una angustia que frecuentemente es una combinación de ansiedad, temor, ira, desaliento, culpa y odio. Si bien estos sentimientos pueden estar presentes en todas las personas, aquí la diferencia está dada por

la inadecuación, incongruencia y falta de explicación lógica de la duración y severidad de la reacción emocional.

En el campo de la Salud Mental fue necesario desarrollar instrumentos de medición que sirvan al especialista como herramienta de apoyo para evaluar en forma cuantitativa aspectos de la sintomatología o de la/s conducta/s expresadas por el paciente, y a partir de las cuales se puedan ampliar las evaluaciones diagnósticas.

Desde perspectiva nosológica psiquiátrica, “estar sano” o “afectado” depende en gran medida de cumplir con criterios diagnósticos establecidos en los manuales conocidos (DSM-V, CIE-10). En cambio, desde una perspectiva psicológica, los límites entre lo que se considera “sano” o “enfermo” no siempre se encuentran claramente definidos.

A los fines del presente trabajo, se considerará la sintomatología psicopatológica desde un enfoque descriptivo centrado en la manifestación de los síntomas y signos psicopatológicos, y en su función. Para obtener información sobre la presencia de síntomas psicopatológicos en estudiantes, se analizarán estadísticamente los datos obtenidos tras la aplicación de la adaptación española (González de Rivera et al, 2002) del SCL-90-R Inventario de Síntomas de Derogatis, en tanto el mismo apunta a identificar la ausencia o presencia de síntomas, concebidos como el grado de alteración psicopatológica o psicósomática que presentan o simulan los sujetos durante la aplicación del inventario (Derogatis, 1977).

### ***Personalidad***

El estudio de la personalidad se ha caracterizado por la búsqueda de explicaciones satisfactorias de las diferencias individuales y la relativa consistencia del comportamiento intraindividual (Espinosa, 2005), lo que ha implicado innumerables investigaciones desde distintas posturas psicológicas, producto de las cuales han surgido conceptos, constructos, y nuevas preguntas que amplían su rango de estudio. Es así como, el abordaje de la personalidad y su relación con la conducta continúa siendo un campo de gran interés para la

disciplina, del cual pueden surgir aproximaciones para optimizar la comprensión, la descripción y la explicación del fenómeno (Contreras, Espinosa & Esguerra, 2009).

Sánchez y Ledesma (2008) intentan describir o explicar la personalidad conceptualizándola como algo “difícilmente descriptible y casi inexplicable”, postulando que la psicología de la personalidad, como constructo científico, tiene una corta historia pero un largo pasado. Es por ello que realizan un interesante y completo recorrido histórico de la invención del constructo personalidad, que comienza desde la Antigua Grecia con Empédocles de Agrigento y su teoría de las cuatro raíces, hasta el actual Modelo de los Cinco Grandes postulado por McCrae y Costa (1990, 1999), modelo que sirvió de base y fundamento para la presente investigación.

Este recorrido histórico se iniciaría en la época de los Griegos: con Empédocles de Agrigento (495 – 435 a.C. aproximadamente) quien continuó la escuela jónica, postuló la teoría de las cuatro raíces, a las que luego Aristóteles denominó “elementos”: aire, fuego, tierra, y agua, cada uno con sus pertinentes atributos físicos. Según Empédocles, la combinación de los elementos era muy diversa, variando según los distintos “entes del mundo”. En base a esta concepción, el hombre era como un microcosmos englobando los mismos elementos que contenía el macrocosmos. De esta manera era muy necesario, para que exista una buena salud, que los cuatro elementos estén en equilibrio, dado que si uno era superior al resto generaría un estado de patología.

Por otro lado, Hipócrates quien amplió la teoría de Empédocles, continuó con la idea de los cuatro elementos y los relacionó con los cuatro humores (o líquidos) que recorren el cuerpo humano. Para él la salud se vinculaba al equilibrio de esos cuatro humores en el cuerpo, y la patología consistiría a un exceso de esos humores, más allá de que en cada sujeto existiría un humor predominante. Hipócrates, fue el que realizó la “teoría del comportamiento humano de los humores – temperamentos, que relaciona la personalidad con el organismo”. El gran aporte de Hipócrates, fue el de asignar al propio cuerpo como origen de las enfermedades, dejando de lado, las ideas anteriores que manifestaban una causa divina o mágica.

Ya a mediados del s. XX, las teorías de la personalidad se han evaluado y teorizado (y podría decirse que aún hoy se evalúan y teorizan) desde diferentes ámbitos dentro de la disciplina psicológica: desde el contexto clínico y el desarrollo de modelos psicodinámicos, estas teorías insisten especialmente en la idiosincrasia del individuo, en la individualidad de respuestas, en la concepción de la conducta como resultado de la interacción de fuerzas externas e internas complejas (motivos, impulsos, necesidades y conflictos), y en la comprensión global de la conducta en función de relaciones existentes en la estructura de la personalidad (Luengo, 1997). Tal como afirma Luengo (1997), a partir de este modelo surgen técnicas de diagnóstico concretas tales como: los test proyectivos (Rorschach, TAT) basados en la importancia que se le da a procesos inconscientes en las teorías más psicodinámicas y otras técnicas, basadas en las teorías de corte más fenomenológico y en la importancia que estas teorías le dan a la interpretación que el sujeto hace de sí mismo y del mundo que le rodea, que sirven para la evaluación de la experiencia subjetiva, tales como: la entrevista, la autobiografía, los autoinformes subjetivos, entre otros. Basándose en criterios clínicos, Millon (1969, 1990) plantea la idea de definir la personalidad en base a sus dos polos opuestos (normal-anormal), el modelo factorial define la patología como comportamiento anormal, oponiéndolo a la conducta normal, es decir, que normal-anormal son dos polos extremos de un continuo. Para este autor, los rasgos son de naturaleza biológica y social, es decir, que implican tanto las disposiciones innatas como las experiencias de aprendizaje de una persona; es así como es posible hablar de estilos o patrones de personalidad a partir de la adolescencia. Entiende la personalidad como una compleja serie de interacciones entre posibilidades biológicas y ambientales. Un hito de la evaluación de la personalidad lo constituyó la edición de 1942 del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) que se ha convertido en uno de los instrumentos de evaluación más usados por psiquiatras y psicólogos clínicos y ha originado un número amplísimo de investigaciones, que han dado lugar a diferentes revisiones del mismo (Luengo, 1997).

Otro ámbito donde se ha conceptualizado y analizado al constructo personalidad es el psicométrico o factorialista. Romero (2005) postula al *rasgo* como uno de los conceptos que más investigación ha generado en psicología de la personalidad, y el que ha tenido más repercusión en el campo de las aplicaciones. Uno de los grandes referentes de la teoría factorialista ha sido Gordon Allport, con su obra “Personalidad: una interpretación psicológica” de 1937. Allí considera a la personalidad en términos de un conjunto mayor o menor de disposiciones –rasgos o tipos- (Luengo, 1997). Estos rasgos, se caracterizan principalmente por (Allport, 1974):

1.- Tienen existencia real, existen dentro de cada persona. No son constructos teóricos o etiquetas propuestas para explicar la conducta.

2.- Determinan o causan el comportamiento; no surgen sólo en respuesta a estímulos ambientales. Nos motivan a buscar los estímulos apropiados e interactúan con el ambiente para determinar la conducta.

3.- Pueden demostrarse empíricamente. Al observar la conducta en el tiempo, podemos inferir su existencia en la coherencia de las respuestas de una persona a estímulos iguales o similares.

4.- Están interrelacionados; pueden suponerse aun cuando representen características diferentes.

5.- Varían con la situación. Una persona puede mostrar rasgos antagónicos en situaciones diferentes.

Por lo tanto, los rasgos representan disposiciones estables del comportamiento, tendencias a actuar de manera relativamente consistente, y son permanentes a lo largo de la vida.

Wiggins y Pincus (1992) afirman que existen dos diferentes niveles de análisis de la personalidad: uno de ellos, influido por la tradición biotipológica médica, el desarrollo de las teorías constitucionalistas y los desarrollos de la escuela soviética, el cual se centra en el análisis de las dimensiones temperamentales prefijadas biológicamente. El otro nivel de análisis, relacionado con los estudios de psicología diferencial de la inteligencia, se

centra más que en la raíz biológica de las disposiciones ambientales, en el análisis correlacional de respuestas habituales que se agrupan empíricamente en forma de rasgos o conjuntos de rasgos, tipos. Desde estos modelos, los rasgos, considerados como disposiciones relativamente estables para comportarse de ciertos modos que se transfieren de unas situaciones a otras, son la unidad básica de análisis de la personalidad y ésta no es más que un conjunto de disposiciones generalizadas que sirven para predecir cómo el individuo se comportará en una situación determinada.

El problema surge en el número de rasgos o dimensiones que se deben tener en cuenta para definir a un individuo, y explicar sus manifestaciones conductuales y el nivel de amplitud de las disposiciones. Problemática que involucra a Hans Eysenck, uno de los precursores de los modelos factorialistas, quien en 1947 publica su primer libro llamado “dimensiones de la personalidad”, cuyo interés principal radica en que las diferencias individuales surgen del estudio de las relaciones que las personas establecen entre estímulos y respuestas (Sánchez & Ledesma, 2008). Encontrar las leyes de acuerdo a las cuales funcionan estas diferencias y aislar las principales dimensiones que nos permitan clasificar a la gente, se convirtió para Eysenck en una tarea de la Psicología (Errasti Pérez, 1998). En su primera obra postuló dos amplias dimensiones, de base biológica, definidas como combinaciones de rasgos o factores: a) Extraversión (y su opuesto introversión) y b) Neuroticismo (y su opuesto estabilidad emocional). Posteriormente, debido a las limitaciones que presentaba este modelo, creó otro con tres factores denominado PEN (por la inicial de cada factor), cuya característica principal es que relaciona la tradición temperamental de la Antigua Grecia, con dicho modelo trifactorial: a) Neuroticismo (vs. Estabilidad emocional), b) Extraversión (vs. Introversión) y c) Psicoticismo (vs. Control de Impulsos).

Situados en el presente, Sánchez y Ledesma (2008) hablan sobre los modelos de rasgos actuales, los cuales se basan en la interacción de dos líneas de investigación, una conocida como hipótesis léxica, y la otra ligada a la tradición factorial (John & Srivastava, 1999; McCrae & John, 1992). La

hipótesis léxica sostiene que las diferencias individuales más importantes y de mayor relevancia social han de estar codificadas en el lenguaje. Por tanto, el modelo considera al lenguaje como una fuente confiable de datos referidos a las características que pueden definir y construir la personalidad humana. Cuanto más importante resulte un rasgo, más lenguas tendrán un término para él y más personas lo usarán o reconocerán como importante al momento de calificar su personalidad o la de otra persona (Sanz, Silva & Avia, 1999).

A comienzos de la década de los 80, Goldberg, a partir de trabajos propios en el análisis léxico de la personalidad encuentra resultados coincidentes con estudios de los años '60 e incluso anteriores y sostiene que cualquier modelo para estructurar las diferencias individuales tendrá que basarse en "Cinco Grandes Dimensiones" (Sanz, Silva & Avia, 1999). La concepción de Goldberg de "Cinco Grandes" es fundamentalmente incorporar al rasgo como estructura básica de la personalidad. Y el agregado de "grandes" pretendía remarcar que cada una de las dimensiones engloba cierto número de rasgos más específicos (Sánchez & Ledesma, 2008). Los hallazgos de Goldberg han sido desarrollados, investigados y corroborados por numerosas investigaciones factoriales, pero impera como paradigma dominante a través de los trabajos de Robert McCrae y Paul Costa (1990), con su modelo de "Cinco Grandes Factores de la Personalidad", paradigma utilizado actualmente como referente para la evaluación de la personalidad.

En esta investigación se trabajará desde el "Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad" (MCF o FFV en inglés proveniente de las iniciales de "*Five Factor Model*"), cuyo antecedente principal es la crisis de la psicología de la personalidad que se produce a fines de los años '60. El propio desarrollo de los estudios psicométricos en el análisis de la personalidad hizo que los investigadores se preocuparan seriamente por las cuestiones metodológicas de fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados y, como consecuencia de esto, se empieza a producir un cuestionamiento fuerte de la adecuación de los instrumentos de medida tradicionales, que tiene su punto más álgido en 1968, con la publicación de la obra de W. Mischel *Personalidad y Evaluación*. En esta obra se presenta uno de los supuestos más ampliamente aceptado, del cual parten la mayoría de las teorías de la personalidad y de los

procedimientos de evaluación desarrollados hasta el momento, el cual sostiene que la conducta es estable y consistente a través de las situaciones poniéndose de manifiesto cómo los instrumentos de evaluación apoyados sobre este supuesto no son válidos, ni fiables, ni útiles para la predicción de la conducta (Mischel, 1968). Aunque el libro de Mischel prestó un importante servicio a la psicología de la personalidad, al llamar la atención sobre el mal uso que se estaba haciendo del concepto de rasgo y de las técnicas de evaluación, recibió duras críticas y fue considerado como un intento de reemplazar las disposiciones por las situaciones y los ambientes como unidades de estudio, favoreciendo un punto de vista situacionista en personalidad (Luengo, 1997). Esta perspectiva se ve reforzada por el desarrollo de la evaluación conductual, por el éxito aparente de las diversas terapias de conducta, por un modelo skinneriano de hombre y un enfoque positivista de la ciencia. El situacionismo radical fue abandonado pronto, incluso por sus propios formuladores. No obstante supuso una serie de reformulaciones de gran importancia para la psicología de la personalidad.

El “Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad” (MCF), encuentra en la actualidad, según Sánchez y Ledesma (2008), su máxima expresión en los desarrollos llevados a cabo por Costa y McCrae junto a un importante número de investigadores (Widiger, 2005; McCrae & otros, 2000; Costa & McCrae, 1999, John & Srivastava, 1999; McCrae & Costa, 1990, citados por Sánchez & Ledesma, 2008). Sus investigaciones lograron integrar las diferentes líneas en un marco teórico unificado.

McCrae y Costa (1990), cuya concepción teórica es tomada por nuestra presente investigación, coinciden en que la esencia de la personalidad es la organización de la experiencia y la conducta, y se debe continuar intentando predecir la manera en la cual las experiencias particulares de la vida provocan cambios sistemáticos en los rasgos de la personalidad (Helson, 1993 citado por Contreras, Espinosa & Esguerra, 2009). Costa, Terracciano y McCrae (2001) sostienen explícitamente que los rasgos de personalidad, al igual que los temperamentos, son disposiciones endógenas que siguen patrones intrínsecos de desarrollo esencialmente independientes de las influencias ambientales. Así, mientras que la herencia compartida explicaría el parecido familiar en

rasgos de la personalidad, el ambiente no compartido contribuiría a las diferencias entre los miembros de una familia (Plomin et al, 2002). Por tanto, el MCF no resulta meramente un modelo descriptivo sino que pretende explicar la naturaleza de los rasgos.

Desde esta perspectiva, los desarrollos conceptuales y metodológicos de los rasgos de la personalidad han identificado una taxonomía de los Cinco Grandes dominios que permiten una razonable comprensión de la personalidad, resultando tanto independientemente de la cultura como del lenguaje de las personas, y los rasgos se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida (Costa & McCrae, 1990). Estas dimensiones de evaluación de la personalidad (Costa & McCrae, 1999) son:

1. Amabilidad o Cordialidad, (opuesto a Antagonismo): evalúa la capacidad para establecer vínculos psicosociales y la disposición a preocuparse por los demás. En casos extremos, el polo negativo se asocia a la psicopatía. Esta dimensión no aparece en todos los modelos factoriales de personalidad, tal vez por su marcado carácter valorativo.

2. Responsabilidad (o Escrupulosidad, opuesto a Irresponsabilidad o Negligencia): evalúa la capacidad para actuar de acuerdo propósitos o metas claras, para poder organizar y llevar adelante proyectos e ideas. El polo negativo es propio de personas que andan sin rumbo u objetivo, o resultan indolentes. Esta dimensión, también ausente en otros modelos, incluye el control de impulsos tanto como una clara disposición a ser escrupuloso y obediente.

3. Extraversión (opuesto a Introversión): denominada Surgencia en algunos modelos. Evalúa la sociabilidad, como la facilidad para comunicarse con los demás, la asertividad y la facilidad para iniciar y mantener conversaciones. El polo negativo es propio de personas con tendencia al aislamiento o el retraimiento.

4. Neuroticismo (opuesto a Estabilidad Emocional): incluye aspectos ligados al bienestar o malestar psicológico, al afecto y las emociones negativas. Evalúa inestabilidad emocional, la tendencia a experimentar emociones

negativas como miedo, sentimiento de culpa, tristeza o enojo. No necesariamente implica patología sino la tendencia a sufrir trastornos antiguamente conocidos como “neuróticos”.

5. Apertura a la experiencia (opuesto a Convencional o Cerrado a la experiencia): evalúa la presencia de una imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección y curiosidad intelectual. El polo opuesto se relaciona con el convencionalismo, el dogmatismo y el apego a lo tradicional.

Sánchez y Ledesma (2013) destacan que el Modelo de los Cinco Factores intenta convertirse en un modelo hegemónico dentro del paradigma de los rasgos basando su crecimiento en los estudios realizados en diferentes culturas y en el énfasis otorgado a la evaluación, tanto en lo que respecta a la fuente de datos para las diversas investigaciones, cuanto al desarrollo de instrumentos de medición de las dimensiones de dicho modelo.

### **Antecedentes**

Con respecto a sintomatología psicopatológica, existen en la actualidad una gran cantidad de escalas para evaluar casi cualquier área del funcionamiento humano (Corcoran & Fischer, 2000 citado por Sánchez & Ledesma, 2009), y en particular una amplia serie de técnicas que brindan información relevante para la toma de decisiones en el proceso clínico. Entre ellas se destaca el Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Sympton Cheklist, Revised) (Derogatis, 1994; Derogatis, 1977), conocido como SCL-90-R. Distintos estudios muestran que las puntuaciones medias son superiores en población clínica (Carrasco et al, 2003) y que sirve para discriminar pacientes de controles de la población normal (Holi, 2003); a su vez, el inventario puede ser utilizado como método de cribado para la detección de casos clínicos. Además, ha resultado útil para la valoración de cambios sintomáticos producidos por el tratamiento o para el seguimiento de diversos casos crónicos (De las Cuevas & otros, 1991; Holi, 2003). En este mismo sentido, Pincus et al (2000, citado por Holi, 2003) señalan que escalas como estas pueden utilizarse en el contexto clínico para: 1) cribado y, por tanto, identificar a individuos con ciertas características; 2) asistir al diagnóstico según los actuales sistemas clasificatorios; 3) evaluar las características clínicas de

los pacientes, más allá del diagnóstico, para facilitar la selección de tratamiento; 4) supervisar los beneficios y los efectos adversos del tratamiento (por ejemplo, en el seguimiento de los cambios en la sintomatología); 5) otros usos, tales como la determinación del pronóstico o para fines administrativos (por ejemplo, la discapacidad o el asesoramiento forense). El SCL-90-R cuenta con evidencia a favor de su validez concurrente y predictiva (Gempp & Avendaño, 2008; Sánchez & Ledesma, 2009) y de la fiabilidad de sus escalas (Arrindel et al, 2006; Bonicatto et al, 1997; Caparrós et al, 2007; Carrasco et al, 2003; Cruz et al, 2005; Holi, 2003; Lara et al, 2005; Schmitz et al, 2000).

El SCL-90-R ha sido objeto de diversas traducciones y para el año 2000 ya estaba disponible en 26 idiomas (incluyendo español, alemán, italiano, holandés, francés, ruso, finlandés, danés, japonés, chino, hebreo y árabe) y validado con diferentes muestras de pacientes (Derogatis & Savitz, 2000). No obstante, no abundan los trabajos en castellano y menos aún en nuestro país (Sánchez & Ledesma, 2009). En particular se destaca la ausencia de estudios realizados en base a población clínica, a excepción del trabajo ya citado de Bonnicatto y otros (1997) en base a población general, Sánchez y Ledesma (2009) en base a población clínica, y los trabajos de Casullo y su grupo, en base a población general, principalmente adolescentes (Casullo & Castro Solano, 1999; Casullo & Fernández Liporace, 2001; Casullo et al, 2003; Casullo, 2004).

Casullo y Pérez (1998, 2008) han creado un baremo donde diferencian puntuaciones a partir del género y la edad, obtenidas mediante la aplicación del SCL-90-R de L. Derogatis en población general de la ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense. Es importante destacar, que Casullo (2008) justifica utilizar baremos diferenciados, debido a que los valores que obtuvo en Argentina fueron significativamente diferentes a los de la muestra original estudiada por L. Derogatis en EE.UU. por lo que resultó imprescindible el uso del baremo local (argentino) para interpretar de manera válida las puntuaciones obtenidas.

Actualmente existe una versión abreviada del SCL-90-R, el SA-45 (Sandín et al, 2008) cuya justificación de su creación es que un cuestionario

más breve, consistente y equilibrado permite una utilización más rutinaria y efectiva en la práctica clínica y en la investigación psicopatológica. Entre las propiedades psicométricas del SA-45 se incluyen: fiabilidad (consistencia interna) y validez convergente y discriminante.

Por otro lado, se han hallado multiplicidad de antecedentes con respecto a la evaluación de la personalidad. Ozer y Reise (1994) señalan que los esfuerzos de los investigadores de evaluación de la personalidad se concentran en tres aspectos principales: 1) Lograr una definición más clara y un cuadro más sutilmente afinado de los objetos primarios de evaluación, centrándose tanto en los aspectos sustantivos como conceptuales de la definición de las características de la personalidad. 2) Desarrollar nuevos métodos de recolección de datos, refinando los procedimientos más viejos y 3) Generar nuevos métodos de evaluar los resultados, manteniendo un escrutinio crítico de los procedimientos establecidos para averiguar la validez de los resultados de medida. El Modelo de los Cinco Grandes ha generado una gran cantidad de instrumentos de evaluación: el NEO-PI (Costa & McCrae, 1985), la Escala de Adjetivos Interpersonales IASR-B5 (Trapnell & Wiggins, 1990), el Inventario Personalidad de Hogan HPI (Hogan, 1986) y la escala de adjetivos o marcadores de la estructura de los Cinco Grandes SMS (Goldbert, 1993). Existe una versión reducida del NEO-PI de 60 ítems NEO-FFI (Costa y McCrae, 1989) y la versión revisada NEO-PI-R que incluye escalas para las Cinco Grandes Dimensiones de la Personalidad (Costa & col., 1992). Con esta versión reducida se han realizado estudios sobre la estabilidad longitudinal, sobre las relaciones entre trastornos de personalidad y los cinco factores, sobre la capacidad predictiva en el ámbito laboral de los factores, entre otros, lo que ha impulsado la generalización del modelo factorial en Psicología (Sánchez & Ledesma, 2013). El gran interés y la cantidad de investigación que ha generado el modelo de los Cinco Factores de la personalidad está en la capacidad de asimilar e integrar otras representaciones de clasificación de personalidad anteriores, tales como: el de Catell (Gerbin & Tuley, 1991), el de Eysenck (Goldbert & Rosolack, 1993; Avia & cols., 1995), el de Guilford (Digman, 1990) y el sistema de necesidades de Murray (Paunomen & cols., 1992) tal como éste se evalúa utilizando el Jackson's Personality Research Form PRF (Jackson,

1974). También integra modelos más recientes, de amplia repercusión en el campo clínico, como los modelos circulares de rasgos interpersonales (Hofstee & col., 1992; Saucier, 1992). El Inventario de Estilo Interpersonal ISI (Lorr, 1986) contiene cinco escalas, tres de las cuales (implicación interpersonal, socialización y autonomía), parecen reflejar las dimensiones de Extraversión y Amabilidad del Modelo de los Cinco Grandes. Las otras dos (autocontrol y estabilidad) están claramente relacionadas con las dimensiones de Responsabilidad y Neuroticismo.

Dado que el modelo de los Cinco Grandes Factores sostiene que las cinco grandes dimensiones nombradas tienen base biológica, la preocupación por los estudios transculturales ha resultado ser uno de los pilares del modelo (Allik & McCrae, 2004; Church, 2001; Church & Lonner, 1998; Hofstede y McCrae, 2004; McCrae, 2000; Schmitt et al, 2007; Schmitt et al, 2008). La personalidad, según el modelo de los Cinco Grandes, se basa en procesos universales que trascienden las improntas culturales.

Asimismo, diferentes estudios han demostrado la utilidad de los Cinco Factores para ser aplicados en el contexto clínico psicopatológico: Costa y McCrae (1992) analizan las relaciones entre los Cinco Factores y los diferentes trastornos de la personalidad, y subrayan cómo el NEO-PI puede ayudar al clínico a la comprensión y a anticipar el curso y los resultados de la terapia. También se han realizado estudios (Costa & McCrae, 1990; McCrae, 1991) en los que se examinan los cinco factores y escalas del NEO-PI con las escalas clínicas de los dos instrumentos más ampliamente utilizados en el contexto clínico, el MMPI y el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). Los resultados demostraron que Personalidad *borderline*, Ansiedad y Esquizofrenia se relacionan preferentemente con Neuroticismo, Manía con Extraversión y Paranoia y rasgos antisociales están correlacionados con Amabilidad. Widiger (1993) defiende un modelo dimensional para la categorización de los trastornos psiquiátricos y demuestra cómo cada uno de los trastornos del eje II en el DSM-III-R y del DSM-IV se relaciona significativamente con los cinco factores y cada una de sus facetas. Otros autores (Hart & Hare, 1994; Trull & Sher, 1994;

Zuroff, 1994) a pesar de que indican las limitaciones de los cinco factores para explicar la variabilidad de la patología, demuestran que diferentes síntomas psicopatológicos están estadísticamente relacionados con ellos. A partir de criterios de diagnóstico clínico y de descripciones de conducta desadaptada, Harkness y McNulty (1994) han elaborado un instrumento (PYS-5) que mide los cinco factores y que como señalan Butcher y Rouse (1996) puede ser adecuado para el análisis de la psicopatología desde un punto de vista dimensional.

En Argentina, Sánchez y Ledesma (2013) elaboraron un instrumento que toma en cuenta el contexto cultural: el Adjetivos para Evaluar la Personalidad - AEP- (Ledesma, Sánchez & Díaz, 2011). Las diferencias culturales y lingüísticas justifican el desarrollo y la utilización de instrumentos que se adapten a los contextos y poblaciones específicas (Brislin, 1985). El hallazgo de estos autores con respecto a la aplicación del instrumento es la diferencia significativa en puntuaciones mayores que varían según la edad: los adultos obtuvieron mayores puntuaciones en Amabilidad y Responsabilidad, y los jóvenes obtuvieron valores más altos en Apertura a la experiencia. Afirman que estos resultados podrían relacionarse con el descenso en las tasas de trastornos de personalidad, en particular del Grupo B (histriónico, narcisista, límite y antisocial), en función de la edad (Torgersen, 2007). Al parecer, ciertos rasgos que se relacionan con estos trastornos tienden a disminuir con la edad. Opuestamente, el incremento en Responsabilidad puede asociarse a las mayores tasas del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo observadas en personas adultas.

Por otra parte, se halló una investigación en estudiantes universitarios de la UNMdP (Dematteis, Castañeiras & Sánchez, 2009) que evalúa la calidad de la escala psicométrica *Ten Item Personality Inventory* (TIPI) de Gosling, Rentfrow y Swann (2003), en su primera versión en español IPDI (Sánchez & Ledesma, 2006), escala breve desarrollada para evaluar la personalidad de acuerdo al Modelo de los Cinco Grandes Factores; junto con la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1999; versión argentina Casullo,

2004) y un registro de datos socio-descriptivos básicos de sexo y edad; cuyos resultados aportaron datos acerca de la aplicabilidad del IPDI en el contexto argentino, pero también pone en evidencia algunas limitaciones relacionadas a su acotada extensión (lo que afecta su consistencia) y plantea la necesidad de un análisis semántico de los ítems seleccionados para nuestro contexto, con el fin de depurar el alcance del significado que tienen en la descripción de cada factor de personalidad, ya que es un aspecto afectado por las particularidades culturales de cada región.

En el ámbito universitario, se han administrado los mismos instrumentos de evaluación utilizados en este trabajo en estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad Nacional de Mar del Plata obteniendo los siguientes resultados: Urquijo y Del Valle (2013) realizaron una investigación cuyo objetivo fue demostrar diferencias de género en cuanto a personalidad, bienestar psicológico y regulación emocional en estudiantes universitarios de diferentes carreras de la UNMdP, el resultado fue que los hombres utilizaron más supresión, puntuaron más alto en autonomía, mostraron menor crecimiento personal, menos neuroticismo y mayor apertura que las mujeres. Otra investigación más reciente realizada por Urquijo et al (2015), demostró que el sexo en estudiantes universitarios resultó un predictor significativo para autonomía y crecimiento personal. Los rasgos de personalidad mostraron capacidad predictiva sobre las dimensiones de bienestar psicológico: extraversión, neuroticismo y autonomía; conciencia, agradabilidad y apertura a la experiencia sobre autonomía; conciencia, agradabilidad y apertura a la experiencia sobre crecimiento personal y los Cinco Factores sobre propósitos en la vida. El sexo presentó un efecto moderador para la relación del rasgo conciencia con la dimensión crecimiento personal.

Además, existen investigaciones recientes que analizan la prevalencia de psicopatologías en estudiantes universitarios (Urquijo, Ané & Abraham, 2013) y psicopatología y desempeño académico en estudiantes universitarios (Urquijo et al, 2013) cuyos resultados permiten establecer que la presencia de psicopatologías se relaciona directamente con la capacidad de los estudiantes

universitarios para cursar y aprobar asignaturas y exámenes finales. Los estudiantes que no presentan psicopatología tienden a cursar y rendir con mayor frecuencia que los estudiantes que presentan indicadores de psicopatología. La importancia de esta investigación radica en la afirmación de que la presencia de psicopatologías no afectaría el desempeño académico en sentido estricto, en la medida en que los promedios no difieren del resto de los estudiantes, sino que las dificultades se concentran en su regularidad.

## **METODOLOGÍA**

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Determinar las relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad, en estudiantes universitarios.

#### **Objetivos Específicos**

1. Determinar, describir y caracterizar la presencia de sintomatología psicopatológica en alumnos universitarios.
2. Determinar la existencia de diferencias de sexo en la presencia de sintomatología psicopatológica.
3. Describir y caracterizar los rasgos de personalidad de dichos alumnos de acuerdo con el Modelo de los Cinco Grandes.
4. Determinar la existencia de diferencias de sexo en los rasgos de personalidad.
5. Determinar la existencia de asociaciones entre la frecuencia de sintomatología psicopatológica y las puntuaciones en los cinco factores de personalidad.

### **Hipótesis**

*“Se espera que aquellos sujetos que presenten mayor cantidad de síntomas psicopatológicos también presenten puntuaciones extremas en alguno o varios de los cinco factores de personalidad”*

### **Tipo de estudio-Diseño**

De acuerdo a Montero y León (2007) se trata un estudio ex post facto, retrospectivo, de un grupo, con múltiples medidas, basado en un diseño no-experimental, transversal de tipo correlacional.

## **Muestra**

La muestra estuvo conformada por estudiantes universitarios que se encontraban cursando una carrera en la sede de CREStA de la ciudad de Tres Arroyos durante el Ciclo Lectivo 2015. Se conformó con 146 estudiantes, de los cuales 84 fueron mujeres y 62 fueron varones, pertenecientes a las distintas Universidades Nacionales y Regionales que conforman la institución: UNMdP, UPSO, UNLP, CREStA; y las carreras que conformaron el universo del trabajo de investigación fueron: Analista Programador Universitario, Diseño Industrial, Contador Público, Arquitectura, Tecnicatura Superior en Enfermería, Tecnicatura Superior en Emprendimientos Agropecuarios, Licenciatura en Desarrollo Local y Regional y Tecnicatura Superior en Comercio Exterior y Aduanero.

## **Instrumentos**

1. Para obtener información sobre la presencia de sintomatología psicopatológica en los estudiantes, se aplicó la adaptación española (González de Rivera et al, 2002) del *Inventario de 90 Síntomas de Derogatis Revisado* (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]), el cual consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, frente a los cuales el respondiente debe indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos.

Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas, descritas a continuación:

**\*Somatización (SOM):** Percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares)

**\*Obsesiones y compulsiones (OBS):** Síntomas característicos del trastorno del mismo nombre (pensamientos, impulsos y acciones vivenciados como involuntarios, no deseados, egodistónicos e imposibles de controlar).

**\*Sensibilidad interpersonal (SI):** Sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales).

**\*Depresión (DEP):** Incluye la mayoría de los principales síntomas típicos de los trastornos del espectro depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos corrientes (disforia, falta de motivación, pérdida de intereses, falta de energía, llanto, desesperanza, tristeza, ideación suicida).

**\*Ansiedad (ANS):** Síntomas cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones). Se incluyen algunos correlatos somáticos de la ansiedad.

**\*Hostilidad (HOS):** Pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo, rabia (fastidio, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas).

**\*Ansiedad fóbica (FOB):** Respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) irracional y desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, lo que ocasiona una conducta de evitación o escape. Varios de los síntomas de esta dimensión son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, a salir o estar solo, a viajar en medios públicos de transporte).

**\*Ideación paranoide (PAR):** Distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide, concebido como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios).

**\*Psicoticísimo (PSIC):** El psicoticismo está representado como una expresión de la experiencia humana. Incluye un amplio espectro de síntomas referidos a al espectro psicótico, desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más certera de la psicosis (sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento bizarro).

A su vez, el instrumento está compuesto por ***tres índices globales de psicopatología:***

**\*Índice de Severidad Global (ISG):** Indicador del nivel actual de la severidad del malestar general percibido. Combina el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar. Para ello, debe sumarse el total de los puntajes de las respuestas a todos los ítems y dividirlo por el número total de ítems (90). Proporciona, en un único número, el grado de patología de una persona.

**\*Total de síntomas positivos (TSP):** Se calcula sumando el total de ítems marcados como positivos (respuesta mayor a 0). Puntuaciones extremas se consideran indicadores de un intento consciente de mostrarse mejor de lo que realmente se está o, por el contrario, de la tendencia a exagerar el malestar psicológico. Un valor menor de 4 se considera sospechoso de negación de síntomas o de minimización de patología, mientras que uno mayor de 50 en varones o 60 en mujeres es indicador de la tendencia a la exageración de la patología.

**\*Índice de malestar sintomático positivo (IMSP):** Evalúa el estilo de respuesta, detectando tendencias a la minimización o a la exageración del estado de malestar. Se calcula sumando el total de los ítems marcados como positivos, como en el caso del ISG, pero dividiendo por el total de síntomas presentes (TSP).

El instrumento presenta 7 ítems adicionales que no forman parte de ninguna dimensión pero sí de los índices generales. Se relacionan con

problemas de sueño, problemas con la comida, culpa y pensamientos de muerte.

En cuanto a la justificación de la elección del instrumento, el uso y propiedades psicométricas del SLC-90-R indica que la gran popularidad del mismo entre profesionales e investigadores de la salud mental puede atribuirse a las siguientes propiedades: (1) se trata de un inventario de fácil aplicación y corrección, (2) permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad y (3) exhibe buenas propiedades psicométricas.

2. Para evaluar las características de Personalidad se utilizó la *Lista de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP)* de Sánchez y Ledesma (2013); quienes crearon un instrumento basado en la teoría de los “Cinco Grandes Factores”. Si bien existen un gran número de instrumentos diseñados para operacionalizar los constructos del modelo, las diferencias culturales y lingüísticas justifican el desarrollo y la utilización de instrumentos que se adapten a los contextos y poblaciones específicas. El instrumento consta de 67 adjetivos, seleccionados cuidadosamente en base a lo expuesto en líneas anteriores. Dichos adjetivos describen los rasgos del modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad. Es un instrumento de autoadministración, que utiliza una escala tipo Lickert de 5 puntos, donde el sujeto debe responder calificando cuánto lo describe cada adjetivo, oscilando desde 1 punto (“no me describe en absoluto”) hasta 5 puntos (“me describe tal como soy”). El puntaje en cada factor se obtiene promediando los adjetivos que lo componen, previa inversión de los adjetivos que son marcadores negativos de la dimensión.

## **Procedimiento**

Para la obtención de datos utilizados en la presente investigación, se comenzó solicitando la autorización del director del CREStA, quien permitió la realización del trabajo. Luego, en diferentes días y horarios, se solicitó a docentes de diferentes carreras, en la sala de profesores y en las aulas, su colaboración durante 20 minutos de sus clases, para que se realice la

administración de los protocolos, explicándoles el motivo de la tesis y la justificación de la misma. Previamente a la administración propiamente dicha (con protocolos autoadministrables), se les explicó a los estudiantes los motivos del presente trabajo, y se les aclaró que, además de leer previamente el consentimiento informado, todos los datos obtenidos se encuentran sujetos a total anonimato.

Una vez obtenida la cantidad de protocolos necesarios para continuar con el trabajo de investigación, se procedió a cargar los datos para su posterior procesamiento.

Finalmente se realizó una revisión bibliográfica e investigativa, analizando los datos obtenidos de manera correlacional y exploratoria, utilizando como guía el cumplimiento de los objetivos propuestos en el trabajo de investigación propiamente dicho.

### **Análisis de los datos obtenidos**

Se realizaron análisis estadísticos de la información obtenida. Para caracterizar la muestra de sintomatología psicopatológica y personalidad, se calcularon los estadísticos descriptivos (media, frecuencias, porcentajes, desvío estándar). Se evaluaron las diferencias discriminadas por sexo en el total de la muestra aplicando la prueba t de muestras independientes. Finalmente, para determinar los niveles de asociación entre las variables en estudio se utilizaron pruebas de correlación bivariadas.

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con el objeto de determinar las relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad en estudiantes universitarios, se exponen los resultados obtenidos a través de la implementación de los inventarios SCL-90-R (Derogatis Symptom Checklist, Revised) y AEP (Adjetivos para Evaluar la Personalidad).

Para comenzar, en la **Tabla 1** se presenta el Total de la muestra (n= 146) discriminado por sexo.

Tabla 1.

Presentación del Total de la muestra discriminado por Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	84	57,53
M	62	42,47
<b>Total</b>	146	100

Con el objeto de determinar, describir y caracterizar la presencia de sintomatología psicopatológica en los alumnos evaluados, se presentarán los estadísticos descriptivos de los puntajes directos, distinguiéndose puntaje mínimo y máximo, media y desvío típico. En la **Tabla 2** se presentarán dichos resultados obtenidos en las nueve dimensiones primarias de síntomas y los tres índices globales de psicopatología del Inventario SCL-90-R.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos puntajes directos SCL-90-R para el Total de la muestra.

PD Escalas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<b>Somatización</b>	0,00	2,75	0,61	0,53
<b>Obsesivo-Compulsivo</b>	0,00	3,60	1,06	0,70
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0,00	2,89	0,65	0,59
<b>Depresión</b>	0,00	2,77	0,61	0,53
<b>Ansiedad</b>	0,00	2,70	0,57	0,49
<b>Hostilidad</b>	0,00	3,00	0,61	0,55
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0,00	2,43	0,27	0,37
<b>Ideación Paranoide</b>	0,00	2,83	0,63	0,65
<b>Psicoticismo</b>	0,00	1,60	0,29	0,35
<b>Total de Síntomas Positivos PST</b>	0,00	2,14	0,61	0,50
<b>Índice de Severidad Global GSI</b>	1,00	77,00	31,93	16,57
<b>Índice de Malestar Positivo PSDI</b>	0,01	2,29	0,60	0,43

Los estudiantes presentan con mayor frecuencia, sintomatología de tipo Obsesivo-Compulsivo; en segundo lugar, síntomas vinculados a la Sensibilidad Interpersonal. Asimismo, estos resultados demuestran que la dimensión Ansiedad Fóbica es la que se presenta con menor frecuencia, siguiéndole la dimensión Psicoticismo.

De los datos expuestos en la **Tabla 3**, puede destacarse que las medias de las puntuaciones directas en todas las escalas e índices, son superiores en las estudiantes de sexo femenino en comparación a los estudiantes de sexo masculino:

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de Puntuaciones Directas de Escalas e Índices del SCL-90-R para Toda la muestra y discriminados por Sexo.

Puntuaciones Directas de Escalas e Índices	Muestra n=146		Femeninos n=84		Masculinis n=62		T
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	
<b>Somatizaciones</b>	0,61	0,53	0,73	0,57	0,45	0,43	3,20**
<b>Obsesiones y compulsiones</b>	1,06	0,70	1,15	0,76	0,95	0,59	1,71
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0,65	0,59	0,73	0,65	0,54	0,48	1,87
<b>Depresión</b>	0,61	0,53	0,74	0,58	0,44	0,39	3,41**
<b>Ansiedad</b>	0,57	0,49	0,67	0,56	0,43	0,35	2,98**
<b>Hostilidad</b>	0,61	0,55	0,68	0,60	0,52	0,47	1,77
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0,27	0,37	0,31	0,40	0,21	0,30	1,63
<b>Ideación Paranoide</b>	0,63	0,65	0,73	0,71	0,49	0,54	2,19*
<b>Psicoticismo</b>	0,29	0,35	0,34	0,40	0,23	0,26	1,83
<b>Índice de Severidad Global (GSI)</b>	0,61	0,50	0,69	0,48	0,48	0,32	2,88**
<b>Total de Síntomas Positivos (PST)</b>	31,93	16,57	35,05	17,50	27,69	14,30	2,71**
<b>Índice de Malestar Positivo (PSDI)</b>	0,60	0,43	1,64	0,48	1,50	0,36	1,90

\* Las diferencias son significativas al nivel  $p < 0,05$ .

\*\* Las diferencias son significativas al nivel  $p < 0,01$ .

El análisis de comparación de medias para dos muestras independientes (prueba t) indicó que las diferencias de acuerdo al sexo resultan estadísticamente significativas en Somatizaciones, Depresión, Ansiedad, Ideación Paranoide, Índice de Severidad Global (GSI) y Total de Síntomas Positivos (PST). Estos resultados son consistentes con lo observado en la muestra normativa y en muestras argentinas y españolas de estudiantes

universitarios. Esto podría suponer que los estudiantes universitarios de sexo femenino presentan mayor sintomatología psicopatológica que los estudiantes masculinos, aunque debe considerarse que, de acuerdo a lo reportado en diversos estudios epidemiológicos (Casullo, 2004; Urquijo, 2012; Urquijo et al, 2013; Sánchez & Ledesma, 2013), las mujeres reportan mayor grado de sintomatología ansiosa o depresiva que los hombres y en general, se espera una percepción distinta de ciertos síntomas entre hombres y mujeres, ya que éstas tienden con frecuencia a exacerbarlos.

También debe considerarse con especial énfasis, que puntuaciones directas superiores a la media de la población no representan “*per se*” la presencia de psicopatologías, sino que se percibe al síntoma con mayor intensidad. De acuerdo a Derogatis (2002), la interpretación de los índices globales y de las dimensiones sintomáticas se facilita gracias a unos baremos, que permiten comparar las puntuaciones de un individuo con su grupo normativo. La existencia de diferencias entre hombre y mujeres, obliga a utilizar baremos diferenciados según el sexo.

Las puntuaciones directas son transformadas a una puntuación percentilar que indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en el aspecto evaluado. Por ejemplo, una puntuación percentilar de 75, en una escala particular significa que esa persona muestra una sintomatología mayor que el 75% de las personas de la población general. Los límites para determinar riesgo o presencia de psicopatología o mayor o menor nivel de estrés, varían de acuerdo a los autores. Por ejemplo, Casullo (2004) considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación superior al percentil 90 y con presencia de patología severa a toda puntuación igual o superior al percentil 98. Rivera et al (2013), clasificaron a los sujetos por el grado de malestar psicológico que reportaron en la escala considerando dos categorías: con bajo estrés, aquellos que puntuaron por debajo del percentil 90 y con alto estrés, aquellos que puntuaron a partir del percentil 90 y más.

Para Robles, Andreu y Peña (2002) la definición operacional de caso psiquiátrico siguiendo el criterio estadístico por percentiles sería que el índice

de severidad global IGS mayor a 75. Con ese valor debería considerarse el diagnóstico positivo del caso psiquiátrico.

En este estudio consideraremos que aquellos sujetos que presenten una puntuación entre el percentil 91 y el percentil 98, presentan riesgo de padecer patologías y con presencia de patología severa a toda puntuación igual al percentil 99.

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones percentilares de la muestra, con el objeto de comparar las características detectadas en la población de estudiantes universitarios de CRESta con poblaciones semejantes, seleccionándose algunos estudios que reportan resultados específicos de la aplicación del SCL-90-R en estudiantes universitarios o poblaciones de adolescentes adultos:

- **La muestra de estudiantes universitarios de la UNMDP, presentada en el año 2012** con un n=1600 (1101 F 499 M), Urquijo (2012) Informe Técnico sobre *Patrones de síntomas psicológicos y prevalencia de psicopatologías en Ingresantes Universitarios. Resultados preliminares de la evaluación del SUS de ingresantes a la UNMDP con el SCL-90*. Subsecretaría de Bienestar de la Comunidad Universitaria, Servicio Universitario de Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata, 15/06/2012.
- **La Muestra Normativa de la adaptación española del SCL-90-R**, generada en Canarias con un n=530 (252 M 278 F) Derogatis (2002) *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación de González de Rivera & cols*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Una **Muestra Normativa Argentina de adolescentes de Casullo (2004)** con un n=760 (381 F 379 M) Casullo (2004) *Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. El SCL-90-R y los estudios epidemiológicos*. Documento de Trabajo UBA-CONICET. Bs. As.
- Una **Muestra Normativa de Estudiantes Universitarios de Chile (2008)** con un n=718 (341M y 377F). Gempp Fuentealba y Avendaño Bravo (2008) Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-

90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.

- Una **Muestra Normativa de estudiantes Universitarios de España (2007)** con un n=1277 (444 M 798 F) Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch (2007) Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.

Las puntuaciones medias de las escalas e índices obtenidas por los estudiantes universitarios pertenecientes a CREStA se compararon con las de los estudios citados, con el objeto de evaluar la existencia de diferencias entre ellas. Los resultados se presentan en la **Tabla 4**.

Tabla 4.

Comparación de las Medias de las puntuaciones por escala del SCL-90 de los estudiantes universitarios de CREStA con otras Muestras Normativas.

ESCALA	MEDIAS PARA TODAS LAS MUESTRAS				
	UNMDP n=4001	CREStA n=146	Chile n=718	España n=1277	SCL-90-R n=530
<b>Somatización</b>	0,38	0,61	1,06	0,65	0,55
<b>Obsesiones y compulsiones</b>	0,56	1,06	1,32	1,05	0,60
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0,37	0,65	0,94	0,88	0,45
<b>Depresión</b>	0,45	0,61	1,09	0,89	0,72
<b>Ansiedad</b>	0,30	0,57	1,01	0,66	0,52
<b>Hostilidad</b>	0,37	0,61	0,84	0,66	0,45
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0,14	0,27	0,48	0,29	0,25
<b>Ideación Paranoide</b>	0,30	0,63	0,87	0,77	0,47
<b>Psicoticismo</b>	0,35	0,29	0,74	0,41	0,21
<b>Índice Global de Severidad GSI</b>	0,41	0,61	0,96	0,71	0,51
<b>Total de Síntomas Positivos PST</b>	22,37	31,93	45,68	37,90	25,32
<b>Índice de Malestar Positivo PSDI</b>	1,31	0,60	1,82	1,56	1,75

En la **Tabla 4** puede observarse que entre las diferentes muestras existen diferencias en las medias de las puntuaciones directas. Las medias de los estudiantes universitarios pertenecientes a CREStA, en la totalidad de las dimensiones y en dos de sus índices (exceptuando Índice de Malestar Positivo

cuyo valor es el más bajo dentro de las medias para todas las muestras presentadas), resultan claramente similares a las obtenidas en el estudio con población española (Caparrós-Caparrós et al, 2007). Es por ello que, al no hallar diferencias significativas de las medias normativas del instrumento con respecto a las poblaciones comparadas, puede concluirse que los resultados obtenidos son confiables, desestimando la hipótesis de que los resultados se encuentren sesgados por la situación de evaluación. Sin embargo, una de las grandes limitaciones para realizar tales comparaciones resulta de la frecuencia con la que contamos en esta investigación (n=146), por lo que debe tomarse dicha comparación con suma precaución. Se observan marcadas diferencias con respecto a los estudios de la UNMdP y Chile realizada con estudiantes universitarios.

Este hallazgo podría servir como objeto de estudio para una ulterior investigación en la ciudad de Tres Arroyos, que pretenda dar cuenta de tales diferencias.

Con el objeto de complementar el análisis, en la **Tabla 5** se presentan los resultados de una nueva clasificación, en la que se establecen los porcentajes de estudiantes universitarios de CREStA considerados sin riesgo según el SCL-90-R (percentil menor o igual a 90), con riesgo de padecer sintomatología psicopatológica o alto distrés (percentil mayor a 90 y menor a 99) y presencia de patología severa (percentil igual a 99), en cada una de las escalas evaluadas por dicho inventario. Debe tenerse en cuenta que un mismo estudiante podría presentar puntuaciones indicadoras de riesgo o de presencia de patología en más de una escala.

Tabla 5.

Dimensiones y escalas psicopatológicas del SCL-90-R con frecuencia y porcentajes de normalidad, riesgo y presencia de sintomatología psicopatológica en estudiantes universitarios de CREStA.

### Somatización

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	131	89,7
En Riesgo	14	9,6
Presencia Patología Severa	1	0,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

### Obsesivo-Compulsivo

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	94	64,4
En Riesgo	46	31,5
Presencia Patología Severa	6	4,1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

### Sensibilidad Interpersonal

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	113	77,4
En Riesgo	27	18,5
Presencia Patología Severa	6	4,1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

### Depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	136	93,2
En Riesgo	8	5,5
Presencia Patología Severa	2	1,4
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

## Ansiedad

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	123	84,2
En Riesgo	22	15,1
Presencia Patología Severa	1	0,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

## Hostilidad

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	127	87,0
En Riesgo	18	12,3
Presencia Patología Severa	1	0,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

## Ansiedad Fóbica

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	133	91,1
En Riesgo	11	7,5
Presencia Patología Severa	2	1,4
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

## Ideación Paranoide

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	124	84,9
En Riesgo	15	10,3
Presencia Patología Severa	7	4,8
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

## Psicoticismo

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	126	86,3
En Riesgo	17	11,6
Presencia Patología Severa	3	2,1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

## Total de Síntomas Positivos PST

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	112	76,7
En Riesgo	31	21,2
Presencia Patología Severa	3	2,1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

## Índice de Severidad Global GSI

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	124	84,9
En Riesgo	18	12,3
Presencia Patología Severa	4	2,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

## Índice de Malestar Positivo PSDI

---

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	136	93,2
En Riesgo	10	6,8
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

---

Con el objeto de determinar la presencia de sintomatología psicopatológica en la muestra, en la **tabla 6** se presentan los resultados para el total de estudiantes universitarios de CRESta incluidos en la investigación, transformándose los datos obtenidos utilizando las tablas normativas (baremos del instrumento) y obteniéndose las presentes distribuciones porcentuales de estudiantes Sin Patología, en Riesgo y con Presencia de Patología Severa.

Tabla 6.

Índices porcentuales de riesgo de padecer psicopatología en función de un percentil >90 y <99 y de presencia de patología severa en función de un percentil=99.

ESCALA	SIN RIESGO		CON RIESGO		PATOLOGÍA SEVERA	
	N	%	N	%	N	%
Somatización	131	89,7	14	9,6	1	0,7
Obsesiones y compulsiones	94	64,4	46	31,5	6	4,1
Sensibilidad Interpersonal	113	77,4	27	18,5	6	4,1
Depresión	136	93,2	8	5,5	2	1,4
Ansiedad	123	84,2	22	15,1	1	0,7
Hostilidad	127	87,0	18	12,3	1	0,7
Ansiedad Fóbica	133	91,1	11	7,5	2	1,4
Ideación Paranoide	124	84,9	15	10,3	7	4,8
Psicoticismo	126	86,3	17	11,6	3	2,1

Nota: Los datos obtenidos del CREStA, deben ser considerados con cuidado, debido al escaso número de sujetos evaluados (n=146).

Se observa que la prevalencia del riesgo en esta muestra, en orden decreciente es:

(1) *Obsesiones y compulsiones*; (2) *Sensibilidad Interpersonal*; (3) *Ansiedad*; (4) *Hostilidad*; (5) *Psicoticismo*; (6) *Ideación Paranoide*; (7) *Somatización*; (8) *Ansiedad Fóbica* y (9) *Depresión*.

La **Tabla 6** muestra los resultados de clasificar las respuestas de los alumnos que, de acuerdo al criterio de presentar puntuaciones percentilares iguales a 99, poseerían una patología severa en esa escala. Se observa la presencia de patología en esta muestra, en orden decreciente en las siguientes

escalas: (1) *Ideación paranoide*; (2) *Obsesiones y compulsiones y Sensibilidad Interpersonal*; (3) *Psicoticismo*; (4) *Depresión y Ansiedad fóbica*; (5) *Somatización, Ansiedad y Hostilidad*. Las dimensiones que presentaron una mayor y una menor frecuencia de riesgo, no tendieron a ser las mismas de presencia de patología severa en los alumnos evaluados del CREStA.

Resulta de utilidad en este momento recordar las características de las tres patologías con mayor prevalencia (presencia de patología severa) halladas en dichos estudiantes:

1. La dimensión de *Ideación Paranoide* (n=7), la cual incluye distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide, concebido este último como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios).
2. La dimensión de *Obsesiones y Compulsiones* (n=6), incluye síntomas que se identifican con pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
3. La dimensión de *Sensibilidad Interpersonal* (n=6), que se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

Asimismo deben mencionarse las características de las tres patologías con menor prevalencia en los estudiantes universitarios de CREStA:

1. La dimensión de *Somatizaciones* (n=1) que alude a la percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares)
2. La dimensión de *Ansiedad* (n=1) síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones). Se incluyen algunos correlatos somáticos de la ansiedad.
3. La dimensión de *Hostilidad* (n=1) cuyos correlatos son pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de

ira, enojo o rabia (fastidio, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas).

A fin de determinar el número de estudiantes que se encontrarían en riesgo de padecer patologías y aquellos que efectivamente presentarían patologías severas, se realizarán nuevas clasificaciones, las cuales serán presentadas en las **Tablas 7, 8 y 9**.

Tabla 7.

Número de sujetos con Riesgo del Total de la muestra.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0,00	75	51,4
1,00	28	19,2
2,00	14	9,6
3,00	5	3,4
4,00	6	4,1
5,00	5	3,4
6,00	3	2,1
7,00	2	1,4
8,00	3	2,1
9,00	1	,7
11,00	1	,7
12,00	1	,7
14,00	2	1,4
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Del total de la muestra analizada, puede decirse que el 51,4% no presenta puntuaciones extremas en dimensiones de sintomatología psicopatológica; el 19,2% presenta puntuaciones extremas en una dimensión; el 9,6% presenta puntuaciones extremas en dos dimensiones y el 20% restante presenta puntuaciones extremas en tres o más dimensiones.

Tabla 8.

Número de sujetos Sin Riesgo, En Riesgo y con Patología del Total de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>SIN RIESGO</b>	75	51,4
<b>EN RIESGO</b>	58	39,7
<b>PATOLOGIA</b>	13	8,9
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Tabla 9.

Número de sujetos Sin Riesgo, Con Riesgo y con Patología discriminados por Sexo.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
<b>F</b>	<b>SIN RIESGO</b>	42	50,0
	<b>EN RIESGO</b>	34	40,5
	<b>PATOLOGIA</b>	<b>8</b>	<b>9,5</b>
	<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>
<b>M</b>	<b>SIN RIESGO</b>	33	53,2
	<b>EN RIESGO</b>	24	38,7
	<b>PATOLOGIA</b>	<b>5</b>	<b>8,1</b>
	<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Tomando como referencia la **Tabla 9**, puede concluirse que se observan marcadas diferencias de sexo en lo que respecta a la frecuencia de sujetos con riesgo y con presencia de patología severa. Los puntajes elevados corresponden al sexo femenino, disminuyendo la frecuencia en los de sexo masculino.

A continuación, con el objeto de describir y caracterizar los rasgos de personalidad de los alumnos evaluados del CREStA, se presentan en la **Tabla 10** los estadísticos descriptivos, distinguiéndose puntaje mínimo y máximo, media y desvío típico.

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos puntajes AEP para el Total de la muestra.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Extraversión/Introversión</b>	146	0,10	5,00	3,59	0,76
<b>Amabilidad/Oposicionismo</b>	146	2,19	5,00	3,71	0,51
<b>Responsabilidad/Irresponsabilidad</b>	146	1,15	5,00	3,48	0,63
<b>Neuroticismo/Estabilidad Emocional</b>	146	1,61	4,33	2,87	0,56
<b>Apertura/Convencionalismo</b>	146	1,50	5,00	3,26	0,68

En la **Tabla 10** se presentan los resultados de los estadísticos descriptivos obtenidos en la administración del AEP (Adjetivos para Evaluar la Personalidad) de Sánchez y Ledesma (2013). De acuerdo a lo observado en dicha tabla, puede decirse que los estudiantes universitarios de CREStA se describen como más extravertidos que introvertidos, más amables que opositoristas, más responsables que irresponsables, más estables emocionalmente que neuróticos y más abiertos a la experiencia que convencionales. Tomando en cuenta que el instrumento posee un intervalo del adjetivo calificativo que va desde el 1 (no me describe en lo absoluto), con un puntaje intermedio de 3 (me describe relativamente) al 5 (me describe tal como soy), puede decirse que el factor de personalidad preponderante en estos estudiantes es el de Amabilidad, con una media de 3,71; siguiéndole la dimensión de extraversión con una media de 3,59.

La **Tabla 11** presenta los estadísticos descriptivos de las escalas con una discriminación por sexo, distinguiéndose para cada uno la media y el desvío típico.

Tabla 11.

Estadísticos Descriptivos puntajes AEP discriminados por Sexo.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
<b>Extraversión/Introversión</b>	F	84	3,61	0,84	0,09
	M	62	3,56	0,62	0,07
<b>Amabilidad/Oposicionismo</b>	F	84	3,68	0,55	0,06
	M	62	3,75	0,45	0,05
<b>Responsabilidad/Irresponsabilidad</b>	F	84	3,48	0,60	0,06
	M	62	3,47	0,67	0,08
<b>Neuroticismo/Estabilidad Emocional</b>	F	84	2,99	0,59	0,06
	M	62	2,70	0,48	0,06
<b>Apertura a la Experiencia/Convencionalismo</b>	F	84	3,18	0,73	0,08
	M	62	3,36	0,60	0,07

La **Tabla 11** presenta el análisis de resultados de grupos diferenciados por sexo. Las estudiantes universitarias de sexo femenino, se describen como más Extravertidas (en contraposición a la Introversión) y más Neuróticas (en contraposición a la Estabilidad Emocional) que los estudiantes de sexo masculino. Estos últimos se describen como más Amables (en contraposición al Oposicionismo) y más Abiertos a la Experiencia (oponiéndose al Convencionalismo). Cabe destacar que el factor de personalidad denominado Responsabilidad posee una frecuencia similar en ambos sexos.

Con el objeto de determinar si las diferencias de sexo obtenidas en la Tabla 11 resultan estadísticamente significativas, se aplicaron a los datos una prueba t de comparación de medias, cuyos resultados se presentan en la **Tabla 12**.

Tabla 12.

Prueba t de muestras independientes

	T	Sig. (bilateral)
<b>Extraversión/Introversión</b>	0,380	0,705
<b>Amabilidad/Oposicionismo</b>	-0,881	0,380
<b>Responsabilidad/Irresponsabilidad</b>	0,119	0,905
<b>Neuroticismo/Estabilidad Emocional</b>	3,145	0,002**
<b>Apertura a la Experiencia/Convencionalismo</b>	-1,563	0,120

La **Tabla 12** presenta diferencias estadísticamente significativas en relación a los siguientes factores de personalidad establecidos en el AEP. La prueba t de comparación de medias determinó que las diferencias resultaron estadísticamente significativas únicamente para la dimensión de Neuroticismo; donde el sexo femenino obtuvo una puntuación media superior al sexo masculino. Asimismo puede agregarse que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al resto de los factores de personalidad indicados en la tabla.

Con el objeto de determinar las asociaciones entre el riesgo o la presencia de patologías y los rasgos de Personalidad, se sometieron los datos a un análisis de correlación bivariada de Pearson. Los resultados se presentan en la **Tabla 13**.

Tabla 13.

Resultado del análisis de correlación entre Sintomatología Psicopatológica y Rasgos de Personalidad.

		RIESGO	PRESENCIA DE PATOLOGÍA
<b>Extraversión/Introversión</b>	Correlación de Pearson	-0,093	-0,054
	Sig. (unilateral)	0,133	0,259
	N	146	146
<b>Amabilidad/Oposicionismo</b>	Correlación de Pearson	0,041	0,055
	Sig. (unilateral)	0,310	0,255
	N	146	146
<b>Responsabilidad/Irresponsabilidad</b>	Correlación de Pearson	-0,232(**)	-0,173(*)
	Sig. (unilateral)	0,002	0,018
	N	146	146
<b>Neuroticismo/Estabilidad Emocional</b>	Correlación de Pearson	0,472(**)	0,438(**)
	Sig. (unilateral)	0,000	0,000
	N	146	146
<b>Apertura a la Experiencia/Convencionalismo</b>	Correlación de Pearson	0,154(*)	0,078
	Sig. (unilateral)	0,032	0,175
	N	146	146

\*\* La correlación es significativa al nivel  $p < 0,01$  (unilateral).  
 \* La correlación es significativa al nivel  $p < 0,05$  (unilateral).

Los resultados de la **Tabla 13** muestran la siguiente distribución por orden de importancia de las relaciones estadísticamente significativas entre los factores de personalidad y el riesgo o presencia de sintomatología psicopatológica:

- 1) El factor de personalidad que corresponde a **Neuroticismo**, cuya relación estadísticamente significativa se hallaría tanto para los estudiantes universitarios en riesgo como para los que ya presentan patología severa. Este factor de personalidad es importante ya que indicaría que a mayor puntuación en Neuroticismo, mayor será la puntuación en sintomatología psicopatológica de riesgo y de presencia de patología severa (la correlación de Pearson indica que ambas dimensiones

poseen con neuroticismo una relación significativa a nivel de  $p < 0,01$ , lo cual indica una alta correlación).

- 2) Los resultados indican una relación inversa estadísticamente significativa del riesgo y la presencia de psicopatología con **Responsabilidad**, lo que se interpreta en el sentido que se observa que aquellos sujetos que presentan niveles más elevados de responsabilidad tenderían a presentar menor riesgo y menor frecuencia de psicopatología, que aquellos sujetos que presentan niveles más altos de Irresponsabilidad.
- 3) El tercer y último rasgo de personalidad en el que se encuentra una relación significativa ( $p < 0,05$ ) con el riesgo de patología es **Apertura a la Experiencia**, con lo cual podría entenderse que a mayor puntuación en Apertura a la Experiencia, mayor será la puntuación en riesgo de patología en estudiantes universitarios.

Finalmente, con el objeto de analizar si estas relaciones entre el riesgo de padecer patología y la presencia de patologías severas, con los rasgos de personalidad, se modifican a partir de una discriminación por sexo, se aplicó un análisis de correlación bivariada de Pearson, cuyos resultados se presentan en la **Tabla 14**.

Tabla 14.

Resultado del análisis de la correlación entre Sintomatología Psicopatológica y Rasgos de Personalidad discriminada por Sexo.

Sexo		RIESGO	PRESENCIA DE PATOLOGÍA	
F	Extraversión/ Introversión	Correlación de Pearson	-0,097	-0,079
		Sig. (unilateral)	0,189	0,236
		N	84	84
	Amabilidad/Oposicionismo	Correlación de Pearson	0,072	0,093
		Sig. (unilateral)	0,257	0,200
		N	84	84
	Responsabilidad/Irresponsabilidad	Correlación de Pearson	-0,227(*)	-0,132
		Sig. (unilateral)	0,019	0,116
		N	84	84
	Neuroticismo/ Estabilidad Emocional	Correlación de Pearson	0,430(**)	0,425(**)
		Sig. (unilateral)	0,000	0,000
		N	84	84
	Apertura a la Experiencia/Convencionalismo	Correlación de Pearson	0,167	0,059
		Sig. (unilateral)	0,065	0,297
		N	84	84
M	Extraversión/ Introversión	Correlación de Pearson	-0,093	-0,010
		Sig. (unilateral)	0,237	0,468
		N	62	62
	Amabilidad/Oposicionismo	Correlación de Pearson	0,000	-0,001
		Sig. (unilateral)	0,499	0,496
		N	62	62
	Responsabilidad/Irresponsabilidad	Correlación de Pearson	-0,249(*)	-0,226(*)
		Sig. (unilateral)	0,026	0,039
		N	62	62
	Neuroticismo/ Estabilidad Emocional	Correlación de Pearson	0,540(**)	0,480(**)
		Sig. (unilateral)	0,000	0,000
		N	62	62
	Apertura a la Experiencia/Convencionalismo	Correlación de Pearson	0,167	0,125
		Sig. (unilateral)	0,097	0,166
		N	62	62

\* La correlación es significativa al nivel  $p < 0,05$  (unilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel  $p < 0,01$  (unilateral).

Los resultados muestran que existen relaciones estadísticamente significativas que se diferencian en cuanto al sexo con respecto a sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad. La dimensión de personalidad donde se observan diferencias entre el sexo femenino y el masculino es en el factor de **Responsabilidad**.

Con respecto al sexo femenino, puede observarse una relación a nivel  $p < 0,05$  con respecto a Responsabilidad y la disminución del riesgo de psicopatología, lo cual indica que a mayor puntuación en Responsabilidad menor será la puntuación en riesgo de patología. Asimismo se hallaron relaciones significativas en  $p < 0,01$  con respecto a Neuroticismo relacionado a la puntuación en riesgo y en presencia de patología severa, lo cual indica, que en sexo femenino, a mayor puntuación en Neuroticismo, mayor será el riesgo y la presencia de patología severa. Esta característica en Neuroticismo, es similar a la obtenida en el sexo masculino.

El sexo masculino obtuvo una asociación diferente con respecto al sexo femenino, en lo que refiere al factor de personalidad Responsabilidad, ya que esta última, en los hombres no sólo se relaciona con la disminución del riesgo de patología, sino que también incluye la disminución en puntuaciones con respecto a la presencia de patología severa.

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para comenzar, resulta necesario recordar que el objetivo general de este trabajo fue determinar las relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad en estudiantes universitarios pertenecientes a CRESta de la ciudad de Tres Arroyos. Puede decirse que este objetivo propuesto se ha corroborado, ya que los resultados muestran asociaciones entre algunos rasgos de personalidad y el riesgo de padecer patología, como así también su presencia.

Los datos proveen evidencias de que el Neuroticismo, posee una relación estadísticamente significativa (incluso superior al resto de los factores), tanto con respecto a las puntuaciones que resultan en riesgo de padecer psicopatología como a la presencia de patología severa propiamente dicha, sin distinción de sexo. El Neuroticismo caracteriza a personas con mayor inestabilidad emocional, con tendencia a experimentar emociones negativas tales como: miedos, sentimientos de culpa, tristeza, enojo, ansiedad, hostilidad, depresión, timidez, impulsividad y vulnerabilidad. Estas emociones negativas impiden que el sujeto supere flexiblemente las situaciones de distrés que se presentan en la vida cotidiana, lo cual generaría un riesgo de padecer sintomatología psicopatológica y/o presentar patología severa.

A su vez, el factor Responsabilidad (ligado al sentido del deber, del orden, necesidades de logro y autodisciplina) disminuye el riesgo de padecer sintomatología psicopatológica, y en el caso del sexo masculino, disminuye también la posibilidad de presencia de patología severa. Este resultado no se condice con la investigación realizada en Argentina por Sánchez y Ledesma (2013) la cual sostiene que el incremento en Responsabilidad puede asociarse a las mayores tasas del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo observadas en personas adultas; ya que en los estudiantes universitarios de CRESta, puntuaciones extremas en este factor de personalidad disminuyen el riesgo y la presencia de patología severa.

Asimismo, puntuaciones extremas en el rasgo de personalidad Apertura

a la Experiencia (sujetos con una imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección y curiosidad intelectual), aumentarían el riesgo de padecer sintomatología psicopatológica. Este resultado no se condice con los obtenidos en otras investigaciones (Thompson, 1990, 1991, 1994; Sánchez & Ledesma, 2011, 2013) donde se afirma que la Apertura a la Experiencia se encuentra ligada a estrategias de reevaluación cognitiva y regulación emocional, mostrando el sujeto una variabilidad y plasticidad a la hora de resolver situaciones problemáticas novedosas, disminuyendo el nivel de psicopatología o de riesgo a enfermar. Cabe aclarar que el resultado de la presente investigación no permite concluir fehacientemente que el aumento del riesgo de padecer patología en los estudiantes universitarios se deba exclusivamente a esta característica de personalidad y no pueda adjudicarse a otras causas, debido a que la relación obtenida a través de  $r$  de Pearson es muy baja. Es por ello, que este hallazgo podría servir como objeto de estudio para una ulterior investigación con estudiantes de CRESTa en la ciudad de Tres Arroyos, que pretenda dar cuenta de esta relación.

Los resultados obtenidos en esta investigación resultan de suma importancia porque permiten establecer la existencia de relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad, como así también explican la naturaleza de la hipótesis propuesta en este trabajo: *Se espera que aquellos sujetos que presenten mayor cantidad de síntomas psicopatológicos también presenten puntuaciones extremas en alguno o varios de los cinco factores de personalidad.* Las puntuaciones extremas en sintomatología psicopatológica permiten establecer una relación con un aspecto patológico de la personalidad, tal como el Neuroticismo, cuya característica principal es su asociación con el riesgo de padecer psicopatología y con la presencia de patología severa en estudiantes universitarios de CRESTa.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos a nivel internacional de Hart y Hare (1994); Trull y Sher (1994) y Zuroff (1994) quienes concuerdan que a pesar de las limitaciones de los cinco factores para explicar la variabilidad de la patología, demuestran que diferentes síntomas psicopatológicos están estadísticamente relacionados con ellos. Otro estudio

que ha demostrado la utilidad de los Cinco Factores para ser aplicado en el contexto clínico psicopatológico es el de Costa y McCrae (1992) donde se analizan las relaciones entre los Cinco Factores y los diferentes trastornos de la personalidad, y se subraya cómo el cuestionario de personalidad, puede ayudar al clínico a la comprensión y a la anticipación del curso y los resultados de una terapia. Si bien en la presente investigación se utiliza un inventario adaptado a la población argentina (Sánchez & Ledesma, 2011), y no es aplicado dentro del contexto clínico, sino en un estudio exploratorio con población universitaria, los hallazgos respecto a las relaciones entre sintomatología psicopatológica y personalidad, permiten apoyar las utilidades de prevención producto de la investigación de relaciones entre estas variables obtenidas por Costa y McCrae en diferentes investigaciones cuya finalidad fue avalar la postura de Derogatis (1983) quien ha señalado que el SCL-90-R presenta una estructura que permite su utilización como herramienta para el screening psiquiátrico, la detección de falsos positivos y falsos negativos, así como para la definición de “caso psiquiátrico” (Costa & McCrae, 1985, 1989, 1992, 1999; McCrae, 1991, 2000, 2004). La investigación en esta escala debe continuar en este sentido en aras a la mayor especificación de su estructura factorial, dada su utilidad a nivel clínico y psicopatológico.

El primer objetivo específico propuesto en este trabajo alude a determinar, describir y caracterizar la presencia de sintomatología psicopatológica en alumnos universitarios. Los análisis estadísticos permiten afirmar que los estudiantes universitarios presentaron con mayor frecuencia sintomatología psicopatológica del tipo Obsesivo-Compulsivo, correspondiendo también la dimensión con el mayor número de estudiantes, y en segundo lugar se halló la dimensión Sensibilidad Interpersonal. Asimismo, las características de las tres patologías con mayor prevalencia (presencia de patología severa) halladas en los 146 estudiantes de la muestra fueron: a) La dimensión de Ideación Paranoide (n=7), formada por ítems que miden la conducta de retirada social, aislamiento, también se incluye el estilo de vida esquizoide, así como síntomas esquizofrénicos de primer orden tales como alucinaciones, sonorización y difusión del pensamiento. Esta escala proporciona un continuum

graduado desde una alienación interpersonal moderada hasta una evidencia dramática de psicosis. b) La dimensión de Obsesiones y compulsiones (n=6), relacionada con pensamientos, impulsos y acciones experimentadas por el sujeto como egodistónicas. El sujeto posee pensamientos intrusivos, que reconoce como suyos, pero que no puede eludir y realiza conductas cognitivas o motoras para liberarse de la ansiedad que le producen esos pensamientos, y c) La dimensión de Sensibilidad interpersonal (n=6), que refiere a los sentimientos personales de inadecuación e inferioridad, particularmente en comparación con los demás. Sentimientos de minusvalía, de dificultad y notorio malestar durante las interacciones con otras personas son características de esta escala. Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala son autorreferenciales y tienen expectativas negativas de sus relaciones interpersonales.

Estos resultados difieren de los obtenidos por las investigaciones de Urquijo (2012) con estudiantes universitarios ingresantes de la UNMdP, ya que las dimensiones de sintomatología psicopatológica prevalentes en ellos se presentaron en otro orden: a) Obsesiones y Compulsiones, b) Sensibilidad Interpersonal y c) Psicoticismo. Es por ello que resulta necesario destacar la importancia de la aplicación de un baremo cultural, ya que la población universitaria de Tres Arroyos, se asemeja en sus medias y desviaciones típicas de resultados obtenidos en el SCL-90-R con la población española (Caparrós-Caparrós et al, 2007), cuyas medias son notablemente superiores que el resto de las poblaciones comparadas; difiriendo considerablemente de las poblaciones universitarias de Mar del Plata (Urquijo, 2012), Chile (Gempp & Avendaño, 2008) y Argentina (Casullo, 2004).

La importancia de estos resultados radica también en avalar el uso del inventario SCL-90-R como método de cribado para la detección de casos clínicos (Holi, 2003), en el presente caso, con estudiantes universitarios, como método de prevención para el abordaje de sintomatología psicopatológica, ya que de 146 casos, 58 sujetos presentan riesgo de padecer patología y 13 estudiantes universitarios presentan patología severa. Aquí es donde debe destacarse que no existen en la población universitaria de Tres Arroyos, estudios o investigaciones que evalúen el riesgo o presencia de sintomatología

psicopatológica, por lo que estos resultados no pueden compararse con otros realizados previamente en esta población.

El segundo objetivo específico propuesto en este trabajo fue el de determinar la existencia de diferencias de sexo en la presencia de sintomatología psicopatológica. Existen investigaciones que avalan la hipótesis de la necesidad de establecer baremos para las puntuaciones del SCL-90-R en lo que respecta a sintomatología psicopatológica tomando en cuenta diferencias de edad y de género (Casullo & Pérez, 1998, 2008; Urquijo, 2012; Derogatis, 2002). Una investigación realizada por Muñoz y cols. (2005), afirma que las mujeres constituyen un grupo especialmente propenso a los trastornos de Ansiedad y los trastornos Depresivos. Sin embargo, concuerdan que no solamente es importante la identificación de los trastornos como tales, sino también de los síntomas, que sin llegar a constituirse en un trastorno, generan un malestar que puede responder a las intervenciones psicofarmacológicas y/o psicoterapéuticas. Postulan que la evaluación multidimensional de la psicopatología es importante; generalmente se evalúa la depresión aunque, sin embargo, es importante contar con instrumentos que evalúen otras dimensiones de la psicopatología; y en las mujeres son particularmente importantes, las dimensiones de la Ansiedad y la Somatización. Los resultados de la investigación realizada por Muñoz y cols. (2005) pueden corroborarse con los resultados obtenidos en el presente trabajo, ya que las medias de las puntuaciones directas en todas las escalas e índices, fueron superiores en las estudiantes de sexo femenino que en los estudiantes de sexo masculino. El análisis de comparación de medias para dos muestras independientes indicó que, con excepción de Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Hostilidad, Ansiedad Fóbica y Psicoticismo, las diferencias de acuerdo al sexo resultaron estadísticamente significativas. Estos resultados fueron consistentes con lo observado en la muestra normativa y en muestras argentinas y españolas de estudiantes universitarios. Esto podría suponer que los estudiantes de sexo femenino presentan mayor sintomatología psicopatológica que los estudiantes masculinos, aunque debe considerarse que, de acuerdo a lo reportado en diversos estudios epidemiológicos, las mujeres reportan mayor

grado de sintomatología ansiosa o depresiva que los hombres y en general, se espera una percepción distinta de ciertos síntomas entre hombres y mujeres, ya que éstas tienden con frecuencia a exacerbarlos.

También debe considerarse con especial énfasis, que puntuaciones directas superiores a la media de la población no representan “*per se*” la presencia de psicopatologías, sino que se percibe al síntoma con mayor intensidad. De acuerdo a Derogatis (2002), la interpretación de los índices globales y de las dimensiones sintomáticas se facilita gracias a unos baremos, que permiten comparar las puntuaciones de un individuo con su grupo normativo. La existencia de diferencias entre hombre y mujeres, obliga a utilizar baremos diferenciados según el sexo y permite corroborar en este trabajo, la presencia de diferencias en cuanto al sexo para sintomatología psicopatológica.

El tercer objetivo específico propuesto fue el de describir y caracterizar los rasgos de personalidad de los estudiantes universitarios de CREStA de acuerdo con el Modelo de los Cinco Grandes. Los desarrollos conceptuales y metodológicos de los rasgos de la personalidad han identificado una taxonomía de los Cinco Grandes dominios que permiten una razonable comprensión de la personalidad, resultando tanto independientemente de la cultura como del lenguaje de las personas, además que los rasgos se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida (Costa & McCrae, 1990). En este trabajo se toman como referencia los postulados de Costa y McCrae (2000), quienes coinciden en que la esencia de la personalidad es la organización de la experiencia y la conducta, y que se debe continuar intentando predecir la manera en la cual las experiencias particulares de la vida provocan cambios sistemáticos en los rasgos de la personalidad (Helson, 1993 citado por Contreras, Espinosa & Esguerra, 2009). En el presente trabajo, se obtuvo como resultado que dichos estudiantes se describen con mayor frecuencia como Amables, Extravertidos y Responsables. Asimismo, estos resultados demuestran que el factor Neuroticismo se presenta con menor frecuencia.

Uno de los aspectos más importantes que toman como referencia diferentes autores que estudian los factores de personalidad desde el modelo de los Cinco Grandes es la cuestión de la diferencia de sexos para determinar las diferencias de personalidad, variable que posibilita postular el cuarto objetivo del presente trabajo: determinar la existencia de diferencias de sexo en los rasgos de personalidad. Con respecto a estas diferencias, en la mayoría de los estudios las mismas tienden a ser pequeñas en comparación a la variación individual (Costa, Terracciano y McCrae, 2001), y las estructuras factoriales tienden a ser similares a través de los sexos, los instrumentos y las culturas. Cabe señalar que en este trabajo se considera al sexo desde una perspectiva biológica. Sánchez y Ledesma (2013), señalan que las diferencias halladas son compatibles con los estereotipos de género: las mujeres reportan valores más altos en Neuroticismo y Amabilidad, hallazgos que se han presentado de manera consistente en la literatura, independientemente del instrumento, el idioma y la cultura (Benet-Martínez & John, 1998; Costa, Terracciano & McCrae, 2001; De Miguel, 2005; Manga, Ramos & Moran, 2004). En el trabajo que dio lugar al AEP (Ledesma, Sánchez & Díaz-Lázaro, 2011) se hallaron diferencias de género en Neuroticismo (con mayor puntuación en las mujeres) y no se encontraron diferencias de género en otros factores, a diferencia de lo que se suele reportar en la literatura. Sin embargo, este hallazgo no resulta sorprendente ya que las diferencias encontradas suelen ser pequeñas y varían entre culturas (Costa, Terracciano & McCrae, 2001). Sí resultan importantes las diferencias halladas en Neuroticismo ya que estas suelen ser las más consistentes y pronunciadas en todas las culturas (Schmitt, Realo, Voracek & Allik, 2008). Estos resultados son consistentes con los obtenidos en la presente investigación ya que los puntajes de las escalas Extraversión, Responsabilidad y Neuroticismo fueron superiores en estudiantes del sexo femenino, siendo superiores los puntajes de los estudiantes del sexo masculino en las escalas Amabilidad y Apertura a la experiencia. Esto denota que la muestra de estudiantes universitarios de CREStA posee una marcada diferencia de sexo en lo que respecta a factores de personalidad, ya que aquellos factores ligados a aspectos más patológicos, tales como el neuroticismo y la responsabilidad, son considerablemente superiores en el sexo femenino, mientras que el sexo masculino se encuentra ligado a puntuaciones más extremas en aspectos

saludables de la personalidad, tales como Amabilidad y Apertura a la Experiencia, lo que permite afirmar nuevamente la importancia de relacionar aquellos aspectos psicopatológicos de la personalidad con la sintomatología psicopatológica obtenida del inventario SCL-90-R, porque permite establecer la detección de casos clínicos por presencia de patología severa, o la prevención a nivel institucional de aquellos casos que se consideran en riesgo de padecer patología. También permitiría avalar la postura de Urquijo (2015), quien afirma que el sexo posee un efecto moderador en relación a la personalidad y que profundizar en el conocimiento de estos factores sería de valor para el desarrollo de intervenciones acordes con las necesidades específicas de los universitarios.

Una de las limitaciones más importantes de este trabajo podría ser el tamaño de la muestra, aunque si bien se consideró inferior para la comparación con baremos de otras poblaciones ( $n=146$ ), fue una población amplia en lo que respecta a número de alumnos que, al momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se encontraban cursando una carrera de grado o tecnicatura en la institución de CRESta. Otra ventaja que se puede destacar de la muestra obtenida, es la homogeneidad con respecto al sexo de la población de estudiantes universitarios, ya que de 146 alumnos, 84 fueron mujeres y 62 fueron varones. Esta característica valida la posibilidad de diferenciar las variables por sexo, para poder compararlas con resultados de otras investigaciones.

Se considera que la temática seleccionada para realizar esta investigación, es decir, relación entre sintomatología psicopatológica y personalidad, permitió establecer a través de la implementación de los instrumentos de evaluación, que los sujetos que presentan mayor cantidad de síntomas psicopatológicos también presentan puntuaciones extremas en alguno o varios de los Cinco Factores de personalidad, cuestión postulada como hipótesis de trabajo, como así también permitió determinar, describir y caracterizar la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad en estudiantes universitarios.

En la ciudad de Tres Arroyos no se han hallado antecedentes de investigaciones realizadas en función de las variables tomadas para esta investigación: sintomatología psicopatológica y personalidad en estudiantes universitarios. Por ello, uno de los mayores objetivos de este trabajo no fue sólo realizar una investigación de carácter exploratorio y correlacional que permita determinar, describir y caracterizar las relaciones entre la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad en estudiantes universitarios; sino también postular su importancia a nivel preventivo, ya que el Ministerio de Educación de la Nación, a través de la Secretaria de Políticas Universitarias ha implementado un Programa de Políticas de Bienestar Universitario, cuyo objetivo prioritario es lograr las mejores y más óptimas condiciones para garantizar el ingreso, permanencia y graduación de quienes deseen iniciar una carrera universitaria de grado (Ministerio de Educación de la Nación, 2012). Así podemos concluir, que los datos obtenidos en la presente investigación resultan fundamentales para generar nuevas líneas de carácter exploratorio destinadas a la implementación de políticas universitarias en la ciudad de Tres Arroyos, que promuevan y favorezcan la Salud Mental, el ingreso, la permanencia y graduación de los estudiantes a través de la prevención tanto a nivel clínico como institucional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allik, J. & McCrae, R. (2004). Toward a Geography of Personality Traits. Patterns of Profiles Across 36 Cultures. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 35, 13-28.
- Allport, G. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. (*Personality. A Psychological Interpretation*) Original publicado en 1937.
- Arrindel, W., Barelds, D., Janssen, I., Buwalda, F. & van der Ende, J. (2006). Invariance of SCL-90-R dimensions of symptom distress in patients with peri partum pelvic pain (PPPP) syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 377-391.
- Avia, M. D. (1995). Los rasgos de personalidad: estructuras empíricas y representaciones cognitivas. En M.D. Avia M.L. Sánchez Bernardos (eds.): *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.
- Brislin, R. (1985). The wording and translation of research instruments. In W. Lonner y J. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (137–164). Beverly Hills, CA: Sage.
- Butcher, J. N. & Rouse, S. V. (1996). Personality: Individual differences and clinical Assessment. *Annual Review of Psychology*, 45, 735-750.
- Caparrós, B., Villar Hoz, E., Ferrer, J.J. & Viñas Poch, F. (2007). Symptom Check-List'90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Carrasco Ortiz, M., Sánchez Moral, V., Ciccotelli, H. & Del Barrio, V. (2003). Listado de Síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica*, 2(2), 149-161.
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. El SCL- 90-R y los estudios epidemiológicos. Documento de trabajo. UBA. CONICET.

- Casullo, M. M. & Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones*, 7, 147-157.
- Casullo, M. M., Cruz, M. S., González, R. & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16(2), 135-149.
- Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psykhé*, 10(1), 155-162.
- Casullo, M. M. & Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Adaptación UBA. CONICET.
- Church, A. (2001). Personality measurement in cross-cultural perspective. *Journal of Personality*, 69, 979–1006.
- Church, A. & Lonner, W. (1998). The cross-cultural perspective in the study of personality: Rationale and current research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29, 32–62.
- Contreras, F., Espinosa, J.C. & Esguerra, G. A. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8, 311-322. ISSN 1657-9267.
- Corcoran, K. & Fischer, J. (2000). *Measures for Clinical Practice: A Sourcebook*, 3<sup>rd</sup> ed, Vol I. New York, Free Press.
- Costa, P. & McCrae, R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. & McCrae, R. (1989). The NEO-PI/NEO-FFI. *Manual Supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. & McCrae, R. (1999). *NEO-PI-R: Inventario de la personalidad NEO revisado (NEOPI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual profesional. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322–331.

- Cruz Fuentes, C., López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L. & Chávez Baldera, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la SCL-90 en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental* 28(1), 72-81.
- De las Cuevas, C., Gonzáles de Rivera, J., Henry Benítez, M., Monterrey, A. Rodríguez-Pulido, F. & Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7(3), 93-96.
- Dematteis, M., Castañeiras, C. Sánchez, R. & Posadas, M. (2009). *Estudio de la calidad psicométrica de una escala breve para evaluar la personalidad*. 2º Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. ISBN 978-950-34-0588-8.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90- R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Derogatis, L.R. (1999) SCL-90 Cuestionario de 90 síntomas. Tea Ediciones.
- Derogatis, L. & Savitz, K. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Mahwah, Lawrence Erlbaum.
- Digman, J. M. (1990). Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Errasti Pérez, J. (1998). Usos y abusos de la psicología de Eysenck. *Psicothema*, 10, 517-533.
- Espinosa, J. C. (2005). *Meta-Análisis de la personalidad normal*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Ed. Paidós.

- Gempp Fuentealba, R. & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.
- Gerbin, D. W. & Tuley, M. R. (1991). The 16PF related to the five-factor model of personality. *Multivariate Behavior Research*, 26, 271-289.
- Goldbert, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- González de Rivera, J., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. & Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis. Adaptación española*. Madrid, TEA Ediciones.
- Gosling, S., Rentfrow, P. & Swann, W. (2003). *A very brief measure of the Big-Five personality domains*. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L & Ben-Porath, Y. S. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment*, 7, 104-114.
- Hart, S. D. & Hare, R. D. (1994). Psychopathy and the Big Five: Correlations Between Observer's Ratings of Normal and Pathological Personality. *Journal Personality Disorders*, 8, 32-40.
- Helson, R. (1993). Comparing longitudinal studies of adult development: Toward a paradigm of tension between stability and change. En D. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson & Widaman (Eds.), *Studying lives through time* (pp. 93 120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hofstede, G. & McCrae, R. (2004). Personality and culture revisited: Linking traits and dimensions of culture. *Cross-Cultural Research*, 38(1), 52–88.
- Hofstee, W. K. V., DeRaad, B. & Goldberg, L. R. (1992). Integration of the Big Five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 146-163.
- Hogan, R. (1986). *Hogan Personality Inventory Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic Dissertation. University of Helsinki, Medical Faculty, Department of Psychiatry, Finland, 28 de marzo.

- Jackson, D.N. (1974). *Personality Research Form Manual*. Port Huron: Research Psychologists Press.
- John, O. & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. En L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York: Guilford.
- Lara Muñoz, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 28(3), 42-50.
- Ledesma, R., Sánchez, R. & Díaz-Lázaro, C. (2011). Adjective Checklist to Assess the Big Five Personality Factors in the Argentine Population. *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 46-55.
- Luengo, M. A. (1997). La Evaluación de la Personalidad: un análisis conceptual. *Escritos de Psicología*, 1, 47-57.
- McCrae, R. (1991). The Five-factor model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 57, 399-414.
- McCrae, R. (2000). Trait psychology and the revival of personality and culture studies. *American Behavioral Scientist*, 44(1), 10–31.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36, 587-596.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. En L. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 139—153). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. & Costa, P. (1990). *Personality In Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press.
- McCrae, R., Costa, P.; Ostendorf, F.; Angleitner, A. Hrcaron, M.; Avia, M.; Sanz, .J; Sánchez-Bernardos, M.; Kusdil, M; Woodfiel, R.; Saunders, P. & Smith, P. (2000). Nature Over Nurture. Temperament, Personality, and Life Spand Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 173-186.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An Introduction to the the Five Factor Model and his applications. *Journal of Personality*, 60, 162-215.
- McKinnon & Judofsky (1989) *The Psychiatric Evaluation in Clinical Practice*. Philadelphia, Lippincott.

- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology*. Philadelphia, Saunders. (Existe versión en castellano: "Psicopatología Moderna: Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos". Barcelona, Salvat, 1976).
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Wiley & Sons, New York.
- Ministerio de Educación de la Nación (2012). *Anuario de Estadísticas Universitarias - Argentina 2011*. Buenos Aires: Departamento de Información Universitaria de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU).
- Mischel, W. (1968). *Personalidad y evaluación*. México: Trillas.
- Montero, I. & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. Universidad Autónoma de Madrid, España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3).
- Muñoz, C. L., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL-90-R en la Evaluación de Psicopatología en Mujeres. *Revista de Salud Mental*, 28(3), 42-50.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2011). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Disponible en: [www.who.int](http://www.who.int)
- Ozer, D. J. & Reise, S. P. (1994). Personality Assessment. *Annual Review of Psychology*, 45, 357-388.
- Paunonen, S. V., Jackson, D. N., Trzebinski, J. & Fosterling, F. (1992). Personality structure across cultures: a multimethod evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 447-456.
- Page, J. Q. (1982). *Manual de Psicopatología*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Paz, J. R. (1976). *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. Ed. Nueva Visión.
- Pincus, H., Rush, A., First, M. & McQueen, L. (2000). *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association.
- Plomin, R., DeFries, J., McClearn, G. & McGuggin, P. (2002). *Genética de la conducta*. Barcelona: Airel. (Edición original 2001).
- Robles Sánchez, J., Andreu Rodríguez, J. & Peña Fernández, M. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una

- muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 5-19.
- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las “dos disciplinas” de la psicología de la personalidad. *Anales de Psicología*, 21, 244-258.
- Sánchez, R. & Ledesma, R. (2008). Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y como evaluarla. En A. Monjeau (Ed.) *Conocimiento para la transformación* (pág. 131-160). Ediciones Universidad Atlántida Argentina, Mar del Plata.
- Sánchez, R. & Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274.
- Sánchez, R. & Ledesma, R. (2013). Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad: Propiedades y normas para una población argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22, 147-160. ISSN: 0327-6716.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. ISSN 0214-9915.
- Sanz, J., Silva, F. & Avia, M. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los “Cinco Grandes”: El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO FFI) de Costa y McCrae. En F. Silva (Ed.), *Avances en Evaluación Psicológica* (pp. 171-234). Valencia: Promolibro.
- Saucier, G. (1992). Benchmarks: integratin afective and interpersonal circles with the Big-Five personality factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1025-1035.
- Schmitt, D., Allik, J., McCrae, R. & Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 173–212.
- Schmitt, D., Realo, A., Voracek, M. & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 168–182.

- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G., Reister, G. & Tress, W. (2000). The symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9, 185-93.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 36, pp. 367-467). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 36, pp. 383-483). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3, Serial No. 240), 25-52.
- Torgersen, S. (2007). Epidemiología. En Oldham, J.: Skodol, A.; Bender, D. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad* (cap. 8, pp. 131-143). Barcelona, Masson.
- Trapnell, P. D. & Wiggins, J. S. (1990). Extension of the Interpersonal Adjectives Scales to include the Big Five dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 781-790.
- Trull, T. J. & Sher, K. J. (1994). Relations between the five-factor model and personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 5, 11-18.
- Urquijo, S. & Del Valle, M. V. (2013), *Diferencias de género en las relaciones entre regulación emocional, personalidad y bienestar psicológico en estudiantes universitarios*, XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento AACC, 21 al 23 de agosto, UNC, Córdoba, Argentina.
- Urquijo, S., Ané, A.M.D. y Abraham, C. (2013) *Prevalencia de psicopatologías en estudiantes universitarios*, XXXIV Congreso Interamericano de Psicología, Sociedad Interamericana de Psicología. 15 al 19 de julio, Brasilia, DF, Brasil.

- Urquijo, S., Del Valle, M. V., Ané, A. M. D., Heredia, L. & Martínez, B. (2013) *Psicopatología y desempeño académico en estudiantes universitarios*, XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento AACC, 21 al 23 de agosto, UNC, Córdoba, Argentina.
- Urquijo, S., Del Valle, M. & Rodríguez-Carvajal, R. (2015). Efecto moderador del sexo en la relación a la personalidad y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 21(2), 329-340. ISSN: 2233-7766.
- Widiger, T. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorders diagnoses; a critique and an alternative. *Psychology Inquiry*, 4, 75-90.
- Widiger, T. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, 39, 67–83.
- Wiggins, J. S. y Pincus, A. L. (1992). Personality: Structure and assesment. *Anual Review of Psichology*, 43, 473-504.
- Zuroff, D. C. (1994). Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal personality Assessment*, 63, 453-472.

## ANEXO 1

### SCL-90-R

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Año Ingreso Universidad: \_\_\_\_\_

La participación en este estudio es voluntaria y confidencial, y formar parte del mismo no incidirá de forma alguna con las calificaciones o el concepto académico. El objetivo es el de explorar algunas características psicológicas de los estudiantes universitarios y compararlas entre ellas. Esta experiencia se realiza en función de un convenio suscripto entre Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación de la Facultad de Psicología de la UNMdP y el Servicio Universitario de Salud –SUS- de la UNMdP. Es dirigida por el Dr. Sebastián Urquijo, docente e investigador de la UNMdP y el CONICET. Se asegura que se mantendrá el anonimato de los participantes y que los datos obtenidos serán utilizados única y exclusivamente con fines de investigación. Agradecemos su colaboración.

***Considero que he sido claramente informado y he recibido información suficiente sobre el estudio que será llevado a cabo por el Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación de la UNMdP y el SUS, expresando así mi consentimiento y voluntad para que los datos puedan ser utilizados de la forma descrita anteriormente.***

A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor léalo cuidadosamente e indique su respuesta con la letra que mejor describa **HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY –**

Utilice los siguientes criterios

**0-NADA 1-UN POCO 2-MODERADAMENTE 3- BASTANTE 4-MUCHO**

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR:	0	1	2	3	4
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR:	0	1	2	3	4
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrada/o.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR:	0	1	2	3	4
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

## ANEXO 2

### ADJETIVOS para EVALUAR la PERSONALIDAD (AEP)

Por favor, utilice la siguiente lista de cualidades para describirse a sí mismo tan exactamente como sea posible. Descríbase como se ve actualmente, no como desearía ser en el futuro. Descríbase como es generalmente, comparado con otras personas que conozca del mismo sexo y aproximadamente de su edad. Detrás de cada palabra o frase, escriba el número que indique cuánto lo describe a Ud. usando la siguiente escala (cuanto más alto el número, más reconoce como propia la característica):

1                      2                      3                      4                      5

---

**No me describe      me describe                      me describe**  
**en absoluto                      relativamente                      tal como soy**

<b>1</b>	<b>comprensivo</b> _____	<b>18</b>	<b>emocionalmente estable</b> _____	<b>35</b>	<b>aventurero</b> _____	<b>52</b>	<b>sensible, frágil</b> _____
<b>2</b>	<b>productivo</b> _____	<b>19</b>	<b>tímido</b> _____	<b>36</b>	<b>arrogante</b> _____	<b>53</b>	<b>tradicional</b> _____
<b>3</b>	<b>fantasioso</b> _____	<b>20</b>	<b>amable</b> _____	<b>37</b>	<b>retraído</b> _____	<b>54</b>	<b>inseguro</b> _____
<b>4</b>	<b>relajado</b> _____	<b>21</b>	<b>desprolijo</b> _____	<b>38</b>	<b>generoso</b> _____	<b>55</b>	<b>perseverante</b> _____
<b>5</b>	<b>descuidado</b> _____	<b>22</b>	<b>curioso</b> _____	<b>39</b>	<b>nervioso</b> _____	<b>56</b>	<b>conciliador</b> _____
<b>6</b>	<b>alegre</b> _____	<b>23</b>	<b>conversador</b> _____	<b>40</b>	<b>creativo</b> _____	<b>57</b>	<b>agresivo</b> _____
<b>7</b>	<b>responsable</b> _____	<b>24</b>	<b>sincero</b> _____	<b>41</b>	<b>distante</b> _____	<b>58</b>	<b>haragán</b> _____

8	imaginativo _____	25	celoso _____	42	convencional _____	59	rutinario _____
9	solidario _____	26	previsor _____	43	depresivo _____	60	solitario _____
10	vulnerable _____	27	triste _____	44	activo _____	61	controlado _____
11	conservador _____	28	inconstante _____	45	calmo _____	62	esperanzado _____
12	indeciso _____	29	quejoso _____	46	pacífico _____	63	sociable _____
13	confiable _____	30	cordial _____	47	egoísta _____	64	modesto _____
14	simpático _____	31	original _____	48	desconfiado _____	65	desordenado _____
15	tenso _____	32	callado _____	49	precavido _____	66	bondadoso _____
16	considerado _____	33	cálido _____	50	espontáneo _____	67	melancólico _____
17	organizado _____	34	ansioso _____	51	impulsivo _____		