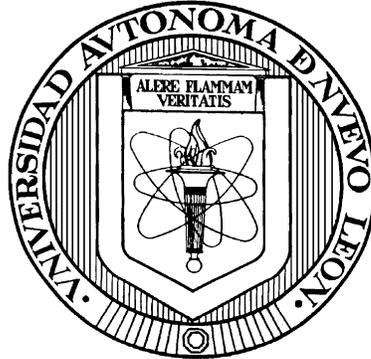


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



SALUD PSICOSOCIAL: PERFIL DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER
INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA Y SU IMPACTO EN EL
DESEMPEÑO ACADÉMICO

Por

DRA. ADELINA ALCORTA GARZA

Como requisito parcial para obtener el Grado de

DOCTORADO EN MEDICINA

CON ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA, PSICOMETRÍA Y EDUCACIÓN
MÉDICA

Febrero, 2005

SALUD PSICOSOCIAL: PERFIL DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER
INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA Y SU IMPACTO EN EL
DESEMPEÑO ACADÉMICO

Aprobación de la Tesis:

DR. MED. MARÍA VICTORIA BERMÚDEZ-BARBA
Directora de Tesis

MOHAMMADREZA HOJAT, PhD
Co-Director de Tesis

DR. JUAN MONTES VILLARREAL
Co-Director de Tesis

DR MED. SANTOS GUZMÁN LÓPEZ
Comisión de Tesis

DR. CARLOS EDUARDO MEDINA DE LA GARZA
Comisión de Tesis

DR. DIONICIO A. GALARZA DELGADO
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Joseph D. Gonella
Director Emérito de Thomas Jefferson University, cuya espléndida visión de más de 30 años de investigación en el tema instigó mi curiosidad, confrontó mis esquemas y abrió las puertas a una nueva propuesta que se concreta en esta tesis. Gracias por su apoyo solidario y su visión pionera. No hay palabras que describan la inmensa huella que nos deja leer sus trabajos y filosofía de vida. El mundo académico y de la investigación al que me sumo tiene una deuda enorme con él y el Center for Research in Medical Education and Health Care at The Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, creado bajo su inspiración, especialmente al considerarle por su excepcional sensibilidad, maestría, su calidad humana, profesional y científica.

- A Mohammadreza Hojat, PhD
Colega, amigo, asesor, cuyo apoyo desinteresado me brindó la oportunidad de agrandar mi familia, al conocer y sentirme parte de JMC por más tiempo del año en que me dio refugio y oficina en el Center for Research and Medical Education and Health Care of the Jefferson Medical College. Gracias por el honor de brindarme su sencillez, su respetuosa capacidad de trabajo en equipo y su espléndida calidad humana. Su experiencia en el tema, sus ideas y su mística de trabajo permitieron que el esfuerzo fuera un placer. Su apoyo decidido y su trascendente actividad científica son un reto y ejemplo a seguir para todos los que le hemos conocido y tratado.

- A Jon Veloski
Maestro de mi primer workshop sobre Educación Médica. Su agradable huella enriqueció en todo momento este estudio. Su paciencia, estilo pulcro y sencillo, rompieron mis temores a acercarme a estudiar este tema de doctorado y aspirar a ser investigadora.

- A Daniel Louis
Cuya capacidad administrativa y de orden dieron cimiento a estos productivos años de trabajo. Mi respeto y admiración por su grata disposición de administrar, de educar y apoyar a los educados.
- A todo el Personal del Center for Research in Medical Education and Health Care at The Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University.
Por su agradable y cálido apoyo; por su paciencia y respeto a mi visita, por su interés en la actividad responsable, serena y productiva, con claridad de roles y funciones, me brindaron una experiencia reconfortante, que siempre reactivo con su memoria. Ellos, quizá sin observarlo, me brindaron su ejemplo de labor en equipo inyectándome espiritual energía ante el desgaste de mis luchas administrativas y frustraciones locales.
- Al Dr. Juan Montes Villarreal
Ejemplo de buena práctica, de bien ser, maestro, profesional, de extraordinaria visión y capacidad de reflexión, con mi admiración a su sencillez y cariño de muchos años.
- Al Dr. Jesús Ancer Rodríguez,
Por su apertura a explorar nuevos senderos, por su apoyo sensible y abierto.
- Al Dr. Santos Guzmán López
Por compartir su capacidad de trabajo y apoyo decidido en la logística de la implementación del proyecto.
- Al PhD Marco Vinicio Gómez
Por su disciplina y paciente apoyo en análisis estadístico, su crítica reconfortó y reaseguró mi flaqueza.

- Al Ing Mtro Adm. Angel Enrique Alcorta Garza
Como profesional y hermano que me apoyó ante limitaciones técnicas a la mejor oportunidad.
- A los doctores César Garza Guerrero y Roberto Mercado Longoria
Quienes me apoyaron en mis primeros pasos al servicio de la Coordinación General de Educación en el Departamento de Psiquiatría, sus observaciones, receptividad y confianza me fueron muy útiles para la realización de ésta meta.
- Al Dr. Dionicio Galarza Delgado
Por su siempre segura disposición a considerar, a su ingreso a la posición primero de maestro y después como directivo de Posgrado, los toques finales de la experiencia, que me permitieron llegar al final ésta tesis.
- A los maestros, personal, alumnos de pre y posgrado del Departamento de Psiquiatría y de la Facultad de Medicina de la UANL
Quienes me apoyaron desinteresadamente en este proyecto.
- A mis pacientes
Que toleraron, gozaron y sufrieron este espacio de mi ambición profesional. Espero retribuirles en experiencia y en el tratar de educar mejores médicos para ellos.
- A mi querida Facultad de Medicina
- A mi Universidad
- A mis colegas
- A mis alumnos
- A mi comunidad y a la que será de mis hijos

DEDICATORIA

- A mi esposo, Dr. Juan Francisco González Guerrero.
Con amor doy gracias por tener el suyo, por contar con él en las buenas y en las malas, por ser el padre de mis hijos, por ser la persona espléndida que es, por su capacidad de transmitir alegría, entusiasmo, respeto a la vida y al trabajo de todos; por su bondad, paciencia y espíritu de paz; por su capacidad de ser amigo, por su claridad, su mano franca, desinteresada y honesta. Médico de infinita calidad humana y profesional, estímulo de superación y fuerza en la adversidad.
- A mi padre, Profr. Ángel René Higinio Alcorta Ruiz
Ejemplo de recta conciencia, maestro “para los que necesitan maestro”, alumno de la vida. Maestro para luchar y con poco sobrevivir a mucho.
- A mi madre, Antonia Garza Santos de Alcorta
Por su apoyo a mi carrera, por brindarme su cariño y ejemplo de trabajo.
- A mi abuela, Adelina Santos Ibarra de Garza
Por enseñarme a amar y gozar la naturaleza, la poesía y la belleza humana.
- A Beatriz Alcorta de González y Beatriz Alcorta Garza
Fértiles por sus principios más allá de la vida; por su capacidad de educar y querer en silencio. Por su impulso y sobriedad. Por su resignación revolucionaria.
- A Alonso y Celia
Que me dieron la mayor riqueza de mi vida en la humanidad de tenerlos aunque no estén aquí.
- A mis hijos Juan Francisco, Adelina y Celia Beatriz
Por su consideración y amor. Tesoros queridísimos, motor de mi trabajo.

- A la Dra. Catalina Olivo Olivo
Primera médica en el estado de Nuevo León, que atendió mis dolencias infantiles y me brindó su amistad y estímulo para hacer mi carrera.

- A la Dr. Med. María Victoria Bermúdez Barba
Con mi mayor aprecio, respeto y admiración por su esfuerzo diario por nuestra Facultad. Su apoyo fue el mayor estímulo para esta tarea.

LISTA DE TABLAS

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO	Página
1. ANTECEDENTES	1
1.1. Concepto de salud psicosocial	2
1.2. Perfiles de evaluación de los estudiantes médicos.....	3
1.3. Sistemas de evaluación de estudiantes.....	4
1.4. Factores de personalidad, desempeño clínico y salud psicosocial...	6
1.5. Instrumentos modelo en la obtención de perfiles	9
1.6. Sintomatología más frecuente en estudiantes médicos	12
1.7. Vulnerabilidad y diferencias de sexo	16
2. IMPORTANCIA	20
3. JUSTIFICACIÓN.....	23
4. HIPÓTESIS.....	28
5. OBJETIVOS	
5.1. Objetivo general	29
5.2. Objetivos específicos.....	29
6. MATERIAL Y MÉTODOS	
6.1. Descripción del estudio.....	31
6.2. Muestra.....	31
6.3. Instrumentos.....	31
6.3.1. Cuestionario no cognoscitivo	31
6.3.2. Cuestionario complementario cognoscitivo	33
6.3.3. Cuestionarios complementarios no cognoscitivos	33
6.4. Procedimientos.....	38
6.5. Análisis de datos	40
7. RESULTADOS	41
7.1 Análisis de componentes (validez de construcción)	44
7.2 Validez concurrente	45
7.3 Correlaciones interescala	50
7.4 Desempeño académico	50
7.5 Diferencias de desempeño académico por sexo	51
7.6. Perfil de salud psicosocial y probabilidad de éxito académico (validez predictiva del CNC en su versión al español)	56
7.7 Perfil de salud psicosocial y la prueba cognoscitiva de Terman-Merril (coeficiente intelectual) (validez convergente)	56
7.8 Perfil de salud, apoyo psicosocial y promedio de calificaciones	59

8. DISCUSIÓN	63
9. CONCLUSIONES	71
10. PROPUESTAS	74
11. REFERENCIAS	75
APÉNDICES	82
Apéndice A Cuestionario no cognoscitivo (CNC).....	83
Apéndice B Terman Merrill	91
Apéndice C Cuestionario complementario cognoscitivo y cuestionarios complementarios no cognoscitivos	103
NEO PI-R	105
YA-FILES II	113
YA-SSI	115
E-EFF 17	118
EIS	120
EE	122
CSS	124
CI	126
SCABI	127
Apéndice D Glosario	129

LISTA DE TABLAS

TABLA	Página
1. Estadística descriptiva y confiabilidad de nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español	42
2. Estadística descriptiva y confiabilidad de nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español y en su versión al inglés	43
3. Correlación de las preguntas y los factores de nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español.....	47
4. Tabla 4. Correlaciones entre las preguntas y de las nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español y en su versión en inglés.....	49
5. Correlaciones entre las nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español y medidas de criterio externo	52
6. Coeficientes de correlación entre las nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español	53
7. Análisis de varianza (ANOVA) del CNC en su versión en español, NEO PI-R, E-EFF17, EE y la prueba cognoscitiva de Terman-Merril	54
8. Análisis de Kruskal-Wallis del CNC en su versión en español, de acuerdo a la clasificación del desempeño académico al segundo año de la carrera	55
9. Desempeño académico según el sexo de estudiantes, en la población estudiada	55
10. Perfil de salud psicosocial y resultado exitoso de desempeño académico en el segundo año, en la población estudiada	57
11. Relación del CNC en su versión al español con la prueba cognoscitiva de Terman-Merrill (coeficiente intelectual), en la población estudiada	58
12. Relación de la prueba cognoscitiva de Terman-Merrill (coeficiente intelectual) con calificación al término del primero y segundo año de estudios, en la población estudiada	59

13. Comparación de promedio de calificaciones al final del primer año según la prueba complementaria de apoyo psicosocial, en la población estudiada	60
14. Comparación de promedio de calificaciones al final del segundo año, según la prueba complementaria de apoyo psicosocial, en la población estudiada	61
15. CNC en su versión al español y categoría de calificación, en la población estudiada	62
16. Apoyo psicosocial y categoría de calificación, en la población estudiada	62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	Página
1. Relación del promedio académico al final del primer año aprobatorio y resultado exitoso de desempeño académico al segundo año, en la población estudiada	58
2. Relación entre apoyo psicosocial y eventos estresantes en la vida, en la población estudiada	61

RESUMEN

Adelina Alcorta-Garza de González

Fecha de Graduación: 2004

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Medicina

Título del estudio: SALUD PSICOSOCIAL: PERFIL DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA Y SU IMPACTO EN EL DESEMPEÑO ACADÉMICO

Número de páginas :156

Candidata para el grado de Doctorado
en Medicina

Área de Estudio: Psiquiatría, psicometría y educación médica

Propósito y Método del Estudio: El propósito de esta investigación fue obtener el perfil de la salud psicosocial de los estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Medicina, U.A.N.L. y su correlación con el desempeño académico durante el primer tercio de su carrera. Se estudiaron las versiones abreviadas de nueve escalas diseñadas para ese propósito que son autoaplicables y dirigidas a estudiantes de medicina. Estos instrumentos y las preguntas correspondientes fueron seleccionadas de acuerdo a su relevancia con relación al rendimiento académico y sus propiedades psicométricas de salud psicosocial y concentradas en el College's Non-Cognitive (CNC) questionnaire. Al mismo se anexó una versión abreviada del Inventario de Depresión de Beck más un cuestionario complementario de información global que detecta la percepción de salud del sujeto. Se presentan estadísticas descriptivas, alfa de Cronbach (confiabilidad), validez de constructo y concurrente (con base a correlaciones entre las escalas y subescalas de salud psicosocial) y validez predictiva (con base a discernir a futuro grupos contrastantes de desempeño académico). Se subraya la correlación de salud psicosocial como predictor del desempeño académico exitoso en los primeros dos años de la carrera.

Contribuciones y Conclusiones: Las características de salud psicosocial medidas con el CNC en su versión en español, es un instrumento válido y confiable para discriminar y predecir éxito en el desempeño académico del primer tercio de la carrera de medicina. Estos hallazgos son comparables a los obtenidos en la población norteamericana y tienen implicaciones para el Consejo Académico y de apoyo a la salud psicosocial de los estudiantes durante la carrera y en su posterior desarrollo profesional.

FIRMA DE LA ASESORA: _____

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

“En agosto de 1995, yo sufrí una semana de ansiedad e insomnio seguidos de una dolorosa depresión. A través de ir reconociendo mi condición, mis colegas notaron que algo mal me pasaba. Busqué ayuda. Un psiquiatra me diagnosticó depresión bipolar tipo II, un trastorno principalmente depresivo, sin estar acompañado de una manía disruptiva. Con la ayuda de mi familia, el psiquiatra y la medicación, mi depresión se hizo más ligera. Yo continué el trabajo (con menos compromisos). Dos meses más tarde, un estudiante médico de mi institución se suicidó. Se rumoró que él temía la estigmatización de su carrera por usar los servicios de salud mental. La siguiente mañana, asistí conforme al programa, tenía una clase aturdida. Abrí la clase revelando mi diagnóstico y hablando a los estudiantes de que tales diagnósticos no eran incompatibles con tener una vida familiar y profesional exitosa – pero que ellos deberían de buscar ayuda -”

Steven H. Miles MD (1998)

“Yo creo que los médicos aún consideran la enfermedad psiquiátrica como algo diferente de la enfermedad física, como algo “menos real”. Yo creo que si mis colegas saben que sufro depresión ellos no considerarían mi enfermedad simplemente como una de las muchas enfermedades que pueden ser completamente controladas con medicación. Yo creo que si ellos lo saben, mi capacidad futura de ejercer la medicina sería por siempre cuestionada. Yo quisiera poder decirlo, pero no siento suficiente confianza en mis colegas.....”

Michel F. Meyers (1994)

1.1. Concepto de salud psicosocial

Con apego al concepto de Salud de la Organización Mundial de Salud (WHO, 1948) se denomina salud psicosocial al bienestar físico, mental y social del individuo. El término anterior se utiliza con el fin de enfatizar la interacción e interdependencia de los factores que lo integran y que ante el auge del modelo biomédico, fueron negados, anulados o desplazados por el concepto de salud como salud biológica. Sin embargo, estas áreas inseparables que conforman la salud, están tan íntimamente relacionadas que una y otra son entre sí vehículo de expresión de la salud del sujeto. Un ejemplo claro de esta interdependencia psíquica-mental-física se observa en los problemas de salud mental.

Los estudiantes y profesionales de la medicina, en comparación con la población general y la de otras carreras, son población vulnerable a sufrir de trastornos en su salud psicosocial. El estudiante y profesional de la medicina tiende a sufrir de ciertos trastornos específicos que comprometen su salud física, su salud emocional-mental y social. Como Nogueira (1995) resume: "Suicidio, depresión, uso de drogas, trastornos conyugales y disfunciones profesionales son trastornos de salud entre la población médica". En este contexto, el alcoholismo y abuso o uso de drogas ilícitas son de los problemas de salud que podemos llamar psicosociales, los cuales son los más estudiados entre el mundo de los estudiantes y profesionales médicos (Firth-Cozens, 1998; Newbury-Birch y cols., 2000; Pickard y cols., 2000; Naskar y Bhattacharya,

1999). Estos problemas de salud están correlacionados a las tensiones propias de la profesión médica, a miedo a perder los estudios, tener más experiencias sexuales y verse involucrado en discusiones y pleitos (Newbury-Birch y cols., 2000). De los factores estudiados, el “psicoticismo” como estilo de personalidad influye en estos aspectos que afectan la salud psicosocial de los futuros médicos.

1.2 Perfiles de evaluación de los estudiantes médicos.

En este orden de ideas, es posible analizar el perfil de salud psicosocial del estudiante conforme a la evaluación integral de factores cognoscitivos y no cognoscitivos. El concepto que se propone refleja las áreas que conforman a la persona como un todo y que nos permiten observarla en su calidad y grado de estabilidad intelectual, emocional y de conducta. Así, a mayor salud psicosocial, mayor grado de consolidación de la identidad individual y social, alta capacidad de adaptación, superación de los problemas y frustraciones propias de la vida (familia, relaciones y trabajo), control de impulsos y apego a la realidad. Identidad integrada, adaptación, capacidad de superar problemas, control de impulsos y apego a la realidad son algunas de las cualidades que identifican estructuras de personalidad madura y sana. El estudiante saludable desarrolla una buena capacidad de aprendizaje reflexivo, con base en la introspección, auto-observación, juicio práctico, y a la par, es capaz de entablar relaciones interpersonales con la empatía necesaria para desplegar su capacidad de trabajo en equipo y en comunidad.

Para obtener el perfil de los estudiantes se requiere de hacer uso de la evaluación psicométrica con énfasis en el estudio de los recursos cognoscitivos y no cognoscitivos. Los factores cognoscitivos se refieren a los criterios de evaluación y selección de los alumnos médicos con base en las áreas académicas e intelectuales. Los factores no cognoscitivos estiman las aptitudes, actitudes, habilidad para establecer relaciones profesionales con los pacientes, habilidades de comunicación, aspectos emocionales, de personalidad y sociales del estudiante.

1.3 Sistemas de evaluación de estudiantes

De acuerdo a la literatura se definen claramente tres corrientes de investigación principales en los sistemas de evaluación de los estudiantes (Herman y cols., 1983; Keck y cols., 1979; Hojat, 1982 (a) (b) (c); 1983; Hojat y cols., 1990; 1992; 1999a; Gonella y cols., 1983; 1992; 1993; Peng y cols., 1995; Herman y cols., 1983; (Shen y Comery, 1997; Kupfer y cols., 1978):

- a) Evaluaciones basadas en los aspectos cognoscitivos
- b) Evaluaciones con acento en los factores no cognoscitivos
- c) Evaluaciones mixtas que incluyen ambos aspectos

Es en esta última tendencia en la que se ubica este trabajo, pues a criterio de mi experiencia profesional, determinar el grado y relación de la salud psicosocial con el desempeño académico de los estudiantes de primer ingreso

a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), debe seguir el principio de evaluación integral que corresponde a nuestra filosofía de trabajo institucional. La expresión “salud” de acuerdo a este perfil, integra la capacidad y habilidades de cada sujeto para conducirse, emocional y cognoscitivamente con éxito en las tareas que se propone. La salud psicosocial refleja además lo no cognoscitivo: la dotación intelectual y personal de capacidades innatas y adquiridas durante el desarrollo para integrar una vida profesional reflexiva y eficaz. Estos aspectos se consignan con mayor valor de predicción para determinar el exitoso desempeño teórico y clínico de los estudiantes que los factores cognoscitivos o puramente intelectuales (Hojat, 1982 (a) (b) (c); 1983; Hojat y cols., 1990; 1992; 1999a; Gonella y cols., 1983; 1992; 1993; Peng y cols., 1995; Herman y cols., 1983).

Los factores de salud psicosocial no cognoscitivos, permiten detectar en el pregrado, a los estudiantes cuyas actitudes auguran futuros profesionales que serán candidatos a finalizar la carrera o a hacer un buen posgrado. Además, son las cualidades no cognoscitivas las que hacen posible distinguir aquellos estudiantes que cuentan con capacidad de juicio, de reconocer errores y que serán éticos en su práctica (Herman y cols., 1983).

El común denominador en la literatura es la inquietud por encontrar instrumentos psicométricos de evaluación con medidas objetivas de los aspectos no cognoscitivos de estudiantes de medicina y médicos residentes. Los hallazgos observan que la combinación de factores cognoscitivos y no

cognoscitivos o psicosociales mejoran la predicción (Keck y cols., 1979). También, algunos autores se inclinan a señalar que el aprovechamiento académico y estilo de personalidad predicen mejor a los buenos clínicos (Kupfer y cols., 1978). En esta última línea, investigadores de la Universidad de California (Shen y Comery, 1997) documentaron que si se toman solo los rasgos de personalidad como predictores, estos fallan porque los diferentes estilos de personalidad se pueden ubicar en todas las categorías de desempeño, mientras que, si los factores de personalidad se combinan con los factores cognoscitivos (exámenes de ingreso a la escuela médica), el valor predictivo se incrementa, superando con ello a los factores cognoscitivos (de rendimiento académico) o de personalidad solos.

1.4 Factores de personalidad, desempeño clínico y salud psicosocial

Las diferentes poblaciones estudiadas muestran que los rasgos de personalidad influyen determinadamente en predecir qué estudiantes podrían ser buenos clínicos (Hojat y cols, 1992; Murden y cols., 1978). Así, la personalidad analizada junto a la capacidad académica predice mejor los estudiantes que podrán graduarse o no graduarse (Gough y Hall, 1975); en este tenor, entre otros, se proponen estudios de la elección vocacional (Williams, 1979) y de la capacidad de socialización (Reinhardt y Gray, 1972; Yufit y cols, 1969).

Otros factores predictores se suman a los estudios descritos. Éstos son los factores de conciencia y altruismo que por otro lado apoyan también los

hallazgos de la importancia de la personalidad del estudiante. Se ha destacado además, la relevancia de estudiar factores situacionales (Levinson, 1967). Al respecto se documenta el estudio de: 1) Valores de la vida familiar y de los modelos de identificación que se adquirieron en la infancia, 2) Factores financieros y demográficos, 3) Experiencia clínica previa que influye en la selección de carrera, y 4) Tipo de práctica que el estudiante deseará realizar (Xu y cols., 1996). Diferentes autores relacionan la autoestima (Shapurian y cols., 1987) y el locus de control externo entre los factores determinantes a considerar, ya que afectan la percepción del estudiante por el estrés que sufre y por lo tanto, este apartado es un componente fundamental en el concepto de salud y de salud psicosocial (Linn y Zeppa, 1984). En esta condición, el estrés es llamado estrés disfuncional porque afecta el desempeño del estudiante, si no es tratado oportunamente (Huebner y cols., 1981).

Además, al considerar que el estudiante asumirá la condición de omnipotencia y de superhéroe que se ha impuesto a los médicos, se olvida que ellos son susceptibles de no percibir afectada su salud, pese a que lo estuviera. Es de todos conocido que por el estilo de vida que la profesión impone, los estudiantes y profesionistas del área médica tienen mayor propensión a la depresión que otros grupos de profesionales. Las tensiones y estrés de la profesión afectan su vida en su calidad de salud. Ellos tienen que enfrentar continuamente la muerte, el duelo por sus pacientes y las pérdidas cotidianas que las luchas por mantener la salud de su población le implican. Este estrés se refleja en su vida personal y privada, aunque éste no se reconozca

abiertamente hasta que sus relaciones sociales y familiares se puedan ver destruidas.

La práctica médica enfrenta al dolor y sufrimiento diariamente. Además, quienes se dedican a ella requieren más que ninguna otra carrera de invertir su salud en un período de formación y entrenamiento de la más larga duración, al menos dos a tres veces mayor que el de otros profesionistas; durante este tiempo, ellos no pueden lograr la gratificación de satisfactores económicos, de independencia, y del goce de su vida familiar a plenitud. Por lo tanto, la formación del médico por sí misma, es un proceso traumático que en sujetos vulnerables puede ser un disparador que someta a riesgos mayores. La realidad actual muestra que en comparación a otros profesionistas, los médicos reciben mayores demandas laborales y se enfrentan a una mayor competencia profesional mientras luchan por encontrar un lugar para hacer su posgrado. También debemos de recordar que cada vez se incrementan más sus deberes institucionales y comunitarios, deben permanecer en educación continua a la par que pierden autonomía en sus tareas, donde se espera que ellos se obliguen a ser promotores de salud y acompañantes de un creciente número de enfermos crónicos (Dorwick, 1996) El estudio de su salud psicosocial ofrece la oportunidad de reconocer su vulnerabilidad y su capacidad de enfrentamiento a este estrés.

Por otro lado, un capítulo especial de la evaluación corresponde a un factor que se reconoce se asocia a las actitudes y conductas saludables de la persona: La

calidad de la relación temprana con la madre (Mechanic, 1964). Sobre lo anterior, Hojat (1996; 1998) documenta que la satisfacción por la atención temprana que brindó la madre es un factor relacionado a menor intensidad del sentimiento de estar crónicamente solo y/o a la tendencia del estudiante al aislamiento, a la depresión, ansiedad y visión negativa de los eventos estresantes de la vida. Este factor puede hacer la diferencia para conseguir una autoestima alta y una mayor satisfacción en estudiantes y profesionales médicos, en la relación con sus pares.

1.5 Instrumentos modelo en la obtención de perfiles.

Los instrumentos de medición de perfiles tienen una base fundamental en el estudio de la personalidad mediante entrevistas, de donde se conforman las preguntas para las pruebas o escalas de autocontrol y de actitudes profesionales (Herman y cols., 1983) como la Escala de Preferencias Personales de Edwards (Haley y Lerner, 1972), la Retter Locus de Control (Linn y Zeppa, 1984) y el Inventario Psicológico California (Gough y Hall, 1975). Algunos estudios se apoyan en cuestionarios de personalidad exclusivamente para hacer predicciones de buen desempeño en los primeros dos años o años preclínicos (Peng y cols., 1995). El grupo de la Universidad de Jefferson, con experiencia por más de 30 años, ha probado las bondades de sus mediciones no cognoscitivas y los pronósticos desde la selección de pregrado al posgrado y durante la vida profesional de sus estudiantes.

En contraste, otros grupos, han probado algunos instrumentos no cognoscitivos y aseguran que no han mostrado ser efectivos en predecir el riesgo de fallar en la escuela comparados con los factores cognoscitivos. En la Universidad del Estado de Michigan por ejemplo, el Cuestionario No Cognoscitivo de Sedlacek, que evalúa ocho dominios basados en el auto concepto positivo y apreciación realista de sí mismo, no fue predictor efectivo al compararlo con las calificaciones de exámenes de admisión al Medical College, GPA y MCAT. Los mismos autores relacionan este hallazgo al tipo de cuestionario sugiriendo que debe de ser revalorado el instrumento o buscar otro más sensible a estos objetivos como el JMC (Hojat y cols., 1992) (Marvis, 2001, comunicación personal).

Respecto al énfasis en lo cognoscitivo, algunas escuelas demuestran que los aspectos académicos y de apoyo a la academia incrementan los resultados obtenidos en el desempeño del estudiante, por ejemplo, grupos de estudiantes en talleres o clerkships, bajo el formato de aprendizaje, con el método de aprendizaje basado en problemas superan en su rendimiento a los estudiantes que siguieron el sistema tradicional de aprendizaje solo mediante lecturas (Richards y cols., 1996). En esa misma línea se proponen cambios al currículo y/o a las formas de evaluar (Edelstein y cols., 2000) Otros investigadores mantienen pruebas académicas y cognoscitivas como predictores con énfasis en los cursos de humanidades y ciencias mientras que el razonamiento ético, creatividad y empatía, muestran menor valor predictivo.

También son de relevancia entre estos reportes, los estudios orientados a las cualidades cognoscitivas tomando las pruebas que muestran que los estudiantes que traen huecos en su conocimiento en ciencias básicas tienen menos posibilidades de desempeñarse exitosamente y tienen menos oportunidades de aprobar los exámenes del Board que el grupo sin deficiencias en ciencias básicas (53% vs. 87%). Al mismo tiempo, esta población no logra mantenerse más allá del primer año del posgrado, donde también son admitidos con dificultad (Hojat y cols., 1996).

En resumen y sin pretender abarcar todos los instrumentos, cada Universidad y autores, proponen los instrumentos más reconocidos en población no clínica, y que proporcionan capacidad de discriminar estudiantes exitosos y vulnerables o que posiblemente fallen en sus labores y actividad académica. Así, y siguiendo con el modelo conceptual de esta tesis, la salud del estudiante de medicina, en su condición psicosocial, se propone como un punto clave para predecir el mejor desempeño del estudiante durante la carrera y muy especialmente, en la práctica clínica y futuro profesional del mismo, bajo la premisa de que los trastornos psicosociales y la psicopatología en el estudiante médico conduce a mayores dificultades en la escuela y en el desarrollo de su carrera. Estas condiciones son por sí mismas consideradas de alto riesgo para sujetos vulnerables.

1.6 Sintomatología más frecuente en estudiantes médicos

Estrés, ansiedad y deserción. Sabemos que la escuela por sí misma expondrá al futuro profesional a montos extraordinarios de estrés y frustraciones. Aquellos sujetos frágiles en su estructura de personalidad llevarían a su práctica montos de tensión que limitarían su desempeño durante la carrera profesional y pudieran no resistir en ella causando retrasos y demoras a su graduación cuando mejor les va. En el extremo de las manifestaciones agudas, el estudiante puede llegar a la deserción. En este orden de ideas destacan los antecedentes previos del estudiante y su relación en el manejo del estrés y la ansiedad, antes, durante y posterior a la escuela médica.

Abuso de alcohol y drogas. Por otro lado, los estudios documentan aspectos de gran preocupación para los educadores, por ejemplo, altos niveles de ansiedad que llegan a rangos de significado clínico y que se han asociado a consumo de alcohol y drogas ilícitas entre los estudiantes (Ashton y Kamali, 1995).

Depresión, autoestima y miedo a la muerte. A la par, los investigadores documentan que los rasgos de personalidad definen a quiénes podrán inclinarse a ciertas especialidades, por ejemplo, en los egresados que ejercen Medicina Familiar se observa que los estudiantes mostraban alta autoestima e interés en los ancianos; en estos médicos se encuentran menores índices de depresión y tanatofobia. Depresión y tanatofobia, se asocian a bajos índices de

autoestima del estudiante de medicina, así como a menor interés y cuidado en la práctica con enfermos ancianos. De esto se infiere que la salud psicosocial influye no sólo en el desempeño académico sino en la futura elección de la práctica y posgrado.

Todo indica que la fortaleza necesaria para el cuidado de ciertas condiciones médicas, apoya la vocación del estudiante a la medicina y a la elección de su futura carrera en el posgrado. Por otro lado, esta misma fortaleza lo lleva al éxito o fracaso durante su formación.

Capacidad de empatía y razonamiento moral. Asimismo, la capacidad de empatía es otro indicador de salud y madurez. Ésta es indispensable para el adecuado desarrollo de la relación médico-paciente en la que además se expresa como elemento necesario y aliado el razonamiento moral (Self y cols., 1995). Las decisiones clínicas del médico dependen primordialmente de estas cualidades de su estructura psicosocial. En este contexto, las decisiones terapéuticas al servicio del paciente se ven afectadas por las fallas de salud del médico, contenidas en el concepto de su perfil psicosocial. Estas se reflejan en fallas en su capacidad profesional y en los aspectos que no pueden enseñarse en los libros puesto que dependen de la capacidad del individuo de reconocer y considerar, en una relación de respeto, los sentimientos y conductas que experimenta el otro ante las situaciones de la vida. El estudiante y profesional médico enfrentan estas situaciones bajo su propia experiencia e historia personal.

Fallas a la ética, identidad y actitud profesional. El profesionalismo y la calidad de la práctica clínica también se relacionan a los valores y desarrollo de la identidad profesional (Niemi, 1997), por lo que existe preocupación por estudiar la calidad de exploración emocional de que es capaz el estudiante, su calidad de reflexión comprometida y de confianza, así como su capacidad de mantener la objetividad sobre sí mismo y los demás versus su grado de difusión identidad.

Lo acucioso de los estudios compara los rasgos de los estudiantes vs. los que han llegado a concluir la carrera y aspiran exitosamente al posgrado. Esta observación es un indicador que apoya las características a buscar en el pregrado. Así, los investigadores estudiaron tres poblaciones: los residentes de Medicina Interna, por ejemplo, vs. modelos profesionales de médicos exitosos vs. la población general. Los resultados muestran que los residentes tienen diferencias con la población general y con los modelos de profesionales egresados exitosos. Los residentes resultan ser más francos, con mayor curiosidad intelectual, mayores aspiraciones y capacidad de trabajar arduamente para alcanzar sus objetivos. Ellos buscan emociones con una imaginación más vívida, con mayor estimulación mental e interés por el mundo interno. En resumen, los residentes de Medicina Interna son más receptivos a sus propias emociones y sentimientos, piensan mejor las cosas antes de actuar comparados con la población general. Estas diferencias muestran que hay rasgos específicos de aquellos que llegan a ser internistas comparados con la población general. A su vez, hay un número considerable de diferencias entre

los residentes y los modelos a seguir de ejemplos reconocidos como profesionales exitosos según los directores y jefes de departamentos de muchos hospitales de prestigio. Estos profesionales exitosos son más colaboradores que sus colegas, son más deseosos de enfrentar retos o contribuir a solucionar problemas, son más prudentes, con alta autoestima, más asertivos y por ende dominantes y enérgicos, se esfuerzan más, son menos propensos al enojo, buscan menos emociones, son menos cínicos, son capaces de controlar sus impulsos y de hacer frente a las adversidades. Estas diferencias, de acuerdo a esta investigación, hacen de estos médicos el modelo a seguir en la medicina (Hojat y cols.,1999a).

Por lo anterior, las características de los médicos residentes de Medicina Interna en comparación a sus colegas exitosos, los distinguen por tener menos interés en asumir retos, son menos capaces de adaptarse a la adversidad, controlan menos sus impulsos, son más relajados y más deseosos de emociones. Quedan abiertas preguntas a investigación para aclarar si esto es resultado de un proceso y bajo que características se dan los cambios, si es que los hay, en el desarrollo del profesional desde los estudiantes de pregrado. El instrumento utilizado por primera vez en esta población promete tener mucho que aportar a futuras investigaciones por especialidad, sexo y otras áreas relacionadas.

1.7 Vulnerabilidad y diferencias de sexo

Estrés, ansiedad, neuroticismo, soledad y aislamiento. También, el sexo y los perfiles psicosociales de los estudiantes médicos (Hojat y cols., 1999b) tienen significativas diferencias. Destaca la mayor intensidad con la que los varones viven la soledad o aislamiento mientras que las mujeres califican más altos niveles de ansiedad y neuroticismo. Es notable que las mujeres perciben más negativamente los eventos estresantes de la vida; ellas reportan sufrir mayores pérdidas respecto a salud o muerte de familiares y ésta es la condición que más les afecta. También se dice que el estrés es semejante para ambos sexos en el trabajo y aunque puedan afectar por igual a ambos, impacta mayormente en sus consecuencias a las mujeres que a los varones. Considerando lo anterior, en nuestra cultura, donde los roles de trabajo, feminidad y maternidad se cuestionan, factores de estrés se suman a las tensiones propias de los estudios de medicina en estudiantes y profesionistas del sexo femenino.

Preferencias de práctica y niveles de satisfacción. A su vez, los perfiles de los estudiantes de la escuela médica se pueden correlacionar con los intereses o preferencias que ellos desarrollarán en la práctica. También los perfiles permiten observar, cómo éstos pueden cambiar o afianzarse durante su formación con sus actitudes hacia el trabajo multidisciplinario y su percepción hacia los cambios en el campo de la salud y en el sistema del cuidado de la salud (Magee y Hojat, 2001). Entre otros hallazgos, los estudios muestran que

los varones se preocupan más por problemas legales, se orientan más hacia preocupaciones de la interacción con pacientes aunque tienden a estar más satisfechos que sus colegas mujeres en sus decisiones médicas (Hojat y cols., 2000).

Valores, aspiraciones materiales y de remuneración. Estos son otros aspectos considerados en la evaluación psicosocial, entre otros datos, se incluye el perfil ideal que el estudiante espera desarrollar en la carrera desde lo material hasta lo socialmente deseado. Su importancia obedece a su determinante peso sobre la salud psicosocial, ya que se reconoce que este es un factor de tensiones adicionales que influirá en la vida académica y la práctica clínica del médico. Además, el estudio sobre los valores personales de los estudiantes y sus intenciones de elección de carrera y especialidad, y los cambios que ellos reflejan en el paso de las generaciones por la escuela médica, muestra un factor de equilibrio adicional para documentar la calidad y satisfacción del estudiante y del profesional con el currículo que la escuela le ofrece.

Wallick y cols. (1999) y Wallick y Cambre (1999a) demostraron en un análisis de 25 años que los médicos buscan la carrera por valores sociales que los distinguen como profesionales “orientados hacia las personas”, más que hacia carreras “orientadas a la tecnología”. Hubo una moderada correlación entre las expectativas de ingresos económicos y la selección de la especialidad. Para la escuela de Nueva Orleans, se documentó que el tipo de personalidad puede orientar la vocación hacia un posgrado aislado de las personas como lo son:

Anestesiología, Patología, Radiología, entre otras, o bien, un posgrado en estrecho contacto con ellas por las propias necesidades de la práctica como Pediatría o Ginecología y Obstetricia.

Factores de personalidad de los estudiantes admitidos a 45 escuelas médicas de los Estados Unidos, con un seguimiento de 50 años, muestran los cambios en los perfiles de los estudiantes admitidos y por lo tanto, el énfasis que cada escuela hace en la selección de sus alumnos de acuerdo a los factores de los perfiles de personalidad vistos como adecuados durante estos períodos. Los rasgos de capacidad de pensamiento y sensibilidad que fueron dominantes en los estudiantes de los cincuentas, disminuyeron en su porcentaje hacia los sesenta y setentas para repuntar en los ochentas. En cambio, la capacidad de juicio observa un incremento sostenido hasta la actualidad y la preferencia de las escuelas por rasgos de extroversión se mantiene a pesar de que en una época la mayor población correspondió a los estudiantes introvertidos (Wallick y Cambre, 1999b).

La única cita en revistas indexadas con respecto a estudiantes mexicanos relacionada al tema, estudia los factores que los inclinaron a seleccionar la carrera de Medicina y cuáles eran sus perspectivas sobre la carrera al ingreso (Fajardo-Dolci y cols., 1995). Este estudio señala que el 90% tomó la decisión por sí mismo. Su motivación fue satisfacción personal en 65% y el 95% esperaba desarrollarse en alguna especialidad. De ellos, el 60% pensaba que encontraría trabajo inmediatamente al terminar la carrera. Sin embargo, estas

apreciaciones del estudio en México, no orientan a las características psicológicas y habilidades personales que los alumnos mexicanos llevan en su equipaje a la carrera. La autoestima fue considerada en estudios relacionados a desempeño académico pero en estudiantes de secundaria y preparatoria en escuelas públicas y privadas del DF (Alcántar-Molinar y cols., 1998). Sus conclusiones no permiten conocer los aspectos personales relacionados con el éxito o fracaso académico como los propios autores señalan. Como se menciona anteriormente, en México no hay estudios al respecto.

CAPÍTULO 2

IMPORTANCIA

Es prioritario desarrollar instrumentos psicométricos que valoren el grado de desarrollo y madurez de los estudiantes que ingresan a la Universidad Autónoma de Nuevo León y en particular a nuestra Facultad de Medicina. Como Gonnella y cols. (1992) señalan, la calidad en la educación médica esta íntimamente relacionada con la calidad de estudiantes que la escuela alberga. Además, los resultados de la formación de estudiantes serán objetivos solamente si son medidos, analizados e interrelacionados con las habilidades y características con los que éste está dotado a su ingreso a la escuela, si éstas son correlacionadas con la calidad de su programa de educación y con la calidad de servicio que de él se recibe. Conocer cuáles son las habilidades y limitaciones del estudiante permitirá desarrollar programas que apoyen al estudiante en su desempeño a la par que se le aporta el conocimiento teórico y técnico. En consecuencia la eficiencia terminal del estudiante y de la escuela mejorará.

El mejor argumento para obtener la evaluación de salud psicosocial ó psicométrica integral al ingreso del estudiante, es que permite señalar la continuidad existente entre un nivel de entrenamiento y otro (Gonnella y cols., 1993). En este campo además, existe una limitación mayor para nuestra Escuela: La ausencia de instrumentos adecuados a nuestra población. Es aquí

donde radica la relevancia del diseño de este trabajo de investigación, el cual analiza la correlación de la salud psicosocial con el rendimiento académico y será capaz de eliminar el “ruido” del vacío, por la falta de conocimiento de la situación de cada estudiante al inicio de su carrera más allá de lo cognoscitivo.

Además, por ser el estudio psicométrico requisito para nuestros estudiantes de primer ingreso, no tiene sentido que su aportación quede en archivo de trámites sin la utilidad práctica que su potencial ofrece al programa educativo de la escuela y al hospital. Más grave aún es la situación de que nuestra Facultad cuenta con expertos de salud psicosocial, psiquiátrica y psicológica, pero no los considere y apoye en el desarrollo de programas para su propio gremio de alumnos y egresados.

Nuestra Facultad debe aprovechar a los educadores expertos en lo psicosocial con los que cuenta, que son quienes por excelencia pueden aportar la relectura necesaria a la luz de nuestra búsqueda de respuestas para la óptima eficiencia del egresado y de nuestros programas. El beneficio que un estudio experto en la salud psicosocial de los estudiantes ofrece, apoyará a todas las disciplinas que conforman maestros y alumnos. Sus resultados retroalimentarán todos los subsistemas y al currículo de la carrera tanto en pre como en posgrado. Subraya la trascendencia de este trabajo, el hecho de que proporcionará una base para despegar el estudio longitudinal con el sistemático análisis de aquellos estudiantes que no se gradúan, lo que es necesario para interpretar apropiadamente el rango de graduación de la escuela.

Los estudiantes que no se gradúan pueden ser clasificados dentro de tres categorías: 1) Aquéllos que no lo hacen por causas académicas al fallar en exámenes o cursos; 2) Aquéllos que no se gradúan por situaciones ajenas a lo académico, por cambio de carrera, domicilio, situaciones personales, familiares o problemas de salud; y 3) Aquéllos que no lo hacen por una combinación de factores académicos y no académicos. Ya que la deserción resulta en un alto costo para los estudiantes, sus familias, la Facultad y la sociedad, ésta debe de ser monitoreada sistemáticamente con los instrumentos apropiados y universalmente reconocidos, acordes a nuestra población.

Además, se sabe que nuestra Universidad y Facultad tiene una eficiencia terminal que debe ser incrementada (35% desertan o se quedan en los primeros dos años y solo 10 al 13%, finalizan en seis años de carrera) (comunicación personal). Para hacerlo como lo señala la literatura, también aquellos estudiantes que finalizan la escuela deben de ser monitoreados. La Facultad debe conocer las características de los que finalizan la carrera en el periodo regular o de los que lo hacen en forma extemporánea (Rosenfeld y cols., 1992). También debemos saber las razones de deserción o de la demora y, si las razones no son académicas, se deben incluir estudios adicionales que exploren la importancia de otros aspectos que afectaron la educación del estudiante y la eficiencia terminal de la Facultad.

CAPÍTULO 3

JUSTIFICACIÓN

Los factores de salud psicosocial se postulan determinantes en el éxito, retraso o fracaso de un estudiante en el desempeño académico y clínico. Por lo tanto, se requiere de un sistema de evaluación en donde estos factores sean reconocidos. El reto es encontrar métodos de evaluación prácticos y de aplicación masiva para predecir los estudiantes que serán exitosos en la carrera y en la práctica de la profesión. Este reto debe asumirse en escuelas y universidades que como la nuestra, aspiran a la excelencia. Esta investigación nos permitirá contar con un sistema de evaluación apegado en lo posible a los criterios universalmente reconocidos y a la vez postular los criterios que mejor se adapten a las particularidades de nuestra Facultad de Medicina. El estudio proveerá de la estructura necesaria para el sistemático análisis de aquellos estudiantes que no se gradúan, lo que como se mencionó anteriormente es necesario para interpretar apropiadamente el rango de graduación de la escuela o de eficiencia terminal.

Como Gonnella y cols. (1992) proponen, los estudiantes que no se gradúan pueden ser clasificados dentro de las tres categorías antes dichas, pero no lo podremos hacer sin contar con criterios validados con el rigor apropiado para que se sustente la continuidad del sistema de evaluación, auto- evaluación de

alumnos y sistema académico. También, es importante subrayar que el simple cálculo del rango de graduación no se considera, en sí mismo, una evidencia de buen o mal desempeño y que cualquier estudio sobre el particular debe incluir las medidas base como los antecedentes académicos de los estudiantes, su demografía y sus cualidades personales. Toda escuela médica debe mantener un programa de calidad mediante:

◆ Satisfacción: Toda escuela que aprecie un proceso de calidad, debe abrigar el preguntar a los estudiantes que finalizan su grado de satisfacción con cada año de su carrera y el juicio que ellos tienen del currículo. Su insatisfacción o impaciencia con las materias básicas puede compensarse cuando ellos avanzan y observan su conexión con y dependencia de otras, experiencias electivas o clínicas. También, es importante conocer las expectativas de estos estudiantes a su ingreso porque como afirma Gonella y cols. (1992), dos estudiantes pueden tener la misma experiencia, pero uno con altas expectativas al ingreso se sentirá insatisfecho, mientras que el otro, con moderadas expectativas puede sentirse más satisfecho. De igual forma este grado de satisfacción puede cambiar al visualizar con los años su práctica. Aunque se piense improductivo, coleccionar estos datos ayuda a que la escuela vea sus resultados año con año y pueda compararlos con los de otras escuelas. En cada una de estas situaciones el perfil de ingreso del estudiante documentará la percepción inicial del estudiante durante la escuela y la evaluación final la influencia de la escuela y personalidad del estudiante en cubrir o modificar estas expectativas.

◆ Competencia al egreso: Los resultados de competencia medidos por instrumentos externos a la escuela médica son una rigurosa norma si se instrumenta calibrando criterios universales de la licenciatura. Se asume que cada egresado llevará el equipaje para obtener la licencia médica en exámenes externos y la escuela deberá de interesarse por saber los resultados de sus egresados en ellos. También, la escuela debe de seguir de cerca a los egresados que no lo obtienen y/o prefieren hacer carreras que no se los solicitan (como investigación); para asegurarse que la elección no se debe a que el egresado ha fallado en los exámenes de licencia, la escuela debe poner especial atención a esta población. Se recomienda replicar estos estudios tomando cuidado de anotar los factores observados que pueden afectar el resultado de los egresados y su escuela. Los resultados de la evaluación en el primer año de residencia es el más importante, factor a ser monitoreado para conocer la calidad de su programa en la escuela y la calidad de supervisión brindada al estudiante. Esta sistemática atención es relativamente económica y dice a los directores de programas de residencia que la escuela está interesada en la calidad de su producto. De nuevo, el instrumento de evaluación inicial debe ser calibrado a la medida de las necesidades de nuestra particular condición y es base para todos estos desarrollos.

◆ Competencia posterior en la carrera: La certificación es una importante medida para valorar la capacidad del posgrado, a la vez que reduce mala práctica y seguros sobrevaluados. De hecho, la certificación concede especiales privilegios y obligaciones para el profesional. La exigencia del público y de la profesión médica sobre calidad en la salud subraya la

importancia de la certificación. Este parámetro es de importancia para la acreditación de la escuela médica, en donde el estudio de ingreso apuntala el compromiso de la escuela en observar las necesidades del estudiante para mejorar su desempeño y no sólo llevarlo a graduarse sino el que llegue a ser certificado.

◆ Estudios de elección de carrera: Las especialidades seleccionadas por los graduados corresponden en gran parte a los resultados de la educación médica. En esa proporción, la elección de los graduados frecuentemente refleja la misión de la educación médica. Estos datos sin embargo, deben de ser interpretados con cuidado ya que en las decisiones finales influyen factores externos a la escuela médica como la residencia, financiamiento y obligaciones familiares. Todas ellas pueden quedar bajo registro en el perfil que el estudiante ofrece en el estudio psicométrico inicial.

Mención especial se merece el señalar la realidad de la medicina actual en donde el deterioro de la relación médico-paciente, virtud de la institucionalización de la medicina pública y privada hace aparecer al médico “menos benevolente” y “más tecnificado y materializado” a pesar de que cada día encara más dilemas morales, donde debe de orientar sobre control prenatal a una adolescente, decidir su abordaje ante el enfermo terminal, entre otras tareas. La integridad moral y capacidad de empatía, asentadas en la salud psicosocial o grado de integridad en su consolidación como persona con cualidades de su propio estilo de personalidad, carácter e historia que le marcaran el camino a seguir en la práctica (Self y cols., 1995). El estudio de

ingreso es un documento necesario para reconocer estos aspectos y su relación con la buena práctica.

CAPÍTULO 4

HIPÓTESIS

H₀. Las características de salud psicosocial del estudio psicométrico de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UANL (1998) NO tienen valor predictivo del desempeño académico futuro en sus primeros dos años de carrera.

H₁. Las características de salud psicosocial en el estudio psicométrico de la facultad de Medicina de la UANL (1998) SÍ tienen valor predictivo del desempeño académico futuro en sus primeros dos años de carrera.

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Identificar un método válido de evaluación de salud psicosocial (factores no cognoscitivos) para implementar un sistema de evaluación que permita predecir el éxito académico de los estudiantes de medicina.

5.2 Objetivos específicos

1. Determinar la validez del constructo en el que se sustenta el College's Non-Cognitive (CNC) en su versión al español en estudiantes de medicina mexicanos mediante la definición y comparación de dimensiones con una medida ya existente, la versión CNC en inglés aplicada a en estudiantes de medicina norteamericanos
2. Determinar la validez concurrente, convergente y discriminante del CNC en su versión en español en estudiantes de medicina mexicanos
3. Determinar la validez predictiva del CNC en su versión en español en estudiantes de medicina mexicanos con base al desempeño académico exitoso en los primeros dos años de carrera
4. Determinar la correlación del instrumento con pruebas psicológicas complementarias
5. Estimar la confiabilidad del CNC en su versión en español en estudiantes de medicina mexicanos

6. Determinar el efecto de apoyo psicosocial en el desempeño académico (promedio de calificaciones) y con eventos estresantes en la vida
7. Identificar diferencias de desempeño académico por sexo
8. Integrar el perfil de salud psicosocial

CAPÍTULO 6

MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Descripción del estudio

Estudio longitudinal y de correlación con un corte a dos años.

6.2 Muestra

Setecientos cinco estudiantes de primer ingreso del total inscrito en septiembre de 1998 que contestaron la batería de pruebas como parte del estudio psicométrico regular.

6.3 Instrumentos

Fueron seleccionados de acuerdo a su relevancia probada en estudios de desempeño académico, competencia clínica y medidas psicométricas de personalidad cuyo uso fue establecido por su frecuencia y consistencia en investigación. También, los instrumentos no cognoscitivos complementarios se seleccionaron considerando la experiencia como evaluadora clínica de la autora en la atención clínica integral de salud psicosocial.

6.3.1. Cuestionario no cognoscitivo

El CNC (Apéndice A, página 83), está formado por cinco preguntas de cada uno de los siguientes instrumentos de investigación listados abajo. Estas preguntas fueron cuidadosamente seleccionadas de acuerdo a las que parecieron más relevantes para estudiantes médicos y de acuerdo a las preguntas que

mostraron mejores características psicométricas en los datos publicados. Las medidas psicológicas consideradas para éste fueron:

- 1) UCLA Loneliness Scale (Rusell, Peplau and Cutrona, 1980),
- 2) Test Anxiety Scale (Sarason, 1972),
- 3) Manifest Anxiety Scale (Taylor 1953),
- 4) Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965),
- 5) Sociability Extraversion Scale (Eysenck y Eysenck, 1978),
- 6) External Locus of Control Scale (Rotter, 1966),
- 7) Emotionality (Neuroticism) Scale (Eysenck y Eysenck, 1978),
- 8) Stressful Life Events Scale (Holmes y Rahe, 1967), y
- 9) The Beck Depression Inventory (Beck y Beamasderfer, 1974; Beck y Beck, 1972).

En el instrumento se siguió una gradación de las respuestas en escala ordinal, para considerar el orden del mérito o nivel en que se reportan los eventos, objetos o situaciones a medir en el perfil de personalidad y salud de los sujetos de investigación. Además, se cuestionó sobre las relaciones tempranas con amigos en los años de preescolar y siete preguntas “ancla” como medida de criterio externo para el estudio de validez. Estas fueron:

- a) He estado bajo fuerte presión académica en los últimos 12 meses
- b) En los últimos 12 meses, he tenido muchos acontecimientos estresantes
- c) En general, siento que soy una persona ansiosa
- d) En general, siento que la gente no puede controlar lo que ocurre
- e) Tengo una estimación realista de los conocimientos que he adquirido con el estudio

Todas estas preguntas se respondieron en escala tipo Likert de cuatro puntos (1=firmente en desacuerdo, 4=firmente de acuerdo). También se preguntó sobre la frecuencia de sentir soledad en escala de 5 puntos (1=nunca, 5=siempre) y percepción de estado de salud en general (1=mala, 4=excelente).

6.3.2. Cuestionario complementario cognoscitivo (Apéndice B)

El test de inteligencia de Terman Merrill (1972) (Apéndice B, página 91). Es un instrumento cognoscitivo, de conocimiento internacional es su utilidad como una de las pocas pruebas de inteligencia validadas para aplicación grupal, la cual fue guiada bajo los parámetros establecidos en medición de los tiempos de respuesta cronometrados por la necesidad de la estructura de la prueba, técnica apoyada por el equipo de Psicología con una duración aproximada de 50 minutos.

6.3.3. Cuestionarios complementarios no cognoscitivos: (Apéndice C)

✓ Cuestionario de Personalidad NEO PI-R versión en español (1995) (Apéndice C, página 103).

Ampliamente usado internacionalmente para investigación en la personalidad, proporciona una medida concisa de qué tipos de personalidades hay, que según los estudiosos corresponden a “cinco grandes”: (1) Neuroticismo (inestabilidad emocional), (2) extroversión, (3) franqueza, (4) amenidad y (5) rectitud (el inventario original medía el neuroticismo, extroversión y franqueza, por lo que se le llamó NEO). Estos factores se extrajeron basándose en un extenso estudio sobre la lexicografía de miles de palabras que describían la

personalidad humana y en los resultados empíricos de estudios de factores analíticos. Un reporte reciente del las Fuerzas de Trabajo de las Ciencias Básicas del Desarrollo del Instituto Nacional del Consejo de Salud Mental en los EUA, sugiere que la mayoría de las variaciones de la personalidad pueden ser agrupadas en estos cinco factores de personalidad.

Bajo este sistema de cinco factores, el inventario mide 30 importantes rasgos de personalidad. Existen seis rasgos con cada factor. Este inventario de personalidad de auto reporte consiste en 240 pequeñas aseveraciones contestadas con una escala de graduación de cinco puntos (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, desacuerdo y totalmente en desacuerdo) y pueden ser completados en 30-40 minutos. El inventario se desarrolló explícitamente para fijar una personalidad normal y según con las normas desarrolladas para las poblaciones no médicas de hombres y mujeres en los Estados Unidos. La versión en español también es ampliamente usada en investigación de poblaciones latinas.

✓ Test de estresores y apoyos en la vida YAFILES y YASSI Files (Hamilton y cols., 1991) (Apéndice C, páginas 113 y 115). Es un cuestionario no cognoscitivo que en 13 factores contiene afirmaciones que miden los estresores y fortalezas que acompañan al estudiante durante su paso por la escuela. Éste es una variante del Adolescent-FILES de 31 preguntas sobre los cambios sufridos en la escuela. Su aplicación es simple pues se contesta con sí

o no, con valor de 1 punto y 0 puntos, respectivamente. Su alfa es de 0.85 con valor de test-retest similar.

✓ Escala de Evaluación de la Eficiencia Familiar (EEFF-17) (Chávez-Alcorta, 1989) (Apéndice C, página 118). Es un cuestionario no cognoscitivo que valora la eficiencia en el funcionamiento familiar. La versión de 17 preguntas en 4 subescalas, permite observar la calidad de las relaciones, roles y colaboración familiares, previamente fue validado por las autores en población local de estudiantes adolescentes de secundarias y reconfirmado su alfa en nuestra población con 0.87.

✓ Escala de Identidad del Yo (EIS y cols., 1977) (Apéndice C, página 120). Escala de 12 preguntas para medir el concepto de identidad de Erick Erickson, que se define como la aceptación de la persona por sí mismo con un sentido de dirección vs. difusión de identidad, sin un sentido de continuidad en el tiempo sobre el auto concepto y el sí mismo. Esta escala se derivó de una versión más amplia de 41 preguntas que se validó en una población de estudiantes universitarios previamente, con un coeficiente de confiabilidad de 0.68. Se ha correlacionado significativamente con índices de personalidad considerándose con valor predictivo en sus 4 subescalas: control interno, intimidad, dogmatismo y extensión en la cual los valores del individuo y sus impulsos se expresan en su vida. Esta correlación permite considerar la validez interna de su constructo. Anexo a lo anterior se ha considerado también la validez de la escala en cuanto

a la observación del grado de compromiso político y ocupacional que muestra la persona evaluada.

✓ Escala de Escisión (EE) (Gerson, 1984) (Apéndice C, página 122). Instrumento de 14 preguntas con base en las teorías de Kernberg y Kohut, quienes consideran la escisión como un síntoma de personalidades fronterizas o limítrofes y trastornos de personalidad narcisistas. La escisión se considera un mecanismo de defensa que busca mantener separados lo bueno y lo malo siguiendo los sentidos de devaluación o idealización absoluta de los objetos. La escala considera sentimientos de grandiosidad y exhibicionismo patológicos. No parece haber diferencias en sus reportes virtud de sexo y no se asocia a factores de edad. Se califica con respuestas de “No es verdadero para mí” hasta “Totalmente verdadero”, adaptado con valores de 1 a 7 y readaptado para la muestra de 1 a 5 ajustado por un piloto que permitiera reconsiderarlo en nuestra población. A mayor puntaje mayor grado de escisión. La escala tienen un coeficiente alfa de 0.70, moderado pero aceptable para este tipo de instrumentos con un alfa 0.84 considerándose su estabilidad mediante test-retest a tres semanas.

✓ Cognición y Trastornos de Pensamiento (CSS) (Apéndice C, página 124). Es un cuestionario para medir cognición y distorsiones de pensamiento que son características primarias de esquizofrenia. Las preguntas pretenden también discriminar entre sujetos con rasgos de personalidad esquizotípica indicativos de predisposición a desarrollar una esquizofrenia. Este tipo de pensamiento

estudiado a través de la escala, puede manifestar alucinaciones, delirios, trastornos deficitarios del lenguaje, pensamiento confuso y trastornos de la atención. La escala fue desarrollada y aplicada previamente en estudiantes de pregrado de los cursos de Psicología. Las respuestas son en dos opciones “Verdadero” para sí mismo o “Falso”, con una excelente consistencia interna de 0.87 para mujeres y 0.90 para varones. Asimismo, la escala ha sido correlacionada con otras que se han usado para los mismos objetivos (alteraciones perceptuales, ambivalencia intenso miedo social, ideación mágica, síntomas somáticos y desconfianza, MMPI, entre otras).

✓ Cuestionario de Conducta Compulsiva con el propósito de medir la compulsividad no patológica (CI) (Apéndice C, página 126). Se concentra en 11 preguntas la tendencia de un individuo a la “compulsión patológica vs. normal”, tomando el concepto de las situaciones de extrema preocupación en pensamiento o actividades que pueden llevar al individuo a “sobreorganizarse” pero limitándolo en la toma de decisiones. Esta escala se dirige al conjunto de ideas de sobre preocupación que son específicas para las tareas o decisiones que se deben de hacer sobre un patrón de normas rígidas y bien establecidas, --algo que puede, para nuestro concepto en la práctica laboral y médica, ser de capital importancia--. Las medidas se toman de tres subescalas: Indecisión y doble registro, orden y regularidad, detalle y perfeccionismo. Las respuestas son simplemente “Sí” o “No”. La consistencia interna de las subescalas fue excelente de 0.89, 0.88 y 0.85, para un alfa total de 0.80. Las correlaciones de esta escala con otras son excelentes también, sobre todo con medidas de

compulsividad en el comer y las dietas, características de conductas rígidas en los varones y en las mujeres.

✓ Cuestionario de conducta de Ansiedad, Capacidad cognoscitiva de expresar emociones y somatización (SCABI) (Lehrer y Woolfolk, 1982) (Apéndice C, página 127). Diseñado en 36 preguntas para medir las tres clases de componentes de la ansiedad: Conductual (evitación social), cognición (preocupación) y somatización (hiperventilación, por ejemplo). Tiene una excelente consistencia interna con un factor de correlación de 0.93 y 0.92.

✓ Registro de las calificaciones (kárdex) de los alumnos de 1998 al 2000, bajo el permiso y supervisión de la propia Dirección y Subdirección de Estudios de Pregrado de la Facultad de Medicina.

6.4 Procedimientos

Se siguieron los parámetros aceptados para la elaboración de instrumentos, cuidando de que el cuestionario en su totalidad corresponda a las teorías que son base para el concepto del perfil de una persona, que incluye variables cognoscitivas, afectivas, conductuales y mentales y que son las que hacen la diferencia de individuo a individuo.

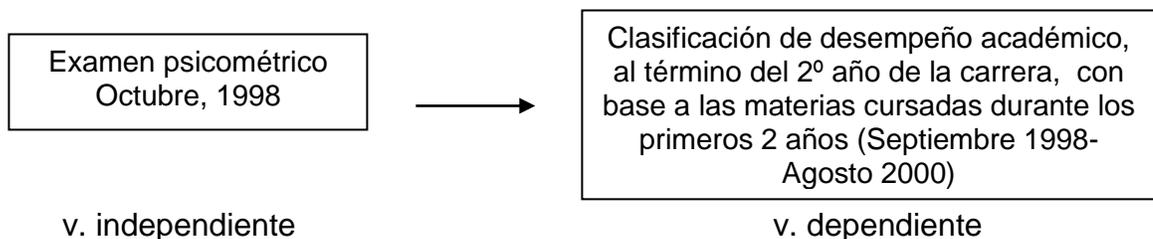
Los pasos que se siguieron para el diseño de este instrumento como en todos los contrastados, fueron:

- 1.- Desarrollo de las preguntas o aseveraciones.
- 2.- Análisis de factores para validar la estructura.
- 3.- Selección de aseveraciones y las pruebas para los instrumentos.

El CNC fue traducido al español y retraducido del español al inglés, siguiendo la guía para adaptación de instrumentos de evaluación psicológica (Geisinger, 1994). El cuestionario fue contestado el tercer mes después del ingreso de los estudiantes a la Facultad en las aulas habituales de clase de los estudiantes en un horario y día destinado para ello de acuerdo a la programación de la administración de la Facultad. Los estudiantes desde su solicitud de ingreso a la Facultad y durante la aplicación de la evaluación fueron informados de que se les requeriría para el estudio psicométrico por tener éste la cualidad de requisito para todos los estudiantes de la Facultad de Medicina. Ellos también fueron informados y objetivamente lo apreciaron en los hechos de su secuencia de ingreso, que el estudio psicométrico no tiene fines de selección, puesto que todos ellos ya estaban inscritos como alumnos de la Facultad y participando en el programa regular, de acuerdo con lo que se les informó en el propio sistema de ingreso a la Universidad, ya que son los resultados de sus pruebas de conocimientos y habilidades cognoscitivas (kárdex) su puerta de entrada a la Facultad. El día del examen se reafirmó que éste no influiría en su pertenencia a la Facultad y que no se consideraría parte de su historial académico puesto que éste se aplica a todos los inscritos independiente de sus pruebas de conocimientos. Se les aseguró de la estricta confidencialidad de las pruebas y de lo individual de las respuestas, donde deberían considerar que todas las respuestas son posibles y no hay respuestas correctas e incorrectas, sino diferentes estilos de respuestas como especifica la hoja inicial de información e instrucciones generales.

6.5 Análisis de datos

La dimensionalidad de 40 ítems del CNC se evaluó con análisis de factores usando el método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal; la escala de depresión no se incluyó al análisis factorial porque ésta no fue acortada para el presente estudio. Se estimaron coeficientes de correlación entre preguntas de criterio externo y los reactivos correspondientes, para evaluar la validez concurrente. Asimismo, coeficientes de correlación ineterescalas para evaluar la validez convergente y discriminante. La validez predictiva se midió con base a regresión logística múltiple utilizando como variable dependiente desempeño académico (éxito vs. fracaso), al término del segundo año de la carrera. Mediante análisis de varianza (ANOVA), se establecieron comparaciones de la salud psicosocial según los siguientes grupos de alumnos: a) Regulares, b) Irregulares o que fallaron en acreditar alguna materia del año anterior, y c) Bajas:



La confiabilidad del CNC se midió con alfas de Cronbach. Los datos fueron analizados con el apoyo de los programas computacionales SAS y SPSS versión 10.0.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Se evaluaron los exámenes psicométricos de 705 estudiantes, de los que se consideraron útiles solo aquellos que fueron contestados completos por los estudiantes, excepto en la prueba cognoscitiva o cuestionario de inteligencia de Terman Merrill, donde por sus características, los estudiantes deberían dejar de contestar al momento que se marcaba fin de los tiempos marcados para la prueba. En todas las demás escalas y subescalas se consideraron sólo los exámenes llenos, por lo que la muestra varió ligeramente en su número. Así, para la validación se contó con 685 respondientes (361 hombres y 324 mujeres). Cabe destacar que en todas las pruebas hubo un número superior al 90% del total de alumnos que cumplieron.

La estadística descriptiva así como la consistencia interna de las nueve medidas psicológicas no cognoscitivas del CNC se muestran en la Tabla 1; con excepción de las escalas de locus de control externo y neuroticismo (alfa de Cronbach de 0.23 y 0.44, respectivamente), el resto registró consistencias internas iguales o superiores a 0.60. En cambio, las alfas de Cronbach más bajas en la versión al inglés en población norteamericana, correspondieron a las escalas de eventos estresantes en la vida (0.43) y locus de control externo (0.51), las demás se encontraron por encima de 0.70.

Tabla 1. Estadística descriptiva y confiabilidad de nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español

	Prome- dio	Desvia- ción estándar	Rango observado	Rango posible	Alfa de Cronbach	Ítems en escala completa
Soledad	10.0	3.4	5-25	5-25	0.76	20
Ansiedad a los exámenes	13.8	3.7	5-25	5-25	0.70	37
Ansiedad general	13.7	3.5	5-25	5-25	0.69	28
Autoestima	16.0	2.6	6-20	5-25	0.67	10
Sociabilidad y extroversión	15.0	2.5	6-20	5-20	0.62	20
Locus de control externo	10.7	2.1	5-18	5-20	0.23	10
Neuroticismo	12.0	2.5	5-20	5-20	0.44	23
Eventos estresantes en la vida	8.3	4.0	0-25	0-25	0.60	43
Depresión ¹	0.9	1.9	<u>0-20</u>	0-39	0.76	13

¹ Versión abreviada (13 ítems) de la escala de depresión de Beck (Beck y Beamesderter, 1974)

Tabla 2. Estadística descriptiva y confiabilidad de nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español y en su versión al inglés (Hojat y cols.,1994)¹

Medida psicológica	<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>	Rango posible	<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>	Ítems en escala completa
	Promedio		Desviación estándar		Rango observado			Alfa de Cronbach		
Soledad	10.0	11.17	3.4	3.42	5-25	5-21	5-25	0.76	0.84	20
Ansiedad a los exámenes	13.8	12.89	3.7	4.38	5-25	5-25	5-25	0.70	0.81	37
Ansiedad general	13.7	13.82	3.5	3.73	5-25	5-25	5-25	0.69	0.77	28
Autoestima	16.0	15.85	2.6	2.94	6-20	5-18	5-25	0.67	0.85	10
Sociabilidad y extroversión	15.0	14.56	2.5	2.64	6-20	6-20	5-20	0.62	0.81	20
Locus de control externo	10.7	10.85	2.1	2.13	5-18	5-18	5-20	0.23	0.51	10
Neuroticismo	12.0	11.35	2.5	2.74	5-20	5-20	5-20	0.44	0.72	23
Eventos estresantes en la vida	8.3	5.01	4.0	4.31	0-25	0-25	0-25	0.60	0.43	43
Depresión ¹	0.9	3.64	1.9	3.56	<u>0-20</u>	0-12	0-39	0.76	0.80	13

¹ Versión abreviada (13 ítems) de la escala de depresión de Beck (Beck y Beamesderter, 1974)

7.1 Análisis de componentes (validez de construcción)

El análisis exploratorio de factores permitió identificar en su primera etapa, 11 factores con “eigenvalues” mayores o iguales a 1 (un “eigenvalue” indica qué tan bien están diferenciados los factores bajo estudio y puede asumir cualquier valor mayor o igual a 0; entre más grande sea este valor, mayor es la diferenciación entre los factores). En la Tabla 3, debajo de las columnas I-IX, se aprecian coeficientes de correlación que corresponden a los ítems de una escala; si estos coeficientes son medios o elevados (≥ 0.30), se dice que son los ítems que cargan o forman parte del factor correspondiente. Como se mencionó previamente, se logró identificar en forma inicial una estructura de once factores, pero dos de ellos fueron eliminados a pesar de presentar eigenvalues mayores e iguales a 1, porque registraron sólo un ítem con carga ≥ 0.30 , por lo que fueron considerados factores residuales menores.

Los nueve factores finales, en 25 ítems, explicaron el 47% del total de la varianza; las cargas de los factores mayores a 0.40, los eigenvalues y el porcentaje de varianza acumulada de los factores iniciales se pueden consultar en la Tabla 3. Todos los reactivos de la escala de ansiedad ante los exámenes se concentraron en el Factor I, mientras que todos aquéllos de la escala de soledad, en el Factor II. Los cinco reactivos de autoestima cargaron en el Factor III, y cuatro de cinco reactivos de ansiedad general, en el Factor IV. Por otra parte, la totalidad de los reactivos de la escala de sociabilidad/extroversión, se concentraron en el Factor V y solamente cuatro, de los cinco reactivos de

eventos estresantes en la vida, cargaron en el Factor VI. Además, dos de cinco reactivos de la escala de locus de control externo se concentraron en el Factor IX (gente poderosa controla el mundo y el éxito es resultado de la suerte) y uno, cargó en el Factor III (control sobre la dirección de la vida). Finalmente, dos preguntas de neuroticismo cargaron en el Factor VIII (ser irritable y fácilmente herido) y otras dos, en el Factor VII (tenso y humor variable).

La dimensionalidad de las medidas psicológicas en población mexicana y norteamericana se puede observar en la Tabla 4. Los reactivos en ambas poblaciones concuerdan en las escalas de soledad, ansiedad ante los exámenes, ansiedad general y autoestima. Asimismo, la mayoría de los reactivos sociabilidad/extroversión. Eventos estresantes en la vida se concentró más en mexicanos que norteamericanos, algo similar sucedió con aquéllos de las escalas de locus de control externo y neuroticismo.

7.2 Validez concurrente

Las respuestas de los estudiantes a los siete reactivos ancla fueron correlacionadas con los puntajes de las pruebas psicológicas. Los resultados correspondientes se proporcionan en la Tabla 5. La escala de soledad registró la correlación más alta con la medida de criterio utilizada para evaluar cronicidad de experiencia de soledad, la magnitud de la correlación fue de 0.52. Las escalas de ansiedad ante los exámenes y ansiedad general, presentaron las correlaciones más altas con el criterio externo de haber tenido muchos acontecimientos estresantes en los últimos 12 meses ($r=0.30$ y $r=0.35$,

respectivamente) mientras que neuroticismo, con el criterio de sentirse una persona ansiosa ($r=0.30$). Autoestima estuvo inversamente correlacionada con el antecedente de eventos estresantes en los últimos 12 meses ($r=-0.20$). Locus de control externo se correlacionó como se esperaba con la medida de criterio que evalúa externalidad general en el locus de control (la gente no puede controlar lo que le ocurre, $r=0.20$). La escala de eventos estresantes en la vida se correlacionó en forma significativa con la medida de acontecimientos estresantes y fuerte presión académica ($r=0.25$ y $r=0.20$, respectivamente). Por último, depresión observó una correlación positiva con sentirse solo y una correlación negativa, con percepción de estado de salud ($r=0.25$ y $r=-0.18$, respectivamente).

Por otra parte, las respuestas a la pregunta de convivencia con compañeros en los años de preescolar estuvieron correlacionadas con mayor sociabilidad y mayor autoestima ($r=0.30$ y $r=0.18$, respectivamente, $p \leq .01$), y menor depresión y neuroticismo ($r=-0.23$ y $r=-0.13$; $p \leq .01$, respectivamente). La correlación entre convivir con amigos en la edad preescolar y sentirse solo en la edad adulta fue de -0.24 ($p \leq .01$).

Tabla 3. Correlación de las preguntas y los factores de nueve mediciones psicológicas no cognitivas en su versión al español.

	I	II	III	IV	Factor V	VI	VII	VIII	IX
Reactivo									
Ansiedad ante exámenes									
Palpitaciones durante un examen	0.73								
Incómodo antes de un examen	0.64								
Presionado por límite de tiempo	0.55								
Me tiemblan las manos en un examen	0.67								
Pensamiento interfiere durante un examen	0.57								
Soledad									
Muchas amistades cercanas*		0.66							
Satisfacción con relaciones*		0.73							
Me siento solo		0.60							
Hay gente a la que puedo acudir*		0.66							
Me siento aislado		0.60							
Autoestima									
Sentimiento de ser valioso			0.44						
Satisfacción consigo mismo*			0.50						
Me siento inútil*			0.64						
Ser positivo hacia sí mismo			0.47						
Pensamientos negativos de sí mismo*			0.72						
Ansiedad general									
Preocupado por posibles problemas				0.65					
Sudo cuando estoy apenado									
insomnio por problemas				0.47					
Tomo las cosas con seriedad				0.78					
Preocupado por algo				0.68					
Sociabilidad/extroversión									
No poder disfrutar de una fiesta animada*					0.46				
Salir mucho fuera					0.60				
Ser vivaz					0.66				
Ausencia de iniciativa para hacer amigos*					0.50				
Cambiar una fiesta aburrida					0.67				

Reactivo	I	II	III	IV	Factor V	VI	VII	VIII	IX
Eventos estresantes en la vida									
Muerte de un familiar cercano						0.64			
Enfermedad/accidente personal						0.62			
Cambios en la salud de un familiar						0.72			
Problemas financieros						0.53			
Problemas académicos									
Neuroticismo									
Sufre de nervios									
Irritable								0.66	
Fácilmente herido								0.62	
Tenso							0.68		
Humor variable							0.51		
Locus de control									
Control sobre la dirección de mi vida				0.65					
Lo que ocurre pasa por inhabilidad*									
Gente poderosa controla el mundo									0.74
El éxito es resultado de la suerte									0.64
La suerte influye en las calificaciones									
Eigenvalue de los factores iniciales	6.2	3.0	1.7	1.7	1.4	1.3	1.3	1.2	1.1
% de varianza acumulada de los factores iniciales	15.6	23.2	27.5	31.6	35.1	38.3	41.4	44.5	47.4

¹ Se muestran solamente las cargas por arriba de 0.40. *Reactivos con puntaje invertido

Tabla 4. Correlaciones entre las preguntas y de las nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español y en su versión en inglés (Hojat y cols., 1994)¹

	<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>		<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>
Soledad			Eventos estresantes en la vida		
Satisfacción con relaciones*	0.73	0.83	Cambios en la salud de un familiar	0.72	0.84
Muchos amigos cercanos*	0.66	0.77	Muerte de familiar cercano	0.64	--
Gente disponible a quién acudir*	0.66	0.69	Enfermedad/accidente personal	0.62	--
Sentimiento de soledad	0.60	0.72	Problemas financieros	0.53	0.59
Sentimiento de aislamiento	0.60	0.69	Problemas académicos	--	--
Ansiedad ante los exámenes			Autoestima		
Palpitaciones durante un examen	0.73	0.78	Me siento inútil*	0.64	0.66
Incómodo antes de un examen	0.64	0.76	Pensamientos negativos de sí mismo*	0.72	0.72
Presionado por límite de tiempo	0.55	0.70	Satisfacción consigo mismo*	0.50	0.56
Me tiemblan las manos en un examen	0.67	0.69	Ser positivo hacia sí mismo	0.47	0.47
Pensamiento interfiere durante un examen	0.57	0.62	Sentimiento de ser valioso	0.44	0.42
Ansiedad general			Sociabilidad/Extroversión		
Dificultad con todas las cosas	0.78	0.78	Cambiar una fiesta aburrida	0.67	--
Preocupado por algo	0.68	0.79	Ser vivaz	0.66	0.76
Preocupado por posibles problemas	0.65	0.62	Salir mucho fuera	0.60	0.59
Insomnio por los problemas	0.47	0.54	Ausencia de iniciativa para hacer amigos*	0.50	0.55
Sudoración cuando está apenado	--	--	No poder disfrutar de una fiesta animada*	0.46	0.48
Locus de control			Neuroticismo		
Gente poderosa controla el mundo	0.74	--	Tenso	0.68	0.50
El éxito es resultado de la suerte	0.64	--	Humor variable	0.51	0.41
La suerte influye en calificaciones	--	--	Fácilmente herido	0.62	--
Lo que ocurre pasa por inhabilidad*	--	--	Irritable	0.66	0.73
Control sobre la dirección de mi vida.	0.65	0.64	Sufre de nervios	--	--

¹ Se muestran solamente las cargas por arriba de 0.40. *Reactivos con puntaje invertido

7.3 Correlaciones interescala

En la Tabla 6 se puede observar que la escala de soledad registró la correlación positiva más alta con depresión ($r=0.40$) y las más negativa con autoestima ($r=-0.46$) y sociabilidad/extroversión ($r=-0.46$). La escala de ansiedad ante los exámenes se correlacionó con la medida conceptualmente relevante de ansiedad general ($r=0.50$) y esta última, con neuroticismo ($r=0.37$). Depresión se correlacionó negativamente con autoestima ($r=-0.40$) y sociabilidad ($r=-0.26$) y positivamente con ansiedad ante exámenes, ansiedad general, neuroticismo y eventos estresantes. ($r=0.18$, $r=0.24$, $r=0.27$ y $r=0.25$, respectivamente). La escala de locus de control externo se correlacionó en forma negativa con autoestima ($r=-0.24$) y positiva, con soledad, ansiedad ante exámenes y ansiedad general ($r=0.12$, $r=0.12$ y $r=0.12$, respectivamente).

7.4 Desempeño académico

El 39.9% de los alumnos acreditó todas las materias (grupo de regulares); el 48.8%, por lo menos reprobó una materia en el primer año de estudios (grupo de irregulares); y el 11.2%, falló académicamente y no pasó a segundo año o desertó (grupo de bajas). La mayoría de las subescalas del CNC discriminaron un desempeño académico regular de aquel irregular o con baja como se muestra en la Tabla 7. Un resultado similar se observó para las pruebas complementarias de personalidad (NEO PI-R), eficiencia familiar (E-EFF17), Escisión (EE) y prueba cognoscitiva de Terman-Merril.

El análisis de Kruskal-Wallis para cada una de las subescalas del CNC mostró sólo a aquella de eventos estresantes en la vida y depresión asociadas con desempeño académico (Kruskal-Wallis, $p < .001$ y $p = .01$, respectivamente) (Tabla 8).

7.5 Diferencias de desempeño académico por sexo

Se detectó una asociación estadísticamente significativa de sexo del alumno con el desempeño académico. No obstante la diferencia por sexo entre estudiantes regulares e irregulares fue mínima para la población estudiada, el porcentaje de hombres que se dio de baja en comparación con el de las mujeres fue de 2 a 1 (Tabla 9).

Tabla 5. Correlaciones entre las nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español y medidas de criterio externo

Medida Psicológica	CRITERIO EXTERNO ¹						
	a	b	c	d	e	f	g
Soledad (puntaje alto, mayor soledad)	0.16*	0.16*	0.12*	0.13*	-0.04	0.52*	-0.21*
Ansiedad a los exámenes (puntaje alto, mayor ansiedad)	0.30*	0.30*	0.30*	0.01	-0.10*	0.13*	-0.07
Ansiedad general (puntaje alto, mayor ansiedad)	0.30*	0.35*	0.26*	0.06	-0.01	0.22*	-0.12*
Autoestima (puntaje alto, mayor autoestima)	-0.10*	-0.20*	-0.20*	-0.20*	0.10*	-0.30*	0.20*
Sociabilidad y extroversión (puntaje alto, mayor sociabilidad)	-0.05	-0.02	-0.01	-0.14*	0.04	-0.28*	-0.15*
Locus de control externo (puntaje alto, menor control)	0.03	0.10*	0.10*	0.20*	-0.10*	0.04	-0.04
Neuroticismo (puntaje alto, mayor neuroticismo)	0.20*	0.24*	0.30*	0.10	-0.02	0.23*	-0.15
Eventos estresantes en la vida (puntaje alto, más eventos estresantes en la vida)	0.20*	0.25*	0.10*	0.07	0.005	0.17*	-0.19*
Depresión (puntaje alto, mayor depresión)	0.14*	0.14*	0.12*	0.15*	-0.07	0.25*	-0.18*

* $p \leq 0.01$

¹Criterio externo basado en los siguientes reactivos con respuestas en escala de Likert:

a He estado bajo fuerte presión académica en los últimos 12 meses

b En los últimos 12 meses, he tenido muchos acontecimientos estresantes

c En general, siento que soy una persona ansiosa

d En general, yo siento que la gente no puede controlar lo que ocurre

e Tengo una estimación realista de los conocimientos que he adquirido con el estudio

f ¿Qué tan frecuente se siente solo?

g ¿Cuál es su salud en general?

Tabla 6. Coeficientes de correlación entre las nueve mediciones psicológicas no cognoscitivas en su versión al español

Medida Psicológica	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Soledad	1.00								
2. Ansiedad a los exámenes	0.14*	1.00							
3. Ansiedad general	0.23*	0.5*	1.00						
4. Autoestima	-0.46*	-0.29*	-0.28*	1.00					
5. Sociabilidad y extroversión	-0.46*	-0.07	-0.13*	0.31*	1.00				
6. Locus de control externo	0.12*	0.12*	0.12*	-0.24*	-0.07	1.00			
7. Neuroticismo	0.28*	0.36*	0.37*	-0.32*	-0.20*	0.13*	1.00		
8. Eventos estresantes en la vida	0.19*	0.25*	0.29*	-0.23*	-0.07	0.03	0.26*	1.00	
9. Depresión	0.40*	0.18*	0.24*	-0.40*	-0.26*	0.15*	0.27*	0.25*	1.00

* $p \leq 0.01$

Tabla 7. Análisis de varianza (ANOVA) del CNC en su versión en español, NEO PI-R, E-EFF17, EE y la prueba cognoscitiva de Terman-Merril, en población mexicana de acuerdo a la clasificación del desempeño académico al segundo año de la carrera

	Desempeño académico			valor de p
	Regulares (n=277)	Irregulares (n=339)	Bajas (n=78)	
CNC				
▪ Depresión	3.9964	5.1243	5.1299	.0004
▪ Depresión de Beck	7.7972	9.6775	9.7662	.001
▪ Eventos estresantes en la vida	6.0036	6.9822	7.4675	.0001
▪ Neuroticismo	13.5406	14.2743	15.1154	.003
▪ Autoestima	124.363	120.509	118.474	.008
NEO PI-R				
▪ Orden	16.8799	16.8348	17.6282	.020
▪ Meticulosidad	16.5548	16.4159	17.6667	.012
▪ Responsabilidad	19.6608	19.1003	18.3590	.017
▪ Honradez	13.1025	13.9263	14.5769	.003
▪ Obediencia	14.6714	15.1652	16.1410	.003
▪ Trastornos de pensamiento	8.7402	9.6488	10.9615	.003
E-EFF17				
▪ Mantenimiento del sistema familiar	10.5872	10.1935	10.1667	.005
EE	44.9184	47.2232	46.3077	.003
COEFICIENTE INTELECTUAL DE TERMAN	121.032	112.396	116.833	.0001

Tabla 8. Análisis de Kruskal-Wallis del CNC en su versión en español, de acuerdo a la clasificación del desempeño académico al segundo año de la carrera

Subescala del CNC	Desempeño académico	Rango promedio	valor de p
Eventos estresantes de la vida	Irregular	366.81	<.001
	Baja	405.13	
	Regular	306.21	
Depresión	Irregular	365.24	0.013
	Baja	368.66	
	Regular	320.50	

Tabla 9. Desempeño académico según el sexo de estudiantes de primer ingreso, en la población estudiada

	Regulares	Irregulares	Bajas	Total
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Hombres	39.1 (144)	46.7 (172)	14.1 (52)	100 (368)
Mujeres	40.8 (133)	51.2 (167)	7.9 (26)	100 (326)

$X^2= 6.65$, $p=.035$

7.6. Perfil de salud psicosocial y probabilidad de éxito académico (validez predictiva del CNC en su versión al español)

El desempeño académico al término del segundo año fue recategorizado a desempeño exitoso, si el segundo año fue aprobado o bien, como de fracaso, si el año escolar no fue aprobado. Los resultados de la regresión logística múltiple mostraron que el neuroticismo y la edad disminuyeron la probabilidad de éxito, mientras que el reporte de un entorno de funcionalidad familiar y un promedio académico al final del primer año aprobatorio con una media igual o superior a 71, favorecieron el buen desempeño al siguiente año (Tabla 10 y Figura 1)

7.7 Perfil de salud psicosocial y la prueba cognoscitiva de Terman-Merril (coeficiente intelectual) (validez convergente)

Se detectó que la depresión y las relaciones interpersonales disfuncionales se correlacionaron en forma inversa con el coeficiente intelectual. Mientras que la relación con la madre, la ansiedad general, autoconcepto, locus de control, extroversión y soledad, registraron una relación directamente proporcional. Los coeficientes de correlación respectivos se muestran en la Tabla 11. A su vez, la prueba cognoscitiva de Terman-Merril registró una correlación positiva con el promedio de calificaciones al término de primero y segundo año (Tabla 12).

Tabla 10. Perfil de salud psicosocial y resultado exitoso de desempeño académico en el segundo año, en la población estudiada.

Variable	Coeficiente	E.S.	Wald	df	Significancia	R
Neuroticismo	-0.01	0.001	4.0148	1	.0451	-0.05
Edad	-0.20	0.01	4.3716	1	.0365	-0.05
Entorno de funcionalidad familiar	0.06	0.03	6.0544	1	.0139	0.07
Promedio ≥ 71 al final 1 ^{er} año	0.24	0.02	149.3306	1	.0000	0.40
Constante	-14.85	2.55	33.8676	1	.0000	

Variable	Razón Momios	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Neuroticismo	0.98	0.96	0.99
Edad	0.82	0.68	0.98
Entorno de funcionalidad familiar	1.06	1.01	1.12
Promedio ≥ 71 al final 1 ^{er} año	1.27	1.23	1.32

Figura 1. Relación del promedio académico al final del primer año aprobatorio y resultado exitoso de desempeño académico al segundo año, en la población estudiada.

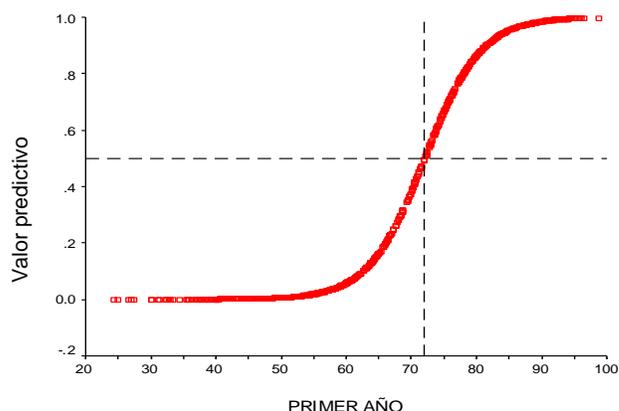


Tabla 11. Relación del CNC en su versión al español con la prueba cognoscitiva de Terman-Merrill (coeficiente intelectual), en la población estudiada.

Subescala (dimensión) del CNC	Variable dependiente: Coeficiente intelectual		
	Coeficiente de correlación	Valor de p	N
Relación con la madre	0.10	0.0041	691
Ansiedad general	0.07	0.0489	691
Relaciones interpersonales	-0.17	.0001	691
Autoconcepto	0.17	.0001	675
Locus de control	0.14	0.0004	674
Extroversión	0.14	0.0002	674
Depresión	-0.15	.0001	691
Sentir soledad	0.12	0.0004	690
Soledad en la vida	0.07	0.0502	689

Tabla 12. Relación de la prueba cognoscitiva de Terman-Merrill (coeficiente intelectual) con calificación al término del primero y segundo año de estudios, en la población estudiada.

Variable dependiente	Coeficiente de correlación	Valor de p	N
Calificación al término del primer año	0.23	.0001	682
Calificación al término del segundo año	0.14	0.009	354

7.8 Perfil de salud psicosocial, apoyo psicosocial y promedio de calificaciones

El promedio de calificaciones al término del primero y segundo año, fue mayor cuando se contaba con apoyo psicosocial (Tablas 13 y 14). Además, se observó que la falta de apoyo psicosocial se relacionó con eventos estresantes en la vida. Como se puede observar en la Figura 2, se logran distinguir los siguientes grupos de alumnos: a) Grupo vulnerable, estudiantes en el cuadrante I (alto estrés y no apoyo afectivo) y cuadrante IV (alto estrés y apoyo afectivo menor a la media), quienes necesitan de un sistema especial de apoyo; b) Grupo saludable, estudiantes del cuadrante II con alto apoyo psicosocial y bajo nivel de estrés; y c) Grupo resistente, estudiantes del cuadrante III, con bajo apoyo y bajo estrés.

En un segundo paso, se integraron tres categorías de calificaciones: aquellas del tercio superior, tercio medio y tercio inferior; lo anterior con base a los percentiles 66 y 33. Los estudiantes con calificaciones del tercio inferior y medio presentaron medias de rango superiores en locus de control (más pérdida de locus de

control), eventos estresantes en la vida (más estrés) y depresión (más depresión), en comparación a que aquéllos con calificaciones ubicadas en el rango superior (Tabla 15). Por otra parte, se observó una frecuencia mayor de estudiantes sin apoyo psicosocial con calificaciones en el tercio inferior y medio, en comparación al tercio superior (Tabla 16).

Tabla 13. Comparación de promedio de calificaciones **al final del primer año** según la prueba complementaria de apoyo psicosocial, en la población estudiada.

Apoyo psicosocial	Promedio de calificación	Prueba de Mann-Whitney	Valor de p
Uno o ambos padres			
Sí (n=657)	66	z=2.82	.005
No (n=21)	56		
Otros familiares			
Sí (n=656)	66	z=2.87	.004
No (n=23)	56		
Amigos de preparatoria			
Sí (n=615)	66	z=2.80	.005
No (n=63)	60		
Tener creencias espirituales			
Sí (n=604)	67	z=3.13	.002
No (n=73)	60		
Contacto con maestros/ consultores/ administradores de la Facultad			
Sí (n=435)	67	z=3.04	.002
No (n=243)	63		

Tabla 14. Comparación de promedio de calificaciones **al final del segundo año**, según la prueba complementaria de apoyo psicosocial, en la población estudiada.

Apoyo psicosocial	Promedio de calificación	Prueba de Mann-Whitney	Valor de p
Contacto con maestros/ consultores/ administradores de la Facultad Sí (n=238) No (n=116)	78 73	z=3.78	.001
Leer diferente literatura/ media/ periódicos Sí (n=330) No (n=23)	77 61	z=2.69	.007

Figura 2. Relación entre apoyo psicosocial y eventos estresantes en la vida

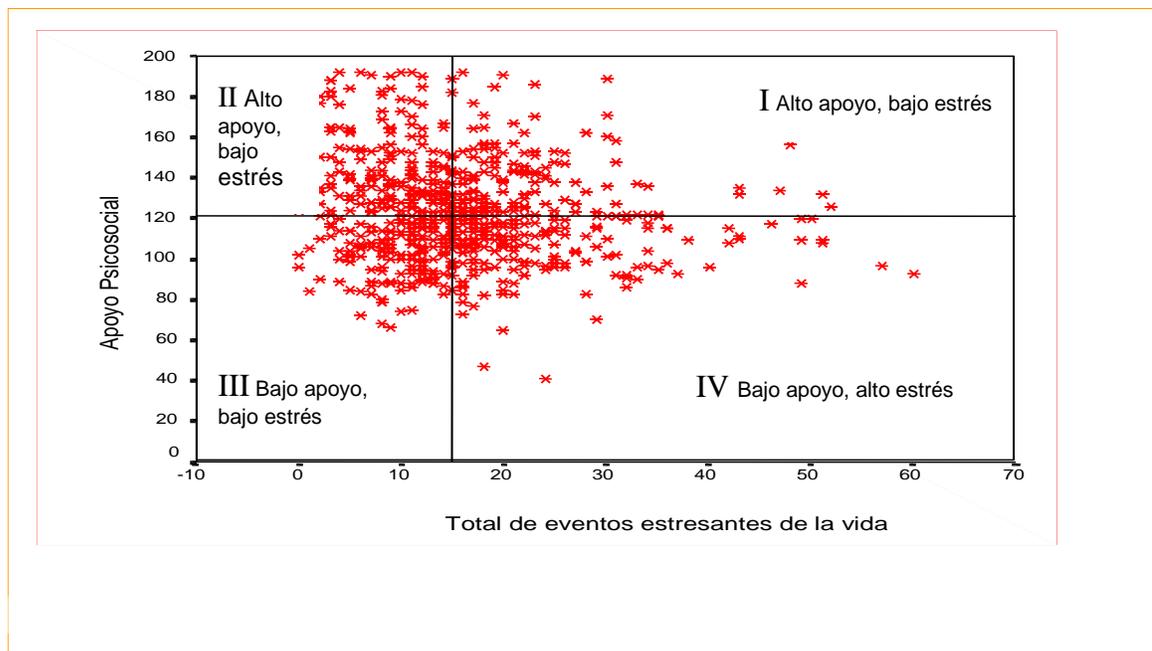


Tabla 15. CNC en su versión al español y categoría de calificación, en la población estudiada

Subescala del CNC	Categoría de calificación	Rango promedio	Kruskal-Wallis, valor de p
Locus de control	Tercio inferior	362.70	0.04
	Tercio medio	363.04	
	Tercio superior	322.66	
Eventos estresantes de la vida	Tercio inferior	388.25	<.001
	Tercio medio	359.65	
	Tercio superior	299.89	
Depresión	Tercio inferior	364.99	0.004
	Tercio medio	370.01	
	Tercio superior	313.44	

Tabla 16. Apoyo psicosocial y categoría de calificación, en la población estudiada

	<i>Categoría de calificación</i>			x ²	Valor de p
	Tercio inferior	Tercio medio	Tercio superior		
No viven los padres	52.4%	42.9%	4.8%	8.18	0.017
No tiene otros familiares	52.2%	39.1%	8.7%	6.94	0.031
No tiene creencias espirituales	45.3%	37.3%	17.3%	10.36	0.006
No tiene contacto con maestros	39.3%	37.3%	23.4%	17.89	<.001

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

Cuando la Facultad de Medicina egresa a sus estudiantes, supone y se da por aceptado que la institución y el egresado son competentes al otorgarlo y recibirlo. La reafirmación de la graduación del estudiante, se verificará por su calidad en la práctica, que a su vez reconstruye la imagen y competencia de la propia Facultad y Universidad que lo titula.

La Facultad responde de esta manera a las necesidades genuinas del egresado y de la sociedad. Por lo tanto la medicina como profesión y las facultades que la imparten son responsables de desarrollar programas que extiendan la educación médica y la investigación hacia el desarrollo de habilidades en terrenos fértiles para esta disciplina. La educación continua en el compromiso de la relación médico paciente son obligatorios para todos los profesionales médicos. Como Phelan y cols. subrayan (1993), la respuesta a estas necesidades está en reconocer no solamente las cualidades cognoscitivas y clínicas sino en las cualidades no cognoscitivas o personales que son las que se reflejan como la actitud profesional, de compasión, empatía, honestidad, y sentido de responsabilidad hacia el paciente, su familia y la sociedad.

La capacidad de evaluar el área no cognoscitiva y la salud psicosocial del estudiante requiere de un gran compromiso y evaluaciones a largo tiempo de los

maestros. Esto resulta difícil cuando se proviene de una cultura que ha negado la importancia de estos aspectos y mucho más si se mantiene la vaguedad de los términos en que un estudiante o profesional médico debe de ser evaluado y la interpretación queda sujeta a la disposición del observador. Las instituciones y educadores pueden abreviar tiempos y oportunamente tratar de apuntalar a su población de estudiantes vulnerables y ofrecer redes de apoyo más efectivas para los estudiantes que lo requieran aún antes de que ellos lo detecten lastimando aún más su autoestima y notas académicas.

Los resultados de este estudio indican validez de la mayoría de las versiones abreviadas que integraron el CNC. El análisis de factores confirmó la unidimensionalidad y validez de constructo de las escalas de soledad, ansiedad ante los exámenes, ansiedad general, autoestima y sociabilidad/extroversión, resultados consistentes con los obtenidos en población norteamericana. Eventos estresantes en la vida en población mexicana, concentró cuatro de cinco reactivos en una sola dimensión y su consistencia interna fue aceptable, a diferencia del comportamiento de esta escala en población norteamericana, en donde se observaron resultados menos unidimensionales. Neuroticismo y locus de control externo concentraron solamente dos de los cinco reactivos correspondientes en un solo factor, hallazgos acordes con coeficientes de alfa de Cronbach bajos, lo cual es indicativo de que estas escalas no representaron una dimensión en esta población mexicana de estudiantes de medicina. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en población norteamericana, en donde tampoco se observó validez de constructo en estas dos escalas.

Asimismo, el patrón y la dirección de las correlaciones reportadas de las escalas con las medidas de criterio externo apoyaron que el CNC en población mexicana presenta validez concurrente, similar a la población norteamericana (Hojat y cols., 1994).

Por otra parte, se cuestionó sobre las relaciones tempranas con amigos en los años de preescolar y siete preguntas “ancla” como medida de criterio externo para el estudio de validez. Respuestas a las preguntas de convivencia con compañeros en edad preescolar estuvieron correlacionadas con mayor sociabilidad, autoestima y menor ansiedad, resultado acorde con Hojat y cols. (1994). Además, la correlación entre convivir con amigos en la edad preescolar y nunca sentirse solo en la edad adulta, fue similar a lo reportado por Hojat y cols. (1994) y Hojat y cols. (1990). Por otra parte, basándose en las nociones de validación convergente y discriminante, se esperaba obtener una correlación más alta entre dos mediciones conceptualmente mayormente relacionadas (por ejemplo, ansiedad ante los exámenes y ansiedad general), que dos medidas conceptualmente menos relevantes (por ejemplo, extroversión y eventos estresantes). También, se pensaba observar una correlación negativa entre una medida de un aspecto positivo de personalidad (por ejemplo, autoestima) y una medida de un aspecto negativo de personalidad (por ejemplo, soledad). Así, soledad se correlacionó positivamente con depresión y negativamente, con autoestima y sociabilidad/extroversión. Asimismo, depresión se correlacionó positivamente con ansiedad ante exámenes, ansiedad general, neuroticismo y eventos estresantes. Mientras que locus de control externo se correlacionó en

forma negativa con autoestima y sociabilidad y positivamente con soledad, ansiedad ante exámenes y ansiedad general.

En lo que respecta a la confiabilidad, con excepción de neuroticismo y locus de control externo, el resto de las escalas registraron consistencias internas dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad. La consistencia interna baja de locus de control externo está acorde con el resultado obtenido en población norteamericana por Hojat y cols. (1994) quienes lo atribuyen a la no unidimensionalidad de la escala abreviada en estudiantes de medicina, lo cual quedó confirmado en el análisis de factores correspondiente. En estudiantes de medicina mexicanos neuroticismo tampoco registró unidimensionalidad. La escala de eventos estresantes en población mexicana mostró un resultado aceptable de consistencia interna a comparación de la población norteamericana (Hojat y cols., 1994) y argentina de estudiantes de medicina (Rimoldi y cols., 2002) que observaron coeficientes de confiabilidad inferiores.

La sensibilidad y la empatía promueven la salud bajo el vehículo de la relación médico paciente. El conocimiento cognoscitivo adereza la buena práctica. Ambos son necesarios pero el primero puede ser la diferencia en la aplicación del conocimiento. Este sin los principios no cognoscitivos pierde su fuerza y certeza. El estudio de medidas no cognoscitivas o aspectos psicosociales del desempeño académico en escuelas de medicina requiere del desarrollo de instrumentos válidos en la población de interés. Los resultados apoyan las cualidades psicométricas del instrumento, útiles para los estudiantes al permitir que

rápidamente los profesionales educadores y terapeutas de salud mental, puedan unirse en programas coherentes para favorecer el desarrollo de los estudiantes, quienes pueden ver reducidas sus oportunidades de éxito por el solo hecho de presentar interferencia de factores evaluadas mediante las escalas del CNC. Es importante replicar el estudio en otras Escuelas para asegurar la validez externa de los hallazgos antes de su uso amplio en Escuelas de Medicina en el país o extranjeras. Asimismo, es recomendable que las evaluaciones de requisito de ingreso amplíen su espectro y consideren el perfil de un estudiante exitoso elaborado con base a cualidades cognoscitivas y de salud psicosocial, para que los campos de apoyo sean mayores y se pueda proveer de mecanismos de auxilio a aquellos estudiantes con problemas y con posibilidades de ser rescatables por ser detectados oportunamente.

El campo de estudio de predicción de factores de éxito con diseño longitudinal es trascendental y necesario. Los profesionales de la salud psicosocial deben ser responsables de ofrecer sus conocimientos al servicio de la población de maestros y alumnos de las escuelas de medicina, para optimizar recursos de salud mental y de educación al delinear programas académicos acordes a las necesidades de la comunidad. No está de más el mencionar el caso de una estudiante de la Facultad, atendida de nuestro Centro en una crisis depresiva con ideación suicida. Sorprendente fue encontrar que había sido atendida como trastorno bipolar y se le había advertido en forma dogmática del riesgo de usar antidepresivos para no destapar una hipomanía o manía. Ella había estudiado el tema y estaba segura de su diagnóstico y actuaba en consecuencia. Por lo tanto,

su irritabilidad selectiva con el novio y su madre la habían llevado a mayores ganancias secundarias y “vivir la ansiedad de los exámenes” , evitando ir al salón donde había sido maltratada por uno de sus maestros. Se le expresó que su primer diagnóstico era un trastorno de carácter que afectaba mayormente sus relaciones interpersonales por mantener una relación violenta con su novio y madre, que a nuestro juicio había sido “usado” para etiquetarse como “bipolar”. Asimismo, presentaba ansiedad ante los exámenes con tintes de fobia, pues le era imposible estudiar y acudir a la Escuela sin su novio para controlarlo de esa manera y además, había abierto su sentimiento de impotencia asociado al hecho de haber sido abandonada por su madre a la par que su padre tampoco se había interesado por ella. Su depresión obedecía al duelo no resuelto por la pérdida que se reactivó ante el estrés de la carrera y la evocación “inconsciente” que el maltrato del maestro provocó. Su esfuerzo ansioso y de impotencia, la paralizaban para aprender, aunque nunca tuvo problemas de aprendizaje previos.

Los programas de apoyo con frecuencia excluyen de sus recursos a la psiquiatría profesional, revictimizando a los sujetos que se beneficiarían de ella con programas alternos. Este es el caso de programas pedagógicos, los cuales fomentan el estigma colateral y lejos de resolver el problema de base, con ello lo agravan. Otra forma de cultura negadora de la salud es ejercida por especialistas de la salud mental, quienes “educados” bajo una escuela biológica pura, desconocen aquel aspecto propuesto de salud psicosocial. Con base a nuestra experiencia, puedo externar que ya son tantos los educadores que se apegan estrictamente a los principios de evaluaciones cognoscitivas, que ya constituyen

una de las mayores epidemias de la humanidad. Su trascendencia reside en que estos descalifican sujetos potencialmente saludables y productivos desde temprana edad por absoluto desconocimiento del desarrollo humano o bien, por negación paradójica.

La salud no es estática y es la búsqueda del equilibrio de la condición humana. Un sujeto puede compensar de muchas maneras tanto su funcionalidad orgánica y cognoscitiva, como aquella no cognoscitiva o de sus atributos y cualidades personales. Es importante mencionar que a pesar de hablar de promoción de la salud y prevención en todas las áreas médicas; y aún y cuando cada día se promueve una cultura de fomento a la vida saludable de la población, pocas escuelas de Medicina en el país y en Latinoamérica cubren a sus propios alumnos con planes activos de salud en el campo psicológico y social que a la par reconocen como asiento de la mayor patología e impacto en la salud. El CNC es un recurso que documenta las áreas que requieren apoyo para desarrollar el suficiente potencial en el estudiante durante su estancia en la Facultad de Medicina y a lo largo de la vida profesional. Myers (1996; 1998; 2000) señala que los problemas de salud y de salud mental en lo particular, son un estigma grave a evitar para los propios médicos o estudiantes en pre y posgrado.

Las Escuelas de Medicina deberán de contar con un sistema que acepte que cualquier problema reportado constituye un llamado de ayuda para ofrecer la forma remedial de apoyo al estudiante, por ende a su Facultad, a la familia y sociedad, ya que si se entiende como una manifestación de disfunción ésta

puede corregirse como cualquier otro problema de salud. Cuando se limita a una atención académica, las Facultades y la sociedad pierden la oportunidad de atender una situación que es dañina a la salud individual, familiar, comunitaria y por lo tanto de eficiencia terminal de la propia Facultad que educa en salud.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

- Se demostró la validez del constructo teórico del CNC en población mexicana. Asimismo, el patrón y la dirección de las correlaciones reportadas de las escalas que conforman este instrumento con medidas de criterio externo reconocidas, apoyaron la validez concurrente. En lo que respecta a la confiabilidad, con excepción de neuroticismo y locus de control externo, el resto de las escalas registraron consistencias internas dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad. El análisis de factores de la versión en español del CNC resultó muy similar a la versión original en el idioma inglés reportada en estudiantes norteamericanos.
- El estudio psicométrico de las cualidades no cognoscitivas es un método de evaluación práctica y de aplicación masiva que permite predecir el éxito académico de los estudiantes en los primeros dos años de la carrera. El CNC permite discriminar estudiantes no exitosos de los exitosos por lo que se rechaza la hipótesis nula de que las características de salud psicosocial del estudio psicométrico de los estudiantes de la Facultad de Medicina UANL (1998) no tiene valor predictivo para obtener el perfil en cuanto al desempeño académico en sus primeros dos años de carrera.
- Los estudiantes dados de baja tienen diferencias con los estudiantes exitosos en desempeño académico, coeficiente intelectual, trastornos de pensamiento, meticulosidad y orden, responsabilidad, apreciación de sí

mismos, autoestima, ansiedad general, depresión, neuroticismo, escisión, eventos estresantes en la vida, disfunción familiar y ansiedad ante los exámenes.

- El sexo masculino se da de baja en proporción mayor que el femenino en los primeros años de carrera (2 a 1) por lo que existen diferencias significativas en cuanto a sexo y desempeño académico.
- La probabilidad de éxito disminuye por el neuroticismo y la edad mientras que el entorno de funcionalidad familiar y un promedio académico al final del primer año aprobatorio con una media igual o superior a 71, favorecen el buen desempeño al siguiente año.
- El promedio de calificaciones al término del primer y segundo año, fue mayor cuando se contaba con apoyo psicosocial.
- Se observó que la falta de apoyo psicosocial se relacionó con eventos estresantes en la vida. Los estudiantes menos exitosos tienen menor control, mayor estrés y depresión en comparación a aquellos con calificaciones ubicadas en el rango superior.
- El estrés y apoyo psicosocial se relacionan en forma inversamente proporcional. De acuerdo a la relación entre perfil de salud psicosocial y eventos estresantes en la vida, se pueden conformar los siguientes grupos de alumnos: a) Grupo vulnerable, estudiantes en el cuadrante I (alto estrés y apoyo no afectivo) y cuadrante IV (alto estrés con apoyo menor a la media), quienes necesitan de un sistema especial de apoyo; b) Grupo saludable, estudiantes del cuadrante II con alto apoyo psicosocial y

bajo nivel de estrés; y c) Grupo resistente, estudiantes del cuadrante III, con bajo apoyo y bajo estrés.

- Hay una frecuencia mayor de estudiantes sin apoyo psicosocial con calificaciones en el tercio inferior y medio, en comparación al tercio superior.
- Contar con uno o ambos padres conviviendo con el estudiante, otros familiares, amigos de la preparatoria, un trabajo pagado, creencias espirituales, contacto con maestros, consultores o personal de la Facultad y pertenecer a un grupo organizado, se asoció significativamente con un mejor desempeño durante el primer año de la carrera. El contacto con maestros, consultores y personal de la Facultad, leer literatura diferente a la médica, se asoció a mejor rendimiento académico al final del segundo año.

CAPÍTULO 10

PROPUESTAS

La integración de los servicios de Psiquiatría bajo el formato de Medicina de Enlace deben de ser considerados para la Investigación en salud con énfasis en Educación Médica y Calidad en la Atención del Cuidado a la Salud de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “José E. González”. El Estudio Longitudinal de los alumnos de nuestra Facultad de Medicina deberá de ser la base de propuestas futuras, bajo el conocimiento científico objetivo, alejándonos del empirismo y apreciación subjetiva. Este estudio es el primer facilitador y despegue de dicho estudio; a futuro, podrá ser considerado para el desarrollo del currículo, la enseñanza multidisciplinaria de nuestros servicios básicos y clínicos, en apoyo al trabajo de equipo de todos sus maestros y especialidades, para optimizar recursos en el desarrollo e implementación de programas de innovación sobre profesionalismo en la educación y ejercicio médico.

A continuación se enumeran otras áreas de oportunidad abiertas con las actividades y propuestas de asistencia, investigación y enlace y que deben de ser prioridad por implicaciones en la vida académica y de salud futura de los estudiantes y nuestra Facultad:

- Implementación de programas específicos de apoyo para los estudiantes vulnerables de los grupos I y IV.
- Estudios de seguimiento de los estudiantes de los grupos II y III, estudiantes que denotan mejor condición para observar sus necesidades a futuro.

CAPÍTULO 11

REFERENCIAS

- Alcántar-Molinar, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Navarro-Guzmán C, Blanco-Jaimes J. (1998) ¿Es la autoestima un factor que ayuda al adolescente a tener éxito académico? SESAM: 5-8.
- Ashton CH, Kamali F. (1995) Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. *Medical Education*; 29: 187-92.
- Beck AT, Beck RW (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 51, pp. 81-85
- Beck AT, Beamesderfer A (1974). Assessment of depression: The Depression Inventory. In P. PICHOT (Eds). *Psychological Measurement in Psychopharmacology*, pp 151-169 (Paris, Karger Basel)
- Chávez-Alcorta (1989) . Evaluación de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF17). Presentado en el XVI Congreso Nacional de Biomédica. Facultad de Medicina de la UANL. , Octubre 1998. Monterrey, N.L.
- Dorwick C. (1996) *Depressed Doctors*. Priority Lodge Educational Ltd.
- Edelstein RA, Ed. Reid HM, Usatine R, Wilkes MS. (2000) A comparative study of measures to evaluate medical students performances. *Academic Medicine* 75:4, 825-833.
- Eysenck HJ, Eysenck SBG (1978). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire: Junior and Adults* (Kent, Hodder y Stoughton)
- Fajardo-Dolci G, Laguna-García J, Ponce de León-Castañeta ME, Gutiérrez H. (1995). Selección de la carrera y perspectivas de desarrollo profesional en estudiantes de Medicina. *Salud Pública de México*; 37: 31-6.
- Firth-Cozens J. (1998) Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *British Journal of General Practice*. 48:1647-51

- Geisinger KF (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6, pp. 304-312
- Gonnella JS, Hojat M, Erdmann JB, Veloski JJ. (1993) A case of mistaken identity: Signal and noise in connecting performance assessments before and after graduation from medical school. *Academic Medicine*; 68 (Supplement): 9-16.
- Gonnella JS, Veloski JJ, Xu G, Hojat M. (1992) The Challenges in Measuring Educational Outcomes. 50th Anniversary Conference of the Liaison Committee on Medical Education "Innovation and Quality in Medical Education. The LCME as a facilitator?" Chicago IL.
- Gough HG, Hall WB. (1975) An attempt to predict graduation from medical school. *Journal of Medical Education*; 50: 940-950.
- Haley JV, Lerner MJ. (1972) The characteristics and performance of medical students during preclinical training. *Journal of Medical Education*; 47: 446-452.
- Hamilton I, McCubbin, Joan M, Patterson, and Janet R. Grochowski. (1991) Young Adult Family Inventory of Life Events and Changes (YA-FILES). *Family Assessment Inventories for Research and Practice*. Madison, WI: University of Wisconsin.
- Herman MW, Veloski J, Hojat M. (1983) Validity and importance of low ratings given to medical graduates in non-cognitive areas. *Journal of Medical Education*; 58: 837-843.
- Hojat M, Borenstein B, Shapurian R. (1990) Perception of childhood dissatisfaction with parents and selected personality traits in adulthood. *Journal of General Psychology*; 117:241-253.
- Hojat M, Erdman JB, Robeson M, Damjanov I, Glaser K. (1994) A study of psychometric characteristics of abridged versions of selected psychosocial measures given to medical school students for the purpose of predicting their clinical competence. *Interdisciplinaria*; 11: 129-148.

- Hojat M, Glaser K, Xu G, Veloski JJ, Christian EB. (1999b) Gender comparisons of medical student psychosocial profiles. *Journal of Medical Education*; 33:342-349.
- Hojat M, Glaser KM, Veloski JJ. (1996). Associations between selected psychosocial attributes and ratings of physician competence. *Acad Med*; 71(Suppl):S103-105.
- Hojat M, Gonella JS, Erdamnn JB, Veloski JJ, Louis DZ, Nazca TJ, Rattner SL. (2000). Physicians' perceptions of the changing health care system: Comparisons by gender and specialities. *Journal of Community Health*; 25:455-471.
- Hojat M, Nasca TJ, Magee M, Feeney K, Pascual R, Urbano F, and Gonnella JS. (1999a) Una comparación de los perfiles de personalidad de los residentes de Medicina Interna. El papel de los modelos a seguir en la medicina y la población en general. *Academic Medicine*; 74: 1327-1333.
- Hojat M, Robeson M, Damjanov I, Veloski JJ, Zelznick C. (August, 1992) Performance in medical school as a function of psychosocial characteristics. Presented at the Centennial Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Hojat M. (1982a) Loneliness as a function of parent-child and peer relations. *Journal of Psychology*; 38: 112-133.
- Hojat M. (1982b) Loneliness as a function of selected personality variables. *Journal of Clinical Psychology*; 38: 137-141.
- Hojat M. (1982c) Psychometric characteristics of the UCLA loneliness scale. *Educational and Psychological Measurement*; 42: 917-925.
- Hojat M. (1983) Comparison of transitory and chronic loners on selected personality traits. *British Journal of Psychology*; 74:199-202.
- Hojat M. (1996) Perception of maternal availability in childhood and selected psychosocial characteristics in adulthood. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*;122:425-50.

- Hojat M. (1998) Satisfaction with early relationships with parents and psychosocial attributes in adulthood: which parent contributes more? *J Genet Psychol*; 159:203-20.
- Holmes TH, Rahe RH (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp. 213-218
- Huebner LA, Roger JA, Moore J. (1981) The assessment and remediation of dysfunctional stress in medical school. *Journal of Medical Education*; 56: 547-558.
- Keck JW, Arnold L, Willoughby Z, Calkins SJ. (1979) Efficacy of cognitive/non-cognitive measures in predicting resident-physician performance. *Journal of Medical Education*; 59: 759-765.
- Kupfer DJ, Drew FL, Curtis EK, Rubinstein DN. (1978) Personality style and empathy in medical students. *Journal of Medical Education*; 53: 507-509.
- Lehrer P.M. and Woolfolk R.L. (1982) Self Report Assessment of anxiety: somatic, cognitive and behavioral modalities. *Behavioral Assessment*; 4:167-177.
- Levinson DJ. (1967) Medical education and the theory of adult socialization. *Journal of Health and Social Behavior*; 8: 253-265.
- Linn BS, Zeppa R. (1984) Stress in junior medical students: Relationship to personality and performance. *Journal of Medical Education*; 59: 7-12.
- Magee M y Hojat M. (2001). Impact of health care system on physician's discontent. *Journal of Community Health*; 26: 357-365
- Marvis, 2001. Comunicación personal
- Mechanic D. (1964) The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior. *Pediatrics*; 33: 444-453.
- Miles SH. (1998) A piece of my mind. A Challenge to Licensing Boards: The Stigma of Mental Illness. *JAMA*. (280)10: 865.
- Murden R, Galloway GM, Reid JC, Colwill JM. (1978) Academic and personal predictors of clinical success in medical school. *Journal of Medical Education*; 53: 711-719.

- Myers MF (1996). Physicians Living With Depression. Videotape Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc).
- Myers MF (1998). When Physicians Commit Suicide: Reflections of Those They Leave Behind. Videotape. Vancouver, B.C.: Media Services, St. Paul's Hospital and University of British Columbia.
- Myers MF (2000). Intimate Relationships in Medical School: How To Make Them Work (London, Sage Publications)
- Myers MF. (1994) Psychiatric Illness in Physicians: Let's Get Rid of the Stigma. *Humane Medicine*. 10(1): 9-11.
- Naskar NN, Bhattacharya SK. (1999) A study on drug abuse among the undergraduate medical students in Calcutta. *Journal of the Indian Medical Association*; 97:20-1.
- Newbury-Birch D, White M, Kamali F. (2000) Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug y Alcohol Dependence*. 59:125-130.
- Niemi PM, (1997) Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. *Journal of Medical Education*; 31: 408-415.
- Nogueira M. L.A. (1995) Saúde Mental do médico e do Estudante de Medicina. Versión modificada del relato presentado en la Mesa redonda: "Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina" IV Encontro Brasileiro de Interconsulta Psiquiátrica e Psiquiatria de Hospital General, Belo Horizonte, setembro de data de última modificação: 18/02/00.
- Peng R, Khaw HH, Edariah AB. (1995) Personality and performance of preclinical medical students. *Journal of Medical Education*; 29: 283-288.
- Phelan S, Obenshain SS, y Galey WR. (1993) Evaluation of the non-cognitive professional traits of medical students. *Academic Medicine*; 68: 799-803.
- Pickard M, Bates L, Dorian M, Greig H, Saint D. (2000) Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Journal of Medical Education*; 34:86-7.
- Reinhardt A, Gray RM. (1972) A social psychological study of attitude change in physicians. *Journal of Medical Education*; 47: 112-117.

- Richards BF, Ober P, Cariaga-Lo L, Camp MG, Philip J, McFarlane M, Rupp R, y Zaccaro DJ, (1996) Ratings of students performances in a third-year Internal Medicine Clerkship: a comparison between problem-based and lecture-based curricula. *Academic Medicine*: 71: 187-189.
- Rimoldi HJA, Raimondo R, Erdman JB, Hojat M. (2002). Intra- and intercultural comparisons of the personality profiles of medical students in Argentina and the United States. *Adolescence*, 37, pp. 477-494
- Rosenberg M (1965). *Society and Adolescent Self-Image* (Princeton, Princeton University Press)
- Rosenfeld LM, Hojat M, Veloski JJ, Blacklow RS, y Goepp C. (1992) Delays in completing medical school: Predictors and outcomes. *Teaching and Learning in Medicine*; 4; 162-167.
- Rotter JB (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychology Monographs*, 80, p.1
- Rusell D, Peplau LA y Cutrona CE (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*; 39: 472-480
- Sarason IG (1972). Experimental approaches to test anxiety: attention and the uses of information. In: SPIELBERG CD, ed. *Anxiety: Current trends in theory and research*, pp. 381-403 (New York, Academic Press)
- Self DJ, Gopalakrishnan G, Kiser WR, Olivarez M. (1995) The relationship of empathy to moral reasoning in first- year medical students. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*; 4: 448-453.
- Shapurian R, Hojat M, y Nayerahmadi H. (1987) Psychometric characteristics and dimensionality of a Persian version of Rosenberg Self-Esteem Scale. *Perceptual and Motor Skills*; 65: 27-34.
- Shen H, Comery AL. (1997) Predicting medical students academic performance by their cognitive abilities and personality characteristics. *Academic Medicine*; 72: 781-6.
- Taylor JA (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, pp. 285-290

- Wallick MM, Cambre KM. (1999a) Personality types in Academic Medicine. J. Louisiana State Medical Society; 151: 378-383.
- Wallick MM, Cambre KM. (1999b) Personality types. Academic Medicine; 151: 378-83.
- Wallick MM, Cambre KM. Randall H. M. (1999) Personality types and Medical Specialty Choice J. Louisiana State Medical Society; 151(7): 463-469.
- Williams DA. (1979) Personality and vocational choice. (Doctoral dissertation, University of Georgia) Dissertation Abstracts International; 39(7B), 3493.
- World Health Organization. (1948) World Health Organization constitution: Basic documents. Geneva, Switzerland.
- Xu G, Cummings M, Veloski JJ, Brose J. (1996). A national study of factors influencing the career choice of osteopathic and allopathic family physicians. J Am Osteopath Assoc; 96:737-42.
- Yufit RJ, Pollock GH. Wasserman E. (1969) Medical specialty choice and personality. Archives of General Psychiatry; 20, 285-290.

APÉNDICES

APÉNDICE A



Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

CNC (Hojat y cols. / Alcorta-G)

INSTRUCCIONES: Por favor explique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre usted mismo. Circule la letra según el número de la escala de 1-4.

A) Firmemente en desacuerdo 1)	B) Desacuerdo 2)	C) De acuerdo 3)	D) Firmemente de acuerdo 4)
--	----------------------------	----------------------------	---------------------------------------

- 1. Soy una persona tan valiosa como las demás
- 2. No estoy satisfecho(a) conmigo(a).
- 3. A veces me siento realmente inútil.
- 4. Tengo una actitud positiva conmigo mismo.
- 5. A veces, pienso que no sirvo para nada.
- 6. Siento que no tengo suficiente control sobre lo que pasa en mi vida.
- 7. Mucho de lo que sale mal no es por falta de suerte, sino de falta de capacidad por ignorancia y pereza.
- 8. El mundo esta dominado por unos pocos poderosos y poco podemos hacer al respecto los demás.
- 9. El llegar a jefe solo depende de tener la suerte de estar en el lugar correcto en el momento justo.
- 10. Muchos estudiantes no saben cuanto sus calificaciones son influenciadas por cosas accidentales que les pasan.
- 11. No puedo relajarme y divertirme en una fiesta animada.
- 12. Me gusta mucho salir.
- 13. Otras personas piensan que yo soy muy vivaz y activo(a).
- 14. No me gusta tomar la iniciativa para hacer nuevos amigos.
- 15. Puedo fácilmente animar una fiesta aburrida.
- 16. Soy nervioso(a).
- 17. No soy una persona irritable.
- 18. No hieren mis sentimientos fácilmente.
- 19. Me considero una persona muy tensa y contundente.
- 20. Mi humor cambia muy a menudo, sube y baja.
- 21. He estado bajo fuerte presión académica los últimos 12 meses.
- 22. En los últimos 12 meses, he tenido muchos acontecimientos estresantes.
- 23. En general, siento que soy una persona ansiosa.
- 24. En general, yo siento que la gente no puede controlar lo que le ocurre.
- 25. Tengo una estimación realista de los conocimientos que he adquirido con el estudio.

INSTRUCCIONES: Por favor indique que tan a menudo se siente como se describe en cada uno de las siguientes enunciados.

A) NUNCA 1)	B) RARAMENTE 2)	C) ALGUNAS VECES 3)	D) FRECUENTEMENTE 4)	E) SIEMPRE 5)
-----------------------	---------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------

26. Mi corazón late rápidamente durante un examen importante.
27. Estoy incómodo(a) y/o me siento desconcentrado(a) antes de los exámenes finales.
28. Pienso que podría rendir mucho mejor en los exámenes si solamente pudiera hacerlos y no sentirme presionado(a) por el límite de tiempo.
29. Me tiemblan las manos antes de un examen importante.
30. Las ideas de que puedo equivocarme interfieren en mi rendimiento en los exámenes.
31. Me preocupo bastante, sobre posibles problemas.
32. En una situación embarazosa empiezo a sudar y eso me molesta.
33. Duermo menos porque me preocupan los problemas.
34. Siempre me encuentro preocupado(a) por alguna cosa.
35. Soy la clase de persona que se preocupa seriamente por las cosas.

INSTRUCCIONES: Por favor indique que tan a menudo se siente como se describe en cada uno de las siguientes enunciados.

A) NUNCA 1)	B) RARAMENTE 2)	C) ALGUNAS VECES 3)	D) FRECUENTEMENTE 4)	E) SIEMPRE 5)
-----------------------	---------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------

36. Tengo tantas amistades cercanas como las que yo quiero.
37. Me siento emocionalmente satisfecho en mis relaciones con la gente.
38. Me siento solo.
39. Hay gente a la que yo puedo recurrir.
40. Me siento aislado de los demás.

INSTRUCCIONES: Si alguna de los cinco eventos de la lista de abajo le pasaron durante los últimos 12 meses, por favor indique que tanto le afectó circulando en la letra que corresponda al número de la escala de 1 a 5 de cada evento.

a) Nunca pasó 1)	b) No ha pasado 2)	c) Me afecto mucho 3)	d) Me afecto 4)	e) Me afecto en extremo 5)
----------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------------------

- | | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 41. Muerte de un miembro de la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> 42. Heridas o accidentes personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> 43. Problemas de salud de un familiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> 44. Problemas financieros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> 45. Problemas en el estudio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

INSTRUCCIONES: Por favor lea el grupo completo de opciones para cada ítem; luego, cuidadosamente elija una de las opciones de cada grupo, la que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana y hasta el momento actual.

- Marque la letra de la oración que haya elegido.

- Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una.

- Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

46) 1) A) No me siento triste.
2) B) Me siento triste o deprimido.
3) C) Me siento triste o deprimido todo el tiempo y no puedo evitarlo.
4) D) Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo. [_____]

47) 1) A) No estoy particularmente pesimista o negativo respecto al futuro.
2) B) Me siento desconcertado con respecto al futuro.
3) C) Siento que no tengo que esperar del futuro.
4) D) Pienso que no hay esperanzas para mí en el futuro y que las cosas no van a mejorar. [_____]

48) 1) A) No me siento un(a) fracasado(a).
2) B) Pienso que he fracasado más que las demás personas.
3) C) Cuando analizo mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
4) D) Pienso que soy un completo fracaso como persona (amigo, padre o madre, marido o esposa) [_____]

49) 1) A) No estoy particularmente insatisfecho(a).
2) B) No disfruto de las cosas como antes.
3) C) No tengo nunca satisfacción de nada.
4) D) Estoy insatisfecho y molesto con todo. [_____]

50) 1) A) No me siento particularmente culpable.
2) B) Me siento malo(a) o indigno(a) buena parte del tiempo.
3) C) Me siento bastante culpable.
4) D) Me siento culpable (malo/a, indigno/a) todo el tiempo. [_____]

51) 1) A) No me siento decepcionado(a) de mi mismo(a).
2) B) Me siento decepcionado(a) de mi mismo(a).
3) C) Me siento a disgusto conmigo mismo.
4) D) Me odio. [_____]

52) 1) A) No tengo ideas de dañarme a mí mismo(a).
2) B) Pienso que estaría mejor muerto(a).
3) C) Tengo planes definidos acerca de suicidarme.
4) D) Me mataría si tuviera la oportunidad. [_____]

- 53) 1) A) No he perdido interés por la gente.
2) B) No me interesa la gente como antes.
3) C) He perdido mucho interés en la gente y siento poco y/o nada por ellos.
4) D) He perdido todo mi interés en la gente y no me importa nada de los demás. [_____]

- 54) 1) A) Tomo todas las decisiones tan bien como siempre.
2) B) Trato de evitar el tomar decisiones.
3) C) Tengo una gran dificultad para tomar decisiones.
4) D) Yo no puedo tomar ninguna decisión más. [_____]

- 55) 1) A) No pienso que mi apariencia sea peor que antes.
2) B) Me preocupa pensar que parezca viejo (a) o sin atractivo.
3) C) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea sin atractivo.
4) D) Pienso que soy horrible o repulsivo. [_____]

- 56) 1) A) Puedo hacer lo que sea tan bien como antes.
2) B) Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
3) C) Tengo que esforzarme mucho para hacer algo.
4) D) No puedo hacer ningún trabajo [_____]

- 57) 1) A) No me canso más de lo habitual.
2) B) Me canso más fácilmente que antes.
3) C) Me canso de hacer casi cualquier cosa.
4) D) Me canso muchísimo para hacer algo. [_____]

- 58) 1) A) Mi apetito es igual que siempre.
2) B) Mi apetito no es tan bueno como antes.
3) C) Mi apetito ha disminuido mucho.
4) D) No tengo apetito en lo absoluto. [_____]

INSTRUCCIONES: Por favor conteste todas las siguientes preguntas. Indique su respuesta señalándola en la forma apropiada.

- 59) Sus padres están separados o divorciados. A) SI B) NO [_____]

60) Si sus padres están separados o divorciados, que edad tenía usted cuando ellos se separaron o divorciaron.

- [_____] 1) A) Menos de 2 años de edad.
2) B) Entre 3 y 5 años de edad.
3) C) Entre 6 y 10 años de edad.
4) D) Más de 10 años de edad.

61) Si su madre falleció.

- [] 1) A) No
2) B) Sí, cuando yo tenía menos de 2 años de edad.
3) C) Sí, entre mis 3 y 5 años de edad.
4) D) Sí, entre mis 6 y 10 años de edad.
5) E) Sí, cuando yo tenía más de 10 años de edad.

62) Si su padre falleció.

- [] 1) A) No
2) B) Sí, cuando yo tenía menos de 2 años de edad.
3) C) Sí, entre mis 3 y 5 años de edad.
4) D) Sí, entre mis 6 y 10 años de edad.
5) E) Sí, cuando yo tenía más de 10 años de edad.

63) En lo mejor de su conocimiento por favor indique de las siguientes afirmaciones la que mejor describa su situación cuando usted tenía menos de cinco años de edad.

- [] 1) A) Mi madre estaba en casa conmigo casi todo el día.
2) B) Mi madre estaba conmigo en casa en alguna parte del tiempo y el resto del tiempo lo pasaba con alguien más que me cuidaba.
3) C) Alguien me cuidaba en casa la mayor parte del tiempo.
4) D) Alguien más, no mi mamá me cuidaba pero casi siempre fuera de mi casa.
5) E) Yo fui cuidado en el día en una guardería.

•En lo mejor de su conocimiento, cuando era niño y usted tenía problemas personales, usted acudía a su madre o a su padre.

- 64)** Con su mamá: 1) A) Siempre
2) B) Algunas veces
3) C) Raramente
4) D) Nunca []

- 65)** Con su papá: 1) A) Siempre
2) B) Algunas veces
3) C) Raramente
4) D) Nunca []

•En lo mejor de lo que usted recuerda, su madre o su padre le dedicaban suficiente tiempo a usted.

- 66)** Con su mamá: 1) A) Fuertemente de acuerdo
2) B) De acuerdo
3) C) Desacuerdo
4) D) Fuertemente en desacuerdo []

- 67)** Con su papá: 1) A) Fuertemente de acuerdo
2) B) De acuerdo
3) C) Desacuerdo
4) D) Fuertemente en desacuerdo []

•De acuerdo a sus memorias de la niñez, su madre o su padre fueron comprensivos con usted:

68) Con su mamá: 1) A) Fuertemente de acuerdo
2) B) De acuerdo
3) C) Desacuerdo
4) D) Fuertemente en desacuerdo []

69) Con su papá: 1) A) Fuertemente de acuerdo
2) B) De acuerdo
3) C) Desacuerdo
4) D) Fuertemente en desacuerdo []

70) En sus años de preescolar, generalmente convivían con usted sus compañeros.
1) A) Fuertemente de acuerdo
2) B) De acuerdo
3) C) Desacuerdo
4) D) Fuertemente en desacuerdo []

71) Que tan frecuente usted se siente solo (a):
1) A) Nunca me siento solo (a).
2) B) Algunas veces en mi vida tuve períodos transitorios de soledad.
3) C) Me sentí solo (a) desde todo el año pasado.
4) D) Me sentí solo (a) desde los últimos tres años para acá.
5) E) Siempre me he sentido solo. []

72)Cuál es su salud en general:
1) A) Excelente
2) B) Buena
3) C) Pobre
4) D) Mala []

A) Firmemente en desacuerdo	B) Desacuerdo	C) De acuerdo	D) Firmemente de acuerdo
1)	2)	3)	4)

[] **73)** He tenido problemas de sueño.

[] **74)** He tenido problemas con alergias.

[] **75)** He tenido jaquecas.

[] **76)** He tenido poco apetito.

[] **77)** He tenido dolores en mi espalda.

[] **78)** He tenido erupciones en la piel.

[] **79)** He tenido enfermedades infecciosas.

[] **80)** He tenido resfriados frecuentes en invierno.

[] **81)** He tenido náuseas o malestar estomacal.

[] **82)** He tenido problemas al comer de más.

[] **83)** He tenido dolores corporales.

- 84)** He tenido problemas por fumar (o fumo más de 2 cigarrillos al día).
- 85)** He tenido problemas con la bebida (o tomo más de una bebida al día).
- 86)** He tenido una enfermedad crónica.
- 87)** Mis problemas de salud interfieren con mis actividades diarias.
- 88)** ¿Cuántas veces en los 12 meses pasados ha visitado a su doctor?

APÉNDICE B

Terman Merrill

Serie I. Tiene usted 2 minutos para contestar esta serie.

Ponga en la hoja de respuestas la letra correspondiente a la palabra que complete correctamente la oración, tal como lo muestra el ejemplo.

[d] El iniciador de nuestra guerra de independencia fue:

a)Morelos b)Zaragoza c)Iturbide d)Hidalgo

1. [] La gasolina se extrae de:
a) granos b) petróleo c) trementina d) semillas
2. [] Una tonelada tiene:
a) 1000 b) 2000 c) 3000 d) 4000kgs.
3. [] La mayoría de nuestras exportaciones salen por:
a) Mazatlán b) Acapulco c) Progreso d) Veracruz
4. [] El nervio óptico sirve para:
a) ver b) oír c) probar d) sentir
5. [] El café es una especie de:
a) corteza b) fruto c) hojas d) raíz
6. [] El jamón es carne de:
a) carnero b) vaca c) gallina d) cerdo
7. [] La laringe está en:
a) abdomen b) cabeza c) garganta d) espalda
8. [] La guillotina causa:
a) muerte b) enfermedad c) fiebre d) malestar
9. [] La grúa se usa para:
a) perforar b) cortar c) levantar d) exprimir
10. [] Una figura de seis lados se llama:
a) pentágono b) paralelogramo c) hexágono d) trapecio
11. [] El kilowat mide:
a) lluvia b) viento c) electricidad d) presión
12. [] La pauta se usa en:
a) agricultura b) música c) fotografía d) estenografía
13. [] Las esmeraldas son:
a) azules b) verdes c) rojas d) amarillas
14. [] El metro es aproximadamente igual a:
a) pie b) pulgada c) yarda d) milla

15. [] Las esponjas se obtienen de:
a) animales b) yerbas c) bosques d) minas
16. [] Fraude es un término usado en:
a) medicina b) teología c) leyes d) pedagogía

Serie II. Tiene usted 2 minutos para contestar esta serie.

Lea cada cuestión y anote la letra correspondiente a la mejor respuesta tal como lo muestra el ejemplo.

[c] Porqué compramos relojes? Porqué
a) Nos gusta oírlos sonar
b) Tienen manecillas
c) Nos indican las horas

17. [] Si la tierra estuviera más cerca del sol:
a) las estrellas desaparecerían
b) los meses serían más largos
c) la tierra estaría más caliente
18. [] Los rayos de una rueda están frecuentemente hechos de nogal porque:
a) el nogal es fuerte
b) se corta fácilmente
c) coge bien la pintura
19. [] Un tren se detiene con más dificultad que un automóvil porque:
a) tiene más rueda
b) es más pesado
c) sus frenos no son muy buenos
20. [] El dicho "A golpecitos se derriba un roble" quiere decir:
a) que los robles son débiles
b) que son mejores los golpes pequeños
c) que el esfuerzo constante logra resultados sorprendentes
21. [] El dicho "Una olla vigilada nunca hierve" quiere decir:
a) que no debemos vigilarla cuando está en el fuego
b) que tarda en hervir
c) que el tiempo se alarga cuando esperamos algo
22. [] El dicho "Siembra pasto mientras haya sol" quiere decir:
a) que el pasto se siembra en el verano
b) que debemos aprovechar nuestras oportunidades
c) que el pasto no debe cortarse en la noche
23. [] El dicho "Zapatero a tus zapatos" quiere decir:
a) que un zapatero no debe abandonar sus zapatos
b) que los zapateros no deben estar ociosos
c) que debemos trabajar en lo que podemos hacer mejor

24. [] El dicho “La cuña para que apriete tiene que ser del mismo palo” quiere decir:
 a) que el palo sirve para apretar
 b) que las cuñas son de madera
 c) nos exigen más las personas que nos conoce
25. [] Un acorazado de acero flota porque:
 a) la máquina lo hace flotar
 b) porque tiene grandes espacios huecos
 c) contiene algo de madera
26. [] Las plumas de las alas ayudan al pájaro a volar porque:
 a) las alas ofrecen una amplia superficie ligera
 b) mantienen el aire fuera del cuerpo
 c) disminuye su peso
27. [] El dicho “Una golondrina no hace verano” quiere decir:
 a) que las golondrinas regresan
 b) que un simple dato no es suficiente
 c) que los pájaros se agregan a nuestros placeres de verano

Serie III. Tiene usted 2 minutos para contestar esta serie.

Cuando las palabras signifiquen lo MISMO, ponga la letra “a”, cuando signifiquen lo OPUESTO, ponga la letra “b”.

	Lo mismo (a)		TIRAR-ARROJAR
	Lo opuesto	(b)	NORTE-SUR
29. []	Salado	-	dulce
30. []	Alegrarse	-	regocijarse
31. []	Mayor	-	menor
32. []	Sentarse	-	pararse
33. []	Desperdiciar	-	aprovechar
34. []	Conceder	-	negar
35. []	Tónico	-	estimulante
36. []	Rebajar	-	denigrar
37. []	Prohibir	-	permitir
38. []	Osado	-	audaz
39. []	Arrebatado	-	prudente
40. []	Obtuso	-	agudo
41. []	Inepto	-	experto
42. []	Esquivar	-	huir
43. []	Rebelarse	-	someterse
44. []	Monotonía	-	variedad
45. []	Confortar	-	consolar
46. []	Expeler	-	retener
47. []	Dócil	-	sumiso
48. []	Transitorio	-	permanente
49. []	Seguridad	-	riesgo
50. []	Aprobar	-	objetar

- | | | | | |
|-----|-----|------------|---|------------|
| 51. | [] | Expeler | - | arrojar |
| 52. | [] | Engaño | - | impostura |
| 53. | [] | Mitigar | - | apaciguar |
| 54. | [] | Incitar | - | aplacar |
| 55. | [] | Reverencia | - | veneración |
| 56. | [] | Sobriedad | - | frugalidad |
| 57. | [] | Aumentar | - | menguar |
| 58. | [] | Incitar | - | instigar |

Serie IV: Tiene usted 5 minutos para contestar esta serie.

Anote en la hoja de respuestas la letra que contenga a las dos palabras que indican algo que siempre tiene el sujeto.

[a] **Un hombre tiene siempre:**

- a) **cuerpo-boca**
 - b) **gorra-cuerpo**
 - c) **guantes-boca**
 - d) **boca-dinero**
 - e) **dinero-gorra**
-

59. [] Un círculo tiene siempre:
 a) altura-circunferencia
 b) circunferencia-radio
 c) latitud-longitud
 d) altura-radio
60. [] Un pájaro tiene siempre:
 a) huesos-pico
 b) huevos-nido
 c) nido-canto
 d) sonido-violín
61. [] Un banquete tiene siempre:
 a) alimentos-personas
 b) música-discursos
 c) discursos-anfitrión
 d) anfitrión-música
62. [] Un caballo tiene siempre:
 a) arnés-herraduras
 b) cascos-cola
 c) herraduras-establo
 d) establo-cola
63. [] Un juego tiene siempre:
 a) cartas-multas
 b) multas-castigos
 c) jugadores-reglas
 d) cartas-reglas

64. [] Un objeto tiene siempre:
a) calor-tamaño
b) tamaño-peso
c) sabor-valor
d) valor-peso
65. [] Una conversación tiene siempre:
a) acuerdos-personas
b) personas-palabras
c) preguntas-ingenio
d) ingenio-palabras
66. [] Una deuda implica siempre:
a) acreedor-deudor
b) deudor-interés
c) interés-hipoteca
d) hipoteca-pago
67. [] Un ciudadano tiene siempre:
a) país-derechos
b) ocupación-propiedad
c) derechos-voto
d) propiedad-país
68. [] Un museo tiene siempre:
a) animales-orden
b) orden-colecciones
c) colecciones-minerales
d) minerales-visitantes
69. [] Un compromiso implica siempre:
a) obligación-acuerdo
b) acuerdo-amistad
c) amistad-respeto
d) respeto-satisfacción
70. [] Un bosque tiene siempre:
a) animales flores
b) flores-sombras
c) sombras-árboles
d) árboles-maleza
71. [] Los obstáculos tienen siempre:
a) dificultad-impedimento
b) desaliento-fracaso
c) fracaso-estímulo
d) estímulo-desaliento

72. [] El aborrecimiento tiene siempre:
 a) aversión-desagrado
 b) desagrado-temor
 c) temor-ira
 d) ira-timidez
73. [] Una revista tiene siempre:
 a) anuncios-papel
 b) papel-impresión
 c) fotografías-grabados
 d) grabados-anuncios
74. [] La controversia tiene siempre:
 a) argumentos - desacuerdos
 b) desacuerdos - aversión
 c) aversión - argumentos
75. [] Un barco tiene siempre:
 a) maquinaria – cañones
 b) cañones - quilla
 c) quilla - timón
 d) timón – velas

Serie V. Tiene usted 5 minutos para contestar esta serie.

Encuentre la respuesta lo más pronto posible y anote la letra que corresponda a la respuesta correcta.

76. [] A 2 por 5 centavos, ¿cuántos lápices pueden comprarse con 50 centavos?
 a) 25 b) 20 c) 75 d) 100
77. [] ¿Cuántas horas tardará un automóvil en recorrer 660 kilómetros a la velocidad de 60 kilómetros por hora?
 a) 11 b) 66 c) 100 d) 110
78. [] Si un hombre gana \$20.00 diarios y gasta \$14.00 ¿Cuántos días tardará en ahorrar \$300.00?
 a) 30 b) 60 c) 65 d) 50
79. [] Si dos pasteles cuestan \$0.60 ¿cuántos centavos cuesta la sexta parte del pastel?
 a) .10 b) .5 c) .6 d) .20
80. [] ¿Cuántas veces más es $2 \times 3 \times 4 \times 6$, que 3×4 ?
 a) 25 b) 16 c) 20 d) 12
81. [] ¿Cuánto es el 16% de \$120.00?
 a) 115 b) 19.20 c) 20 d) 25
82. [] El 4% de \$1,000.00 es igual al 8% de qué cantidad?
 a) 400 b) 800 c) 500 d) 1500

Serie VII. Tiene usted 2 minutos para contestar esta serie.
Haga todos los ejercicios como los ejemplos:

[b] El oído es a Oír como el ojo es a:
a) mesa b) ver c) mano d) jugar

[c] El sombrero es a la cabeza como el zapato es a:
a) brazo b) abrigo c) pie d) pierna

108. [] Abrigo es a usar como el pan es a:
cocinar a) comer b) hambre c) agua d)
109. [] Semana es a mes como mes a :
a) años b) hora c) minuto d) siglo
110. [] León es a animal como rosa es a:
a) olor b) hoja c) planta d) espina
111. [] Libertad es a independencia como cautiverio es a:
a) negro b) esclavitud c) libre d) sufrir
112. [] Decir es a dijo como estar es a:
a) cantar b) estuvo c) hablando d) cantó
113. [] Lunes es a martes como viernes es a:
a) semana b) jueves c) día d) sábado
114. [] Plomo es a pesado como corcho es a:
a) botella b) peso c) ligero d) flotar
115. [] Éxito es a alegría como fracaso es a:
a) tristeza b) suerte c) fracasar d) trabajo
116. [] Gato es a liebre como perro es a:
a) lobo b) ladrado c) mordida d) agarrar
117. [] 4 es a 16 como 5 es a:
a) 7 b) 45 c) 35 d) 25
118. [] Llorar es a reír como triste es a:
a) muerte b) alegría c) mortaja d) doctor
119. [] Veneno es a muerte como alimento es a:
a) comer b) pájaro c) vida d) malo
120. [] 1 es a 3 como 9 es a:
a) 18 b) 27 c) 36 d) 45

121. [] Alimento es a hambre como agua es a:
a) beber b) claro c) sed d) puro
122. [] Aquí es allí como éste es a:
a) éstos b) aquél c) ése d) entonces
123. [] Tigre es a pelo como trucha es a:
a) agua b) pez c) escama d) nadar
124. [] Pervertido es a depravado como incorrupto es a:
a) patria b) honrado c) sanción d) estudio
125. [] B es a D como segundo es a:
a) tercero b) último c) cuarto d) posterior
126. [] Estado es a gobernador como ejercito es a:
a) marina b) soldado c) general d) sargento
127. [] Sujeto es a predicado como nombre es a:
a) pronombre b) adverbio c) verbo d) adjetivo

Serie VIII. Tiene usted 3 minutos para contestar esta serie.

Las palabras de cada una de las oraciones siguientes están mezcladas. Ordene cada una de las oraciones. Si el significado de la oración es verdadero anote (a), si el significado de la oración es falso anote la letra (b).

128. [] Con crecen los niños edad la
129. [] Buena mar beben el para agua de es
130. [] Lo es paz la guerra opuesto de la a
131. [] Caballos automóvil un que caminan los despacio más
132. [] Consejo a veces es buen seguir un difícil
133. [] Cuatrocientos todos páginas contienen libros los
134. [] Crecen las que frescas el más roble
135. [] Verdadera comprada no puede ser amistad
136. [] Envidia la perjudiciales gula son y la
137. [] Nunca acciones premiadas las deben buenas ser
138. [] Exteriores engañan nunca apariencias las no
139. [] Nunca es hombre las que acciones demuestran un lo

140. [] Ciertas siempre muerte de causan clase de enfermedades
141. [] Odio indeseables aversión sentimientos el son y la
142. [] Frecuentemente por juzgar podremos acciones hombre nosotros sus a los
143. [] Una es sábana sarapes tan nunca los calientes como
144. [] Nunca que descuidados los tropiezan son

Serie IX. Tiene usted 2 minutos para contestar esta serie.

Ponga la letra de la palabra que corresponda con las demás del renglón.

145. [] a) saltar b) correr c) brincar d) parase e) caminar
146. [] a) monarquía b) comunista c) democracia d) anarquista e) católico
147. [] a) muerte b) duelo c) paseo d) pobreza e) tristeza
148. [] a) carpintero b) doctor c) abogado d) ingeniero e) profesor
149. [] a) cama b) silla c) plato d) sofá e) mesa
150. [] a) Francisco b) Santiago c) Juan d) Sara e) Guillermo
151. [] a) duro b) áspero c) liso d) suave e) dulce
152. [] a) digestión b) oído c) vista d) olfato e) tacto
153. [] a) automóvil b) bicicleta c) guayín d) telégrafo e) tren
154. [] a) abajo b) acá c) reciente d) arriba e) allá
155. [] a) Hidalgo b) Morelos c) Bravo d) Matamoros e) Bolívar
156. [] a) danés b) galgo c) bulldog d) paekínés e) legnorn
157. [] a) tela b) algodón c) lino d) seda e) lana
158. [] a) ira b) odio c) alegría d) piedad e) razonamiento
159. [] a) Edisón b) Franklin c) Marconi d) Fulton e) Shakespeare

De la pregunta 1 a la 13 hay 5 palabras por renglón, 4 se relacionan; anote en su plantilla de respuestas la letra de la palabra que no corresponda con las demás del renglón.

160. [] a) mariposa b) halcón c) avestruz d) petirrojo e) golondrina
161. [] a) dar b) prestar c) perder d) ahorrar e) derrochar
162. [] a) Australia b) Cuba c) Córcega d) Irlanda e) España

Serie X. Tiene usted 4 minutos para contestar esta serie.

En cada pregunta procure encontrar como están hechas las series, después escriba el inciso que corresponde a los dos números que deban seguir en cada serie.

Ejemplo: [a] 5 10 15 20
 a) 25 - 30 b) 30 - 25 c) 20 - 15 d) 15 - 20
 [c] 20 18 16 14
 a) 14 - 12 b) 10 - 8 c) 12 - 10 d) 11 - 10

164. 8 7 6 5 4 3 _____
 a) 1 - 2 b) 3 - 4 c) 2 - 1 d) 6 - 5
165. 3 8 13 18 23 28 _____
 a) 32 - 37 b) 33 - 38 c) 34 - 40 d) 34 - 38
166. 1 2 4 8 23 28 _____
 a) 50 - 56 b) 64 - 120 c) 48 - 54 d) 64 - 128
167. 8 8 6 6 4 4 _____
 a) 2 - 2 b) 3 - 3 c) 3 - 4 d) 3 - 2
168. $11.\frac{3}{4}$ 12 $12.\frac{1}{4}$ $12.\frac{1}{2}$ $12.\frac{3}{4}$ _____
 a) $13 - 13.\frac{1}{2}$ b) $12.\frac{4}{4} - 13$ c) $13 - 13.\frac{1}{4}$ d) $13.\frac{1}{4} - 14$
169. 8 9 12 13 16 17 _____
 a) 20 - 23 b) 20 - 21 c) 18 - 21 d) 18 - 19
170. $\frac{16}{2}$ $\frac{8}{2}$ $\frac{4}{2}$ $\frac{2}{2}$ $\frac{3}{2}$ $\frac{1}{2}$ _____
 a) $2\frac{2}{2} - \frac{1}{2}$ b) $3\frac{2}{2} - 4\frac{4}{4}$ c) $\frac{1}{2} - \frac{1}{4}$ d) $\frac{1}{4} - \frac{1}{8}$
171. 31.3 40.3 49.3 58.3 67.3 76.3 _____
 a) 85.3 - 94.3 b) 84.3 - 93.3 c) 86.3 - 94.3 d) 85.3 - 93.3
172. 3 5 4 6 5 7 _____
 a) 7 - 8 b) 6 - 8 c) 8 - 9 d) 9 - 8
173. 7 11 15 16 20 24 25 29 _____
 a) 32 - 33 b) 32 - 34 c) 33 - 34 d) 34 - 35
174. $\frac{1}{25}$ $\frac{1}{515}$ _____
 a) 5 - 50 b) 15 - 45 c) 30 - 125 d) 25 - 125

APÉNDICE C



Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Departamento de Psiquiatría
Funcionamiento Familiar



Nombre: _____ Fecha: _____ DÍA | MES | AÑO

Edad: _____ Edad del Matrimonio: _____ Registro: _____

Instrucciones: Por favor marque la letra correspondiente en el cuadro de la derecha.

[1] Lugar que ocupa en su familia:

- 1 (A) Soy el (la) primero(a)
- 2 (B) Soy el segundo o tercero
- 3 (C) Soy el cuarto quinto
- 4 (D) Soy el (la) menor
- 5 (E) Soy el (la) único(a)

[2] Número de miembros en la familia:

- 1 (A) 2 a 5
- 2 (B) 6 a 9
- 3 (C) 10 y más
- 4 (D) Soy hijo(a) único(a)
- 5 (E) Soy adoptado(a)

[3] Religión

- 1 (A) Católica
- 2 (B) Bautista o Protestante
- 3 (C) Testigo de Jehová
- 4 (D) Soy hijo ateo
- 5 (E) Otra

[4] Ocupación

- 1 (A) Trabajo Doméstico
- 2 (B) Estudiante
- 3 (C) Estudia y Trabaja por la tarde o noche
- 4 (D) Trabaja como técnico medio tiempo
- 5 (E) Es obrero(a) empleado(a) tiempo completo o medio tiempo

[5] Promedio Económico de Ingreso por mes en la familia

- 1 (A) Menos de 1 salario mínimo
- 2 (B) 1 - 2 Salarios mínimos
- 3 (C) 3 a 5 Salarios mínimos
- 4 (D) Más de \$ 30,000.⁰⁰
- 5 (E) No sabe

[6] Tipo de Familia

- 1 (A) Padres e hijos
- 2 (B) Padres, hijos y parientes
- 3 (C) Padres, hijos, parientes y no parientes
- 4 (D) Viven con la familia de origen de su padre o su madre en la misma casa
- 5 (E) Viven con y los sostienen otros parientes o vecinos o amigos

E-EFF17. Chávez / Alcorta

NEO PI-R

1)	A)	Firmemente en desacuerdo
2)	B)	Desacuerdo
3)	C)	Neutral
4)	D)	De acuerdo
5)	E)	Firmemente de acuerdo

- | | | | |
|-----|-----|----------------|--|
| 1. | [] | A) B) C) D) E) | No soy preocupon (inquieto). |
| 2. | [] | A) B) C) D) E) | En verdad me agrada la mayoría de la gente que conozco. |
| 3. | [] | A) B) C) D) E) | Tengo una imaginación muy activa. |
| 4. | [] | A) B) C) D) E) | Tiendo a ser escéptico con respecto a las intenciones de los demás. |
| 5. | [] | A) B) C) D) E) | Soy conocido por mi prudencia y sentido común. |
| 6. | [] | A) B) C) D) E) | Seguido me siento enojado por la manera que la gente me trata. |
| 7. | [] | A) B) C) D) E) | Huyo de las multitudes. |
| 8. | [] | A) B) C) D) E) | Lo artístico y ascético (vida austera) no son muy importantes para mí. |
| 9. | [] | A) B) C) D) E) | No soy astuto o sagaz. |
| 10. | [] | A) B) C) D) E) | Prefiero mantener mis opciones abiertas que planear todo por adelantado. |
| 11. | [] | A) B) C) D) E) | Rara vez me siento triste o deprimido. |
| 12. | [] | A) B) C) D) E) | Yo soy dominante, energético y asertivo. |
| 13. | [] | A) B) C) D) E) | La vida no sería interesante para mí, sin emociones fuertes. |
| 14. | [] | A) B) C) D) E) | Alguna gente piensa que soy egoísta y ególatra. |
| 15. | [] | A) B) C) D) E) | Trato de desempeñar todas las tareas que se me asignan concienzudamente. |
| 16. | [] | A) B) C) D) E) | En mis relaciones con otra gente, siempre temo hacer el ridículo (meter la pata). |
| 17. | [] | A) B) C) D) E) | Tengo un estilo cómodo de trabajar y jugar. |
| 18. | [] | A) B) C) D) E) | Tengo mis costumbres bastante arraigadas. |
| 19. | [] | A) B) C) D) E) | Prefiero cooperar con otros que competir con ellos. |
| 20. | [] | A) B) C) D) E) | Me dejo llevar fácilmente y soy desenfadado. |
| 21. | [] | A) B) C) D) E) | Rara vez soy demasiado indulgente en algo. |
| 22. | [] | A) B) C) D) E) | Me altero con frecuencia. |
| 23. | [] | A) B) C) D) E) | Con frecuencia yo disfruto de jugar con teorías e ideas abstractas. |
| 24. | [] | A) B) C) D) E) | No me importa jactarme de mis aptitudes y habilidades. |
| 25. | [] | A) B) C) D) E) | Soy bastante bueno para establecer un ritmo que me permita hacer las cosas a tiempo. |
| 26. | [] | A) B) C) D) E) | Seguido me siento impotente y quiero que alguien más me resuelva mis problemas. |
| 27. | [] | A) B) C) D) E) | Nunca he saltado literalmente por gusto. |
| 28. | [] | A) B) C) D) E) | Yo creo que dejar que los estudiantes escuchen temas controversiales solo puede confundirlos y extraviarlos. |

- 1) A) Firmemente en desacuerdo
 - 2) B) Desacuerdo
 - 3) C) Neutral
 - 4) D) De acuerdo
 - 5) E) Firmemente de acuerdo
-

29. [] A) B) C) D) E) Líderes políticos necesitan estar más conscientes del lado humano de sus políticas.
30. [] A) B) C) D) E) A través de los años, he hecho algunas cosas tontas.
31. [] A) B) C) D) E) Me atemorizo fácilmente.
32. [] A) B) C) D) E) No me agrada mucho platicar con la gente, no obtengo satisfacción platicando con la gente.
33. [] A) B) C) D) E) Trato de mantener todos mis pensamientos dirigidos en una línea realista y evito dejar volar mi imaginación.
34. [] A) B) C) D) E) Creo que la mayoría de la gente es bien intencionada.
35. [] A) B) C) D) E) No tomo muy en serio mis deberes cívicos (como votar).
36. [] A) B) C) D) E) Soy una persona ecuánime y moderada.
37. [] A) B) C) D) E) Me gusta estar rodeado de gente.
38. [] A) B) C) D) E) Algunas veces me quedo cautivado por completo con la música que escucho.
39. [] A) B) C) D) E) Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para obtener lo que quiero.
40. [] A) B) C) D) E) Mantengo mis cosas o pertenencias limpias e impecables.
41. [] A) B) C) D) E) Algunas veces me siento que no soy valioso.
42. [] A) B) C) D) E) Algunas veces fallo para imponerme o hacerme valer tanto como yo quisiera.
43. [] A) B) C) D) E) Rara vez experimento emociones fuertes.
44. [] A) B) C) D) E) Trato de ser cortés con todos lo que conozco.
45. [] A) B) C) D) E) Algunas veces no soy tan confiable o veraz como debería de ser.
46. [] A) B) C) D) E) Rara vez me siento consciente de mi mismo cuando estoy rodeado de gente.
47. [] A) B) C) D) E) Cuando hago algo, lo hago vigorosamente.
48. [] A) B) C) D) E) Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevos hobbies.
49. [] A) B) C) D) E) Puedo ser sarcástico (a) y cortante cuando necesito serlo.
50. [] A) B) C) D) E) Tengo muy claras mis metas y trabajo en ellas de una manera ordenada.
51. [] A) B) C) D) E) Tengo problemas para resistir a mis antojos.
52. [] A) B) C) D) E) No podría disfrutar una vacaciones en la Vegas.
53. [] A) B) C) D) E) Encuentro aburridos los argumentos filosóficos.
54. [] A) B) C) D) E) Prefiero no hablar de mis logros ni de mí mismo.
55. [] A) B) C) D) E) Me toma o gasto mucho tiempo antes de empezar a trabajar.
56. [] A) B) C) D) E) Siento que estoy capacitado para resolver la mayoría mis problemas.
57. [] A) B) C) D) E) Algunas veces he experimentado éxtasis o un intenso regocijo.

- 1) **A) Firmemente en desacuerdo**
 - 2) **B) Desacuerdo**
 - 3) **C) Neutral**
 - 4) **D) De acuerdo**
 - 5) **E) Firmemente de acuerdo**
-

- 58. [] A) B) C) D) E) Creo que las leyes y reglas políticas, sociales deben de cambiar para reflejar las necesidades de un mundo en constante cambio.
- 59. [] A) B) C) D) E) Soy de mente y actitudes cerradas.
- 60. [] A) B) C) D) E) Observo las cosas bien antes de tomar una decisión.
- 61. [] A) B) C) D) E) Rara vez me siento temeroso o ansioso.
- 62. [] A) B) C) D) E) Soy conocido como una persona cálida y amistosa.
- 63. [] A) B) C) D) E) Tengo una activa vida de fantasía.
- 64. [] A) B) C) D) E) Creo que la mayoría de la gente puede tomar ventaja de tí, si tú se lo permites.
- 65. [] A) B) C) D) E) Me mantengo informado y usualmente tomo decisiones inteligentes.
- 66. [] A) B) C) D) E) Soy conocido como una persona temperamental e irritable.
- 67. [] A) B) C) D) E) Prefiero hacer las cosas solo.
- 68. [] A) B) C) D) E) Ver ballet o danza contemporánea me aburre.
- 69. [] A) B) C) D) E) No podría engañar a nadie aunque me lo propusiera.
- 70. [] A) B) C) D) E) No soy una persona metódica.
- 71. [] A) B) C) D) E) Rara vez estoy triste o deprimido.
- 72. [] A) B) C) D) E) Con frecuencia he sido líder de grupos a los que he pertenecido.
- 73. [] A) B) C) D) E) Como me siento acerca de las cosas, es importante para mí.
- 74. [] A) B) C) D) E) Algunas personas piensan que soy frío y calculador.
- 75. [] A) B) C) D) E) Pago mis deudas a tiempo y totalmente.
- 76. [] A) B) C) D) E) Algunas veces he estado tan avergonzado que quiero esconderme.
- 77. [] A) B) C) D) E) Mi trabajo parece ser lento pero es seguro.
- 78. [] A) B) C) D) E) Una vez que encuentro la manera correcta de hacer algo, me apego a ella.
- 79. [] A) B) C) D) E) Dudo al expresar mi coraje aún cuando es justificado.
- 80. [] A) B) C) D) E) Cuando empiezo a implementar un programa usualmente dejo que este vaya pasando poco a poco después de unos días.
- 81. [] A) B) C) D) E) Tengo algo de dificultad para resistir a la tentación.
- 82. [] A) B) C) D) E) Algunas veces hago cosas solo por molestar o asustar.
- 83. [] A) B) C) D) E) Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas.
- 84. [] A) B) C) D) E) Soy mejor que la mayoría de la gente y lo sé.
- 85. [] A) B) C) D) E) Soy una persona productiva que siempre hace un trabajo.
- 86. [] A) B) C) D) E) Cuando tengo que manejar mucho estrés me siento como si me fuera a romper en pedazos.
- 87. [] A) B) C) D) E) No soy muy optimista.

- 1) **A) Firmemente en desacuerdo**
 - 2) **B) Desacuerdo**
 - 3) **C) Neutral**
 - 4) **D) De acuerdo**
 - 5) **E) Firmemente de acuerdo**
-

- 88. [] A) B) C) D) E) Creo que deberíamos tomar en cuenta u observar a nuestras autoridades religiosas para tomar decisiones con respecto a asuntos morales.
- 89. [] A) B) C) D) E) Nunca haremos lo suficiente por los ancianos y los pobres.
- 90. [] A) B) C) D) E) Ocasionalmente yo actúo y después pienso.
- 91. [] A) B) C) D) E) Con frecuencia me siento nervioso y tenso.
- 92. [] A) B) C) D) E) Mucha gente piensa de mí como alguien frío y distante.
- 93. [] A) B) C) D) E) No me gusta desperdiciar el tiempo soñando despierto.
- 94. [] A) B) C) D) E) Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honesta y confiable.
- 95. [] A) B) C) D) E) Con frecuencia entro en situaciones sin estar completamente preparado.
- 96. [] A) B) C) D) E) No se me considera como una persona temperamental o intocable.
- 97. [] A) B) C) D) E) Realmente siento la necesidad de otra gente si estoy solo mucho tiempo.
- 98. [] A) B) C) D) E) Estoy intrigado por los patrones que encuentro en el arte y la naturaleza.
- 99. [] A) B) C) D) E) Ser perfectamente honesto no es la forma de hacer negocios.
- 100. [] A) B) C) D) E) Me gusta mantener todo en su lugar y así saber donde esta todo.
- 101. [] A) B) C) D) E) Algunas veces he experimentado un profundo sentido de culpa o maldad.
- 102. [] A) B) C) D) E) Usualmente en juntas dejo que otros tomen la palabra.
- 103. [] A) B) C) D) E) Rara vez pongo atención a mis sentimientos del momento.
- 104. [] A) B) C) D) E) Generalmente trato de ser atento y considerado.
- 105. [] A) B) C) D) E) Algunas veces hago trampa cuando juego solitario.
- 106. [] A) B) C) D) E) No me siento muy confundido si la gente me ridiculizao se burla de mí.
- 107. [] A) B) C) D) E) Con frecuencia siento que estoy con energía.
- 108. [] A) B) C) D) E) Con frecuencia pruebo comidas extranjeras.
- 109. [] A) B) C) D) E) No me gusta la gente, y se los hago saber.
- 110. [] A) B) C) D) E) Trabajo duro para cumplir mis metas.
- 111. [] A) B) C) D) E) Cuando pruebo mis comidas favoritas tiendo a comer demasiado.
- 112. [] A) B) C) D) E) Evito películas estresantes o de miedo.
- 113. [] A) B) C) D) E) Algunas veces pierdo el interés cuando la gente habla de asuntos teóricos y abstractos.
- 114. [] A) B) C) D) E) Trato de ser humilde.

- 1) **A) Firmemente en desacuerdo**
 - 2) **B) Desacuerdo**
 - 3) **C) Neutral**
 - 4) **D) De acuerdo**
 - 5) **E) Firmemente de acuerdo**
-

- 115. [] A) B) C) D) E) Tengo problemas (conmigo mismo) para hacer lo que debo de hacer.
- 116. [] A) B) C) D) E) En emergencias no pierdo la cabeza, me mantengo en calma.
- 117. [] A) B) C) D) E) Algunas veces sueño o fantaseo con la felicidad.
- 118. [] A) B) C) D) E) Creo que las diferentes ideas del bien y el mal que la gente de otras sociedades tiene pueden ser válidas para ellos.
- 119. [] A) B) C) D) E) No siento simpatía hacia los pordioseros.
- 120. [] A) B) C) D) E) Siempre tomo en cuenta la consecuencias antes de actuar.
- 121. [] A) B) C) D) E) Rara vez soy aprensivo con respecto al futuro.
- 122. [] A) B) C) D) E) En verdad disfruto hablando con la gente.
- 123. [] A) B) C) D) E) Disfruto concentrándome en un sueño o fantasía y explorando todas las posibilidades permitiendo que crezca y se desarrolle.
- 124. [] A) B) C) D) E) Desconfío cuando alguien hace algo bueno para mí.
- 125. [] A) B) C) D) E) Me siento orgulloso de mi propio juicio.
- 126. [] A) B) C) D) E) Frecuentemente me disgusto con gente con la que tengo que tratar.
- 127. [] A) B) C) D) E) Prefiero trabajos que me permiten trabajar a solas sin ser molestado por la gente.
- 128. [] A) B) C) D) E) La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí..
- 129. [] A) B) C) D) E) Odiaría que los demás pensaran que soy un hipócrita.
- 130. [] A) B) C) D) E) Parece que nunca puedo organizarme.
- 131. [] A) B) C) D) E) Tiendo a culparme cuando algo sale mal.
- 132. [] A) B) C) D) E) Otra gente frecuentemente me busca para tomar decisiones.
- 133. [] A) B) C) D) E) Experimento un amplio rango de emociones o sentimientos.
- 134. [] A) B) C) D) E) No soy famoso por mi generosidad.
- 135. [] A) B) C) D) E) Cuando establezco un compromiso, siempre se puede confiar en que lo lleve a cabo.
- 136. [] A) B) C) D) E) Frecuentemente me siento inferior a los demás.
- 137. [] A) B) C) D) E) No soy tan rápido y vivaz como otra gente.
- 138. [] A) B) C) D) E) Prefiero pasar mi tiempo en un ambiente familiar.
- 139. [] A) B) C) D) E) Cuando me insultan sólo trato de perdonar y olvidar.
- 140. [] A) B) C) D) E) No me siento impulsado a seguir adelante.
- 141. [] A) B) C) D) E) Raramente me dejo llevar por mis impulsos.
- 142. [] A) B) C) D) E) Me gusta estar donde está la acción.
- 143. [] A) B) C) D) E) Disfruto trabajar en acertijos tipo "rompecabezas".
- 144. [] A) B) C) D) E) Tengo una alta opinión de mí mismo.
- 145. [] A) B) C) D) E) Una vez que empiezo un proyecto, casi siempre lo termino.
- 146. [] A) B) C) D) E) Frecuentemente me es difícil decidirme sobre algo.

- 1) **A) Firmemente en desacuerdo**
 - 2) **B) Desacuerdo**
 - 3) **C) Neutral**
 - 4) **D) De acuerdo**
 - 5) **E) Firmemente de acuerdo**
-

- 147. [] A) B) C) D) E) No me considero especialmente "despreocupado".
- 148. [] A) B) C) D) E) Creo que la lealtad a los propios ideales y principios es más importante que ser de "mente abierta".
- 149. [] A) B) C) D) E) La necesidad humana siempre debe tener prioridad sobre las consideraciones económicas.
- 150. [] A) B) C) D) E) Frecuentemente hago cosas sin pensarlo.
- 151. [] A) B) C) D) E) Frecuentemente me preocupo por las cosas que salen mal.
- 152. [] A) B) C) D) E) Encuentro que es fácil sonreír y ser sociable con extraños.
- 153. [] A) B) C) D) E) Si siento que mi mente empieza a distraerse con ensueños, en lugar de eso usualmente me ocupo y comienzo a concentrarme en algún trabajo o actividad.
- 154. [] A) B) C) D) E) Mi primera reacción es confiar en la gente.
- 155. [] A) B) C) D) E) No parezco ser completamente exitoso en ninguna cosa.
- 156. [] A) B) C) D) E) Se requiere mucho para hacerme enojar.
- 157. [] A) B) C) D) E) Prefiero vacacionar en una playa popular que en una cabaña aislada en el bosque.
- 158. [] A) B) C) D) E) Ciertos tipos de música tienen una interminable fascinación en mí.
- 159. [] A) B) C) D) E) A veces engaño a la gente para que haga lo que quiero.
- 160. [] A) B) C) D) E) Tiendo a ser de alguna manera melindroso o exigente.
- 161. [] A) B) C) D) E) Tengo una baja opinión de mí mismo.
- 162. [] A) B) C) D) E) Prefiero seguir mi propio camino que dirigir a otros.
- 163. [] A) B) C) D) E) Raramente noto los estados de ánimo o sentimientos que producen diferentes ambientes.
- 164. [] A) B) C) D) E) Le caigo bien a la mayoría de la gente que conozco.
- 165. [] A) B) C) D) E) Me adhiero estrictamente a mis principios éticos.
- 166. [] A) B) C) D) E) Me siento cómodo en presencia de mis jefes o de otras autoridades.
- 167. [] A) B) C) D) E) Usualmente parece que tengo prisa.
- 168. [] A) B) C) D) E) A veces hago cambios en la casa solamente para probar algo diferente.
- 169. [] A) B) C) D) E) Si alguien empieza una pelea, estoy listo para contestarle.
- 170. [] A) B) C) D) E) Me esfuerzo por alcanzar todo lo que puedo.
- 171. [] A) B) C) D) E) A veces como hasta enfermarme.
- 172. [] A) B) C) D) E) Me encanta la emoción de las montañas rusas.
- 173. [] A) B) C) D) E) Tengo poco interés en especular sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.

- 1) **A) Firmemente en desacuerdo**
 - 2) **B) Desacuerdo**
 - 3) **C) Neutral**
 - 4) **D) De acuerdo**
 - 5) **E) Firmemente de acuerdo**
-

- 174. [] A) B) C) D) E) Siento que no soy mejor que otros, sin importar cuál sea su condición.
- 175. [] A) B) C) D) E) Cuando un proyecto se vuelve muy difícil, me inclino a empezar uno nuevo.
- 176. [] A) B) C) D) E) Puedo manejarme muy bien en una crisis.
- 177. [] A) B) C) D) E) Soy una persona jovial y animosa.
- 178. [] A) B) C) D) E) Me considero de mente amplia y tolerante de los estilos de vida de las demás personas.
- 179. [] A) B) C) D) E) Creo que todos los seres humanos son dignos de respeto.
- 180. [] A) B) C) D) E) Raramente tomo decisiones apresuradas.
- 181. [] A) B) C) D) E) Tengo menos temores que la mayoría de la gente.
- 182. [] A) B) C) D) E) Tengo fuertes lazos emocionales con mis amigos.
- 183. [] A) B) C) D) E) Cuando era niño, raramente disfrutaba de los juegos de "mentirillas".
- 184. [] A) B) C) D) E) Tiendo a suponer lo mejor de la gente.
- 185. [] A) B) C) D) E) Soy una persona muy competente.
- 186. [] A) B) C) D) E) En ocasiones me he sentido amargo y resentido.
- 187. [] A) B) C) D) E) Las reuniones sociales usualmente son aburridas para mí.
- 188. [] A) B) C) D) E) A veces, cuando estoy leyendo poesía o viendo una obra de arte, siento un estremecimiento o una ola de emoción.
- 189. [] A) B) C) D) E) En ocasiones intimidado o adulo a la gente para que hagan lo que quiero que hagan.
- 190. [] A) B) C) D) E) No soy compulsivo con la limpieza.
- 191. [] A) B) C) D) E) A veces las cosas se ven muy tristes y desesperadas para mí.
- 192. [] A) B) C) D) E) En las conversaciones tiendo a llevar la mayor parte de la plática.
- 193. [] A) B) C) D) E) Me es fácil empatizar, sentir lo que otros están sintiendo.
- 194. [] A) B) C) D) E) Pienso que soy una persona caritativa.
- 195. [] A) B) C) D) E) Trato de hacer los trabajos con cuidado, de forma que no tengan que hacerse otra vez.
- 196. [] A) B) C) D) E) Si le he dicho o hecho algo malo a alguien, difícilmente puedo enfrentarme a esa persona otra vez.
- 197. [] A) B) C) D) E) Mi vida tiene un ritmo rápido.
- 198. [] A) B) C) D) E) En las vacaciones prefiero regresar a un sitio que ya haya probado.
- 199. [] A) B) C) D) E) Soy cabeza dura y terco.
- 200. [] A) B) C) D) E) Me esfuerzo por alcanzar la excelencia en todo lo que hago.
- 201. [] A) B) C) D) E) A veces hago cosas por impulso y después me arrepiento.
- 202. [] A) B) C) D) E) Me atraen los colores brillantes y los estilos rutilantes.
- 203. [] A) B) C) D) E) Tengo mucha curiosidad intelectual.

- 1) **A) Firmemente en desacuerdo**
 - 2) **B) Desacuerdo**
 - 3) **C) Neutral**
 - 4) **D) De acuerdo**
 - 5) **E) Firmemente de acuerdo**
-

- 204. [] A) B) C) D) E) Prefiero elogiar a otros que ser elogiado.
- 205. [] A) B) C) D) E) Hay tantas cosas pequeñas que deben hacerse que a veces las ignoro todas.
- 206. [] A) B) C) D) E) Aunque todo parezca ir mal, puedo tomar buenas decisiones.
- 207. [] A) B) C) D) E) Raramente utilizo palabras como "¡fantástico!" o "¡sensacional!" para describir mis experiencias.
- 208. [] A) B) C) D) E) Creo que si la gente no sabe en que creer para cuando tiene 25 años, existe algo que está mal en ellos.
- 209. [] A) B) C) D) E) Siento simpatía por otros menos afortunados que yo.
- 210. [] A) B) C) D) E) Planeo por adelantado las cosas cuidadosamente cuando salgo de viaje.
- 211. [] A) B) C) D) E) En ocasiones tengo pensamientos atemorizantes.
- 212. [] A) B) C) D) E) Tengo un interés personal en la gente con la que trabajo.
- 213. [] A) B) C) D) E) Tengo dificultades para dejar vagar mi mente sin control o guía.
- 214. [] A) B) C) D) E) Tengo bastante fe en la naturaleza humana.
- 215. [] A) B) C) D) E) Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
- 215. [] A) B) C) D) E) Incluso las pequeñas incomodidades pueden ser frustrantes para mí.
- 217. [] A) B) C) D) E) Disfruto las fiestas con mucha gente.
- 218. [] A) B) C) D) E) Disfruto leyendo poesía que enfatiza los sentimientos y las imágenes más que las historias.
- 219. [] A) B) C) D) E) Me enorgullezco de mi agudeza para manejar a la gente.
- 220. [] A) B) C) D) E) Me paso mucho tiempo buscando cosas que he extraviado.
- 221. [] A) B) C) D) E) Demasiado seguido, cuando las cosas salen mal, me desaliento y siento que quiero rendirme.
- 222. [] A) B) C) D) E) No encuentro fácil encargarme de una situación.
- 223. [] A) B) C) D) E) Las cosas curiosas, como ciertos aromas o los nombres de lugares distantes, pueden evocar (traer a la memoria) poderosos estados de ánimo en mí.
- 224. [] A) B) C) D) E) Hago un esfuerzo por ayudar a los demás si puedo.
- 225. [] A) B) C) D) E) Realmente tendría que estar enfermo antes de perder un día de trabajo.
- 226. [] A) B) C) D) E) Cuando la gente que conozco hace tonterías, me avergüenzo de ellos.
- 227. [] A) B) C) D) E) Soy una persona muy activa.
- 228. [] A) B) C) D) E) Sigo la misma ruta cuando voy a algún lugar.
- 229. [] A) B) C) D) E) Frecuentemente discuto con mi familia y mis compañeros de trabajo.
- 230. [] A) B) C) D) E) En cierta forma soy como alcohólico del trabajo.
- 231. [] A) B) C) D) E) Siempre soy capaz de mantener mis sentimientos bajo control.
- 232. [] A) B) C) D) E) Me gusta ser parte de la multitud en los eventos deportivos.

- 1) **A) Firmemente en desacuerdo**
 - 2) **B) Desacuerdo**
 - 3) **C) Neutral**
 - 4) **D) De acuerdo**
 - 5) **E) Firmemente de acuerdo**
-

- 233. [] A) B) C) D) E) Tengo un amplio rango de intereses intelectuales.
- 234. [] A) B) C) D) E) Soy una persona superior.
- 235. [] A) B) C) D) E) Tengo mucha autodisciplina.
- 236. [] A) B) C) D) E) Soy bastante estable emocionalmente.
- 237. [] A) B) C) D) E) Me río fácilmente.
- 238. [] A) B) C) D) E) Creo que la "nueva moral" de permisividad (permisos) no es para nada una moral.
- 239. [] A) B) C) D) E) Prefiero ser conocido como "compasivo" que como "justo".
- 240. [] A) B) C) D) E) Lo pienso dos veces antes de contestar una pregunta.

YA-FILES II

Lea cada cambio del colegio y decida si esto está pasando con usted durante los últimos 6 meses.

A) 0 = Si	B) 1 = No
------------------	------------------

¿Pasó con su familia los últimos seis meses?

- 1. [] A) Si B) No ¿Sintió presiones para obtener buenas calificaciones?
- 2. [] A) Si B) No ¿Tuvo dificultades para obtener información y ayuda de algún asesor en la escuela?
- 3. [] A) Si B) No ¿Tuvo dificultades en la escuela para encontrar algún asesor para sus necesidades personales? (por ejemplo académicas, de carrera, emocionales, etc.)
- 4. [] A) Si B) No ¿Tuvo dificultades para obtener la ayuda que usted necesitaba de un consultor en la escuela?
- 5. [] A) Si B) No ¿Sintió presión para hacer la elección de carrera?
- 6. [] A) Si B) No ¿Sintió presión de sus padres para hacer la elección de carrera?
- 7. [] A) Si B) No ¿Sintió presión de sus padres para tener éxito en la escuela?
- 8. [] A) Si B) No ¿No pudo encontrar un lugar tranquilo para estudiar?
- 9. [] A) Si B) No ¿No le fue posible usar la biblioteca para estudiar?
- 10. [] A) Si B) No ¿No tuvo las facilidades de recreación y atléticas que usted deseaba?

11. [] A) Si B) No ¿Sintió presiones financieras o económicas alrededor de como pagar su título, sus libros, etc.?
12. [] A) Si B) No ¿Tuvo conflictos o peleas con compañeros de cuarto o grupo?
13. [] A) Si B) No ¿Sintió la necesidad de tener más privacidad ?
14. [] A) Si B) No ¿Sintió incertidumbre alrededor de cómo actuar con algún estudiante de la preparatoria o en alguna situación social?
15. [] A) Si B) No ¿Tuvo dificultad en hacer amigos con los estudiantes de la escuela o área universitaria?
16. [] A) Si B) No ¿Tuvo dificultad en hacer amigos con los estudiantes de su comunidad?
17. [] A) Si B) No ¿Tuvo dificultad en hacer amigos con los estudiantes viviendo en su departamento o en el área de su comunidad?
18. [] A) Si B) No ¿Sintió soledad porque usted extrañaba a su familia?
19. [] A) Si B) No ¿Sintió conflicto entre el tiempo de estudio y el tiempo que disponía para hacer amigos y dar lugar a fiestas?
20. [] A) Si B) No ¿Le preocupó asistir a clases con mal tiempo (manejando o en camión urbano)?
21. [] A) Si B) No ¿Se preocupó acerca de encontrar un lugar en el camión urbano o para estacionarse cerca de la escuela (si traía coche)?
22. [] A) Si B) No ¿Se sintió aislado de la comunidad de su preparatoria o escuela?
23. [] A) Si B) No ¿Sintió que el sitio de la escuela causó tensión o esfuerzos mayores a su familia?
24. [] A) Si B) No ¿Tuvo dificultades para participar en actividades sociales por la tarde o los fines de semana?
25. [] A) Si B) No ¿Lo afectó o tensionó perder contacto con sus amigos de la escuela o secundaria?
26. [] A) Si B) No ¿Sintió que no pudo estudiar tanto como usted lo deseaba?
27. [] A) Si B) No ¿Sintió presión para tomar alguna bebida alcohólica cuando usted no lo deseaba?
28. [] A) Si B) No ¿Sintió presión para usar alguna droga o medicamento no indicado por su médico cuando usted no lo deseaba?

29. [] A) Si B) No ¿Se preocupó sobre su atractivo personal o sexual?
30. [] A) Si B) No ¿Se preocupó sobre cómo podría ser más atractivo?
31. [] A) Si B) No ¿Se sintió confuso acerca de sus prioridades, valores, creencias?

YA-SSI (Mc Cubbin / Patterson / Grochowski / Alcorta-G)

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas:

A)	SI	B)	NO
-----------	-----------	-----------	-----------

1. [] A) B) ¿Viven uno o ambos padres?
2. [] A) B) ¿Tiene hermanos y hermanas?
3. [] A) B) ¿Tiene otros familiares (tales como abuelos, tíos, primos, tías)?
4. [] A) B) ¿Tiene amigos de la secundaria? (Amigos desarrollados durante todos los años de su secundaria)
5. [] A) B) ¿Tiene amigos de preparatoria? (desarrollados durante la preparatoria)
6. [] A) B) ¿Tiene trabajo pagado donde usted tenga compañeros de trabajo?
7. [] A) B) ¿Pertenece usted a alguna iglesia o sinagoga?
8. [] A) B) ¿Tiene usted creencias espirituales?
9. [] A) B) ¿Tiene usted contacto con maestros de su escuela, consultores o administradores?
10. [] A) B) ¿Tiene usted contacto con profesionales o proveedores de servicios tales como doctores, enfermeras, barberos, consultores, dentistas, etc.?
11. [] A) B) ¿Pertenece usted a cualquier grupo organizado especial, como algún grupo minoritario, de pasatiempos, de atletismo, gimnasio, etc.?
12. [] A) B) ¿Ve usted televisión, escucha la radio, lee periódicos, revistas, panfletos, o libros no requeridos?

Por favor lea cuidadosamente cada enunciado y entonces indique que tanto apoyo usted recibe de cada uno de los siguientes orígenes señalándolo con la letra apropiada a su respuesta:

A)	No	B)	Si	C)	Si del Todo
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	--------------------

I. Yo tengo un sentimiento de ser amado o cuidado por:

13. [] A) B) C) Mis padres.
14. [] A) B) C) Mis hermanos.
15. [] A) B) C) Otros parientes
16. [] A) B) C) Amigos de la secundaria.
17. [] A) B) C) Amigos de la preparatoria.
18. [] A) B) C) Amigos de trabajo.
19. [] A) B) C) Grupos de mi iglesia o religión.

20. [] A) B) C) Grupos de mi salud espiritual.
 21. [] A) B) C) Maestros de la preparatoria, consejeros, administradores.
 22. [] A) B) C) Otros proveedores de servicios o profesionales.
 23. [] A) B) C) Grupos especiales a los que yo pertenezco.
 24. [] A) B) C) Lectura de libros, viendo televisión, escuchando música.
 25. [] A) B) C) Otros.

II. Siento que yo soy valioso y respetado por quien yo soy y lo que yo puedo hacer por:

26. [] A) B) C) Mis padres.
 27. [] A) B) C) Mis hermanos.
 28. [] A) B) C) Otros parientes
 29. [] A) B) C) Amigos de la secundaria.
 30. [] A) B) C) Amigos de la preparatoria.
 31. [] A) B) C) Amigos de trabajo.
 32. [] A) B) C) Grupos de mi iglesia o religión.
 33. [] A) B) C) Grupos de mi salud espiritual.
 34. [] A) B) C) Maestros de la preparatoria, consejeros, administradores.
 35. [] A) B) C) Otros proveedores de servicios o profesionales.
 36. [] A) B) C) Grupos especiales a los que yo pertenezco.
 37. [] A) B) C) Lectura de libros, viendo televisión, escuchando música.
 38. [] A) B) C) Otros.

III. Tengo un sentido de confianza o seguridad que me da y asumo de estar comprometido con:

39. [] A) B) C) Mis padres.
 40. [] A) B) C) Mis hermanos.
 41. [] A) B) C) Otros parientes
 42. [] A) B) C) Amigos de la secundaria.
 43. [] A) B) C) Amigos de la preparatoria.
 44. [] A) B) C) Amigos de trabajo.
 45. [] A) B) C) Grupos de mi iglesia o religión.
 46. [] A) B) C) Grupos de mi salud espiritual.
 47. [] A) B) C) Maestros de la preparatoria, consejeros, administradores.
 48. [] A) B) C) Otros proveedores de servicios o profesionales.
 49. [] A) B) C) Grupos especiales a los que yo pertenezco.
 50. [] A) B) C) Lectura de libros, viendo televisión, escuchando música.
 51. [] A) B) C) Otros.

IV. Cuando yo necesito hablar o pensar acerca de como yo voy a hacer algo con mi vida, me siento comprometido y ayudado por:

52. [] A) B) C) Mis padres.
53. [] A) B) C) Mis hermanos.
54. [] A) B) C) Otros parientes
55. [] A) B) C) Amigos de la secundaria.
56. [] A) B) C) Amigos de la preparatoria.
57. [] A) B) C) Amigos de trabajo.
58. [] A) B) C) Grupos de mi iglesia o religión.
59. [] A) B) C) Grupos de mi salud espiritual.
60. [] A) B) C) Maestros de la preparatoria, consejeros, administradores.
61. [] A) B) C) Otros proveedores de servicios o profesionales.
62. [] A) B) C) Grupos especiales a los que yo pertenezco.
63. [] A) B) C) Lectura de libros, viendo televisión, escuchando música.
64. [] A) B) C) Otros.

V. Me siento bien acerca de mi mismo cuando yo soy capaz de hacer cosas por y auxiliar a:

65. [] A) B) C) Mis padres.
66. [] A) B) C) Mis hermanos.
67. [] A) B) C) Otros parientes
68. [] A) B) C) Amigos de la secundaria.
69. [] A) B) C) Amigos de la preparatoria.
70. [] A) B) C) Amigos de trabajo.
71. [] A) B) C) Grupos de mi iglesia o religión.
72. [] A) B) C) Grupos de mi salud espiritual.
73. [] A) B) C) Maestros de la preparatoria, consejeros, administradores.
74. [] A) B) C) Otros proveedores de servicios o profesionales.
75. [] A) B) C) Grupos especiales a los que yo pertenezco.
76. [] A) B) C) Lectura de libros, viendo televisión, escuchando música.
77. [] A) B) C) Otros.



Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Departamento de Psiquiatría
E-EFF 17 Chávez / Alcorta



Nombre: _____ Registro: _____ Fecha: _____

Para las siguientes afirmaciones se considera familia todas las personas que usted considere su familia: familiares, parientes y amigos a quienes acepta como de su familia; familia son todos los que usted siente emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial; puede ser que vivan en su casa ó vivan en otra parte, pero siempre mantienen contacto más o menos estrecho con usted.

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale la que mejor describa a su familia. Si dos de éstas le gustan por su parecido, seleccione la que considere más parecida a la situación de su familia. Anote la letra que corresponda en el cuadro.

- [1] 1 (A) Unos y otros nos preocupamos por las necesidades de nuestra familia. C1
2 (B) En la familia no entienden que unos y otros se necesitan.
3 (C) Raramente en la familia se ayudan unos y otros.
- [2] 1 (A) Cada uno de los hombres y mujeres de la familia tienen sus propias tareas que solo ellos hacen. MS-2
2 (B) En algunas tareas de las mujeres de la familia, si es necesario, el esposo y los hijos ayudan.
3 (C) En la familia no se sabe que tareas deben hacer los hombres y cuáles las mujeres.
- [3] 1 (A) Pocas veces en la familia sentimos que es importante lo que hacemos. I-3
2 (B) En nuestra familia no hay un propósito en la vida.
3 (C) En la familia sentimos que la vida es importante y tiene un propósito.
- [4] 1 (A) No nos gusta el barrio en que vivimos porque hay gente mala. CS-4
2 (B) Pocas veces la familia acepta a los vecinos que son amigables.
3 (C) Estamos contentos con los vecinos porque ellos nos quieren ayudar.
- [5] 1 (A) Pocas veces la familia se pone de acuerdo para divertirse en paseos, juegos o fiestas. MS-5
2 (B) En nuestra familia procuramos compartir tiempo para pasear y divertirnos juntos.
3 (C) En la familia cada quién prefiere divertirse con sus propios amigos o compañeros.
- [6] 1 (A) En la familia SÍ hay tiempo para hacer las cosas que nos gustan. MS-8
2 (B) En la familia NO hay tiempo para hacer las cosas que nos gustan.
3 (C) Algunas veces en la familia se dispone de tiempo para hacer las cosas que nos gustan.
- [7] 1 (A) En la colonia hay organizaciones comunitarias donde ayudan a la gente. CS-7
2 (B) En el barrio hay organizaciones comunitarias que aunque sepan que los necesitamos no nos ayudan.
3 (C) En la colonia hay organizaciones en las que a veces ayudan a la gente y a veces no.
- [8] 1 (A) Generalmente la familia nos apoya en momentos difíciles. C-10
2 (B) Los familiares no tienen tiempo para ayudar en situaciones difíciles.
3 (C) En situaciones difíciles, pocas veces se ayudan entre sí los miembros de mi familia.

- [9] 1 (A) Pocas veces la familia se preocupa por ideas que traen de fuera del hogar. MS-11
2 (B) La familia generalmente tiene cuidado en el uso de nuevas ideas que traen de la escuela, trabajo o grupos de la colonia.
3 (C) La familia no se preocupa por las nuevas ideas que traen de la escuela, trabajo o grupos de la colonia.
- [10] 1 (A) Pocas veces la familia acepta opiniones que son diferentes. I-6
2 (B) La familia no acepta opiniones que son diferentes.
3 (C) En la familia discuten con gusto y aceptan opiniones que a veces están equivocadas.
- [11] 1 (A) En la familia es muy difícil que se resuelvan problemas inesperados. I-9
2 (B) Pocas veces en la familia solucionan problemas inesperados.
3 (C) La familia generalmente resuelve problemas inesperados.
- [12] 1 (A) Pocas veces la familia platica de los nuevos conocimientos que aprenden en la escuela, trabajo o iglesia. I-12
2 (B) En la familia nos gusta platicar de los nuevos conocimientos que aprenden en la escuela, trabajo o iglesia.
3 (C) La familia no platica de las cosas que los miembros han aprendido fuera de la casa.
- [13] 1 (A) A la familia le gusta colaborar en trabajos para la escuela, iglesia o comunidad. MS-13
2 (B) Algunas veces la familia colabora en trabajos de ayuda para la escuela, iglesia o comunidad.
3 (C) La familia no tiene tiempo para colaborar con la escuela, iglesia o comunidad.
- [14] 1 (A) La familia no respeta los consejos que familiares con experiencia les dan para que se traten mejor. MS-15
2 (B) La familia esta dispuesta a aceptar los buenos consejos que algunos de sus miembros dan para vivir mejor.
3 (C) Algunas veces la familia acepta las recomendaciones que otros con experiencia les dan para actuar mejor.
- [15] 1 (A) En la familia todos ayudamos en lo que podemos cuando alguien está enfermo. CS-14
2 (B) Si alguien está enfermo pocas veces la familia ofrece su ayuda.
3 (C) Cuando alguien está enfermo la familia no tiene tiempo para ayudar.
- [16] 1 (A) Pocas veces la familia sabe lo que hacemos en la escuela, el trabajo o con grupos de amigos. MS-17
2 (B) La familia conoce lo que hacemos en la escuela, el trabajo o con grupo de amigos.
3 (C) La familia no sabe lo que hacemos fuera del hogar.
- [17] 1 (A) La familia tiene facilidad para hacer amigos. CS-16
2 (B) En la familia es imposible hacer amigos.
3 (C) Pocas veces la familia puede hacer amigos.

EIS

(Tan / Kendis / Fine / Porac / Alcorta-G)

Instrucciones: En esta página encontrará doce pares de enunciados. Cada par consiste de un enunciado A y uno B. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y elija el que lo describa a usted mejor.

Si es el enunciado A circule la letra A que aparece antes del enunciado. Si es el enunciado B, entonces circule la letra B.

Asegúrese de escoger un enunciado en cada uno de los 12 pares, y de señalarlos con la letra que corresponda en la plantilla de respuestas.

1. [] **A.** Disfruto de ser miembro activo en clubes o grupos de jóvenes.
B. Prefiero enfocarme a hobbies que puedo efectuar en mi propio tiempo y a mi propio ritmo.
2. [] **A.** Cuando sueño despierto, es principalmente sobre mis experiencias pasadas.
B. Cuando sueño despierto, es principalmente sobre el futuro y lo que éste me depara.
3. [] **A.** Sin importar lo bien que haga un trabajo, siempre acabo pensando que podría haberlo hecho mejor.
B. Cuando termino un trabajo en el que trabajé seriamente, usualmente no tengo dudas acerca de su calidad.
4. [] **A.** En lo general expreso mi opinión, aunque parezca ser el único con ese punto de vista en el grupo.
B. Si parece que un grupo soy el único con cierta opinión, trato de mantenerme callado para evitar sentirme cohibido.
5. [] **A.** Generalmente una persona puede mantener mucho mejor control sobre sí misma y sobre las situaciones si mantiene una distancia emocional.
B. Una persona no necesita sentir que pierde el control de sí misma y de las situaciones, simplemente porque se involucra íntimamente con otra persona.

6. [] **A.** Tengo dudas sobre la clase de persona en que me podré convertir gracias a mis habilidades.
- B.** Actualmente trato de formular nuevas ideas que me ayudaron a mejorar mis futuras metas.
7. [] **A.** Mi valoración de mi propio valor depende del éxito o fracaso de mi conducta en una situación dada.
- B.** La evaluación de mí mismo, aunque flexible, se mantiene prácticamente igual en la mayoría de las situaciones.
8. [] **A.** Aunque puede haber desventajas en competencia estoy de acuerdo en que algunas veces es necesario y hasta bueno.
- B.** Yo no disfruto la competencia.
9. [] **A.** Hay ocasiones, que no sé qué es lo que se espera de mí.
- B.** Tengo una visión clara de cómo será mi vida en el futuro.
10. [] **A.** Lo que me exijo a mí mismo y lo que otros me exigen esta frecuentemente en conflicto.
- [] **B.** La mayor parte del tiempo, no me preocupa lo que otros me exigen porque son cosas que yo probablemente hubiera hecho de todas formas.
11. [] **A.** Cuando me enfrento a una tarea que no disfruto en particular, me doy cuenta que usualmente me puedo disciplinar lo suficiente como para llevarla a cabo.
- B.** Frecuentemente, cuando asumo una tarea me doy cuenta de que gasto mis energías en otras actividades interesantes pero que no están relacionadas, en lugar de concentrarme en terminar la tarea.
12. [] **A.** Debido a mí filosofía acerca de la vida tengo fe en mí mismo y en la sociedad en general.

- [] B. Debido a la naturaleza incierta del individuo y la sociedad, para mí es natural no tener verdadera confianza en la sociedad, en los demás y ni siquiera en mí mismo.

EE

INSTRUCCIONES: En esta página encontrará doce pares de enunciados. Cada par consiste de un enunciado A y uno B.

Lea cuidadosamente cada uno de ellos y elija el que lo describa a usted mejor. Si es el enunciado A circule la letra A que aparece antes del enunciado. Si es el enunciado B, entonces circule la letra B.

Asegúrese de escoger un enunciado en cada uno de los 12 pares, y de señalarlos con la letra que corresponda en la plantilla de respuestas.

- 1) A) Disfruto de ser miembro activo en clubes o grupos de jóvenes.
B) Prefiero enfocarme a hobbies que puedo efectuar en mi propio tiempo y a mi propio ritmo.
- 2) A) Cuando sueño despierto, es principalmente sobre mis experiencias pasadas.
B) Cuando sueño despierto, es principalmente sobre el futuro y lo que éste me depara.
- 3) A) Sin importar lo bien que haga un trabajo, siempre acabo pensando que podría haberlo hecho mejor.
B) Cuando termino un trabajo en el que trabajé seriamente, usualmente no tengo dudas acerca de su calidad.
- 4) A) En lo general expreso mi opinión, aunque parezca ser el único con ese punto de vista en el grupo.
B) Si parece que un grupo soy el único con cierta opinión, trato de mantenerme callado para evitar sentirme cohibido.
- 5) A) Generalmente una persona puede mantener mucho mejor control sobre sí misma y sobre las situaciones si mantiene una distancia emocional.
B) Una persona no necesita sentir que pierde el control de sí misma y de las situaciones, simplemente porque se involucra íntimamente con otra persona.
- 6) A) Tengo dudas sobre la clase de persona en que me podré convertir gracias a mis habilidades.
B) Actualmente trato de formular nuevas ideas que me ayudaron a mejorar mis futuras metas.

- 7) A) Mi valoración de mi propio valor depende del éxito o fracaso de mi conducta en una situación dada.
B) La evaluación de mí mismo, aunque flexible, se mantiene prácticamente igual en la mayoría de las situaciones.
- 8) A) Aunque puede haber desventajas en competencia estoy de acuerdo en que algunas veces es necesario y hasta bueno.
B) Yo no disfruto la competencia.
- 9) A) Hay ocasiones, que no sé qué es lo que se espera de mí.
B) Tengo una visión clara de cómo será mi vida en el futuro.
- 10) A) Lo que me exijo a mí mismo y lo que otros me exigen esta frecuentemente en conflicto.
B) La mayor parte del tiempo, no me preocupa lo que otros me exigen porque son cosas que yo probablemente hubiera hecho de todas formas.
- 11) A) Cuando me enfrento a una tarea que no disfruto en particular, me doy cuenta que usualmente me puedo disciplinar lo suficiente como para llevarla a cabo.
B) Frecuentemente, cuando asumo una tarea me doy cuenta de que gasto mis energías en otras actividades interesantes pero que no están relacionadas, en lugar de concentrarme en terminar la tarea.
- 12) A) Debido a mí filosofía acerca de la vida tengo fe en mí mismo y en la sociedad en general.
B) Debido a la naturaleza incierta del individuo y la sociedad, para mí es natural no tener verdadera confianza en la sociedad, en los demás y ni siquiera en mí mismo.

CSS (Miers / Raulin / Alcorta-G)

Indicaciones: **Por favor conteste la letra de la aseveración que corresponda a su respuesta (a) si es verdadera y (b) si es falsa al aplicarla usted.**

[a] Verdadero

[b] Falso

1. [] La mayor parte del tiempo mis pensamientos están ordenados.
2. [] Casi siempre siento que mis pensamientos están en una frecuencia diferente a la del 98% de la población.
3. [] Frecuentemente siento que lo que digo no tiene sentido.
4. [] Frecuentemente, cuando la gente me hace una pregunta no sé que es lo que me están preguntando.
5. [] Frecuentemente ni siquiera sé qué es lo que acabo de decir.
6. [] Casi nunca me encuentro diciendo lo opuesto de lo que quiero decir.
7. [] Raramente me siento tan confundido que tengo dificultades para funcionar.
8. [] Mis pensamientos son usualmente claros, al menos para mí mismo.
9. [] Mis pensamientos son más al azar que ordenados.
10. [] La forma en que percibo las cosas es en general igual a la forma en que las perciben los demás.
11. [] Algunas veces mis pensamientos desaparecen, se me van.
12. [] Usualmente puedo mantener mis pensamientos claros y directos.
13. [] Mis pensamientos son tan vagos y brumosos que desearía poder encontrarlos y ponerlos en su lugar.
14. [] Usualmente, siento que la gente entiende lo que digo.
15. [] Han habido veces en que me paso el día entero o más sin hablar.
16. [] Normalmente no me confundo acerca de cuándo pasaron las cosas.
17. [] Usualmente tengo clara la idea de lo que estoy tratando de expresar.
18. [] Mis pensamientos pasan tan rápido que no puedo retenerlos.
19. [] Usualmente no siento que esté divagando sin sentido cuando estoy hablando.

20. [] Algunas veces cuando trato de enfocarme en alguna idea, se me vienen tantos pensamientos a la mente que me es imposible concentrarme solo en uno.
21. [] No tengo dificultad en controlar mis pensamientos.
22. [] Mi pensamiento frecuentemente se "nubla" sin razón aparente.
23. [] Pienso que soy razonablemente bueno para comunicarle mis ideas a otra gente.
24. [] Frecuentemente me encuentro a mí mismo diciendo algo que sale completamente al revés.
25. [] Mis pensamientos frecuentemente saltan de un asunto a otro sin ninguna conexión lógica.
26. [] Soy bastante bueno para mantener la noción del tiempo.
27. [] Frecuentemente durante el día siento que me inunda un torrente de pensamientos.
28. [] La forma en que proceso la información es muy diferente a la forma en que otra gente lo hace.
29. [] No tengo dificultad para separar el pasado del presente.
30. [] Frecuentemente encuentro que la gente se quiebra la cabeza con lo que digo.
31. [] Mis pensamientos parecen ir y venir tan rápidamente que no puedo mantenerme a su mismo paso.
32. [] Usualmente puedo pensar las cosas claramente.
33. [] Frecuentemente me siento confundido cuando trato de explicar mis ideas.
34. [] Usualmente no es difícil seguir el hilo de mis pensamientos.
35. [] No tengo dificultad en controlar mis pensamientos.

CI

(Kagan / Squires / Alcorta-G)

INDICACIONES:

Por favor responda a cada pregunta con (a) si su respuesta es SÍ o (b) si su respuesta es NO.

- 1) ¿Tiene que darle vueltas en su mente a las cosas una y otra vez por largo tiempo antes de poder decidir qué hacer?
- 2) ¿Es frecuente que tenga que comprobar varias veces las cosas?
- 3) ¿Ha tenido usted que hacer las cosas de nuevo varias veces antes de que le parezca que están bastante correctas?
- 4) ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?
- 5) ¿Tiene usted que regresar a revisar las puertas, armarios o ventanas para estar seguro de que realmente están cerrados?
- 6) ¿Le disgusta que alguna habitación esté en desorden o sin limpiar aún por cortos períodos de tiempo?
- 7) ¿Cuida mucho la forma en que cuelga y dobla su ropa en la noche?
- 8) ¿Le gusta mantener un cierto orden al desvestirse y vestirse o lavarse o bañarse?
- 9) ¿Le gusta poner sus pertenencias personales en lugares específicos?
- 10) ¿Le gusta que las cosas se hagan exactamente correctas hasta al más pequeño detalle?
- 11) ¿Es usted la clase de persona que tiene que ponerle mucha atención a los detalles?

SCABI (Lehrer / Woolfolk / Alcorta-G)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones: Por favor anote la letra del número que indique cómo se siente usted respecto a cada enunciado.

Por ejemplo, si usted se siente feliz frecuentemente, pero no todo el tiempo, en la escala de 0 a 8 usted podría poner un 6 por lo que en su hoja de respuestas deberá circular la letra (d) que indica ese número, por ejemplo:

	0	—	1	2	—	3	4	—	5	6	—	7	8
Nunca frecuente													Extremadamente

[6] Me siento feliz

1. [] Traigo mi garganta seca.
2. [] Tengo dificultades al tragar.
3. [] Evito el iniciar conversaciones.
4. [] Siento latidos de mi corazón.
5. [] Imagino algo desafortunado en el futuro.
6. [] Evito hablar con autoridades (mi jefe, policía, maestros).
7. [] Me tiemblan las piernas.
8. [] No logro expulsar de mi mente algunos pensamientos.
9. [] Evito ir solo a un cuarto donde la gente está hablando.
10. [] Me duele el estómago.
11. [] Permanecen sobre mí los errores que he hecho.
12. [] Evito situaciones nuevas o desconocidas.
13. [] Siento rígido mi cuello.
14. [] Me siento mareado.

15. [] Pienso sobre mi posible mala suerte en el amor.
16. [] Pensamientos sin importancia hacen que no pueda concentrarme en lo que tengo que hacer.
17. [] Ignoro a mis amigos de la escuela, o a gente que yo conozco y que hace tiempo no veo, hasta que ellos me hablen primero.
18. [] Respiro rápidamente.
19. [] Me ocupo para evitar pensamientos desagradables.
20. [] No puedo alcanzar a respirar bien.
21. [] No puedo sacar algunas imágenes o ideas de mi mente.
22. [] Trato de evitar reuniones sociales.
23. [] Siento tiesos mis brazos y piernas.
24. [] Yo me imagino que parezco tonto(a) ante una persona cuya opinión sobre mi es importante.
25. [] Soy más yo mismo(a) si permanezco en mi casa que cuando estoy en actividades fuera.
26. [] Yo prefiero evitar hacer planes específicos para mi propia mejoría.
27. [] Me preocupa que otros puedan pensar mal de mí.
28. [] Trato de evitar desafíos en el trabajo.
29. [] Mis músculos se estremecen o tiemblan.
30. [] Tengo una sensación de hormigueo en alguna(s) parte(s) de mi cuerpo.
31. [] Siento debilidad en mis brazos y piernas.
32. [] Tengo que ser cuidadoso para no mostrar mis sentimientos reales.
33. [] Siento dolores y molestias musculares.
34. [] Siento entumecimiento de mis miembros, cara o lengua.
35. [] Siento malestar en el pecho.
36. [] Tengo sentimientos de intranquilidad.

APÉNDICE D

GLOSARIO

1. AAMC: Asociación Americana de Colegios Médicos.
2. Abstracción: proceso por el cual ideas que son generalizadas, son disociadas de objetos materiales o una instancia concreta particular. En la interpretación de proverbios se puede observar daño en la capacidad de abstracción y esto es mayormente asociado a esquizofrenia.
3. Abulia: inhabilidad para tomar decisiones; pérdida de voluntad.
4. Abuso: ataque o daño físico o psicológico, más común en niños, ancianos y pareja marital.
5. Aceptación de Sí mismo: satisfacción con los propios atributos y cualidades permaneciendo consciente de las limitaciones propias.
6. Acreditación: proceso voluntario por el cual hospitales y clínicas de salud son aprobados por una Junta o Comisión de acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHCO) o por la certificación como el Board.
7. Acting out: Respuesta conductual a un impulso inconsciente y que trae alivio temporal parcial a una tensión interna. Alivio se entiende como la reacción a una situación del presente como en el pasado. Mecanismo de defensa con el cual el individuo reduce ansiedad, hostilidad u otras emociones displacenteras para permitir su expresión en conducta evidente.
8. Actitud: una consistente predisposición a responder en una particular forma hacia algún objeto, persona o situación.
9. Adaptabilidad: flexibilidad en encontrar el acomodo al medio ambiente por cambios psíquicos y/o conductuales que promueven un óptimo funcionamiento del sujeto.
10. Adaptación: proceso de acomodarse al medioambiente por cambios conductuales o psíquicos que promueven un óptimo funcionamiento.
11. Afecto: experiencia de emoción subjetiva o sentimiento que se despierta por ideas, representaciones mentales de objetos u experiencias inmediatas.

Puede ser clasificado como: limitado, amplio, aplanado, lábil, apropiado o inapropiado.

12. Afecto Apropiado: emoción que muestra armonía con las ideas, pensamientos y expresiones verbales acompañantes.
13. Agresión: conducta de fuerza, verbal o física, usualmente dirigida contra otras personas.
14. Aislamiento: mecanismo de defensa del yo por la que actitud o sentimientos contrarios que normalmente acompañan situaciones particulares se mantienen aparte, para prevenir un conflicto o daño.
15. Aislamiento emocional: mecanismo de defensa en el cual el individuo reduce las tensiones de necesidades y ansiedad por aislamiento dentro de un caparazón de pasividad.
16. Ajuste: resultado de los esfuerzos individuales de mediar con el estrés y las propias necesidades
17. Ajuste de conducta: conducta con la cual el individuo intenta mediar con el estrés y encontrar sus necesidades, incluye los esfuerzos por mantener relaciones armoniosas con el medioambiente.
18. Alexitimia: inhabilidad o dificultad para describir o estar consciente de los propios sentimientos y emociones; se asocia a depresión, abuso de sustancias y trastorno de estrés postraumático.
19. Alienación: pérdida de la relación con otros.
20. Alteración de roles: patrón caracterizado por cambios periódicos de un tipo de conducta a otro.
21. Altruismo: respeto y dedicación por el beneficio de otros; término original del filósofo Auguste Comte (1789-1857). En psiquiatría, está cercanamente ligado con la ética y la moral; Freud describió el altruismo como la base del desarrollo de los intereses de la comunidad. Bleuler lo equiparó a la moralidad.
22. ACP: American College of Physician. Organización honoraria de médicos internistas y afines fundada en 1915 y dedicada a ofrecer cursos de enseñanza, posgrado y becas de investigación.

23. AMA: American Medical Association: Organización fundada en 1847 por médicos de todas las especialidades cuyo propósito fundamental es monitorear los programas de educación, entrenamiento e investigación concernientes a la profesión médica; juega un papel de consejero en la legislación nacional relacionada al cuidado de la salud y la disseminación de la información médica.
24. Ambiente: el medio ambiente inmediato físico o social o ambos; algunas veces usado para describir el estado interno de un organismo.
25. Ambivalencia: existencia simultánea de actitudes emocionales contradictorias hacia la misma persona por ejemplo: amar y odiar. Presencia simultánea y frecuente de actitudes, ideas, sentimientos e impulsos contrastantes que abruman y son dirigidas hacia un mismo objeto, persona o meta; término acuñado por Bleuer, quien diferenció tres tipos: ambivalencia afectiva, intelectual y del deseo.
26. Análisis de varianza (ANOVA): técnica estadística diseñada para comparar dos o más grupos de observación y por las cuáles un paquete de medidas se investiga para encontrar la extensión de la influencia de las variables estudiadas sobre un hecho particular; ver también varianza.
27. Anormal: conducta mal adaptativa del individuo o del grupo. Término sujeto a gran variabilidad de definiciones y usos, pero comúnmente útil para denominar “psicopatología” de acuerdo a varios criterios: 1) como Normatividad o estadística que considera como anormal cualquier conducta o actividad mental que se desvíe de la norma o promedio culturalmente reconocido; 2) como aproximación subjetiva, considera anormal los eventos que causen dolor, sufrimiento o inducen a la persona a buscar ayuda; 3) como aproximación teórica, considera anormal cualquier desviación del concepto teórico de funcionamiento normal y se toma como indicativo de enfermedad mental.
28. Ansiedad: estado emocional displacentero asociado a cambios psicofisiológicos en respuesta a conflictos intra psíquicos; en contraste al miedo, el peligro o la amenaza es irreal. Los cambios psicológicos consisten

en un incómodo sentimiento por impedir un daño, o una abrumadora conciencia de ser vulnerable, incapacidad de percibir la irrealidad de la amenaza, prolongado sentimiento de tensión y exhausta lectura del daño esperado; los cambios fisiológicos consisten en taquicardia, trastornos respiratorios, temblor, sudoración y otros cambios vasomotores. Comparar con miedo. Sentimiento generalizado de miedo y aprehensión sin causa aparente reconocida.

29. Ansiedad existencial: ansiedad concerniente a la capacidad de uno mismo de satisfacerse y llenar completamente los caminos de la vida.
30. Ansiedad de separación: miedo intenso que se expresa ante la vivencia de cuando el individuo se separa de alguien del que depende.
31. Anticipación: término que implica cuidadosa planeación o preocupación ante prematura pero realista expectativa de extremos; con potenciales resultados dañinos, en relación al malestar interno dirigido a una meta específica.
32. Antisocial -(personalidad psicopática).-: trastorno de personalidad que se caracteriza por una marcada pérdida de la ética y desarrollo moral.
33. Apatía: sentimiento o afección con pérdida de interés e involucración emocional en el entorno y en sí mismo. Observada en ciertos trastornos como la esquizofrenia y depresión.
34. Apercepción: conciencia del significado y significancia de un particular estímulo sensorial modificado por la propia experiencia, conocimientos, pensamientos y emociones. Ver también percepción.
35. Aprendizaje.- modificación de conducta como consecuencia de la experiencia.
36. Aprendizaje latente: aprendizaje que es evidente solamente dejar de ser incentivado o inducido.
37. Aprendizaje programado: método de instrucción o aprendizaje en el cual el estudiante es guiado hacia el hacer de sí paso a paso.
38. Aptitud: competencia o habilidad adquirida por el entrenamiento. Ver habilidad.

39. Arquetipo: término acuñado por Jung para expresar la experiencia colectiva de los símbolos usados en la experiencia colectiva de la raza humana. Ver también Inconsciente colectivo.
40. Ascetismo: mecanismo de defensa dirigido contra toda percepción consciente que tenga por base el placer para eliminar los efectos de las experiencias displacenteras; hay un elemento moral que asigna valores a específicos placeres; la gratificación es derivada de la renunciación.
41. Asimilación: proceso subjetivo que involucra integración del mundo bajo el filtro de la propia experiencia y sistema de conocimiento.
42. Asociación: capacidad de relacionar las ideas y los sentimientos. Ver pérdida de asociaciones.
43. Asocial: indiferencia a valores sociales y costumbres, aislamiento de la sociedad, tanto como se ve en los pacientes esquizofrénicos o muy regresivos.
44. Asumir la realidad: suposición con relación a la gratificación de necesidades a la luz de las posibilidades de mediar con las limitaciones y peligros.
45. Ataque de Ansiedad: agudo episodio de ansiedad interna.
46. Auto evaluación: forma en el que la persona determina su propio valor y adecuación.
47. Auto recriminación: Auto condena y culpa.
48. Auto reforzamiento: gratificación por sí mismo de la conducta propia apropiada.
49. Auto satisfacción: profunda y significativa expresión de vida, actualización.
50. Auto valor: evaluación individual de sí mismo.
51. Autoconcepto: sentido individual de la propia identidad, valor, capacidad y limitaciones.
52. Auto depreciación: grado en el que el individuo mantiene un sentido de identidad única y aparte del grupo.
53. Auto devaluación: sentimiento de minusvalía y de autoestima.
54. Autoestima: sentimiento de valor personal.

55. Autopsia psicológica: proceso analítico usado para determinar cuando la muerte fue o no auto infligida.
56. Caso: individuo o situación que se muestra como evidencia de rasgos que interesan al investigador probar.
57. Castigo: aplicación de estímulo aversivo en respuesta a una conducta indeseada.
58. Causa precipitante: estrés particular que abre un trastorno.
59. Causa predisponente: factor que rebasa la tolerancia y el estrés del individuo prepara el terreno para la aparición del trastorno.
60. Causa Primaria: causa sin la cual el trastorno no habría ocurrido.
61. Causa secundaria: factor que contribuye a la enfermedad mental que sin la cual, por diferente causa, por sí misma, no se hubiera producido el trastorno.
62. Coeficiente Intelectual: medida de inteligencia expresada en números o escalas de posición.
63. Cognoscitivo, Proceso Cognitivo: proceso mental, incluyendo percepción, memoria y razonamiento, por el cual uno adquiere conocimientos, resuelve problemas y hace planes.
64. Compensación: tipo de defensa del yo en la que un rasgo no deseado es cubierto por exageración y deseo.
65. Compulsión: un irracional y repetitivo impulso de hacer algún acto. Grupo de actitudes de tono emocional, deseos o memorias que están parcialmente reprimidas y que se ejecutan por encima del control voluntario del individuo como mitigante de la ansiedad resultante del conflicto inconsciente.
66. Comunicación Privilegiada: liberarse de la obligación del reporte a las autoridades para informar o revelar culpas legales de un cliente o paciente.
67. Conducta Adaptativa: cualquier conducta que incrementa la capacidad del organismo de adaptarse a un específico medioambiente o situación.
68. Conducta antisocial: patrón de conducta parecida o en el margen de tipos de conducta criminal, de negocios sucios o fraude, prostitución y/o juego ilegal. Formalmente llamada conducta sociopática. Ver también Trastorno de personalidad antisocial.

69. Conducta Maladaptativa (Anormal): acciones cuya ejecución u omisión son determinantes para el bienestar o disfunción del individuo y el ambiente.
70. Conducta desviada: conducta que se desvía marcadamente del promedio o norma.
71. Conflicto Intapsíquico: concepto psicoanalítico referido a conflicto entre el id, yo y super yo.
72. Contenido Manifiesto: en teoría psicoanalítica, el contenido aparente de un sueño, enmascara el contenido latente.
73. Contacto interpersonal fraudulento: violación de reglas o normas que originan las relaciones interpersonales profesionales saludables.
74. Contenido latente: en teoría psicoanalítica, deseo reprimido expresado indirectamente en el contenido manifiesto de los sueños.
75. Control Intenso Inherente: asumir el valor y realidad de una posibilidad que sirve para inhibir una conducta indeseable o dañina, podría aplicarse también a una reacción de evitación condicionada.
76. Control Rígido: patrón de adaptación que involucra dependencia y tendencia a la inmovilidad respecto a acciones inflexibles o necesidades de cambio.
77. Crisis de la vida: situación de estrés que plantea o excede la capacidad individual de ajuste o adaptación.
78. Crónico-Cronicidad: relativo a la permanencia maladaptativa de un patrón o condición.
79. Culpa: sentimiento de culpabilidad alto por conductas o deseos contrarios a los principios éticos. Involucra autodevaluación y aprehensión creciente con miedo al castigo.
80. Debilidad somática: vulnerabilidad del organismo en ciertos aparatos y sistemas al estrés.
81. Definición Operativa: definir un concepto sólo sobre la base de un principio de operación funcional que puede ser observada y medida.
82. Dependencia psicológica: dependencia que no da síntomas de abstinencia física pero si malestar emocional por la carencia, por su sobre valoración emocional para la conducta o estado afectivo.

83. Depresión: estado emocional caracterizado por extremo abatimiento, melancolía, sentimiento de minusvalía, pérdida de esperanza y frecuente aprehensión.
84. Deprivación materna: pérdida del adecuado cuidado y estímulo por la madre o subrogado materno.
85. Deprivación Psicosocial: pérdida de la memoria, estimulación e interacción con el medio ambiente durante la vida.
86. Deprivación sensorial: restricción de estimulación sensorial y del nivel requerido para el funcionamiento relacionado del SNC.
87. Desintegración: pérdida de la organización o integración en cualquier sistema organizado.
88. Desorganización: daño grave en la integración.
89. Despersonalización: pérdida del sentido de la identidad personal, frecuentemente con el sentimiento de ser alguien más o algo diferente.
90. Desplazamiento: mecanismo de defensa mediante el cual una actitud emocional o significado simbólico es transferido de una persona o situación u objeto a otro.
91. Disfunción: daño o disturbio en algún órgano o sistema (o forma de relacionarse).
92. Disonancia Cognoscitiva: condición existente cuando la información es contradictoria a aquella que uno asegura.
93. Distorsión del Rol: violación del rol esperado en el camino de una conducta esperada y de actuar indeseable.
94. Dolor Psíquico: término que se expresa como sinónimo de ansiedad o emociones displacenteras.
95. Egocéntrico: preocupado por si mismo y relativamente insensible hacia los otros.
96. Emoción: fuerte sentimiento acompañado de cambios de expresión y respuesta biológica, cognoscitiva y acción.
97. Empatía: habilidad de entender y en cierta extensión compartir el estado de la mente de otra persona.

98. Encuentro de grupo: individuos reunidos en grupo pequeño diseñado para proveer interacciones enfocadas a experiencias sentimentales y experiencias interpersonales, usado en terapia para promover crecimiento personal.
99. Encuentro: término aplicado a la interacción entre el paciente y el terapeuta/médico.
100. Enfermedad Mental: trastorno asociado a síntomas predominantemente de alteraciones en los procesos cognoscitivos, de los afectos y la conducta, asociado a daño del SNC, del metabolismo o disfunción demostrada o no de alguno o varios aparatos y sistemas.
101. Entropía: deterioro y eventual desintegración de un sistema viviente.
102. Epidemiología: estudio de la distribución de trastornos físicos y mentales en una población.
103. Equilibrio: estado constante, graduado, estable, de balance.
104. Escala de calificación: dispositivo, mecanismo para evaluar a uno mismo u a otros mas en relación a específicos rasgos.
105. Esquizofrenia: psicosis caracterizada por ruptura de la integración y funcionalidad del la personalidad fuera de la realidad.
106. Estado de Agotamiento: trastorno del estado adaptativo general en la que el organismo ya no le es posible resistir el estrés, puede resultar en muerte.
107. Estado de Resistencia: estado del sentimiento de adaptación general.
108. Estereotipo: persistente e inapropiada repetición de cuadros, aplicado a la gente, su cultura, acciones y rasgos.
109. Estilo de vida: patrón general de acción, motivación, estilo cognoscitivo y técnicas de adaptación individual que caracteriza la conducta de un individuo y que las lleva consistentemente.
110. Extraversión: tipo de personalidad orientada al mundo de la gente y las cosas mas que preocupaciones intelectuales y conceptos.
111. Estrés: respuesta a cualquier demanda de agente (externo o interno) que requiere de adaptar la conducta o parte de ella al mismo individuo o grupo.
112. Estrés situacional Agudo: Reacción emocional grave resultado de extremo estés medioambiental como la muerte de un ser amado, un desastre o

situación catastrófica. Llamado con específicos síntomas Trastorno de Estrés Postraumático (DSM IV).

113. Estudio de seguimiento: procedimiento de investigación en el cual el individuo será estudiado por un período de tiempo, pero que será recontactado tiempo más tarde después del estudio inicial.
114. Etiología: causa, sistemático estudio de las causas de los trastornos.
115. Euforia: exagerado estado de bienestar y de estar satisfecho o contento.
116. Exógeno: originado o debido a causas externas.
117. Fantasía: sueño diurno por el cual el individuo escapa de la realidad (como Mecanismo de defensa) y gratifica sus deseos o los realiza.
118. Fijación: apego no resuelto o exagerado a alguna persona o distinción del desarrollo emocional sobre un nivel infantil o adolescente.
119. Filtración Perceptual: proceso que involucra la atención selectiva de aspectos de la mayor raza de estímulos que ingresan y los cuáles continúan impregnando al organismo.
120. Fobia: miedo irracional que no se puede disipar hasta evitar el estímulo.
121. Forma reactiva: defensa del yo en la cual hay la acción consciente del individuo y donde la conducta puede ser opuesta a los deseos inconscientes.
122. Frustración: frustrar una necesidad o deseo.
123. Fuga de ideas: rápida sucesión de ideas sin una conexión lógica o continuidad.
124. Fuga: reacción disociada en la que el individuo deja su situación de vida presente y establece un modo algo diferente de vida en otra locación. El está amnésico del pasado y su capacidad no dañada.
125. Furor: transitorio fastidio durante el cual el individuo puede ser potencialmente peligroso.
126. Futuro: cambio social que sucede rápidamente tanto que el individuo no puede adaptarse con propiedad.
127. Ganancia secundaria: indirecto beneficio de expresión neurótica u otro síntoma.

128. Generalización: tendencia a responder a un estímulo condicionado a ser asociado a estímulos similares. Ancho rango de estímulos.
129. Grupo de Alto Riesgo: grupo que muestra gran vulnerabilidad a trastornos físicos o mentales.
130. Habilidad: capacidad o competencia de desempeñarse sin entrenamiento previo.
131. Hábito: cualquier producto del aprendizaje el cual es una costumbre o modo transitorio de dar respuesta a situaciones de la vida diaria o al entorno.
132. Habitación: proceso por el cual la respuesta individual a algunas lecciones aprendidas con repetidas en toda forma de presentaciones.
133. Herencia: transmisión genética de padres a hijos.
134. Holístico: una aproximación sistemática de la ciencia involucrando el estudio del todo o configuración total: la visita del ser humano como un órgano psicológico, biológico y social.
135. Homeostasis: tendencia del organismo a mantener condiciones haciendo posible su nivel constante de funcionamiento psicológico.
136. Hostilidad: reacción o impulso emocional hacia la destrucción o el daño de un objeto interpretado como origen de frustraciones o amenaza.
137. Id: en terminología psicoanalítica alberga los impulsos instintivos, lo mas inaccesible y primitivo estado de la mente.
138. Identidad de Genero: condición que permite el auto y hetero reconocimiento como hombre o mujer.
139. Identidad del sí mismo: conciencia y delineación individual de una identidad continua como persona.
140. Identificación: mecanismo de defensa del yo en la cual el individuo identifica a si mismo con alguna persona o institución.
141. Ideología: situación de creación bajo una idea o cultura específica que se adopta para la situación de vida individual, familiar, social, entre otras.
142. Ilusión: nula interpretación de datos sensoriales, falsa percepción.
143. Imagen Corporal: imagen de la persona o de su cuerpo en términos de atractivo y características propias.

144. Impotencia: inhabilidad en el impulso. Condición interna que mueve a una meta específica, usualmente involucra motivos biológicos pero lleva etiología o repercusiones psicológicas.
145. Impulso.- Tendencia a la acción.
146. Instinto agresivo: uno de los dos instintos primitivos (libidinal o sexual es el otro) de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud. Éste es concebido como un instinto de destrucción inconsciente dirigido contra sí mismo o contra otros con la intención de la disolución o la muerte y opera mediante el principio de compulsión a la repetición, en contraste con el instinto sexual que sigue el principio del placer. También es llamado instinto de Muerte o Tánatos.
147. Inadecuación sexual: inhabilidad en la capacidad de disfrutar y gratificarse sexualmente.
148. Incautivo: inducción externa a la conducta de cierta forma.
149. Inconsciente Colectivo: termino usado por Carl Jung para referirse a la porción de Inconsciente que consideró común a la humanidad.
150. Inferioridad: fuerte sentimiento de inadecuación y de inseguridad.
151. Inhibición: rastro consciente de un impulso o deseo innato de nacimiento.
152. Insight: clínicamente, el entendimiento del individuo de su enfermedad o de la motivación para sobrellevar una conducta. El entendimiento de la forma de llevar las relaciones en una situación. Capacidad de auto percibir los aspectos integrales que motivan y repercuten en la conducta con la capacidad de reflexión y cambio.
153. Insanidad: término legal de tratamiento mental. Implica pérdida de la responsabilidad de actos propios e incapacidad de manejar los propios asuntos.
154. Insomnio: diferente calidad y cantidad de dormir o conciliar el sueño.
155. Instinto: tendencia innata a un patrón de conducta particular bajo ciertas condiciones en ausencia de aprendizaje. Característica de la especie.
156. Integración: organización de partes (psicología, biología, etc) para funcionar como un todo.
157. Integridad: cualidad de ser unificado y honesto consigo mismo y con otros.

158. Intelectualización: mecanismo de defensa del yo por el cual el individuo mantiene en alguna medida el aislamiento del daño emocional al romper o destruir el cambio emocional de un sistema doloroso normalmente.
159. Inteligencia: cualidad de aprender, razonar y adaptarse.
160. Interdisciplinario (multidisciplinario): aproximada inteligencia de varias disciplinas científicas en el entendimiento, evaluación y prevención de un trastorno.
161. Introversión: interés dirigido hacia uno mismo y su mundo o experiencia internos y hacia conceptos más que hacia el mundo externo de eventos u objetos.
162. Introyección: incorporación de cualidades o valores de otra persona o grupo dentro del yo de uno mismo con una tendencia a la identificación con ellos y a ser afectados por lo que les pase a ellos.
163. Invivo: tomar lugar en una situación de la vida real.
164. Jerarquía de Necesidades: concepto que señala el arreglo de términos de importancia y preponderancia de una necesidad básica del individuo, biológica o psicológica con auto actualización.
165. Latente: inactivo o adormilado.
166. Lesión: daño, destrucción.
167. Libido: en terminología psicoanalítica general las derivaciones instintivas o energía. Se dice de la condición y disposición necesaria para expresar amor y deseo sexual.
168. Libre asociación: procedimiento psicoanalítico para acceder, conocer y probar el inconsciente. Método por el cual el individuo expresa sus sentimientos y pensamientos libremente.
169. Maduración: proceso de desarrollo y cambio corporal resultado de la herencia más que la del aprendizaje.
170. Malajuste: falla duradera mayor o menor de ajuste; pérdida de armonía consigo mismo y el ambiente.

171. Manía: sufijo que denota una preocupación mórbida y compulsiva con algunos impulsos activos o conductas por ejemplo: compulsión por robar, cleptomanía.
172. Maniaco-depresivo: trastorno caracterizado por prolongados períodos de excitación y sobreactividad (manía) o por periodos de depresión e hipoactividad, (depresión) o por alternancia de los dos.
173. Mecanismos de defensa del yo: tipo de reacción destinada a mantener los sentimientos de adecuación y valor del individuo, usualmente inconsciente y que distorsiona la realidad.
174. Megalomanía: delirio de grandeza.
175. Modelado: forma de aprendizaje en la cual el individuo aprende para ver algo más (el modelo), funcionar, actuar, en respuesta a lo adecuado.
176. Modelo: analogía que ayuda a los científicos a ordenar sus hallazgos y ver las importantes relaciones entre ellos.
177. Moral: acciones o caracteres de las personas, desde el punto de vista de la malicia o bondad de las mismas, relativo a la apreciación del entendimiento y la conciencia. Verdad, virtud de ejercer con apego a los principios humanos y normas de conciencia y profesionalismo.
178. Motivación: frecuentemente usado como sinónimo de impulso a activación; implica que la acción del organismo está parcialmente determinado en discusión de fuerzas de seguir la propia naturaleza interna.
179. Motivo: condición interna que dirige la acción hacia alguna meta; término usado para incluir impulso y meta a la cuál éste está dirigido.
180. Movimiento potencial humano: movimiento preocupado por enriquecer la experiencia, la conciencia sensorial y satisfacción del potencial humano.
181. Narcisismo: amor hacia sí mismo. En psicopatología la sobre compensación de un profundo sentimiento de inferioridad bajo una imagen de potencia y sobre valoración grandiosa del sí mismo.
182. Necesidad psicológica: necesidad que surge del contexto interno y demanda externa psicológica. Ejemplo la necesidad de aprobación social.

183. Necesidad: condición biológica o psicológica cuya gratificación es necesaria para mantener la homeostasis de la actualización de sí mismo.
184. Negativismo: forma de agresión aislada la cuál involucra rehusar a cooperar u obedecer, ordenar o hacer exactamente lo opuesto a lo que se ha requerido.
185. Nivel de Aspiración: estándar por el cual el individuo valora el mito, éxito o fracaso de la conducta.
186. Norma: medida basada en el estándar de en largo grupo de personas, usada para comparar el rango del individuo con aquellos otros que definen el grupo saludable.
187. Normal: conforme a la norma usual que se adopte en los criterios de estudio o condiciones culturales, entre otras.
188. Normas Sociales: estándar de grupo concerniente a la condición aceptable o inaceptable.
189. Obsesión: idea de pensamiento persistente que el individuo reconoce como irracional y no puede deshacerse de ella.
190. Paraprofesional: individuo entrenado en un área pero no a nivel profesional o de licenciatura o especialidad que requiere el objetivo o sujeto a tratar.
191. Pares: grupo social de edad y status equivalente.
192. Patología Social: patrón disfuncional de organización social, en actitudes y conductas; condiciones sociales indeseables las cuales tienden u producen patología social.
193. Patología: condición anormal psicológica o física.
194. Pensamiento Abstracto: pensamiento caracterizado por la capacidad de captar voluntariamente una serie mental y cambiarla voluntariamente de un aspecto de la situación a otra, manteniendo en mente simultáneamente varios aspectos de la situación, tomando lo esencial del todo y comprendiendo el todo por las partes, al discernir propiedades comunes, para planear y asumir responsabilidades de actitudes, de actuar y pensar simbólicamente. Ésta capacidad está dañada en pacientes con trastornos mentales orgánicos y

- esquizofrenia. También es llamada actitud abstracta; actitud categórica. Comparar con Pensamiento Concreto.
195. Percepción: Interpretación de los estímulos mediante las vías sensoriales. Conocimiento consciente de los elementos del medioambiente por el proceso mental de los estímulos sensoriales; en un sentido amplio, algunas veces se usa para referirse al proceso mental por el cuál toda clase de datos, intelectuales, emocionales, tanto como sensoriales toman significado y son organizados. Ver también apercepción.
196. Personalidad Esquizoide: patrón de personalidad caracterizada por timidez, tendencia a la pérdida de contacto con la realidad, con excentricidad y aislamiento.
197. Personalidad: patrón único de rasgos que caracterizan al individuo.
198. Perversión: desviaciones de lo normal. Malo, con la acción de corromper las costumbres o el orden y hacer daño intencionadamente, viciar con malos ejemplos las costumbres, la confianza y el gusto de las personas.
199. Predisposición: probabilidad de que un individuo desarrollará ciertos síntomas bajo condición de estrés.
200. Prejuicio: concepción emocional favorable o desfavorable de alguna persona, grupo o idea.
201. Presión: demanda hecha sobre el organismo.
202. Prevención Primaria: condición establecida para prevenir la ocurrencia de trastornos de salud física y mental.
203. Prevención secundaria: término técnico enfocado a detección temprana y corrección de patrones de mala adaptación en el contexto de la imitación presente de la vida del individuo. Prevención Terciaria: término para denominar la oportunidad de evitar el avance de los trastornos y repercusiones de los mismos en la vida física y mental de los individuos que ya presentan afección.
204. Principio de Realidad: reconocer las demandas del medio ambiente y ajustar la conducta de acuerdo a esas demandas.

205. Principio del placer: en psicoanálisis, la demanda de que la necesidad instintiva sea inmediatamente gratificada realizándola en la realidad.
206. Proceso Primario: la gratificación de las demandas del Id. Proceso instintivo por medio de la imaginación o fantasía, atemporal, ilógico, bajo el producto de la condensación de los deseos, e impulsos, y defensas. Un carácter psicoanalítico para describir procesos clínicos psicóticos.
207. Proceso reactivo: referido a un inicio gradual o agudo de un síntoma a algún estímulo o estrés.
208. Proceso secundario: proceso racional del yo orientado a la realidad.
209. Pronóstico: predicción del curso probable y resultados de un trastorno.
210. Propensión a los accidentes: tendencia a tener accidentes como resultado de causas psicológicas.
211. Propiedades del campo: características del medio ambiente alrededor de un sistema vivo.
212. Proyección: mecanismo de defensa del yo en el que se expulsan sentimientos inaceptables para sí mismo, de emociones, impulsos u eventos en las relaciones, por lo que éstos se atribuyen a otros.
213. Prueba de Realidad: condición con el objetivo de probar o explorar la naturaleza del medio ambiente social, interno y físico externo. Frecuentemente usado específicamente para referirse a probar los límites de permeabilidad y diferenciación entre el sí mismo de la persona, su medio ambiente social y los de otros individuos.
214. Prueba psicológica: procedimiento estándar diseñado para medir el desempeño del sujeto sobre una tarea específica.
215. Psicoanálisis: modelo de investigación, diagnóstico y tratamiento.
216. Psicodrama: técnica psicoterapéutica en la que se actúan varios roles como punto cardinal.
217. Psicogénico: de origen psicológico surgiendo en el funcionamiento fisiológico del individuo.

218. Psicología médica mental: campo de la Psicología enfocada sobre los efectos del medioambiente y los trastornos médicos sobre los sentimientos y conducta de un individuo.
219. Psicopático: trastorno sociopático, antisocial, caracterizado por pérdida del desarrollo moral e inhabilidad de mostrar lealtad a personas o grupos.
220. Psicopatología: trastorno mental.
221. Psicosis: trastorno grave de la personalidad que involucra pérdida del conocimiento de la relación con la realidad, con trastornos frecuentes del pensamiento, caracterizados por delirios y alucinaciones. Hospitalización puede ser requerida.
222. Psicoterapia: tratamiento de trastornos psicológicos y mentales por medios psicológicos.
223. Racionalización: mecanismo de defensa del yo en la cual el individuo expresa buenas razones para justificar acciones.
224. Rapport: relación interpersonal caracterizada por el espíritu de cooperación, confianza y armonía.
225. Reforzamiento generalizado: reforzar una conducta con la influencia de gratificación media.
226. Reforzamiento positivo: reforzamiento que sube la posibilidad de ocurrencia de una respuesta.
227. Regresión: mecanismo de defensa del yo en la que el individuo trata de usar respectivamente para intentar adaptarse al estrés y mantener la integridad del yo.
228. Rehabilitación: reeducación, entrenamiento para adquirir de nuevo las habilidades no desarrolladas o perdidas.
229. Represión: mecanismo de defensa del yo, que mantiene fuera de la conciencia deseos e impulsos no deseados o memorias que se viven como dolorosas.
230. Resistencia: tendencia a mantener y resistirse a la colaboración o nuevos conocimientos; en tratamientos trata de mantener reprimido material nuevo para entender y cambiar la condición.

231. Retroalimentación: conocimiento resaltado de una conducta usado para juzgar adecuadamente una respuesta de uno y hacer correcciones donde es indicado.
232. Rigidez: tendencia a patrones de adaptación establecidos con fallas en ver alternativas o extrema dificultad en cambiar patrones establecidos.
233. Rol de Enfermo: rol que provee y acepta y refuerza la sociedad vía modelo médico, para aquél individuo que sufre de enfermedad psíquica grave o mental.
234. Rol: rol social. Papel que se juega en una determinada condición y estructura familiar o comunitaria.
235. Sanción social: castigo de grupo por violación a normas sociales.
236. Seguridad: mantenimiento de las condiciones necesarias para gratificar necesidades.
237. Subrogado: sustituto, por ejemplo: el que sigue o adopta el rol de la figura paterna.
238. Simbolismo: representación de una idea u objeto por otra.
239. Símbolo: imagen, objeto, o acto que es usada para representar algo más.
240. Síndrome de adaptabilidad general: reacción del individuo a el estrés que consiste en la reacción de alarma, el estado de resistencia, y el estado de estar exhausto o agotamiento.
241. Síndrome: grupo de síntomas o patrón de ellos que ocurren juntos en un trastorno y representan un cuadro clínico.
242. Síntoma: manifestación observable de trastorno físico o mental.
243. Sistema: ensamblaje de partes interdependientes vivas o no.
244. Sociocultural: perteneciente a condiciones sociales de la comunidad que influyen en su desarrollo y patrones de conducta de los individuos y los grupos.
245. Socioterapias: tratamiento de aspectos intemporales en situaciones de vida individual.
246. Somático: expresión en síntomas físicos con enfermedad demostrable o sin ella.

247. Status Socioeconómico: escala de posición social o económica en la comunidad. Determinación por grados y ocupación.
248. Sublimación: mecanismo de defensa del yo con la que la energía del individuo es depositada en otra actividad substituta.
249. Substitución: aceptación de metas alternas a satisfacción por aquellas originales.
250. Super yo: conciencia ética y moral (actitudes y valores, entre otros) de la personalidad.
251. Supresión. forzar a que deseos y pensamientos queden fuera de la conciencia; inhibición de deseos e impulsos.
252. Tarea del desarrollo: competencia a desarrollar en un particular periodo de la vida Ejemplo: aprender a hablar en la infancia.
253. Técnica Proyectiva: cualquier técnica psicológica para el diagnóstico de personalidad organizada utilizando estímulos relativamente no estructuradas las cuales revelan las actitudes básicas del individuo, conflictos etc.
254. Tendencia en reacción primaria: tendencias constitucionales primarias de la infancia de niveles de sensibilidad y actividad.
255. Tensión: condición que moviliza los cuerpos psicológicos para salvar una amenaza. Físicamente tono muscular y cambios de tono y fuerza.
256. Teoría del Self: teoría de la personalidad que se centra en el self (sí mismo) como la raíz de la organización y funcionamiento de la personalidad.
257. Teoría de sistemas generales: modelo teórico comprensivo para abarcar todos los sistemas vivos en relación al entorno y universo.
258. Terapéutica: tratamiento que sigue un orden y argumento para cumplir con el objetivo de aliviar o curar el síntoma o síntomas para los que se creó.
259. Tolerancia al estrés: frustración natural, grado y duración de estrés que el individuo puede tolerar sin sobrellevar descompensación de personalidad.
260. Trabajo de Duelo: periodo necesario de pena de un individuo para asimilar una pérdida dentro de su misma estructura mental y ver ésta como un evento del pasado.

261. Trastorno Afectivo: trastorno caracterizado por trastornos graves de los sentimientos.
262. Trastorno de Ajuste: reacción identificable de mala adaptación a circunstancias o eventos de la vida que se espera remitan cuando el estrés terminó.
263. Trastorno de Ansiedad: trastorno en el cuál la ansiedad es el más prominente malestar, seguido de síntomas descritos en los criterios de los trastornos de ansiedad del DSM IV.
264. Trastorno de personalidad antisocial: trastorno caracterizado por la incapacidad de convivir en sociedad por presentar repetidos conflictos con personas individuales y grupos; son atributos comunes la impulsividad, egocentrismo, hedonismo, baja tolerancia a frustraciones, irresponsabilidad, desarrollo de conciencia inadecuada, explotación de otros, rechazo a la autoridad y disciplina. Ver también conducta antisocial; personalidad antisocial.
265. Trastorno post-traumático: síndrome que se presenta tras una experiencia traumática que excede a las situaciones esperadas por las personas a través de los acontecimientos ordinarios propios de la vida. Se observa como un estrés catastrófico, por eventos sobrenaturales, guerras, entre otros.
266. Trastorno psicósomático: trastorno psicológico con repercusión física que puede involucrar daño de tejidos, resultando de la expresión de un conflicto inconsciente, impulso o de la emoción y malestar no reconocidos -por el o la misma persona-.
267. Trauma Psíquico: experiencia psicológica de estrés de naturaleza grave.
268. Trauma: estrés severo psicológico y fisiológico resultado de algo que podría ser dañino.
269. Variable dependiente: factor que la hipótesis predica que cambiará con cambiar la variable independiente. Variable usada para medir el efecto de la independiente.

270. Variable independiente: factor cuyo efecto es examinado en el experimento, en alguna forma, mientras otras variables son constantes. Condición antecedente manipulada por el examinador.

271. Yo ideal: ego ideal, lo que el sí mismo piensa que el puede o debe ser.

272. Yo: término empleado en filosofía y en Psicología para designar a la persona humana en tanto que ella es conciente de sí misma y objeto de pensamiento. Retomado el término por Sigmund Freud el vocablo designó en un primer momento la sede de la conciencia. El yo estaba entonces delimitado en un sistema de primera tópica, que comprendía el conciente, el preconciente y el inconsciente. A partir de 1929 cambió el concepto por el de estructura psíquica con la integración central de la personalidad que media entre las necesidades internas y la realidad, en el marco de una segunda tópica con otras dos instancias: super yo y ello. Estos conceptos dieron marco a lecturas divergentes de la doctrina freudiana: la que subraya al yo, concibe al mismo como un polo de defensa o adaptación propia del annafreudismo (Psicología del yo) ; la segunda lo concibe en el ello y lo escinde en un sujeto determinado por un significante de donde surge el lacainismo (corriente de la escuela francesa de Lacan); la última incluye al yo en una fenomenología del sí mismo y de la relación con el objeto mayormente representado por el kleinismo (Psicología del Self) (Roudinesco E y Plon M, 1998).

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

- OCTUBRE - 1994 “Valor Predictivo de los Sistemas de Evaluación y Selección de Residentes del Hospital Universitario Dr. José E. González”. XII Encuentro de Investigación Biomédica, Facultad de Medicina de la U.A.N.L. Primer Lugar en el Área de Enseñanza y Administración Biomédica.
- MAYO - 1996 “Autopercepción del Adolescente y su Correlación con el Sistema Familiar”. IX Encuentro de Investigación en Enfermería. Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. XIV Congreso Nacional de Investigación Biomédica. Facultad de Medicina, U.A.N.L.
- MAYO - 1997 “Confiabilidad de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de la Dra. Marie-Luise Friedemann en Población Mexicana. X Encuentro de Investigación en Enfermería. Facultad de Enfermería, UANL.
- MAYO - 1997 “Autopercepción del Adolescente y su Correlación con el Sistema Familiar”. X Encuentro de Investigación en Enfermería. Facultad de Enfermería de la UANL. . XVI Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Huatulco, Oaxaca.
- OCTUBRE - 1998 “Evaluación de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF17)”. Presentado en el XVI Congreso Nacional de Biomédica. Facultad de Medicina de la UANL.
- OCTUBRE – 2001 “Evaluación de la Violencia Familiar: Programa de detección e intervención en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”. XIX Congreso Nacional de Investigación Biomédica. Facultad de Medicina, UANL.
- OCTUBRE – 2001 “Actitudes hacia la colaboración Médico-Enfermería: un estudio cultural de hombres y mujeres médicos y enfermeros en los Estados Unidos y México”. XIX Congreso Nacional de Investigación Biomédica. Facultad de Medicina, UANL.

- DICIEMBRE -1999 Reconocimiento como Ponente en el Curso-Taller "Violencia Familiar al Fin de Milenio". Facultad de Medicina de la UANL. y la de Psiquiatría y Psicoterapia de Monterrey, A.C.
- ENE-FEB- 2000 Reconocimiento por participación como coautora del artículo Evaluación de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar. Desarrollo Científico de Enfermería, vol.8, No.1. "Evaluación de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar". Desarrollo Cientific Enferm. 2000;8:12-18.
- Oct.-Dic.2000 "Abuso Sexual y Violencia Familiar: Un Arduo Camino por Recorrer". Medicina Universitaria 2000; 3:250-251.
- 2001 "Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: A Cross-Cultural Study of Male and Female Physicians and Nurses in the United States and Mexico". Nursing Research 2001; 50: 123-127.
- 2001 Psychosocial profile of medical students as a predictor of the academic success in medical school in Mexico". Medical Education and Standards at a Time of Change, Association for Medical Education in Europe, Charité, Humbolt University, Berlin, Germany.
- 2001 "Psychometric data for Jefferson Medical College's Non Cognitive Questionnaire in Mexican medical students". Medical Education and Standards at a Time of Change, Association for Medical Education in Europe, Charité, Humbolt University, Berlin, Germany.
- 2001 "Jefferson Scale of Physician Empathy". Revista Health Policy Newsletter 2001; 14; 5.